



El Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

INSTITUTO QUERETANO DE LAS MUJERES UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

INFORME FINAL DEL PROYECTO

"Estudio sobre la atención y prevención del embarazo en adolescentes de los programas que operan las dependencias responsables del Estado de Querétaro"

(N° de convenio: OMDAF/280812/01-C01)

Responsable

Dr. Marco Antonio Carrillo Pacheco.

Colaboradores

Dra. María Antonieta Mendoza Ayala.

Dr. Javier Rolando Salinas García.

Mtro. José Juan Martínez Juárez.

Lic. Alejandra María del Mar Carrillo Hernández.

Mtra. María Liliana Luján Rico.

Lic. Jorge Antonio Lara Ovando.

Lic. Gerardo Gómez Arteaga.

Lic. Andrea Ribón Uribe.

Fecha de inicio: 11 de septiembre de 2012

Fecha de término: 15 de noviembre de 2012.

Í N D I C E

Resumen	1
Presentación	2
La perspectiva de género y la salud sexual y reproductiva	2
El papel del Instituto Queretano de las Mujeres (IQM) para alcanzar la equidad de género	9
PRIMERA PARTE. La propuesta de trabajo	13
Capítulo 1. Alcances de la investigación	14
La perspectiva conceptual	14
La salud de los y las adolescentes	16
Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
Material y métodos	20
Técnicas de recolección de información	21
Universo de estudio	21
Características de la encuesta	22
Prueba piloto	24
Procedimiento para determinar el tamaño de la muestra	25
Construcción y manejo de la base de datos	28
Capítulo 2. Política pública y la normatividad sobre la salud sexual y reproductiva	33
Situación internacional	33
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW)	33
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo .	36
Objetivos del milenio	38
Situación nacional	39
Plan Nacional de Desarrollo	40
Programa Sectorial de Salud (2007-2012)	40
Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva	41

Diagnóstico de salud	42
Situación estatal	44
Plan Estatal de Querétaro 2010-2015	44
Ley de Salud del Estado de Querétaro	47
Ley para el Desarrollo de los Jóvenes	47
Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del estado de Querétaro	47
SEGUNDA PARTE. Resultados	51
Capítulo 3. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del estado de Querétaro	52
Población adolescente en el país	52
Resultados de la encuesta	55
Perfil sociodemográfico de la población encuestada	56
Cruce de variables	58
Primera variable: edad	59
Edad y sexualidad	59
Edad y embarazo. Encuesta mujeres	66
Edad y embarazo. Encuesta hombres	68
Edad y métodos anticonceptivos	70
Edad e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	72
Segunda variable: municipio	73
Municipio y sexualidad	73
Municipio y embarazo	77
Municipio y métodos anticonceptivos	77
Municipio e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	79
Tercera variable: religión	79
Religión y sexualidad	80
Religión y embarazo	85
Religión y métodos anticonceptivos	90
Religión e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	95
Capítulo 4. Las instituciones de salud	97
Programas en operación	97

Secretaría de Salud en el estado de Querétaro (SESA)	99
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	101
Guía para el cuidado de la salud adolescente de 10 a 19 años	102
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	103
Hospital del Niño y la Mujer	105
Hospital General de Querétaro (HGQRO)	106
Seguro Popular	106
Instituciones de salud privadas en el estado de Querétaro	106
Instituciones con programas orientados a la salud sexual y reproductiva	107
Desarrollo Integral de la Familia	108
Resultados de la encuesta	114
Edad y embarazo. Encuesta mujeres	114
Edad y métodos anticonceptivos	114
Edad y funciones de las instituciones de salud	115
Municipio y funciones de las instituciones de salud	121
Percepciones sobre los servicios de salud	129
Resultados de las entrevistas	131
Módulo I. Tipo, número y características de los programas de salud sexual y reproductiva	132
Módulo II. Áreas de oportunidad de los programas de salud sexual y reproductiva	136
Módulo III. Manejo institucional de los programas de salud sexual y reproductiva	139
Módulo IV. Factores culturales y sociales que impactan a los programas de salud sexual y reproductiva	142
Módulo V. Recomendaciones para mejorar el impacto de los programas de salud sexual y reproductiva	145
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	150
Los temas de la discusión nacional	151
Conclusiones del estudio	159
Las prácticas sexuales y reproductivas de la población adolescente	159
Salud sexual	161

Métodos anticonceptivos e Infecciones de Transmisión Sexual	165
Reflexiones en torno a la igualdad de género y salud sexual y reproductiva	166
Recomendaciones	171
Instituciones de Gobierno del Estado de Querétaro ...	171
Instituciones de salud públicas y privadas	175
Instituciones de educación	176
Instituto Queretano de las Mujeres (IQM)	178
Bibliografía general	180

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del estado de Querétaro, así como de la eficiencia de los programas que operan en las diferentes instituciones de salud. Se aplicaron 1,672 encuestas en seis municipios a hombres y mujeres cuyo rango de edad se ubica entre los 10 y 19 años. Los resultados del estudio están orientados a evaluar la percepción y conocimiento que las y los jóvenes tienen acerca del embarazo, las infecciones de transmisión sexual (ITS), los métodos anticonceptivos, las prácticas sexuales y las problemáticas sociales y culturales asociadas a la salud sexual y reproductiva. El estudio concluye con una serie de recomendaciones orientadas a maximizar la eficiencia de las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva que operan en las instituciones de salud en el estado.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, perspectiva de género, adolescentes, instituciones de salud.

PRESENTACIÓN

La perspectiva de género y la salud sexual y reproductiva

A partir de la celebración de la Conferencia sobre la mujer, organizada por la ONU, en el año de 1975 en la ciudad de México (SEP, 2011), la perspectiva de género se ha convertido en un tema de primer orden, tanto para la sociedad en general como para las acciones de los distintos niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). La perspectiva de género abarca todos los ámbitos de la vida cotidiana, lo mismo en el trabajo que en el hogar, en el deporte y en la salud, en los derechos y en las responsabilidades, en las actividades públicas y privadas. Sin embargo, la cultura de la equidad de género todavía no alcanza el nivel deseable, pues persisten las desigualdades y, en ocasiones, pareciera incluso, que nos alejamos de este anhelo.

El camino hacia la igualdad de género no es sencillo, ni mucho menos una concesión de la sociedad, tampoco ha sido terso; es el resultado de una lucha tenaz de las mujeres por demostrar que no existen diferencias biológicas ni culturales que justifiquen la discriminación y la desigualdad, la lucha por la equidad ha demostrado que el desarrollo sostenible de una nación no puede realizarse sin la contribución femenina; la economía y la democracia requieren la gestión de proyectos basados en la prevención y eliminación de todo tipo de agresión ejercida en contra de cualquier grupo humano. En México, las mujeres son la mayoría de la población, situación que obliga a intensificar los cambios en las formas de pensar de los mexicanos para desterrar las prácticas lesivas que favorecen la discriminación y la violencia en contra de ellas.

En México, el derecho a decidir libremente sobre nuestra sexualidad y sobre el número de hijos, está consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. No obstante, para lograr el cumplimiento de la

Carta Magna, es indispensable el rediseño e instrumentación de programas que operan en las instituciones de salud y en el conjunto de instituciones de bienestar social; es básico también *“ampliar la cobertura de salud para asegurar la disponibilidad y el acceso a los servicios de planificación familiar, así como otorgar información y orientación veraz y suficiente que contribuya a la toma de decisiones libres, responsables e informadas en materia sexual y reproductiva”* (INEGI, 2012: 1).

La perspectiva de género es una concepción social, la cual *“implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual.”* (Lamas, 1995), y no basta con reconocer las diferencias y hacer tabula rasa del pasado para tratar de encubrir las brechas existentes pues, de este modo, se tiende a profundizar la desigualdad; es como en el caso del aumento al salario, donde un supuesto trato igual implica asignar el mismo porcentaje de aumento para todos, pero a la hora de contar el dinero, quien más gana más obtiene, consolidando, al paso del tiempo, las diferencias salariales y reproduciendo la desigualdad en todos los ámbitos sociales.

Lo mismo sucede en cuestiones de género, no podemos hablar de igualdad estableciendo las mismas oportunidades para hombres y mujeres sin entender las brechas existentes; es indispensable, en los tiempos que corren, diseñar políticas públicas que reconozcan las desigualdades históricas y produzcan programas y acciones que contribuyan a equilibrar efectivamente las brechas creadas a partir de apoyos diferenciados en beneficio de la mujer.

El siglo XXI se destaca por el crecimiento de la importancia que la equidad de género tiene para el desarrollo sostenible. La salud sexual y reproductiva debe ser vista desde una visión que privilegie a la persona, tanto en su condición familiar como individual, colocando en primer término los intereses de las mujeres,

centralizando la atención en los derechos reproductivos con la firme decisión de disminuir y erradicar las condiciones de desigualdad social y de género (Lerner, Szasz y Rodríguez, 2009).

En el campo de la salud destacan los esfuerzos que se vienen realizando para procurar las mejores condiciones de vida a toda la población, pues los niveles de salud de un pueblo reflejan sus condiciones de vida. En el caso de los y las adolescentes, además de la situación estrictamente biológica, es prioritario mejorar su calidad de vida mediante el conocimiento y la atención integral en los aspectos de salud sexual y reproductiva. La relevancia de conocer esta situación tiene la finalidad de diseñar las estrategias apropiadas para promover las políticas públicas de verdadero carácter social que garanticen la equidad de género en el corto plazo.

La salud sexual y reproductiva se constituye en un espacio de confluencia de temas relevantes como son los derechos humanos, el bienestar colectivo e, incluso, tiene incidencia en el mismo desarrollo económico. Como lo señala Ramos (2006: 201-202):

“la capacidad o incapacidad de los individuos, y en especial de las mujeres, de regular y controlar su propia fecundidad afecta la salud y el bienestar de las personas directamente involucradas, y no tener la posibilidad de decidir libremente sobre este campo constituye una violación a los derechos humanos. Además, tiene implicaciones en la estabilidad global y el equilibrio entre la población y los recursos naturales y entre las personas y su medio ambiente”.

Además, el inicio temprano de las actividades sexuales no debe ser estigmatizado, debe ser valorado en la dimensión social, biológica y psicológica por la que pasa todo ser humano, tiene que ser apoyado a través de acciones de información, prevención, protección y atención integral. La adolescencia es una etapa en la que

se fortalecen muchos patrones de conducta, positivos o negativos en función del sentido y significado que le asignen las y los adolescentes a los hechos que inciden en sus relaciones personales.

Derivado de los resultados obtenidos con los programas que operan las instituciones de salud a partir de las políticas públicas diseñadas en el presente sexenio, cobra relevancia el tema de las opciones de los y las adolescentes a ejercer libremente su sexualidad y a cristalizar sus planes de vida. Una estadística que llama la atención es que a diferencia de la experiencia europea, donde la edad promedio al primer nacimiento pasa de 24.6 años en 1975 a 28.5 en 2001 (Villagómez, 2008), en América Latina y en México se observa un proceso inverso, el embarazo como resultado del inicio de la vida sexual es una situación de alta incidencia, la tendencia es hacia el incremento en el embarazo en personas menores de 20 años; en El Salvador, 30% de los embarazos atendidos por el sistema público de salud, correspondió a adolescentes entre 10 y 19 años (Cladem, 2009); en Bolivia la cifra alcanza al 18% de las adolescentes (Salinas y Castro, 2011); en Argentina representa el 18.8% (Ortale, 2009) y en México las mujeres que han estado embarazadas en el rango de edad de 15 a 17 años es de 6.6% y entre 18 y 19 años se incrementa a 19.2% (IMJUVE, 2011).

