

UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Políticas y Humanidades.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE POLÍTICAS GUBERNAMENTALES SOBRE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES: EL CASO DEL MUNICIPIO DE
OTHÓN P. BLANCO, ESTADO DE QUINTANA ROO.

TESIS

Para obtener el grado de:

MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES APLICADOS A LOS ESTUDIOS
REGIONALES.

PRESENTA

CARLOS HUMBERTO EK MARTIN.

DIRECTOR.

DR. HORACIO ESPINOSA CORIA.

Chetumal, Quintana Roo, México. Diciembre de 2010.

UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y HUMANIDADES.

Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de asesoría y aprobada como requisito parcial, para obtener el grado de: Maestro en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales.

Comité:

Presidente: _____

Dr. Carlos Barrachina Lisón

Secretario: _____

Dr. Horacio Espinosa Coria.

Vocal: _____

Mtro. Gabriel Macías Zapata

Chetumal, Quintana Roo, México. Diciembre de 2010.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1. MARCO CONTEXTUAL Y REFERENCIAL.	
1.1 Panorama general.....	14
1.2 Políticas de Salud Sexual y Reproductiva dirigidas a adolescentes: problemas de cobertura y acceso a los servicios.....	23
1.3 Características socio-demográficas del Estado de Quintana Roo.....	27
1.4 Conocimientos de los adolescentes quintanarroenses sobre Salud Sexual y Reproductiva.....	34
1.5 Descripción de las incidencias sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes quintanarroenses.....	40
Conclusión.....	47
CAPÍTULO 2.- MARCO TEÓRICO.	
2.1 Sobre el concepto de sexualidad.....	48
2.2 Reseña histórica de la sexualidad en México.....	50
2.3 La Salud Sexual y Reproductiva como estado de bienestar en adolescentes: definiciones y descripciones.....	52
2.4 Leyes que protegen los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en México.....	55
2.4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	56
2.4.2 Ley General de Población y Reglamento.....	56
2.4.3 Ley General de Salud.....	58
2.4.4 Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.....	59
2.4.5 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.....	59
2.4.6 Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.....	60
2.5 Factores y riesgos de la práctica sexual no responsable: embarazos en adolescentes.....	61

2.6 Políticas de Salud Reproductiva en México, cambios estructurales y actores sociales.....	64
2.7 Obstáculos en la Educación Sexual y Reproductiva.....	69
Conclusión.....	72

CAPÍTULO 3. ACCIONES REALIZADAS POR LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE OTHÓN P. BLANCO

3.1 Diagnóstico actual de la problemática en el Estado.....	73
3.2 Acciones emprendidas en el estado de Quintana Roo 2005-2010.....	79
3.3 Entrevistas realizadas en las diversas instituciones gubernamentales	
3.3.1 Entrevista en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF estatal).....	96
3.3.2 Entrevista en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF municipal)...	108
3.3.3 Entrevista en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	118
3.3.4 Entrevistas en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).....	122
3.3.5 Entrevista en la Secretaría de Salud.....	132
3.4 Observaciones personales de las entrevistas realizadas.....	137
Conclusión.....	141

CONCLUSIONES.....	142
-------------------	-----

SIGLAS UTILIZADAS.....	147
------------------------	-----

ANEXOS.....	150
-------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	174
-------------------	-----

Para ti Ariel: No pares de jugar, no pares de soñar.

Y a mi inseparable compañera: mi esposa.

AGRADECIMIENTOS

Después de haber concluido esta nueva etapa quisiera agradecer a todas aquellas personas que de manera directa o indirecta influenciaron en mí. A mis profesores de la licenciatura, en especial al Mtro. Harald Albrecht Arellano, Mtra. Nancy Quintal García, Mtro. José Luis Granados Sánchez, Mtra. María de Jesús Pérez Hervert por forjar las primeras bases de estudios profesionales en mi persona. En la maestría en Ciencias Sociales a todos los académicos que me despertaron ese espíritu investigativo, hablo en especial del Dr. Carlos Macías Richard, Dr. Pedro Bracamonte y Sosa, Dr. Jesús Lizama Quijano, Dr. Ricardo López Santillán, Dra. Eliana Cárdenas Méndez, Dra. Ligia Sierra Sosa y al Mtro. Gabriel Macías Zapata por sus comentarios y lectura de mi tesis.

A mi director de tesis, al Dr. Horacio Espinosa Coria por la paciencia en las correcciones y que después de tantos cambios en la investigación y desechando capítulos en el transcurso, al final realizamos un buen trabajo. Gracias Horacio.

No puede pasar desapercibido mi agradecimiento al Dr. Carlos Barrachina Lisón, un buen mentor y un buen amigo; gracias por los consejos y por todas aquellas pláticas extraoficiales que me han hecho crecer como persona y como profesional.

Al Mtro. José Arroyo Campohermoso que a pesar de no haber disfrutado algunas de sus clases por circunstancias de mi carrera, si pude disfrutar de su compañía y de sus charlas tan placenteras. Gracias profe.

A mis compañeros de la maestría: Liz, Melisa, Lala, Wilberth, Karen, Ilona y Kike. En especial a aquellos que en cada momento que podíamos disfrutábamos de las pláticas sobre caballeros del zodiaco y de las relaciones político-sociales de nuestro humilde Chetumal. A Samo por ser tan buen amigo y saber escuchar, a Paco por permitirme disfrutar de tan buenos momentos con él, a Joaquín que a pesar de ser tan necio es un buen amigo en el que se puede confiar, a Elver por todos aquellos momentos filosóficos en el cual nos enfrascábamos en discusiones ideológicas sin llegar a ningún lado, eso sí, disfrutando como sólo él sabe. A Alfonso por ser un buen amigo y todo un caballero. Y a ti Gilberto, -sé que lo leerás- por tan acaloradas e interesantes discusiones. Gracias compañeros me llevo gratos recuerdos de la maestría.

A mis padres por ser tan buenas personas y por confiar en mí en todo momento. Gracias por el enorme esfuerzo que han realizado para que este su hijo sea un buen ciudadano, un buen padre, un buen esposo y un buen ser humano. Gracias Papá, gracias Mamá.

A mis hermanos Norma, Cruz, Luis, Yaneli y Titi.

Quiero agradecer de igual forma a las instituciones y sus funcionarios. Al sistema del Desarrollo integral de la Familia, en especial a la Srita. Isis Velázquez que a pesar de estar en vacaciones me atendió amablemente. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo (COESPO), al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), al Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Quintana Roo (ITAIPQROO), al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca para estudiar la maestría y al Programa de Jóvenes Investigadores (PROJI) de la Universidad de Quintana por los recursos financieros brindados para mi titulación

Mis últimos escritos en esta tesis están dedicados a mis dos amores: A mi compañera y confidente, Hilda. Por darme la fuerza que a veces dudaba que tenía. Gracias por tenerme paciencia y de esperarme despierta por largas noches ¡este éxito es también tuyo mi amor!, y a mi princesa y fuente de superación, Ariel. Porque la mitad de este trabajo le pertenece.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo me propongo realizar una investigación sobre las actividades que realizan las instituciones públicas sobre la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en el municipio de Othón P. Blanco, Quintana Roo. Entendiendo este concepto en primer momento como un campo de conocimiento para contribuir a la salud y al bienestar reproductivo de las personas, llevando implícito el derecho del hombre y de la mujer a disfrutar de una vida sexual sin riesgos e informada, o en su caso, a obtener información de planificación familiar así como el acceso a métodos seguros y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud.¹ No obstante, al hablar de sexualidad en México, este concepto está cargado de matices culturales, morales e ideológicos entre aquellos que pretenden otorgarle un sentido de “inmoral” lo que afecta los esfuerzos de aquellas instituciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a promover información sobre prevención y educación sexual. También hay que entender que la sexualidad responde a una necesidad fisiológica; sin embargo, las implicaciones en los adolescentes se ven afectadas si éstas no son ejercidas de forma responsable e informada. Entre las repercusiones de las prácticas sexuales sin protección podemos encontrar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual; situaciones que impactan la salud y afectan a las personas con el paso del tiempo.

Si bien los adolescentes son considerados como una población saludable por la Organización Mundial de la Salud, regularmente están expuestos a riesgos importantes, “están poco informados y su acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo los de planificación familiar es limitado. Como resultado de ello, son el grupo de población más vulnerable ante las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana así como los embarazos no deseados” (Stern, 2008: 15). Para hacer frente a este acontecimiento, las acciones promovidas a nivel nacional han sido desde el ámbito educativo, medios de comunicación, organizaciones civiles y gubernamentales.² Desde el aspecto político Yolanda Palma expresa “el limitado o casi

¹ Este concepto es retomado con más detalle en el capítulo dos de este trabajo

² Para un análisis más amplio sobre los actores vinculados con la sexualidad y la salud reproductiva, véase González Montes, Soledad. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, 1999

nulo acercamiento de los adolescentes a los servicios gubernamentales de salud reproductiva” (Palma 2008:131), escenario considerado de igual manera por los sectores públicos en el estado de Quintana Roo donde la entidad no ha sido la excepción.

Como preámbulo podemos decir que a pesar de existir esfuerzos sobre la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes en el estado, éstos presentan deficiencias y restricciones para atender a este grupo de la población. Ejemplo de ello es la visión gubernamental sobre los altos índices de embarazos en adolescentes donde mencionan que el Estado de Quintana Roo se encuentra en el primer lugar de casos de embarazos en adolescentes. El interés de este estudio parte de esa visión pero hay que tener en cuenta que los embarazos en adolescentes no es el único problema de la práctica sexual irresponsable, existen otros riesgos que se han explicado y que merecen mayor atención por los organismos públicos.

Entrando al contexto de esta investigación me planteo las siguientes preguntas ¿cómo ha sido el transcurrir histórico de la sexualidad en México?, ¿cuáles son los organismos que han impedido o limitado la educación sexual en México?, ¿cuáles son las afectaciones reales de los adolescentes en México?, ¿cuáles son las características de los adolescentes mexicanos respecto a su sexualidad?, ¿qué es la sexualidad y la Salud Sexual y Reproductiva?, ¿cuáles son las leyes y normativas que respaldan los derechos de los adolescentes?, y de manera particular, ¿cuáles son las instituciones y programas destinados a adolescentes en el municipio de Othón P. Blanco?, ¿qué acciones están realizando estos programas en el municipio?, ¿cuáles son las carencias o necesidades principales de estos programas?, ¿cuáles son los casos reales de los problemas derivados de la práctica sexual no responsable en adolescentes en el municipio?, ¿cuál es la visión de los responsables de esos programas?.

Partiendo de los anteriores cuestionamientos me formulo los siguientes objetivos: realizar un estudio sobre las características de los adolescentes mexicanos respecto a su sexualidad;

Guillermo Figueroa, Juan y Stern, Claudio.. Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales. México: El Colegio de México, 2001.p 13, 14,27,148,161,170,180.

Ivonne Szasz y Susana Lerner. Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1998. P. 43,44,90

considero necesario realizar un esbozo sociodemográfico del estado de Quintana Roo para tener conocimiento de los adolescentes quintanarroenses; realizar una investigación teórica e histórica específica de la sexualidad en México; describir las leyes que protegen los derechos sexuales de los adolescentes; investigar el entorno real y actual de la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en el estado para tener conocimiento de estos sucesos; indagar y describir a los actores gubernamentales vinculados a los temas sexuales en la localidad. Esto permite analizar las acciones que están realizando para afrontar los problemas derivados de la práctica sexual no responsable; y finalmente, mediante entrevistas a funcionarios claves especificar las acciones que realizan estos mismos. Esto verificará las responsabilidades y trabajos de cooperación de cada uno de ellos con el objeto de comprobar e identificar las acciones preventivas para abatir este tipo de problemas en la población adolescente. Siguiendo con estos aspectos metodológicos me hago la siguiente hipótesis: el escaso o nulo acceso de los adolescentes a los sistemas de salud, programas de prevención y educación, son factores generadores de condiciones propicias para el fenómeno de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados en adolescentes.

Para realizar lo anterior, la presente tesis está dividida en cuatro partes: tres capítulos y las conclusiones finales de la investigación. En el primer capítulo, “Marco contextual y referencial”, se presenta un panorama de las diversas situaciones de los adolescentes a nivel mundial, nacional y local en relación a la Salud Sexual y Reproductiva. Los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, datos del Consejo Nacional de Población y del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática así como de las diversas encuestas nacionales nos permiten conocer la situación de los adolescentes mexicanos y quintanarroenses referente al uso y conocimiento que tienen sobre métodos anticonceptivos y algunos inconvenientes derivados de la práctica sexual no responsable. Bajo este contexto debe señalarse que la edad temprana de la iniciación sexual en México difiere para hombres y mujeres. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud, la edad promedio de la primera relación sexual para los hombres es de 13.5 años y para las mujeres de 17.5 años. Para el caso de los adolescentes quintanarroenses estas edades son mayores, para los hombres 17.5 años y para las mujeres 19.5 años pero a pesar de este aumento de

edad en la población veremos, en base a datos oficiales, que la entidad está entre los primeros lugares con incidencia en embarazos en adolescentes

En el segundo capítulo, “Marco Teórico” se presenta una síntesis histórica y conceptual de los conceptos que se utilizan en este trabajo, a grandes rasgos hablamos de la sexualidad como una actividad física ligada a comportamientos derivados de relaciones sociales, morales, culturales y geográficas (Szasz y Lerner, 1998: 11) y de la Salud Sexual y Reproductiva. También se presenta una revisión histórica sobre la sexualidad y las acciones de política que se han venido aplicando al tema en México hasta llegar a las leyes que rigen los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en México. Conoceremos de igual forma, las principales Organizaciones no Gubernamentales en la república mexicana que han contribuido a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en la población, así como aquellos actores que han impedido o limitado el avance de la información sobre prevención y educación sexual.

En el tercer capítulo, “Acciones Realizadas por los Sistemas Gubernamentales en el Municipio de Othon P. Blanco”, se realiza un diagnóstico actual de la problemática en el estado y se exponen las actividades y las responsabilidades de aquellas instituciones encargadas de difundir información sobre la Salud Sexual y Reproductiva. Examinó de igual manera, la aportación de algunos funcionarios públicos para complementar las actividades realizadas y las posibles carencias que presentan cada una de ellas, incorporando la visión de estas personas encargadas o conocedoras del tema con el objeto de entender cómo las instituciones o funcionarios perciben la situación de los adolescentes, de tal manera que nos permita conocer ciertas particularidades que los datos cuantitativos no nos manifiestan. Por último, del análisis de estos tres apartados presento mis conclusiones.

CAPITULO 1. MARCO CONTEXTUAL Y REFERENCIAL.

En este primer capítulo se presenta un bosquejo de las diversas situaciones de los adolescentes respecto a su sexualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos permite conocer la misma a nivel mundial y, a nivel nacional, las diversas encuestas realizadas por diferentes institutos gubernamentales nos brindan información sobre el inicio de la sexualidad de los adolescentes mexicanos y quintanarroenses, el conocimiento y uso que tienen sobre métodos anticonceptivos y algunos inconvenientes derivados de la práctica sexual no responsable. Esto nos permite tener un panorama para comprender la gravedad de la situación no sólo a nivel local ni estatal, sino a nivel nacional y mundial.

1.1 Panorama general.

La adolescencia es una fase de desarrollo del ser humano, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera población adolescente a las personas que se encuentran entre la edad de 10 a los 19 años. En esta definición, la OMS estima que por sus características biológicas este grupo poblacional es considerado una población saludable; sin embargo, en otros casos no es así. De acuerdo a este organismo casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la adolescencia.³

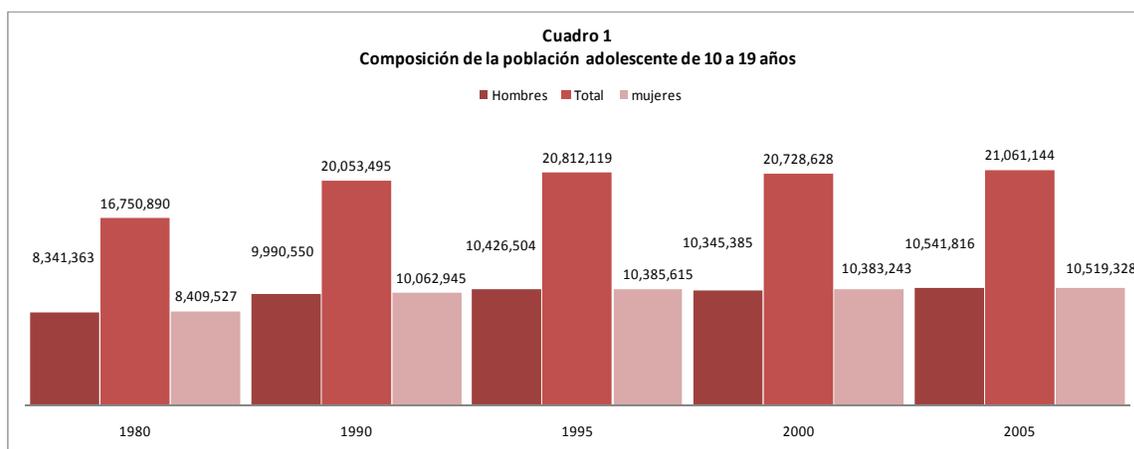
La OMS describe que los adolescentes mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Además de que algunas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia como el consumo de tabaco, los malos hábitos alimentarios y de ejercicio y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son causantes de enfermedad o muerte en fases posteriores de la vida.

En base a estas aportaciones de la OMS podríamos decir que muchos de los patrones de conducta de la adolescencia repercuten en su salud posterior, pero también podemos decir que las prácticas saludables y seguras derivadas de la información para el cuidado de su salud son garantía de un mejoramiento de ésta y de su vida.

³Organización Mundial de la salud. Salud de los adolescentes. 2010 Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/dev/es/index.html

En este sentido, el inicio de la práctica sexual es una etapa del comportamiento de los adolescentes que determinará el curso de sus vidas. Los efectos de ésta de manera no responsable se pueden ver reflejadas en las estadísticas mundiales donde los jóvenes⁴ de entre 15 y 24 años representaron un 45% de todas las nuevas infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de los adultos en 2007, y en los 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años que dan a luz en embarazos y partos prematuros, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo.⁵

En el caso de México de igual manera existen estos acontecimientos, pero antes de pasar a describir los sucesos relacionados a la práctica sexual, es necesario determinar el comportamiento demográfico de los adolescentes y algunos indicios sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR). En México la población adolescente de 10 a 19 años como se puede comprobar ha aumentado notablemente (cuadro 1), representando hasta el último conteo de población el 20% de la población mexicana, de los cuales 10 millones 541 mil 816 son hombres y 10 millones 519 mil 328 son mujeres.⁶



Fuente: Elaboración propia, con base en los censos y conteos del INEGI (1980, 1990, 1995, 2000, 2005). Consulta de población total con estimación por sexo, según edad quinquenal.

⁴ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define adolescente al individuo entre 10 y 19 años y joven al que se encuentra entre los 15 y los 24 años.

⁵ Organización Mundial de la salud. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. 2010. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html

⁶ Según datos del 2006, la población total es de 103, 263,388 habitantes. Se calculó el total de adolescentes en base al segmento de la población de 10 y 19 años. INEGI. *Anuario estadístico de los Estados Unidos mexicanos*. México, 2006.

Respecto al inicio de la actividad sexual de los adolescentes en México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR), realizada por la Secretaría de Salud en el 2003, los adolescentes inician su vida sexual entre la edad de 15 a 19 años con una edad promedio de 17 años para ambos sexos (cuadro 2).

Cuadro 2
Edad a la primera relación sexual.

Grupos de edad	Sin relaciones sexuales	15 y menos	16-17	18-19	20-21	22 y más	Total	Mediana
15 – 19	73.9	11.6	10.8	3.7	0	0	100	--
20 – 24	35.1	12.5	18.8	20.2	10	3.4	100	--
25 – 29	13.5	13	20.1	22.2	13.7	17.6	100	18.1
30 – 34	7	15.2	17.6	22.2	15	23	100	18.1
35 – 39	3.6	14.3	20.1	22.7	14	25.4	100	18.1
40 – 44	2.8	18.3	20	18.4	14.9	25.7	100	18
45 - 49	3.6	15.4	19.8	20.9	13.4	27	100	18.1
Total	24.4	13.9	17.7	17.8	10.8	15.4	100	18.1*

* 25 años y más

Fuente: SESA. ENSAR, 2003.

Sin embargo, debe señalarse que la edad temprana de la iniciación sexual difiere para hombres y mujeres. Una investigación que nos permite determinar en primer momento esta edad es la Encuesta Nacional de Juventud (ENJUVE) realizada en el 2005. Esta encuesta señala que los hombres inician su sexualidad entre la edad de 12 a 14 años y las mujeres de 15 a 19 años. Aunque el ENJUVE nos permite ubicar la edad de inicio sexual por sexo, uno de los principales hallazgos de esta encuesta es que nos permite identificar incidencias con poca ocurrencia en edades menores para las mujeres (cuadro 3). De acuerdo a estos datos también podemos establecer un primer promedio del comienzo de la práctica sexual en adolescentes, de 13.5 años para los hombres y 17.5 años para las mujeres.

Cuadro 3
Edad de la primera relación sexual

Grupos de edad	Antes de los 12	12-14	15-17	18-20	Despues de los 20
Hombres					
12-14	0	99.3	0	0	0
15-19	0	11.3	68.7	0	0
20-24	0.4	3.4	50.6	39.8	6.1
25-29	0	5.7	44.8	36.3	8.5
Mujeres					
12-14	19.2	45.6	0	0	0
15-19	1	16.6	58.2	16.5	0
20-24	0	3.5	38	49.6	7
25-29	0	6.7	22.8	37.8	14

Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). ENJUVE 2005.

De igual forma la ENJUVE nos permite identificar los métodos de protección que conocen los adolescentes, siendo el mejor conocido por la población el preservativo tanto por hombres y mujeres adolescentes con un 90%, seguido de las píldoras con un 69.30 % para los hombres y un 74.70% para las mujeres. El menos conocido es el implante anticonceptivo con un porcentaje menor de 18 % para ambos sexos (cuadro 4).

Cuadro 4
Conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Métodos	Hombres		Mujeres	
	si	no	si	no
Preservativo	91.90	7.30	91.20	7.70
Píldoras	69.30	29.70	74.70	23.90
Vasectomía	54.60	44.20	54.60	43.80
Dispositivo intrauterino	53.20	45.70	60.60	37.90
Ligadura de trompas	52.90	45.60	56.80	41.50
Inyectables	49.30	49.50	57.60	41.00
Condón femenino	47.50	51.30	48.00	50.50
Coito interrumpido	44.10	54.70	39.40	58.70
Óvulos	43.80	54.90	46.40	51.80
Parches	39.30	59.40	41.90	56.40
Anticoncepción de emergencia	38.50	60.20	36.40	61.80
Abstinencia	38.30	NC	29.70	NC
Ritmo	38.00	60.60	42.50	54.90
Anillo	21.50	77.20	18.30	79.80
Implantes	17.60	81.00	16.10	82.10

Fuente: IMJ. ENJUVE 2005.

Sobre la utilización de estos métodos anticonceptivos,⁷ se constata que los adolescentes y jóvenes hombres entre la edad de 15 a 24 años, tanto en su primera y última relación son más frecuentes a usar algún tipo de protección al contrario que las mujeres; en ellas existe una mayor incidencia de las jóvenes de 15 a 29 años que en su primera relación no utilizaron algún tipo de método anticonceptivo contrarrestando esta diferencia cuando son activas sexuales. Del mismo modo se puede verificar en las adolescentes de 12 a 14 años, en menos proporción, que en su primera y última relación sexual si utilizaron algún método anticonceptivo (cuadro 5).

Cuadro 5
Utilización de métodos anticonceptivos.

Grupos de edad	Primera relación sexual		Última relación sexual	
	si	no	si	no
Hombres				
12-14	7.40	2.80	73.50	0.00
15-19	74.20	24.60	74.00	12.00
20-24	56.20	38.10	83.20	9.60
25-29	41.30	52.10	69.30	17.00
Mujeres				
12-14	11.30	3.60	11.70	NC
15-19	42.20	56.00	75.40	20.50
20-24	40.30	56.40	69.80	22.20
25-29	33.70	62.20	79.00	13.70

Fuente: IMJ. ENJUVE 2005.

No obstante a los datos anteriores, otro tipo de investigación que nos sirve para complementar y verificar los datos sobre Salud Sexual y Reproductiva es el presentado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) mediante la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) aplicada en el 2006. En ésta se enuncia el aumento de la edad del inicio de la sexualidad según el tipo de localidad. Para las mujeres en el ámbito rural el inicio de sus relaciones sexuales es a los 18 años y en las urbanas a los 19.3 años. También con el ENADID se pueden rescatar el conocimiento más reciente sobre el uso de los métodos anticonceptivos en los y las adolescentes, en el cuál las 27 millones 632 mil

⁷ De las personas encuestas el 86.9 % declaró haber utilizado preservativos y el 5.5% pastillas. IMJ. ENJUVE 2005.

910 mujeres encuestadas entre la edad de 15 a 49 años conocen algún tipo de método anticonceptivo (97.5%), cifra mayor a los datos del ENJUVE (91%). En este sentido los métodos más conocidos son las pastillas con un 94.5%, el preservativo con 92.5%, la Obstrucción Bilateral Tubaria (OTB) o ligadura de trompas con 83.6% y la vasectomía con 75.6%. Como se puede percibir la población mexicana tiene un considerable conocimiento sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, hay que hacer una aclaración respecto al conocimiento de los métodos puesto que el conocimiento no garantiza el uso. Ejemplo de ello es lo presentado por la misma ENADID donde da muestra del poco uso de los métodos de protección: el 47.1% de los encuestados hace uso de ellos, y de éstos, sólo el 17.6% de los jóvenes entre la edad de 15 a 24 años que han iniciado sus relaciones sexuales recurren a algún tipo de método anticonceptivo.

Esta falta de uso pone a la población tanto de adolescentes, jóvenes y adultos en riesgos de padecer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de presentar embarazos no deseados para el caso de los adolescentes. Asimismo permiten explicar las cifras de ITS y de embarazos en adolescentes en el país, donde el primero, la Secretaría de Salud, dentro del Plan Nacional de Salud menciona que los casos acumulados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110 mil 300 registrados y estimaba que dentro de ésta, 182 mil adultos son portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH),⁸ siendo el VIH la cuarta causa de defunción en hombres de 25 a 34 años en México, puesto que en el 2005 produjo en la población general 4 mil 445 muertes con proporción mayor en la población masculina.⁹ En el caso de las mujeres los sucesos van en aumento, el porcentaje de mujeres con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha incrementado gradualmente, de 8.4% en 1985 a 22.1% en 2007.¹⁰ Ligado a esto, las ITS que se presentan con mayor incidencia en las mujeres es el Virus del Papiloma Humano (VPH), 42.9%"; seguido por sífilis adquirida, 2.7% y herpes genital, 2%. Para los hombres el orden es sífilis, 2.1 %; herpes genital y Virus del Papiloma Humano, 1.7% y gonorrea, 1 % (cuadro 6).

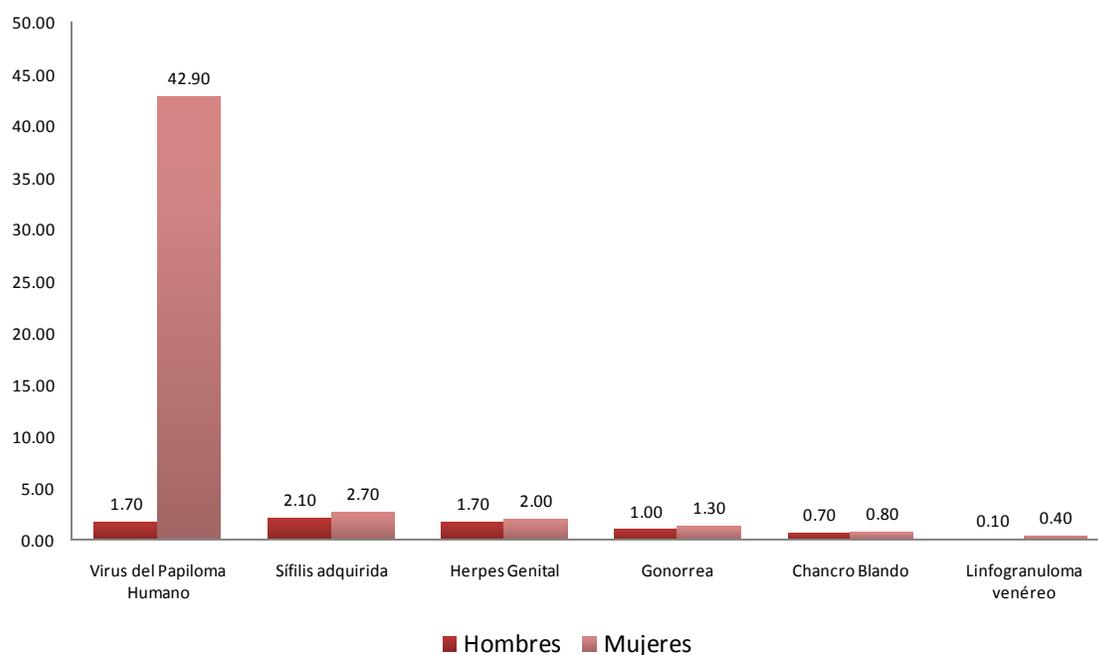
⁸ Como referencia podemos decir que México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en el número absoluto de casos, después de Estados Unidos y Brasil. SESA. Plan Nacional de Salud 2007-2012. México 2007.

⁹ SESA. Plan Nacional de Salud 2007-2012. México 2007.

¹⁰ INEGI. Mujeres y Hombres en México. México. 2009.

Cuadro 6

Tasa de incidencias de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual por tipo de infección y sexo en el 2006.



Nota: Tasa por cada 100, 000 habitantes mayores de un año

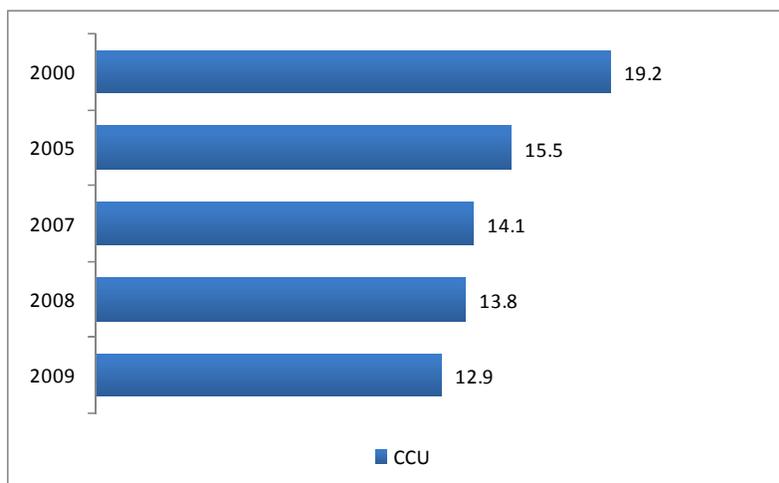
Fuente: INEGI. Mujeres y Hombres en México. 2009.

Como se puede observar, el indicador de la tasa de incidencia del VPH es alarmante, asimismo hay que tener en cuenta que el VPH es el causante del Cáncer Cérvico Uterino (CCU) en las mujeres donde ésta tiene la tasa de mortalidad más alta y es la segunda causa más frecuente de cáncer en el mundo y América Latina. La OMS estimaba que en el 2002, la tasa de mortalidad estandarizada para este tipo de cáncer a nivel mundial es 9.0, y ubica a México por encima con 14.1 por cada 100 mil mujeres.¹¹

Tal como lo expresa la OMS, en México es una de las principales causas de mortalidad materna, tan sólo en el 2007 la tasa de mortalidad por CCU era de 14.3 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. Las entidades con las mayores tasas son: Chiapas, 21.8; Oaxaca y Veracruz, 21.6 y Campeche, 21.2 (ver anexo 1). Aunque hay que señalar que la tasa de mortalidad por CCU ha disminuido levemente, para el 2009 se estimó en 12.9 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más de edad. Tasa inferior al 13.8 en 2008, y menor respecto a la tasa de 19.2 del año 2000 (cuadro 7).

¹¹ INEGI. Mujeres y Hombres en México. México. 2009.

Cuadro 7
Tasa de incidencias de cáncer cervicouterino en mujeres.



Nota: existe una variación mínima con lo reportado por la OMS (14.3) a lo recopilado por las fuentes citadas abajo (14.1)

Fuente: Elaboración propia en base a: Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2007-2012. 2007, INEGI. Mujeres y Hombres en México. 2009, Presidencia de la Republica. Tercer informe de gobierno. 2009.

Se entiende que el virus del VPH incide en la mortalidad por CCU pero hay que destacar que ésta es una enfermedad prevenible sí se detecta a tiempo y si se lleva un control adecuado, además hay que tener en cuenta que el VPH tiene su origen en la práctica de la sexualidad sin protección. No obstante, éste no es el único problema que enfrentan los adolescentes respecto a su sexualidad, también tenemos los relacionados a los embarazos no deseados que hemos reincidido.¹² Referente a ello, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT. 2006) estima que 695 mil 100 adolescentes entre 12 y 19 años han presentado esta particularidad alguna vez, aunque es conveniente aclarar que si bien son apreciaciones de la muestra realizada, la importancia de este trabajo radica en la tendencia de los embarazos donde este suceso aumenta conforme avanza la edad de los adolescentes. De las cifras presentadas por el ENSANUT, la proporción de embarazos en edades de 12 a 15 años es de seis por cada mil adolescentes; de la edad de 16 a 17 años son 101 por cada mil y se duplica en el rango de edad de 18 a 19 años (cuadro 8).

¹² Podemos entender a los embarazos no deseados o no planeados como embarazos que no están dentro de los planes de vida de los adolescentes. Esta circunstancia no es motivo de plática entre ellos sino como consecuencia de la actividad precoz de la sexualidad, y tiene mayor repercusión en la madre por las secuelas de salud, discriminación, abandono, entre otras.

Cuadro 8
Tasa de embarazo en adolescente de 12 a 19 años de edad por grupo de edad.

Grupos de edad	Total de mujeres	Embarazadas	
	n*	n*	Tasa **
12 a 15	4,670.00	29.90	6
16 a 17	2,143.00	216.40	101
18 a 19	1,991.00	448.80	225
Totales	8,804.00	695.10	79

* Cantidad en Miles

** Tasa por mil

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2006.

Si bien este informe nos sirve para tener una idea del comportamiento de los embarazos en adolescentes en México, otra prueba que nos permite identificar la magnitud de esta problemática radica en los altos porcentajes de partos registrados en los Servicios Públicos de Salud en el 2005. Estos registros los consigna la Secretaría de Salud la cual menciona que los partos registrados y atendidos en mujeres menores de 20 años en las instituciones públicas fueron de 1 millón 174 mil 209 casos registrados (21%), de los cuales 7 mil 289 partos ocurridos fueron en adolescentes de 10 a 14 años.¹³ También, otro acontecimiento que es importante señalar es el concerniente a las muertes derivado de los partos, donde el 13 % de las muertes por partos que se presentaron en el país ocurrieron en adolescentes.

Para concluir este apartado podemos decir que a pesar de las variaciones de edades del inicio de la sexualidad entre los adolescentes y jóvenes mexicanos, los resultados de las encuestas nacionales nos revelan el poco cuidado que tienen las mujeres adolescentes y jóvenes sobre su cuerpo, ya que el uso de métodos de anticoncepción son menos frecuentes en sus primeras relaciones sexuales. Asimismo nos demuestran que contrariamente al conocimiento de los métodos anticonceptivos (97.5%), solamente el 47.1% de los encuestados recurren a ellos. De éstos, el 17.6 % son adolescentes y jóvenes, lo cual indica que pese a la difusión de métodos anticonceptivos no se garantiza un impacto sobre el uso de éstos y prueba de ello son las altas ocurrencias de Infecciones de Transmisión Sexual y de embarazos no planeados en adolescentes.

¹³ Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) (26.5%) y el IMSS-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el IMSS (10.1%) e ISSSTE (5.3%). SESA. Plan Nacional de Salud 2007-2012. México. 2007.

1.2 Políticas de Salud Sexual y Reproductiva dirigidas a adolescentes: problemas de cobertura y acceso a los servicios.

Como hemos visto las prácticas sexuales sin protección tienen repercusiones en la salud de la población adolescente como las ITS y los embarazos no deseados. De la misma forma se ha identificado el inicio de la vida sexual en este grupo poblacional, estableciendo el promedio de 13.5 años para los hombres y 17.5 años para las mujeres, aunque hay que resaltar que en este último grupo existen casos en edades de 12 a 14 años.

Al hablar de la sexualidad de los adolescentes en México hay que tomar en cuenta el Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (PASSyRA). Dirigido a atender las necesidades de este sector de la población. Este programa es desarrollado por primera vez por el gobierno del presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa dadas las evidencias sobre el impacto en la salud y las condiciones que repercuten sobre el inicio temprano del ejercicio de la sexualidad. Funciona como instrumento rector, en el que todas las instituciones y niveles de gobierno deben seguir para lograr avanzar de manera conjunta sobre los principales retos de salud que enfrentan los adolescentes. Su objetivo principal es proporcionar atención fundamentada en un modelo de servicios estandarizados que cubran las necesidades y expectativas de esta población y para lograrlo se plantea asegurar la suma de esfuerzos y la asignación de responsabilidades de los diferentes actores: instituciones del Sistema Nacional de Salud, las Organizaciones de la Sociedad Civil, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación Pública, entre otros (ver anexo 2).

De la misma manera expresa la preocupación a nivel nacional de establecer políticas dirigidas a contribuir a la reducción de los embarazos en adolescentes, disminuir las Infecciones de Transmisión Sexual así como promover conductas saludables y responsables alrededor de la sexualidad y la reproducción, para lo cual plantea la necesidad de fortalecer los servicios de salud dirigidos a ellos, diseñar estrategias para facilitar el acceso a los mismos y promover una cultura institucional de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos. Del mismo modo hace hincapié en la obligación de los institutos del sector público, social y privado para proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluye información, orientación y motivación

respecto a la planificación familiar de acuerdo a las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud.

Sin embargo, pese a las acciones realizadas, hay que tener en cuenta la limitada prestación y cobertura de los servicios de salud de la población mexicana. En este sentido la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) del cual México es miembro desde 1994, informó que la población que no tiene acceso a alguna institución de seguridad social se estimó en 50 millones para el 2005, es decir, el 50% de la población mexicana para ese año. También destacan la proporción relativamente baja de inversión al gasto en salud como proporción del Producto Interno Bruto (PIB), 4.8% en 1990 y 6.1% en 2002, erogaciones en salud inferiores al aumento promedio de la OCDE que pasó de 7.2 a 8.6% en ese mismo año (OCDE, 2005: 33). Para el 2007 el monto que el país invirtió fue de 5.9%, cantidad muy por debajo del promedio de la OCDE, 8.9%, representando el penúltimo lugar entre las naciones de este organismo sólo por encima de Turquía.¹⁴ Como podemos apreciar, estos antecedentes entrevén la insuficiencia de la inversión en salud que realiza el país para el cuidado de los ciudadanos.

Del mismo modo, otro de los problemas detectados por este organismo es el relacionado a la cobertura y acceso a los servicios de salud. Bajo este argumento recomienda contar con un mejor acceso a éstos debido a que la proporción de la población con acceso limitado a los servicios de salud es más significativa en las zonas rurales, pues sólo a fines de la década de 1990 se encontró que 17 millones de personas vivían en zonas rurales donde no se contaba con una unidad de servicios de salud, y además el 97% de esta población vivía a 50 km de una unidad de salud (OCDE, 2005.: 78).

Este problema se intentó combatir durante la administración del expresidente Vicente Fox Quezada con el programa de Seguro Popular,¹⁵ el cual le valió el reconocimiento de la

¹⁴ Nota Informativa Verónica Mondragón. Diagnostico de OCDE pone a México en coma. Excélsior. 02 de julio de 2009. Disponible en http://www.exonline.com.mx/diario/noticia/primer/pulsonacional/diagnostico_de_ocde_pone_a_mexico_en_coma/649037 (Vi. 10 de julio de 2009)

¹⁵ En 2004 entran en vigor las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003, que da origen al Sistema de Protección Social en Salud para otorgar los beneficios de la protección financiera en salud a la población no derechohabiente. Informe disponible en: Salud, seguro popular. Antecedentes <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/antecedentes.htm> (Vi. 20 de diciembre de 2009)

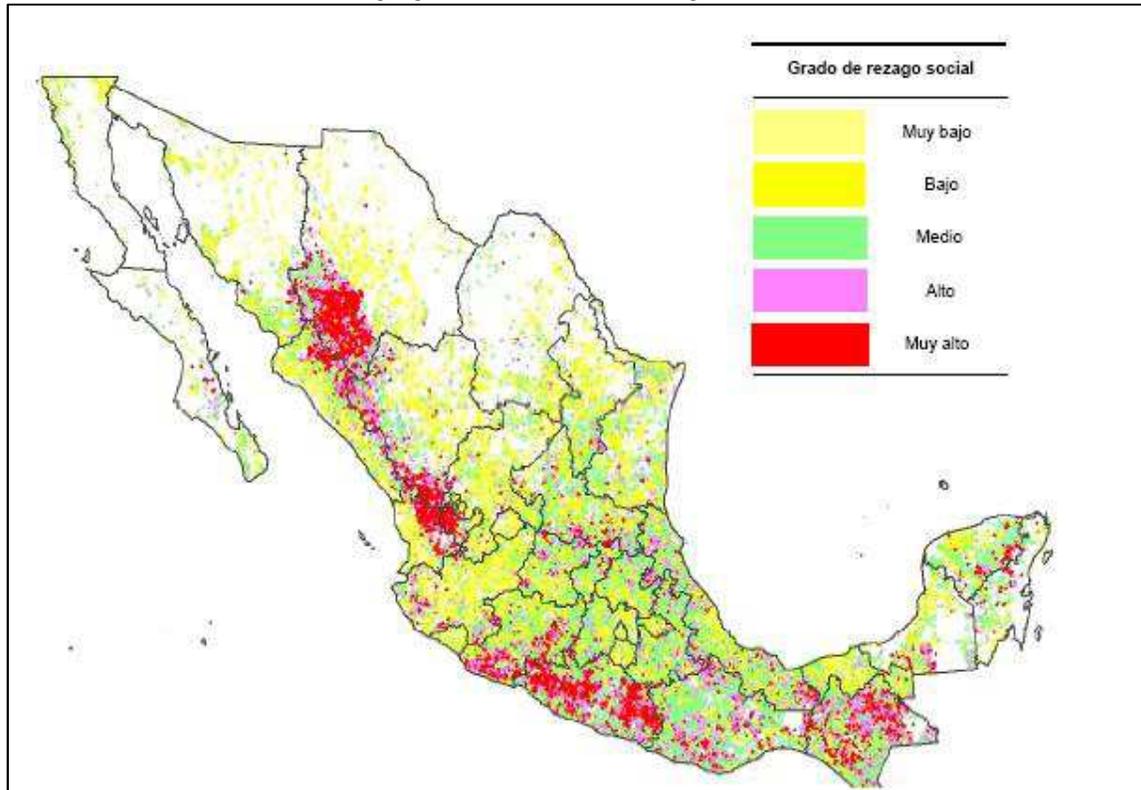
Organización Mundial de la Salud y la atracción de muchas otras naciones interesadas en introducir innovaciones similares (Frenk y Gómez Dante: 2007). Pese a esas políticas creadas, la OCDE dictamina que es necesario fomentar su afiliación y aumentar la cobertura ya que la falta de ésta representa un grave problema para el mejoramiento de la salud de la población, y sobre todo para los sectores en riesgo como son las mujeres, niños y personas mayores.

Continuando con esta premisa, para contrarrestar esta limitada cobertura de salud, el presidente Felipe Calderón Hinojosa ha empleado acciones de política para subsanar esta problemática mediante el programa de “Caravanas de la Salud”. Hasta el 2008 este programa ha empleado 1,334 unidades médicas móviles con iniciativa para acercar los servicios de salud a los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) en siete estados prioritarios: Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Veracruz, Nayarit y Durango, con beneficio a 1.4 millones de habitantes de estas localidades. Entre las principales prestaciones de estos servicios se destacan la de medicina general/familiar, planificación familiar, odontología, atención de parto y recién nacido, examen y prueba de embarazo y detección oportuna del cáncer cervicouterino.¹⁶

Pero es importante resaltar que ésta es una política de reciente creación y beneficia prioritariamente a los habitantes en los municipios de menor IDH. Para identificarlas, uno de los informes que nos permite ubicar las zonas de atención prioritaria es el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Este estudio incorpora indicadores de educación, acceso a servicios de salud, de servicios básicos, de calidad y espacios en vivienda, y activos en el hogar, para crear un índice de rezago social para cada uno de las entidades federativas (cuadro 9).

¹⁶ En el año 2007 inició sus operaciones de manera regular el programa de Caravanas de la Salud en las localidades que por su ubicación geográfica y socio demográficas, impedían o dificultaban el acceso real a los servicios de salud. Cabe señalar que este es un programa que ofrece los servicios de salud y medicamentos de manera gratuita. Formalizó su puesta en marcha en Hueytalpan, Puebla; uno de los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano. (Secretaría de Salud- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Caravanas de la salud, logros y testimonios. México 2009)

Cuadro 9.
Zonas geográficas con índice de rezago social. 2005



Fuente: CONEVAL. Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México 2008.

Como se observa, el índice de rezago social se concentra en el sur-sureste y zonas serranas del país. Los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Nayarit y Chihuahua tienen muy alto índice de rezago social, lo cual coincide en algunos aspectos con los objetivos del enfoque de dirección del programa Caravanas de Salud empleadas por la Secretaría de Salud y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).