El Programa de Acción Específico 2007-2012, salud sexual y reproductiva para adolescentes (Secretaría de Salud 2008: 11) señala que *“la mayor proporción de carga de la enfermedad que afecta a los adolescentes [...] son las lesiones y problemas neuropsiquiátricos. Le siguen en orden de importancia las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, las cuales muestran un comportamiento diferencial por género, siendo más alta en las mujeres [...]”*. De ahí la importancia del presente estudio para conocer las acciones institucionales y el impacto que han tenido entre la población adolescente. La perspectiva de género es esencial para reconocer las diferencias tanto en los perfiles epidemiológicos como en los roles y estereotipos sociales (García, 2007).

De acuerdo con la información periodística estatal, Querétaro llegó a posicionarse en los años 2006 a 2010 dentro de los primeros lugares con mayor incidencia en embarazos en adolescentes, lo cual despertó la preocupación de las autoridades de salud del estado e hizo que se tomaran diversas medidas para combatir este fenómeno; entre ellas destaca lo declarado por el Secretario de Salud en el estado de Querétaro en el sentido de mejorar la atención a las adolescentes embarazadas. Durante el año 2011, el IMSS informó en un comunicado, que se atendieron en todo el Estado, 14 mil 890 embarazos; en promedio el IMSS atiende 28 partos diarios de los cuales, 11% corresponde a mujeres adolescentes. Por su parte, en el Hospital del Niño y la Mujer, al día se registran aproximadamente 55 nacimientos de los cuales, entre siete y ocho son de mujeres menores de 18 años. Anualmente, 12 mil corresponden a embarazos en adolescentes de 14 a 19 años, indicaba el titular de la Secretaría de Salud del Estado a mediados de 2012 (El Universal, 04 de junio de 2012).

La Secretaría de Salud en el estado dio a conocer un informe en el que se explica que de 2009 a 2011, los embarazos en mujeres menores de 20 años en Querétaro se habían incrementado de 6 mil 800 a 13 mil 241, lo que representa un incremento de 94% y que de cada 100 embarazos reportados, 28 de ellos son de menores de 20 años. (El Universal, 16 septiembre 2012). Si a esta información agregamos que prácticamente en todos los municipios del estado de Querétaro el embarazo en adolescentes se ha incrementado en los últimos diez años (ver cuadros 1 y 2), se observa una problemática urgente que requiere ser atendida con la seriedad y responsabilidad social para tratar de que estas situaciones disminuyan y se den en las mejores condiciones sanitarias posibles.

En un sentido social, de lo que se trata es de conjugar esfuerzos para asegurar la información y el suministro de los métodos anticonceptivos a quien lo solicite, impulsar estrategias para que las mujeres y los hombres pidan y usen los anticonceptivos; así como desarrollar proyectos de trabajo que contribuyan a

mejorar la calidad en la educación sexual y reproductiva que poseen los jóvenes hoy en día y así, estén en condiciones de contar con herramientas para prevenir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que viven los adolescentes y eviten enfrentarse a un embarazo no planeado.

Cuadro 1. Porcentaje de mujeres con al menos un hijo nacido vivo por municipio

Municipio	2000	2010
Amealco de Bonfil	7.9	6.9
Arroyo Seco	5.1	7.3
Cadereyta de Montes	6.5	7.7
Colón	7.1	8.2
Corregidora	4.7	4.8
Ezequiel Montes	6.0	6.8
Huimilpan	4.6	5.9
Jalpan de Serra	7.3	7.6
Landa de Matamoros	6.0	6.2
El Marqués	6.9	8.0
Pedro Escobedo	6.5	7.6
Peñamiller	6.4	8.0
Pinal de Amoles	7.4	8.0
Querétaro	5.0	6.5
San Joaquín	7.5	6.8
San Juan del Río	5.8	6.4
Tequisquiapan	5.7	6.6
Tolimán	6.5	6.7

Fuente: Elaboración propia con base en la información de INEGI 2011a y 2011b; COESPO, estadística de natalidad

Cuadro 2. Nacimientos registrados por municipios de ocurrencia en madres de 15 a 19 años. Estado de Querétaro y municipios 2005 y 2010

	Total	2005 De 15 a 19 años	Porcentaje respecto al total Municipal	Total	2010 De 15 a 19 años	Porcentaje respecto al total municipal
Estado	43,149	6360	14.70%	42,768	6787	15.90%
Amealco de Bonfil	1,356	182	13.40%	737	95	12.90%
Arroyo Seco	118	5	4.20%	33	1	3.00%
Cadereyta de Montes	4,059	770	19.00%	4,141	785	19.00%
Colón	247	23	9.30%	108	5	4.60%
Corregidora	2,935	401	13.70%	3,334	300	9.00%
El Marqués	230	28	12.20%	116	18	15.50%
Ezequiel Montes	135	17	12.60%	91	12	13.20%
Huimilpan	154	10	6.50%	80	7	8.80%
Jalpan de Serra	1,796	295	16.40%	1,918	372	19.40%
Landa de Matamoros	175	23	13.10%	61	3	4.90%
Pedro Escobedo	252	40	15.90%	81	9	11.10%
Peñamiller	238	19	8.00%	76	8	10.50%
Pinal de Amoles	364	38	10.40%	97	3	3.105
Querétaro	22,869	3,307	14.50%	24,183	3,950	16.30%
San Joaquín	313	37	11.80%	85	15	17.60%
San Juan del Río	6,699	1,041	15.50%	6,774	1,100	16.20%
Tequisquiapan	836	93	11.10%	761	100	13.10%
Tolimán	361	31	8.60%	81	3	3.70%

Fuente: Consejo Estatal de Población, con base en INEGI, 2010, estadísticas de natalidad.

Es cierto que el embarazo adolescente es un fenómeno complejo, heterogéneo y multicausal; sin embargo, no podemos soslayar el hecho de las profundas desigualdades, las cuáles inciden en las prácticas sexuales y reproductivas de la población; así, las desigualdades económicas, políticas y de alimentación, están directamente articuladas a la salud sexual y reproductiva (Lerner, Szasz y Rodríguez, 2009). Se estima que a mayores niveles de pobreza, menores son las posibilidades de alcanzar los mínimos derechos en cuanto a salud sexual y reproductiva. Por tanto, es necesario conjuntar esfuerzos interdisciplinarios e interinstitucionales para diseñar e instrumentar las estrategias integrales y adecuadas a las condiciones socioeconómicas y culturales que contextualizan a este fenómeno.

El papel del Instituto Queretano de las Mujeres (IQM) para alcanzar la equidad de género

Los esfuerzos por eliminar toda forma de discriminación se han intensificado en el presente siglo; como veremos más adelante, la legislación (internacional, nacional y estatal) contiene los lineamientos básicos para alcanzar los objetivos del milenio, establecidos por la ONU en salud sexual y reproductiva. Es para destacar que los mayores logros provienen de la misma sociedad civil, a través de las organizaciones no gubernamentales se han generado todo tipo de estudios y diversas acciones de sensibilización que se han concretado en políticas públicas y programas de gobierno tendientes a la mejora de la calidad de vida de la población.

En Querétaro la canalización del trabajo social e institucional ha pasado, inicialmente, por la creación del Consejo Estatal de la Mujer en 1997, crece en importancia con la creación en 2006 del Instituto Queretano de la Mujer (IQM) y se consolida con la promulgación de la Ley del Instituto Queretano de las Mujeres (2012) y su reconocimiento como organismo descentralizado; de acuerdo con el artículo 6 de la mencionada Ley, tiene por objeto general promover, fomentar e instrumentar acciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y el ejercicio pleno de sus derechos, así como motivar la participación social en los ámbitos político, cultural, económico y social para alcanzar el desarrollo integral de la sociedad, bajo los criterios de transversalidad en las políticas públicas con perspectiva de género en las distintas dependencias y entidades de la administración pública estatal, a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas o conjuntas; el fortalecimiento de vínculos con los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como con los diferentes organismos constitucionales autónomos; y la coordinación permanente entre las entidades y dependencias de la administración pública estatal, así como

entre autoridades federales y municipales, y entre los sectores social y privado, en relación con las mujeres (Ley del IQM, 2012: 29)

Desde su creación, el IQM se distingue por su relevante papel en la promoción de los conceptos esenciales de la perspectiva de género, ampliando, día a día, su radio de acción a los principales espacios de la sociedad queretana para cumplir con los objetivos establecidos en la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del estado de Querétaro, en los ámbitos económicos, políticos, laborales y culturales.

El contenido de fondo del quehacer del IQM establece que no es suficiente el discurso de la igualdad de trato, porque vivimos en una sociedad en la que se carece de opciones de desarrollo reales para las mujeres. No podemos soslayar que nuestra realidad se nutre de los pequeños actos cotidianos que realizamos, el entramado social se finca en las múltiples interrelaciones de los diversos grupos humanos, donde los procesos económicos, políticos, artísticos, los hábitos, gustos y costumbres adquieren las características que la dinámica social le imprime. Esta situación supone que el rol asignado a hombre y mujeres, en ese conjunto de pequeños actos cotidianos, ha derivado en una sociedad patriarcal que subsume a la mujer y le asigna un sitio secundario en el juego social.

El IQM ofrece a las mujeres asesoría legal, psicológica, capacitación, refugio temporal para mujeres, hijos e hijas en situación de violencia extrema y, en su caso, canalización a otros refugios para la mujer; interactúa con instituciones educativas y sociales para producir la información necesaria para conocer la realidad de la mujer queretana y mantiene un estrecho vínculo con todas las dependencias públicas estatales para: a) evaluar programas beneficio directo para prevenir, erradicar y castigar a quienes atentan contra los derechos humanos de las mujeres; b) establece mecanismos de cooperación inter y multi-institucional

para ampliar su radio de acción; c) estimula la incorporación de la perspectiva de género en los programas de las dependencias gubernamentales y, en general, participa en todas las actividades dirigidas al cumplimiento de la legislación establecida en materia de equidad de género.

Un resultado importante de las actividades desarrolladas, se traducen en los hallazgos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011, ENDIREH 2011 (INEGI, 2011c)). En 2006, la ENDIREH colocó a Querétaro en el primer lugar de violencia laboral, Querétaro con 37.6% de las mujeres ocupadas de 15 años y más con algún incidente de violencia laboral (discriminación y acoso). Debido a los resultados negativos, en la entidad se tomaron acciones directas para enfrentar esta situación. La ENDIREH 2011 (INEGI, 2011c), muestra una situación totalmente diferente: Querétaro se ubica en el lugar 20, con un porcentaje del 20.46%; cuestión que constituye un estímulo para seguir trabajando para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres en el estado de Querétaro y continuar desarrollando acciones propositivas, con perspectiva de género, insistir en la aplicación de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y a seguir fomentando, de acuerdo a la misión del IQM, nuevas prácticas en las instituciones públicas para buscar la erradicación de todo tipo de violencia de género.

“Fomentar la igualdad, el respeto y la no discriminación hacia las mujeres mediante acciones afirmativas, alianzas y estrategias interinstitucionales con los distintos niveles de gobierno y con la sociedad civil organizada, con el fin de incluir en su quehacer la perspectiva de género, favoreciendo la participación de las mujeres en los procesos políticos, culturales, económicos y sociales”.