En Quintana Roo este programa está funcionando, para el 2008 se contaba con 13 unidades médicas ofreciendo los servicios de atención médica odontológica en beneficio de 31 mil habitantes de 143 comunidades¹⁷ y para el 2009 aumentó a 17 unidades médicas visitando

¹⁷ Este dato está basado en el cuarto informe de gobierno y sólo menciona que la prestación de servicios es de atención odontológica. Gobierno del Estado de Quintana Roo. IV informe de gobierno-Félix Arturo González Canto. IV.5 Salud para todos. Quintana Roo. México.2009.

a 21 mil 275 personas en 85 localidades en el Estado.¹⁸ Llegando a este punto, para tener una perspectiva del estado y conocer las características sociodemográficas y económicas de la entidad, pasamos al estudio de ésta y de lo relacionado a los adolescentes quintanarroenses, tema principal de esta investigación.

1.3 Características socio-demográficas y económicas del Estado de Quintana Roo y población objeto de estudio.

Quintana Roo se encuentra ubicado en la porción oriental de la península de Yucatán, está formado por nueve municipios; Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Solidaridad, Tulum, Lázaro Cárdenas, Cozumel, Benito Juárez, Isla Mujeres y Othón P. Blanco.¹⁹ En éste último municipio se encuentra ubicada la ciudad de Chetumal, capital del Estado.²⁰ La superficie total del estado es de 50,844 km², ocupando el 2.55% del territorio nacional que corresponde al decimonoveno lugar entre los Estados de la República Mexicana. Se ha dividido en tres regiones en base a sus características geográficas, de integración territorial, actividades productivas, culturales y sociales: Zona Norte, integrada por los municipios de Isla Mujeres, Benito Juárez, Cozumel, Solidaridad;²¹ Zona Maya, constituida por los municipios de Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Lázaro Cárdenas y Solidaridad; finalmente, la Zona Sur, integrada por el municipio de Othón P. Blanco (Anda, 2004,27).

En cuanto al crecimiento poblacional del estado de Quintana Roo, éste ha sido de una gran dimensión. El Censo General de Población y de Vivienda en México registraba para el año 1910 un poco más de 9 mil habitantes y para el 2005 más de un millón (cuadro 10). Se estima que la población seguirá en aumento de acuerdo a las proyecciones del INEGI.

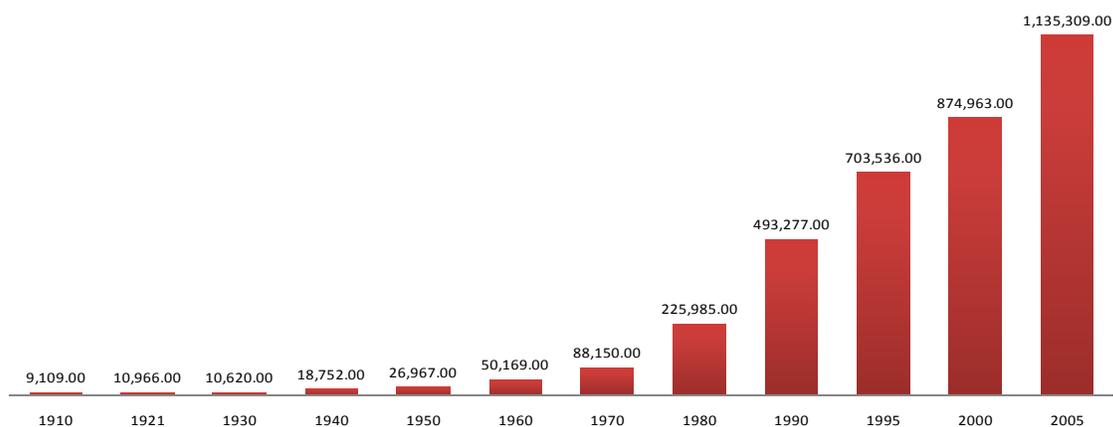
¹⁸ Secretaría de Salud- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Caravanas de la salud, logros y testimonios. México 2009

¹⁹ El territorio de Quintana Roo se erigió el 25 de febrero de 1904, segregándolo del estado de Yucatán. En los últimos meses del año de 1931 se expidió un Decreto por el Congreso de la Unión, suprimiendo el territorio y anexando sus fracciones a Yucatán y Campeche. Al iniciar el año de 1935, siendo Presidente de la República el Gral. Lázaro Cárdenas, volvió a ser considerado territorio federal y por Decreto de la Federación se erigió como Estado el 7 de octubre de 1974. INEGI. Estadísticas históricas de México 2009. 2010.

²⁰ El 19 de mayo de 2008 se crea el noveno municipio de Tulum, anteriormente se encontraba suscrito en el municipio de Solidaridad

²¹ En la actualidad se incorpora a la zona norte el nuevo municipio de Tulum

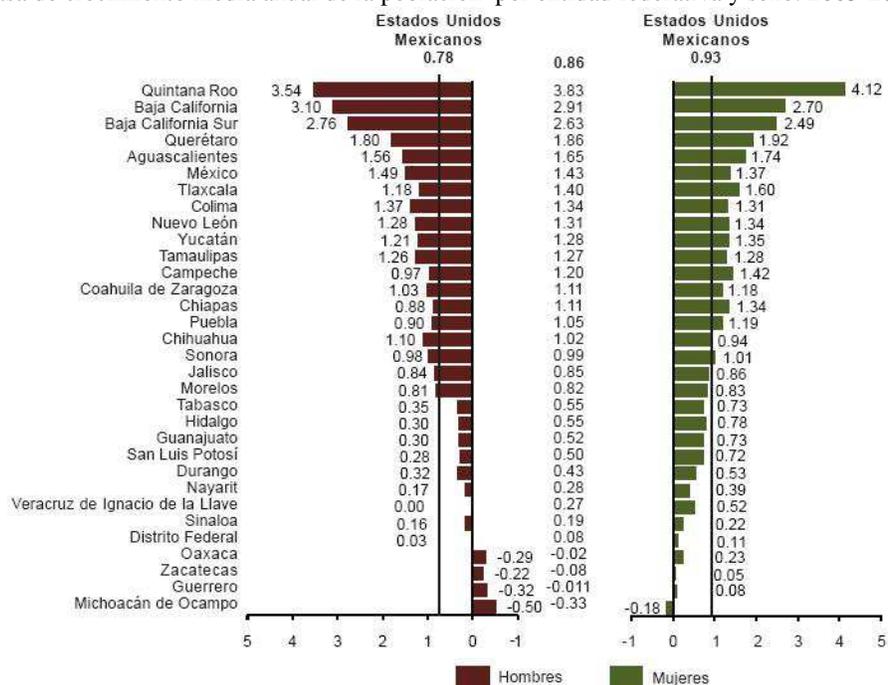
Cuadro 10
Población total del Estado de Quintana Roo. Años seleccionados 1910 a 2005



Fuente: Elaboración propia en base a: INEGI. Estadísticas históricas de México 2009. México, 2010.

Para el 2009 el Estado ocupaba el primer lugar en la tasa de crecimiento poblacional, 3.54 para hombres y 4.12 para mujeres sobre una media nacional de 0.78 y 0.93 para hombres y mujeres, respectivamente (cuadro 11).

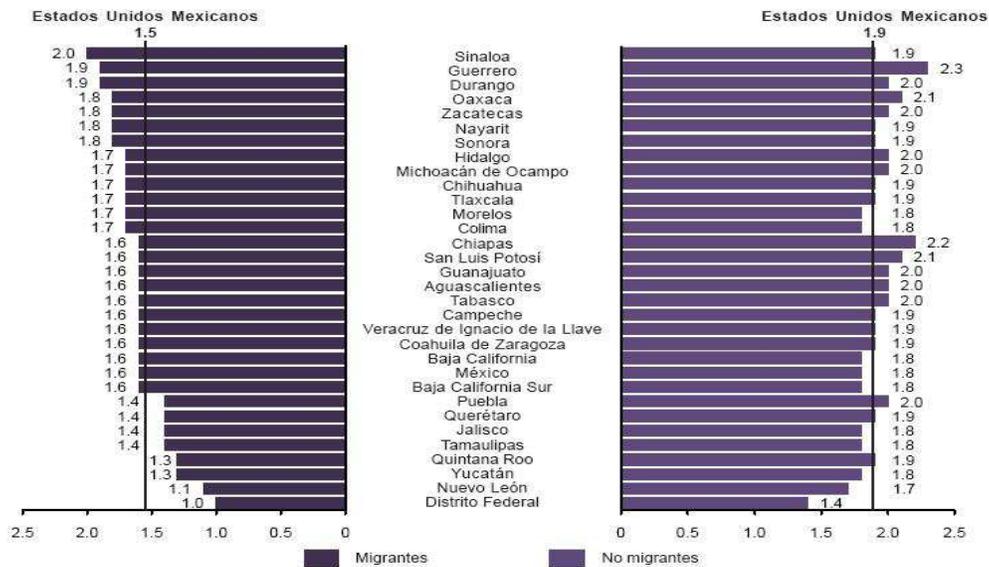
Cuadro 11
Tasa de crecimiento media anual de la población por entidad federativa y sexo. 2005-2009



Fuente: INEGI. Estadísticas históricas de México 2009. México, 2010.

Este crecimiento poblacional tiene su explicación debido a la inmigración histórica en la entidad. Para comprobar este razonamiento, el Censo de Población y Vivienda 2005 nos permite observar que la entidad con mayor porcentaje de inmigrantes, en relación con su población de 5 y más años tanto de hombres como de mujeres, lo ocupa Quintana Roo con 11.6% y 11%, respectivamente (ver anexo 3). En este sentido, el INEGI dentro de su estudio demográfico comenta que la migración expone a las personas a la influencia de una serie de aspectos, preferencias y conductas relacionadas con la fecundidad existiendo efectos diferentes tanto en el lugar de origen como en el de destino; por consiguiente la fecundidad de las mujeres migrantes inscribe en su comportamiento una combinación de la influencia de los territorios de la migración. Del mismo modo destaca que en prácticamente todas las entidades del país, el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres migrantes es menor al de quienes no migran. El INEGI expresa que en estados como Quintana Roo y Nuevo León donde se registra la mayor diferencia entre los indicadores de ambos grupos, puede deberse a los efectos sociales de los lugares de origen de quienes migran (cuadro 12).

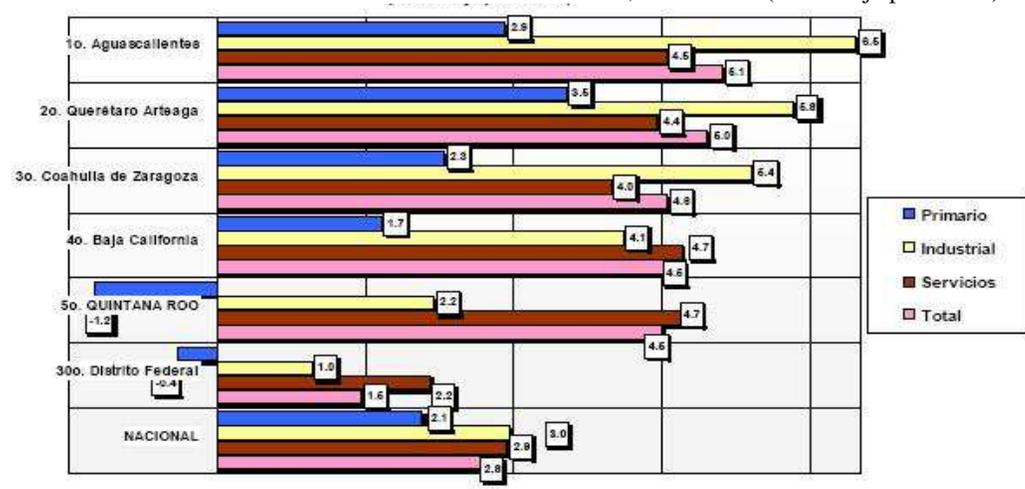
Cuadro 12.
Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres migrantes internas recientes y no migrantes de 15 a 49 años de edad por entidad federativa hasta el 2005



Fuente: INEGI. Estadísticas históricas de México 2009. 2010.

Igualmente, otro tipo de crecimiento identificado en la entidad, es el relacionado con el económico. Quintana Roo se encuentra entre los principales estados a nivel nacional que presenta altos índices en este tema (cuadro 13). Para Carlos Macías, la razón de estos fenómenos ”proviene del ambicioso lanzamiento de una modalidad alternativa de fomento turístico, basada en la expansión hotelera horizontal, no masificada, y en la experiencia interactiva del visitante con los elementos vitales de un paisaje natural que se ha intentado modelar sobre bases *sostenibles* o, mejor, *preservables*” (Macias, 2009:245).²²

Cuadro 13.
Producto interno Bruto. Tasa media de crecimiento anual, 1993-2004. (Porcentaje por sector)



Fuente. IMJ. Encuesta Nacional de juventud 2005. Quintana Roo. 2006.

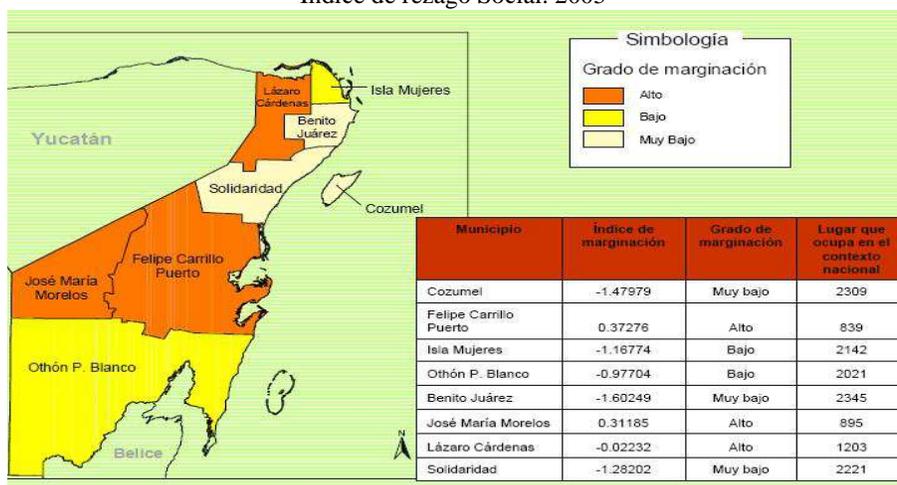
En relación a la marginación en el estado, Quintana Roo se caracteriza por un grado de marginación bajo, ocupando el lugar 19 a nivel nacional (ver anexo 4). Si bien tiene marginación baja, el Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo (COESPO) nos permite identificar los municipios que presentan alto grado de marginación.²³ En este

²² Para Carlos Macías los tres mayores activos con que cuenta el Estado en su apuesta económica, están representados por: capital natural, infraestructura urbana, aeroportuaria, carretera y hotelera, y la mano de obra inmigrante. En relación al desarrollo económico del estado, para el autor el impulso de la economía de una región basada en el sector servicios presenta ciertas fragilidades y vulnerabilidad de su capital natural: deterioro de edificaciones arqueológicas, incapacidad para satisfacer la demanda de servicios, saturación demográfica, inseguridad pública, entre otras. (Macías, 2009: 245,248).

²³ El índice de marginación es una medida resumen que proporciona información valiosa a los encargados de la planeación del país, acerca de la intensidad y el grado de los rezagos sociodemográficos que se tienen en los espacios geográficos: estatal, regional, municipal y local en materia de educación elemental, condiciones y servicios en las viviendas, ingreso y distribución de la población en el territorio. (COESPO 2007)

caso el más alto es Lázaro Cárdenas, seguido de José María Morelos, Felipe Carrillo Puerto y en menor medida Othón P. Blanco e Isla Mujeres (cuadro 14).

Cuadro 14.
Índice de rezago Social. 2005



Fuente: COESPO. Estructura y composición de los índices e indicadores sociales para el Estado de Quintana Roo. Quintana Roo, México. 2007.

Siguiendo con este tema, algunos de los indicadores básicos para comprender mejor la situación de los municipios en Quintana Roo son presentados por el INEGI. El municipio que presenta el mayor grado de analfabetismo es Felipe Carrillo Puerto con un 16.34%, seguido de José María Morelos con 14.09 % y en menor medida Lázaro Cárdenas con 12.18%. Por el contrario, Cozumel es el municipio que tiene el mayor grado de alfabetismo con un 79.58%, seguido de Othón P. Blanco con 77.58% y por último Isla Mujeres con un 66.91% (cuadro 15).

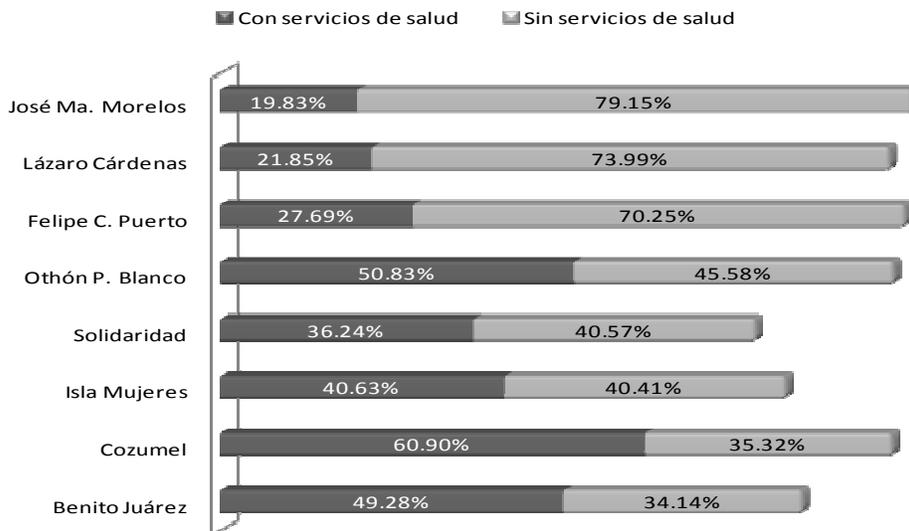
Cuadro 15.
Indicadores de marginación. 2005

Municipios	Población								Inversión pública (miles de pesos)		
	Con Serv. De Salud.	%	Sin Serv. De Salud	%	Alfabeta	%	Analfabeta	%	Inversión pública	Inv. Salud	%
Felipe Carrillo Puerto	18,105.00	27.69%	45,922.00	70.25%	44297	67.76%	10683	16.34%	63,855.00	1,675.00	2.62%
Lázaro Cárdenas	4,884.00	21.85%	16,543.00	73.99%	15759	70.49%	2724	12.18%	67,410.00	121.00	0.18%
José María Morelos	6,494.00	19.83%	25,917.00	79.15%	23175	70.77%	4614	14.09%	55,452.00	820.00	1.48%
Othón P. Blanco	111,707.00	50.83%	100,157.00	45.58%	170486	77.58%	17185	7.82%	271,887.00	0.00	0.00%
Cozumel	44,577.00	60.90%	25,849.00	35.32%	58249	79.58%	3174	4.34%	104,881.00	0.00	0.00%
Benito Juárez	282,360.00	49.28%	195,637.00	34.14%	397184	69.32%	21140	3.69%	261,255.00	862.00	0.33%
Solidaridad	49,136.00	36.24%	55,012.00	40.57%	82234	60.65%	6625	4.89%	152,583.00	2,267.00	1.49%
Isla Mujeres	5,410.00	40.63%	5,381.00	40.41%	8909	66.91%	559	4.20%	14,215.00	0.00	0.00%

Fuente: elaboración propia en base a datos del INEGI. Cuadernos Estadísticos municipales. 2006

Otra de las características relacionadas al grado de rezago social es la discrepancia de los servicios de salud. A modo de ejemplo, el 79.15% de la población de José María Morelos no cuenta con algún tipo de servicio de salud y solamente el 19.83% de ésta tiene algún tipo de servicio (ya sea IMSS, SESA, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Seguro Popular y otro tipo de instituciones). Se puede notar que este es el municipio que tiene la mayor población sin el beneficio de servicios de salud, al contrario de Benito Juárez que tiene la menor población que presenta esta particularidad (cuadro 16).

Cuadro 16.
Población con servicios de Salud. 2005



Fuente: elaboración propia en base a datos del INEGI. Cuadernos Estadísticos municipales. 2006

En cuanto a la inversión de salud en los municipios, hasta el último informe oficial del INEGI del 2005, el gobierno estatal invirtió 2 millones 267 mil pesos en el municipio de Solidaridad, 1 millón 675 mil pesos en Felipe Carrillo Puerto, 862 mil pesos en Benito Juárez, 820 mil pesos en José Ma. Morelos y 121 mil pesos en el municipio de Lázaro Cárdenas. Para el caso de Othón P. Blanco y Cozumel se contó con una inversión nula en estos municipios (revisar cuadro 15).

Bajo esta temática si revisamos el porcentaje del PIB destinado al gasto público federal en salud por entidad, podemos observar que para el 2005 al estado de Quintana Roo se le destinó el 2% del PIB nacional (ver anexo 5), lo que lo pone en el último lugar de las

erogaciones federales para los mismos fines en comparación con otros estados de la república mexicana.

En líneas generales estos datos someros que se han presentado nos sirven para confirmar el grado de vulnerabilidad en que se encuentran algunos municipios, sobre todo en cuanto a la afiliación a algún tipo de servicio de salud. De igual manera, los antecedentes presentados: cambios demográficos, la tendencia creciente de la dinámica económica en el Estado, falta de cobertura de salud, permite explicar los factores que modifican la estructura de la sociedad. Dentro de ésta se puede señalar el origen de problemas relacionados con la generación de empleos, vivienda, educación, salud, entre otros; sin embargo, algunos de éstos son más evidentes por la gravedad de su situación: suicidios (ver anexo 6), muerte por cáncer cervicouterino (ver anexo 7) y embarazos no planeados (ver anexo 8), que si bien afectan a toda la población éstos tienen mayor repercusión en la población vulnerable de la sociedad.²⁴ En párrafos anteriores habíamos dicho que la salud como medio de bienestar físico y mental en las personas es indispensable si se quiere combatir algunos problemas de salud, y que las instituciones son las encargadas de difundir la información para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados. Sin embargo, existen municipios que tienen un grado bajo de afiliación, por lo tanto es de suma importancia el goce de estos servicios públicos para reducir las complicaciones asociadas a las prácticas sexuales. Aunque se mencionó el empleo de las Caravanas de Salud para contrarrestar estos problemas, veremos que aún persisten problemas relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes. A falta de un registro específico actualizado sobre este suceso, vale decir del registro de defunciones registradas en el Estado en las

²⁴ La Ley General de Desarrollo Social define como grupos sociales en situación de vulnerabilidad a “aquellos núcleos de población y personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.

En el artículo 4º. De la ley de Asistencia Social, señala que los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Con base en lo anterior, son sujetos de la asistencia social:

I. Todas las niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectados por: a) Desnutrición; b) Deficiencias en su desarrollo físico o mental, o cuando éste sea afectado por condiciones familiares adversas; c) Maltrato o abuso; d) Abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento y garantía de sus derechos; e) Ser víctimas de cualquier tipo de explotación; f) Vivir en la calle; g) Ser víctimas del tráfico de personas, la pornografía y el comercio sexual; h) Trabajar en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental; i) Infractores y víctimas del delito; j) Ser hijos de padres que padezcan enfermedades terminales o en condiciones de extrema pobreza; k) Ser migrantes y repatriados, y l) Ser víctimas de conflictos armados y de persecución étnica o religiosa.

instituciones públicas del sector salud, en la que “ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal” ocupa el mayor porcentaje con un 18.1%, esto es, 147 muertes de un total de 882.²⁵ Aunque cabe señalar que estos datos estadísticos no nos permiten medir con precisión las causas de los decesos de las personas así como de los grupos de edad en la que se presenta con mayor frecuencia este suceso, sí nos revela la gravedad del problema de los decesos que precede a los partos.

1.4 Conocimientos de los adolescentes quintanarroenses sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Al igual que el análisis demográfico en adolescentes a nivel nacional, veamos el comportamiento estadístico de los adolescentes quintanarroenses donde hasta el 2005 el grupo poblacional de adolescentes estaba constituido por 208 mil 787 personas representando el 18.39% de la población total, de las cuales 105 mil 919 son hombres y 102 mil 868 mujeres (cuadro 17) pero hay que tener presente que según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la población quintanarroense aumentará en los años próximos (ver anexo 9). Bajo estas indicios y de seguir las tendencias de problemas relacionados a la salud podemos inferir el incremento de las enfermedades en la población y sobre todo en los adolescentes donde en algunos casos estos problemas son prevenibles como las muertes por cáncer cervicouterino y los embarazos en adolescentes.

Cuadro 17.
Población adolescente en el estado de Quintana Roo. 2005

Grupos de edad	Población adolescente por sexo, según grupos de edad			
	Hombres	mujeres	Total	%
10 A 14	54,091.00	52,654.00	106,745.00	51.13%
15 A 19	51,828.00	50,214.00	102,042.00	48.87%
Total adolescentes de 10 a 19 años	105,919.00	102,868.00	208,787.00	18.39%
Población total en el Estado de Quintana Roo			1,135,309.00	

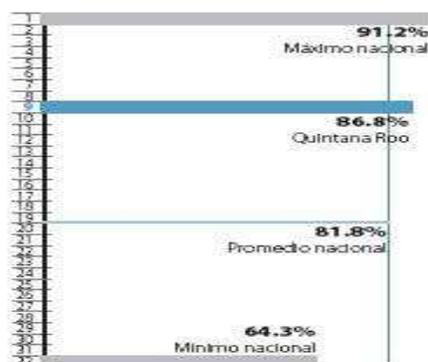
Fuente: INEGI. Censo de población y vivienda 2005. Quintana Roo. México. 2006.

²⁵ INEGI. Anuario estadístico de los Estados Unidos mexicanos. México, 2006.

En este sentido, una de las investigaciones realizadas para conocer sobre los factores de riesgo, Infecciones de Transmisión Sexual y Salud Reproductiva, entre otras, de la población en el Estado, es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en el 2006 en el estado de Quintana Roo.²⁶ Dentro de los aspectos de Salud Reproductiva entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad, se señala que 86.8% de ellos conoce o ha oído hablar de algún método para evitar el embarazo o para no tener hijos, situación que ubica a los adolescentes de Quintana Roo con un mayor conocimiento respecto del promedio reportado en el país, 81.8% (cuadro 18).

Cuadro 18

Adolescentes de 12 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo. Quintana Roo México 2005.



Fuente: ENSANUT. Cuestionario de Adolescentes. Quintana Roo, México 2006

Dentro de este informe también se puede percibir el porcentaje de adolescentes que conoce algún tipo de método anticonceptivo, siendo la respuesta similar entre mujeres (87.9%) y hombres (85.6%) (Cuadro 19).

²⁶ La ENSANUT, entrevistó en Quintana Roo a 874 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, los cuales son una muestra representativa de 272,473 adolescentes. De éstos 49.9% son hombres y 50.1% mujeres.

Cuadro 19

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años, según si ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo y sexo. Quintana Roo México 2005.

Ha escuchado hablar de algún metodo anticonceptivo				
	<u>si</u>	<u>no</u>	<u>no responde</u>	<u>Total</u>
Hombre	85.6%	13.7%	0.6%	100%
Mujer	87.9%	12.1%	0.0%	100%
Total	86.8%	12.9%	0.3%	100%

Fuente: ENSANUT. Cuestionario de Adolescentes. Quintana Roo, México. 2006

Sin embargo, al analizar la información por grupo de edad se encontró que en adolescentes de 12 a 14 años sólo el 75.9% conoce algún método anticonceptivo en comparación con el grupo de 15 a 19 años, donde el 93.9% ha oído hablar de ellos. Lo que nos permite deducir la falta de de información en educación sexual y reproductiva en adolescentes en edades menores (cuadro 20).

Cuadro 20.

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo y grupos de edad. Quintana Roo México 2005.

Ha escuchado hablar de algún metodo anticonceptivo				
	<u>si</u>	<u>no</u>	<u>no responde</u>	<u>Total</u>
12 a 14	75.9%	23.4%	0.8%	100%
15 a 19	93.9%	6.1%	0.0%	100%
Total	86.8%	12.9%	0.3%	100%

Fuente: ENSANUT. Cuestionario de Adolescentes. Quintana Roo, México 2006

En cuanto a los adolescentes que contestaron saber la forma de evitar un embarazo se les cuestionó acerca de cuáles métodos habían oído hablar. Se observa que los métodos anticonceptivos mencionados por sexo, existe mayor proporción de hombres que de mujeres que han oído hablar del preservativo, 91.1% y 71.8% respectivamente. Por el contrario, una mayor proporción de mujeres que de hombres sabían de las pastillas, 78.2% y 63.2% de los hombres respectivamente (cuadro 21).

Cuadro 21

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo, según método y sexo. Quintana Roo México 2005.

Métodos	Hombres		Mujeres	
	si	no	si	no
Preservativo	91.10	8.90	71.80	28.20
Píldoras	63.20	36.80	78.20	21.80
Vasectomía	2.40	97.20	3.80	99.20
Dispositivo intrauterino	16.70	83.30	28.60	71.40
Ligadura de trompas	2.40	97.60	3.80	96.20
Inyectables	15.40	84.60	28.70	71.30
Coito interrumpido	1.90	98.10	0.00	100.00
Óvulos, jaleas, espuma, diafragma	4.70	95.30	7.50	92.50
Pastilla de emergencia	6.20	93.80	5.10	94.90
Ritmo, calendario, abstinencia	2.10	97.90	0.70	99.30

Fuente: ENSANUT. Cuestionario de Adolescentes. Quintana Roo, México. 2006.

Sin embargo, como ya hemos visto es muy diferente el conocimiento al uso, para ello, la Encuesta Nacional de Juventud 2005, da muestra del uso de métodos anticonceptivos donde el 71% de los hombres de 12 a 29 años utilizan algún método y las mujeres un 69%. (Cuadro 22)

Cuadro 22

Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 12 a 19 años que utilizaron algún método anticonceptivo en su última relación.

¿Utilizas algún método anticonceptivo?			
(Porcentaje entre quienes tuvieron compañeros sexuales en el último año)			(Nivel estatal, n=161,670)
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
<i>Hombres</i>	71.0%	29.0%	100%
<i>Mujeres</i>	69.0%	31.0%	100%
<i>Total</i>	70.2%	29.8%	100%

Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2005. Quintana Roo 2006.

Los testimonios de esta encuesta muestra que los porcentajes de incidencias del inicio sexual de los adolescentes quintanarroenses se da en edades mayores comparado con la

media nacional, en la edad de 17 y 18 años (39%) y en las mujeres en la edad de 19 a 20 años (29.1%), pero también da cuenta de incidencias en edades de 15 y 16 años donde la diferencia es cercana a las mayores respuestas, 33.5% y 20.6%, e incluso existen casos entre los 12 y 14 años para ambos sexos (Cuadro 23). En base a los datos anteriores podemos establecer el promedio de edad de iniciación sexual de los adolescentes quintanarroenses: mujeres 19.5 años y hombres 17.5 años.

Cuadro 23.

Edad de la primera relación sexual en adolescentes en el Estado de Quintana Roo. 2005

¿A que edad tuviste tu primera relación sexual?							
(Porcentaje, nivel estatal, n=184,325)							
	Entre los 12 y los 14 años	Entre los 15 y los 16 años	Entre los 17 y 18 años	Entre los 19 y 20 años	Después de los 20 años	No sabe o no contestó	Total
Hombres	8.9%	33.5%	39.8%	13.1%	4.3%	0.4%	100%
Mujeres	7.5%	20.6%	24.0%	29.1%	14.2%	4.6%	100%

Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2005. Quintana Roo 2006.

Las publicaciones del ENJUVE para el Estado también nos permite determinar las orientaciones de los adolescentes y jóvenes sobre el inicio de su primera relación sexual, en el cual la incidencia más alta en las mujeres es con su novio (47.2 %), su esposo (44.1%) y en menor medida con un amigo (6.2%). Para los hombres el porcentaje más alto es con una amiga (44.4%) y con su novia (42.5) (Cuadro 24).

Cuadro 24.

Preferencias del Inicio de la primera relación sexual en adolescentes en el Estado de Quintana Roo



Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2005. Quintana Roo 2006.

Otra de las aportaciones de esta encuesta que nos sirve para tener una perspectiva sobre las condiciones de los adolescentes y jóvenes en Quintana Roo, es la “edad que tenían las adolescentes cuando se embarazaron o para los hombres, cuando embarazaron a alguien”. Las mujeres presentan el porcentaje más alto en edades menores de 18 años y los hombres entre la edad de 19 y 20 años (cuadro 25). Con estos antecedentes podríamos deducir que este factor influye en la unión de vida o de matrimonio en edades cortas en la población quintanarroense en donde las mayores respuestas son en edades de 18 y 20 años (34.1%), seguido de 21 y 23 años (27.5%) y entre los 15 y 17 años (17.5%) (Cuadro 26)

Cuadro 25.

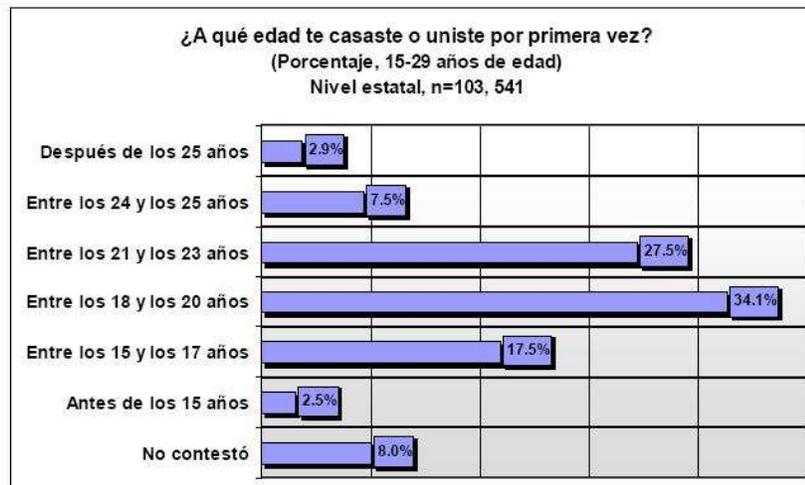
Edad de incidencia de embarazos en adolescentes en Quintana Roo

¿Qué edad tenías cuando te embarazaste (o embarazaste a alguien) por primera vez?							
(Porcentaje, nivel estatal, n=78,968)							
	Menos de 18 años	Entre los 19 y los 20 años	Entre los 21 y los 22 años	Entre los 23 y 24 años	A los 25 años o más	No contestó	Total
Hombres	27.4%	30.1%	14.4%	14.7%	5.8%	7.5%	100%
Mujeres	26.2%	20.4%	21.9%	9.5%	4.9%	2.6%	100%

Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2005. Quintana Roo 2006.

Cuadro 26.

Edad de matrimonio o unión en adolescentes y jóvenes en Quintana Roo.



Fuente: Encuesta Nacional de Juventud 2005. Quintana Roo 2006.

En líneas generales, con el análisis de estos datos podemos decir que la mayoría de los adolescentes en Quintana Roo conoce algún método anticonceptivo pero también podemos decir que su uso es menos frecuente, lo que los vulnera a contraer una enfermedad de transmisión sexual o conducir a la presencia de un embarazo en la adolescencia. Además hay que destacar que las mujeres corren un riesgo más elevado de estar en situación de riesgo, si vemos que los porcentajes de las adolescentes y jóvenes (revisar cuadro 21) a utilizar métodos anticonceptivos son menores en ellas que en los hombres.

Las consecuencias de estos casos, consideradas como dos de los problemas prioritarios de la salud en adolescentes a nivel nacional, ha creado una gran preocupación por parte de los organismos públicos en la entidad, lo que ha originado el desarrollo de esfuerzos para la difusión de temas de sexualidad responsable, sobre todo el relacionado a los embarazos en adolescentes donde Quintana Roo se encuentra entre los primeros estados con altas incidencias.

1.5 Descripción de las incidencias sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes quintanarroenses.

Notas periodísticas informan que el alto índice de embarazos de adolescentes sitúa a Quintana Roo como el estado que registra los mayores casos de embarazos no planeados a nivel nacional, éstos informan que en el 2005 se registraron 87 mil casos de adolescentes embarazadas.²⁷ Otros anuncian que esta problemática no se ha reducido y que hasta septiembre de 2007 había más de 87 mil casos detectados, lo triple de hace 5 años, que entonces se contaba con 25 mil casos.²⁸

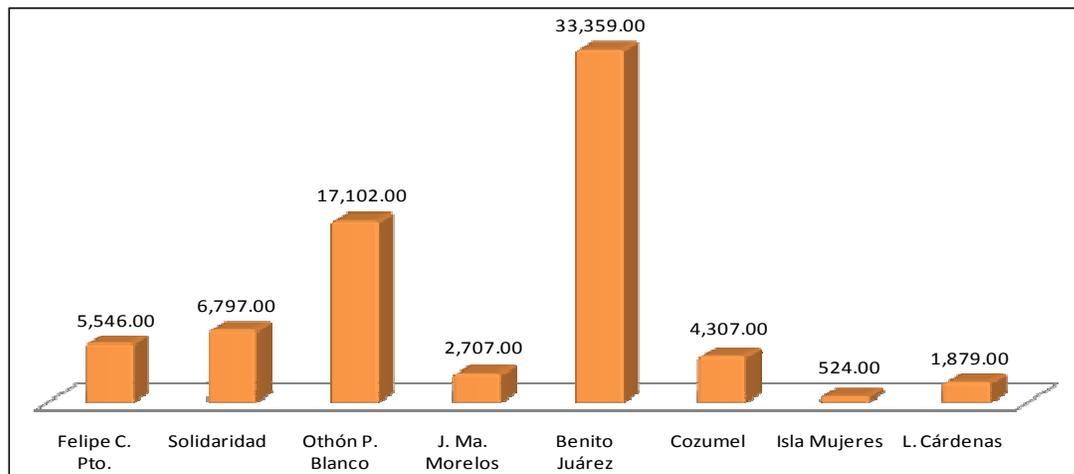
Para comprobar estos postulados cabe analizar las fuentes oficiales en el Estado. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), organismo generador de

²⁷ Nota informativa: Adriana Varillas. Ocupa QR primer lugar en embarazos de adolescentes. El Universal. 24 de noviembre de 2006, disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/estados/63092.html> (Vi. 8 de noviembre de 2008)

²⁸ Nota informativa: El Universal. Altos porcentajes de embarazos en México. 15 de septiembre de 2007. Disponible en: <http://www.debate.com.mx/eldebate/Articulos/ArticuloGeneral.asp?IdArt=3969846&IdCat=6087> (Vi. 08 de noviembre de 2008)

información acerca del territorio, economía y población mexicana, hasta el último conteo de población realizada en el año 2005 muestra que en Quintana Roo la población adolescente entre 10 y 19 años estaba constituida por 208 mil 787 personas, de las cuales 105 mil 919 son hombres y 102 mil 868 mujeres. Según datos de este organismo, la población de adolescentes embarazadas entre la edad de 12 a 19 años es de 72,221,²⁹ esto es, el 70% de la población adolescente que presentó hasta el 2005 esta particularidad. También con estos datos se puede realizar un análisis del estado para conocer cuál es el municipio donde se presentan más casos, sobresaliendo Benito Juárez, seguido de Othón P. Blanco, Solidaridad, Felipe Carrillo Puerto, Cozumel, José María Morelos, Lázaro Cárdenas e Isla Mujeres (cuadro 27).

Cuadro 27.
Población adolescente entre la edad de 12 y 19 años que estuvo embarazada. 2005.



Fuente: Elaboración propia en base a la población femenina de 12 y más años, hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes por grupo quinquenal de edad. Cuadernos Estadísticos Municipales. INEGI 2006.

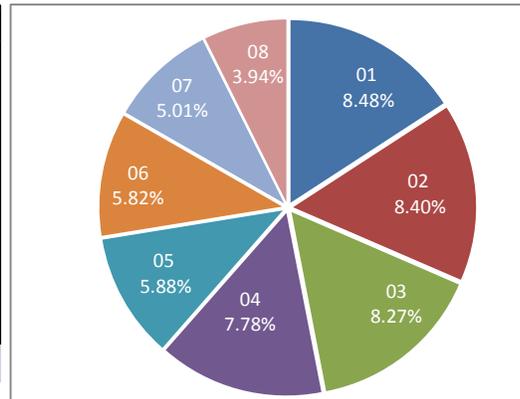
La comparación con la población adolescente nos permite contrastar que municipio registra la tasa más alta, resaltando para este caso, Felipe Carrillo Puerto con una tasa de 8.48%, seguido de Lázaro Cárdenas, José María Morelos, Othón P. Blanco, Cozumel, Benito Juárez, Solidaridad e Isla Mujeres (cuadro 28)

²⁹ Para determinar la población de adolescentes embarazadas, se tomó como base a la población femenina de 12 y más años, hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes por grupo quinquenal de edad de los cuadernos estadísticos municipales. INEGI. 2006.

Cuadro 28.

Tasa municipal de la población adolescente femenil entre la edad de 12 y 19 años que estuvo embarazada. 2005.

Municipios	Población total	Adol. Embarazadas	%
01.-Felipe Carrillo Puerto	65,373.00	5,546.00	8.48%
02.-Lázaro Cárdenas	22,357.00	1,879.00	8.40%
03.-José María Morelos	32,746.00	2,707.00	8.27%
04.-Othón P. Blanco	219,763.00	17,102.00	7.78%
05.-Cozumel	73,193.00	4,307.00	5.88%
06.-Benito Juárez	572,973.00	33,359.00	5.82%
07.-Solidaridad	135,589.00	6,797.00	5.01%
08.-Isla Mujeres	13,315.00	524.00	3.94%
Total	1,135,309.00	72,221.00	



Fuente: Elaboración propia en base a la población femenina de 12 y más años, hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes por grupo quinquenal de edad y la población total de los municipios. Cuadernos Estadísticos Municipales. INEGI 2006.

Con estas cifras presentadas por el INEGI se puede observar una alta incidencia de los embarazos no planeados en Quintana Roo. Sin embargo habría que hacer una aclaración respecto a los informes presentados por este instituto. Éstos no son datos precisos puesto que haciendo un análisis se puede cotejar la ambigüedad de las cifras. Por ejemplo: para determinar la población adolescente embarazada se ha recurrido al concepto de “población femenina de 12 años y más hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes por grupo quinquenal de edad”, pero en este concepto el INEGI incluye tanto a la población que han presentado un embarazo en adolescencia así como a las que no la han presentado, lo que no nos permite determinar con certeza la gravedad de la situación.³⁰ De igual forma con este análisis podemos decir que los datos publicados por las notas periodísticas no son evidentes puesto que de existir 87 mil casos de adolescentes embarazadas hasta el 2005, estaríamos

³⁰ El INEGI menciona que la población que ha respondido está en base a “comprende sólo a las mujeres que especificaron el total de hijos nacidos vivos y el total de hijos sobrevivientes” pero en pláticas con encargados de atención mencionan que esta población es la población adolescente real encuestada, de ahí las variaciones con la población total presentada puesto que es un estimado. Es decir, los 72,221 son las personas adolescentes encuestadas en donde se incluye a la población embarazada y no embarazada. Los 102,868 corresponde a la población estimada y no a la población real encuestada, esta distorsión es derivado de la afectación del huracán Wilma que azotó al Estado en octubre del 2005 lo que provocó la suspensión de las entrevistas a 35 mil 201 viviendas por parte de los trabajadores del INEGI. Para un análisis sobre el problema de las encuestas puede verse: Macías Richard, Carlos; Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ)-Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. Encuesta nacional de Juventud. Quintana Roo, México 2006.

hablando que el 85 % de la población adolescente en la entidad presentó esta particularidad, lo que lo hace una cifra sospechosa. No obstante, una de las encuestas que sí nos permite determinar la situación en el Estado, es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006, donde se puede observar que Quintana Roo está entre los primeros Estados que presentan los mayores índices con un 21.02 % sólo por debajo de Chiapas con un 21.32% (cuadro 29).

Cuadro 29.

Porcentaje de incidencias de embarazos en adolescentes y jóvenes entre la edad de 15 a 24 años. 2002-2005

Estado	Población femenina de 12 a 24 años	Embarazos de 15 a 24 años	%
Chiapas	605,765	129,165	21.32%
Quintana Roo	132,843	27,918	21.02%
Nayarit	120,474	24,785	20.57%
Baja California Sur	59,060	11,204	18.97%
Campeche	100,565	17,954	17.85%
Tabasco	273,147	47,095	17.24%
México	1,743,733	296,019	16.98%
Oaxaca	477,466	79,416	16.63%
Guerrero	426,206	70,082	16.44%
Baja California	326,991	52,834	16.16%
Veracruz	908,689	144,921	15.95%
Tlaxcala	142,683	22,689	15.90%
Morelos	200,835	31,858	15.86%
Durango	195,278	30,973	15.86%
Michoacán	545,660	85,053	15.59%
Aguascalientes	138,999	21,495	15.46%
Chihuahua	378,343	58,054	15.34%
Nuevo León	487,273	74,760	15.34%
Guanajuato	669,657	102,228	15.27%
Colima	71,070	10,548	14.84%
Sonora	281,491	41,574	14.77%
Hidalgo	312,096	45,623	14.62%
Puebla	724,325	103,348	14.27%
Coahuila	297,188	41,646	14.01%
Sinaloa	320,383	43,874	13.69%
Jalisco	861,695	117,582	13.65%
Zacatecas	183,888	25,043	13.62%
Tamaulipas	357,696	48,621	13.59%
San Luis Potosí	318,316	42,686	13.41%
Yucatán	235,407	31,547	13.40%
Distrito Federal	975,158	103,760	10.64%
Querétaro	215,788	22,668	10.50%
Total república mexicana	13,088,168	2,007,023	

Fuente: Elaboración propia en base a: INEGI 2006 y ENADID 2006.