Para avanzar en el conocimiento de lo que ocurre en Querétaro en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes se lleva a cabo el presente estudio que aspira a convertirse en una herramienta útil de trabajo para generar políticas de

largo plazo y acciones encaminadas a lograr que el derecho a la libre decisión en salud sexual y reproductiva (Secretaría de Salud, 2002), sea bajo condiciones de información completa y responsabilidad compartida y donde se pueda avanzar por el camino de la prevención, sanción y erradicación de todo tipo de violencia y discriminación en contra de la mujer. Desde luego, no puede dejar de reconocerse el avance en materia de derechos humanos, principalmente en los marcos normativos vinculados a la situación de violencia e igualdad; pero, también es cierto que falta mucho por hacer para que dicha normatividad termine por convertirse en una práctica constante y en una cultura que estimule la igualdad entre mujeres y hombres en todos los espacios de la vida cotidiana.

En resumen, como lo señala un comunicado de prensa de INMUJERES (2012):

“la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes es un compromiso de toda la sociedad y tiene que ser un asunto compartido, ya que involucra a diferentes actores como madres y padres de familia, personal docente, prestadores/as de servicios de salud, gobierno y sociedad civil, quienes deben conjuntar acciones en todos los niveles para obtener un impacto verdadero que permita hacer un frente amplio para crear conciencia entre la población adolescente y brindar consejería oportuna y clara sobre el derecho a ejercer una sexualidad responsable e informada.”

Así, además de trabajar para disminuir el rezago social que se vive en todo el país y que impacta directamente en las condiciones de la salud sexual y reproductiva, se debe establecer un nuevo enfoque, centrado en las necesidades que los propios jóvenes plantean, para contribuir a derribar los obstáculos culturales que impiden la libre decisión y el pleno desarrollo de su sexualidad. Implica replantearse la vieja concepción que ve al embarazo adolescente como un “problema”, cuando en la realidad, el verdadero problema son las condiciones en las que ocurre este hecho (Lamas, 2012).

PRIMERA PARTE
LA PROPUESTA DE TRABAJO

CAPÍTULO 1

ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

La perspectiva conceptual

El marco referencial que se adoptó para llevar a cabo la investigación se centra en siete aspectos que consideramos primordiales.

Primero. Desde la perspectiva de género, entendida como un concepto que atraviesa al conjunto de las relaciones humanas, la participación del sujeto dentro de un grupo social de pertenencia, con comportamientos sociales que están vinculados a dos aspectos: a) las motivaciones para estar dentro del grupo (seguridad, status, autoestima, interacción, poder); b) rol que se asume (activo o pasivo, líder o subordinado). En el caso del sector poblacional estudiado, adolescentes de 10 a 19 años, se considera que el proceso de aprendizaje social pasa por un conjunto de ideas preconcebidas sobre la sexualidad y la reproducción, así como por los estereotipos del rol de género que desempeñan y que se constituyen en aspectos que deben modificarse socialmente para acceder a una vida de igualdad entre géneros y libre de violencia.

Segundo. Todo comportamiento es un contrato psicológico, es decir, un convenio no escrito al interior de la pareja o del grupo, donde se establecen expectativas mutuas de acuerdo al rol que se desempeña. Las relaciones afectivas derivan, en muchas ocasiones en relaciones sexuales, lo cual es parte de un proceso biopsicológico normal del ser humano; los actos sexuales basados en el descuido, la falta de conocimiento o alguna idea preconcebida (*“yo creí que no podía embarazarme por ser la primera vez que lo hacía”*) generan dinámicas que inciden en la vida de los adolescentes y cuyas causas están relacionadas con el contexto socioeconómico y cultural en el que los grupos se desenvuelven y establecen todo tipo de relaciones (sociales y subjetivas).

Tercero. La integración a grupos sociales determinados con características económicas, educativas y de prácticas de cuidado de la salud determinadas, es un componente importante en las prácticas sexuales y reproductivas y en las consecuencias sociales de desigualdad.

Cuarto. El control, las prohibiciones sociales y sobre todo la falta de información y la información distorsionada, son factores que delimitan el campo de acción del adolescente, lo reprime, contiene y encauza para asegurar que su comportamiento se produzca en los límites del orden, imponiendo conductas cooperativas y predecibles. El entorno informativo restringido en materia de salud sexual y reproductiva, contribuye al fenómeno de los embarazos no planeados y al incremento de las infecciones de transmisión sexual.

Quinto. En la sociedad actual el sujeto es cristalización de mecanismos sociales (leyes, normas, acciones intersubjetivas); por tanto, nuestro comportamiento no es totalmente libre ni obedece a circunstancias propias de la individualidad, nuestro comportamiento está direccionado y, en algún sentido, controlado, para responder a los imperativos sociales y a la lógica de la moral social impuesta. Sin embargo, esta condición no nos exenta como sociedad a mantener el estado de cosas existente y se tiene que trabajar como sociedad para erradicar los comportamientos y las acciones que inciden en la intensificación de los factores de riesgo hacia embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual; en este debemos dejar de lado la justificación de “vivimos en una sociedad machista” y generar nuevos roles de género, basados en la libertad que nos otorga el artículo 4° de la Constitución Mexicana.

Sexto. La ausencia de educación sexual, la falta de información sobre la salud sexual y reproductiva, aunado a un contexto de precarización de las condiciones económicas y rezago social, repercuten en dos ámbitos: a) el conjunto de prohibiciones por valores y normas religiosas y sociales que restringen las

opciones de decisión sobre nuestra sexualidad; b) la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en poderosos factores de riesgo que pueden derivar en consecuencias personales y colectivas destructivas.

Séptimo. Se tiene que trabajar integralmente y conjuntando esfuerzos entre instituciones, sociedad civil y personas altamente comprometidas con el bienestar público para, como lo menciona Martha Lamas (1999), resignificar valores y sentidos con contenido humano y democrático para fomentar el respeto y la plena vigencia de los derechos sexuales, ejercidos corresponsablemente, sin adjudicar unilateralmente a la mujer situaciones, como el caso de la prevención del embarazo o el cuidado de las y los niños.

La salud de los y las adolescentes

Es un hecho que en el proceso de crecimiento de los y las adolescentes, la sexualidad ejerce una influencia significativa en el desarrollo orgánico, en el manejo responsable para su propio autocontrol y, en lo que respecta a los factores psicosociales prominentes, en la estructuración de la personalidad, tales como la autoestima y la identidad. Por ello, los y las adolescentes deben tener el conocimiento amplio y documentado para el manejo de su sexualidad. En este sentido es importante la gestión de programas eficientes y de calidad vinculados a la salud sexual y reproductiva en esta etapa del desarrollo de las personas; para De Keijzer (2007) ya no puede seguirse atendiendo de manera fragmentada la salud de los y las adolescentes y debe adoptarse un enfoque integral de su proceso de salud/enfermedad/atención, desde una perspectiva de género y reconociendo las especificidades y diferencias de hombres y mujeres, con la finalidad de aminorar los factores de riesgo (embarazo no planeado, infecciones de transmisión sexual, violencia sexual) e intensificar la tendencia a un desarrollo sano.

La salud es un derecho humano primordial, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004: 8), *“La salud 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”*; líneas más adelante, en el mismo documento se menciona que *“la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”*.

El conjunto de argumentos descritos en los párrafos anteriores, constituye un punto de partida muy importante para avanzar en el conocimiento de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes desde una perspectiva de género y abre nuevas y distintas alternativas para modificar estructuralmente las condiciones y tendencias prevalecientes. No partimos de cero, los esfuerzos realizados hasta la fecha, marcan algunas directrices que conviene sintetizar:

En primer término, las legislaciones al respecto (tanto las internacionales como las nacionales y estatales), garantizan un derecho constitucional: las mujeres y los hombres tienen la capacidad y la libertad para decidir sobre su vida sexual sin temores ni riesgos; decidir si se procrea o no, cuando hacerlo, decidir sobre el número de hijos e hijas. Para ello, es necesario que las personas cuenten con la información necesaria para tomar estas decisiones.

En segundo lugar, se ha logrado que el Estado asuma la obligatoriedad de generar los programas de salud sexual y reproductiva que permitan a los y las ciudadanas tener la información para tomar las decisiones; también se ha convertido en obligación del Estado generar los presupuestos necesarios para proporcionar los métodos anticonceptivos a quien lo solicite y a procurar que la regulación de la fecundidad sea responsabilidad de la pareja.

Un tercer aspecto positivo es que la legislación actual establece como un derecho para las mujeres recibir los servicios públicos de salud, sin ningún tipo de condicionamiento y bajo parámetros de eficiencia y calidad, para atender los embarazos y partos sin riesgo.

Un cuarto aspecto que muestra los avances logrados, considera a la salud sexual y reproductiva como un componente esencial para el desarrollo de los pueblos, pues no sólo se recuperan para su diagnóstico y mejora las cuestiones en materia de sexualidad, reproducción e infecciones de transmisión sexual, sino que se avanza en los aspectos emocionales y las relaciones interpersonales para insertarse en el desarrollo bio-psico-social de la persona, estableciendo que son las mujeres y los hombres y no las entidades gubernamentales, quienes deben definir los niveles de satisfacción derivadas de una vida sexual y reproductiva sana.

En quinto lugar, si bien es cierto que las instituciones de salud ofrecen los servicios de salud sexual y reproductiva, también es un hecho la necesidad de un mayor dinamismo para intensificar las estrategias y acciones y concretar las políticas diseñadas para mejorar la calidad de vida de la población. En este sentido se debe trabajar para ofrecer un servicio de calidad centrado en el paciente.

En México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (Secretaría de Salud, 2005) estableció que en el contexto de la salud reproductiva y equidad de género deben incluirse las acciones comprendidas en salud materna perinatal, planificación familiar, cáncer cérvico uterino, cáncer mamario, prevención de infecciones de transmisión sexual y equidad de género.

La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (población de 10 a 19 años, de acuerdo a la clasificación de la OMS), es preocupación central de las

autoridades mexicanas, sobre todo el embarazo de las adolescentes y la maternidad a edad temprana. Para el grupo de investigadoras e investigadores del Instituto Guttmacher (Juárez F., et al, 2010: 3):

“Es sabido que el embarazo adolescente y procrear a corta edad como resultado del matrimonio (legal o consensual) a edades muy jóvenes, y de la actividad sexual fuera de éste, representan una desventaja para las mujeres jóvenes en términos de su salud reproductiva y del potencial para su desarrollo futuro, al igual que en cuanto al bienestar de su familia”.

Si a ello le agregamos las condiciones de pobreza y falta de oportunidades, el problema se multiplica para las mujeres pues merman sus condiciones de salud, disminuyen sus posibilidades de estudiar o trabajar, reforzando las condiciones de inequidad de género que prevalecen en el país. Las trayectorias reproductivas y sexuales riesgosas para la salud, las preferencias sexuales y reproductivas no satisfechas, los daños a la salud materna, el embarazo y parto sin atención médica (Zúñiga, Durán y Loggia, 2002), deben formar parte de los diagnósticos a realizar pues son clara expresión tanto de los factores de riesgo como de los comportamientos que pueden convertirse en obstáculos a los derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con diversos estudios (Zúñiga, Durán y Loggia, 2002; GIRE, 2003; Gasman, et. al., 2005; García, 2007; Solomon, Villa y Núñez, 2011), existe una relación vinculante entre las condiciones de rezago social (pobreza y bajos niveles de escolaridad, con las posibilidades de un embarazo a edad temprana); a su vez, se incrementan las probabilidades de que una adolescente embarazada o con hijos, abandone sus estudios y, si logra ingresar al mercado laboral, este ingreso se produce, generalmente, en condiciones de precariedad.