Siguiendo con esta temática, lo que sí se puede establecer con el INEGI, son los nacimientos registrados en adolescentes en el Estado, donde el municipio de Benito Juárez presenta el porcentaje más alto (44%) seguido de Othón P. Blanco (21.6) (cuadro 30). Estas cantidades contrastan las incidencias reales de los sucesos ocurridos en los municipios del Estado, al mismo tiempo, comprueban las incidencias en menores de 15 años donde ambos municipios presentan cifras similares.

Cuadro 30.
Nacimientos registrados en adolescentes por municipio. 2008

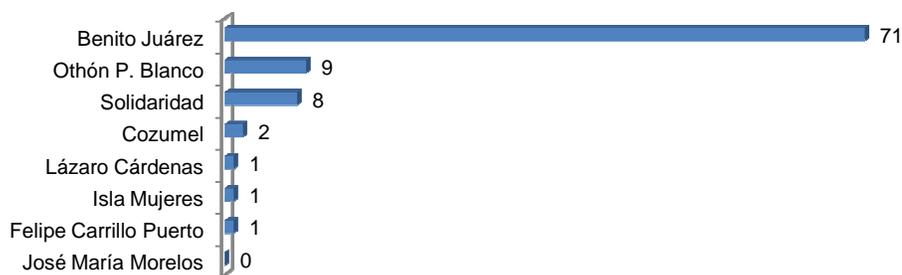
Municipios	Edad de la madre al nacimiento		Total	%
	menor de 15 años	15 a 19 años		
Cozumel	11.00	272.00	283.00	5.5%
Felipe Carrillo Puerto	6.00	304.00	310.00	6.0%
Isla Mujeres	4.00	95.00	99.00	1.9%
Othón P. Blanco	49.00	1,068.00	1,117.00	21.6%
Benito Juárez	48.00	2,232.00	2,280.00	44.0%
José María Morelos	6.00	205.00	211.00	4.1%
Lázaro Cárdenas	5.00	122.00	127.00	2.5%
Solidaridad	22.00	685.00	707.00	13.6%
Tulum	2.00	46.00	48.00	0.9%
Total Quintana Roo	153.00	5,029.00	5,182.00	100%

Fuente: INEGI. Consulta de nacimientos registrados por entidad y municipio de registro según edad de la madre al nacimiento. 2008.

En relación a las enfermedades de transmisión sexual, uno de los problemas considerados de gravedad es el Virus de Inmunodeficiencia Humana. En el 2007 se registraron 93 defunciones por VIH en el Estado. Benito Juárez registró el mayor número de defunciones al totalizar 71 casos, seguido por los municipios de Othón P. Blanco y Solidaridad con nueve y ocho casos respectivamente. En Cozumel se registraron dos defunciones por esta causa, mientras que en los municipios de Felipe Carrillo Puerto, Isla Mujeres y Lázaro Cárdenas se registró una defunción en cada uno de ellos (Cuadro 31).

Cuadro 31

Defunciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) según municipio, 2007



Fuente: INEGI. Estadísticas a propósito del Día mundial de la lucha contra el SIDA- Datos de Quintana Roo. Quintana Roo, México. 2009.

Para el caso de defunciones de VIH por edad, se observó el mayor número entre la población de 25 a 44 años con 65 fallecimientos, de los cuales 52 fueron en la población masculina y 13 decesos en la femenina (cuadro 32).

Cuadro 32.

Defunciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) según grupo de edad y sexo, 2007

Grupo de edad	Defunciones		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	93	76	17
Menores de 1 año	1	0	1
5-9 años	1	1	0
10-14 años	1	0	1
20-24 años	5	5	0
25-29 años	20	16	4
30-34 años	15	13	2
35-39 años	20	15	5
40-44 años	10	8	2
45-49 años	7	6	1
50-54 años	5	5	0
55-59 años	5	4	1
60-64 años	2	2	0
No especificado	1	1	0

Fuente: INEGI. Estadísticas a propósito del Día mundial de la lucha contra el SIDA- Datos de Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo. 2009.

De los datos anteriores podemos inducir que la concentración de los decesos en edades adultas nos indica que está intrínsecamente relacionada con las prácticas y comportamientos iniciados en la adolescencia y la juventud. Por lo tanto estas situaciones ponen de manifiesto la preocupación de los sistemas de salud públicos para la difusión de temas de sexualidad responsable. A nivel estatal las consecuencias originadas por las prácticas no seguras han sido reconocidas incluso por la propia presidenta del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado, Narcedalia Martín de González, comentando que el Estado de Quintana Roo se encuentra entre los primeros diez estados con mayores índices de madres jóvenes que dan a luz. Según la presidenta del DIF “este tema es un asunto de salud pública y un fenómeno social que afecta a los jóvenes y a su entorno,

generando: marginación, pobreza, rechazo social y familiar, deserción escolar, pérdida de valores y crecimiento poblacional descontrolado.³¹

En este sentido, el gobierno estatal mediante el Sistema DIF, organismo encargado de asistir a la población vulnerable como parte de su política de atención a sectores en riesgo, creó un programa específico denominado “Ojo con tu antojo” con el objeto de informar sobre temas de sexualidad responsable y de atender y prevenir el fenómeno de embarazos en adolescentes y jóvenes. Aunque también cabe explicar que no es el único, puesto existen otros programas en la entidad y que se desarrollan en cada uno de los municipios, como el caso del sistema DIF municipal con “Bebé... piénsalo bien” y del Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo con “¿Qué eSexo? Tú sexualidad con responsabilidad”.

A pesar de las acciones realizadas por el gobierno estatal para reducir estos sucesos, en fechas recientes la Secretaría de Salud considera que los embarazos en adolescentes van en aumento, de los 20 mil nacimientos existentes en el estado, 5 mil partos fueron de madres de 14 y 18 años, e incluso se han presentado casos de adolescentes en la edad de 12 a 13 años. De la misma forma, resaltan la importancia de brindar información en salud reproductiva a los adolescentes con el objetivo de disminuir el riesgo que tienen de embarazarse a temprana edad.³²

Si bien existe una preocupación del gobierno, es indispensable fomentar las acciones de información, educación y brindar servicios médicos y de salud a las localidades con población de mayor rezago social. Sin embargo habría que investigar en específico cada una de ellas para comprobar el impacto que están teniendo con la población. Se reincide que la responsabilidad de atención a adolescentes y jóvenes recae en estos mismos organismos públicos, ellos son los encargados de la difusión de información, prevención y

³¹ Esta información está basada en diferentes boletines informativos de las dependencias estatales encargadas de difundir las actividades gubernamentales, entre las que se puede mencionar la unidad de Vocero y el Portal Oficial del Gobierno del Estado de Quintana Roo. Versión en línea. <http://tercerinforme.groo.gob.mx/WebPage.php?IdUbicacion=2&Pagina=Nota.php&IdNota=2419>
http://www.unidaddelvocero.com/2007/Enero/noticias/noticiasdia/21_01.html,
<http://tercerinforme.groo.gob.mx/WebPage.php?IdUbicacion=2&Pagina=Nota.php&IdNota=2423> (Vi. 22 de agosto de 2009)

³² Nota informativa. Alejandra Carrión. Aumentan los embarazos adolescentes. Por Esto. Miércoles 22 de julio de 2009. P. 6. La Ciudad.

atención a este sector vulnerable pero notamos que los fenómenos derivados de la sexualidad se siguen incrementando. Entonces, es necesario investigar qué acciones o programas de trabajo realizan los órganos operadores para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. Esta investigación no pretende analizar la problemática en el ámbito estatal debido a que es un segmento muy amplio pero sí se realizará de manera particular para conocer las acciones que están tomando las instancias encargadas en Othón P. Blanco.

Conclusión

En este capítulo se abordó el tema a investigar: Descripción y Análisis de Políticas Gubernamentales sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes: El Caso del Municipio de Othón P. Blanco, Estado de Quintana Roo. Para ello se ha realizado la revisión superficial de las instituciones que ofrecen el servicio de prevención en el estado de Quintana Roo y de los programas públicos emprendidos. De igual manera se ha realizado una investigación estadística para conocer las aportaciones de diferentes encuestas realizadas sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes, destacando el conocimiento que tienen los adolescentes en Quintana Roo sobre métodos anticonceptivos (86.8%), pero a pesar de este conocimiento que está por arriba del promedio nacional (81.8%), el estado se caracteriza por estar en los primeros lugares en relación a embarazos en adolescentes y muertes por cáncer cervicouterino derivado del Virus del Papiloma Humano.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.

En este capítulo se parte por definir qué es la sexualidad humana, así como otros conceptos relacionados con este tema para comprender el estado de bienestar físico de los adolescentes que se mencionan en los programas de salud. Asimismo, dentro de las acciones gubernamentales se identifica a una que en su recorrido histórico incide sobre los procesos reproductivos de la población, ésta es la política de salud que ha sido vinculada con políticas de población en la república mexicana. Por lo anterior, se presentan algunas políticas emprendidas así como algunas instituciones encargadas de operarlas.

2.1 Sobre el concepto de Sexualidad.

El concepto básico de sexualidad está integrado por cuatro componentes: el sexo, sexo de asignación, identidad de género y papel sexual. Al hablar de sexo se entiende las características físicas determinadas genéticamente que diferencian a los individuos; sexo de asignación, es el que se le asigna al individuo al nacer, por lo general en función del aspecto de sus genitales externos; identidad de género, es la identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo; papel sexual, es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo (Álvarez, 1986:2). Sin embargo, como veremos más adelante, esta concepción implica una dimensión más amplia que la simple concepción del sexo como biología y como acto.

Jeffrey Weeks nos dice: “el primer uso del término “sexo” en el siglo XVI se refería a la división de la humanidad en el sector masculino y femenino, hoy en día el significado dominante y usual desde principios del siglo XIX se refiere a las relaciones físicas entre los sexos, a tener sexo”³³ (Weeks, 1998:17).

En este mismo sentido Philip Zimbardo menciona:

³³ Esta práctica está vinculada hacia la “orientación sexual” de las personas y se puede entender como la atracción, gusto o preferencia que manifiesta un individuo para elegir un compañero sexual. (Ávila, 2008, 18). Como aclaración, no nos centraremos a definir y a estudiar los comportamientos sexuales de la diversidad de género debido a que éste no es la razón principal de esta investigación, además es un trabajo en el que se enfrenta diversas circunstancias y dificultades que requieren de un análisis profundo para entender cada una de ellos.

la sexualidad era considerada como una actividad pecaminosa, necesaria solamente para la reproducción pero hoy en día se le atribuye un sentido más positivo tendiente a considerar el sexo como una fuente de gozo y placer en lugar de provocar emociones de temor, culpa y vergüenza, actitudes que dominaron la mayor parte del pensamiento pasado (Zimbardo, 2002: 491).

Según Jaime Ávila Romay, las relaciones sexuales y todo lo concerniente a la sexualidad humana eran motivo de crítica y rechazo por parte de la sociedad. Este hecho explica el porqué de la falta de conocimientos sobre algunos aspectos biológicos fundamentales y la repercusión que tal carencia ha tenido en las costumbres sexuales, ocasionando grandes prejuicios. Tales prejuicios se pueden ver reflejados en problemas, como el aborto, los hijos no deseados, múltiples embarazos, maternidad en edades tempranas, número elevado de enfermedades de transmisión sexual, alteraciones de la conducta sexual, sentimientos de culpa o represión sexual y muchos otros problemas que se derivan de esta información deficiente sobre aspectos relativos al sexo (Ávila, 2008:18).

De igual forma, el campo de la sexología es la ciencia que aborda el estudio de la sexualidad, en él participan gran número de disciplinas donde cualquier concepto que se proponga de la sexualidad estará cimentado en la diferenciación de dos sexos (hombre-mujer) e integrado por tres elementos: biológico, psicológico y social. Lo biológico se identifica como lo corpóreo, la anatomía, la fisiología; lo psicológico con lo relativo a las emociones, percepciones, sentimientos, pensamientos, razonamientos, etc., y lo social con lo cultural: familia, ideologías, valores, normas, educación, etc. Estos tres elementos confieren dimensión a la sexualidad (Martínez Roaro, 2000:4).

Para John Paul Mckinney e Hiram E. Fitzgerald, cuando se habla de sexualidad, por lo general se entiende mucho más que un simple acto sexual.

La sexualidad es más que un simple conjunto de técnicas aprendidas, un desempeño físico de cuerpos, un dar o recibir sensaciones fisiológicas placenteras. También está íntimamente ligada con la moral y las creencias religiosas de una cultura, con su sistema legal y con sus prácticas de enseñanza infantil (McKinney y Fitzgerald, 1982: 55).

En este sentido Szasz y Lerner contribuyen a una definición más amplia. Para las autoras la sexualidad es:

Un concepto que no presenta una definición general y su delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte para su estudio. También designa ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo pero también designa relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales. En las sociedades modernas designa también las clasificaciones que se atribuyen a las personas según sus preferencias eróticas y la autodefinición que hacen los individuos de su orientación sexual. Entonces la sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente; así, lo que es sexual en una cultura no lo es en otras (Szasz, Lerner, 1998: 11).

En base a las definiciones anteriores podemos entender que la sexualidad es una actividad física ligada a comportamientos derivados de relaciones sociales, morales, culturales y geográficas. La dificultad de emplear la definición es debido a la gran diversidad de características que posee el concepto originado por la especificidad histórica y cultural de los espacios geográficos.

2.2 Reseña histórica de la sexualidad en México.

Más que indagar sobre los aspectos sexuales a través de las épocas de la historia de México (prehispánica, conquista, colonial, independencia, revolución y contemporánea), pretendo reflexionar sobre las tendencias que se han intentado en cuanto a la investigación de la sexualidad en nuestro país. Una revisión bibliográfica sobre el tema histórico de la sexualidad es compilada por las autoras Szasz y Lerner en *Sexualidades en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (1998) y *Para Comprender la Subjetividad, investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (1999).³⁴ De igual manera, me parece conveniente comentar brevemente algunos aportes para entender cómo se ha venido aplicando las acciones de política respecto al tema sexual en México. Por ejemplo, Ana Amuchástegui Herrera pronuncia:

³⁴ Algunos artículos que hablan sobre el comportamiento sexual en los pueblos de Mesoamérica antes y después de la conquista son: Dávalos López, Enrique. “*La sexualidad de los pueblos mesoamericanos prehispánicos. Un panorama general*”, en Szasz, Ivonne y Lerner Susana (Comp.), *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1998. Pág. 71-106; Ruiz, Mario Humberto. “*El cuerpo: miradas etnológicas*”, en Szasz, Ivonne y Lerner Susana (Comp.), *Para Comprender la Subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México; Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1999. Pág. 89-136 y también existe un capítulo detallado de la sexualidad en la época prehispánica, conquista, colonia e independencia, en: Martínez Roaro, Marcela. *Derechos y delitos sexuales y reproductivos*. México, D.F. Editorial Porrúa, 2000. Pág. 109-172.

En México la sexualidad [...] se encuentra fuertemente cargada de significaciones morales y religiosas, diferentes para cada género pero complementarias entre sí, que han sido construidas durante un largo periodo de relaciones sociales y políticas. El choque entre dos culturas durante la época colonial ha dado a la sexualidad y a las premisas de género características especiales, provenientes de creencias, mitos y prácticas tanto europeas como indígenas, que se han combinado para formar ciertas configuraciones culturales. Algunos elementos de tales formaciones simbólicas permanecen hasta nuestros días (Amuchástegui, 1999: 138)

Otra de las aportaciones sobre la sexualidad en México, es la de Marcela Martínez Roaro, quien menciona que durante la época colonial y el siglo XIX, la sexualidad solo se aceptó como algo privado (la casa, la pareja, la familia, etc.) y sólo ahí se llegaba a hablar ocasionalmente de algunas cuestiones sexuales. De igual manera explica que a mayor educación y participación de la mujer en la vida pública, mayor apertura y tolerancia en las cuestiones morales y sociales del ámbito sexual, pues tan sólo a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, las mujeres empezaron a participar en la arena pública y a cuestionarse e inconformarse con los modelos heredados, de ahí que empezaran a gestarse cambios importantes y trascendentes en la vida sexual de los habitantes (Martínez Roaro, 2000: 173).

Para Ana Amuchástegui la difusión de la cultura por medio del crecimiento urbano y la comunicación masiva parece estar provocando una serie de procesos de transformación y resistencia de tales formas culturales dominantes donde:

El encuentro entre los valores tradicionales y modernos genera una interacción compleja entre diferentes concepciones y valores de la sexualidad. Por ende, en la cultura mexicana actual, la construcción social de la sexualidad no es lineal. Los significados atribuidos a tales procesos tienen su origen en sistemas morales, religiosos y seculares pertenecientes a diversas culturas y momentos históricos, que parecen mezclarse en diversos grados y configuraciones (Amuchastegui, 1999: 138).

Bajo este pensamiento, Claudio Stern expresa que un primer paso que se ha intentado realizar como investigación de la sexualidad en México, se refiere al desarrollo de encuestas por muestreo de corte epidemiológico y sociodemográfico para detectar prácticas de riesgo para la transmisión del VIH o comportamientos sexuales de la población joven y su relación con el uso de anticonceptivos. Estas encuestas fueron realizadas principalmente en contextos urbanos y se dirigieron a la población joven y escolarizada; sin embargo,

éstas dicen más sobre la normatividad y las moralidades sexuales de una sociedad que sobre los comportamientos de los individuos (Stern: 2008:13).

Incluso Stern nos expresa que tanto en México como en otros países, las investigaciones sociodemográficas, epidemiológicas y las evaluaciones de los programas preventivos, han señalado reiteradamente una deficiencia entre la información que tienen las personas sobre las medidas para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y las actitudes y prácticas de estas personas. “Las aparentes incongruencias entre los deseos, intereses y necesidades de las personas y las prácticas sexuales que declaran tener, despertaron interrogantes sobre las desigualdades sociales y las relaciones de poder que permean esas prácticas. En una medida importante estas interrogantes dieron impulso al estudio de la cultura sexual en el país” (Ibíd.: 14).

2.3 La Salud Sexual y Reproductiva como estado de bienestar en adolescentes: definiciones y descripciones.

La sexualidad como estado de bienestar en los adolescentes responde a factores de salud, concepto definido como: “un estado de bienestar-corporal resultado de la satisfacción social e individual de las necesidades vitales y está determinada por la calidad de las relaciones sociales, el acceso y la calidad de los servicios, los conocimientos y los recursos materiales simbólicos; se manifiesta por la capacidad personal de adaptarse y transformarse asimismo y al propio entorno” (Sayavedra y Flores. 1997: 87).

Referente a la Salud Sexual la OMS la definió por primera vez en 1974 para enfrentar los problemas relacionados a la sexualidad humana ya que la ignorancia sobre las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre la misma estaban en estrecha relación con diversos problemas de salud y con la calidad de la vida. En este contexto, se entendía de la siguiente manera:

La Salud Sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales de ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor. Este concepto incluye tres elementos básicos: 1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social. 2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales. 3. La

ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.³⁵

Pero ésta se fue modificando con las nuevas aportaciones de especialistas y otros organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en que se fueron dando nuevas definiciones. La última establecida fue en el 2002 y se entiende por Salud Sexual:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La Salud Sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.³⁶

En cuanto el término de Salud Reproductiva, Soledad González Montes, expresa que el término comenzó a utilizarse en Estados Unidos en la segunda mitad de la década de 1980 para designar una nueva manera de abordar la reproducción humana y la salud de las mujeres. Su origen fueron viejas y persistentes preocupaciones por el crecimiento demográfico; reelaboradas e integradas en un campo conceptual más amplio y complejo que retomó ideas del pensamiento feminista, las experiencias de los movimientos de mujeres, la investigación en ciencias sociales, y las experiencias de los programas en el campo de la planificación familiar (González Montes, 1999:15). De lo anterior debe entenderse como Salud Reproductiva:

“1) La capacidad de la población de reproducirse y regular su fecundidad; 2) la posibilidad de que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, 3) el logro de embarazos exitosos en términos de la sobrevivencia y el bienestar de la madre y la criatura; 4) la capacidad de las parejas para tener relaciones sexuales libres del temor a un embarazo no deseado y a contraer enfermedades” (Ibíd: 25).

³⁵ Informe de una reunión de la OMS en Ginebra en febrero de 1974. Disponible en: <http://www2.huberlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/WHOR.HTM>

³⁶ World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva.

A pesar de estas definiciones, es muy reciente que la Salud Sexual y Reproductiva se definió como un campo del conocimiento y de la acción pública. A nivel internacional fue en la plataforma de acción elaborada y aprobada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, donde se alienta la atención a adolescentes y jóvenes debido a las crecientes necesidades de Salud Sexual y Reproductiva. En el informe de la CIPD en el capítulo siete sobre Derechos Productivos y Salud Reproductiva se formuló la definición siguiente:

La Salud Sexual y Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (informe de la CIPD, 1994. Párrafo 7).³⁷

Como podemos observar, esta definición va más allá de los enfoques demográficos reduccionistas y se propone como respuesta a los problemas antes mencionados. El concepto recomienda a las personas, instituciones y organizaciones la accesibilidad de información y servicios para adolescentes y jóvenes. Esta plataforma de acción se orienta a garantizar el bienestar de la población mediante la calidad de los servicios y acceso a la información como derecho del hombre y la mujer. Como vemos, este enfoque de la Salud Sexual y Reproductiva tiene un carácter multifacético de la reproducción y enfatiza el papel protagónico de las personas como sujetos de derecho con capacidades de decisión. Por ello, el ejercicio de los derechos reproductivos descansa en relaciones de respeto mutuo e

³⁷ Informe disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>

igualdad entre hombres y mujeres, así como en la participación plena de las mujeres en la toma de decisiones que atañen su vida.

Para Claudio Stern, el concepto de Salud Reproductiva en México tiene apenas un poco más de una década de haberse comenzado a generalizar en el país y ubica el comienzo de este proceso a partir de 1993-1994 con la creación de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (actualmente Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva), mientras que el de Salud Sexual comienza a serlo recientemente (Stern: 2008:61). En este sentido, los primeros avances se han dado en torno a la protección de los derechos sexuales a través de reformas al marco jurídico nacional y en la creación de programas de acción.

2.4 Leyes que protegen los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en México

Las medidas que han llevado a considerar a los adolescentes como grupo de atención, encuentran su origen en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pasando por tratados, convenciones y acuerdos internacionales, la legislación federal y las Normas Oficiales Mexicanas. Estos avances tanto nacionales e internacionales han permitido que los adolescentes sean reconocidos como personas sujetas de derechos y no como objetos de protección. En estos derechos se encuentra precisamente la información y la decisión sobre su sexualidad y reproducción de allá la normatividad que los informe y proteja.

Algunas de las convenciones en las que México ha sido participe son: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención de los Derechos de los niños, la Convención para la eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), Conferencia Mundial de la Población y Desarrollo (Cairo) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing).³⁸

Respecto a la Legislación Nacional que protege los derechos de los adolescentes son: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Población y

³⁸ Para una mayor información consultar: Secretaría de Salud. Programa de Acción Especifico 2007-2012, Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (PASSyRA). México. 2008. Pp. 13-17

Reglamento, Ley General de Salud, Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y la Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar. Respecto a éstos, los instrumentos que protegen el acceso de las y los adolescentes a la información, a la orientación, consejería y a los servicios de salud son los siguientes:

2.6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.³⁹

- Artículo 1º. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.
- Artículo 4º. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

2.6.2 Ley General de Población y Reglamento.⁴⁰

- Artículo 15. Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia, con un enfoque de género, y de conformidad con lo establecido en la ley.
- Artículo 16. La información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

³⁹ Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Los artículos citados están en base a la Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 27 de junio de 2010.

⁴⁰ Los artículos descritos son del reglamento de fecha 22 de marzo de 2000.

- Artículo 17. Los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género e informarán de manera clara y llana sobre fenómenos demográficos y de salud reproductiva, así como las vinculaciones de la familia con el proceso general de desarrollo, e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.
- Artículo 18. La educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes.
- Artículo 19. Los servicios de información, salud, salud reproductiva y educación sobre planificación familiar a cargo de las instituciones públicas se realizarán a través de programas permanentes.
- Artículo 20. Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar, garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear. Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.

2.4.3 Ley General de Salud.⁴¹

- Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: la planificación familiar, la asistencia social a los grupos más vulnerables, entre otros,
- Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En las actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.
- Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden: la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, la atención y vigilancia de los usuarios, la asesoría, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios, el apoyo y fomento de la investigación, la existencia de los métodos anticonceptivos y de otros insumos necesarios, y la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas. Asimismo menciona que la asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar estará a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- Artículo 70. La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de

⁴¹ Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 27 de junio de 2010.

conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

- Artículo 71. La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.
- Artículo 112.- Respecto a la educación para la salud este reglamento nos dice que tiene por objeto orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de educación sexual, planificación familiar, etc, para ello dispone el artículo 113.
- Artículo 113.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

2.4.4 Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.⁴²

En el capítulo octavo sobre derecho a la salud, artículo 28 sobre derechos sexuales y reproductivos de este grupo poblacional, menciona que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de: Reducir la mortalidad infantil, atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas y establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

2.4.5 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.⁴³

En el capítulo II sobre las Medidas para Prevenir la Discriminación, el artículo 9, señala que queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. A efecto de

⁴² Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000.

⁴³ Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Última reforma publicada en el DOF 27-11-2007

lo anterior, considera como conductas discriminatorias: negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas; de igual manera, en el capítulo III sobre Medidas Positivas y Compensatorias a Favor de la Igualdad de Oportunidades en su artículo 10 menciona que los órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia, llevarán a cabo, medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las mujeres. Una de éstas es ofrecer información completa y actualizada, así como asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos. En el artículo 11 se señala que los órganos públicos y autoridades federales deberán impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos.

2.4.6 Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.⁴⁴

Este documento describe las disposiciones generales de los servicios de planificación familiar y los organismos que participan en la realización (pública, social y privada) que se encuentra relacionada con la prestación de este servicio. Su aplicación tiene como objeto unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para los servicios de planificación familiar en México dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos, basada en la aplicación del enfoque de Salud Reproductiva. Entre las disposiciones de la norma se establece la de brindar orientación consejería, particularmente a adolescentes.

Para finalizar este apartado normativo y legislativo, es elemental reconocer que los problemas relacionados a la sexualidad y la reproducción en México han adquirido relevancia en años recientes. Podríamos catalogar esto como resultado de la evidencia del impacto que está teniendo en la salud de los adolescentes. También es de igual importancia reconocer el establecimiento de lineamientos para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en la población adolescente en un marco de respeto a sus derechos y no como objetos de protección. Sin embargo, hay que objetar que aún cuando no existe legislación suficiente en materia de participación juvenil, ésta es fundamental para lograr que las acciones tengan

⁴⁴ Información basada en la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993.

impacto en la vida de los adolescentes. Por tanto, la Secretaría de Salud demanda que se deba garantizar que ellos participen activamente en el diseño, la operación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas que están dirigidas a ellas y ellos.⁴⁵

2.5 Factores y riesgos de la práctica sexual no responsable: embarazos en adolescentes.

En relación a los embarazos en adolescentes y los nacimientos que ocurren en el país, Elena Zúñiga expresa que las adolescentes y jóvenes concentran una gran parte de los nacimientos que ocurren en el país, puesto que tan sólo en el año 2000, alrededor de 900 mil nacimientos fueron de mujeres entre la edad de 15 a 24 años, lo que representa cerca de la mitad (45 por ciento) del total de nacimientos ocurridos en México (30 por ciento de madres de 20 a 24 años y 15 por ciento de 15 a 19 años.) (Zúñiga, 2008: 45). Para la autora “el embarazo en adolescentes es aún más preocupante, no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su hijo, sino también porque en la adolescencia la procreación puede contribuir a limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer” (Idem).

Se considera que este tipo de embarazos son probablemente consecuencia del primer acto sexual y que en su mayoría tales embarazos no son planeados. En cuestiones fisiológicas, de acuerdo con Szasz y Lerner el riesgo de morbilidad materna aumenta en estas madres jóvenes debido a las condiciones socioeconómicas y culturales desventajosas (Szasz y Lerner: 1999: 138).

De igual manera, Claudio Stern contradice este riesgo de morbilidad debido a que no está relacionada a cuestiones de maduración fisiológica de la madre, él dice:

Este fenómeno es definido actualmente como un problema público por el riesgo que tiene un embarazo temprano en la madre y el niño. Pero esto no ocurre así, en condiciones de adecuada nutrición de salud, de atención prenatal y en un contexto social y familiar favorable un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18, 19 años no conlleva mayores riesgos de salud materna y su producto que en un embarazo en un parto de 20 a 25 años. El problema se da en edades muy tempranas, más o menos de

⁴⁵ Secretaría de Salud. Programa de Acción Especifico 2007-2012, Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (PASSyRA). México. 2008. Pp. 17

14 años cuando constituye un riesgo en términos biológicos. Como el embarazo en adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarias, la correlación positiva entre la edad en que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en los estudios empíricos realizados. Entonces tenemos que no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre. (Stern, 1997: 139)

La práctica sexual responde a una necesidad fisiológica pero las implicaciones en los adolescentes se ven afectadas si éstas no son ejercidas de forma responsable e informada. Bajo este contexto un embarazo en la adolescencia se manifiesta por diferentes factores y es considerado delicado por las afectaciones que tienen en su salud. Para este caso, Tomás J. Silber, Alejandra Giurgiovich y Mabel M. Munist hacen una interesante investigación sobre el embarazo en la adolescencia, para ellos:

El embarazo en la adolescencia puede ser un fenómeno natural en una sociedad rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva o la manifestación de trastornos en el desarrollo de los adolescentes. Desde el punto de vista de la biología y de la salud, el embarazo en una mujer es saludable con apoyo psicosocial y un buen control prenatal. Sin embargo, el embarazo en la adolescencia sin apoyo ni atención especial presenta enfermedades de índole maternal, fetal y neonatal con más frecuencias que en una mujer adulta embarazada (Silber, Giurgiovich y Munist, 1995: 252).

Bajo estas premisas, algunos de los factores identificados por los autores anteriores que favorecen el embarazo en los adolescentes son:

- Factores individuales: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, conducta antisocial, abuso de sustancias, sentimiento de desesperanza, bajo nivel educativo.
- Factores familiares: familias disfuncionales (tensión y conflicto familiar), pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, madre o padre aislada y emocionalmente poco accesibles.

- Factores sociales que inciden en ambos géneros: condición económica desfavorable, migración reciente, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, marginación social, machismo como valor cultural (Ibíd.:252, 253).

En relación a los riesgos, Sayavedra y Flores mencionan que la maternidad es considerada de alto riesgo para la salud debido a las siguientes circunstancias:

- Embarazos en mujeres menores de 18 años (embarazo en adolescente) y de más de 34 años.
- Multiparidad (cuatro hijos o más);
- Antecedentes de complicaciones obstétricas:⁴⁶ cesárea previa, abortos, nacimientos prematuros o de bajo peso, malformaciones, hemorragia obstétricas;
- Presencia de enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades renales, tuberculosis, etc.
- Menos de un año y medio de intervalo entre la terminación del embarazo anterior y el actual
- Desnutrición u obesidad (Sayavedra y Flores, 1997 .:20)

Siguiendo con la temática de adolescentes, existe una serie de consecuencias adversas para la salud de la madre derivado del embarazo prematuro, tales como hipertensión, anemia, prematuridad y mortalidad materna y perinatal. Aunque Silber, Giurgiovich y Munist exponen que la hipertensión tiene que ver con factores inmunológicos y genéticos y no a la edad como antes se le atribuía. Para ellos, la anemia, presente con frecuencia en adolescentes embarazadas se debe en parte a los malos hábitos alimentarios y a la condición socioeconómicamente baja. Con respecto la mortalidad materna y perinatal, consideran que “no hay ninguna diferencia significativa entre el embarazo y el primer parto de una adolescente y el de una mujer adulta, y que sólo hay mayor mortalidad cuando la atención prenatal es inadecuada para la salud” (Silber, Giurgiovich y Munist, 1995: 257, 258).

De acuerdo a las aportaciones de los autores, es un hecho que estos riesgos como se pudo distinguir, no sólo se aplican para las adolescentes sino también a mujeres adultas. No

⁴⁶ En la definición del Diccionario de la Real Academia Española, la obstetricia es la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

obstante, para los adolescentes, Claudio Stern (2008) no considera la edad de “18 años” como problema de riesgo de salud, sino que éste se presenta en menores de 14 años como consecuencia de los cambios biológicos que se da en los adolescentes. Para él, el hecho de que el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes sea considerado como un problema social y de salud pública tiene que ver principalmente con dos hechos: que el inicio de la actividad sexual suele tener como resultado un embarazo no deseado y con las causas que intervienen para que ello suceda (Stern, 2008: 116)

2.6 Política de Salud Reproductiva en México, cambios estructurales y actores sociales

La política de salud en la historia mexicana ha presentado diferentes cambios, en un principio sólo después de la Revolución, una vez establecida la paz social y apoyada la vida civil en instituciones estables, el gobierno se dedicó a la reconstrucción, al crecimiento económico, al progreso social, a extender los beneficios de la educación y a la lucha contra las enfermedades y la insalubridad. Se construyeron redes de agua potable y de alcantarillado, centros de salud urbanos y rurales, clínicas, dispensarios y hospitales. La esperanza de vida pasó de 33 años en 1930 a 63.2 en 1980, es decir, un incremento de 30 años en medio siglo (Zavala, 1992: 15).

En los años 40s hubo importantes cambios en la cobertura médica con la construcción de grandes centros hospitalarios (en 1943, la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de cobertura nacional y como servicio obligatorio). Como señal de progreso se observa que las tasas de mortalidad infantil estimada hacia 1930 rebasaban las 200 defunciones por mil nacimientos de la edad de un año y ésta disminuye hacia 1960 hasta un nivel de 74 defunciones por mil nacimientos (Ibid: 32,34 y 35)

A pesar de estas mejoras en la salud, los primeros indicios de la visión gubernamental desde 1930 eran pensamientos encaminadas a aumentar el crecimiento de la población por medio de nacimientos.⁴⁷ Sin embargo, en los principios de los años setenta, la conciencia que

⁴⁷ Según María Eugenia Zavala las leyes de salud 1936 y 1947, en específico el artículo 24 del código de sanidad prohibía toda propaganda sobre los anticonceptivos y su venta no estaba autorizada. Los productos

presentaba un elevado crecimiento de población, sobre todo lo que respecta al empleo, provocó un cambio radical en las autoridades ante los asuntos de la población, se promulgó entonces una nueva Ley General de Población y se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1973 (Ibid: 169). Según María Eugenia Zavala con la creación del CONAPO:

Se emprendió una vasta labor de definición de las metas de planeación demográfica en México [...] en colaboración con el CONAPO el Sector Salud elaboró un Plan Nacional de Salud (1974-1983) a partir de los trabajos de la Primera Convención Nacional de Salud de 1973, entre los 20 programas de ese plan figuraba precisamente el programa de salud materno-infantil y de planificación familiar (Zavala, 1992: 182).

En este sentido la política de salud mexicana dirigida a las mujeres perseguía objetivos demográficos, es decir, reducir y regular la tasa de crecimiento de la población más que de un mejoramiento de la salud de las personas, teniendo mayor repercusión en las mujeres. De acuerdo a Graciela Freyermuth:

La política de población mexicana perseguía objetivos demográficos [...] ya que desde la Primera Convención Nacional de Salud de 1973 figuraba el programa de salud materno-infantil y de planificación familiar. Sin embargo, habiendo transcurrido más de 30 años de que se pusieron en marcha estas políticas de salud, se tiene la impresión de que éstas han sido manejadas más como metas poblacionales, y que la salud de la mujer y su calidad de vida siguen estando seriamente afectadas (Freyermuth, 2003: 46).⁴⁸

De igual manera Freyermuth expresa que la preocupación por la mortalidad materna dio cabida a varias iniciativas.

Estas iniciativas empezaron a surgir desde 1987 a escala mundial como una preocupación del sistema de Naciones Unidas y de Organismos no Gubernamentales que habían descubierto desde el principio de los años ochenta que, a pesar de la escasez de cifras en el ámbito mundial sobre las muertes maternas, las mujeres continuaban muriendo por embarazos, parto, puerperio y aborto.

anticonceptivos quedaban excluidos de los medicamentos autorizados en los establecimientos públicos de salud: La Secretaría de Salubridad y Salud (SSA), IMSS y el ISSSTE. Pero menciona que en esta etapa no se puede hablar de verdadera política demográfica por falta de un marco institucional de planificación de desarrollo económico y social que en aquel entonces era inexistente en México. (Zavala, 1992: 171-180).

⁴⁸ Freyermuth hace alusión a esto debido a los altos índices de mortalidad materna en México. Las cifras oficiales que cita son de 5.43 por cada 10,000 nacidos vivos registrados. Además el 94 % de estas muertes son agrupadas bajo la denominación de “causa obstétrica directa”, es decir, periodo de gestación, parto y puerperio.

Aunque se habían abatido otros indicadores como el de la mortalidad infantil, el problema de la mortalidad materna persistía, lo cual era injustificable, ya que la muerte materna se daba por causas que podían ser resueltas con medidas relativamente sencillas y al alcance de los avances científicos de la medicina (Ibíd.:44).

Con la creación del año internacional de la mujer, en 1975, se tuvo como objetivo contribuir en los esfuerzos para reformar las leyes y tradiciones discriminatorias y para adoptar medidas que corrigieran las desigualdades que subsistían entre los géneros. Se proponía generar en la comunidad internacional una conciencia más clara de la necesidad de promover la igualdad de sexos. Esto posibilitaría la participación de las mujeres en la determinación de las políticas en el ámbito local, nacional e internacional. A partir de estos propósitos, la ONU designó la década de 1976 a 1985 como la “década de la mujer” y durante esos años se adoptaron diversas medidas, entre ellas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el acceso a una atención médica gratuita de calidad” (Ibíd.: 41 y 42).

En general se destacan las siguientes conferencias de Naciones Unidas sobre la mujer, más otras que han incorporado puntos significativos para la salud de las mujeres: I Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México en 1975; II Conferencia, celebrada en Copenhague en 1980; III Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrado en Nairobi en 1985; Cumbre sobre Medio Ambiente y Desarrollo en Rio de Janeiro en 1992; Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena de 1993; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994; Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague en 1995.

De éstas, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto (CIPD) es donde se alienta la atención a adolescentes y jóvenes debido a las crecientes necesidades de salud reproductiva en los adolescentes, además de ser uno de los objetivos de población y desarrollo que dicta el informe del CIPD a los gobiernos:

La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y los hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. Sobre todo en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo, y es

probable que produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos. (informe de la CIPD, 1994. Párrafo 7.41).

México se une a la iniciativa por una “Maternidad sin Riesgos” en 1993. Se forma el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos y se elabora la declaración de este comité cuya finalidad es disminuir la muerte materna en el ámbito nacional y mejorar las condiciones de salud de las mujeres en edad reproductiva (Freyermuth, 2003d.: 46).

De acuerdo a Soledad González Montes, “en el campo de estudio de la mortalidad materna, se destaca los movimientos de la sociedad civil femenina y de las Organizaciones no Gubernamentales (ONG’s) que han luchado por el derecho al control sobre el propio cuerpo y la sexualidad, el derecho a la información oportuna para poder tomar decisiones sobre tener o no hijos, el derecho a servicios médicos públicos de calidad accesibles para toda la población” (González Montes, 1999:19).

De igual manera María Teresa Pérez Vázquez indica que las principales ONG’s que trabajan en el campo de la salud reproductiva en la sociedad mexicana son varias: Fundación Ford; el Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la Mujer (CICAM); Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C. (AMES); Colectivo de Lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC); Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID); Promoción de Servicios de Salud Educación Popular, A.C. (PRODUSSEP); Asociación Popular de Integración Social A.C. (APIS); Salud Integral para la Mujer (SIPAM); Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); Centro de Orientación para adolescentes (CORA) y el Equipo de Mujeres en Acción Solidaria, A.C. (EMAS) (Pérez Vázquez, 1999: 53)

De lo anterior, no es mi intención hacer una evaluación o balance del trabajo de cada una de las ONG’s ya que son diversas y requiere un estudio muy amplio y detallado de los aportes de estas organizaciones, sino destacar la importancia de éstas en el difícil campo de las Salud Sexual y Reproductiva y como éstas se crearon con el propósito de dar servicios que no existían o que eran insuficientes.⁴⁹

⁴⁹ Un artículo sobre la historia y experiencia de la organización SIPAM se puede encontrar en: Cazés, Daniel. *Creación de alternativas en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 1999. P. 284-303.

Explicado lo anterior, las ONG's se incorporaron al campo de la Salud Reproductiva una vez que éste comenzó a definirse como área específica de intervención a principios de los noventa. Soledad González se refiere a esto de la siguiente manera: "En México fueron sobre todo las ONG's que trabajaban con mujeres las que respondieron con mayor entusiasmo a la propuesta inicial de salud reproductiva ya que recogía aspectos importantes de sus demandas y de las actividades que realizaban" (González Montes, 1999: 17).

Por otro lado, al igual que María Eugenia Zavala y Graciela Freyermuth, Soledad González menciona sobre las cuestiones políticas de salud reproductiva:

Las ONG's mexicanas más antiguas que trabajaban cuestiones relacionadas con lo que llamamos salud reproductiva, surgieron a finales de los años cincuenta para desarrollar actividades de educación sexual y planificación familiar, porque el Estado, que en ese entonces tenía una política pronatalista, no ofrecía esos servicios. En este sentido, no hubo intereses en esos servicios hasta más tarde, cuando a principios de los años setenta el gobierno adoptó una política de control de crecimiento poblacional. A partir de este vuelco, se abrieron espacios de colaboración entre estas ONG's y el sector público (ibíd.: 33).

Como podemos notar, las ONG's se incorporaron al campo de la Salud Reproductiva una vez que éste comenzó a definirse como área específica; a partir de entonces, se reconoce la importancia del trabajo que realizan éstas, lo que les ha valido los ataques de las organizaciones conservadoras que desde los años treinta se han opuesto a la educación sexual en las escuelas. Por ejemplo, Daniel Cazés menciona que SIPAM se queja de las posturas políticas e ideológicas con índoles conservadoras expresadas por el Partido de Acción Nacional (PAN), que los coloca en un terreno difícil por los temas que están abordando (derechos sexuales y reproductivos, difusión cultural y proyección pública y comunicación en radio), incluso menciona, "los partidos políticos no están siendo la principal vía de expresión y activismo de muchos y muchas mexicanas" (Cazes, 1999: 302).

2.7 Obstáculos en la Educación Sexual y Reproductiva

En México uno de los principales obstáculos que enfrentan los proyectos relacionados a la sexualidad: ya sea despenalización del aborto, anticoncepción, campañas de prevención del sida mediante el sexo seguro, la educación sexual, el reconocimiento legal de derechos a la minorías sexuales, así como la libertad de expresión en temas que tienen que ver con la moral sexual y familiar; es el activismo de una serie de “grupos conservadores” que frenan estos avances. Figueroa y Stern aluden a que los grupos conservadores son organizaciones de filiación católica tanto regionales como nacionales e internacionales, identificadas por:⁵⁰

a) Una ideología que rechaza como antivalores al relativismo, el liberalismo y el hedonismo,⁵¹ e idealiza el pudor y la abstinencia sexual como valores que deben regir para toda la sociedad mexicana;

b) Un conjunto de demandas comunes, como la prohibición total del aborto; el combate a las campañas de educación sexual, planeación familiar y educación sexual, planeación familiar y uso del condón; “moralización” de los medios de comunicación; y la defensa de la educación religiosa, y

c) La tendencia a establecer relaciones de apoyo mutuo con la jerarquía católica y con algunos sectores y personajes de la política y del empresariado. Para ofrecer un perfil de dichos grupos, entre los cuales se cuentan con el Comité Nacional Provida, la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), la Asociación Nacional Cívica Femenina, el Opus Dei, los Legionarios de Cristo, los Caballeros de Colón, la Asociación Nacional para la Moral y la Comisión Mexicana de Derechos Humanos, entre otros. Estos han tenido relaciones con otros sectores, como el empresariado, la iglesia y los partidos políticos (Figueroa y Stern, 2001: 195 y196).

⁵⁰ Para un conocimiento más amplio sobre la normatividad desde la perspectiva eclesiástica véase: Suárez Escobar, Marcela. *Sexualidad y norma sobre lo prohibido: la ciudad de México y las postrimerías del virreinato*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1999. Pág. 79-169 y Cófreces, Evencio. “*La sexualidad humana en la teología católica*”, en *Educación Sexual*. Minos. 1994. Pág. 111-149

⁵¹ De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, el Hedonismo es la doctrina que proclama el placer como fin supremo de la vida. El Liberalismo es la doctrina política que defiende las libertades y la iniciativa individual, y limita la intervención del Estado y de los poderes públicos en la vida social, económica y cultural.

Casi todos los grupos conservadores han cuestionado la libertad de expresión, participando en actos públicos que exigen la censura de expresiones que consideran obscenas, sacrílegas o inmorales. “Uno de los casos más conocidos es el de la campaña contra una exposición en el Museo de Arte Moderno en 1988, donde los grupos conservadores alegaron que las obras expuestas “ofendían” sus sentimientos religiosos” (ibíd.: 200).

Otro ejemplo de ello son algunas de las actividades de la UNPF citadas por Edgar González Ruiz:

En 1934 ese grupo logró eliminar la iniciativa de Narciso Bassols,⁵² para promover la educación sexual en las escuelas primarias y, desde entonces, constantemente ha pedido que se censuren los espectáculos y publicaciones que consideren “inmorales”[...] en octubre de 1991, la UNPF junto con el episcopado arremetieron contra la educación sexual en las escuelas secundarias, criticaron al entonces secretario de educación, Manuel Bartlett y tildaron de “enfermos mentales” a los funcionarios del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) por difundir la información sobre el condón. (González Ruiz, 1998:282)

Otras de las acciones realizadas por la UNPF fue tratar de prohibir la distribución de varios libros de educación sexual: “*planeando tu vida, yo adolescente y sexualidad*” y “*lo que todo adolescente debe saber*”, alegando que “los libros no se apegaban a los valores universales, es decir, a los valores religiosos que ellos mismos profesan o que atentan contra las convicciones de los padres de familia” (Ibíd.: 282 y 283). Lo que le valió a la UNPF haber promovido algunos libros para escuelas secundarias en los que promueve la educación sexual con tildes moralistas y abstencionistas.⁵³

Por el lado político se asocia la participación del Partido Acción Nacional en las actividades de conservadurismo sexual.⁵⁴ Entre las evidencias de la participación de este partido son las

⁵² Narciso Bassols fue secretario de educación pública de 1931 a 1934 durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio y Abelardo L. Rodríguez.

⁵³ El autor cita un párrafo del libro “El Culto a la Sexualidad” (1994) de Jesús Kramsky en el que se narra el caso de un alumno de segundo grado de secundaria que vivía feliz hasta que se le ocurrió comprar una revista de adultos, lo cual lo llevó a una cadena de vicios y depravación en virtud de la cuál le robó dinero a su mamá para poder comprar las revistas; comenzó a usar estimulantes para poder disfrutar más de sus lecturas y “los resultados fueron tan excitantes”, que ya llevado por su enferma obsesión, se masturbó. De tanto masturbarse se sintió agotado, abochornado y acofado. Ya no quería estudiar, se volvió agresivo y tuvo que ser llevado de emergencia al hospital, donde luego de arduos tratamientos salvó la vida, pero quedó sometido a una terapia que debe cumplir escrupulosamente si quería sobrevivir. (Citado por González Ruiz, 1998: 284).

⁵⁴ González Ruiz expone la relación de algunos miembros de ese partido con algunos cargos en los grupos conservadores. Por ejemplo, Jaime Aviña Zepeda, fundador de Provida y del Desarrollo Humano Integral y

campañas moralistas de lucha contra la sexualidad. El caso de Carlos Petersen, regidor de Guadalajara en 1989 que promovió una campaña moralista de lucha contra todo tipo de pornografía y de desviaciones sexuales contenidas en videos, revistas, sitios de reunión inconvenientes, travestismo, entre otras. Otro ejemplo de ello fue el 24 de mayo de 1994 en Veracruz, cuando Mario Rojas Almanza, sindico tercero y miembro del PAN, intentó cancelar la Segunda Semana Cultural Lésbico Gay organizada en la Casa de la Cultura Salvador Díaz Mirón y destituir a su director, Reynaldo Carballido (Ibíd. 296, 298 y 294).⁵⁵

En términos generales, para Figueroa y Stern:

los grupos conservadores y la jerarquía católica califican como “antivalores” el hedonismo [...] y el liberalismo. La condena de la búsqueda del placer sexual implica la condena de los medios para llevarlo a cabo libremente, de allí su rechazo a la anticoncepción, la masturbación, las practicas de sexo seguro y de sexo protegido, e incluso, en casos extremos de las representaciones de la anatomía humana que puedan excitar la imaginación. Puesto que definen la abstinencia como un ideal que debe regir para todos y se oponen a la capacidad de decisión individual acerca de la vida sexual. (Figueroa y Stern, 20001: 198)

Entre algunas de las principales demandas específicas que nos expresan estos autores sobre los grupos conservadores y que están relacionados en documentos y protestas públicas, son: detener las campañas de anticoncepción y del uso del condón; adecuar los contenidos de la educación sexual a las doctrinas de la iglesia católica; moralización de los medios de comunicación eliminando los contenidos de violencia, sexualidad y “deterioro de los valores familiares” (Ibíd.: 201).

Como podemos observar son varios los grupos conservadores que han impedido la mejora de la educación sexual y de los temas que tengan que ver con este concepto. Retomo a Stern para decir que seguimos siendo una sociedad que, en términos generales, no acepta como legítimo el ejercicio de la sexualidad por parte de los adolescentes y jóvenes solteros,

Acción Ciudadana (DHIAC) fue diputado federal por el PAN y en 1994 prospecto para la candidatura a la senaduría del Distrito Federal, y Francisco González, quien fue presidente de la UNPF, fue diputado por ese partido.

⁵⁵ Según el autor, cita la justificación de Riojas Almanza respecto a estas actividades moralistas al decir: “todo gay es un mal nacido y no es bien visto por la sociedad”. También Almanza censuró películas y sentenció: “cuando el hombre empieza a animalizarse significa que estamos cerca de la perdición”. (Citado por González Ruiz, 1998: 298).

a pesar de la aceptación oficial de los diversos tratados internacionales. No aceptar la legitimidad del ejercicio de la sexualidad por los adolescentes y jóvenes limita posibles avances en la educación sexual y en el acceso a la información sobre métodos preventivos y anticonceptivos. Como dice el autor:

No se trata de propiciar o fomentar de manera indiscriminada el ejercicio de la sexualidad entre los adolescentes, pues ellos están en plena libertad de no ejercerla si así lo deciden. Pero la realidad es que una proporción significativa de ellos opta por ejercerla o, lamentablemente, es orillada a ejercerla sin siquiera haber podido optar por hacerlo. ¿Qué mejor que ayudar que se preparen para que puedan optar por ejercerla o no ejercerla y para que, si optan por hacerlo, estén preparados para hacerlo de manera responsable? (Stern, 2008: 401).

En este caso es indudable la importancia de las instancias gubernamentales involucradas en la atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes para que impartan acciones sobre estos temas, puesto que la práctica precoz de la sexualidad se hace evidente en esta investigación.

Conclusión

Este capítulo trató sobre las diferentes definiciones del concepto de la sexualidad y del proceso histórico que se ha venido dando en el país, destacando los factores que involucran su definición y las políticas emprendidas del gobierno mexicano. Se destaca el aporte de Ana Amuchástegui Herrera al decir que es un conjunto de valores que se construyen a través del tiempo y varía de acuerdo a la cultura y el espacio geográfico.

Se abordó el concepto de Salud Sexual y Reproductiva como campo de conocimiento para contribuir a la salud y al bienestar reproductivo de las personas y se describieron algunos factores que inciden en los embarazos en adolescentes y los riesgos que conlleva un embarazo a temprana edad. Finalmente se mencionó la importancia de las Organizaciones No Gubernamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y de los obstáculos que han tenido estas organizaciones y de las políticas emprendidas por el gobierno mexicano para informar a la sociedad sobre cuestiones de sexualidad.

CAPÍTULO 3. ACCIONES REALIZADAS POR LOS SISTEMAS GUBERNAMENTALES EN EL MUNICIPIO DE OTHON P. BLANCO

En este apartado se presenta las principales funciones sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes que están realizando los diversos organismos gubernamentales en la entidad y en específico en el municipio de Othón P. Blanco. La información obtenida se logró a través de entrevistas y para algunos casos, solicitudes por medio del Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Quintana Roo (ITAI PQROO). Es preciso señalar que las entrevistas se realizaron con las personas responsables que tienen conocimiento del tema o en todo caso con las personas que se involucran en la atención a los adolescentes. Con este apartado se pretende exhibir los trabajos y las responsabilidades de dichas instituciones en el cuidado de la SSyR en adolescentes.

3.1.- Diagnostico actual de la problemática en el Estado.

Las instituciones que nos permiten dimensionar un panorama de los problemas derivados de la Salud Sexual y Reproductiva, son los Servicios Estatales de Salud. Las solicitudes a través del Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Quintana Roo (ITAI PQROO) nos permite conocer los casos de embarazos en adolescentes en el Estado donde han sucedido 39 mil 944 embarazos en adolescentes desde 1999 hasta el 2008 (cuadro 33).

Cuadro 33.
Embarazos en adolescentes 1999-2008.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Acumulados
Total embarazos	15,056.00	15,876.00	15,881.00	16,338.00	16,400.00	17,140.00	17,126.00	13,874.00	14,282.00	14,580.00	156,553.00
Menores de 15	175.00	241.00	277.00	269.00	165.00	363.00	298.00	310.00	332.00	303.00	2,733.00
de 15-19 años	3,805.00	3,860.00	3,852.00	4,056.00	4,230.00	3,836.00	3,187.00	3,337.00	3,401.00	3,647.00	37,211.00
Total hasta 19 años	3,980.00	4,101.00	4,129.00	4,325.00	4,395.00	4,199.00	3,485.00	3,647.00	3,733.00	3,950.00	39,944.00
%	26.43%	25.83%	26.00%	26.47%	26.80%	24.50%	20.35%	26.29%	26.14%	27.09%	25.51%

Fuente: UTAIPPE. * ver anexo 10

Asimismo, realizando una visita a la Dirección de Servicios Estatales de Salud en la ciudad de Chetumal, Quintana Roo para conocer los casos recientes, se pudo constatar que los embarazos en adolescentes se han incrementado (cuadro 34). De acuerdo a los informes de la SESA las embarazadas adolescentes atendidas en las unidades de los servicios de salud para el 2009 han sido 5 mil 510 adolescentes y 2 mil 498 hasta junio de 2010. Mediante estos informes se pudo constatar que los municipios que presentan los mayores casos son el municipio de Benito Juárez, Othón P. Blanco y Solidaridad.

Cuadro 34.

Total de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años. 2009-2010 por municipio.

Municipio	2009	2010 *
Othón P. Blanco	1,360.00	620.00
Felipe Carrillo Puerto	449.00	110.00
Benito Juárez	1,673.00	860.00
José María Morelos	263.00	110.00
Lázaro Cárdenas	145.00	76.00
Solidaridad	1,150.00	552.00
Isla Mujeres	90.00	47.00
Cozumel	380.00	123.00
Total	5,510.00	2,498.00

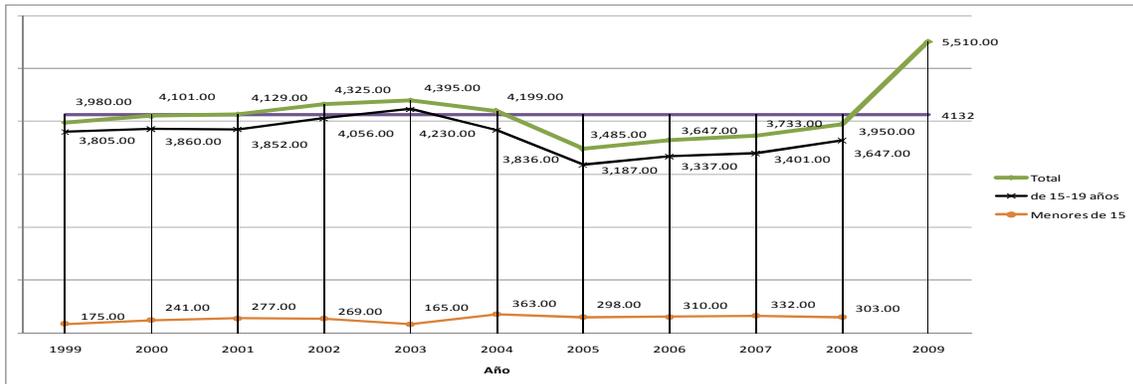
* Parcial hasta Junio.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la SESA.2010.

En base a los datos proporcionados por estas dos dependencias podemos establecer la tendencia estadística de embarazos en las adolescentes (cuadro 35).

Cuadro 35.

Gráfica de comportamiento de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años. 1999-2009.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la UTAIPPE y de la SESA.

La gráfica nos permite comprender tres cosas: la primera, de acuerdo a los primeros datos proporcionados podemos decir que los embarazos en adolescentes han mantenido su variabilidad desde el año 1999 al 2008 puesto que han incrementado y disminuido para algunos años: el aumento máximo fue en el 2003 con 4 mil 395 sucesos y se disminuyó considerablemente en el 2005 con 3 mil 485 embarazos. Segundo, la mayoría de los casos son en adolescentes de 15 a 19 años y pese a la disminución del 2004 y 2005, la tendencia en ese grupo de edad se ha incrementando y, tercera, de acuerdo a los datos más recientes podemos decir que existe un repunte de embarazos en adolescentes muy considerable que está por encima del promedio de 4 mil 132.⁵⁶ En este último comentario, los reportes obtenidos no nos permite deducir el origen o el aumento de estos casos, la entrevista realizada con el director de los servicios estatales de salud, como se comprobará, nos indica que únicamente está relacionada con las relaciones sexuales sin protección

Otro de los reportes de la Secretaría de Salud que nos brinda información para analizar el comportamiento en adolescentes son las “consultas generales en adolescentes” (cuadro 36). La SESA informa que para el 2008 son 54 mil 620 mujeres y 30 mil 393 hombres adolescentes que han realizado una consulta, de los cuales 4 mil 244 corresponde a adolescentes embarazadas y 3 mil 446 corresponde a consultas púerperas. También se realizaron 683 pláticas de planificación familiar, 5 mil 112 eventos relacionados a la

⁵⁶ Promedio realizado a partir de los datos de 1999 al 2009

gestación, parto y puerperio en adolescentes, así como 1 mil 836 mujeres adolescentes que aceptan un método anticonceptivo después de estos eventos.

Para el 2009 se tuvo un ligero incremento, 62 mil 677 mujeres y 30 mil 393 hombres adolescentes, de los cuales 5 mil 519 corresponde a adolescentes embarazadas y 2 mil 515 corresponde a consultas púerperas en adolescentes. También se incrementó notablemente las pláticas de planificación familiar en adolescentes, pasando de 683 a 5 mil 751 pláticas para el 2009. Asimismo se redujeron los eventos obstétricos (partos, cesáreas) en las adolescentes y la reducción de métodos anticonceptivos, pasando de 5 mil 112 a 735 eventos y de 1 mil 836 a 259 personas.

Cuadro 36.
Consultas generales en adolescentes 2008-2009

Consulta general en adolescentes	2008	2009	Acumulado
Consulta de Primera Vez.			
Mujeres	54,620.00	62,677.00	117,297.00
Hombres	30,393.00	36,234.00	66,627.00
Consulta Subsecuente			
Mujeres	44,375.00	48,880.00	93,255.00
Hombres	17,732.00	18,720.00	36,452.00
Consulta Embarazo en Adolescentes			
Primera vez	4,244.00	5,519.00	9,763.00
Subsecuente	12,093.00	14,394.00	26,487.00
Consulta Púerperas Adolescentes			
Primera vez	3,446.00	2,515.00	5,961.00
Subsecuente	446.00	637.00	1,083.00
Pláticas de planificación familiar	683.00	5,751.00	6,434.00
Eventos Obstétricos atendidos en adolescentes en la SESA	5,112.00	735.00	5,847.00
Mujeres adolescentes que aceptan un método anticonceptivo (SESA)	1,836.00	259.00	2,095.00

Fuente: elaboración propia en base a datos de la SESA.2010.

Si bien este informe nos presenta las “consultas generales en adolescentes” para los años 2008 y 2009. Podemos tomar como base estos datos y las estimaciones de población en la entidad del Consejo Estatal de Población (COESPO) (ver anexo 11) para determinar el acercamiento de los adolescentes a los servicios de salud. Para el 2008, el 21.49 % de los adolescentes y el 39.64% de las adolescentes han acudido a algún tipo de consulta médica

y, para el 2009 el 25.41 % de los hombres y el 43.95% de las mujeres han tenido una visita médica.⁵⁷ Esto nos indica que pese a los esfuerzos de salud pública en donde se han visto incrementado las pláticas de planificación familiar (de 683 a 5,751), únicamente se está abarcando un pequeño segmento de la población que acude a las consultas médicas, en el cual hay que resaltar, son las mujeres las que más acuden a los servicios de salud de manera subsecuente. Igualmente, uno de los datos que llama la atención es el relacionado a “los eventos obstétricos atendidos en la SESA”, éste disminuyó de 5 mil 112 a 735 eventos. Este informe no nos permite deducir con precisión el porqué de esta disminución pero si nos permite tener en cuenta que la atención de los eventos del embarazo, el parto y el puerperio están siendo poco atendidos pese al aumento de embarazos en adolescentes en la entidad. Aclaro que esto no puede derivarse de un mal funcionamiento de los organismos debido a que para comprobar esta situación debiera hacerse un estudio de mayor profundidad que nos manifieste las opiniones de aquellas personas involucradas en este tema, desde mi percepción el embarazo en adolescente es un tema de gran cobertura y la falta de atención médica como estipula el reporte de “consultas generales en adolescentes” puede derivarse de un cambio de institución de salud pública o privada lo que no queda registrada en los Servicios de Salud Estatales, puede deberse también a la atención de parteras en las ciudades o comunidades o incluso, abortos. Sin embargo, hacen falta investigaciones en este tema para determinar con confiabilidad todo lo relacionado a los problemas de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

Por otra parte, del mismo modo con la Secretaría de Salud podemos tener una perspectiva de las adolescentes activas que utilizan métodos anticonceptivos en el Estado, siendo éstas 4 mil 958 adolescentes para el año 2008 y 2009 (cuadro 37)

⁵⁷ Porcentajes obtenidos en base a las consultas generales de población en la Secretaría de Salud y del estimado de población del Consejo Estatal de Población.

Cuadro 37.

Usuarías Activas Adolescentes por método Anticonceptivo.

Usuarías activas adolescentes	2008	2009	Acumulado
Oral	264.00	149.00	413
Inyección mensual	570.00	531.00	1,101.00
Inyección bimestral	562.00	591.00	1,153.00
Implante	54.00	134.00	188.00
Dispositivo Intrauterino	503.00	449.00	952.00
Oclusión Tubaria Bilateral	160.00	578.00	738.00
Preservativos	216.00	197.00	413.00
Totales	2,329.00	2,629.00	4,958.00

Fuente: elaboración propia en base a datos de la SESA.2010.

En relación a las Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes, la Secretaría de Salud del 2008 a junio de 2010 registra 979 casos, existiendo la gran mayoría en los municipios donde se concentra la mayoría de la población del Estado: Benito Juárez, Othón P. Blanco, Solidaridad y Cozumel. La enfermedad más frecuente que se presenta en la entidad es la Candidiasis Urogenital con 609 y Tricomoniasis Urogenital con 172 casos (cuadro 38)

Cuadro 38.

Infecciones de Transmisión Sexual presentados en adolescentes hombres y mujeres

ITS	2008								total	2009								total	2010 *								Parcial 2010	Acumulado
	OPB	COZ	IM	BJ	LC	SOL	FCP	JMM		OPB	COZ	IM	BJ	LC	SOL	FCP	JMM		OPB	COZ	IM	BJ	LC	SOL	FCP	JMM		
Candidiasis Urogenital	30	28	7	135	3	18	6	10	237	38	10	7	134	4	24	7	25	249	21	8	0	50	4	10	7	23	123	609.00
Chancro Blando	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1		0						0	1.00	
Herpes Genital	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0			1		0				1		1	4.00	
Infección Asintomática Por VIH	5	0	0	4	0	5	0	0	14	4	0	0	5	0	3			12		0	19					19	45.00	
Infección Gonocócica Genitourinaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	8	0	0			0		0	3		1	1		0	0.00	
Sifilis Adquirida	4	3	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	1	0	0	1	4	4	4	0	1					5	16.00	
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2	0	0	1	0	2	0	0	5	2	0	0	9	0	0			11	2	0	19					21	37.00	
Tricomoniasis Urogenital	6	10	2	45	2	3	4	2	74	9	9	3	41	0	0	1	2	65	8	4	0	16	3		2	33	172.00	
Virus Del Papiloma Humano	4	3	2	31	0	6	1	0	47	2	0	1	26	0	13	1		43	2	0	2		1			5	95.00	
	51	44	11	217	5	34	11	13	386	60	19	11	225	4	40	10	28	386	37	12	0	110	7	12	9	25	207	979.00

* Parcial hasta Junio.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la SESA.2010.

Para apoyar la parte de prevención, la Secretaría de Salud dispone de varios Servicios Amigables para Adolescentes en el Estado. Hasta el 2009 se cuenta con cinco en tres

municipios: Centro de Salud Urbano NO. 6 en Chetumal; Centro de Salud Urbano "Francisco Arana Tun" en Felipe C. Puerto; Centro de Salud Urbano No. 2, Centro de Salud Urbano No. 7 y Centro de Salud Urbano No. 11 en Cancún.

Estos servicios consisten en brindar información sobre Salud Sexual y Reproductiva a través de médicos, enfermeras y psicólogos a adolescentes y padres de los mismos para que se conviertan en difusores de la información. También estos Servicios Amigables brindan información a escuelas a través de talleres; aunque hay que resaltar que de las actividades desarrolladas por la Secretaría de Salud no se tiene un presupuesto asignado específico para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes, se apoya con el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción; para el año 2008 era de 1 millón 92 mil 260 pesos en Insumos de Anticonceptivos; para el 2009 fue de 1 millón 120 mil pesos, contando para ese año con el apoyo Estatal de 80 mil pesos en mobiliario para Servicios Amigables y 441 mil 300 pesos en apoyo informativo (Regletas y Trípticos).

3.2 Acciones emprendidas en el Estado de Quintana Roo 2005-2010

Uno de los primeros antecedentes de las políticas emprendidas, lo podemos encontrar en el informe de ejecución 2004-2005 del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Este instituto informa que en el Marco del Proyecto Estatal de Cooperación (PEC) con Quintana Roo, a fin de definir los criterios y lineamientos del Primer Encuentro de Adolescentes Indígenas, se llevó a cabo una reunión dentro del Modelo de Atención Integral de la Salud Reproductiva para la Población Rural e Indígena; este evento fue organizado por la Secretaría de Salud, con el apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Programa Oportunidades, el Consejo Estatal de Población (COESPO) y el Consejo Municipal de Población de José María Morelos. Derivado de lo anterior, con el objeto de informar a los jóvenes de la Zona Maya sobre los derechos sexuales y reproductivos, en agosto de 2004 se realizó el primer encuentro de Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes Mayas al que asistieron 150 jóvenes de esa localidad. De igual forma se

impartieron 15 pláticas sobre el tema en el mes de diciembre de 2004 en los municipios de alta marginalidad.⁵⁸ (CONAPO, 2005:149)

En lo que respecta al municipio de Othón P. Blanco, entre agosto de 2004 y junio de 2005, se impartieron 666 pláticas a 12,418 alumnos de primaria, secundaria y bachillerato a fin de dotarlos de herramientas básicas para tomar decisiones libres, responsables e informadas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. De igual manera, en la ciudad de Playa del Carmen del municipio de Solidaridad en septiembre de 2004, se aplicó una encuesta sobre salud sexual y reproductiva y se realizaron 2 talleres para el uso del manual “la salud sexual y reproductiva en la adolescencia: jóvenes de hoy, compromiso de siempre” (Ibíd.: 150)

En lo que se refiere a los demás municipios no se tiene información respecto a lo presentado por la CONAPO en su Programa Nacional de Población 2001-2006. Incluso no especifica otros proyectos desarrollados por ésta institución en conjunto con organismos de salud pública (IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud), la Secretaría de Educación y Cultura de Quintana Roo (SEyC) y del Consejo Estatal de Población (COESPO). Ejemplo de ello es lo que se puede entender sobre las pláticas que se efectuaron sobre embarazos en adolescentes e infecciones de transmisión sexual a las que asistieron 2,756 alumnos de secundaria.

En fechas más reciente, en enero de 2007, el gobernador Félix Arturo González Canto a través del DIF Estatal puso en marcha el programa “Ojo con tu Antojo” con el objeto de reducir significativamente la incidencia de embarazos y los efectos que este fenómeno genera.⁵⁹ El propósito del programa es promover una cultura de prevención, atención, educación y fortalecimiento de valores en los adolescentes y prevenir y atender el fenómeno del embarazo en la adolescencia. Con la creación de este programa, el gobierno del estado, a través de las instituciones sociales, del sector salud y educativas,⁶⁰ pretende implementar acciones sobre la prevención y atención del fenómeno del embarazo entre los

⁵⁸El Consejo Nacional de Población no especifica en qué municipios.

⁵⁹ Entre los programas que administra el sistema DIF, son: Infancia y adolescencia, Familias y población vulnerable, Discapacidad, Adultos Mayores y Prevención.

⁶⁰ Las instituciones involucradas en este proyecto son: El DIF Estatal, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y Cultura, el Consejo Estatal de Población, algunas asociaciones civiles y el Sistema Quintanarroense de Comunicación Social

adolescentes en coordinación con las instituciones participantes para promover proyectos de vida saludable con oportunidades de desarrollo personal y social.⁶¹

El sistema DIF dispone de dos organismos en el municipio de Othón P. Blanco para atender a la población, el “DIF Estatal”⁶² que atiende a la población de Chetumal y el “DIF Municipal” que atiende a las comunidades del municipio. En general, el sistema DIF realiza dos tipos de acciones dirigidas a la población adolescente: prevención y atención. Dentro de la primera podríamos catalogar a todas aquellas actividades realizadas con el objeto de informar al adolescente sobre las consecuencias de la práctica sexual. La segunda, son todas aquellas actividades dirigidas a educar, atender y formar a las adolescentes que han presentado embarazos o que han dado a luz en este periodo de edad. De esta descripción podríamos relacionar las actividades de acuerdo a los programas de índole social que desarrolla este organismo, prevención con “Ojo con tu antojo” y en atención, “Bebé... piénsalo bien”.

Concerniente al programa público “Ojo con tu antojo”, se ha realizado una encuesta en la población estudiantil, determinando el impacto que está teniendo esta campaña. Dicha encuesta mostró cifras sobre el aumento de la desconfianza del programa: el 60% de las mujeres y el 51% de los hombres opinaron que no está siendo efectiva y el 31% de los estudiantes encuestados opinaron que deberían darse pláticas en las escuelas. También, otro de los resultados que arrojó esta encuesta es que el 33% de la población percibe que la causa de los embarazos en adolescentes es por falta de atención de los familiares y un 32% es por falta de información sobre anticonceptivos⁶³.

Si bien este estudio es un esfuerzo por indagar sobre la percepción de las personas respecto al programa público, es importante señalar que ésta se realiza en su mayoría a personas entre la edad de 18 a 25 años (80%), y como se ha visto en esta investigación, el mayor

⁶¹ En el presupuesto autorizado para el ejercicio 2008 asignado a labores asistenciales, al programa de prevención de adolescentes en riesgo se le destinó \$932,508 de los \$ 67, 739,979 establecidos a los programas asistenciales, representando sólo el 1.38 % (Ver anexo 12).

⁶² El DIF Estatal es la institución rectora que organiza el funcionamiento de los diferentes municipios en la entidad.

⁶³ La información está basada en un trabajo de tesis en el cuál se encuestó a un total de 300 personas entre la edad de 18 a 25 años, estudiantes de Secundaria, Bachillerato, la Universidad de Quintana Roo, el Tecnológico de Chetumal y la Universidad Interamericana para el Desarrollo. 100 encuestas corresponden al programa “ojo con tu antojo”, 100 al programa “el reto es vivir” y el restante a “voces sin fronteras”. Véase (Gutiérrez, 2009)

problema se presentaba en los adolescentes entre la edad de 10 a 19 años, además, este grupo de edad es al cuál van dirigidos las acciones del sistema DIF mediante pláticas a escuelas de secundaria y de preparatoria y no en el nivel superior como está orientado ese estudio. Se puede decir que existe una percepción y opinión de la población derivado de la diferenciación de edad. No obstante, esto no le resta calidad al trabajo ni disminuye la importancia del estudio pero si apunta a la necesidad de realizar estudios de otra índole ya que resulta preocupante la situación que anotan los jóvenes (estudiantes de nivel superior que antes estuvieron en la preparatoria y secundaria) al señalar que esta campaña no está siendo efectiva y que deberían darse pláticas regulares en las escuelas. Sobre todo si vemos que el servicio que ofrece el Programa de Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA) del que se deriva el programa “Ojo con tu antojo”, es otorgar pláticas sobre sexualidad y prevención del embarazo en adolescentes por lo tanto si es necesario investigar el actuar gubernamental en este sentido para comprobar esas afirmaciones.

De acuerdo a informes del Sistema DIF estatal, se han realizado actividades preventivas en dos enfoques: “pláticas informativas ojo con tu antojo” y “gira de monólogos, ojo con tu antojo”. Para el ejercicio 2008 se han atendido a 13 mil 590 personas en el estado en estos dos rubros (ver anexo 13). Conjuntado ambas actividades para el caso del municipio de Othón p. Blanco, tenemos que 4 mil 630 personas entre estudiantes, padres de familia y maestros se han visto beneficiado de las acciones de este instituto (cuadro 39).⁶⁴

⁶⁴ El presupuesto destinado para este período asciende aproximadamente a \$900,000.00. Fuente: DIF estatal.

Cuadro 39.

Pláticas informativas realizadas en el ejercicio 2008.

Localidad	Nivel/cede	Población Atendida	Mes	Observaciones
Pláticas informativas de prevención "Ojo con tu antojo"				
Chetumal	Telesecundaria	200.00	Febrero-Marzo	
Ávila Camacho	Telesecundaria	100.00	Marzo-Abril	
Xul-Ha	Telesecundaria	150.00	Abril-Mayo	
Divorciados (primera jornada de	Telesecundarias de Ávila Camacho,	300.00	mayo	
Blanca Flor	Telesecundaria	100.00	Mayo	
Divorciados	Divorciados	100.00	Mayo	
Chetumal	Población abierta	50.00	Abril-Mayo	
Chetumal	Población Abierta	500.00	Julio	
Chetumal	Conalep (población abierta)	30.00	Octubre	
Chetumal	Población abierta	50.00	Octubre	
Othón P. Blanco	Secundaria	450.00	Noviembre-Diciembre	
	Subtotal	2,030.00		
Gira de Monólogos "Ojo con tu antojo"				
Chetumal (DIF estatal)	Teatro Constituyentes	500.00	Junio	Esta cantidad
Chetumal	Expofer	1,500.00	Octubre	Población atendida
Chetumal	Expofer Srita. Ojo con tu Antojo	500.00	Octubre	
Chetumal (DIF municipal)	Teatro Constituyentes	100.00	Noviembre	2 escuelas secundarias
	<i>Subtotales</i>	2,600.00		
	Total	4,630.00		

Fuente: elaboración propia en base a datos del DIF estatal.2010.

Asimismo, en el ámbito de atención del programa PAIDEA, existe otro tipo de actividades desarrolladas en ese mismo ejercicio, entre las que se destacan:

- Un taller de Salud Sexual y Reproductiva para madres adolescentes impartido de febrero-agosto de 2008 de las cuales asistieron 37 del padrón y 200 madres adolescentes, contando con el apoyo de las instituciones: Instituto Quintanarroense de la Mujer (IQM), Secretaría de Salud, la Population Services International PSI A.C., Instituto Campechano de Trabajo Social, así como Personal Profesionista del DIF estatal en las áreas de SSyR.
- Se dieron 1 mil 800 visitas de seguimiento a madres adolescentes referidas por los hospitales Morelos y de la Secretaría de Salud. Apoyo a madres adolescentes como medicamentos y despensas

- Se realizó la Primera Semana Cultural para Madres Adolescentes de las cuales asistieron 50 madres adolescentes y se destaca la participación por primera vez de cuatro hombres adolescentes
- Se entregaron 26 becas a madres adolescentes en el primer semestre (durante el 2007 se entregaron 14 becas a nivel estatal) de los municipios de Cozumel, Benito Juárez, Morelos, Othon P. Blanco (estas usuarias son del padrón de DIF ESTATAL, ya que el municipio no maneja pláticas ni actividades para madres adolescentes).
- Se entregaron 26 becas en el segundo semestre (a principios del mes de Diciembre) se otorgaron en los municipios de Othón P. Blanco. (DIF ESTATAL), Cozumel, Benito Juárez, José María Morelos, Felipe Carrillo Puerto.
- Se logró la incorporación de 20 madres adolescentes al sistema educativo abierto y formal.
- Se capacitó sobre la elaboración de bolsas de mano en un taller a las que acudieron 30 madres adolescentes.
- Se dio apoyo a madres adolescentes que requirieron medicamentos y despensas, actualmente las madres cuentan con apoyo médico pediátrico.
- Se realizaron seis actividades culturales y recreativas para todas las adolescentes asistentes al programa entre ellas visitas guiadas al Museo de la Cultura Maya y las playas de Tulum, así como celebración de los onomásticos al final de cada mes.
- Se realizaron 70 asesorías psicológicas de manera individual a las madres adolescentes, padres adolescentes y familiares de las madres adolescentes.
- Se dieron 20 terapias grupales.
- Se realizaron dos cursos de capacitación sobre el proyecto educativo “Bebé... piénsalo Bien” a los responsables de los DIF municipales y personal adscrito al programa estatal de Prevención y Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo (PAMAR)
- Se capacitó a 30 jóvenes del CONALEP con el proyecto educativo “Bebe.. Piénsalo Bien”.

Para el ejercicio 2009, se atendieron 10 mil 259 personas entre estudiantes y población en general (ver anexo 14), de los cuales, 7 mil 630 personas corresponden al municipio de Othón P. Blanco (cuadro 40).⁶⁵

Cuadro 40.
Pláticas informativas realizadas en el ejercicio 2009.

localidad	Nivel	Población Atendida	Observaciones
Pláticas informativas de prevención "Ojo con tu antojo"			
Chetumal	Medio superior y básico	1039	
Chetumal	secundaria Federal No. 2	130	
Chetumal	Secundaria (escuela particular Latino)	60	
Chetumal	Colegio Eva Samano	70	
Chetumal	Media Superior (CEBTIS 253)	70	
		Subtotal	1,539.00
Gira de Monólogos "Ojo con tu antojo"			
Chetumal	Stand de la campaña parque del Renacimiento	300	Actividad día del estudiantes
Chetumal	Centro de convenciones/ 12º. Foro Juvenil	1300	
Chetumal	Stand Plaza las Américas	4000	
		Subtotal	5,600.00
		Total	7,139.00

Fuente: elaboración propia en base a datos del DIF estatal. 2010.

Dentro de las actividades de atención del programa PAIDEA para el ejercicio 2009,⁶⁶ se realizaron las siguientes actividades:

- 970 visitas domiciliarias a madres adolescentes referidas por los hospitales Morelos y de la Secretaría de Salud

⁶⁵ Conforme al DIF municipal, el programa "Ojo con tu Antojo" no forma parte de las funciones que realiza el DIF municipal, según ellos no existe ningún programa bajo esa denominación en ese organismo. Este comentario se puede comprobar a través de la solicitud enviada a través de la Dirección de la Unidad de Vinculación para la Transparencia (ver anexo 15).

⁶⁶ De acuerdo al DIF estatal, el presupuesto destinado para el programa asciende aproximadamente a 44 mil pesos.

- 53 becas Promajoven para madres adolescentes en los municipios de Cozumel, Benito Juárez, Othón P. Blanco, José María Morelos, Felipe Carrillo Puerto e Isla Mujeres.⁶⁷
- 45 personas atendidas psicológicamente en más de 70 sesiones.

Por su parte, el sistema DIF municipal se orienta principalmente en talleres de prevención de embarazos en adolescentes a través del programa “Bebé...piénsalo bien”. Este programa consiste en actividades desarrolladas a través de un “simulador de bebé real” que permite a los educandos la posibilidad de aprender mediante pláticas y prácticas. Las prácticas que se llevan a cabo están orientadas hacia las principales necesidades básicas de un bebe, de tal manera que esta experiencia les ofrece un panorama de concientización sobre la paternidad y las responsabilidad que conlleva un embarazo en la adolescencia.

De acuerdo al trabajo de campo realizado en este instituto, la responsabilidad de ser padres a temprana edad afecta directamente el estilo de vida de los adolescentes, por lo tanto para este instituto la paternidad únicamente debe ser asumida por alguien que esté preparado para ello. Para lograrlo, el objetivo de este programa gubernamental es desalentar un embarazo a temprana edad realizando sesiones y talleres en escuelas secundarias y de nivel medio superior con el apoyo de herramientas de bebes artificiales y de simuladores de embarazo. De la información brindada por este organismo el impacto en adolescentes es notorio debido a que este grupo de población desconoce las consecuencias de los embarazos en adolescentes, sin embargo, al igual que el sistema DIF estatal no cubren ese espectro de concientización debido a la limitada responsabilidad en las escuelas por hacerse cargo de los “bebes” para que los alumnos los puedan llevar a sus hogares, responsabilidad que podría deberse al alto costo del cuidado de los bebés, 20 mil pesos aproximadamente. De igual manera, la solitud realizada a través del ITAIPQROO nos permite conocer las

⁶⁷ PROMAJOVEN es un programa de becas de apoyo a la educación básica de madres adolescentes y jóvenes así como de embarazadas, que desarrolla el la Secretaría de Educación Pública. La beca consiste en el otorgamiento de un apoyo económico por una cantidad equivalente a \$ 650.00 mensuales, sí la adolescente o joven presenta algún embarazo después de la educación básica ésta deberá ser tramitada a través del Programa Nacional de Becas para la Educación Superior (PRONABES)

actividades realizadas para el año en curso donde se puede constatar que hasta junio de 2010 se han beneficiado 1,773 personas (cuadro 41).⁶⁸

Cuadro 41.

Actividades realizadas por el Sistema DIF municipal. Enero-junio de 2010.

Fecha	Nombre de la Escuela o Dependencia	Sec.	Prep.	Publico Abierto	Observaciones
20,21,23/01	Plática en esc. Armando Escobar Nava	368			Pláticas con alumnos de secundaria “paternidad y maternidad responsable, autoestima y seguridad” impartida a los grupos A,B y C (dos platicas con los alumnos de secundaria “La construcción Identidad” impartida a los 3eros años D,E y F” 2 PLATICAS
28,29 /01	Sec. Vanguardia Educativa	50			Se atendieron a alumnos de 2do de secundaria con el tema “Situaciones que provoca riesgos de salud en los adolescentes”. Plática los Trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia. Platica 2 Abuso de drogas: Alcohol, Sustancias aditivas y tabaco.
12/02	Sec. Tec. No. 27	206			Se atendieron 206 alumnos de la esc. Sec. Tec. No. 27; sobre “La importancia de vivir con valores”, los grupos atendidos fueron 2 primeros y 2 terceros.
17,18,19/02	Sec. Armando Escobar Nava	354			Se atendieron con pláticas alumnos con Identidad Nacional, impartida a los 6 3eros años.
26/02	Plática Comité de valores. Col. Solidaridad Calle Sac Xan			25	Apoyo al comité de valores con el tema de la “Vida”, a la señora Irma Kú Marin, responsable del Comité
03/02	Plática al comité “Construyamos un mundo mejor” DIF Municipal			20	Comité de valores del DIF. Municipal Responsable Isabel Esquivel Avila
12/03	Plática de comité de valores Desarrollo Urbano			30	Apoyo al comité de valores, tela “vida” a la capacitadora Arq. Cecilia Quintal y Lic. Raquel
17,18,18/03	Esc. Armando Escobar Nava	360			Se atendieron con pláticas alumnos de secundaria “prevención de embarazo en adolescentes” impartida a tres grupos de terceros
17,18,19/03	Sec. Valentín Gómez Farías	320			Se atendieron con pláticas “prevención de embarazo en adolescentes” impartida a tres grupos de terceros
SUB TOTAL		1658	0	75	
TOTAL		1658	0	75	

Fuente: DIF municipal. 2010

Por su parte el Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo (COESPO), implementó un programa de prevención para adolescentes “¿Qué eSexo? Tú sexualidad con responsabilidad” desde el año 2008. Esta campaña proporciona información y

⁶⁸ De acuerdo al DIF municipal, el programa de “Ojo con tu antojo” no forma parte de las funciones que realiza el DIF Municipal, según ellos no existe ningún programa bajo esa denominación en ese organismo, esto de acuerdo a la solicitud enviada a través de la Dirección de la Unidad de Vinculación para la Transparencia.

orientación sobre derechos sexuales y reproductivos a adolescentes, jóvenes y población abierta con el objetivo de promover actitudes de responsabilidad en el ejercicio de su sexualidad. Los temas que abordan son: educación sexual, embarazo a temprana edad, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, equidad de Género, autoestima y noviazgo.

De acuerdo al COESPO, “¿Qué eSexo? Tú Sexualidad con Responsabilidad”, trabaja con adolescentes de quinto y sexto grados de primaria, secundaria, bachillerato, instituciones de gobierno e iniciativa privada por medio de pláticas con los temas antes mencionados. Además tiene una estrecha coordinación con las instituciones que realizan estas actividades de tal forma que se unan esfuerzos: Instituciones, padres de familia, profesores y gobierno del estado de Quintana Roo.



Foto 1. Algunos trópticos utilizados por el COESPO.

Similar a las acciones desarrolladas por los sistemas DIF, este programa aborda la prevención por medio de pláticas y de material informativo como trópticos y posters sobre métodos anticonceptivos, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Desde su creación a la fecha se han visto beneficiadas 12 mil 834 personas (cuadro 42).

Cuadro 42

Actividades realizadas por el COESPO. 2008-2010.

AÑO	CAMPAÑA	TOTAL DE GRUPOS	POBLACIÓN TOTAL	LUGAR
Año 2008	¿Qué ESEXO? a) Embarazo en el Adolescente. b) Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. c) Métodos Anticonceptivos. d) Relación de Pareja en el Noviazgo.	268 Grupos.	6,700 personas beneficiadas	Escuelas Secundarias y Bachillerato de la Ciudad de Chetumal.
Año 2009	¿Qué ESEXO? a) Embarazo en el Adolescente. b) Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. c) Métodos Anticonceptivos. d) Relación de Pareja en el Noviazgo.	159 Grupos.	4,677 Personas beneficiadas	Escuelas secundarias, Bachilleratos y dependencias de Chetumal y de los poblados: Sergio Butrón Casas, Calderitas, Juan Sarabia, Subteniente López, Huay Pix, Hul-Ha y Carlos A. Madrazo.
Año 2010	¿Qué ESEXO? a. Embarazo en el Adolescente. b. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. c. Métodos Anticonceptivos. e) Relación de Pareja en el Noviazgo.	Enero a junio 68 Grupos.	1,457 Personas beneficiadas	Escuelas Secundarias y Bachilleratos de la Ciudad de Chetumal.
Total			12,834.00	

Fuente: Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo.

Por otra parte, la Secretaría de Educación de Quintana Roo también está tomando acciones al respecto. Con una estrategia de promover una cultura de prevención en contra de las adicciones, la violencia de género, la paternidad y la maternidad temprana, el abuso, así como la explotación sexual, entre otros riesgos a los que se enfrentan cotidianamente los adolescentes en la entidad, la Secretaría de Educación Pública de Quintana Roo elabora la Asignatura Estatal “Aprender a ser adolescentes” (ASA), con una vigencia del ciclo escolar 2010-2011 y 2011-2012 para atender las necesidades, intereses y expectativas de las y los alumnos del primer grado de educación secundaria, esto de acuerdo a los lineamientos que establece el Plan de Estudios 2006 y a los requerimientos educativos de la entidad, es decir, esta asignatura es opcional y le permite a los estados fortalecer contenidos específicos de acuerdo a las particularidades de cada entidad.



Foto 2.- En el lado izquierdo, libro anterior de la asignatura optativa: adolescentes en situaciones de riesgo. En el lado derecho, la actual: aprender a ser adolescentes.

Para entender cómo funciona esta Asignatura Estatal, el Catálogo Nacional 2010 de Programas de la Asignatura Estatal y al Plan de Estudios 2006 para educación secundaria nos permite conocer la oferta curricular socioeducativo regional para los Estados, divididos en cinco campos temáticos:

Campo Temático 1. La historia, la geografía, y/o el patrimonio cultural y natural de la entidad.