Objetivos

En razón de los argumentos vertidos y en función de la preocupación, atención y disposición demostrada por el Instituto Queretano de las Mujeres para alcanzar la equidad y transversalidad de género en los programas institucionales de la administración pública estatal, el estudio realizado estableció un objetivo general y tres específicos.

Objetivo general

Fortalecer, desde la perspectiva de género, los programas dirigidos a la prevención y atención del embarazo en adolescentes en el Estado de Querétaro, orientando el trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Sectorial de Salud 2007-2012, en lo que a salud sexual y reproductiva se refiere.

Objetivos específicos

1. Conocer la situación real del embarazo adolescente en el estado de Querétaro.
2. Identificar las debilidades en la aplicación de los programas de salud reproductiva al interior de las instituciones públicas de salud.
3. Contar con recomendaciones y estrategias metodológicas para el mejoramiento y la creación de políticas públicas para la prevención y atención del embarazo en adolescentes.

Material y métodos

La metodología empleada parte del enfoque de la reconstrucción de la realidad e incluye técnicas cuantitativas (encuesta) y cualitativas (entrevista semiestructurada dirigida a informantes calificados).

Técnicas de recolección de información

Con la finalidad de elaborar un análisis detallado de los datos y la identificación de las variables relevantes, se aplicaron 1,672 encuestas (733 a hombres y 939 a mujeres) bajo el procedimiento siguiente:

1. Diseño de la encuesta con base en constructos teóricos.
2. Elaboración de un marco de muestreo probabilístico y aleatorio, con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%.

Para el estudio de los programas, procedimientos y prácticas institucionales de las dependencias responsables, se realizó lo siguiente:

1. Revisión documental y estadística existente (ver bibliografía general)
2. Entrevista a los responsables de los programas e informantes calificados (anexo 9)

Universo de estudio

Para la aplicación de la encuesta se consideró a la población adolescente (10-19 años) de los municipios de Jalpan, Cadereyta, San Juan del Río, El Marqués, Corregidora y Querétaro.

Para el caso de las entrevistas, se procedió a enviar oficios a los responsables de los programas de salud sexual y reproductiva que operan en las instituciones de salud, para conocer la percepción que tienen sobre la calidad, cobertura y eficiencia de dichos programas. De la Secretaría de Salud en el estado, la entrevista fue atendida por los responsables de atención a los jóvenes; los responsables del IMSS y del Hospital del Niño y la Mujer aceptaron dar respuesta al cuestionario que se les presentó. También entrevistamos a las responsables de

los programas Becas para Madres Adolescentes y Jóvenes Embarazadas (PROMAJOVEN) y Becas de Apoyo a la Educación Media Superior de Madres Jóvenes (PROMASOL), de la Secretaría de Educación. De la Secretaría de la Juventud, la entrevista fue concedida por la responsable de los programas que atienden los aspectos de salud sexual y reproductiva (Paternidad Responsable y Afectiva, Somos Decisión, De Joven a Joven). Del DIF estatal la entrevista fue atendida por la Coordinación del Programa de Atención a Menores y Adolescentes) Finalmente, de las instituciones privadas, solamente el Hospital Ángeles accedió a contestar la entrevista.

Características de la encuesta

Se diseñó la “Encuesta sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes del estado de Querétaro 2012 (ENSASREPAQ-M, 2012), con 87 preguntas y Encuesta sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes del estado de Querétaro 2012 (ENSASREPAQ-H, 2012), con 85 preguntas (ver anexos 1 y 2). En ambas encuestas las preguntas son cerradas, aunque algunas son abiertas y/o de opción múltiple. Realizar una encuesta diferenciando hombres y mujeres, permite:

1. Conocer a profundidad los roles de género,
2. la comparación sobre el nivel de conocimiento y la percepción que tienen (mujeres y hombres) sobre salud sexual y reproductiva,
3. establecer líneas de acción específicas dirigidas en función de los resultados obtenidos en cada una de las encuestas.
4. particularizar sobre las dinámicas y necesidades propias de los y las adolescentes.
5. Abordar los estudios de género desde la perspectiva de la masculinidad.

El contenido de las encuestas presenta seis constructos que consideramos esenciales.

Primer constructo. Datos personales. Está orientado a definir el perfil sociodemográfico de los y las entrevistadas. Es un constructo importante en la medida en que nos permite identificar las condiciones materiales de vida de la población objeto de estudio.

Segundo constructo. Salud sexual y reproductiva. Orientado a identificar la percepción y el nivel de conocimiento que las y los adolescentes tienen sobre el tema de la salud sexual y reproductiva. Este bloque se divide en dos apartados: a) sexualidad; b) embarazo. En un estudio de esta naturaleza, la percepción nos permite ubicar la forma en que los y las adolescentes comprenden e interpretan su entorno, dotando de sentido y significado a los procesos sociales, como es el caso de su visión respecto a la salud sexual y reproductiva con relación a los roles de género.

Tercer constructo. Métodos anticonceptivos. Nos sirve para identificar el nivel de conocimiento que tienen las y los adolescente sobre los métodos anticonceptivos y su utilización. En este campo existen investigaciones sistemáticas y altamente representativas sobre este fenómeno; aquí nos interesa captar las prácticas de los y las adolescentes queretanas que conviven en espacios educativos y asisten a las instituciones de salud en busca de información y atención.

Cuarto constructo. Infecciones de transmisión sexual. Orientado al conocimiento que las y los adolescentes tienen respecto a las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el tema del VIH/SIDA.

Quinto constructo. Funciones de las Instituciones de Salud. Este grupo de preguntas se orienta a identificar la percepción que tienen las y los adolescentes respecto a las funciones que cumplen las instituciones de salud para cumplir con los programas de salud sexual y reproductiva. Este constructo es sumamente importante pues forma parte del objetivo principal de la investigación, interesa

conocer el funcionamiento de los programas y cómo lo tienen organizado al interior de cada una de las instituciones que operan este tipo de programas en el estado de Querétaro

Sexto constructo. Comunidad. Este grupo de preguntas se orienta a identificar si en la comunidad de origen de los adolescentes se han hecho presentes programas informativos o preventivos en materia de salud reproductiva y sexual. Nos dará información respecto a los patrones culturales de la comunidad sobre la temática de la salud sexual y reproductiva y las diferencias entre mujeres y hombres en el cuidado y ejercicio de su sexualidad.

A partir de la conceptualización de los elementos que debe contener la encuesta, se realizó la comparación con trabajos semejantes, (Rodríguez y Mayén, 2006; Guerra, 2005; Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2011; Red por los Derechos de la Infancia, 2010; DANE, 2011; González, 2009; IMJUVE, 2010). El conjunto de aspectos referidos nos llevan a contar con información amplia y comprobable respecto a la problemática que estamos investigando.

Prueba piloto

Con la finalidad de saber si la encuesta estuvo bien diseñada en cuanto a la coherencia lógica de las preguntas, se llevó a cabo una prueba piloto, se aplicó la encuesta a 36 informantes calificados, incluida la revisión por parte del Instituto Queretano de las Mujeres. Se aceptaron las recomendaciones y todos los comentarios para mejorar la calidad de las preguntas.

Se diseñó una base de datos en Excel para capturar la información de la encuesta y posteriormente se exportó al SPSS v. 21 para una mejor organización de la base de datos, para el manejo de la información, agrupar y cruzar variables, generar las tablas y gráficas estadísticas de los aspectos más significativos. Los resultados de

la prueba piloto se pueden consultar en el anexo 5. Una vez concluida la etapa de la prueba piloto, se procedió a la reelaboración del cuestionario, el cual, como ya se señaló, quedó conformado por 87 preguntas dirigidas a las mujeres y 85 dirigidas a los hombres.

Procedimiento para determinar el tamaño de la muestra

Los criterios de estratificación seleccionados para la investigación, se construyeron con la finalidad de contar con un abanico amplio de factores para darle amplitud y representatividad a la muestra:

1. Sexo y edad
2. Municipio
3. Lugares de aplicación
 - a. Escuelas públicas y privadas de secundaria, preparatoria y primer año de licenciatura.
 - b. Hospitales públicos (IMSS, ISSSTE, Hospital General, Hospital del Niño y la Mujer) y privados.

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2010) se obtuvieron los grupos quinquenales de edad por estado y municipio.

Una vez definidas las fuentes estadísticas, para la determinación del tamaño de la muestra partimos del dato de la población que está en el rango de edad de 10 a 19 años en los municipios seleccionados: 489,387. De ellos, 243,928 son hombres, mientras que 245,459 corresponden a la población femenina.

Tabla 1.1. Población en el rango de edad de 10-19 años, en municipios seleccionados

MUNICIPIO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Cadereyta de Montes	7,245	7,201	14,446
Corregidora	13,036	13,000	26,036
Jalpan de Serra	3,065	3,084	6,149
El Marqués	12,139	12,428	24,567
Querétaro	184,492	185,357	369,849
San Juan del Río	23,951	24,389	48,340
Total	243,928	245,459	489,387

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

La selección de los municipios obedeció a dos razonamientos: a) los municipios seleccionados representan al 76% de la población (hombres y mujeres) de todo el estado; b) son municipios que cuentan con unidades regionales del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud.

Para obtener el número mínimo de encuestas a aplicar, se acordó trabajar con una vitrina metodológica convencional: nivel de confianza del 95%, 5% de margen de error y proporción de ocurrencia esperada del 0.5

Fórmula aplicada:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n: número de encuestas a aplicar

N: población total (489,387)

Z: nivel de confianza (95%) y cuyo valor es de 1.96

p: proporción de ocurrencia esperada (0.5)

q: 1 – p

d: margen de error (.05%)

Las razones para la definición del número de encuestas por municipio, son las siguientes:

- a) Porcentaje de la población por municipio con respecto al total de la población susceptible de ser encuestada.
- b) En el caso del municipio de Jalpan se tomó la decisión de duplicar el número de encuestas para reforzar el nivel de validez en los resultados.

Por otra parte, atendiendo a la estratificación entre escuelas y hospitales, se establecieron los criterios siguientes:

Dado el flujo de asistentes a las instituciones educativas y hospitalarias, se consideró, para el caso de las mujeres aplicar el 75% en el sector educativo y 25% en el sector salud. En el caso de los hombres, la proporción estimada de 95% en sector educativo y 5% en el sector salud, pues consideramos, y corroboramos, que los adolescentes hombres no asisten a las instituciones hospitalarias para participar en los programas de salud sexual y reproductiva que ahí se imparte. Finalmente se aplicó 73.5% en escuelas (691 encuestas) y 26.5% en hospitales (248 encuestas), dirigidas a mujeres; en el caso de los hombres la proporción definitiva quedó en 94.4% (692 encuestas) en escuelas y 5.6% en hospitales (41 encuestas). Considerando el total de hombres y mujeres, se aplicaron 1,672 encuestas, 1,383 en el sector educativo (82.7%) y 289 en el sector salud (17.3%). 939 corresponden a mujeres (56.2%) y 733 a hombres (43.8%).

En el caso del estrato público y privado de ambas instituciones, se aplicaron el 70% en escuelas públicas y 30% en las escuelas privadas, con una distribución del 30% en secundarias, 40% en el nivel bachillerato y 30% para estudiantes del primer año de licenciatura. En lo correspondiente a las instituciones hospitalarias la proporción fue de 90% en hospitales públicos y 10% en privados. La selección

de escuelas y hospitales en los que se aplicaron las encuestas, obedeció al método del muestreo aleatorio simple.