Subcampo	Programa	Entidad	Vigencia Ciclos Escolares
Historia y geografía de la entidad	Baja California Sur: espacio y tiempo	Baja California Sur	2010-2011 2011-2012
	Coahuila, un pasado con visión de futuro	Coahuila	2010-2011 2011-2012
	Historia de Colima	Colima	2010-2011 2011-2012
	Así es Jalisco. Su presente herencia del pasado	Jalisco	2010-2011 2011-2012
	Memoria e Identidad: Historia de Quintana Roo	Quintana Roo	2010-2011 2011-2012
	Historia y Geografía de Sinaloa	Sinaloa	2010-2011 2011-2012
	Historia y geografía de Tabasco	Tabasco	2010-2011 2011-2012
	Geografía de Tamaulipas. Introducción al medio ambiente	Tamaulipas	2010-2011 2011-2012
	Historia y Geografía de Tlaxcala	Tlaxcala	2010-2011 2011-2012
Patrimonio cultural y natural de la entidad	Patrimonio Cultural y Natural del Distrito Federal	Distrito Federal	2010-2011 2011-2012
	Morelos, nuestra riqueza patrimonial	Morelos	2010-2011 2011-2012
	Nayarit: Tiempo, Espacio y Cultura	Nayarit	2010-2011 2011-2012
	Patrimonio cultural y natural en Querétaro	Querétaro	2010-2011 2011-2012
	Patrimonio cultural y natural de los tabasqueños	Tabasco	2010-2011 2011-2012
	La riqueza patrimonial de Yucatán: naturaleza y cultura	Yucatán	2010-2011 2011-2012

Campo Temático 2. El estudio de temas que se abordan en más de una asignatura: educación ambiental, formación en valores, y educación sexual y equidad de género:

Subcampo	Programa	Entidad	Vigencia Ciclos Escolares
Educación ambiental	Cultura y equilibrio ambiental	Campeche	2010-2011 2011-2012
	Hacia una cultura de conservación del agua en el Estado de Durango	Durango	2009-2010 2010-2011 2011-2012
	Educación Ambiental para la Sustentabilidad del Estado de México	Estado de México	2009-2010 2010-2011 2011-2012
	Cultura Ambiental: Reto de los Guerrerenses	Guerrero	2010-2011 2011-2012
	Educación ambiental para la sustentabilidad en Hidalgo	Hidalgo	2010-2011 2011-2012
	Educación para la vida y desarrollo sustentable	Jalisco	2010-2011 2011-2012
	Patrimonio natural y sustentabilidad en Michoacán	Michoacán	2009-2010 2010-2011 2011-2012
	Hacia una cultura ambiental	Morelos	2010-2011 2011-2012
	Cultura Ambiental en Querétaro	Querétaro	2010-2011 2011-2012
	Educación y cultura ambiental para la sustentabilidad	Quintana Roo	2009-2010 2010-2011 2011-2012
	Educación ambiental y sustentabilidad en Sinaloa	Sinaloa	2010-2011 2011-2012
	Educación Ambiental para la Sustentabilidad en el Estado de Zacatecas	Zacatecas	2010-2011 2011-2012
Formación en valores	La educación en valores de las y los adolescentes chihuahuenses	Chihuahua	2010-2011 2011-2012
	La educación en valores de los adolescentes duranguenses	Durango	2010-2011 2011-2012
	Nuevoleoneses del Siglo XXI	Nuevo León	2010-2011 2011-2012
Educación sexual y equidad de género	Equidad: Hacia una sexualidad responsable	Chiapas	2010-2011 2011-2012
	Sexualidad y Género. Un escenario posible para planear tu vida	Distrito Federal	2010-2011 2011-2012

Campo temático 3. Estrategias para que los alumnos enfrenten y superen problemas y situaciones de riesgo:

Subcampo	Programa	Entidad	Vigencia Ciclos Escolares
La información y el autocuidado para generar ambientes protectores	Aprender a ser Adolescente	Quintana Roo	2010-2011 2011-2012
	El autocuidado y los ambientes protectores en el contexto adolescente	San Luis Potosí	2010-2011 2011-2012
Formación ciudadana democrática para la construcción de una cultura de la legalidad	De la adolescencia a la ciudadanía. Prevenir y promover el autocuidado y la generación de ambientes protectores de los jóvenes en Sonora	Sonora	2010-2011 2011-2012
	Una propuesta de formación ciudadana para secundaria en Aguascalientes	Aguascalientes	2010-2011 2011-2012
	Adolescentes bajaocalifornianos por una formación ciudadana democrática: hacia una Cultura de la legalidad	Baja California	2010-2011 2011-2012
	Adolescentes sudoalifornianos hacia una ciudadanía democrática... construyendo una cultura de la legalidad	Baja California Sur	2010-2011 2011-2012
	Adolescentes Chihuahuenses por una Cultura de la Legalidad	Chihuahua	2010-2011 2011-2012
	Los adolescente de Colima, hacia una cultura de la legalidad	Colima	2010-2011 2011-2012
	Cultura de la legalidad, ciudadanía y democracia para los estudiantes del Distrito Federal	Distrito Federal	2009-2010 2010-2011 2011-2012
	Construyendo una Cultura de la legalidad en Durango	Durango	2010-2011 2011-2012
	Formación ciudadana para adolescentes mexiquenses	Estado de México	2009-2010 2010-2011 2011-2012
	Los adolescentes y su formación ciudadana para una cultura de la legalidad	Guanajuato	2010-2011 2011-2012
	Formación Ciudadana Democrática para una Cultura de la Legalidad de los Adolescentes Guerrerenses	Guerrero	2010-2011 2011-2012
	Ciudadanía y Cultura de la Legalidad en Hidalgo	Hidalgo	2010-2011 2011-2012
	Adolescentes Jaliscienses en la Promoción de una Cultura de la Legalidad Democrática	Jalisco	2010-2011 2011-2012
Formación ciudadana de los adolescentes en el estado de Morelos	Morelos	2010-2011 2011-2012	
Adolescentes nuevoleonenses por una educación democrática. Hacia una cultura de la legalidad	Nuevo León	2010-2011 2011-2012	

Campo temático 4. Estrategias que fortalecen las habilidades para el estudio y aprendizaje en los alumnos de primer grado de educación secundaria.

Subcampo	Programa	Entidad	Vigencia Ciclos Escolares
	El desarrollo de procedimientos para favorecer el aprendizaje permanente en alumnos de secundaria de Chihuahua	Chihuahua	2010-2011 2011-2012
	Herramientas para fortalecer el aprendizaje estratégico en los estudiantes colimenses	Colima	2010-2011 2011-2012
	Aprender a Aprender	Distrito Federal	2010-2011 2011-2012
	Fortalecimiento de las Estrategias de Aprendizaje para los Estudiantes de las Escuelas Secundarias Técnicas en el Distrito Federal	Distrito Federal	2010-2011 2011-2012
	Aprender a aprender en la Escuela Secundaria Duranguense	Durango	2010-2011 2011-2012
	Estrategias de Aprendizaje para el Desarrollo de la Autonomía en Secundaria	Jalisco	2010-2011 2011-2012
	Desarrollo de estrategias para aprender en la escuela secundaria	Veracruz	2010-2011 2011-2012
	Prácticas de Estudio para Aprender a Aprender Significativamente (PEAAS)	Zacatecas	2010-2011 2011-2012

Campo temático 5. Lengua y cultura indígena:

Subcampo	Programa	Entidad	Vigencia Ciclos Escolares
	KUEXTEKAPANAUAYOLISTLI TLEN HIDALGO (La vida nauatl en la Huasteca de Hidalgo)	Hidalgo	2010-2011 2011-2012
	SICHJILEE XKOSONLE CHJOTA NAXINNI (Revalora la herencia cultural de los pueblos mazatecos)	Oaxaca	2010-2011 2011-2012
	INDAKUHIDIO HDIA TAKUYO XI'IN TU'UN SAVI HUÜ NYUYIVI (Valoremos nuestra vida y la lengua mixteca en el mundo)	Oaxaca	2010-2011 2011-2012
	LAJE+ JEÜ IWAJEÜ LAJÄ+ A'LE JAU JM (Los senderos de la vida de los chinantecos)	Oaxaca	2010-2011 2011-2012
	KA'APUT SIJIL MIATSIL MÁAYA, LIK'UL U TSIKBALIL TAK U TS'IIBILIL (Revalora la cultura maya, desde su tradición oral y escrita)	Quintana Roo	2010-2011 2011-2012
	SI'IME JIAKIM SI'IME WASUKTIAMPO (Todos los yaquis de todos los tiempos)	Sonora	2010-2011 2011-2012
	ITOM YOREMÁHIA (Nuestro Universo Yoreme)	Sonora	2010-2011 2011-2012
	T'AH I K'AJALIH TAJ-YOKOT'ANO' T8 TABASKU (Lengua y Cultura Indígena yokot'an de Tabasco)	Tabasco	2010-2011 2011-2012
	LAKNIUSAK'IN XCHOLOMBÁLA TYI TABASCO (Así somos los choles en Tabasco)	Tabasco	2010-2011 2011-2012
	UAXTEKAPA CHALCHIUEKA INEMILIS UAN INAUATLAJTOL, TOYOLISYO (Lengua y cultura nauatl de la huasteca veracruzana, nuestra vida)	Veracruz	2010-2011 2011-2012
	KA'APUTSIJIL MIATSIL MÁAYA, LIK'UL U TS'IIBILIL TAK U TSIKBALIL (Revalora la cultura maya, desde su tradición oral y escrita)	Yucatán	2010-2011 2011-2012

Como se observa, los temas de la Asignatura Estatal son diversos y están en función del interés de cada escuela secundaria para que adopte los campos y programas que se ofertan. De acuerdo a los listados anteriores, los temas tratados por algunas escuelas secundarias en Quintana Roo son: Historia y geografía de la entidad (Memoria e Identidad: Historia de Quintana Roo); Educación ambiental (Educación y cultura ambiental para la sustentabilidad); La información y el autocuidado para generar ambientes protectores (Aprender a ser Adolescente) y Lengua y Cultura Indígena. De acuerdo al manual del profesor de la asignatura optativa:

la asignatura “Aprender a ser adolescentes”, permite a los alumnos continuar desarrollando habilidades sociales a través de la reflexión y el dialogo para la toma de decisiones responsables, en el marco de los derechos fundamentales; al mismo tiempo, buscan que desarrollen la capacidad de generar ambientes protectores que les permitan desenvolverse adecuadamente en el contexto escolar, familiar y sociocultural en que se desempeñen” (SEQ, 2010:9).

También hay que tener en cuenta que “Aprender a ser adolescente” tiene sus antecedentes en la asignatura “Adolescentes en situaciones de riesgo” que se implementó para el tercer grado de educación secundaria en la reforma educativa de 1993.

Dividido en cinco bloques, esta asignatura estatal está comprendido de la siguiente manera: bloque 1. Situaciones de riesgo en la adolescencia; bloque 2. Sexualidad y riesgos. Alternativas de vida en los adolescentes quintanarroenses; bloque 3. Situaciones que provocan riesgos de salud en los adolescentes; bloque 4. El adolescente ante la violencia y bloque 5. Los adolescentes y la prevención de la explotación y abuso sexual.

Con “Aprender a ser adolescente” el Gobierno del Estado y la Secretaría de Educación Pública pretenden que los estudiantes de nivel secundaria incrementen su capacidad de autoprotección, es decir, que los estudiantes identifiquen una situación de riesgo, aprendan a desarrollar factores de protección y busquen alternativas de apoyo ante una situación que vulnere su integridad. Aunque hay que mencionar que “Aprender a ser adolescentes” no es la única asignatura donde se tocan temas de sexualidad en la secundaria, algunos temas están relacionados o son vistos en la asignatura de Formación Cívica y Ética II para el segundo grado de secundaria, en ésta existe un bloque sobre “Adolescentes y sus contextos

de convivencia” en donde son vistos temas como: el significado de ser adolescentes, adolescentes ante situaciones que enfrentan en los ámbitos que participan, entre otros. También habría que señalar que para poder enfrentar estos nuevos cambios los profesores de educación secundaria reciben cursos de actualización donde la última fue un seminario de Formación para Maestras y Maestros de Educación Básica en Salud Sexual Integral celebrado los días 1, 2 y 3 de septiembre del 2010.



Foto 3.- Curso de Formación para Maestras y Maestros de Educación Básica en Salud Sexual Integral

Entre los obstáculos de las actividades de prevención y de educación sexual que se pudo identificar en las actividades de este organismo, podemos decir que son casos aislados. En pláticas con profesores en el curso mencionado, indicaban que son raros los papás que no están de acuerdo con las enseñanzas de los temas que se ven en el transcurso del ciclo escolar y que éstos, regularmente son cercanos a la iglesia o profesan alguna religión.

3.3 Entrevistas realizadas en las diversas instituciones gubernamentales

Como hemos visto, son diversas las funciones que están realizando las instituciones gubernamentales. Hay que resaltar que algunas son de reciente creación (2007, 2008) pero nos permite comprender las acciones que están realizando estos organismos para atender los problemas derivados de la sexualidad de los adolescentes. Sin embargo, para conocer un poco más de éstas, se entrevistó a determinados informantes clave con el objeto de entender

cómo las instituciones o funcionarios perciben la situación de los adolescentes, de tal manera que nos permita conocer ciertas particularidades que los datos cuantitativos no nos manifiestan; estamos hablando de carencias, opiniones o problemas que enfrentan desde su punto de vista en su actuar laboral. No está de más decir que las entrevistas se realizaron en diversas fechas del mes de julio y agosto del año 2010.

3.3.1 Entrevistas en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF estatal)

En este organismo se visitó a la T.S. Norma Gabriela Salazar Rivera, Subdirectora Gral. de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia del sistema DIF estatal. La subdirectora atentamente orientó la entrevista con el Licenciado en psicología, Josué Gedión Hau Koh, responsable del programa de Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA) por ser la persona indicada a los temas de SSyR. Algunas de las preguntas realizadas son presentadas a continuación:

Autor.- ¿Licenciado, cuál es la diferencia del DIF estatal y el DIF municipal en relación al programa Ojo con tu antojo y Bebe piénsalo bien?

José Hau.- Ninguna, no hay ninguna diferencia, en realidad todos los DIF municipales deben llevar el programa PAIDEA, el programa es el que engloba todo lo que son las acciones que se deben realizar para la población madres adolescentes como está estipulado. Dependiendo del organigrama del sistema DIF nacional, el DIF nacional crea el programa madres adolescentes y lo aterriza a los estados y éstos a la vez la hace llegar a los municipios. Entonces el DIF estatal y municipal (Othón P. Blanco) tienen PAIDEA, todos los municipios manejan este programa, el único municipio que no estaba llevando a cabo este programa era Felipe Carrillo Puerto pero el año pasado se incorporó y ya tiene. De hecho, el programa PAIDEA tiene dos vertientes “Prevención y Atención”. En prevención se engloba todo lo que es atención a las muchachas mediante talleres, incluso hay manuales que se van a enviar recientemente a los DIF municipales.⁶⁹

⁶⁹ Son dos manuales, el de atención se enfoca a embarazos en adolescentes mediante el manual “Taller prenatal y postnatal para adolescentes” y el de prevención “Taller de prevención del embarazo en adolescentes” ambos son manuales para las personas encargadas de dar los pláticas, cursos o talleres.

Autor.- ¿Se puede tener acceso a estos manuales?

José Hau.- No, éstos no son para el público en general sino sólo para los encargados o responsables.

Autor.- y las funciones de cada municipio en este tema ¿cuáles son?.

José Hau.- Los DIF municipales tienen que manejar cada uno actividades tanto para la población adolescente que ya está embarazada como a la población de prevención, que serían las pláticas a los adolescentes en las escuelas, porque es como te decía, hay dos vertientes: “Atención y Prevención”. En el primero se realizan trámites para el apoyo a las adolescentes, pláticas, actividades recreativas porque finalmente son adolescentes y tienen que tener actividades recreativas, además tienen que tomar un taller que dura alrededor de dos meses, esto es una vez a la semana. En el caso de prevención existe un manual nuevo, acaba de llegar, antes se manejaba otro. La idea es que con éste existan facilitadores, ya sea nosotros o capacitar a las escuelas para que las éstas a su vez la puedan llevar, sí las escuelas nos dijeran: “una hora a la semana puedan venir”, este manual yo lo llevaría y me tardaría aproximadamente tres meses por escuela por un grupo de 20 personas nada más. Lo que estamos intentando es capacitar a los orientadores ya que ellos tienen una hora con cada grupo determinado, entonces estamos viendo que los orientadores lleven ese manual así el tiempo sería menos, obviamente la hora si daría ya que cada actividad dura alrededor de dos horas y media. La idea es que aunque sea de una hora lo lleven, obviamente habría que capacitar al orientador para que tuviera su manual, eso sería lo “efímero” de lo que quisiéramos pero hasta ahorita todavía no se está aplicando. Sin embargo nosotros vamos a las escuelas, no llevamos este manual como tal pero sí las escuelas nos piden que demos una plática de prevención, vamos a las escuelas y damos las pláticas de “Bebe piénsalo bien”.

Autor.- ¿Pero son ajenos? Porque veo que el sistema DIF municipal tiene el programa “Bebe piénsalo bien” también.

José Hau.- “Bebe piénsalo bien” es un complemento de PAIDEA, no es una campaña, no es un programa, es una herramienta más que debe de servir para que funcione el programa PAIDEA. No es otro programa ajeno. Lo que pasa con “Bebe piénsalo bien” como tiene un

manual para saber cómo se va a llevar el taller, sería otro más, serían entonces tres manuales, pero todos están dentro de PAIDEA, no está fuera de PAIDEA, de ninguna manera. “Bebe piénsalo bien” tiene un manual para explicar a los muchachos sobre el bebe, para que los adolescentes lo tengan una semana, cosas así. Esta es la idea pero no es tan fácil porque las escuelas no se responsabilizan siempre de los bebes ya que implica un cuidado, y sí las escuelas no se responsabilizan de los bebes yo no puedo dejárselo a las escuelas.

Autor.- Entonces cuál es la función de “Bebé piénsalo bien”.

José Hau.- La idea es que los adolescentes lo tengan (el bebe) un tiempo determinado, es más, nosotros vamos a las escuelas y trabajamos en una plática, dentro de esta plática que es de aproximadamente una hora tenemos actividades de cómo utilizar al bebe y sobre el embarazo. Incluso yo trabajo con el bebe para que vean cómo funciona. Pero esto es un complemento del programa PAIDEA, no es un programa como tal, y eso tiene que quedar claro porque el Programa PAIDEA tiene que trabajar con las dos vertientes y no sólo con uno. El problema es que los municipios lo manejan de acuerdo a la situación o necesidades o problemas que presenten. De tal forma que hay municipios donde sólo manejan atención, otros prevención y otros, los dos. Por ejemplo: Cozumel maneja los dos, Solidaridad los dos, Benito Juárez los dos, Felipe Carrillo Puerto está trabajando ahora atención pero antes sólo tenía prevención, Tulum los dos, Lázaro Cárdenas sólo maneja prevención al igual que José María Morelos ya que las comunidades están lejanas y es difícil hacer que vengan (los adolescentes) al taller. Ellos manejan más cómodamente prevención y van a las escuelas y trabajan con “Ojo con tu antojo”. Este programa está dentro del programa PAIDEA tampoco es un programa separado, “Ojo con tu antojo” le da mucho más enfoque a lo que es prevención porque a través de éste te llevas a “Bebe piénsalo bien”, esa es la parte de prevención pero no está separada de nada.

Autor,- Mencionaba José María Morelos y Lázaro Cárdenas, en este caso ¿Acuden a dar pláticas allá o no las realizan por falta de recursos o porque le corresponde a otras instituciones?

José Hau.- La cuestión en este caso es que cada sector tiene su actividad para realizar... ¿Recursos con los que contemos a través del DIF nacional?... realmente es muy poco, por ejemplo: una cantidad de 20 mil o 30 mil pesos me dan anualmente, el cual yo tengo que ver qué es lo que puedo hacer y qué es lo que no puedo hacer con ese dinero, de tal forma que antes había un catalogo donde venía que se den trípticos, pulseras, plumas, gomas y cosas que fueran concernientes al tema y lo pudieras repartir para que la gente vea sobre el programa de PAIDEA, algo así como “souvenirs”. Sin embargo, para este año y desde al año pasado se empezó con las limitaciones de que ya no se puede hacer nada de esto porque no se tiene un efecto desde la óptica del DIF nacional... ¿o cómo te podría decir?... no se tiene una repercusión trascendental. DIF nacional nos dice, “no conviene que se hagan ese tipo de cosas porque se gasta en cosas que sólo se tiran”. Entonces nos da cierta cantidad para el estado de Quintana Roo, y yo tengo que hacer mis actividades, tengo que hacer mi programa anual y en mi programa anual incluyo ciertas cosas que van a beneficiar a los municipios. Yo no les pregunto a los municipios: ¿qué podemos hacer? eso lo realizamos con el personal estatal, sí nos lo aprueban se los autorizamos (a los municipios) porque es un poco complicado estar contactando con cada uno de ellos, en algunas ocasiones sí se realiza para saber que están haciendo para incluirlo en el programa anual. Por ejemplo: ahora que hicimos el plan anual 2010, nos lo rebotan por completo, y nos dicen “se acaban trípticos y todas esas cosas... tienen que tener acciones que sean más trascendentales”. Entonces nos dice DIF nacional “te vamos a enviar un dinero para que mandes a reproducir los manuales para que capacites a los DIF municipales y éstos a su vez capaciten a otras instituciones para que ellos pueden reproducir los talleres sin que DIF estatal se esfuerce de más, ustedes hacen sus talleres pero como ya capacitaron a esa gente, y las instituciones que capacitaron en los municipios pueden llevar uno de esos talleres o los dos (prevención, atención), a ustedes les van a reportar... de tal forma que lo que ustedes hagan y los que se realicen allí van a ser más”. Obviamente a la gente que van a capacitar les tienen que entregar el material, para eso me destinan el dinero este año, este manual es nuevo lo envía el DIF nacional, por el momento no me han enviado el dinero pero cuando me lo liberen, reproduzco los materiales y se los hago llegar a los municipios y éstos a su vez se lo hagan llegar a los responsables. Desde acá se canaliza y se reenvía.

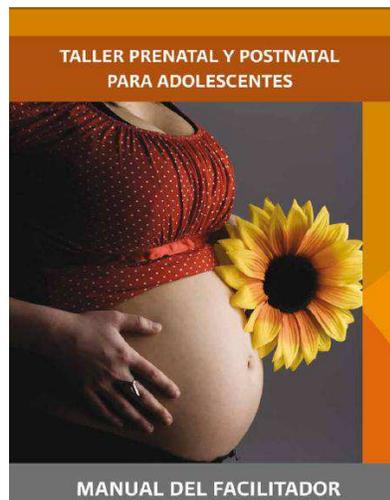


Foto 4.- Libro “manual del facilitador. Taller prenatal y postnatal para adolescentes.

Autor.- ¿En el caso de las pláticas, quién las lleva a cabo?

José Hau.- Cada DIF municipal tiene su propio responsable y tiene las personas con quienes puede trabajar. Por ejemplo: Felipe Carrillo Puerto tiene personas encargadas para platicar en las escuelas pero si ellos no tienen dentro del DIF municipal personas que no puede dar plática sobre cierto tema, como VIH, ellos buscan apoyo en COESPO, SESA, etc. para dar las pláticas. Ellos lo organizan a pesar de que ellos no lo realizan. Esto es un poco diferente en mi caso como DIF estatal: acá vienen y solicitan apoyo para dar pláticas pero acá yo las realizo porque en este caso vengo de trabajar ocho años sobre Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Mérida y esa información yo la conozco. Sí no puedo realizarlo, las compañeras (trabajadoras, asistentes del entrevistado) consiguen alguien que las pueden realizar pero regularmente yo las realizo. A ellas las estoy capacitando para que den pláticas porque ellas están aquí, incluso: una compañera ya tiene pequeñas intervenciones con “Bebe Piénsalo Bien”.

Autor.- Y los temas que realizan en las escuelas ¿cuáles son?

José Hau.- Regularmente los temas que tocamos en las escuelas son: prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y derecho sexual y reproductivo en adolescentes. Mujeres en este caso, para que puedan ejercer sus derechos

como tal. En una plática de una hora tocamos todos estos temas, algunas veces las escuelas nos dejan hasta dos horas para trabajar y es mejor porque podemos trabajar con más calma.

Autor.- ¿Es a petición de las escuelas o ustedes ya tienen planeado que escuelas van a visitar?

José Hau.- No, es a solicitud de las escuelas. Yo ingreso acá en el 2008 y empezamos a trabajar visitando a las escuelas y les empezamos a explicar a los maestros sobre los programas y dejamos a ellos la oportunidad de llamarnos para dar las pláticas. A partir de eso fue cuando nos empezaron a hablar y empezamos a “agendar”, estoy hablando del 2008, a partir de esa fecha lo hemos manejado de esa manera y las escuelas con las que hemos trabajado han recomendado a su vez el trabajo a otras escuelas. Este es el caso de la escuela Latino que es una escuela particular y ya nos invitaron para ir y llevar “Bebe piénsalo bien”, fuimos con ellos y ahora están viendo la posibilidad de que volvamos a ir.

Autor.- ¿Cuál es la responsabilidad del programa PAIDEA en este caso para los adolescentes?

José Hau.- El programa PAIDEA tiene los lineamientos, existe un manual donde están todos los lineamientos que deben manejar, los objetivos son muy claros y muy específicos de lo que se pretende. En este caso, hablando de madres adolescentes y de prevención, marca las edades para trabajar. Incluso en cuanto a “atención” la edad máxima para trabajar es de 17 años 11 meses, es decir, para que puedan recibir los beneficios: pláticas, apoyos, tratamientos, becas para madres estudiantes adolescentes o mejor dicho para que se les gestione.

Autor.- ¿y si tienen 18 años?

José Hau.- Pasando los 18 años pueden seguir en el programa, pueden venir y recibir pláticas, participar en actividades recreativas pero no reciben todos los beneficios. En algunos casos sí se les sigue apoyando pero dependiendo de la situación de precariedad, pero eso es algo que evaluamos para ver que tanto lo requieren porque uno de los objetivos específicos es fomentar la autogestión e independencia de las madres adolescentes, por eso precisamente no deben seguir acá después de los 18 años. Sí empezaron a los 15, 16 o 17

años, en todo ese tiempo que estuvieron viniendo al PAIDEA, ellas ya debieron haber aprendido a ser autogestoras, haber desarrollado sus habilidades para que aprendan un oficio. Eso es lo que deben saber al salir de PAIDEA. La finalidad no es que vengan sólo a recibir sino que ellas también contribuyan al programa, por ejemplo: cuando hay actividades recreativas vemos cuántas muchachas hay y quienes son las más constantes en asistencia, y las que son más constantes son las que viajan. Esto sirve como estímulo a las demás para que cumplan con PAIDEA. De ahí que algunas chicas hayan viajado y asistido a algunos lugares. El último en que fuimos fue en Xcaret y llevamos a las que más han estado viniendo, fueron como diez chicas y se les llevó con motivo del 10 de mayo, ésta es una de las actividades recreativas porque finalmente son adolescentes y también se quieren divertir, quieren pasear; esa es una parte que va “englobada” dentro de los objetivos y de las actividades que tiene PAIDEA.

Autor.- ¿Las que asistieron, fueron adolescentes embarazadas o ya habían dado a luz?

José Hau.- Es invariable, había algunas que estaban embarazadas y otras ya habían dado a luz.

Autor.- ¿Mencionaba antes la Secretaría de Salud, existe alguna relación con los sistemas de salud público?

José Hau.- Si, Algunas chicas que no tienen seguro popular les ayudamos a hacer los trámites.

Autor.- ¿Pero ustedes brindan medicinas a las adolescentes?

José Hau.- Nosotros como PAIDEA, no, pero las canalizamos a través del área de Desamparados del DIF estatal... por ejemplo: sí existe alguna adolescente que necesite un medicamento para su bebe, hacemos la gestión a través del DIF para que nos apoye, porque hay casos de niñas que se embarazan y no tienen absolutamente nada ¡ni leche ni pañales, ni nada!

Autor.- ¿Existen otras actividades que realicen?

José Hau.- En realidad nosotros deberíamos regular todo pero no podemos ser sólo administrativos sino operativos. Es decir, tenemos un padrón de madres adolescentes pero aparte vamos a hacer visitas domiciliarias... El Hospital Morelos nos manda un padrón de las muchachas que van a su control prenatal, ese control nos lo mandan y nosotros vemos el domicilio, las que no están en nuestro padrón vamos a visitarlas e invitarlas para que vengan a las pláticas y a los talleres. Esto es indistinto a si tenemos el padrón con 10, 20 o 30 adolescentes o las que existan porque tenemos que ir a visitarlas y cada vez nos llega un padrón que tenemos que ir a visitar.

Autor.- ¿Y en las comunidades también lo realizan?

José Hau.- Sólo abarcamos Chetumal, el DIF municipal hace las demás comunidades. En particular acá se abarca “atención” sólo a Chetumal. En cuanto a prevención, en su momento estuvimos trabajando en escuelas telesecundarias en las zonas de Ávila Camacho, Lázaro Cárdenas, Divorciados, Panteras, Blanca Flor y todas las áreas de por acá. Existe una buena relación pero no hemos podido concretar otro (pláticas preventivas) por las diferentes actividades de ambos. Estuvimos trabajando allí a través de pláticas, los maestros venían por nosotros y nos llevaban, eso implica todo el día porque hay algunos poblados muy lejanos... Yo venía a las 6 a.m. y las compañeras igual y nos íbamos. Llevábamos a los “bebes”, las compañeras daban las pláticas y dinámicas mientras que yo me dedicaba solamente a asesoría psicológica. Pero te digo, eso es parte que el DIF municipal debe trabajar; sin embargo, nosotros sabiendo que es una población muy grande nos ayudamos de esa manera.

Autor.- ¿En las escuelas, a cuáles se enfocan principalmente?

José Hau.- Hemos trabajado más secundaria y preparatoria, primaria no hemos trabajado muchas pero a veces nos solicitan y damos las pláticas, sobre todo relacionado a situaciones de riesgo como adicciones, tabaquismo y alcoholismo.

Autor.- ¿Otorgan métodos anticonceptivos en las escuelas?

José Hau.- No, nosotros no la entregamos, toda la parte de métodos anticonceptivos les corresponde a la Secretaría de Salud, nosotros sensibilizamos la parte de prevención.

Autor.- ¿Han establecido algún tipo de pláticas con el Sistema de Educación Pública para tratar de establecer estos materiales en el curriculum escolar?

José Hau.- No, lo que pasa es que este manual es nuevo. Antes había un solo manual pero era para trabajar en “atención”, no era para trabajar en escuelas. Este es nuevo, surge para este año y se aplica a todos los estados. Este llegó hoy (12 de julio de 2012), antes lo tenía en CD, en modo digital y los municipios también lo tenían para que lo empiecen llevar a cabo.⁷⁰ Son diferentes, uno habla del cuidado del bebe y de la maternidad y el otro habla de las enfermedades de transmisión sexual, un poco de autoestima y de toma de decisiones. Esta está más enfocada a la población que no ha iniciado su vida sexual, la idea es informarlos bien y el primero es para las usuarias que ya están embarazadas para que sepan lo que tienen que hacer. Antes te digo, era uno sólo pero era sólo para madres, éste es nuevo, de este año. Existía antes un manual que se manejaba pero estaba obsoleto.

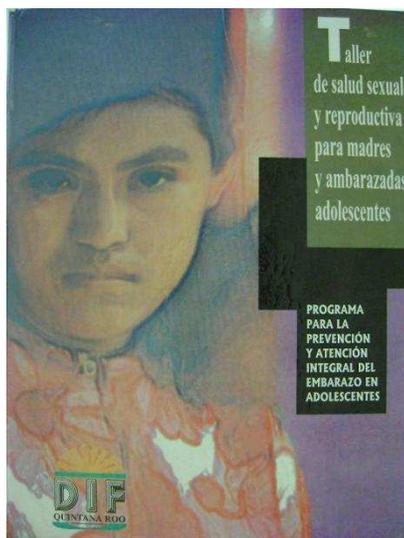


Foto 5. Libro que se empleaba anteriormente para dar las pláticas en adolescentes

Autor.- ¿La capacitación que se dan a las escuelas es para maestros u orientadores?

José Hau.- Son para orientadores porque sería lo más conveniente, sí las escuelas tienen un departamento de educación vocacional lo más común es capacitarlos. Pero todavía no se aplica, en eso estamos.

⁷⁰ Posteriormente la persona entrevistada mencionó que estos manuales no están para el dominio público. Buscando por ésta se comprobó que efectivamente, hasta la fecha en que se escribía esta tesis no se encontró en el internet.

Autor.- ¿Alguna escuela en que se esté implementando o se esté capacitando a los orientadores?

José Hau.- Ninguna, solamente los DIF municipales están capacitados en estos talleres.

Autor.- Dentro de la experiencia que tiene ¿cuál cree que sea el motivo por el que las adolescentes se embaracen?

José Hau.- Tal vez la población flotante que tiene el estado hace que de alguna manera se presente la situación, puede ser una de las causas en embarazos en adolescentes. Aunque sería injusto atacar a las instituciones de que no están haciendo nada porque cada institución hace lo propio... Hay que tomar en cuenta que es la población la que finalmente decide... Se les da todas las herramientas para que tengan más opciones de decidir y en base a todo eso mejoren su calidad de vida pero es finalmente la persona que tiene la última opción.

Autor.- ¿Leía que en el estado de Q. Roo tiene la población adolescente con mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos, entonces que está pasando en su opinión?

José Hau.- Acá hay un problema en cuanto al uso de las cosas, no en cuanto que no lo sepas. Yo estoy trabajando en un proyecto y de las encuestas que hemos aplicado se encontró que los adolescentes de la ciudad de Chetumal se ha observado que es importante puntar: en primera, que las chicas aprendan a empoderarse y aprendan a decir ¡No! y hacerles verle a los muchachos que cuando les dicen ¡No!, es ¡No!. Esa parte no se ha trabajado, además no es al “primer impacto”, es decir, les podemos llevar un tríptico a un chavo... “¿y?”, tenemos que impactar el inconsciente... No solamente la parte presente, sino los que le puede pasar. Lo otro, es el uso consistente del condón en toda su relación porque no están siendo conscientes en usarlo en toda las relaciones. Es decir, “si eres un niño ó niña de buena familia... ¡Hay que se ve guapo, se ve bonita!, no lo utilizan”, entonces hay que trabajar en que sean consistentes porque lo último en que están pensando es que no se embaracen, están más pendiente del VIH pero sólo están pensando en ésa, no están conscientes de las demás infecciones y tampoco no están conscientes de que se puedan embarazar. Ellos piensan, “utilizo el condón para que no me dé una infección no para que no me embarace”. Esta parte es la que hay que trabajar, te digo, no es que no haya

información, información existe, se les da, otra parte hay que trabajar como tal. De ahí la importancia en ese sentido... Hay muchas acciones que se están realizando, hay metodologías anticonceptivas... Cada uno está trabajando en lo que le compete (instituciones). En nuestro caso, estamos trabajando la parte de sensibilización, apoyo, atención a madres adolescentes, a que terminen sus estudios y a que mejoren su calidad de vida. En cuanto a las becas que mencionaba, no es de nosotros pero también la SEyQ tiene un programa de becas para madres adolescentes que se llama PROMAJOVEN, tenemos el orgullo de decir, no lo digo por PAIDEA ni por DIF sino porque tenemos un reconocimiento... El DIF Quintana Roo se ha destacado en el “gestionamiento” de las becas. En cumplimiento hemos beneficiado a más usuarias que en todos los otros estados y se han estado pagando a madres adolescentes en tiempo y forma.

Autor.- ¿En qué consiste esa beca?

José Hau.- Es una beca para que las chicas terminen de estudiar pero tiene sus requisitos, no es solamente “te doy la beca y te vas”. Es un complemento al programa PAIDEA, no es de nosotros, SEyQ nos da el apoyo. La beca es de 650 pesos para chicas menores de 18 años que estén embarazadas, solamente un hijo y no hayan terminado el nivel básico de secundaria; sí tienen 16 o 17 años y ya terminaron, la beca no lo cubre. En bachillerato ellas lo tienen que tramitar a través del PRONABES, pero si ellas son menores de edad y no han terminado la secundaria, nosotros hacemos todas las gestiones.

Autor.- ¿Licenciado, cuáles son los principales problemas que enfrentan, como recursos financieros, humanos o materiales?

José Hau.- Debería haber más personal para trabajar, si bien no más personal, también el hecho de capacitar al personal que el DIF tiene en todo los sistemas. En cuanto a recursos para hacer actividades que involucre personal, el DIF estatal siempre ha atendido, por ejemplo: hace poco hicimos una semana estatal de prevención del embarazo y lo hicimos en todos los municipios. Se empezó acá, en Othón P. Blanco y se terminó en Cancún. A través de acá (DIF estatal) trajimos cuatro escuelas de secundaria. Hubo cinco “stands” en los que se involucraron otras instituciones: Secretaría de Salud, protección civil, DIF, entre otros. El sistema DIF nos dio las facilidades: vehículos, combustible, mamparas, lonas, y todo lo

que se requiera para este tipo de eventos para adolescentes. En cuanto a los recursos financieros que mencioné, son del sistema DIF nacional solamente para el programa PAIDEA, para otro tipo de cosas como las que te mencioné el sistema DIF estatal los brinda.

Autor.- ¿Y los adolescentes les recomiendan algo para mejorar sus servicios?

José Hau.- No. Nos han recomendado pequeñas cosas, pero casi no.

Autor.- Es decir, algo en que estén fallando que les recomienden los adolescentes, tal vez hacer partícipe a los adolescentes en el diseño o cuándo realizan una evaluación del programa.

José Hau.- No, el programa no lo diseñamos nosotros, no es un programa estatal es federal. Las decisiones en cuanto al programa PAIDEA son tomadas a nivel nacional. Sobre nuevas ejecuciones, nuevas acciones o como trabajar lo hacen ellos.

Autor.- Pero “Ojo con tu antojo” es estatal

José Hau.- Si, la campaña “Ojo con tu antojo” es a nivel estatal y fue creada en Chetumal pero ya estaba diseñada cuando llegué. Sobre lo otro, yo no evalué, tal vez en las oficinas centrales. Creo que en su momento sí sería conveniente eso que dices, cuando se diseña un proyecto para llevarlo a cabo sería bueno tomar en cuenta a la población en ciertas aéreas, pero yo en su momento llegué cuando la campaña ya estaba implementada, obviamente no es lo mismo diseñar y ejecutar...Se sigue en lo que se está trabajando, en esta parte no puedo hablar mucho porque lo desconozco, cuando llegué ya estaba funcionando.

Autor.- Veo que existe una página de internet de “Ojo con tu antojo”, ¿piensa usted que está funcionando?

José Hau.- Es como te decía, uno no puede darle gusto a todas las personas. En algún momento alguien mencionó que no se está haciendo nada pero si no se estuviera haciendo nada en cuanto a la campaña “Ojo con tu antojo”, yo no tendría números para reportar y no se están reportando números “inflados”. Que quizá no se estén haciendo cosas “rimbombantes” a lo que la gente está acostumbrada es diferente, pero acciones se están

realizando, quizá en corto, en más pequeño pero que están dando soluciones... La campaña “Ojo con tu antojo” sigue funcionando, es más, la línea sigue vigente, de hecho acá está la línea, si hablan yo contesto, ¡yo los atiendo!

Autor.- ¿Es su celular?

José Hau.- Si, sí casi no duermo (risas), te digo, hay atención, el personal está ahí para atender, nosotros le estamos dando seguimiento. Quizá no haya esa parte que mucha gente espera pero hay acciones, incluso hace una mes hicimos la semana estatal de prevención de embarazos. Como te decía empezamos acá luego pasamos a los municipios, incluso a mi me tocó ser ponente en Felipe Carrillo Puerto, Tulum, Cozumel e Isla Mujeres, excepto en Cancún, allá no di ninguna plática. Si se están desarrollando acciones, quizá la población espera otro tipo de cosas, pero no se puede tener contenta a toda la población porque cada quien tiene demandas específicas pero acciones se están llevando a cabo, la página “web” sigue allí brindando información, la línea está activa, es más, cualquier persona que tenga duda de que la línea no sirve con todo gusto puede marcar y seguramente yo le voy a contestar porque yo lo cargo todo el día.

Autor.- Tal vez la gente relaciona publicidad con que no están haciendo nada.

José Hau.- Claro, pero eso tendría que ver con la visión de la gente, esa es una cuestión social, “que necesitan ver para saber que se está realizando algo”

3.3.2 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Municipal)

Tomando como base los comentarios realizados por el encargado del Sistema DIF estatal en el cual las instituciones municipales se enfocan en la población de las comunidades rurales, se visitó este organismo para conocer las actividades que desarrollan y para solicitar una descripción de tales programas. En Othón P. Blanco la responsable del programa “Bebé... piénsalo bien” es la Srita. Isis Velásquez la cuál amablemente aceptó comentar las acciones que realizan.

Autor.- ¿Cuál es la situación real a la que se enfrenta el DIF municipal en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual y embarazos en adolescentes.

Isis Velásquez.- Nosotros lo que manejamos es el programa de prevención, así se llama nuestro programa, “prevención en adolescentes” y lo manejamos como dos vertientes. Que yo te de una cifra de cuantas chicas tenemos embarazadas en Othón P. Blanco, pues no puedo dártelo porque no realizamos trabajo de campo, no tenemos gente que vaya y haga todo esta investigación, nos apoyamos de otras dependencias como el “sector salud” que nos manda a veces sus estadísticas pero esto no es regular, o si ya lo sabes en el INEGI, allá nos pueden dar la información pero de que nosotros realicemos todo un trabajo de campo para que tengamos una estadística de cómo está nuestra juventud, no tenemos. Cuando vamos a las visitas de las escuelas, por ejemplo a bachilleres u otro plantel nos dicen: “es que nuestro índice es de tres o cuatro muchachas embarazadas” pero no tenemos una estructura para realizar una investigación y sacar estadísticas.

Autor.- ¿Ustedes le dan continuidad a esa parte donde la SESA les informa para atender a las madres adolescentes como lo hace el DIF estatal?

Isis Velásquez.- La problemática que nosotros le vemos a esto es que del programa nada más soy yo. Yo soy el único personal del programa de prevención de embarazos en adolescentes y como te digo, manejamos sólo la prevención... Si me apoyo en las estadísticas pero en algunas veces no hay una regularidad en la información además no tenemos como atacar esta problemática afirmativamente. Lo que hacemos es que vamos a las escuelas y damos pláticas de prevención. Tenemos un taller, una herramienta que se llama “Bebe piénsalo bien” y contamos con 20 bebes virtuales y tres bebes afectados, esto nos sirve para concientizar a las adolescentes y por medio de las pláticas las concientizamos de que la vida de “mamá” es una responsabilidad bastante grande, es lo único que hacemos porque no tenemos como ayudar a las madres adolescentes.

Autor.- ¿Cuándo nace el programa “Bebe piénsalo bien”?

Isis Velásquez.- Bueno, en la administración pasada el DIF estatal nos hace donación de un bebe, un bebe virtual que tiene las funciones de un bebe real: lloran, necesitan atención, etc.

Entonces cuando llega la nueva administración era lo que yo hacía, íbamos de escuela en escuela a dar pláticas con nuestro bebe.

Autor.- ¿Con un sólo bebe?

Isis Velásquez.- Sí, un bebe, imagínate cuánto tiempo me lleva a mí recorrer las escuelas.

Autor.- ¿Cuando habla de bebes afectados a que se refiere, es como si estuvieran enfermos?

Isis Velásquez.- Si pero enfermedad no de una manera natural, tenemos al bebe que es del síndrome de alcoholismo fetal que viene de una madre alcohólica, tenemos también al bebe con deficiencias de una madre drogadicta y también al bebe que por un mal manejo causas en él una lesión, conviertes al bebe en un discapacitado porque al momento de sacudir al bebe le dañas parte de su cerebro y van perdiendo facultades.

Autor.- Es una idea muy interesante.

Isis Velásquez.- Sí, es muy práctico.

Autor.- Pero me dice que es reciente, en la administración pasada sólo trabajaban con uno

Isis Velásquez.- Sí, era una donación del DIF estatal, ellos consiguieron un paquete de bebé y nos repartieron un bebé a cada municipio y con ese bebé hacíamos todo.



Foto 6.- Algunos de los bebés que utiliza el sistema DIF para concientizar a los adolescentes. En el lado izquierdo, bebe con los cuidados y alimentación adecuada de la madre. De lado derecho, bebé con síndrome de alcoholismo fetal.

Autor.- ¿Cuál es el fin de este programa, es dejárselo a los estudiantes?

Isis Velásquez.- Bueno, el programa está muy bonito y si funciona, si lo aplicáramos como corresponde. A inicios de esta administración se hizo un convenio con la Secretaría de Educación y con el Sector Salud para que nos apoyara en este proyecto. Primero para que nos “abrieran las puertas”. Capacitamos a los orientadores para que ellos vinieran aquí y nos pidieran prestados a los bebes y ellos den los cursos... Con eso íbamos a captar una mayor población en menos tiempo pero no nos funcionó, no porque ellos no estuvieran comprometidos sino porque ellos decían que tenían una carga de trabajo y era dedicarse a otra cosa que no era, “estadísticas de los estudiantes y calificaciones”, que es lo que ellos en realidad ven. Claro que esto es muy importante pero no se le dio la importancia que se debía... Los convenzo para que reciban las pláticas pero me dicen: “sí, pero la condición es que tú vengas a darlas porque no tenemos personal”. Entonces es como dar un paso atrás, el objetivo de este programa es que cada una de las escuelas viera lo funcional que es el programa y lo adoptaran. Así ellos... no sé, en su presupuesto pudieran tener recursos para comprar unos 40 o 50 bebes y que estos bebes se fueran a casa de los muchachos.

Autor.- ¿Como debería ser?

Isis Velásquez.- Sí, como debiera ser porque el bebe está hermoso y a la vez es una novedad, entonces llevarlo y que ellos digan “hay que bonito”, eso no les da la concientización pero si se programa al bebe, el bebe hace todas las funciones por tres días: llora, tienes que darle de comer, se le cambia el pañal y todo el proceso de un bebe. Eso te empieza a concientizar... Sí tienen (los adolescentes) que ir a un partido de futbol que tenían programado no podrán ir porque el bebe requiere de su atención. Los bebes tienen un brazalete,⁷¹ pero eso también habría que platicarlo con los papás para que ellos también estén de acuerdo porque el brazalete se le designa a ellos (adolescentes) como papás temporales y sólo ellos pueden cubrir esa necesidad. Entonces el partido de futbol, la disco, la plaza, los amigos tendrán que esperar porque tienen una obligación. Eso empieza a dar una concientización ya que tienen al bebe tres días en su casa... El bebe tiene la facultad, te

⁷¹ Los brazaletes sirven para identificar al usuario como la persona que tiene que brindar atención a los bebes, entre algunas de las necesidades que deberían ser cubierta por los adolescentes son: alimentación, afecto, cambio de pañales y/o en su caso para las adolescentes, la práctica de amamantarlos.

digo, es una maravilla de verdad el programa porque si no cubres la necesidad del bebe te registra como un papá negligente. También si comienzan a desesperarse y “aporrean” al bebe o realizan un movimiento brusco, los califica como un papá maltratador y violento, el bebe tiene un software que dice todo lo que le sucede a ese bebe... Además ese programa no es que se lo lleven por tres días, no, tiene una concientización, sería como implementar una materia de escuela donde se empiece con los valores de familia, de cada persona, proyectos de vida, luego como les arrastran los amigos a actos que no quieren, como les llevan las drogas a situaciones que no corresponde y ya el desenlace como las afecta tener un embarazo en la adolescencia... tanto emocional, social y físicamente pues en una chica ni siquiera ha terminado de desarrollar, todavía lo que ella consume es para el desarrollo de su cuerpo y cuando hay un bebe, todos esos nutrientes se tiene que dividir, esa es una consecuencia. La otra es la económica, si son chicos de 15 y 16 años ¿dónde consiguen trabajo?... el salario es bajo, imagínate: sí una lata de leche le cuesta, no sé, 200 pesos y si ellos ganan 500 pesos ¿y la luz?, ¿el agua?, y si quieren formar una familia en que problemas se van a meter con 500 pesos... eso origina un grado de estrés, de problemáticas y el circulo vicioso de maltrato porque se empiezan a exigir en casa y no se tiene para cubrirlo. Pero esa es mi opinión y es lo que les digo en las pláticas “de que ven una blusa en la plaza y la quieren comprar pero no pueden comprarlo porque tienen que comprar la leche”... Si cuando tienes una estabilidad económica, una madurez y ya eres una persona adulta, estás esperando al bebe con entusiasmo, cambia la vida de la madre y de la pareja. Imagínate cuando algo que no está planeado y no se tiene esa madurez para la llegada de ese nuevo ser, la consecuencia es bastante pesada. Además, las chicas sufren una discriminación y los varones también... las sacan de la escuela o empiezan a dedicarse al hogar y a los varones los mandan a trabajar, es como un castigo pero más que el castigo te va afectado tu desarrollo emocional, físico y social para desarrollarte como un buen ser humano y como un buen ciudadano.