Tabla 1.2. Encuestado por Delegación/Municipio por sexo

			Sexo		Total
			Hombres	Mujeres	
Delegación y/o Municipio	Centro Histórico	Recuento	117	131	248
		% del total	7.00%	7.90%	14.90%
	Carrillo Puerto	Recuento	31	10	41
		% del total	1.90%	0.60%	2.50%
	Cayetano Rubio	Recuento	0	3	3
		% del total	0.00%	0.20%	0.20%
	Epigmenio González	Recuento	5	12	17
		% del total	0.30%	0.70%	1.00%
	Félix Osores	Recuento	93	100	193
		% del total	5.60%	6.00%	11.60%
	Josefa Vergara	Recuento	38	90	128
		% del total	2.30%	5.40%	7.70%
	Santa Rosa Jáuregui	Recuento	120	179	299
		% del total	7.20%	10.80%	18.00%
	Cadereyta	Recuento	62	43	105
		% del total	3.70%	2.60%	6.30%
	Corregidora	Recuento	90	130	220
		% del total	5.40%	7.80%	13.20%
	El Marqués	Recuento	38	49	87
		% del total	2.30%	2.90%	5.20%
Jalpan	Recuento	11	38	49	
	% del total	0.70%	2.30%	2.90%	
San Juan del Río	Recuento	119	154	273	
	% del total	7.20%	9.30%	16.40%	
Total	Recuento	724	939	1663	
	% del total	43.50%	56.50%	100.00%	

Fuente: ENSASREPAQ-M, 2012; ENSASREPAQ-H, 2012

De acuerdo con la fórmula, el mínimo de encuestas que se deberían aplicar fue de 1,531 encuestas. El equipo de trabajo tomó la decisión de aplicar un número mayor para evitar problemas de encuestas que no cubrieran los requisitos para ser consideradas. En total se aplicaron 1,706 encuestas, es decir, 178 encuestas más (11.4% por encima de las originalmente propuestas) para garantizar los resultados; se cancelaron 43 por diversas razones, quedando 1,663 útiles.

Construcción y manejo de la base de datos

Presentamos el procedimiento para la construcción de la base de datos (anexo 4 en archivo electrónico) y manejo de la información arrojada por las encuestas.

Se construyó una base de datos para capturar la información de las encuestas correspondiente al caso de las mujeres la cual se conformó de 939 registros y 87 variables. Del mismo modo, se repitió el mismo procedimiento para el cuestionario de hombres, la base construida consistió en un total de 724 registros y 85 variables. Ambos procesos se llevaron a cabo en el programa estadístico SPSS versión 21 para entorno Windows, con la finalidad de recopilar la información de cada una de las variables y sus respectivos reactivos contenidos en el cuestionario sobre el caso de las mujeres así como el de los hombres.

Una vez diseñadas las bases de datos se exportaron al programa Excel para Windows con la finalidad de que en él se capturara la información correspondiente a las encuestas aplicadas a los diferentes sujetos seleccionados muestralmente.

Capturada la información se importó de forma directa al SPSS para su revisión y corrección de los valores perdidos y dejar limpia de posibles errores de captura la información recopilada en ambas bases de datos. Una vez hecha la limpieza de las respectivas bases, se procedió a realizar las corridas correspondientes basadas en las frecuencias de cada una de las variables contenidas en las bases, esto con la finalidad de tener una aproximación de los resultados para su interpretación y análisis.

Obtenida la información y revisados a detalle los diferentes reactivos contenidos en cada una de las variables, se llevó a cabo una corrida de frecuencias para determinar el comportamiento de las variables contestadas por los encuestados y tener de esta forma el análisis de la problemática presentada.

Igualmente, se llevó a cabo el procedimiento de "Tablas de Contingencia" para las bases de datos de hombres y mujeres, las cuales consistieron en cruzar por separado las variables Edad, Municipio/Delegación y Religión con aquellas variables que consideramos importantes y que arrojaron información específica sobre la problemática tratada.

Por último se construyó la base de datos unificada de mujeres y hombres, conteniendo sólo aquellas variables que consideramos importantes y que serían objeto de comparación para el análisis más específico del comportamiento de las variables que reflejan cierto tipo de problemas.

Se entregan las bases de datos en formato SPSS con extensión SAV. Las corridas de frecuencias de cada una de las bases en formato de Word y PDF y los diferentes cruces de variables que se realizaron en formato Word y PDF.

Una vez revisada la información obtenida de las encuestas, el equipo de investigación tomó la decisión de realizar el cruce de variables, tomando tres grandes ejes:

1. Edad
2. Municipio y localidad
3. Religión

De este modo, el análisis de las encuestas se orientó a partir de establecer la relación entre la variable independiente (edad, municipio y localidad, religión) y el conjunto de variables dependientes obtenidas a partir del conjunto de preguntas. La estructura quedó de la siguiente manera:

Para la encuesta de las mujeres, la primera variable, correspondiente a la edad, se tomaron las preguntas de: **a)** datos personales: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11,14, 17; **b)**

sexualidad: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33; **c)** embarazo: 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 53, 54; **d)** métodos anticonceptivos: 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63; **e)** infecciones de transmisión sexual: 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72; **f)** funciones de las instituciones de salud: 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79.

Respecto a la segunda variable, municipio y localidad, cruzamos la siguiente información: **a)** sexualidad: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33; **b)** embarazo: 34, 35, 36, 42, 43, 51, 52, 53, 54; **c)** métodos anticonceptivos: 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63; **d)** infecciones de transmisión sexual: 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72; **e)** funciones de las instituciones de salud: 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79; **f)** comunidad: 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87.

Para la tercera variable, religión, relacionamos lo siguiente: **a)** sexualidad: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33; **b)** embarazo: 34, 35, 36, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54; **c)** métodos anticonceptivos: 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63; **d)** infecciones de transmisión sexual: 64, 66, 70, 71, 72.

De manera similar se procedió al análisis de la encuesta dirigida a los hombres. Para la variable edad: **a)** datos personales: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 17; **b)** sexualidad: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33; **c)** embarazo: 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 52; **d)** métodos anticonceptivos: 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61; **e)** infecciones de transmisión sexual: 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70; **f)** funciones de las instituciones de salud: 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77.

De la segunda variable, municipio y localidad, **a)** sexualidad: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33; **b)** embarazo: 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 51, 52; **c)** métodos anticonceptivos: 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61; **d)** infecciones de transmisión sexual: 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70; **e)** funciones de las

instituciones de salud: 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77; **f)** comunidad: 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85.

Para la tercera variable, religión, tenemos, **a)** sexualidad: 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33; **b)** embarazo: 34, 35, 36, 44, 45, 47, 48, 51 52; **c)** métodos anticonceptivos: 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61; **d)** infecciones de transmisión sexual: 62, 63, 64, 66, 68, 69, 70.

Finalmente, se consideró importante integrar las dos encuestas para obtener información de aplicación e interpretación general. Para este aspecto, establecimos: **a)** datos personales: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 14, 17; **b)** sexualidad: 18, 19, 20, 21, 25, 29, 30, 31 33; **c)** métodos anticonceptivos: 55 en mujeres, 53 en hombres; 59 en mujeres, 57 en hombres; 60 en mujeres, 58 en hombres; **d)** infecciones de transmisión sexual: 64 en mujeres, 62 en hombres; 66 en mujeres, 63 en hombres; **e)** funciones de las instituciones de salud: 73 en mujeres; 71 en hombres; 74 en mujeres, 72 en hombres, 76 en mujeres; 74 en hombres, 77 en mujeres; 75 en hombres, 78 en mujeres, 76 en hombres

CAPÍTULO 2

POLÍTICA PÚBLICA Y NORMATIVIDAD SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En este capítulo se expondrá el marco normativo que regula las políticas públicas, los programas y las acciones para crear y consolidar la cultura de la igualdad de género y su vertiente hacia la salud sexual y reproductiva para que las y los jóvenes vivan su sexualidad plenamente informados y asuman libre y responsablemente las decisión en torno a la reproducción. El análisis se divide en dos grandes rubros: a) legislación relativa a la igualdad de género; b) legislación relativa a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes; en ambos niveles de análisis se recuperan las esferas internacional, nacional y estatal. Un enfoque como el propuesto permite contextualizar el estudio que venimos realizando.

Situación internacional

En el ámbito internacional, la ONU es el eje para el impulso de las políticas públicas que buscan generar un mundo más equitativo y han colocado el tema de la igualdad de la mujer en el sitio de las prioridades mundiales.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), es adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidad en 1979 y es considerada como una declaración internacional de los derechos de las mujeres. Esta convención llama a los países a condenar y eliminar la discriminación de género, por lo que están obligados a crear medidas legislativas, judiciales y administrativas, así como también informar

anualmente a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las actividades que se han desarrollado.

Los países en Latinoamérica tienen que firmar, ratificar y adherirse a la CEDAW, cuestión que no todos cumplen; esa no adhesión a los términos de la Convención afecta no sólo la vida de los habitantes de las naciones cuyos gobernantes deciden no firmar, sino en general afecta las formas de convivencia internacional. A continuación los países que han firmado la convención y el protocolo.

Tabla 2.1

Firma de la CEDAW y el Protocolo		
PAÍS	CEDAW	PROTOCOLO FACULTATIVO
Argentina	17 de julio 1980	28 de febrero 2000
Bolivia	30 de mayo 1980	10 de diciembre 1999
Brasil	31 de marzo 1981	13 de marzo 2001
Chile	17 de julio 1980	10 de diciembre 1999
Colombia	17 de julio 1980	10 de diciembre 1999
Costa Rica	17 de julio 1980	10 de diciembre 1999
Cuba	6 de marzo 1980	17 de marzo 2000
Ecuador	17 de Julio 1980	10 de diciembre 1999
El Salvador	14 de noviembre 1980	4 de abril 2001
España	17 de Julio 1980	14 de marzo 2000
Guatemala	8 de junio 1981	7 de septiembre 2000
Honduras	11 de Junio 1980	
México	17 de julio 1980	10 de diciembre 1999
Nicaragua	17 de julio 1980	
Panamá	26 de junio 1980	9 de junio 2000
Paraguay		28 de diciembre 1999
Perú	23 de julio 1981	22 de diciembre 2000
Puerto Rico		
República Dominicana	17 de julio 1980	14 de marzo 2000
Uruguay	30 de marzo 1981	9 de mayo 2000
Venezuela	17 de julio 1980	17 de marzo 2000

Fuente: CEDAW: <http://treaties.un.org>

Tabla 2.2

Países de Iberoamérica que ratificaron la CEDAW y el Protocolo		
PAÍS	CEDAW⁽¹⁾	PROTOCOLO⁽²⁾ FACULTATIVO
Argentina	15 julio 1985	20 marzo 2007
Bolivia	8 junio 1990	27 septiembre 2000
Brasil	1 febrero 1984	28 Junio 02
Chile	7 diciembre 1989	Lo ha firmado pero no lo ha ratificado
Colombia	19 Enero 1982	23 Enero 2007
Costa Rica	4 abril 1988	20 septiembre 2001
Cuba	17 julio 1980	Lo ha firmado pero no lo ha ratificado
Ecuador	9 noviembre 1981	5 febrero 2002
El Salvador	19 agosto 1981	Lo ha firmado pero no lo ha ratificado
España	5 Enero 1984	6 julio 2001
Guatemala	12 agosto 1982	9 mayo 2002
Honduras	3 marzo 1983	
México	23 marzo 1981	15 marzo 2002
Nicaragua	27 octubre 1981	
Panamá	29 octubre 1981	9 mayo 2001
Paraguay	6 abril 1987	14 mayo 2001
Perú	13 septiembre 1982	9 abril 2001
Puerto Rico		
República Dominicana	2 septiembre 1982	10 agosto, 2001
Uruguay	9 octubre 1981	26 julio 2001
Venezuela	2 Mayo 1983	13 mayo 2002

Fuente: CEDAW: <http://treaties.un.org>

La CEDAW propone atención médica equitativa entre géneros. Por lo menos en América Latina habría que hacer una evaluación a la atención médica impartida por las instituciones públicas, ya que la calidad de éstas deja mucho que desear tanto en la atención a hombres como a mujeres y si le sumamos las problemáticas de salud específicas del género, la cuestión se vuelve mucho más complicada.

Esta convención hace hincapié en el derecho a decidir el número de hijos que se desea tener, ya que esto cambiaría toda una forma de relaciones familiares, incidiría en la sociedad con respecto al impacto demográfico y sobre todo mejoraría la salud de la mujer e impulsaría su desarrollo personal. Para que esto

pueda llevarse a la práctica, sería necesario romper con estereotipos, costumbres y creencias haciendo uso de la excelente herramienta que es la información. El derecho al acceso a la información es otro de los puntos que esta convención especifica, así como la obligación de las instituciones públicas a brindar esos datos que le permitan a la mujer la planificación familiar y que ayude a la sociedad en general a romper con la idea de que ser madre es una obligación. Entendamos entonces que aquello que se busca es que todos los Estados que han firmado esta convención realicen un replanteamiento de sus políticas públicas con respecto a la salud sexual y reproductiva en la mujer, es decir, es su deber crear y difundir una cultura basada en el respeto a los derechos humanos de la mujer.

Cuando se habla de salud sexual, también se hace referencia a las infecciones de transmisión sexual (ITS) o al VIH/SIDA y en un continente como Latinoamérica donde se viven problemáticas basadas en las relaciones desiguales de poder y de género, como la trata, el abuso sexual y la prostitución es de suma importancia que se empleen programas con personal capacitado que garanticen los derechos tanto de adolescentes como en mujeres adultas.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

En el año de 1994 en El Cairo, se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), donde se aprobó un programa de Acción sobre Población y Desarrollo, que tendría vigencia para los próximos 20 años. Dentro de los temas de este plan, se encuentran: el compromiso de promover los derechos sexuales y reproductivos, la equidad e igualdad entre hombres y mujeres, las responsabilidades del varón y la autonomía y la potenciación de la mujer en todo el mundo, los cuales en sí mismos constituyen objetivos de desarrollo social y económico de un país.

El Programa de Acción, proporciona un amplio plan para promover el derecho a la salud de las mujeres, especialmente la salud reproductiva. Los derechos respecto a la salud reproductiva, se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. Y es que, en la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de la falta de información y de acceso a los servicios pertinentes.

Se busca que la mujer posea la información necesaria sobre salud reproductiva, la cual le permita aumentar las posibilidades de elección, a través de la educación, salud y el empleo. La atención de la salud reproductiva en el contexto debería abarcar entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

El programa de Acción propone una serie de objetivos concretos para todos los países, relativos a la salud, la condición jurídica y social de la mujer y el desarrollo social. Por ellos, se brinda asistencia a los países para el logro de estos objetivos, entre los que figuran:

Acceso Universal, antes del año 2015, a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia y la salud sexual.

Objetivos del Milenio

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas del 2000, 189 países se comprometen a trabajar para erradicar la pobreza extrema y convertir en un derecho el desarrollo para todos, teniendo como plazo hasta el 2015, es así que se fijan 8 objetivos con 18 metas que abarcan problemáticas como el hambre, la educación, el medio ambiente y la salud.

El objetivo 5 que hace referencia a mejorar la salud materna, no se ha alcanzado, si bien es una realidad que desde 1990 hasta la fecha han habido avances, éstos han sido demasiado lentos en la reducción de la tasa de mortalidad materna. Se calcula que en el 2010 hubo una reducción del 47% con respecto a 1990, la mayoría de estas reducciones se dieron en las regiones desarrolladas, así como también en estas mismas regiones, casi las dos terceras partes de los partos han sido atendidos por personal de salud calificado (doctor, enfermera o partera), lo cual reduce los riesgos que conlleva un parto y que puede poner en peligro la vida de la madre, siendo así que en 1990 se tenía un 55% de partos asistidos por personal calificado y para 2010 65%, lo cual nos dice que efectivamente los avances se han presentado con demasiada lentitud.

En las regiones desarrolladas han aumentado los cuidados prenatales en las embarazadas, han pasado en 1990, del 63% al 71% en el 2000 y 80% en el 2010,

no así en los mismos países pero en zonas en desarrollo. Y en la mayoría de las regiones desarrolladas ha disminuido el embarazo adolescente que como es bien sabido acarrea un riesgo mayor tanto para las madres como para sus bebés.

Sorprendente ha sido el gran incremento del uso de anticonceptivos alcanzado en los noventa, que para la década siguiente no se pudo mantener, aun sabiendo que el uso de estos métodos prevé la salud de la mujer y permite la toma de decisiones con mayor responsabilidad en los temas de sexualidad. En consecuencia y sin dejar de reconocer los avances alcanzados, la necesidad de la planificación familiar no ha sido satisfecha a cabalidad, problemática que nos permite pensar en la importancia que tiene el intensificar las acciones tendientes a alcanzar las metas establecidas en los acuerdos internacionales en materia de salud sexual y reproductiva.

Situación nacional

Siguiendo esta línea de análisis y con los compromisos hechos por México en materia de salud sexual y erradicación de la discriminación de género, veamos qué es lo que ha realizado el gobierno para cumplir con los objetivos planteados. En primer término se puede señalar que las políticas de igualdad de género se constituyen en un tema prioritario de la agenda nacional a partir del año 2000., lo establecido en los planes de desarrollo 2001-2006 y 2007-2012 así lo indican, pues es a partir de entonces que los programas sectoriales de salud incluyen con más fuerza los temas de salud sexual y reproductiva, así como los temas relativos a la igualdad de la mujer y la eliminación de toda forma de discriminación. Las leyes y reglamentos relativos al apoyo a estas problemáticas, son distintivos de la primera década del siglo XXI.

Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se basa en cinco ejes rectores: a) estado de derecho y seguridad, b) economía competitiva y generadora de empleos, c) igualdad de oportunidades, d) sustentabilidad ambiental y democracia efectiva y e) política exterior responsable. Este Plan Nacional es pensado bajo una perspectiva a futuro, para ser más específicos, lo que el gobierno pretende lograr de aquí a 23 años, por lo que se ha tomado como referente la Visión México 2030. Las estrategias planteadas comprometen al Poder Ejecutivo, al Congreso de la Unión, las legislaturas de los estados, el Poder Judicial, los gobiernos estatales y municipales, a los partidos políticos, al sector privado y al educativo y a los ciudadanos.

En materia de salud, uno de los grandes desafíos es la salud materna. De acuerdo con el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2008) el tema de la salud es una cuestión de género, pues la presencia de los estereotipos y prejuicios sobre la libertad de la mujer para decidir, tienen efectos en lo que ocurre con su salud reproductiva. Así, la mortalidad materna, por cáncer de mama y cérvico-uterino, los padecimientos neuropsiquiátricos, desórdenes alimenticios, las diferencias entre la fecundidad de las mujeres indígenas frente a las no indígenas, se constituyen en factores que atentan contra la mujer.

Por ello, una de las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se enfocó, entre otras cosas, a la promoción de la salud reproductiva y la salud materna y perinatal y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad. Una de las medidas adoptadas fue la educación tanto a la población como al personal que estuvo a cargo de estos proyectos, se promovieron en zonas marginadas hábitos saludables entre la población pero también en las clínicas de atención, cuidando que el embarazo no represente un riesgo a la salud y que se cuenten con las condiciones adecuadas para el

nacimiento de cada bebé, es decir que las políticas de salud se plantearon como uno de sus grandes desafíos el mejorar la salud perinatal.

Programa Sectorial de Salud (2007-2012)

Este programa está basado en la Visión México 2030 y forma parte del Plan Nacional de Desarrollo, correspondiente al gobierno de Felipe Calderón. El programa está enfocado a la mejora de las condiciones de la salud de la población, por lo que se crean diversas estrategias como disminuir la mortalidad materna mediante la reducción de brechas y desigualdades prestando servicios de salud de calidad y de manera oportuna tomando en cuenta las necesidades de cada sector poblacional; y se establecieron líneas de acción para atender la maternal y perinatal, el fortalecimiento en la promoción de la salud y prevención de enfermedades como lo es el VIH/SIDA o las ITS.

Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud sexual y reproductiva para adolescentes

Este programa es desarrollado por la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). En el estado de Querétaro, la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Juventud y el Sistema DIF estatal a través de los programas: “Módulo Amigable del Adolescente”, “Clínica del Adolescente” (Secretaría de Salud); “Paternidad Responsable”, “Somos decisión”, “De joven a joven” (Secretaría de la Juventud); “Prevención de riesgos psicosociales/embarazo adolescente” (DIF), se encargan de concretar este programa.

A partir del conocimiento de que México será un país de jóvenes, ha surgido el interés por los y las adolescentes, ya que estos y estas tienen necesidades específicas, por lo que se pretende que las decisiones en materia de su propia

sexualidad no traigan consecuencias negativas como lo sería cancelar su proyecto de vida, es bien sabido que el ejercicio de las relaciones sexuales a tempranas edades resulta ser una problemática cuando los y las jóvenes no cuentan con las herramientas adecuadas para adoptar una conducta sexual y reproductiva responsable y saludable.

La adolescencia es una etapa de la vida donde los diversos patrones conductuales, hábitos, conocimientos y actitudes de la vida o hacia la vida, se establecen o fortalecen en este lapso, las condiciones de precariedad, relacionadas con la salud sexual y reproductiva, son factores potenciales de riesgo de enfermedad, siendo la proporción más alta en las mujeres que en los hombres, a pesar de las diferentes políticas que se han querido instrumentar y los diversos acuerdos que se han firmado de manera internacional, el embarazo adolescente no ha representado un objetivo importante desde la década de los noventas, por lo que el 17% de los nacimientos corresponden a madres adolescentes.

Diagnóstico de Salud

Para 2006 el número de adolescentes de 10 a 19 años representó el 21% de la población mexicana, interesante saber que el inicio de la vida sexual en este sector es definido por diversos factores como lo son el género, las creencias, las condiciones sociales y económicas y definitivamente el contexto histórico, para el 2006 había disminuido la edad de las adolescentes que iniciaban en prácticas sexuales, pasó de los 17.2 años en 1995 a los 15.9 años en 2006 (Programa de Acción Específico 2007-2012: 11). En las zonas urbanas es más bajo el porcentaje de mujeres que a temprana edad han tenido su primer hijo comparado con las regiones de culturas indígenas donde un poco más de la mitad ya han sido madres desde muy jóvenes.

En cuanto al tema de métodos anticonceptivos, las estadísticas nos dicen que los jóvenes tienen un alto nivel de conocimiento de estos métodos, sin embargo el poco uso que hacen de ellos nos describe una diferencia abismal entre la información con la que cuentan y la puesta en práctica de esta información para evitar embarazos no planeados o contraer ITS. Muchos de estos embarazos ocurren por una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos o bien porque el método utilizado falla.