Autor.- Usted mencionaba que habían tratado de establecer pláticas con la Secretaria de de Educación, pero que piensan la Secretaría de Educación respecto a las acciones que están realizando ¿les han brindado atención? ¿Tienen planeado realizar algo con ustedes, no sé, establecer algún tipo de modulo de horas conforme a lo que ustedes realizan?

Isis Velásquez.- Pues ese era el objetivo, se hizo un evento muy bonito, la Secretaría de Educación aceptó que todas las escuelas participaran. Primero empezamos a nivel medio superior con los bachilleratos, llevaron a todos sus orientadores, a dos personas de cada escuela y les enseñamos cómo manejar al bebe y todo lo demás... Donde sí se llegó como en la primera etapa fue en el CONALEP, allí si se aplicó el programa como queríamos que se hiciera, “dimos a los bebes en préstamo, les hicimos el formato y todo”. Como ellos (los estudiantes) llevan enfermería se les dio la capacitación y ellos reprodujeron este taller. Les dejamos cinco bebes por grupos y se fue llevando el programa a otros grupos, tuvimos buena aceptación pero cuando lo quisimos implementar en bachilleres no funcionó tanto, no sé si porque los chicos no tienen una formación como los de enfermería pero yo sentí que no nos resultó.

Autor.- ¿No tuvo ese impacto que esperaban?

Isis Velásquez.- Si, así es.

Autor.- En ese caso, cuando ustedes dan las pláticas y llevan a los bebes ¿cuánto tiempo les lleva dar esas pláticas?

Isis Velásquez.- Mira, de las pláticas que doy y también la que realiza mi otra compañera... vamos y llevamos a los 20 bebes, y nos dividimos por salones, es decir, si tenemos 30 personas llevo 15 bebes. Pero trabajamos todo el día, el turno de la mañana y de la tarde, yo en mi turno y ella en su turno, entonces trabajamos con dos jóvenes que tengan un bebe... Parte de lo que hemos visto es que las mujeres se adueñan de los bebes, no lo prestan. Es una realidad, no sé si es instinto pero eso ocurre. También tenemos un simulador de embarazo que se los ponemos hasta a los chicos para que se concienticen un poco más

Autor.- ¿Simulador de embarazo, cómo funciona?

Isis Velásquez.- Es la “panza”, pesa 13 kilos y se los ponemos a los chicos y chicas. Ellos cuando sienten el peso no es tanto pero a ellas se ve como se les baja la espalda completamente y les decimos: “vean, dense cuentan como la estructura del cuerpo del hombre es diferente al de la mujer. En primera instancia a ellas les cuesta más trabajo”, “a ver, den una demostración, den una vuelta en el salón”. Ellos van hasta corriendo cuando

ellas van caminando, les cuesta. Les decimos a ellas: “recoge esto del piso” y vemos que les cuesta.... Con eso que hacemos, es para que en todo caso ellas protejan a su bebe al 100%, porque el bebe requiere su espacio y lo exige desde antes de nacer, por eso ellas no se pueden sentar bien, ni con las piernas cerradas y todo eso se los vamos enseñando; como les va presionando porque el simulador tiene “dos balines” que presiona las costillas y es lo que hace realmente el bebe cuando está en el vientre, y les decimos “imagínense esto, pero imagínense al bebe en movimiento, como les va presionando los órganos por dentro”. Después de eso les hacemos que hagan una reflexión pero en algunas ocasiones si nos da tiempo, lo que ellos describen es que nunca se habían imaginado cuál es en realidad, las consecuencias de tener un bebe dentro del vientre y ya se van concientizando un poco más.

Autor.- ¿Se puede decir que el programa está siendo bien recibido por los adolescentes?

Isis Velásquez.- Sí, porque es algo nuevo para ellos y tener el bebe si les pone sensible. La otra parte del programa con el que trabajo, ya que terminamos lo didáctico con el bebe y todo. Después viene la concientización, también de la consecuencia de lo que es un embarazo en adolescente y les presentamos a los otros bebes porque esos bebes de los que te hablé son bebes que tienen un peso adecuado porque vienen de una madre de una edad adecuada, con una alimentación adecuada, con servicio médico adecuado que les permite tener esos desarrollos y tener bebes de esa “calidad”... Ahora si les enseñas la otra cara de la moneda... donde por lo mismo que son adolescentes, la pareja no les cumple y ellas tienen que ver solas esa situación o los papás las corren de la casa, por decir; y todo aquello que los va llevando a un grado, un punto de desesperación que empiezan, no sé, a ejercer un maltrato a su bebe desde antes de nacer; empiezan a consumir alcohol, y el alcohol les empieza a dañar físicamente al bebe y así el bebe está raquíitico y deforme... les decimos “esta es tu decisión, de tener un bebe con esas características u otras características. El cerebro de este bebe dañado es tres veces menor que el cerebro de este bebe, tú crees que va a tener las mismas posibilidades cuando sea grande”. ¡Claro que no!, les digo, porque no se va a poder desarrollarse como se debe, esas deficiencias cognitivas, emocionales y sociales. Sí, es una problemática bastante fuerte y es el resultado que estamos teniendo en la sociedad.

Autor.- ¿Pero las pláticas que ustedes realizan lo dan a petición de las escuelas o ustedes van voluntariamente?

Isis Velásquez.- Bueno, debe ser a petición de las escuelas pero como todo siempre se maneja en: “sí tú trabajas... cómo se refleja que tú trabajas”. Se refleja en las personas, en el sector en que estás cubriendo, entonces si las escuelas no vienen, nosotros vamos y ofrecemos los servicios. Y como te digo, nos dicen “tenemos mucho trabajo, te podemos hacer un espacio pero tú vienes a dar las pláticas”, ¡y vamos!, hacemos el oficio para que podamos dar las pláticas.

Autor.- Es que veía en su plan de trabajo mucho la escuela Escobar Nava, ¿le dan preferencia o se van rotando las escuelas?

Isis Velásquez.- Mira, te voy a decir que pasa con la escuela Escobar Nava, hemos trabajado mucho esa escuela porque yo estoy terminando una licenciatura en educación, tengo asignado la escuela Escobar Nava y cada determinado tiempo doy en tercero, y los de segundo pasan a tercero y entran niños nuevos. Entonces si se ha trabajado mucho con la Escobar Nava.

Autor.- ¿Pero cuándo se realizan ese tipo de talleres?

Isis Velásquez.- Ahora que salen los de tercero, y los de segundo pasan a tercero nos enfocamos a los de tercero. Mira, a mí me gusta trabajar mucho con los de bachillerato, te voy a decir porqué, porque los de secundaria es responsabilidad de los papás, “sí una chica de secundaria se embaraza es por responsabilidad de los papás porque en una disco no las deben dejar ir y ni las deben dejar entrar porque tienen 14 o 15 años”, y si una niña llega a la una de la mañana ¿Qué hace a esa hora fuera de su casa? Eso es lo que yo pienso.

Autor.- ¿Y en preparatoria en que semestre estamos hablando?

Isis Velásquez.- Mira, en secundaria con los de tercero, ya están más centrados, ya saben donde estudiar, ya tienen un proyecto de vida a corto plazo. Empiezan a visualizarse, cuando vamos les empezamos a dar “tips”: como se visualizan en 10 o 20 años, que les gustaría estudiar, que casa les gustaría tener, cuántos hijos tener...

Autor.- Pero a nivel preparatoria en que semestre dan las pláticas.

Isis Velásquez.- En tercer año, aunque te voy a decir... Platicamos con los orientadores y ya formamos como un grupo. Cuando platicamos con ellos, ellos dicen “en sexto semestre ya se fueron los que se tenía que ir, en sexto semestre ya es de salida”. Pero antes de sexto semestre están los de cuarto y los de tercero que allí es donde empiezan una serie de situaciones; que las muchachas tienen que abandonar la escuela porque están embarazadas, porque se casan, porque no tienen el recurso económico, etc. Situaciones de éstas que los hacen desertar en la escuela o porque no rinden en la escuela pero también hay situaciones de porque no rinden en la escuela, entonces atendemos a los de sexto porque ya se están yendo y esa es nuestra prioridad, luego regresamos a atender a los de primero y a los de cuarto.

Autor.- Y de estas actividades que realizan, en las comunidades cómo las hacen llegar porque veo de la información solicitada hay pocas telesecundarias en las comunidades. ¿Todavía están en planes? porque veo mucho en la ciudad de Chetumal.

Isis Velásquez.- Mira, la problemática que tenemos nosotros es que no tenemos los recursos para salir a comunidades, no tenemos vehículos. No podemos mover toda una unidad con gasolina, equipo para la proyección y todo esto para cargar a los bebés, no nos resulta económicamente. Lo que hacemos es contactar a las escuelas y como muchos maestros viajan de acá para allá entonces hacemos convenio con ellos de que nos lleven y nos traigan y es cuando podemos atender a las comunidades.

Autor.- ¿Cuántas personas son las que se dedican este tipo de actividades?

Isis Velásquez.- Sólo yo, bueno y un grupo de personas que me apoyan que son tres.

Autor.- Son pocos para atender a toda la población

Isis Velásquez.- Sí, por eso el objetivo era que las escuelas adoptaran el programa.

Autor.- Bebé piénsalo bien y Ojo con tu antojo ¿cuál es la diferencia?

Isis Velásquez.- Es que los bebés son una herramienta, nosotros llegamos con la plática de “Ojo con tu antojo”... Hablamos de valores porque todavía no tienen la edad suficiente

como para tener una relación sexual, porque no tienen la responsabilidad, no es posible que tengan todavía pareja, ¿por qué?, porque una persona pone su vida en sus manos y ahora como están las enfermedades de transmisión sexual... ¡imagínate no!, por la irresponsabilidad pongan en riesgo la vida de otra persona, por eso tocamos valores, luego los métodos anticonceptivos y sí alguno de los métodos anticonceptivos no queda claro...¿por qué nuestros jóvenes no acuden a que les den una buena orientación?, en ese segmento nos especializamos, si tenemos al Sector Salud que regala los condones y que dan información pero ellos no acuden.

Autor.- ¿Ustedes no dan métodos anticonceptivos?

Isis Velásquez.- Nosotros como DIF no. Si platicamos con ellos pero a grandes rasgos porque al que le corresponde es al Sector Salud, ellos tienen a la gente especializada, podemos ir en conjunto; doy mis pláticas primero, luego ellos de métodos anticonceptivos o a la viceversa.

Autor.- ¿Lo hacen de manera frecuente?

Isis Velásquez.- Sí, cuando se hacen los foros... SESA nos invita mucho con los bebés porque ellos llevan a todo su equipo de vacunas, de prevención, de anticonceptivos y creo que llevan un módulo de condones: cómo usarlos, los tipos, videos, las enfermedades de transmisión sexual; y vamos en conjunto a dar las pláticas... Sí tenemos información ¿qué está pasando?, yo les preguntaba a los jóvenes: “ustedes han tenido pláticas de métodos anticonceptivos” todos levantan las manos y les digo “algo no les quedó claro” y no... A mí me sorprendió mucho cuando fui a CECYTE (Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Quintana Roo) yo necesitaba apoyo con la plática de métodos abortivos, a mí me sorprendió mucho porque les mencionaba de una pastilla que se la ponen vaginalmente y empieza el proceso de aborto, ¡y los muchachos que me dan el nombre de la pastilla!, ni siquiera yo sabía el nombre de la pastilla y ellos me dieron el nombre, ¡y yo que según les iba a enseñar!. Muchas veces ellos ya pasaron por eso y luego cuando les concientizas con el bebé hasta se ponen a llorar, porque tal vez ya han pasado por algo así. No sé si nosotros llegamos tarde o en realidad las escuelas no se están preocupando.

3.3.3 Entrevistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el IMSS se realizó una entrevista de manera formal y una de manera informal. La primera fue el día jueves 08 de julio de 2010 a las 12:30 hrs. con el Dr. Juan Antonio Acevedo Vales, epidemiólogo del IMSS y la segunda, un día anterior con una trabajadora social de ese instituto aproximadamente a las 15:00 hs.

En el caso de la charla con la trabajadora social, “Martha” mencionaba que el IMSS sólo realiza pláticas relacionadas a la SSyR una vez al mes y que antes de que se efectúen, ellas y otras compañeras invitan de manera interna a los derechohabientes para que acudan. Al preguntarle si existía un módulo de atención específico sobre SSyR en el cual se le brinda la información a la población, ella mencionó que no existe un módulo como tal, las consultas se dan en EMI (Enfermera Materno Infantil) donde se les platica sobre planificación familiar a los derechohabientes. Al inquirírsele sobre si existen casos de embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual ella mencionó que se han dado casos de adolescentes embarazadas de 13 años (como lo confirmará el epidemiólogo) y que sí hay casos de enfermedades de transmisión sexual en ese grupo de edad pero las desconoce.

La entrevista con el doctor Acevedo Vales fue en su consultorio donde atentamente se dispuso a recibirme para platicar sobre el tema, algunas de las preguntas son presentadas a continuación.

Autor.- ¿Doctor, qué acciones está desarrollando el Instituto Mexicano del Seguro Social en relación a la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes?

Juan Acevedo.- Aquí prácticamente lo que se hace en el modulo de medicina preventiva es la entrega de preservativos, condones únicamente, y en medicina familiar son asesorías en adolescentes que lo soliciten en cuanto a los métodos de planificación familiar. Básicamente es lo que se hace. Tenemos un programa de “JUVENIMSS” enfocado en programas de adicción y alcoholismo en adolescentes, pero está empezando, es nuevo. Es un programa del IMSS nacional y se supone que en este mes se va a ver educación sexual en los jóvenes, pero ahorita, en este momento, es prácticamente informar sobre

preservativos pero no hay pláticas. Las pláticas se darán cuando se vaya fortaleciendo este programa en este año.

Autor.- ¿De los condones se les pide alguna referencia a los adolescentes cuando solicitan los condones?

Juan Acevedo.- No, no se le pide ninguna referencia pero hay muy pocos que vienen de manera externa a solicitar condones.

Autor.- ¿Mencionaba el programa JUVENIMSS, antes había alguno parecido o es nuevo?

Juan Acevedo.- “JUVENIMSS” es antiguo pero no se había echado a andar. Acá lleva dos meses que se echó a andar en la unidad, tal vez en otros estados de la republica si funcionaba pero acá es reciente. El enfoque que tiene es orientar a gente adolescente y joven sobre adicciones pero también va a abarcar educación sexual.

Autor.- ¿Aparte de este programa, realizan otro tipo de campañas para llamar la atención de la población?

Juan Acevedo.- A veces en la radio, yo he ido y han ido otras compañeras de enfermería, sobretodo jefas de enseñanza del hospital a dar pláticas de salud sexual en cuanto a enfermedades de transmisión sexual (VIH) y de sexualidad en general, en el programa que está en la radio que se ubica por la Av. Centenario (SIPSE Radio).

Autor.- ¿Doctor, cuáles son las incidencias referente a la práctica de la sexualidad en adolescentes que tiene conocimiento el IMSS, es decir, existen embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual?

Juan Acevedo.- Acá ha habido embarazos de 13 y 14 años, la más chica ha sido de 13 años, a éstas generalmente se les da pláticas por el médico familiar a veces en el modulo de medicina preventiva o con las trabajadoras social pero el enfoque principal lo da el médico familiar para orientar a la familia. Básicamente la actividad principal es la promoción de métodos anticonceptivos. En cuanto a casos de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, hay mucho VIH pero más gonorrea y sífilis. Por ejemplo, se tiene registrado hasta esta fecha cuatro casos de gonorrea y uno de éstos fue de una adolescente que está

embarazada, ella está en tratamiento, también hay un caso de un adolescente con VIH pero para el año pasado fueron cuatro casos de VIH y muchos casos de Tricomoniosis en muchachitas.

Autor.- A parte de Chetumal, ¿hay casos en las comunidades rurales y existen módulos de atención allá?

Juan Acevedo.- Si hay casos pero esa actividad la desarrolla la Secretaría de Salud mediante sus caravanas de salud, el seguro social no lo realiza, sólo de manera local, pero tenemos una unidad en "PUCTE", allá por la frontera sur... Por Ucum, en el ingeniero azucarero de Álvaro Obregón, allí también se realiza la promoción pero básicamente sólo a la población derechohabiente.

Autor.- ¿Entonces la información se otorga a la población en general o sólo a la población derechohabiente?

Juan Acevedo.- Acá se realiza a la población en general pero nos enfocamos a los derechohabientes, pero si vienen familiares de estas personas también pueden recibir la información, pero yo lo digo por las vacunas, nosotros vacunamos a derechohabiente y no derechohabiente. Pero hay vacunas que se da estrictamente a derechohabientes como la vacuna del Virus del Papiloma Humano que se aplica a niñas de 9 a 12 años pero sólo se aplica a derechohabiente porque no tenemos muchas vacunas, no tenemos presupuesto. Más adelante lo podríamos tomar como otra actividad que realiza el seguro social para afrontar este tipo de infecciones. Por ejemplo, el VPH sólo lo aplicamos nosotros, la Secretaría de Salud no la aplica y el ISSSTE creo que apenas lo está aplicando. La vacuna del PVH hace como año y medio lo aplicamos, al principio era de 9 años que se manejaba pero se ha ampliado hasta los 12 años.

Autor.- Doctor, hablaba del presupuesto, referente a eso, que carencias existen en el instituto aparte del presupuesto?

Juan Acevedo.- Recursos humanos, básicamente es el principal. También de materiales como folletos y material informativo, pero el principal es de personal. Nosotros los médicos y las trabajadoras sociales tenemos muchas actividades y no tenemos mucho

tiempo para enfocarnos más de lleno a esto, se supone que vienen más apoyo con el programa “JUVENIMSSS” que como te dije es un programa a nivel nacional, una vez que empiece a funcionar mejor este módulo el alcance de las actividades que realiza el seguro social en la juventud irá mejorando, como los problemas de la sexualidad. Ahora sólo se está enfocando a adicciones pero el enfoque es éste, “abarcar de manera integral todos los temas que le compete a los adolescentes”.

Autor.- En cuanto a la salud de los adolescentes, existe alguna vinculación del seguro con otros organismos, es decir, DIF, ISSSTE, la SESA para tratar de mejorarlos?

Juan Acevedo.-Si hay, pero específicamente para el problema de adolescentes sobre salud sexual hay muy poco pero para otros tipos de situaciones sí, el IMSSS está relacionado con la SESA y con el ISSSTE pero básicamente con la SESA. Por ejemplo, la información se turna a la SESA mediante el programa “SUAVE”, que es el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica en el que se integran los datos y la SESA las recaba, allá se encuentran la información de todos los sistemas de salud pública.

Autor.- Le mencionaba esto porque existe un Programa de Acción sobre Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes en el que se ven involucradas todos los sistemas de salud, ¿usted conoce este programa?

Juan Acevedo.- No, a ellos (SESA) le llega la información y toda la información presidencial nos la hace llegar a nosotros. Son muchas actividades que se desarrollan en conjunto, dentro de éstas a veces se abarcan de adolescentes sobre salud sexual y de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, hay veces que existen programas interinstitucionales y convocan a todos y participamos, te hablo de la SEP, DIF, la Secretaría de Marina, Seguridad Pública y otras instituciones pero son otro tipo de actividades. Relacionado al problema que mencionas, con el programa JUVENIMSSS en teoría se debe ir incrementando el mejoramiento de los adolescentes porque hay carencias en ellos, es un “grupo blanco” para el seguro social empezar a atacar problemas en los adolescentes, de todo tipo, no sólo de las enfermedades de transmisión sexual. Por eso precisamente que se integró este programa, pero sí, es un poco difícil echarlo andar porque a veces nos dicen, “integra el programa” pero no nos dan recursos o nos piden que se

realicen actividades además de los que normalmente hacemos y a veces no tenemos tiempo, pero poco a poco se van integrando los grupos. Hace poco se hizo un ensayo con adolescentes, más bien con hijos de trabajadores del seguro social, con ellos se hizo un primer ensayo de lo que es JUVENIMMSS para tratar de fortalecer el programa y mejorarlo. Generalmente en actividades de campo se convoca, en este caso a los adolescentes, para que vengan acá, no tanto como la secretaría de salud que va con las caravanas de salud. A nivel del seguro social generalmente se convoca a los derechohabientes, a las mamás que les diga a sus hijos para que vengan.

Autor.- Doctor, ya para finalizar, ayer platicaba con una trabajadora social y me decía que existen al mes pláticas sobre sexualidad, ¿cuándo se realizan este tipo de eventos?

Juan Acevedo.- Depende de la gente que reúnan, pero no hay una fecha establecida.

3.3.4 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En el ISSSTE se realizó una entrevista con el Doctor Julio Cesar González, epidemiólogo de este instituto el día 13 de julio del año en curso, dentro del diálogo establecido con el entrevistado se pudo constatar la responsabilidad que tiene este organismo en las actividades que realizan para su población beneficiaria

Autor.- ¿Qué acciones está desarrollando el ISSSTE en cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes?

Julio González.- A pesar de lo que prevalece en la política de la institución... el modelo integral de salud familiar “prevención”, contempla acciones a los jovencitos de 10 a 19 años... tiene dentro de su subprograma: la salud reproductiva, la salud de planificación familiar, la prevención de embarazos no deseados, la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y la prevención del alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. En el punto anterior estos programas deben verse a la población a través de mensajes, mensajes que se debe otorgar en cada entrevista médica, entre el médico y el paciente. En la entrevista médica, conocido por todos como consulta, el paciente presenta cual es su dolor

o cual es su enfermedad... es una plática que amerita una respuesta. La respuesta común que espera el paciente es que sea una receta con un medicamento, en realidad no es así o no debe ser así. La respuesta que debemos dar a un paciente es una respuesta integral a un problema particular porque lo demás tiene un “¿Por qué?”, es decir, causas y factores de riesgo, tienen explicaciones del por qué se producen... Por allí hay que atacar, hay que reducir, eliminar o limitar los factores de riesgo, entonces por allí va eso; la propuesta integral para el tratamiento de esos males de los pacientes es dar un tratamiento o unas medidas higiénicas, unas medidas dietéticas, medidas psicológicas... que acompañen y que arrojan a la parte central... que es el dar las medidas o medicamentos.

Autor.- ¿a qué se refiere con estas medidas?

Julio González.- Medidas higiénicas, tiene que ver con la limpieza y tiene que ver con el aseo y tiene que ver con la “mentalidad”... porque hablamos de la limpieza mental y aquí en este aspecto de la salud mental estamos considerado también la salud sexual y esto tiene que ver con la salud reproductiva ya que está muy relacionada este asunto en todos los aspectos. Si cuidamos la higiene mental y la higiene sexual pues estamos abarcando una buena parte de los factores de riesgo que producen las enfermedades por transmisión sexual pero además una buena parte de las consecuencias que son los embarazos no deseados y la paternidad temprana. Es decir, en cada entrevista médica o consulta, el médico debe dar un mensaje de salud, puede ser en cualquiera de los temas que acabo de mencionar, por ejemplo: el 20% o el 15% de los mensajes de la entrevista médica está relacionada con la higiene mental, la higiene sexual y la planificación familiar en sus diferentes modalidades.

Autor.- Para este caso ¿este tipo de consultas es sólo para la población derechohabiente o también para la población en general que lo requiera?

Julio González.- Estamos hablando exclusivamente para la población derechohabiente; si se aceptan en el servicio de urgencias otro tipo de población pero es la excepción y podemos recibir a alguien, por ejemplo, en el área de urgencias por un ataque sexual pero una gente de “afuera” que no es derechohabiente no puede acceder a una plática o a una consulta externa o interna.

Autor.- ¿Ni en el caso del módulo de planificación familiar?

Julio González.-En el módulo de planificación familiar si se puede recibir. Se recibe a la gente siempre y cuando no rebasen el número de derechohabiente, es decir, sí tenemos diez consultas podemos recibir cuatro consultas no derechohabiente y seis de derechohabiente.

Autor.- Para este caso, ¿qué campañas de información está realizando esta institución para acercarse a la población derechohabiente y a la población en general?

Julio González.- Hasta allá no llega la capacidad de la clínica hospital, la institución ISSSTE es mucho más que los servicios médicos... tenemos 25 seguros que abarca la institución, uno de estos seguros es el seguro médico, el seguro por enfermedad, entre otros... entonces la parte de comunicación social no lo vemos acá en la clínica, nosotros no trabajamos "extramuros.

Autor.- El servicio que brindan ustedes acá es similar al de Bacalar o es diferente

Julio González.- Esta clínica tiene un poco más de 70 mil derechohabientes entre trabajadores y familiares de trabajadores, éstos son los que tienen su afiliación a la unidad de Chetumal. Esta es una clínica que tiene servicios de primer nivel, es decir, consultas generales, odontología, trabajo social, laboratorio y rayos x. Básicos en un primer nivel, hay un segundo nivel donde están las especialidades, las especialidades básicas mas tres, las especialidades básicas son cirugía, ginecología, pediatría, medicina interna mas anestesiología , esta es una clínica de un poco más de nivel, una clínica hospital tipo B, que tiene cuatro más tres, es decir tiene además de esas básicas y anestesiología tiene oftalmología, otorrinología y traumatología, así se cubre eso que llamamos hospital tipo B de cuatro más 3, la clínica de Bacalar, que tiene como su centro de hospital de referencia, aquí, es un modulo de salud que tiene un médico y una enfermera, los servicios de primer nivel que requiera, por ejemplo, un laboratorio, un rayos x que debe referir de Bacalar para acá, de esta misma característica también refiere y tiene corresponsabilidad la unidad médica de José María Morelos, somos la unidad de referencia. La unidad de Felipe Carrillo Puerto tiene mayor capacidad de respuesta por que tiene un servicio matutino y vespertino, tiene quirófano pero aún no está operando al 100% a pesar de que las instalaciones ya están completas pero nos hace falta personal para opere al 100%, todo lo que no tengan nosotros se lo brindamos. Entonces tenemos tres unidades que refieren a esta unidad de hospital. La

institución ISSSTE pone instalaciones donde puedan acudir o donde haya mayor concentración, nos ubicamos en comunidades o ciudades grandes, si consideramos que hay otros derechohabientes en las comunidades dispersas, menos de 2,500 habitantes pero son lo menos que no justifica la puesta en marcha de instalaciones arquitectónicas. El requisito mínimo tanto como la Secretaría de Salud como de nosotros ISSSTE es que tenga al menos en la localidad sede donde está la unidad de servicios alrededor de 500 familias o 3 mil habitantes, con esto nos da una justificación financiera para poder atender a este tipo de personas con un módulo de salud con un médico y una enfermera.

Autor.- ¿Doctor, cuáles piensa que son las principales dificultades que tienen para atender a la población adolescente, tanto de los médicos como el modulo de planificación familiar?

Julio González.- ...Cualquier médico está más o menos capacitado e informado para dar información de salud mental y sexual para los adolescentes, los servicios por ejemplo de planificación familiar y trabajo social están formados también para dar este servicio a la comunidad; pero yo creo que este no es el problema, yo veo, desde mi punto de vista que la convocatoria para que se ocupen estos servicios por los adolescentes es insuficiente, ¿qué quiero decir con esto?, que debemos estimular a los jovencitos “que aparentemente lo saben todo y aparentemente no les falta nada” ya que hay un cierto vicio de autosuficiencia y consideran que lo que podamos opinar los adultos o lo que podamos opinar los profesionales de la salud sale sobrando... te puedo citar un ejemplo: aquí tenemos folletos y formatos para poder brindar orientación a la ciudadanía, tenemos la pastilla para “el día después”... que si después de un mensaje, dos mensajes, tres mensajes tienen una relación sexual y vienen con nosotros para que les demos una “pastillita, por si acaso”, nuestro problema es éste, evitar la pastilla “después de”, porque representa dos problemas para nosotros ya que tuvieron relaciones sexuales sin protección; el primero, que puede generar una enfermedad de transmisión sexual de él a ella o de ella a él, y el segundo, que puede estar en problemas de un embarazo, embarazo en una niña o una adolescente y una paternidad irresponsable por parte de los papás... Tenemos la manera de informar, tenemos 12 módulos de medicina familiar, tenemos disponibilidad para garantizar esta información; sin embargo estos servicios son subutilizados ¿por qué?, quizás estas escasas aceptaciones de los actores... pero cubrimos el espectro, podemos brindar 50 pastillas para “después de”,

podemos poner 50 “blíster” de anticonceptivos, podemos dar 50 penicilinas pero ese no es el punto, el punto es que sea el mensaje la puerta de entrada y no que sean éstos: pastillas, parches, implantes los elementos por lo que vengan los adolescentes.

Autor.- ¿Una salud integral?

Julio González.- Si, si quisiéramos pero es que hay tanta información. Tanta información como que a veces aturde, claro, es bueno que cada quien externe su opinión, por ejemplo: el internet que informa en los muchachos, deforma la información... deforma criterios y conceptos equivocados y el impacto que produce en ellos pueda ser tan diferente como la concebimos, siempre es preferible tener una opinión más cercana, más congruente, mas razonada; una entrevista personal en vez que se estén informando por internet que da la posibilidad de que se deforme la información y sobretodo de la sexualidad.

Autor.- Referente a la sexualidad, dentro del puesto que usted ocupa ¿cuál es la enfermedad más frecuente que hayan detectado?

Julio González.- Bueno, no hemos detectado en los últimos seis meses una enfermedad de transmisión sexual, lo que vemos son enfermedades que tienen entre sus formas de transmisión, la vía sexual. Entre éstos, estadísticamente están las hepatitis, aunque... ¿las hepatitis es una enfermedad de transmisión?, ¡No!, pero tiene dentro de sus formas de transmisión, la vía sexual. Se puede transmitir por jeringas, por transfusiones, por jeringas contaminadas, por la vía sexual, es por mucho la más frecuente porque son como de diez virus de la hepatitis que se pueden transmitir, uno sólo es por la vía oral. En segundo término tenemos el VIH SIDA que no es una enfermedad de transmisión sexual pero tiene como su vía de transmisión la vía sexual ¿porque no es tan frecuente como el hepatitis? porque aquí son sólo dos virus que se pueden transmitir. No estamos viendo, a pesar de que hacemos muchas búsquedas de sífilis, gonorrea tampoco las estamos viendo, las clamidias no las vemos.

Autor.- ¿y las VPH?

Julio González.- VPH tiene que existir, vemos VPH y las vemos con mayor frecuencia. Recordemos que los VPH son cerca de 200 virus, 200 virus del papiloma humano, de esos,

solamente unos 15 o 20 se anidan en el organismo; pueden ser unas verrugas vulgares, pueden estar en las axilas, en el cuello... son verrugas, son papilomas que no tienen nada que ver con la transmisión sexual, VPH no es igual a transmisión sexual. También están los que llaman “ashes” que son papilomas. Se reconoce que hay unos cinco virus que están plenamente identificados por números, no recuerdo los nombres pero a esos nos referimos, entonces tenemos la transmisión del VPH por las relaciones sexuales, si nos preocupa, porque esos cinco virus y no los 200 son potencialmente los precursores del cáncer cervicouterino.

Autor.- ¿y la vacuna del VPH ustedes ya la están aplicando?

Julio González.- Aquí en el instituto no ha llegado, aun no se ha aplicado, aun no se ha socializado para poderlo adoptar. En la medicina privada ya se aplica, esperemos que en breve una vez que se vayan rompiendo esas barreras, esos “tabúes” que tiene la gente, la podamos aplicar.

Autor.- El seguro social ya está aplicando esa vacuna en la población de nueve a doce años

Julio González.- Sí, a esos tipos de “tabúes” me refiero, por ejemplo, decimos: “le voy a poner una vacuna a su hijo contra la “polio” por si llega a comer taquitos en la calle no le da la polio”, pero el otro, imagínate si les decimos: “sabe, le vamos a aplicar una vacuna a su niña de nueve años por si es promiscua al tener relaciones”, imagínate lo que van a decir “¡pero cómo va ser! como mi hijita va a ser promiscua si está muy chiquita”, “No, pero cuando tenga quince años ya va estar grandecita, entonces cuando este grandecita ya va a ser un poco tarde y ya va a tener quizá una relación sexual y posiblemente contraiga un tipo de enfermedad por transmisión sexual”... Entonces a esos tipos de valores sociales me refiero. Cierto, a los nueve años se aplica pero cuando se pida ya nos ganó la enfermedad, ¿cuál es la idea?, que se aplique a la menor edad posible y a la mayor cantidad posible... Pero sí, si vemos mucho VPH, también el relacionado al VPH vemos Condilomas, muy frecuente tanto en varones como en mujeres, no tengo la cifra a mano pero sí vemos muchos Condilomas en las zonas o áreas sexuales.

Autor.- Doctor, de las incidencias que reciben ustedes, ¿existen casos de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes?

Julio González.- ¿Transmisión sexual? depende de que estemos hablando, los VIH son infecciones de mediana de edad, entre los 20 y 30 años en hombres y mujeres. Ahora ya no hay diferencia como al principio de la epidemia donde primero eran hombres homosexuales; en “la segunda gran oleada” fueron mujeres víctimas, amas de casa; y la “tercera oleada” donde tenemos niños, recién nacidos víctimas del VIH. Pasaron esas etapas, estuvo la relación a sus inicios de dieciséis a uno, ocho a uno, cinco a uno, ahorita están prácticamente a la par, uno a uno, es decir, un hombre y una mujer y en grupos jóvenes. Las hepatitis las estamos viendo en gentes más adulta de 30, 40, 50 años de edad. En cuanto al VPH y los condilomas los estamos viendo en gente joven, menores de los 30 años que son los más relevantes.

Autor.- Existen casos de enfermedades en adolescentes cómo gonorrea, sífilis, etc.

Julio González.- ¡No!, no lo he visto, aquí no tengo ningún reporte, no me ha llegado aquí, yo reviso las hojas diarias de los médicos todos los días y no he encontrado éstos. También recibo los informes de laboratorios y tampoco me han reportado nada

Autor.- ¿Y embarazos en adolescentes le reportan?

Julio González.- ¡Sí, cómo no! encontramos niñas de 13, 14 y 15 años, ingresan muy jovencitas.

Autor.- ¿Para este caso, cuáles son los factores de riesgo que conlleva un embarazo en la adolescencia?

Julio González.- De hecho, con la sola circunstancia es un embarazo de alto riesgo, una niña menor de 18 años es en sí mismo un embarazo de alto riesgo, requiere unos cuidados especiales desde muy temprano; al cuarto o quinto mes debe estar en manos de un ginecólogo para asegurar que el producto nazca bien. Los vemos, no hemos superado esa barrera, en la parte de la ruralidad tiende a suceder, pero antes de una ayuda formal a la zona rural, acá es una cuestión dramática porque fíjese que aquí también las vemos, en las secundarias en la ciudad, las vemos en los bachilleres de 16 a 17 años. No sé, no tengo el conocimiento como esté la cuestión sobre los abortos provocados, no lo sé, pero si vemos que los que llegan aquí, entonces yo puedo suponer que existen más embarazos que están

en la comunidad, ¡que no conozco! pero también esos son los que nos llegan. Algunos terminan en abortos en cuanto se reciben, yo supongo que algunos embarazos en la comunidad terminan en abortos porque no se pudo arraigar por la inmadurez por el físico de las niñas o son provocados de manera clandestina y se ponen en riesgo la vida de las niñas.

Autor.- ¿Doctor, dentro de su experiencia, qué influye a que se derive esas consecuencias ya platicadas en los adolescentes?

Julio González.- No sé con precisión, sé que es un asunto complejo. No es un asunto de salud es un asunto social porque tiene que ver con diversos enfoques, tiene que ver desde la forma de llegar a la adolescencia. Podemos decir, a ver, soy más claro, el programa de planificación familiar nace desde los años setentas para decir “saben qué, que se demoren en tener un poquito en tener hijos porque ya no hay tantas escuelas, no hay dinero, no hay empleos así que no alcanza para darle a todos esos mínimos de bienestar. Así que vamos a regularlo bajo un concepto de consejo informado de planificación familiar”. De esto se fueron dando las tendencias hasta que recientemente tendrá unos 12 o 18 años en que vienen los conceptos del programa PROGRESA y OPORTUNIDADES⁷² de los sectores sociales... y dicen: “como hay muchas muchachas que son madres solteras vamos a ayudarlas”... Entonces empezaron a aportar una “lana”, un dinero a las familias necesitadas y, por cada hijo les daban un dinero. Entonces dijeron: “¡esto está chido, está muy padre!,

⁷² El PROGRESA es un Programa de Educación, Salud y Alimentación concebido como una estrategia para apoyar a la población que vive en condiciones de extrema pobreza en las áreas rurales. Dirigido a mujeres jefas de familia consistente en entregar apoyos económicos para la educación, alimentación y atención a la salud promovido en 1997 por el expresidente Ernesto Zedillo Ponce de León. En el 2002 el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades vino a sustituir al programa PROGRESA. Oportunidades es un programa integral destinado a la población en extrema pobreza, que padece los más altos índices de desnutrición, enfermedades básicas curables y deserción escolar. El Programa tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema, con el fin de incrementar las capacidades de sus integrantes y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y de calidad de vida. Oportunidades contempla cinco componentes: Educativo, de Salud, Alimentario, Patrimonial “Jóvenes con Oportunidades” y el de Adultos Mayores. Información disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=37. Hasta febrero de 2010 ha beneficiado a seis millones de familias, significando 28 millones de mexicanos. Nota informativa: Jorge Ramos. Calderón amplía programa Oportunidades. El Universal. Jueves 25 de febrero de 2010.

yo voy a tener hijos y por cada hijo que tenga, el gobierno me va a dar una lanita”. ¡Ah caray!, entonces la gente se ha estado animando para tener hijos pero no piensan que el tener más hijos representa un riesgo en su salud y sigue siendo la misma o mayor sobrecarga de dinero para la sociedad. Los mismos criterios de los años ochentas se siguen promoviendo, ese es el punto oficial... Por otro lado, el fondo educativo fue toda una discusión de seis años para poder definir cuáles son los temas que deberían de tener los libros de textos gratuitos porque había una gente morbosa que decía: “¡hay caray, se van a excitar!”, y había otras gentes mojigatas que decían: “¡Dios nos libre, que tipo de información les vamos a dar!”. No cuestiono si uno u otro tiene la razón sino simplemente que se retrasaron seis años en definir cuáles son los criterios que deberían tener en cuanto a la sexualidad o planificación familiar los libros de textos gratuitos. Finalmente mientras allá lo piensan el impacto en la salud lo estamos viviendo, los embarazos en adolescentes existen, la mortalidad materna existe, los abortos existen y esos son los efectos, nosotros somos como los círculos concéntricos donde van los “flechazos”, las flechas van y viene la inseguridad, los problemas sociales; esa indecisión de la educación, el retraso de quien se encarga de elaborar o modificar las leyes, diputados y senadores, etc., y finalmente se “cuela el haz de la flecha” y viene a impactar en salud y tenemos muertes que lamentar tanto en niños y madres, madres pequeñas.

Autor. Sí, es muy reciente la preocupación en adolescentes... ¿Doctor, qué vinculación tiene el ISSSTE con otras dependencias de salud pública?

Julio González.- Somos una rebanada del gran pastel, una rebanada que nos encomiendan un 7% o 10% de la población general, eso se estima a nivel nacional y estatal, cerca de un 7%. Estamos atendiendo cerca de 70 mil habitantes acá, en Cancún unos 30 mil, en Cozumel unos 10 mil; que se junten en Isla Mujeres, Kantunilkin y los demás otros 10 mil; tal vez atendamos unos 130 mil en el estado. Esta es la aportación que tenemos en el aspecto de la salud. Hay otras cosas que tiene el ISSSTE como prestamos, entre otras cosas... pero necesitamos estimular más esa parte, “las partes centrales de la sociedad que es la familia”, que se siga considerando o ganemos lugares en la presencia que pueda tener el ISSSTE, desgraciadamente remamos contra corriente porque adoptamos tarde un modelo integral de salud familiar preventiva y se nos acumularon muchas personas de la tercera

edad: jubilados y pensionados con una salud muy precaria. Entonces estamos cargando una consulta con enfermos muy enfermos que consumen mucho del presupuesto que bien se puede o se pudo haber prevenido. Ahora estamos privilegiando con todo el rezago que hay que reconocer, la medicina preventiva para tratar de revertir en estas nuevas generaciones que ya están viniendo. ¡Los gorditos!, tenemos muchos “gorditos”, somos campeones mundiales de obesidad y seguimos teniendo gente joven acá en el estado, somos el estado o uno de los estados más jóvenes del país, por lo tanto su población es joven, jóvenes en edad productiva y en edad reproductiva... “no somos un Guanajuato o un Zacatecas”, ¡no!, gente que vienen al “despiporre”, “a hacer el amor” y “tener sexo”, somos muy endebles, somos un estado que hace turismo pero turismo de jóvenes y somos un estado de trabajadores que “hacen el amor” porque son jóvenes en edad productiva. Todos los que trabajan en turismo son gente joven.

Autor.- Cuando usted menciona “Llegamos tarde” a partir de cuando el instituto se empieza a preocupar en la parte de prevención de sexualidad en adolescentes.

Julio González.- Tenemos diez años aquí en el instituto con un modelo integral pero la medicina preventiva es “viejíssima”.

Autor.- Le comento esto porque existe un plan de acción específico de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes creada recientemente por el presidente Calderón en el 2007 donde hay acciones específicas y confluyen todos los sistemas de salud pública y me quedaba la duda de sí a partir de esa fecha ustedes empiezan a adoptar estas medidas.

Julio González.- Yo hablo de la institución, de unos diez años de que este modelo existe, que tenemos acá. Los programas deben mantener a través del tiempo su consistencia para causar impacto. Si me dice que en el 2007, el presidente... ¡pues mucho respeto al presidente! pero lo que necesitamos no son programas, los programas van y vienen, lo que necesitamos son políticas de salud sexual, políticas sanitarias, políticas de salud y políticas sociales... Políticas nacionales que guarden consistencia a través del tiempo y que a través de sexenios y a través de leyes puedan atender esa consistencia. Por ejemplo: la política de población, planificación familiar y su modelo, ésta es una política que tiene cuarenta o cincuenta años, ya tuvo su impacto, ahora lo que necesitamos es... pues planificación

familiar no es sexualidad, necesitamos una política de salud sexual responsable que rebase más allá de los sexenios y con todo los cambios de “sus políticos o de sus partidos políticos” que sea responsable esa política y que sea respetuosa en todos aquellos que lo van a ejercer en los diferentes niveles.

Autor.- Entonces lo que necesitamos es una política de largo plazo para erradicar o limitar esos problemas en vez de programas.

Julio González.- Sí, porque ya mucho tenemos con los embarazos, enfermedades, SIDA, hepatitis y otras enfermedades.

3.3.5 Entrevista en la Secretaría de Salud (SESA)

En este instituto se realizó la entrevista con el doctor Saúl David Badillo Perry, director de los Servicios Estatales de Salud, persona encargada y conocedora del tema de Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. Mediante la conversación se pudo conocer las actividades que realiza este instituto y la conceptualización del funcionario respecto al tema.

Autor.- Doctor, el estado de Quintana Roo se caracteriza por tener altos índices de embarazos en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual en los mismos, sabe usted a que se debe esta problemática.

Saúl Badillo.- No... lo único que le puedo decir es que del 27% de todos los embarazos que se dan en el estado, más o menos 22 mil al año de todos los grupos de edades de las mujeres, el 7% aproximadamente son en adolescentes, la causa obvia, es que tienen relaciones sexuales sin protección, es decir, tienen relaciones sexuales sin usos de métodos de planificación familiar efectivos; digo efectivos porque algunos utilizan métodos de planificación familiar poco efectivos como: el ritmo, el coito interrumpido y otros métodos que no son hormonales. Esto lo dice la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de modo que lo evidente, en primer lugar, los embarazos suceden porque no hay métodos de planificación familiar temporales u hormonales, esto es lo obvio.

Autor.- En este caso qué está haciendo la SESA para tratar de contrarrestar esta problemática.

Saúl Badillo.- Hay dos estrategias importantes, la primera va encaminada a ofertar métodos de planificación familiar en todas las unidades médicas de la Secretaría de Salud dirigida a adolescentes: hormonales, orales, preservativos, hormonales inyectables. Toda una gama de métodos de planificación familiar, y por el otro lado pues está toda esa parte de información, concientización a través de pláticas dirigidas en adolescentes, sin embargo, habría que decir que los adolescentes son los que menos contactos tienen con los servicios de salud, son los que menos acuden a solicitar servicios. En primer lugar son niños que son llevados a los servicios de salud por mamás, luego las mujeres, luego los adultos vienen por diferentes patologías y los adolescentes son los que menos lo solicitan, los menos usuarios de los servicios por lo que habría que entender que el contacto que tienen con los servicios son limitados. Sólo llegamos a los adolescentes que llegan a los servicios de salud; hay una campaña que se hace cada año que es la Semana Nacional de la Salud del adolescente y es donde se trata de hacer acciones masivas dirigidas a la totalidad del adolescente.

Autor.-Eso se hace en vinculación con otros organismos.

Saúl Badillo.- Sí, hay como un consejo. Está la Secretaría de Salud, DIF y otras instituciones que tienen que ver con los temas de adolescentes, no sólo de embarazos sino de enfermedades de transmisión sexual.

Autor.- Dentro de estas actividades que realizan de prevención y atención en adolescentes también las realizan en las comunidades rurales.

Saúl Badillo.- Sí, nuestra cobertura de los 172 centros de salud, la mayoría están en las zonas rurales, nosotros como institución tenemos la cobertura más amplia. Allá hay una estrategia de nivel federal que también hace el estado que está encaminada a llevar información a adolescentes indígenas... en general en todos los centros de salud hay información y ofertas de métodos de planificación familiares.

Autor.- ¿Son las caravanas de salud? ¿En este caso cuántas unidades móviles efectivas tienen?

Saúl Badillo.- Mire, yo no tengo los datos porque depende de otra dirección, “de la dirección de innovación y calidad”... Lo que sí sé porque esto lo tenemos de manera conjunta es que la estrategia de caravanas es ampliar la cobertura de los servicios ¿a dónde? Pues a las localidades que no tienen centros de salud y ofertan los programas y servicios que se ofrecen en las unidades médicas, ese es el fin de las caravanas de salud... las caravanas tienen un servicio médico y un servicio dental, enfermería y un promotor y tienen los servicios médicos.

Autor.- Veo que la Secretaría de Salud tiene varios “Servicios amigables para adolescentes” en el estado, ¿en qué consiste?

Saúl Badillo.- Hay una estrategia en donde un Centro de Salud destina un área que tenga las características adecuadas para ser un centro en donde se puedan compartir experiencias e información. La idea es que los padres de otros adolescentes se conviertan en difusores de información, para esto hay personal de enfermería, médicos en el centro de salud y también apoyos de psicólogos en donde lo que se hace es compartir información, despejar algunos mitos que existen, como por ejemplo: “los adolescentes tienen relaciones sexuales” pero la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dice que a los 18 años el 50% de los adolescentes no ha tenido relaciones sexuales cosa que los adolescentes desconocen y tienen esa presión social. De modo que lo que hacen allí es darles información y tienen actividad intramuros, es decir, dentro del Sector Salud, y tienen actividades extramuros, seleccionan unas escuelas y se van a hacer talleres, compartir información y algunas veces pasan pequeñas películas que van encaminadas a hacer conciencia en los adolescentes así como en las repercusiones que tienen sostener relaciones sexuales sin protección tanto para las enfermedades de transmisión sexual así como en el propio embarazo. Eso es principalmente lo que hace en el modulo de servicios amigables.

Autor.- Pero éstos sólo existen en algunos municipios ¿hay planes para abrir estos centros amigables en otros como José María Morelos?

Saúl Badillo.- En estos momentos no, porque depende sobre todo de recursos humanos. Abrir un servicio amigable implica tener médicos y enfermeras. En este año en particular por ejemplo, los programas y proyectos que se tienen a nivel federal no viene el recurso que

amplíe la red de servicios amigables, y no, no se tiene contemplado “aperturar” el servicio amigables en estos municipios.

Autor.- Doctor hay un programa de acción reciente sobre Salud Sexual y Reproductiva 2007-2012 del presidente en turno, en éste se habla de los diferentes lineamientos, las instituciones que están involucradas a esta población, en este caso la SESA cómo organiza o toma en cuenta este programa de nivel federal.

Saúl Badillo.- La SESA aterriza los programas a través de sus unidades médicas. A través de sus centros de salud se ofertan los métodos de planificación familiar, se dan las pláticas y se da la información. Nosotros participamos, estamos coordinados y los planes federales aterrizan a nivel estatal... ¿cómo aterrizan esos planes a nivel estatal? a través de la estructura de la SESA, la estructura son 172 centros de salud: hospitales generales e integrales. Entonces cada programa y plan tienen una intervención, tiene material adicional. Con relación a los demás sectores, son dependientes, en donde podemos concretar algunos asuntos es cuando nos reunimos como grupo a planear por ejemplo “la semana nacional de información de salud para adolescentes”... el seguro social tiene su normativa y tiene un programa y tiene un plan que lo aterriza de acuerdo a su normativa, el ISSSTE tiene independencia en este sentido y aterriza también sus programas de acuerdo a lo que están estableciendo a nivel federal.

Autor.- En este sentido dentro del enfoque de la SESA, cuáles piensa que son las deficiencias que enfrentan los adolescentes.

Saúl Badillo.- ... El embarazo de adolescentes no es una problema de salud pública que corresponda a la SESA, lo primero que debo aclarar, yo no puedo hablar de deficiencias en el sentido de “que de entrada” el abordaje sea solamente desde la parte institucional y bajo el enfoque biomédico, es decir, el enfoque de la SESA con los problemas de los embarazos en adolescentes es un enfoque médico, clínico, y el objetivo es brindar información, espaciar o retrasar el inicio de relaciones sexuales y que tengan relaciones sexuales cuando así lo dispongan, sin presiones, sin violencia y que estas relaciones sexuales estén protegidas. Este es el enfoque de la SESA y para eso se les da información y se les oferta servicios de planificación familiar pero si vamos a los factores que están

asociados a los embarazos en adolescentes, pues son factores que tienen que ver con la toma de decisiones y que tienen que ver con la presión social, con la desintegración familiar, las compañías, tiene que ver hasta veces con las adicciones como el alcohol y sobretodo, que son factores sociales, de modo lo que yo diría, bajo el enfoque institucional, bajo el enfoque de la SESA pues es un enfoque que no alcanza a abarcar la dimensión de todas las complejidades que tiene el embarazo en adolescentes, eso es fundamental entenderlo y saber de que sólo bajo una perspectiva no se podrá solucionar el problema, se tendrá que abordar desde otra perspectiva. Lo que sí creo es que los adolescentes son los que menos contactos tienen con los servicios de salud y con las estrategias de algún centro de atención de adolescentes que existan; de los mismos DIF estatal y municipal. Hay un gran número de adolescentes que no tienen contacto con otros servicios y de manera histórica no son los usuarios más activos de estos servicios, por un lado, y por el otro lado éste es un tema que tendrá que permear y que hay que estar insistiendo durante muchos años. Estamos hablando de modificación de conductas humanas, es decir, primero hay que retrasar el inicio de relaciones sexuales hasta que se consideren maduros psicológicamente para tomar decisiones y asumir las consecuencias de sus actos, y la segunda cuestión es que si ya iniciaron relaciones sexuales pues que estas relaciones sean protegidas. Este es el enfoque de la SESA, no es bueno ni malo, ni el mejor ni el peor, simplemente es un enfoque bajo el modelo médico.

Autor.- Ya para finalizar, el seguro social está aplicando el VPH, el ISSTE no, ¿La SESA está aplicando la vacuna del VPH?

Saúl Badillo.- También, nosotros aplicamos vacunas a niñas bajo el esquema nacional y de acuerdo al consejo nacional de vacunación se aplica a niñas de 9 años de edad pero recordemos que las vacunas se aplican a personas sanas, las vacunas son un nivel de prevención primaria, se les aplica antes de que tengan el padecimiento, en este caso lo que se busca es que se les aplique antes de que tengan el inicio de relaciones sexuales porque protege contra el Virus del Papiloma Humano Oncogénico, o sea, no protege contra toda la gama del Virus del Papiloma Humano sino contra aquellos que se conocen o están relacionados con el cáncer cervicouterino. Aquí desde hace dos años se aplica la vacuna contra el VPH a todas las niñas de nueve años de edad, en cuarto año de primaria y de las

zonas rurales. Se aplica en todos los municipios: Benito Juárez en sus zonas rurales que es Leona Vicario, en Othón P. Blanco se aplica a todas sus zonas rurales, en José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto se aplica a toda la población de 9 años de edad y cuarto año de primaria, en las dos Islas a su población completa, en Tulum en la zona rural, y los demás municipios. Tenemos Cobertura del 100 % en las zonas rurales o menos desarrolladas... ¿por qué?, porque el fundamento está en que son las mujeres adultas de estas zonas son las que menos accesos van a tener a unos exámenes de seguimiento y todo lo que implica detectar y tratar oportunamente esta enfermedad, ese es el supuesto que está bajo esa estrategia determinante... Empezó con niñas de nueve años, ahorita tenemos cobertura para las niñas de nueve años que ahora tienen diez años. Al término de una década va a ser un grupo protegido. Las niñas que se aplicaran las vacunas a los diez años van a tener 19 años y van a ser mujeres con una vida sexual activa seguramente pero estarán protegidas con el virus del VPH.

3.4. Observaciones personales de las entrevistas realizadas.

Realizar las entrevistas fue de mucha utilidad para comprender con mayor especificidad el funcionamiento de los programas, se logró entrevistar a la mayoría de los responsables y directores de cada institución con el objeto de explicar las actividades que emplean para prevenir los problemas derivados de la sexualidad en los adolescentes. Las contribuciones de los funcionarios fueron presentadas tal como se efectuaron en la entrevista hecha por este autor, esto con el fin de revelar cada uno de los detalles de las aportaciones de dichas personas. No está de más decir que la apreciación de estos funcionarios al ser cuestionados por las actividades que desarrollan los hace pensar que la investigación que se realiza pone en duda su labor gubernamental. Sin embargo, desde mi percepción esto cambió cuando se inició la entrevista y se percataron que el índole de la investigación es conocer las actividades que ellos realizan para contribuir a disminuir los riesgos en adolescentes.

De las entrevistas anteriores se pueden rescatar puntos importantes: el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con sus dos programas busca sensibilizar y prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos en adolescentes. Se explica que “Ojo con

tu antojo” está orientado a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos en adolescentes mediante pláticas de métodos anticonceptivos. Mientras que “Bebé... piénsalo bien” se enfoca a la parte de sensibilización para prevenir los embarazos en adolescentes. En la primera entrevista con el Lic. Josué Gedión Hau Kah se reconoce la atención que brindan a las adolescentes embarazadas mediante pláticas, talleres de habilidades, actividades recreativas y la gestión de becas para que continúen estudiando. La visión de este funcionario sobre los embarazos tempranos radica en la toma de decisiones en los adolescentes y jóvenes, puesto que las instituciones les brindan las herramientas necesarias para que éstos tomen mejores opciones en su vida, en este caso información. Desde su percepción es necesario trabajar “en el inconsciente”, es decir, un cambio de mentalidad para enfrentar las situaciones y presiones sociales en la que se enfrentan los adolescentes, y sobre todo la consistencia en el uso del condón en cada una de sus relaciones.

Por su parte las contribuciones de la Srita. Isis Velásquez nos permite comprender con mayor detalle el funcionamiento del programa “Bebé... piénsalo bien”. Se manifestó la existencia de 23 “bebés”: 20 “bebés normales” y tres “bebés afectados” para sensibilizar a los adolescentes respecto a las consecuencias de un embarazo a temprana edad, problemas de alcoholismo y drogadicción en el embarazo así como el síndrome de bebé sacudido derivado de las consecuencias traumáticas por un manejo inadecuado en los mismos. Mediante el trabajo de campo realizado se percibió que es reciente la adquisición de los “bebés”, estos es en la administración del presidente municipal, Andrés Ruiz Morcillo en el que se adquirieron éstos con un valor de 523 mil pesos.⁷³

Uno de los comentarios rescatado en esta entrevista es sobre el desconocimiento que tienen estos organismos sobre la cantidad de embarazos en adolescentes a nivel estatal a pesar de que en los informes del DIF se menciona que el Estado ocupa el primer lugar en embarazos en adolescentes.⁷⁴ Se expresa que esta información no pudo ser relacionada con los datos presentados en esta investigación por el mismo desconocimiento de los responsables y

⁷³ Información disponible en <http://www.quintanarooaldia.com/noticia/el-dif-municipal-de-opb--impulsa-programa-sobre-parternidad-responsable./957>

⁷⁴ Información disponible en http://dif.qroo.gob.mx/inicio/index.php?mod=ver_docto&id_docto=20

sobretudo la mención que pronuncian al decir que no manejan ese tipo de información porque no está dentro de sus funciones.

Para ambos casos, DIF estatal y municipal, la falta de personal y de herramientas de apoyo es visible. En este sentido se expresa que el fin de los servicios del DIF municipal es concientizar a las poblaciones de las comunidades pero como se expuso el DIF municipal da prioridad a la ciudad de Chetumal lo que vulnera a los adolescentes de las comunidades de Othón P. Blanco en recibir este tipo de información.

Para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la aportación del epidemiólogo nos indica que entre las funciones de ese organismo es otorgar preservativos y asesorías en el modulo de planificación familiar. A pesar de que actualmente sólo se entregan preservativos se tiene contemplado emplear un programa que abarque temas de mayor cobertura como adicciones, alcoholismo, problemas de alimentación, sexualidad, entre otros.

En relación a los problemas sexuales en adolescentes, el entrevistado mencionó que han registrado casos de embarazos en adolescentes de hasta 13 años y enfermedades de transmisión sexual como gonorrea, VIH y tricomoniosis. El trabajo de campo permitió revelar las aportaciones del IMSS respecto las vacunas a derechohabientes niñas y adolescentes ante una enfermedad de transmisión sexual que afecta a la mayoría de las mujeres a nivel nacional, el Virus del Papiloma Humano. Se reveló que este instituto al igual que la Secretaría de Salud están aplicando las vacunas, aunque el segundo con preferencia en las comodidades rurales y el primero a su población afiliada.

La conversación con el Dr. Julio Cesar González permitió conocer el actuar institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y tener otra perspectiva sobre los casos de embarazos en adolescentes, pues como comentaba el entrevistado, a pesar de creer que se dan en las zonas rurales con mayor frecuencia vemos que no es así, puesto que existen varios casos en las zonas urbanas. Este comentario es una realidad y vemos que está relacionado con los datos presentados en este trabajo y que pueden ser comprobado en base a los datos obtenidos de la Secretaría de Salud (revisar cuadro 34). El entrevistado indicó que es una cuestión “dramática” y es un problema que no

tiene que ver con la cuestión de la salud sino de un asunto social que tiene que ser tomado con mayor preocupación. Desde su punto de vista hace falta una “política de salud sexual responsable” que esté más allá de la perspectiva de los cambios políticos, es decir, emplear una política de largo plazo para disminuir los problemas sexuales en adolescentes en vez de recurrir a programas temporales.

Por su parte la Secretaría de Salud con sus dos estrategias: ofertar métodos anticonceptivos e informar mediante pláticas de concientización, busca contrarrestar los embarazos en adolescentes y las enfermedades de la transmisión sexual. Los comentarios del Dr. Saul Badillo así como del Dr. Julio Cesar González, vienen a reafirmar los datos presentados en este trabajo, al hacer hincapié que los adolescentes son el grupo de población que menos contacto tienen con los servicios de salud. En este sentido, de acuerdo a los datos proporcionados por la SESA se pudo ejemplificar que para el 2008 únicamente el 21.49 % de los adolescentes y el 39.64% de las adolescentes han acudido a algún tipo de consulta médica y, para el 2009 el 25.41 % de los hombres y el 43.95% de las mujeres han tenido una visita médica (revisar cuadro 36).

En relación a la sexualidad en adolescentes, se comentó que el enfoque de la SESA es brindar información, espaciar o retrasar el inicio de relaciones sexuales y que éstos tengan relaciones sexuales cuando así lo dispongan, sin presiones, sin violencia y que éstas estén protegidas y, para ello emplean las dos estrategias: informar y ofertar métodos anticonceptivos.

En la opinión del Dr. Saúl Badillo al igual que los comentarios del responsable del DIF estatal, Lic. Josué Hau, los factores que están asociados a los embarazos en adolescentes, tienen que ver con factores sociales: toma de decisiones, presión social, desintegración familiar, las compañías y adicciones. En este sentido el Dr. Badillo comentó que es un tema muy amplio y que dentro de la visión institucional es un tema que no puede ser abarcado únicamente por las instituciones. Mencionó que es necesario seguir trabajando en ello, y bajo su perspectiva, es fundamental promover el retraso del inicio de relaciones sexuales hasta que los adolescentes se consideren maduros psicológicamente para tomar decisiones y asumir las consecuencias de sus actos, pero en todo caso, si ya lo están realizando que éstas estén protegidas

Conclusión.

En este tercer capítulo se ha presentado algunos eventos relacionados a la sexualidad de los adolescentes, hablamos de embarazos en adolescentes e infecciones de transmisión sexual donde en el primer caso, de 1999 a junio de 2010 han sido registrados por los Servicios Estatales de Salud 47 mil 952 embarazos en adolescentes y, para el segundo, 979 casos de enfermedades derivadas de la práctica sexual sin protección. Hemos descritos de igual manera en este apartado, los programas o servicios encargados de difundir la información para tratar de reducir estos acontecimientos en el municipio de Othón P. Blanco. Entre ellos: “Servicios Amigables para Adolescentes” por la Secretaría de Salud, “Ojo con tu antojo” y “Bebé...piénsalo bien” por el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia, “¿Qué eSexo? Tú sexualidad con responsabilidad” por el Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo (COESPO), la asignatura formativa de la Secretaría de Educación Pública del Estado de Quintana Roo, “Aprendiendo a ser Adolescentes” y en menor medida las contribuciones de el Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se ha presentado también la visión de los responsables de los programas o conocedores del tema en esta investigación; se reconoció algunas restricciones que poseen así como la visión que tienen sobre la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes, identificado que el problema no es sólo desde el ámbito institucional sino un problema social que tiene que ver con la toma de decisiones, con la presión social, con la desintegración familiar, las compañías, las adicciones y debe ser enfrentado desde diferentes ópticas.

CONCLUSIONES

Son varias las conclusiones a las que se han llegado después de finalizar esta investigación; en primer lugar, de las fuentes bibliográficas consultadas podemos decir que en el transcurrir histórico en México la sexualidad en un principio sólo se aceptó como algo privado y se empezó a dar mayor apertura a ésta una vez que las mujeres empezaron a incursionar en la vida pública derivada de la educación y la participación. Sin embargo, a pesar de este avance existen actores que han planteado una contienda política en torno a la sexualidad entre quienes pretenden concebir la abstinencia como un valor universal y aquellos que defienden la libertad y el derecho a la sexualidad. En este sentido, de acuerdo a Claudio Stern este tipo de obstáculos resulta preocupante para las instituciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a temas relacionadas con la educación sexual: “el esfuerzo de todo el colectivo de profesionales investigadores y personas que hacen posible el mejoramiento en cuestiones de la Salud Sexual y Reproductiva se han visto frenadas o se encuentran impotentes para ejercer libremente las acciones que pretenden” (Stern, 2008).

No obstante lo anterior, como se ha visto, es muy reciente que se ha promovido la Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes, el mismo concepto se definió por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994 donde se alienta la capacidad de los adolescentes y jóvenes para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. De lo anterior podemos decir, de acuerdo a Stern, que no es que se trate de fomentar la sexualidad entre los adolescentes pero la realidad es que gran parte de ellos la efectúa, entonces, lo mejor es ayudar a que se preparen para que puedan optar por ejercerla o no ejércela y para que, si optan por hacerlo, estén preparados para hacerlo de manera responsable. De no optar por informarles se incrementan las posibilidades de contraer una Infección de Transmisión Sexual o un embarazo en la adolescencia, lo que repercutiría en la salud, economía y la sociedad como hemos visto. Sin embargo, rescatando los aportes del Dr. Saúl David Badillo, director de los Servicios Estatales de Salud en el estado de

Quintana Roo, hay que entender que el embarazo en adolescentes no es un problema únicamente de salud médico, éste es un enfoque muy pequeño del problema, cuando lo que se tiene que hacer es entender cómo se dan estas circunstancias en un contexto social.

También, hay que reconocer que es necesario profundizar en este contexto, es necesario hacer estudios que nos indiquen la situación de los diferentes grupos poblacionales en el estado. Veíamos que la sexualidad está cargada de matices culturales, morales y geográficas, por lo tanto es necesario realizar este tipo de investigación y sobre todo en el estado de Quintana Roo donde la entidad posee el mayor porcentaje de inmigrantes a nivel nacional. Esto es necesario si queremos conocer a fondo el origen de las consecuencias derivadas de la práctica sexual no responsable en adolescentes o en todo caso, el motivo de la iniciación sexual en los mismos.

El estudio que se realizó es general, lo que no permite identificar este escenario, pero lo que si se logró con este trabajo es identificar los actores vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes en el municipio, se han identificado principalmente seis: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo, Secretaría de Educación Pública de Quintana Roo, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). También, tener una perspectiva de los acontecimientos que han sucedido en la entidad, estableciendo 47 mil, 952 embarazos en adolescentes registrados en los Servicios Estatales de Salud de 1999 al 2010,⁷⁵ y 979 casos de enfermedades derivadas de la práctica sexual sin protección, siendo la más alta la Candidiasis Urogenital con 609 casos del 2008 al 2010, caso contrario a nivel nacional donde la enfermedad de transmisión sexual para el caso de las mujeres es el Virus del Papiloma Humano. En este punto, del trabajo de campo realizado vimos que ya se están aplicando las vacunas preventivas del VPH en los sistemas de salud, donde el IMSS está destinando a su población afiliada y la SESA a las zonas rurales.

En este sentido, cada institución aplica o realiza actividades en su ámbito de competencia: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) están enfocados prioritariamente a su

⁷⁵ Para el año 2010, solamente es un cantidad parcial hasta junio de 2010.

grupo de afiliación; el resto de la población que no tiene o que no tenga servicios de aseguramiento médico son atendidos por la Secretaría de Salud (SESA), ellos son los responsables de atender a ese grupo no asegurado mediante el Seguro Popular. Por su parte, los programas “Ojo con tu antojo” y “Bebé... piénsalo bien” del Sistema para el Desarrollo Integral de las Familia (DIF) y, “¿Qué eSexo? Tú sexualidad con responsabilidad” del Consejo Estatal de Población (COESPO), sensibiliza la parte de prevención a través de información de métodos anticonceptivos y consecuencias de las práctica sexual a temprana edad.

De igual manera, es un hecho que los programas de los diferentes institutos, ya sean los sistemas DIF con “Ojo con tu antojo” y “Bebé... piénsalo bien”, así como del Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo con “¿Qué eSexo? Tú sexualidad con responsabilidad” son de reciente creación y por lo tanto el impacto que están teniendo en la población es limitada; sin embargo, desde la perspectiva gubernamental, algunas de las herramientas utilizadas son bien percibidas por la población, este es el caso de los bebes virtuales que emplea el sistema DIF con “Bebé... piénsalo bien” para lograr una mejor concientización en los adolescentes y los jóvenes. El programa incorpora herramientas didácticas, el uso de bebés computarizados que semeja a un “bebé” que emulan la conducta de bebés reales. Esta herramienta permite asumir responsabilidad de cuidarlo de tal forma que el estudiante pueda relacionar estas experiencias con la paternidad o maternidad temprana en la adolescencia. Desde mi punto de vista, estas estrategias educativas si logran una mayor concientización que el emplear herramientas alternativas como huevos, frutas o muñecos, puesto que el simulador recrea la conducta de bebés reales: hambre, sueño, afecto, cambio de pañal, entre otras y que quedan registrados en la “memoria” del simulador, determinado de esta forma la capacidad o incapacidad de los usuarios en el uso del “bebe”. Sin embargo, de las investigaciones realizadas hay que tener en cuenta que de los talleres realizados por el DIF, los estudiantes sólo receptionan la información que se esté dando en ese momento en las escuelas, cuándo debería ser, para lograr un buena concientización, la programación de los “bebés” para que los adolescentes lo lleven a sus casas; aunque también hay que reconocer el alto costo de este recurso didáctico lo que podría ser la justificación para no aceptar este tipo de acuerdos entre escuelas y los sistemas DIF.

Al hablar de limitantes de estos programas, en las entrevistas realizadas se pudo notar que hace falta mayores recursos humanos, económicos y materiales para mejorar el desempeño de éstas; estamos hablando del IMSS, ISSSTE, DIF Estatal y Municipal. Se podría decir que los recursos humanos pueden limitar las funciones de las actividades como el caso del DIF municipal donde son únicamente dos personas. En teoría, el sistema DIF municipal se enfoca a la población de las comunidades rurales; sin embargo, vemos que atiende a la población de la capital del estado, duplicando esfuerzos y bien se podría enfocar en mayor medida a las comunidades rurales, encontrándose segregadas éstas.

Por su parte la Secretaría de Educación de Quintana Roo con sus asignaturas formativas se enfoca a una salud sexual integral, es decir, tratando de prevenir riesgos en los y las adolescentes emplea una estrategia de informar para postergar el inicio de la sexualidad en los adolescentes o en su caso, ayudar mediante la educación a que se preparen para ejercerla de manera responsable. Esto tomando en cuenta los acuerdos adquiridos a nivel internacional y los lineamientos a nivel nacional, lo que ha permitido al estado fortalecer contenidos específicos e impulsar el trabajo en relación con situaciones y problemas particulares de la entidad (SEQ; 2010).

Desde mi punto de vista los programas y políticas vinculados al mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva en el municipio, no es que sean ineficientes. En este punto se dijo que el objetivo de cada uno es brindar información en su ámbito correspondiente. En el enfoque de la SESA es brindar información y servicios para espaciar o retrasar el inicio de relaciones sexuales y que tengan relaciones sexuales cuando así lo dispongan, sin presiones, sin violencia y que estas relaciones sexuales estén protegidas. Este es el enfoque de la SESA y está acorde a los lineamientos y normas mexicanas descritas en este trabajo.

Como se mencionó, los factores que están asociados a las problemáticas de la Salud Sexual y Reproductiva, como es el caso de los embarazos en adolescentes, tienen que ver con la toma de decisiones, con la presión social, con la desintegración familiar, las compañías, las adicciones. Características identificadas tanto por el director de los Servicios Estatales de Salud, Dr. Saúl David Badillo Perry, el Dr. Julio Cesar González, epidemiólogo ISSSTE, así como del responsable del Programa de Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA) del sistema DIF estatal, Lic. Josué Gedión Hau Koh; es decir, es

necesario trabajar en la sensibilización, el impacto del inconsciente; estamos hablando de modificación de conductas humanas donde se retrase el inicio de relaciones sexuales hasta que los y las adolescentes sean capaces de tomar decisiones y asumir responsabilidades o en su caso, si ya iniciaron relaciones sexuales, que estén informados y que éstas sean protegidas.

También, se ha identificado de acuerdo a las aportaciones de los médicos de los Servicios Estatales de Salud y del ISSSTE que los adolescentes son los que menos contactos tienen con las estrategias que ofrecen en los diversos centros de atención lo que puede afectar el conocimiento referentes a la Salud Sexual y Reproductiva; no obstante, se resalta la participación de los Sistemas DIF, COESPO y de la misma Secretaría de Educación en otorgar pláticas, talleres y cursos a los y las adolescentes. La asignatura “Aprendiendo a ser adolescentes” impartida en primero de secundaria es de gran ayuda para alcanzar los objetivos planteados por la Secretaría de Educación del Estado de Quintana Roo: promover una cultura de prevención en contra de las adicciones, la violencia de género, la paternidad y la maternidad temprana, el abuso, así como la explotación sexual, entre otros riesgos a los que se enfrentan los adolescentes quintanarroenses. Bajo este argumento, los maestros serán una pieza clave para lograrlo, al implementar estrategias didácticas que promuevan una cultura de prevención (SEQ; 2010).

Para finalizar, en mi opinión, los problemas derivados de la Salud Sexual y Reproductiva no se le pueden asignar a los organismos gubernamentales porque como se puede percibir, existen esfuerzos gubernamentales sobre la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes en el municipio de Othón P. Blanco, aunque son recientes y presentan algunas deficiencias, hemos visto que esta problemática nos compete a todos. En este primer intento, se ha esbozado las principales instituciones encargadas y las actividades que realizan; una descripción de las características reales derivadas de la sexualidad temprana; pero hace falta realizar una mayor profundidad en el tema, realizar estudios que nos indiquen el comportamiento de nuestros adolescentes en un estado en que la mayoría de la población son adolescentes y jóvenes, en un estado donde la principal actividad son los servicios primarios y donde ésta nos pone con respecto su Salud Sexual y Reproductiva en iniciativas que hay que investigar un poco más.

SIGLAS UTILIZADAS

AMES: Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.

APIS: Asociación Popular de Integración Social A.C.

ASA: Aprendiendo a Ser Adolescente

CCU: Cáncer Cérvico Uterino

CECOVID: Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica

CECYTE: Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Quintana Roo

CEDAW: Convención para la eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer.

CICAM: Centro de Investigación, Capacitación y Apoyo a la Mujer

CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

COESPO: Consejo Estatal de Población del Estado de Quintana Roo

CONALEP: Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social.

CORA: Centro de Orientación para adolescentes

COVAC: Colectivo de Lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC)

DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

EMAS: Equipo de Mujeres en Acción Solidaria, A.C.

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENJUVE: Encuesta Nacional de Juventud

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IMJ: Instituto Mexicano de la Juventud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ITAIPQROO: Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Quintana Roo

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

MEXFAM: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no Gubernamental

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PAIDEA: Programa de Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes

PAN: Partido de Acción Nacional

PASSyRA: Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

PIB: Producto Interno Bruto

PRODUSSEP: Promoción de Servicios de Salud Educación Popular, A.C.

PROGRESA: Programa de Educación, Salud y Alimentación

PROMAJOVEN: Programa Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas

PRONABES: Programa Nacional de Becas para la Educación Superior

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEQ: Secretaría de Educación Pública

SESA: Secretaría de Salud.

SEyQ: Secretaría de Educación de Quintana Roo

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIPAM: Salud Integral para la Mujer

SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

UNPF: Unión Nacional de Padres de Familia

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

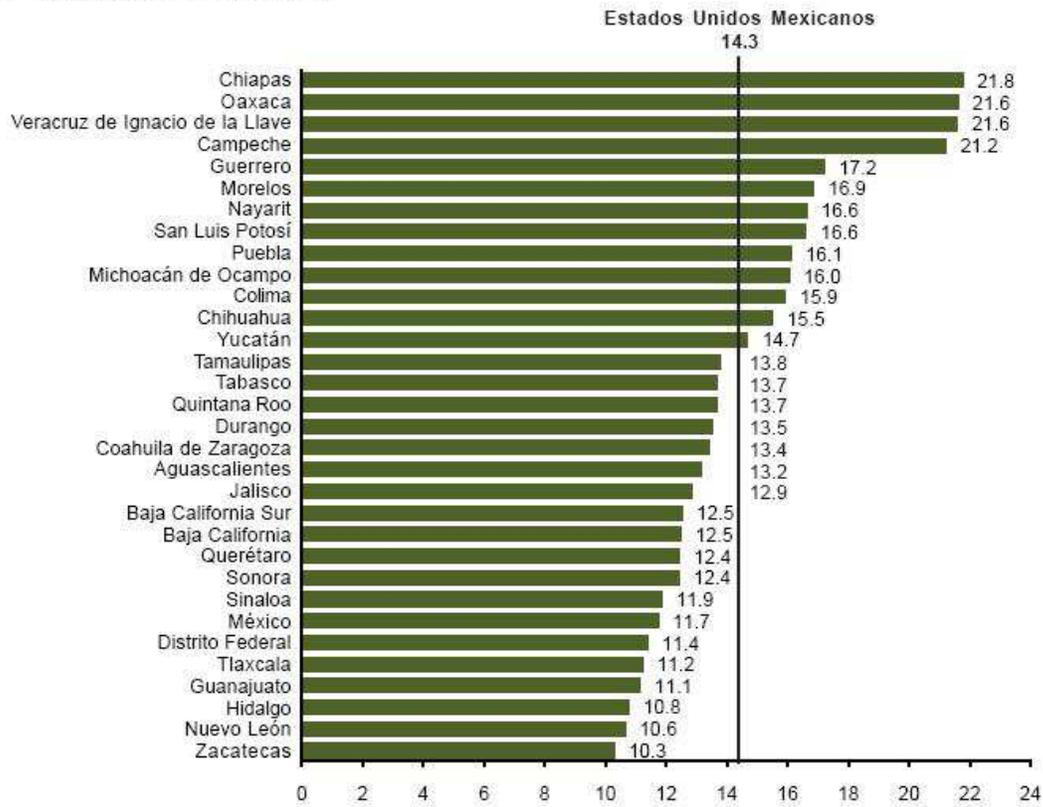
VPH: Virus del Papiloma Humano

ANEXOS

Anexo 1

Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa en 2007.

(Por 100 mil mujeres de 25 años y más)



Fuente: INEGI. Mujeres y Hombres en México. 2009.

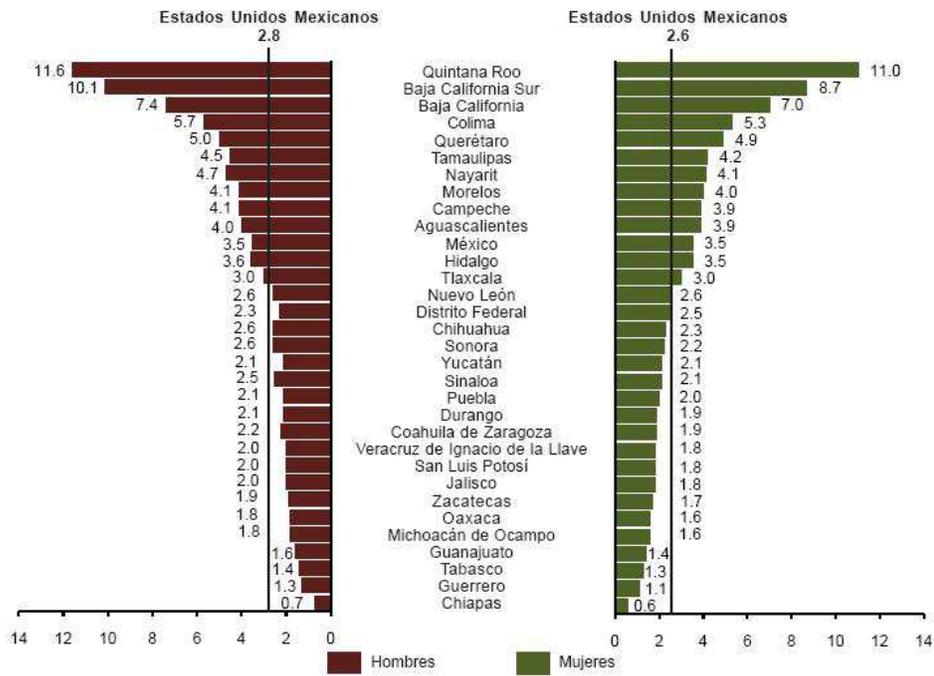
Anexo 2

Estrategias de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes



Fuente: Secretaría de Salud. PASSyRA. 2008

Anexo 3.
 Porcentaje de la población inmigrante interna reciente por entidad federativa de residencia y sexo. 2005



Fuente: INEGI. Estadísticas históricas de México. 2009.

Anexo 4
Población total, indicadores, índice y grado de rezago social, índice y grado de marginación, según entidad federativa. 2005.

Entidad federativa	Indicadores de rezago social														Marginación					
	Población total	% de población de 15 años o más analfabeta	% de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	% de población de 15 años y más con educación básica incompleta	% de población de 15 a 29 años, con algún habitante con menos de 9 años de educación aprobados	% de población sin derecho a servicios de salud	% de viviendas particulares con piso de tierra	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de Excusado o sanitario	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador	Promedio de ocupantes por cuarto	Índice de rezago social	Grado de rezago social	Lugar que ocupa en el contexto nacional	Índice de marginación	Grado de marginación	Lugar que ocupa en el contexto nacional
Nacional	103,283,388	8.35	5.29	45.88	38.12	49.78	9.93	9.90	11.05	11.67	6.12	38.04	23.22	1.12						
Aguascalientes	1,085,418	4.15	4.53	41.83	33.13	28.94	2.08	4.53	2.37	2.39	2.84	18.07	10.24	1.03	-1.14461	Muy bajo	29	-0.86839	Bajo	28
Baja California	2,844,469	3.07	4.77	38.94	32.24	35.53	3.35	11.19	5.38	7.81	10.59	28.19	14.99	1.00	-0.66364	Muy bajo	25	-1.25224	Muy bajo	30
Baja California Sur	512,170	3.60	4.03	38.92	29.44	30.84	7.42	10.01	12.84	8.22	9.16	38.73	16.94	1.10	-0.48199	Bajo	22	-0.71095	Bajo	24
Campeche	754,730	10.17	5.11	49.00	40.53	39.99	8.29	12.89	14.43	18.89	6.88	34.88	27.27	1.38	0.32493	Alto	9	0.58988	Alto	8
Coahuila	2,495,200	3.28	3.84	38.13	26.88	28.88	2.49	5.11	3.90	7.49	3.16	18.27	7.41	0.98	-1.25058	Muy bajo	30	-1.14083	Muy bajo	29
Colima	587,898	6.42	4.77	43.72	33.47	26.32	7.41	6.51	2.80	1.12	5.18	32.73	14.10	1.09	-0.75885	Muy bajo	27	-0.73283	Bajo	25
Chiapas	4,293,459	21.33	9.85	84.85	58.99	76.37	29.04	12.99	27.22	20.78	9.17	75.82	52.85	1.84	2.54814	Muy alto	1	2.18198	Muy alto	2
Chihuahua	3,241,444	4.41	5.83	47.45	36.45	35.98	5.21	9.87	6.11	7.73	9.04	23.73	13.84	0.95	-0.60645	Bajo	24	-0.68350	Bajo	22
Distrito Federal	8,720,918	2.58	2.71	28.28	18.34	42.85	0.98	5.47	1.83	0.43	4.47	25.55	12.38	0.91	-1.39650	Muy bajo	31	-1.50478	Muy bajo	32
Durango	1,508,117	4.83	4.98	49.55	38.09	48.04	9.78	11.88	8.49	14.49	5.41	33.43	17.30	1.03	-0.24121	Medio	18	-0.01824	Medio	15
Guanajuato	4,893,812	10.43	6.58	58.02	47.84	48.91	8.00	13.02	7.22	12.58	3.83	31.00	16.01	1.21	0.16221	Alto	11	0.08567	Medio	14
Guerrero	3,115,202	19.88	7.09	57.98	49.57	74.08	31.60	29.22	34.48	30.12	8.52	67.20	33.53	1.82	2.43814	Muy alto	2	2.41180	Muy alto	1
Hidalgo	2,345,514	12.79	4.27	49.85	35.11	62.12	11.93	13.04	13.88	18.32	6.16	58.50	36.49	1.18	0.59281	Alto	7	0.75037	Alto	5
Jalisco	6,752,113	5.54	5.96	46.91	37.88	44.84	4.88	7.34	6.30	2.99	5.17	22.98	11.33	1.06	-0.59841	Bajo	23	-0.77088	Bajo	27
México	14,007,466	6.31	4.22	38.85	28.69	52.88	5.21	10.81	6.44	6.58	6.32	39.61	25.78	1.11	-0.36298	Bajo	19	-0.82270	Bajo	21
Michoacán	3,986,073	12.57	7.74	58.46	49.79	70.28	13.94	9.57	11.05	13.19	4.75	40.08	23.09	1.20	0.68758	Alto	6	0.46025	Alto	9
Morelos	1,812,899	8.12	5.09	41.19	30.10	54.85	9.28	8.95	9.89	5.78	5.88	44.89	19.70	1.11	-0.17549	Medio	17	-0.44150	Bajo	20
Nayarit	949,884	8.00	4.87	45.72	31.48	38.29	8.35	9.02	9.91	7.34	5.87	33.82	16.11	1.07	-0.41581	Bajo	20	0.19241	Medio	12
Nuevo León	4,199,292	2.77	3.30	32.84	22.17	28.09	2.27	4.83	4.37	3.58	3.70	14.65	8.92	0.95	-1.43843	Muy bajo	32	-1.32585	Muy bajo	31
Oaxaca	3,508,821	19.33	6.18	62.59	50.94	75.75	32.60	10.08	28.04	35.54	9.29	71.08	48.99	1.45	2.20393	Muy alto	3	2.13041	Muy alto	3
Puebla	5,383,133	12.70	6.67	53.54	44.44	63.37	14.34	9.78	15.15	18.12	5.41	58.21	43.08	1.27	0.97493	Muy alto	4	0.63736	Alto	7
Queretaro	1,598,139	8.13	5.14	43.39	36.57	46.21	7.64	13.96	9.07	11.78	6.46	39.29	21.18	1.12	-0.04429	Medio	15	-0.14459	Medio	17
Quintana Roo	1,135,309	6.58	3.94	39.77	35.72	41.44	8.29	18.28	5.42	6.61	15.95	39.78	30.72	1.39	0.15038	Medio	12	-0.32933	Bajo	19
San Luis Potosí	2,410,414	9.91	4.17	49.53	37.44	48.89	17.61	8.09	17.39	22.43	7.05	39.24	27.31	1.12	0.30670	Alto	10	0.68058	Alto	6
Sinaloa	2,608,442	6.42	4.52	44.89	31.87	33.10	8.80	10.94	9.22	11.41	5.78	33.64	12.04	1.10	-0.45359	Bajo	21	-0.14812	Medio	18
Sonora	2,394,861	3.73	3.32	38.98	27.54	30.26	8.67	6.83	5.62	11.81	5.82	32.59	11.03	1.01	-0.85868	Muy bajo	28	-0.74861	Bajo	28
Tabasco	1,989,899	8.56	4.47	45.23	33.90	32.23	8.59	8.01	24.23	5.28	4.40	42.18	25.89	1.29	-0.03207	Medio	14	0.45885	Alto	10
Tamaulipas	3,024,238	4.51	4.09	41.82	29.43	31.78	5.08	5.94	6.79	14.99	6.92	30.82	14.18	1.07	-0.69581	Muy bajo	26	-0.68465	Bajo	23
Tlaxcala	1,988,207	6.67	4.27	44.09	33.13	63.47	6.07	6.93	3.45	8.70	3.27	57.38	39.24	1.22	0.04623	Medio	13	-0.14181	Medio	16
Veracruz	7,110,214	13.41	5.93	55.42	43.67	59.16	20.17	7.35	26.74	19.13	6.37	54.42	32.57	1.21	0.95038	Alto	5	1.07831	Alto	4
Yucatán	1,818,948	10.87	4.20	51.11	42.07	44.82	4.33	20.47	8.23	28.98	5.88	38.38	29.89	1.25	0.34395	Alto	8	0.42988	Alto	11
Zacatecas	1,367,862	7.19	5.52	57.48	44.89	56.43	6.05	13.89	7.67	14.27	3.47	27.74	18.67	1.05	-0.09395	Medio	16	0.15935	Medio	13

¹Para la construcción del índice de rezago social se utilizó el logaritmo natural del promedio de ocupantes por cuarto.

Fuente: los indicadores, índice y grado de rezago social son estimaciones del CONEVAL con base en el // Censo de Población y Vivienda 2005

El índice y grado de marginación son estimaciones del CONAPO con base en el // Censo de Población y Vivienda 2005

Fuente: Fuente: CONEVAL. Informe de evaluación de la política de Desarrollo Social en México 2008.

Anexo 5.
Indicadores gasto en salud. 2005

Entidad federativa	Gasto			Gasto público en salud como % del gasto público total 2/	Gasto como porcentaje del gasto público en salud		
	público en salud como % del PIB	privado en salud como % del PIB 1/	total en salud como % del PIB		Federal	Estatal	Instituciones de Seguridad Social
Nacional	3.0	3.5	6.5	16.5	31.8	6.2	62.0
Aguascalientes	2.8	3.3	6.1	22.8	30.5	6.1	63.4
Baja California	2.3	4.6	6.9	21.7	21.1	4.1	74.7
Baja California Sur	4.3	2.9	7.2	20.4	27.3	3.2	69.5
Campeche	2.8	1.1	3.9	8.4	40.7	8.3	51.0
Coahuila de Zaragoza	2.6	1.8	4.4	24.1	16.0	1.3	82.7
Colima	4.5	3.8	8.3	13.3	39.7	1.2	59.1
Chiapas	5.2	7.4	12.5	17.2	58.5	12.5	29.0
Chihuahua	2.2	2.4	4.6	20.2	20.5	8.6	70.8
Distrito Federal	3.2	2.6	5.8	9.4	15.4	6.9	77.8
Durango	3.7	3.3	6.9	19.5	38.1	0.6	61.3
Guanajuato	3.1	3.8	6.8	21.6	29.5	7.8	62.6
Guerrero	4.0	4.1	8.1	14.9	54.7	2.3	43.0
Hidalgo	4.3	5.9	10.2	14.0	53.8	2.0	44.3
Jalisco	3.1	4.6	7.8	34.7	24.6	11.2	64.2
México	2.5	5.6	8.1	30.2	39.1	7.7	53.2
Michoacán de Ocampo	3.5	11.4	14.9	20.5	44.9	4.1	51.0
Morelos	3.4	4.3	7.6	27.1	36.3	4.6	59.0
Nayarit	5.5	5.8	11.3	23.4	39.2	3.2	57.6
Nuevo León	2.1	2.0	4.1	28.3	14.1	1.7	84.2
Oaxaca	5.1	5.6	10.6	17.1	65.7	0.8	33.5
Puebla	2.9	5.3	8.1	24.2	39.4	4.0	56.7
Querétaro de Arteaga	2.3	3.1	5.3	17.7	33.4	2.5	64.1
Quintana Roo	2.0	2.6	4.6	24.1	31.3	3.8	64.9
San Luis Potosí	3.3	3.9	7.3	20.5	38.8	4.2	57.0
Sinaloa	4.1	4.6	8.7	20.7	27.6	6.0	66.4
Sonora	3.1	3.0	6.1	20.3	22.8	8.4	68.8
Tabasco	8.2	3.5	11.6	26.6	41.1	23.5	35.4
Tamaulipas	3.1	2.3	5.4	14.0	29.8	3.2	67.0
Tlaxcala	4.5	5.0	9.5	23.5	46.7	4.0	49.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	4.4	5.4	9.7	13.4	31.1	6.0	62.9
Yucatán	4.7	2.4	7.1	20.9	36.6	1.7	61.7
Zacatecas	4.8	7.5	12.3	20.2	50.3	3.2	46.5

1/ El gasto privado por entidad federativa se estimó con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005.

2/ El gasto público equivale al gasto programable en la clasificación funcional.