Consecuencias graves de no incorporar los métodos en las relaciones sexuales son los abortos inseguros, a los cuales se les suman los servicios inadecuados y las condiciones insalubres. Otra de las consecuencias son las ITS o el VIH/SIDA que, de acuerdo a la estadística disponible, cada año 11,000 personas adquieren el VIH, es decir, alrededor de 30 personas por día, de las cuales más del 50% son jóvenes de 15 a 24 años de edad (CENSIDA/SSA, 2005). Datos que mueven a la reflexión sobre la eficiencia de las políticas públicas instauradas, ya que las cifras no expresan modificaciones sustanciales.

Los avances registrados en los últimos años crean nuevas expectativas pero generan muchas más preguntas y críticas, en los últimos seis años se redujo a un 20%, la prevención de embarazo no planeado en la adolescencia; 9 de cada 10 jóvenes sabe al menos un método anticonceptivo, siendo el condón el más conocido por todos y, a diferencia de las mujeres, 66% de los varones hizo uso de algún método en su primera relación sexual, sin embargo sólo 30% de las mujeres hicieron lo mismo. En este mismo sentido, los niveles de negociación y acuerdos han aumentado, ya que el 58% de los y las jóvenes usan de manera consensuada algún método anticonceptivo.

Por lo tanto, habrá muchas líneas de acción que se deberán tomar para lograr los objetivos, como por ejemplo la promoción de la información, educación y prevención para lograr la sensibilización en la población afectada; mejorar la

calidad de los servicios así como también incrementar la capacitación al personal que está a cargo de los programas o de la atención médica.

Situación estatal

Plan estatal de Querétaro 2010-2015

Se pretende reforzar la protección y prevención de la salud con una perspectiva de género, mediante: la Ampliación de la cobertura del Paquete Básico Garantizado de Prevención y Promoción para una Mejor Salud, la Ampliación de la cobertura de los programas Educación, y Salud y Comunidades Saludables, el Cumplimiento de la esperanza de vida en condiciones óptimas de salud, mediante programas preventivos interinstitucionales, el Fortalecimiento de la protección de la salud de la población, conforme a criterios de edad, sexo y etapa de vida y la Promoción del cambio en los estilos de vida y de una nueva cultura de salud.

De acuerdo con el Plan estatal de Desarrollo, la población sujeta de asistencia social está integrada por niños, niñas y adolescentes, mujeres, migrantes y adultos mayores, en situación de riesgo o afectados por condiciones adversas, en desamparo y con algún tipo de discapacidad o de necesidades especiales.

Las necesidades de las mujeres están relacionadas con aspectos de educación, salud, empleo, erradicación de la violencia, participación y representación política. Su atención requiere la puesta en marcha de políticas públicas encaminadas a ampliar sus oportunidades de desarrollo y reducir las brechas de desigualdad de género.

El objetivo es generar políticas públicas, presupuestos, programas y acciones para la promoción de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres con el fin de facilitar la plena incorporación de las mujeres en todos los ámbitos del

desarrollo. Esto se pretende lograr con la implementación de diversas estrategias, tales como:

-Promoción de los derechos humanos de las mujeres, mediante el Impulso a la armonización legislativa integral, basada en los instrumentos internacionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano en materia de violencia contra las mujeres, la prevención, detección, atención y sanción de la violencia contra las mujeres.

- Incorporación de la perspectiva de género en el quehacer institucional, mediante la formulación de políticas públicas con perspectiva de género, Institucionalización de la perspectiva de género, Creación y fortalecimiento de instancias de atención a las mujeres en el ámbito municipal, Fomento de la participación y representación de las mujeres en el ámbito político y laboral y la Promoción de la cultura de equidad de género en la sociedad.

En el caso de las y los jóvenes, el desarrollo económico y social ha traído consigo condiciones adversas para los jóvenes, que ponen en riesgo su integridad física, su salud mental y su identidad, y que pueden dificultar su tránsito hacia la vida adulta. Las adicciones, la violencia, el inicio a una edad temprana de las relaciones sexuales, la reorganización familiar, así como la falta de oportunidades de educación y capacitación, son algunas de estas condiciones.

El objetivo es instrumentar políticas públicas orientadas al desarrollo armónico de la juventud en un marco de inclusión y equidad de las oportunidades sociales, económicas y culturales. Esto a través de las siguientes estrategias:

-Atención personalizada a los jóvenes mediante espacios integrales para la convivencia, el diálogo y la reflexión, en un clima de respeto a la identidad personal y a la diversidad, mediante: el Fortalecimiento de la estructura

institucional para la atención integral de la juventud, el Diseño de programas de formación personal, capacitación laboral, comunicación y toma de decisiones orientados a la conformación de un proyecto de vida armónico, y la Promoción de espacios y eventos de expresión y de actividades recreativas, culturales, productivas y de participación social.

-Prevención de conductas de riesgo, mediante: el Desarrollo de actividades vivenciales interactivas e informativas, Elaboración de estudios y diagnósticos municipales para detectar problemáticas de atención, y la Conformación de equipos profesionales que, con base en diagnósticos comunitarios, apoyen el trabajo con los municipios.

-Creación de opciones productivas que faciliten a los jóvenes su inserción a la vida laboral, mediante: la Instrumentación de un programa de créditos a la palabra para fomentar el autoempleo, establecer una vinculación con las instituciones educativas y empresas para el diseño y ejecución de programas de empleos temporales y de capacitación, y la Reorientación del servicio social hacia la realización de actividades productivas.

Por otro lado tenemos que las acciones llevadas a cabo en el marco de los programas de salud sexual y reproductiva así como la atención médica, han arrojado las siguientes cifras: 34 de cada 100 jóvenes entre los 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales, de estos solo 5 de cada 10 hicieron uso de algún método, por lo que en el 2009 se registraron 3,699 embarazos en menores de 19 años (Plan Querétaro, 2010: 89). Estos datos llevan al gobierno del estado a fijarse objetivos para visualizar el plan de acción o las estrategias a desarrollar para lograr dar atención integral a aquellas personas en situación vulnerable o a los usuarios de las instituciones públicas de salud.

Ley de Salud del Estado de Querétaro

En el capítulo séptimo de la Ley, se establece que la salud reproductiva es un eje prioritario para las políticas institucionales, ya que el derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que se desea es de total importancia.

Esta Ley determina como una obligación los diversos servicios que las instituciones deberían de brindar a los usuarios, tales como la atención y asesoría de servicios de salud reproductiva y la distribución de medicamentos destinados a este servicio, entre otros, abarcando comunidades semiurbanas y rurales.

Ley para el Desarrollo de los Jóvenes

En esta ley se acentúan los derechos de los jóvenes a recibir atención médica si es que así lo requieren, así como la libertad a decidir de manera libre y responsable sobre su cuerpo y sexualidad y para esto harán uso de los programas de salud sexual y reproductiva. Vale la pena mencionar que Querétaro forma parte de los doce estados que cuentan con legislación al respecto y de las únicas tres que incluyen el tema de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes

Ley para la Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del estado de Querétaro

En las últimas décadas la comunidad internacional ha emprendido un significativo esfuerzo por avanzar en el reconocimiento y goce de los derechos humanos de las mujeres como una responsabilidad social impostergable para lograr un desarrollo más equitativo y democrático de la humanidad. Los países se han comprometido a implementar políticas públicas para lograr la igualdad sustantiva y dignidad de toda personas independientemente de su sexo, por lo que México no ha sido ajeno este importante proceso, organizaciones civiles defensoras de derechos humanos y autoridades han participando activamente en aprobación e

incorporación al sistema jurídico mexicano los compromisos jurídicos que se derivan de las Convenciones Internacionales relacionadas con la protección los derechos humanos de las mujeres.

Cabe decir, que desde hace más de una década, el Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos, ha emprendido la tarea de revisar la legislación nacional interna para abrogar o reformar todas aquellas disposiciones jurídicas que sean contrarias a las disposiciones de las Convenciones y demás documentos jurídicos internacionales, así como, el crear nuevos cuerpos normativos que contribuyan a la protección de los derechos humanos de las mujeres. A esta labor revisoría, se le ha denominado Armonización de las Leyes internas con los tratados. Como parte de este proceso de *Armonización Legislativa*, es importante destacar el impulso y aprobación de cuatro nuevos cuerpos normativos: Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Trata de Personas; Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, y Ley General por la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

La iniciativa de Ley para la Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del Estado de Querétaro, no solamente reconoce el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, sino que también establece una serie de obligaciones que deben realizar las autoridades estatales y municipales a través del Sistema para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Querétaro. Según el artículo primero, la Ley tiene por objeto:

- I. Garantizar el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres y la no discriminación por cuestiones de género o sexo;
- II. Regular el cumplimiento de las obligaciones en materia de igualdad sustantiva entre el hombre y la mujer, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en los ámbitos público y privado;

III. Implementar los mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres así como la implementación y fortalecimiento de la perspectiva de género en el quehacer gubernamental; y

IV. El establecimiento de acciones afirmativas a favor de las mujeres.

Los objetivos y acciones de esta Ley estarán encaminados a garantizar el derecho a la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres. Son sujetos de los derechos que establece esta Ley, toda aquella persona que se encuentre en el territorio del Estado de Querétaro y que esté en una situación o con algún tipo de desventaja, ante la violación del principio de igualdad entre mujeres y hombres protegido por esta Ley. La igualdad entre mujeres y hombres, implica la eliminación de toda forma de discriminación, directa o indirecta, que se genere por pertenecer a cualquier sexo, y especialmente, las derivadas de la maternidad, la ocupación de deberes familiares y el estado civil.

El Sistema para la igualdad sustantiva entre Mujeres y Hombres del Estado de Querétaro, tal y como lo marca el artículo 15, tiene como fin garantizar la igualdad sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Estado de Querétaro, y está integrado por: el Instituto Queretano de las Mujeres, cuya titular fungirá como Secretaría Técnica del Sistema; la Secretaría de Desarrollo Sustentable; la Secretaría de Salud; la Secretaría del Trabajo; la Procuraduría General de Justicia del Estado de Querétaro; la Comisión de Equidad y Género y Grupos Vulnerables del Poder Legislativo del Estado; el Tribunal Superior de Justicia del Estado de Querétaro; y cuatro representantes de la sociedad civil e instituciones académicas.

El Programa General de Igualdad de Oportunidades y no Discriminación hacia las mujeres, según el artículo 18, será elaborado por el Instituto Queretano de las Mujeres y tomará en cuenta las condiciones sociales y culturales del Estado así como las particularidades de la desigualdad en cada demarcación territorial.

La Ley tiene por objeto garantizar en la vida económica y en el ámbito civil, la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres, así mismo, garantizar la participación equitativa en la toma de decisiones políticas y socioeconómicas, garantizar la igualdad en el acceso a los derechos sociales y el pleno disfrute de éstos y la eliminación de los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres.

Toda persona tendrá derecho a que las autoridades y organismos públicos estatales y municipales, previo cumplimiento de los requisitos que la Ley de la materia establezca, pongan a su disposición la información que les soliciten sobre políticas, instrumentos y normas sobre igualdad entre mujeres y hombres

El Instituto Queretano de las Mujeres, con base en lo dispuesto en la presente Ley y sus mecanismos de coordinación, estará encargado del seguimiento, evaluación y monitoreo de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en el Estado de Querétaro.