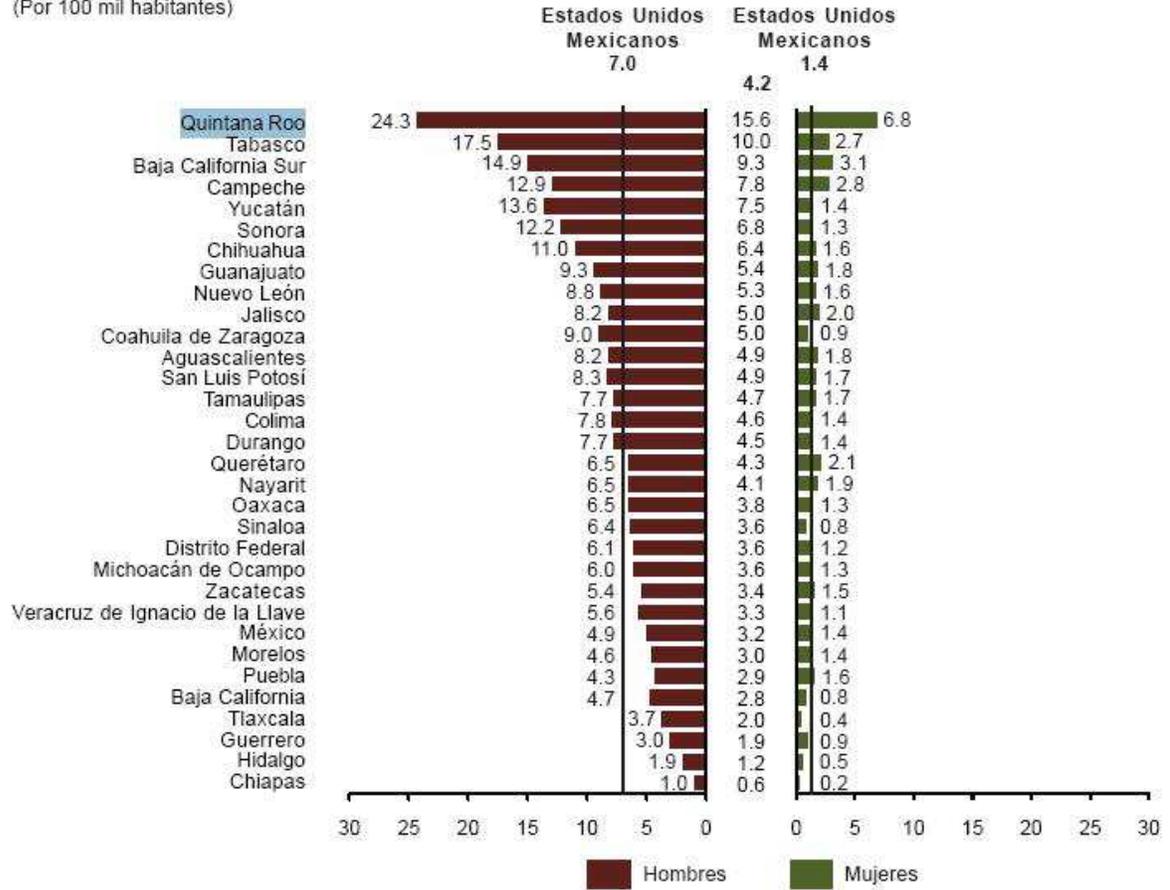
Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. 2007

Anexo 6

Tasa de mortalidad por suicidios por entidad federativa según sexo. 2007

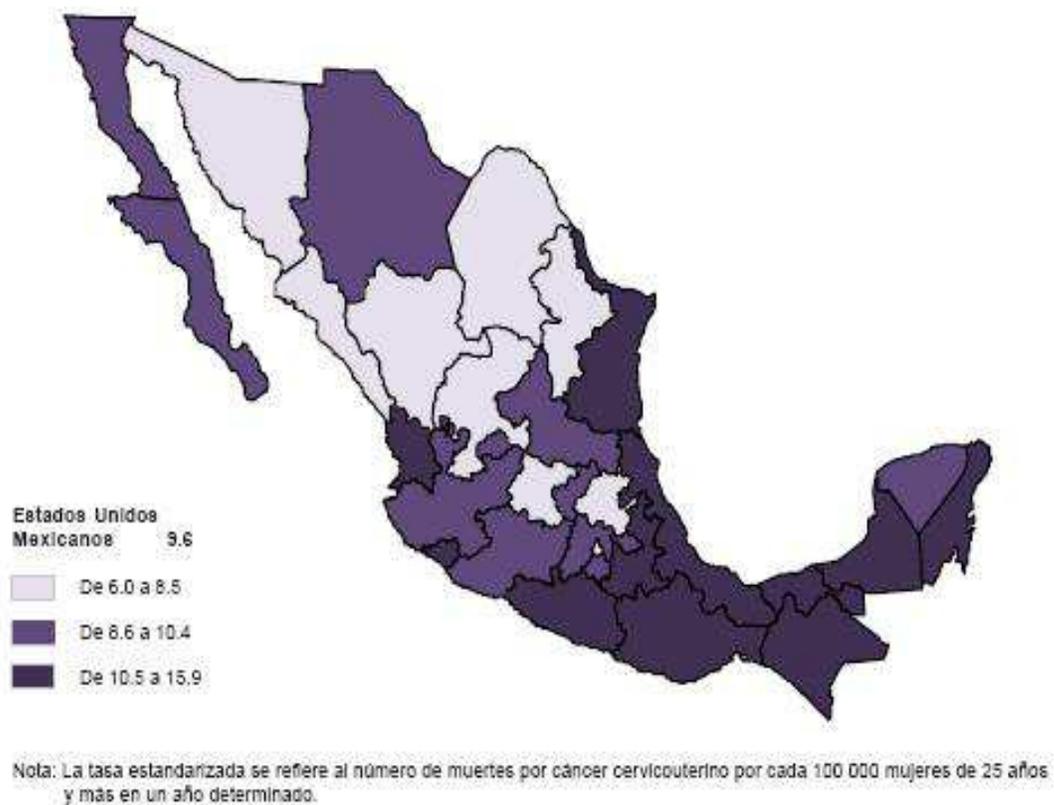
(Por 100 mil habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas históricas de México 2009. 2010.

Anexo 7.

Tasa estandariza de mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa. 2007



Fuente: INEGI. Hombres y mujeres en México 2009. 2010.

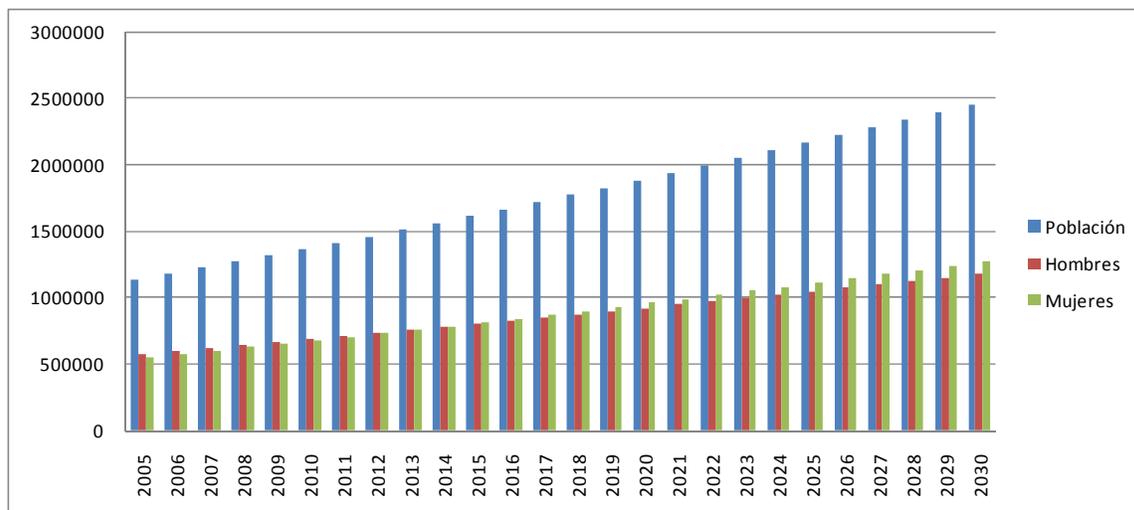
Anexo 8.

Porcentaje de incidencias de embarazos en adolescentes y jóvenes entre la edad de 15 a 24 años. 2002-2005

Estado	Población femenina de 12 a 24 años	Embarazos de 15 a 24 años	%
Chiapas	605,765	129,165	21.32%
Quintana Roo	132,843	27,918	21.02%
Nayarit	120,474	24,785	20.57%
Baja California Sur	59,060	11,204	18.97%
Campeche	100,565	17,954	17.85%
Tabasco	273,147	47,095	17.24%
México	1,743,733	296,019	16.98%
Oaxaca	477,466	79,416	16.63%
Guerrero	426,206	70,082	16.44%
Baja California	326,991	52,834	16.16%
Veracruz	908,689	144,921	15.95%
Tlaxcala	142,683	22,689	15.90%
Morelos	200,835	31,858	15.86%
Durango	195,278	30,973	15.86%
Michoacán	545,660	85,053	15.59%
Aguascalientes	138,999	21,495	15.46%
Chihuahua	378,343	58,054	15.34%
Nuevo León	487,273	74,760	15.34%
Guanajuato	669,657	102,228	15.27%
Colima	71,070	10,548	14.84%
Sonora	281,491	41,574	14.77%
Hidalgo	312,096	45,623	14.62%
Puebla	724,325	103,348	14.27%
Coahuila	297,188	41,646	14.01%
Sinaloa	320,383	43,874	13.69%
Jalisco	861,695	117,582	13.65%
Zacatecas	183,888	25,043	13.62%
Tamaulipas	357,696	48,621	13.59%
San Luis Potosí	318,316	42,686	13.41%
Yucatán	235,407	31,547	13.40%
Distrito Federal	975,158	103,760	10.64%
Querétaro	215,788	22,668	10.50%
Total república mexicana	13,088,168	2,007,023	

Fuente: Elaboración propia en base a: INEGI. 2006 y ENADID 2006.

Anexo 9.
 Proyección de la población 2005-2030 para el estado de Quintana Roo



Nota: Datos disponibles en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234

Fuente: CONAPO. Quintana Roo: Indicadores demográficos, 2005-2030. De la población de México 2005-2050. 2009.

Anexo 10.

Solicitud a través del UTAIPPE para conocer los embarazos en adolescentes.



Gobierno del Estado Libre y
Soberano de Quintana Roo
Cd. Chetumal, Q. Roo



OFICIO NÚMERO: UTAIPPE/DG/CAS/0181/II/2009

ASUNTO: Respuesta a solicitud de información 028-2009

“QUINTANA ROO: 35 AÑOS DE ESTADO LIBRE Y SOBERANO”

Chetumal, Quintana Roo; 05 de febrero de 2009.

C. CARLOS EK MARTÍN,

AVENIDA UNIVERSIDAD NÚMERO 556, ENTRE FRANCISCO

ZARCO Y PONCIANO ARRIAGA, COLONIA NUEVA REFORMA,

CHETUMAL, MUNICIPIO DE OTHÓN P. BLANCO, QUINTANA ROO.

P R E S E N T E .

En apego a lo dispuesto por los artículos 37, 52, 53, 54 y 58 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo y en atención a su solicitud de información identificada con el **folio número cero veintiocho guión dos mil nueve**, que presentó ante esta Unidad, el día veinte de enero del presente año, mediante la cual requiere al **Consejo Estatal de Población de Quintana Roo** información referente a: (...) **índice de embarazos en niñas y adolescentes en el estado de Quintana Roo, del período 1999 al 2008 (por año); Igualmente, de ser posible y si existiera, un resumen anexo por edad y ciudad de origen de estas personas para cada año (...)** (sic), me permito hacer de su conocimiento que habiendo sido turnada para su atención a la citada Entidad, mediante oficio número CJ/01/09, de fecha veintiséis de enero del mismo año, dio respuesta en los términos que a continuación se detallan:

En atención a su oficio número: UTAIPPE/DG/CAS/111/1/2009 de fecha 21 de enero de 2009, (...)

Le comunico que no contamos el índice de embarazos en niñas y adolescentes en el Estado de Quintana Roo, del período 1999 al 2008 (por año); Igualmente, de ser posible y si existiera, un resumen anexo por edad y ciudad de origen de estas personas para cada año, debido a que esta entidad no es responsable de generar dicha información (...) Firma.

Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 56 de la citada Ley, con el propósito de agotar la búsqueda de la información solicitada al interior de la Administración Pública Estatal y en términos de su competencia en la materia, fue necesario requerir para los mismos efectos, a los **Servicios Estatales de Salud**, quien mediante oficio número UETAIP/009/09, de fecha veintiséis de enero del presente año, remitió a esta Unidad la respuesta a la información solicitada, cuyo tenor, en lo conducente, hago de su conocimiento:

En atención a la solicitud de información con número de folio **028-2009** de fecha 20 de enero del año 2009 (...)

Con base en los artículos 51 fracción IV y 54 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo; Art. 72 fracción III del Reglamento de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Poder Ejecutivo del Estado de Quintana Roo, **le informo lo siguiente:**

		Embarzos en adolescentes 1999-2008									
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total emb		15056	15876	15881	16338	16400	17140	17126	13874	14282	14580
<15 años		175	241	277	269	165	363	298	310	332	303
15-19 años		3805	3860	3852	4056	4230	3836	3187	3337	3401	3647
total hasta 19 años		3980	4101	4129	4325	4395	4199	3485	3647	3733	3950
		Indice por cada 100 embarazo									
		1,16	1,52	1,74	1,65	1,01	2,12	1,74	2,23	2,32	2,08
<15 años		1,16	1,52	1,74	1,65	1,01	2,12	1,74	2,23	2,32	2,08
15-19 años		25,27	24,31	24,26	24,83	25,79	22,38	18,61	24,05	23,81	25,01
total hasta 19 años		26,43	25,83	26,00	26,48	26,80	24,50	20,35	26,28	26,13	27,09

Con relación al anexo por edad y ciudad de origen de estas personas para cada año, me permito comentarle que la base de datos existente no contempla dichas variables (...) Firma.

Por lo anterior y con fundamento en los artículos 37 fracciones III y V de la Ley de la materia, 65 fracción I del Reglamento de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Poder Ejecutivo y 5º fracciones III y V del Acuerdo por el que se crea esta Unidad, se da por atendida en tiempo y forma la solicitud que nos ocupa, poniendo a su disposición mediante el presente oficio de respuesta, la información transcrita con anterioridad, tal y como fuera proporcionada por el Consejo Estatal de Población de Quintana Roo y los Servicios Estatales de Salud, respectivamente.

Haciendo de su conocimiento que el **oficio de respuesta generado con motivo de la solicitud de información con folio 028-2009**, además de serle debidamente notificado en tiempo y forma; por esta ocasión, le será remitido adicionalmente por medio del correo electrónico que nos proporcionara para tal efecto, toda vez que el tipo de archivo y el volumen de dicho documento así lo permiten.

Reiterándole que la información le es proporcionada tal como se encuentra en los archivos de las citadas Entidades. Lo que hago de su conocimiento en apego a lo previsto por los artículos 8 de la Ley y 11 del Reglamento ya citados, que en lo conducente disponen:

Artículo 8. Quienes produzcan, administren, manejen, archiven o conserven información pública serán responsables de la transparencia de la información conforme a lo establecido en la presente Ley (...).

La información se proporcionará en el estado en que se encuentre en las Entidades Públicas. La obligación de los Sujetos Obligados de proporcionar información no comprende el procesamiento de la misma, ni el presentarla conforme al interés del solicitante.

Artículo 11. Para efectos de lo dispuesto por el Artículo 8 de la Ley, ninguna Dependencia o Entidad está obligada a proporcionar información que no sea de su competencia; cuando se encuentre impedida para proporcionarla de conformidad con la Ley de la materia; cuando la información no esté en su posesión al momento de efectuarse la solicitud; **o cuando ésta resulte inexistente.**

No obstante lo anterior, nos ponemos a sus respetables órdenes para la aclaración de cualquier duda que pudiera generarse al respecto o, en su efecto, para alguna otra consulta que en lo futuro tenga a bien realizar a esta Unidad. Para lo cual podrá acudir a nuestras oficinas ubicadas en Avenida Héroe número treinta y cuatro, Plaza Galerías, entre Carmen Ochoa de Merino y Othón P. Blanco, Colonia

Centro, de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo o comunicarse al teléfono 983 83 33042, fax 983 83 32089, así como a través del correo electrónico <http://transparencia@qroo.gob.mx>, en horario de oficina y en términos de Ley.

Por último, no omito manifestarle que, aun cuando la resolución contenida en el presente documento no vulnera su derecho de acceso a la información pública, en caso de inconformidad por la misma, usted puede interponer el recurso de revisión, en términos de lo previsto en el Título Tercero de la Ley y del artículo 79 del Reglamento antes citados.

Sin otro particular, esperando haberle servido satisfactoriamente, le envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

**LIC. JOSÉ ALBERTO MUÑOZ ESCALANTE,
DIRECTOR GENERAL DE LA UNIDAD DE
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN
PÚBLICA DEL PODER EJECUTIVO.**

C.c.p. Lic. Raymundo King de la Rosa. Secretario Técnico del Consejo Estatal de Población. *Para su conocimiento.*

C.c.p. Q.F.B. Juan Carlos Azueta Cárdenas. Director General de los Servicios Estatales de Salud. *Para su conocimiento.*

C.c.p. Expediente.

JAME/GZA



Av. Héroes #34 entre Carmen Ochoa de Merino
y Othón P. Blanco. Plaza Galerías.
Chetumal, Quintana Roo.
Teléfonos: 983 83 33042 y 983 83 32089.
Correo: transparencia@qroo.gob.mx
<http://transparencia.qroo.gob.mx>

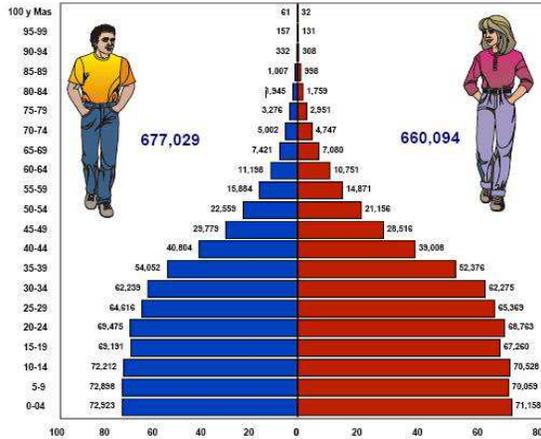
Fuente: Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Quintana Roo (ITAIPQROO). 2010.

Anexo 11.

Estimaciones de población 2008, 2009.

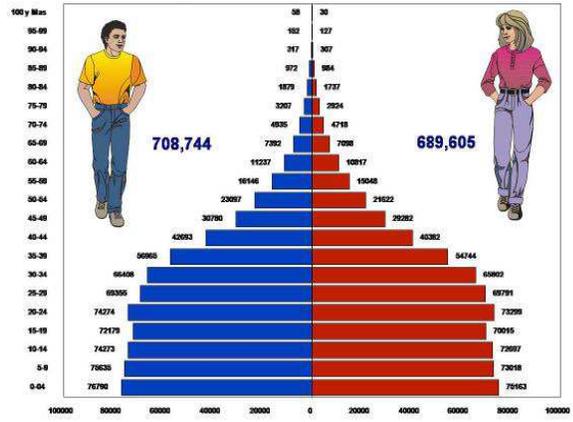
**PIRÁMIDE DE POBLACIÓN 2008
DE QUINTANA ROO**

Total Estatal: 1'337,123 habitantes
Estimación al 30 de Junio de 2008



**PIRÁMIDE DE POBLACIÓN 2009
DE QUINTANA ROO**

Total Estatal: 1'398,349 habitantes
Estimación al 30 de Junio de 2009



Fuente: Consejo Estatal de Población.

Anexo 12.
Presupuesto autorizado al DIF para el ejercicio 2008 asignado a labores asistenciales

GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE QUINTANA ROO
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
OFICIALIA MAYOR
DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS
PRESUPUESTO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO 2008 ASIGNADO A LABORES ASISTENCIALES



CONCEPTO	IMPORTE
ASISTENCIA SOCIAL A DESAMPARADOS	7,194,603.00
PROGRAMA DE ATENCION A ADOLESCENTES EN RIESGO (PAMAR)	932,508.00
ATENCION INTEGRAL A ADULTOS MAYORES	29,853,511.00
ASISTENCIA MEDICA	2,009,133.00
PROCURADURIA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA	396,122.00
CENTRO DE ATENCION A VICTIMAS	979,855.00
ASISTENCIA ALIMENTARIA	15,310,591.00
REHABILITACION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	5,507,737.00
CASA DE ASISTENCIA TEMPORAL A MENORES EN RIESGO	2,666,937.00
CASA HOGAR CIUDAD DE LOS NIÑOS	2,277,517.00
CASA HOGAR PARA ADULTOS MAYORES	611,445.00
	67,739,979.00

LIC. JUAN JOSÉ RIVERO HERRERA
DIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS

JRH/CRA

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. 2009.

Anexo 13.

Concentrado de población atendida en el 2008.

Platicas informativas Ojo con tu antojo2008

Comunidad	Nivel	Población Atendida	Mes
Othón p. Blanco	Telesecundaria	200	Febrero-Marzo
Lázaro Cárdenas	Telesecundaria	100	Marzo-Abril
Ávila Camacho	Telesecundaria	100	Marzo-Abril
Xul-Ha	Telesecundaria	150	Abril-Mayo
Divorciados (primera jornada de platicas preventivas)	Telesecundarias de Ávila Camacho, Lázaro Cárdenas,	300	mayo
Blanca Flor	Telesecundaria	100	Mayo
Divorciados	Divorciados	100	Mayo
Othón P. Blanco	Población abierta	50	Abril-Mayo
Othón P. Blanco	Población Abierta(mascarada)	500	Julio
Othón P. Blanco	Conalep(población abierta)	30	Octubre
Othón P. Blanco	Población abierta	50	Octubre
Municipio de Solidaridad	Conalep	50	Octubre
Municipio de José María Morelos	Población abierta poblados	200	Septiembre
Othón P. Blanco	Secundaria	450	Noviembre-Diciembre
Total		2380	

Gira monólogos ojo con tu antojo 2008

Municipio	Sede	Escuelas atendidas	Población Atendida	Mes
Cancún	Tec Milenio	8	1200	Mayo
Cancún Stan ojo con tu antojo	Plaza Paseos Cancún		1000	Mayo
Othón P. Blanco (DIF ESTATAL)	Teatro Constituyentes		500 padres de familia y maestros	Junio
Cancún	Salón ashanty (inicio de la gira)	6	1300	Septiembre
Solidaridad Stand Ojo con tu antojo	Plaza las Américas		600	Septiembre
Cozumel	Cine Borge	6	900	Septiembre
Cozumel Stand Ojo con tu antojo	Plaza Chedraui		300	Septiembre
Kantunilkin	Casa Ejidal	4	800	Octubre
Othón P. Blanco	Expofer	Población atendida de cara a cara con los bebes virtuales	1500	Octubre
Othón P. Blanco	Expofer Srita. Ojo con tu Antojo		500	Octubre

Tulum	Sindicato de la Croc	4	300	Octubre
Isla mujeres	Centro de Convenciones	3	700	Octubre
Solidaridad	Casa de la Cultura	4	400	noviembre
Othón P. Blanco (DIF MUNICIPAL)	Teatro Constituyentes	2	100	Noviembre
Felipe Carrillo Puerto	Instituto Tecnológico	4	450	Noviembre
José María Morelos Cierre de la Gira de los Monólogos	Teatro del Municipio	4 (1 de las escuelas que asistió es de comunidad)	660 (la segunda función asistieron mas del 50 % padres y madres de familia)	Noviembre
Total				
9 municipios	14 Cedes	45 Escuelas	10310 personas atendidas	

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. 2010.

Anexo 14.

Concentrado de población atendida en el 2009.

PLATICAS INFORMATIVAS OJO CON TU ANTOJO

Comunidad	Nivel	Población Atendida
Othón p. Blanco	Medio superior y básico	1039
Kantunilkin	Básico	50
José María Morelos	Básico	60
Othón P. Blanco	Secundaria (secundaria Federal 2)	130
Othón P. Blanco	Secundaria (escuela particular Latino)	60
Othón P. Blanco	Colegio Eva Samano	70
Felipe Carrillo Puerto	Básico	50
Othón P. Blanco	Media Superior (CEBTis 253)	70
Total		1539

ACTIVIDADES DIVERSAS

Municipio	Sede / Actividad	Tipo de población	Cantidad Atendida
Benito Juárez	Plaza Cancún Moll-paseos Cancún Stand de la campaña	Población abierta	2500
Benito Juárez	Playa langosta Stand de la Campaña	Población Abierta	500
Othón P. Blanco	Stand de la campaña parque del Renacimiento/actividad día del estudiante.	Población abierta	300
Othón P. Blanco	Centro de convenciones/ 12°. Foro Juvenil	Población Juvenil	1300
Othón P.	Stand Plaza las Américas	Población juvenil y	4000

Blanco		Abierta	
9 Municipios	Cancún, Playa del Carmen, Felipe Carrillo Puerto, Othón P. Blanco	Población Juvenil	120
TOTAL			8720

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. 2010.

Anexo 15.

Solicitud de información de acciones del programa “Ojo con tu Antojo” a través del
UTAIPE.

H. Ayuntamiento de Othón P. Blanco 2008-2011



Municipio de Othón P. Blanco

**DIRECCION DE LA UNIDAD DE VINCULACION PARA LA TRANSPARENCIA
Y ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA**

Chetumal, Capital del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, a los catorce días del mes de Junio del dos mil diez, la C. Karla del Rosario Herrera Bacab, encargada de la Dirección de la Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal. - - - - -

VISTOS:

- - - **PRIMERO.**- Mediante solicitud número 102, presentada el 07 de Junio del dos mil diez, ante las oficinas de la Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal, el C. CARLOS HUMBERTO EK MARTIN, quien de manera textual requiere: “¿Acciones realizadas por el programa "ojo con tu antojo" en el municipio de Othón P. Blanco. Si está dentro de sus posibilidades podrían anexar la población beneficiada por sexo y edad, visitas a escuelas, platicas realizadas, entrega de material, etc.?”- - - - -

- - - **SEGUNDO:** Con esa misma fecha, se dicto el acuerdo correspondiente mediante el cual se admitía dicha solicitud de información, ello en virtud de que la misma cumplía con los requisitos necesarios y se refería a información del Municipio Othón P. Blanco. Así mismo se ordeno girar el oficio correspondiente a la Dirección General del D.I.F. Municipal del H. Ayuntamiento de Othón P. Blanco, a fin que en un término de DOS DIAS HABILES, contados a partir de la fecha de recepción del citado oficio, proporcionaran a esta Unidad de Vinculación la información solicitada.- - - - -

- - - **TERCERO.**- Se tuvo por recibido el oficio número DIF/DG/CAM/278/2010, signada por la C. Lic. Yunitzilim Rodríguez Pedraza, Directora General del D.I.F. Municipal del H. Ayuntamiento de Othón P. Blanco, el cual remite a esta Unidad de Vinculación para la

Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal, la información solicitada, que fue encontrada en los archivos de dicha Dirección; - - - - -

CONSIDERANDO:

- - - **PRIMERO:** Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 37, fracciones I, II, III y V de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo, esta Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal, es competente para resolver sobre la solicitud de información presentada por el C. Carlos Humberto Ek Martín - - - - -

- - - **SEGUNDO:** Así entonces, y toda vez que en autos consta oficio número DIF/DG/CAM/278/2010, signada por la C. Lic. Yunitzilim Rodríguez Pedraza, Directora General del D.I.F. Municipal del H. Ayuntamiento de Othón P. Blanco, proporcionan la siguiente información: "En respuesta a su similar No. DUVTAIPM/165//2010 mediante el cual solicita información relativa al Programa "Ojo con tu Antojo", le informo que en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Othón P. Blanco, no existe ningún programa bajo esa denominación, sin embargo desde inicio de la administración 2008-2011 llevamos a cabo acciones para prevenir el embarazo en adolescentes a través del programa "Bebé...piénsalo bien" mismo que presenta los siguientes resultados de enero a junio de 2010:

Fecha	Nombre de la Escuela o Dependencia	Capacitación	Sec.	Pre p.	Publico Abierto	Observaciones
20,21,23/01	Plática en esc. Armando Escobar Nava		368			Pláticas con alumnos de secundaria "paternidad y maternidad responsable, autoestima y seguridad" impartida a los grupos A,B y C (2 platicas con los alumnos de secundaria "La construcción Identidad" impartida a los 3eros años D,E y F" 2 PLATICAS
28,29/01	Sec. Vanguardia Educativa		50			Se atendieron a alumnos de 2do de secundaria con el tema "Situaciones que provoca riesgos de salud en los adolescentes". Plática 1 Transtornos alimenticios: Anorexia y Bulimia. Platica 2 Abuso de drogas: Alcohol, Sustancias aditivas y tabaco.

Fecha	Nombre de la Escuela o Dependencia	Capacitación	Sec.	Pre p.	Publico Abierto	Observaciones
12/02	Sec. Tec. No. 27		206			Se atendieron 206 alumnos de la esc. Sec. Tec. No. 27; sobre "La importancia de vivir con valores", los grupos atendidos fueron 2 primeros y 2 terceros.
17,18,19/02	Sec. Armando Escobar Nava		354			Se atendieron con pláticas alumnos con Identidad Nacional, impartida a los 6 3eros años.
26/02	Plática Comité de valores. Col. Solidaridad Calle Sac Xan				25	Apoyo al comité de valores con el tema de la "Vida", a la señora Irma Kú Marin, responsable del Comité
03/02	Plática al comité "Construyamos un mundo mejor" Dif Municipal				20	Comité de valores del Dif. Municipal Responsable Isabel Esquivel Avila
12/03	Plática de comité de valores Desarrollo Urbano				30	Apoyo al comité de valores, tela "vida" a la capacitadora arq. Cecilia Quintal y Lic. Raquel
17,18,18/03	Esc. Armando Escobar Nava		360			Se atendieron con pláticas alumnos de secundaria "prevención de embarazo en adolescentes" impartida a 3 grupos de terceros
17,18,19/03	Sec. Valentín Gómez Farías		320			Se atendieron con pláticas "prevención de embarazo en adolescentes" impartida a 3 grupos de terceros
SUB TOTAL		0	1658	0	75	
TOTAL		0	1658	0	75	

Fecha	Nombre de la Escuela o Dependencia	Capacitación	Sec.	Prep .	Publico Abierto	Observaciones
	Secretaría de Educación				30	Representantes de escuelas de la SEYC.
	Capacitación en 2 etapas	102				Capacitación a personal de orientación escolar de las escuelas medio superior y a trabajadores de los Hospitales General y Morelos (2 fasetas)
	Escuela ICATQR			21		Instituto de Capacitación para el trabajo ICATQR, (Impartido por personal de capacitación del DIF Mpal , préstamo e 5

						bebés virtuales 12/03/09 al 01/04/09
	Hospital General	8			149	Curso taller al Hospital Morelos, se capacitaron a enfermeras y doctores; pláticas a público abierto
	Cruz Roja				70	Persona responsable y asistencia a guarderías del estado, con pláticas SBS
	CONALEP	73		226		Pláticas impartidas por alumnos que fueron capacitados por el DIF Municipal) préstamo de bebés virtuales 22 al 24/04/09
	COBACH I Y II	112		302		Cobach, planteles I y II, Río Hondo, Carlos A Madrazo, Bacalar, EMSAD: Limones, Altos de Sevilla, Maya Balam, Nicolás Bravo, Caobas
	CEB			30		Plática de prevención de embarazo en adolescentes CEB Bacalar
	Sec. Armando Escobar Nava		128			Plática de prevención de embarazo en adolescentes, 3ero grados
	Sec. Huay Pix		36			Plática de prevención de embarazo en adolescentes, 3ero grados
	Sec. Noh Bec		83			Plática de prevención de embarazo en adolescentes, 3ero grados
	Comunidad Sabidos				41	Pláticas a población abierta de sabidos
	TOTAL	314	247	579	330	1470

Del análisis de la información anteriormente expuesta, esta Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal considera que la misma encuadra dentro del numeral 8º párrafo segundo de la ley antes mencionada, que a su letra dice "Toda la información en poder de los sujetos obligados estará a disposición de las personas, salvo aquella que se considere como reservada o confidencial prevista en esta ley", así mismo el artículo 5º fracciones IV, del mismo ordenamiento a su letra dice "para los efectos de esta ley se tendrá por...IV.- INFORMACIÓN PÚBLICA: La contenida en los documentos y/o instrumentos, que generen, recopilen, mantengan, procesen, administren o resguarden los Sujetos Obligados...por ende, evidentemente se trata de información clasificada por el propio ordenamiento legal en cita como pública".-----

- - - **TERCERO.-** Por otra parte, atendiendo la solicitud de información presentada por el C. CARLOS HUMBERTO EK MARTIN a esta Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal conviene en señalar que dicha información

referente a: "¿Acciones realizadas por el programa "ojo con tu antojo" en el municipio de Othón P. Blanco. Si está dentro de sus posibilidades podrían anexar la población beneficiada por sexo y edad, visitas a escuelas, platicas realizadas, entrega de material, etc.?", se trata de información clasificada como pública, tal y como así se estableció en el considerando que antecede, por lo cual resulta procedente entregar dicha información al solicitante. - - - - -

- - - **CUARTO**- Ahora bien, el artículo 36 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo, faculta a esta Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal, para efectos de cobrar los gastos propios de reproducción y entrega de la información solicitada, siendo estos gastos los correspondientes al costo de los materiales utilizados en la reproducción, que en el presente caso fue requerida sea entregada a través del correo electrónico carlosek@live.com.mx por lo que no es procedente realizar cobro alguno. Por ende, y en atención a la solicitud, procede únicamente notificar la presente resolución en la forma solicitada.- - -

- - - **QUINTO**.- Finalmente, resulta menester señalar que respecto a la presente resolución, no procede recurso alguno que deba substanciarse ante esta Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal; empero, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 74 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo, señala que el plazo para la interposición del recurso será dentro de los quince días hábiles siguientes a la notificación de la presente resolución - - - - -

Por lo expuesto y fundado, es de resolverse y se: - - - - -

- - - - - **RESUELVE:** - - - - -

- - - **PRIMERO**.- En términos del considerando segundo de la presente resolución, se decreta y clasifica como información pública, aquella referente a: "¿Acciones realizadas por el programa "ojo con tu antojo" en el municipio de Othón P. Blanco. Si está dentro de sus posibilidades podrían anexar la población beneficiada por sexo y edad, visitas a escuelas, platicas realizadas, entrega de material, etc.?"- - - - -

- - - **SEGUNDO**: De acuerdo al considerando tercero de la presente resolución, resulta PROCEDENTE hacer entrega al C. CARLOS HUMBERTO EK MARTIN, la información que solicito con folio 91/2010 del 07 de Junio del dos mil diez, relativa a: "¿Acciones realizadas

por el programa "ojo con tu antojo" en el municipio de Othón P. Blanco. Si está dentro de sus posibilidades podrían anexar la población beneficiada por sexo y edad, visitas a escuelas, platicas realizadas, entrega de material, etc.?" -----

----- - - - **TERCERO:** En términos del considerando cuarto de la presente resolución procedase a hacer del conocimiento al C. CARLOS HUMBERTO EK MARTIN, que solicitó de manera personal. -----

- - - **CUARTO.-** Notifíquese de forma personal la presente resolución al C. CARLOS HUMBERTO EK MARTIN. -----

- - - **QUINTO.-** En términos del considerando quinto de ésta resolución, hágasele saber al C. CARLOS HUMBERTO EK MARTIN, del derecho y terminó con que cuenta para inconformarse con la presente resolución ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo.-----

----- - - - **SEXTO.-** En su oportunidad archívese el presente asunto como totalmente concluido.-----

Así resolvió la C. Karla del Rosario Herrera Bacab, Encargada de la Dirección de la Unidad de Vinculación para la Transparencia y Acceso a la Información Pública Municipal.-----

-----C U M P L A S E.-----

Álvaro Obregón No. 321, Col. Centro, C.P.77000 | Tel. 01 (983) 835 15 00
Chetumal, Quintana Roo | www.opb.gob.mx



Fuente: Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Quintana Roo (ITAIPQROO). 2010.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez-Gayou Jurgenson, Juan Luis. Sexoterapia integral. México: El Manual Moderno, 1986.

Anda Gutiérrez, Cuauhtémoc. Quintana Roo: Coloso Mexicano del Caribe, 2004. México

Amuchástegui Herrera, Ana. “*El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación*”, en Szasz, Ivonne y Lerner Susana (Comp.), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México; Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1999. Pag. 138.

Ávila Romay, Jaime. La importancia de la educación sexual en los programas educativos. En: Revista AZ, revista de educación y cultura. Diciembre 2008.

Cazés, Daniel. Creación de alternativas en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 1999.

Cardozo Brum, Myriam. *La evaluación de políticas y programas públicos: el caso de los programas de desarrollo social en México*. México. 2006. Ed. Porrúa.

Cófreces, Evencio. “*la sexualidad humana en la teología católica*”, en *Educación Sexual*. Minos. 1994.

Consejo Estatal de Población (COESPO). Estructura y composición de los índices e indicadores sociales para el Estado de Quintana Roo. Quintana Roo, México. 2007.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006, Tabulados básicos. México. 2008.

- Informe de ejecución 2004-2005: Programa Nacional de Población, 2001-2006. México. 2005.
- Proyecciones de la población de México 2005-2050. México. 2006.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2008.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 2010.

Frenk, Julio y Gómez Dante. La globalización y la nueva salud pública. Salud pública México. vol.49 no.2 Cuernavaca Mar./Apr. 2007.

Freyermuth Enciso, Graciela. Las mujeres de humo: morir en Chenalho : género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto de la Mujer, Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas; M. A. Porrúa, 2003.

Gobierno del Estado de Quintana Roo. IV informe de gobierno-Félix Arturo González Canto. IV.5 Salud para todos. Quintana Roo. México.2009.

González Montes, Soledad. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 1999.

Gonzales Ruíz, Édgar. "Conservadurismo y sexualidad en México". En sexualidades en México, algunas aproximaciones desde las ciencias sociales

Guillermo Figueroa, Juan y Stern, Claudio. Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales. México: El Colegio de México. 2001.

Gutiérrez Paredes, Edgar Daniel. Mercadotecnia social, su evaluación en las campañas de instituciones de carácter social en el Mpio. de Othón. P. Blanco. Chetumal, Quintana Roo, 2009.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar.
Metodología de la investigación. México : McGraw-Hill Interamericana, 2006.

INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México. 2006.

- Anuario Estadístico de Quintana Roo. Edición 2005.
- Estadísticas históricas de México 2009. México, 2010.
- Censo general de población y vivienda 1980. México.
- Censo general de población y vivienda 1990. México.
- Censo de población y vivienda 1995. México.
- Censo general de población y vivienda 2000. México.
- Censo de población y vivienda 2005. México.
- Consulta de nacimientos registrados por entidad y municipio de registro según edad de la madre al nacimiento. 2008.
- Cuaderno estadístico municipal de Benito Juárez. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de Cozumel. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de Felipe Carrillo Puerto. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de Isla Mujeres. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de José María Morelos. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de Lázaro Cárdenas. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de Othón P. Blanco. 2006
- Cuaderno estadístico municipal de Solidaridad. 2006.
- Estadísticas a propósito del Día mundial de la lucha contra el SIDA- Datos de Quintana Roo. Quintana Roo, México. 2009.

- Mujeres y Hombres en México. México. 2009.

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ)-Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud (ENJUVE), 2005. Resultados Preliminares. México, 2006.

- Encuesta Nacional de juventud 2005. Quintana Roo. 2006.

Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). México, 2006.

- Cuestionario de Adolescentes. Quintana Roo, México. 2006.

Informe De La Conferencia Internacional Sobre La Población y el Desarrollo. Septiembre de 1994. Informe disponible en:

<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>

Ivonne Szasz y Susana Lerner. Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1998.

Ley General de Población y Reglamento. 2000.

Ley General de Salud. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 27 de junio de 2010.

Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003. Última reforma publicada en el DOF 27-11-2007

Macías Richard, Carlos; Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ)-Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. Encuesta nacional de Juventud. Quintana Roo, México 2006.

Martínez Roaro, Marcela. Derechos y delitos sexuales y reproductivos. México, D.F. Editorial Porrúa, 2000.

McKinney, John Paul, e Hiram E. Fitzgerald. Psicología del desarrollo: edad adolescente. México: el manual moderno. 1982.

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993

Nirenberg, Olga; Brawerman, Josette y Ruiz, Violeta. *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Argentina. Paidós, 2000.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México. 2005

Organización Mundial de la Salud. Informe de una reunión de la OMS en Ginebra en febrero de 1974. Disponible en: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/WHOR.HTM>

-Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT)*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Palma, Yolanda. *Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. Situación actual y necesidades de información*, en Stern, Claudio (coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Centro de Estudios Sociológicos, Colegio de México, México. 2008.

Pérez Vázquez, María Teresa. “El trabajo de las ONG en el campo de la sexualidad y la educación”, en González Montes, Soledad. *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 1999.

Presidencia de la Republica. Tercer informe de gobierno. México, 2009.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española . Madrid: Real Academia Española, 2001.

Sayavedra Herrerías Gloria y Flores Hernández Eugenia (Coord). Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud? : Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. México: Red de Mujeres, 1997.

(SEQ) Secretaría de Educación de Quintana Roo. Aprendiendo a ser adolescente. Programa de estudio de Asignatura Estatal 2007. Educación básica. Secundaria. Chetumal, Quintana Roo. 3ra. Ed. 2010.

Secretaría de Salud (SESA). Encuesta. Nacional de Salud Reproductiva, ENSAR 2003. México: SESA, CRIM-UNAM; 2003.

- Plan Nacional de Salud 2007-2012. México. 2007
- Programa de Acción Especifico 2007-2012, Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (PASSyRA). México. 2008.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Caravanas de la salud, logros y testimonios. México 2009

Silber, Giurgiovich y Munist. “*El embarazo en la adolescencia*”, en Maddaleno, Matilde, et. al. *La salud del adolescente y del joven*. Organización Panamericana de la Salud, Washington. 1995.

Szasz, Ivonne y Lerner Susana (comp). *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1998.

- Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El Colegio de México; Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1996.

Stern, Claudio. *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Centro de Estudios Sociológicos, Colegio de México, 2008.

- El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud pública de México*, marzo-abril, año/vol. 39, número 002. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca México. 1997.

Suárez Escobar, Marcela. *Sexualidad y norma sobre lo prohibido: la ciudad de México y las postrimerías del virreinato*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1999.

Weeks, Jeffrey. *Sexualidad*. México: Paidós; Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

Zavala de Cosío, María Eugenia. *Cambios de fecundidad en México y política de población*. México: El Colegio de México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

Zimbardo, Philip G. *Psicología y vida*. México: Trillas, 2002.

Zúñiga, Elena. *La situación demográfica de los jóvenes*, en Stern, Claudio (coord.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Centro de Estudios Sociológicos, Colegio de México, México. 2008.

Notas periodísticas

Alejandra Carrión. *Aumentan los embarazos adolescentes*. Por Esto. Miércoles 22 de julio de 2009. P. 6. La Ciudad.

Fuentes electrónicas consultadas.

Organización Mundial de la salud 2010. Salud de los adolescentes.

http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/dev/es/index.html

Organización Mundial de la salud. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. 2010.

Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html

Fuentes informativas en línea.

Adriana Varillas. Ocupa QR primer lugar en embarazos de adolescentes. El universal. ,24 de noviembre de 2006, disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/estados/63092.html> (vi. 8 de noviembre de 2008)

El Universal. Altos porcentajes de embarazos en México. 15 de septiembre de 2007. Disponible en:

<http://www.debate.com.mx/eldebate/Articulos/ArticuloGeneral.asp?IdArt=3969846&IdCat=6087> (Vi. 08 de noviembre de 2008)

Verónica Mondragón. Diagnostico de OCDE pone a México en coma. Excélsior. 02 de julio de 2009. Disponible en:

http://www.exonline.com.mx/diario/noticia/primer/pulsonacional/diagnostico_de_ocde_pone_a_mexico_en_coma/649037 (Vi. 10 de julio de 2009)

Portales oficiales del gobierno

Portal del gobierno del Estado de Quintana Roo

- Tercer informe de gobierno. Félix Arturo González Canto. Disponible en: <http://tercerinforme.qroo.gob.mx/WebPage.php?IdUbicacion=2&Pagina=Nota.php&IdNota=2419>, <http://tercerinforme.qroo.gob.mx/WebPage.php?IdUbicacion=2&Pagina=Nota.php&IdNota=2423> (Vi. 22 de agosto de 2009)

- IV informe de gobierno. Félix Arturo González Canto. 1.6. finanzas públicas. Versión electrónica disponible en: <http://cuartoinforme.qroo.gob.mx/Documento/16.php> (vi. 19 de diciembre de 2009)
- <http://www.quintanaroo.gob.mx/qroo/WebPage.php?IdUbicacion=2&Pagina=Nota.php&IdNota=2423>

Portal de la Unidad de Vocero del Estado de Quintana Roo:

- http://www.unidaddelvocero.com/2007/Agosto/noticias/noticiasdia/09_02.html
- http://www.unidaddelvocero.com/2007/Enero/noticias/noticiasdia/25_10.html
- [http://www.unidaddelvocero.com/2007/Enero/noticias/noticiasdia/25_12.](http://www.unidaddelvocero.com/2007/Enero/noticias/noticiasdia/25_12)

Secretaría de Salud.

- Seguro popular. Antecedentes. Disponible en: <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/antecedentes.htm> (vi. 20 de diciembre de 2009)
- Indicadores de gastos en salud. Anexos y foros de consulta ciudadana de la Secretaría de Salud. Disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnsanexos.pdf>