SEGUNDA PARTE

RESULTADOS

CAPÍTULO 3

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DEL ESTADO DE QUERÉTARO

Población adolescente en el país

La adolescencia (10 a 19 años) es un concepto que rebasa lo biológico y que requiere integrar aspectos psicológicos y sociales en su definición. Es una etapa trascendente pues se configuran aprendizajes (escolares, laborales, familiares, emocionales) que perfilan el horizonte de futuro de las personas. En el proceso de estructuración del sujeto, la adolescencia es la etapa más conflictiva por el número de cambios físicos y emocionales que se presentan, como lo son la búsqueda de una identidad propia y la autoafirmación para alcanzar la independencia. En esta etapa se delinearán las características de la personalidad, una de ellas, que predomina y define muchos de los comportamientos de los y las adolescentes, es la desigualdad de género en educación, salud y oportunidades de trabajo; resaltando la adquisición de la identidad sexual. La adolescencia es una época de experimentación de situaciones y sensaciones nuevas, en la que los factores de riesgo asociados al alcohol o las drogas son mayores, junto a la exposición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no planeados.

México cuenta con 112.2 millones de personas (INEGI, 2010), 54.8 millones son hombres (48.8%) y 57.4 millones son mujeres (51.2%); de esta cifra, hay 10.9 millones de mujeres y 11.1 millones de hombres en el grupo de edad de 10 a 19 años, lo que representa el 19.6% del total de la población en el país. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha descendido desde 1970 que pasó de 6.7 hijos a 3.4 hijos en 1990 y finalmente en 2008 la TGF se ubicó en 2.2 hijos (CONAPO, 2010). Para el caso de Querétaro la TGF ha experimentado importantes variaciones, en 1970 la TGF fue de 7.9 hijos, en 1990 descendió a 3.5 hijos y en 2008 la TGF se pone al mismo nivel que el promedio nacional con 2.2 hijos

(CONAPO, 2010). Por otra parte, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha descendido progresivamente, pues pasó de 82.4 en 1970 a 39.2 en 1990 y en 2008 la TMI descendió a 15.2 (CONAPO, 2010).

Tabla 3.1. México: indicadores básicos, desigualdad de género 2010.

Rubro	Mujeres	Hombres
EDUCACIÓN		
Escolaridad 15 años y más	8.45 años	8.62 años
Asistencia escolar	93.39%	92.89%
Alfabetismo	91.11%	93.69%
Atraso escolar (8 a 14 años)	9.60%	12.66%
SALUD		
Razón de mortalidad materna	51.5	
Mortalidad por cáncer cérvico uterino	13.2	
Mortalidad por cáncer mamario	16.8	
Porcentaje de mujeres de 12 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo	8.0%	
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	58.60	
Porcentaje de población femenina usuaria de métodos anticonceptivos de 15 a 19 años	44.70%	
Intervenciones quirúrgicas de planificación familiar (2007)	357,947	36,957
ECONOMÍA Y USO DEL TIEMPO		
Jefatura en los hogares	24.5%	75.5%
Promedio de horas semanales dedicadas a actividades domésticas	42.35 horas	15.20 horas
Promedio de horas destinada al cuidado de niños y familiares, 12 a 19 años	9.62 horas	6.37 horas
Promedio de horas a la semana destinado a la limpieza de la vivienda, 12 a 19 años	5.57 horas	3.08 horas

Fuente: elaboración propia con base en la información de INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Salvo los rubros de asistencia y atraso escolar, se pueden observar las desventajas que enfrentan las mujeres que se ubican en los grupos de edad de 12 a 19 años, si se comparan frente al hombre en aspectos educativos, de salud, economía y uso del tiempo. En el caso específico del estado de Querétaro, un rasgo característico es que la población es ligeramente más joven que en la totalidad del país. A nivel estatal, las cifras que arroja el último censo de población indica que las mujeres en el rango de 10 a 19 años de edad, ascienden a 245,928, lo que representa 13% de la población total de mujeres que habitan en el estado.

Tabla 3.2. Mujeres en Querétaro. Algunas características. Periodo 2001-2010

Rubro	2001	2010
EDUCACIÓN		
Escolaridad	7.2 años	8.7 años
Asistencia escolar	88.2%	94.6%
Alfabetismo	87.7%	91.7%
Atraso escolar (8 a 14 años)	44.9%	40.7%
SALUD		
Razón de mortalidad materna	56.3	40.1
Mortalidad por cáncer cérvico uterino	14.7	10.8
Mortalidad por cáncer mamario	12.4	16.7
Porcentaje de mujeres con al menos un hijo nacido vivo	5.7%	6.7%
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	63.4	53.3
Intervenciones quirúrgicas de planificación familiar	ND	6,523
Abortos registrados	ND	5,975
ECONOMÍA		
Tasa de desocupación, 15 años y más	2.1%	4.8%
Porcentaje de la población femenina que no recibe remuneración	9.9%	6.8%
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	19.8%	24.0%
Tasa de participación económica	41.1%	40.0%
Tasa de jubilación	4.1%	9.7%

Fuente: elaboración propia con base en datos de INEGI, XII Censo general de población y vivienda 2000; INEGI, Censo de población y vivienda 2010; INEGI, Sistema para la consulta del anuario estadístico de Querétaro 2011 INEGI, Perspectiva estadística, Querétaro 2011.

La tabla 3.2 presenta la evolución en las condiciones educativas, de salud y económicas de las mujeres en el periodo 2001-2010. En Querétaro las mujeres experimentan eventos de la vida sexual y reproductiva en edades que se ubican por encima de la media nacional.

Tabla 3.3. Promedio de edad en que las mujeres de la generación 1975-1985 experimentaron los siguientes eventos

Entidad	Edad mediana a la primera			
	Relación sexual	Unión	Hijo nacido vivo	Uso de métodos
Nacional	18.0	19.8	20.6	24.0
Querétaro	18.3	20.2	20.7	24.1

Fuente: CONAPO, 2010. Estimaciones con base en la ENADID, 2009.

En otro sentido y de acuerdo con cifras del Observatorio de Mortalidad Materna en México 2011, en el año de 2010 en el estado de Querétaro fallecieron 13 mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, 7.7% de los casos fue por complicaciones de aborto. De acuerdo con la misma fuente, se presentaron 140 muertes en el periodo perinatal y se tiene un registro de cerca de 6,000 abortos. Esta situación se recrudece cuando se revisan las condiciones de la población rural; de acuerdo con el estudio de Escartín, Vega, Torres y Manjarrez (2011: 33), realizado en las zonas rurales del estado de Querétaro: *“Los hijos de madres adolescentes tuvieron un promedio de edad gestacional de 38.67 ± 1.29 semanas y peso al nacer de $3,060.28 \pm 408$ g, comparado con las madres adultas de 39.06 ± 1.15 semanas y $3,126.84 \pm 428$ g”*. Estas cifras indican una condición de mayor riesgo para la salud de las madres adolescentes y sus hijos que viven en zonas rurales.

En esta dirección, se puede afirmar que la salud reproductiva está directamente ligada a las desigualdades sociales y de género, las cuales inciden sobre las condiciones y los recursos de que disponen las mujeres lo que determina el ejercicio de una libertad acotada en el campo de la sexualidad; las limita en el uso de los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual (Zúñiga y Zubieta, 2001).

Resultados de la encuesta

La encuesta que se construyó específicamente para este proyecto permitió conocer las prácticas que en materia sexual y reproductiva experimentan las y los jóvenes del estado de Querétaro. Los resultados obtenidos reflejan de manera objetiva las áreas de oportunidad, puntos a favor y aspectos a reforzar de los planes que se implementan desde la agenda de las instituciones que se encargan de poner en funcionamiento los Programas de salud sexual y reproductiva.

Perfil sociodemográfico de la población encuestada

Esta información es particularmente relevante porque los factores económicos y escolares tienen una relación directa con los eventos de la salud sexual y reproductiva. Más allá de las resistencias basadas en los prejuicios o falta de información que la población presenta, es un hecho que los grupos vulnerables, por razones económicas o bajos niveles de escolaridad, están más expuestos a tener relaciones sexuales de alto riesgo que los lleven a presentar embarazos en edades tempranas, adquirir alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) u otro tipo de enfermedades vinculadas a la salud reproductiva (cáncer de mama o cérvico uterino) por señalar algunos.

En la siguiente tabla, se presentan los datos más relevantes que se obtuvieron del primer constructo de la encuesta, relativo al perfil sociodemográfico de la población estudiada.

Tabla 3.4. Perfil sociodemográfico de la población estudiada

	Mujeres	Hombres
Edad promedio	15.6 años	15.9 años
Estado civil	95.5% solteras	98.2% solteros
Unidas o que han estado unidas	61.9% en unión libre	76.9% en unión libre
Vives con	83.4% los padres	83.6% los padres
Escolaridad	77.4% secundaria y preparatoria	80.9% secundaria y preparatoria
Situación laboral	12.6% trabajan	25.4% trabajan
Religión	86.5% católicas	82.0% católicos

Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012.

Los resultados obtenidos muestran la edad promedio de las mujeres que contestaron la encuesta fue de 15.6 años. La población que más contestó la encuesta se ubicó en 15 años (moda). En el caso de los hombres la edad promedio es de 15.9 años. En cuanto a las particularidades de la encuesta,

tenemos que 42 mujeres que contestaron la encuesta y que corresponde al 4.4% del total de la muestra están o han estado unidas. Del total de ellas, el 23.9% están casadas (10 casos), el 61.9% viven en unión libre (26 casos), el 7.1% son viudas (3 casos) y el 7.1% están separadas (3 casos). De los hombres tenemos que respondieron la encuesta el 23.1% manifestaron estar casados y el 76.9% se encuentran en unión libre. La mayoría de los hombres y mujeres jóvenes vive en casa de los padres (83.4% mujeres y 83.6% en hombres) y su fuente principal de ingresos proviene de los progenitores (92.8% en mujeres, 96.2% en hombres).

El grado de escolaridad muestra que el 6.4% de mujeres y el 3.2% de hombres tienen como último grado de estudios la primaria y el 77.5% (mujeres) y 81.1% (hombres) se encuentran estudiando la secundaria y la preparatoria. Respecto a la situación laboral, solamente 12.1% de las mujeres y 25.4% de los hombres trabajan. De las mujeres trabajadoras, el 6.3% lo hace en empresas privadas, el 8.8% en instituciones públicas, el 30.8% en negocio propio, el 28.9% en otros (falta la especificación aunque seguramente serán empleos precarios) y el 5.2% no contesta.

La condición de estudiantes de la población en estudio explica el siguiente dato, el 95.5% de las mujeres y 96.2% de los hombres obtienen sus ingresos de los padres; en la encuesta de mujeres encontramos que solamente 1.4% recibe el ingreso por parte de su esposo. En cuanto al nivel de ingreso, el 77.4% (mujeres) y 69.6% (hombres) tienen ingresos menores a un salario mínimo, el 15.1% (mujeres) y el 20.1% (hombres) percibe de uno a tres salarios. Solo el 7.5% (mujeres) y 10.3% (hombres) tiene un ingreso superior a los tres salarios. De la información presentada se puede observar que las mujeres jóvenes tienen un menor grado de escolaridad, son las que menos cuentan con un trabajo y obtienen ingresos menores a los hombres. Este dato muestra el alto potencial que tiene la escuela para lograr que los efectos positivos de los programas de salud sexual y reproductiva lleguen a los y las adolescentes.

De las mujeres que tienen hijos (31), solamente una tiene dos hijas, el 64.5% tiene un hijo y el 35.5% tiene una hija. Las edades de los hijos/hijas van de los cero a los cinco años. Otro dato revelador que muestra las condiciones de vida de los y las adolescentes es el número de habitantes por casa-habitación. En promedio, 3.4 miembros viven en la casa de las mujeres encuestadas y es de resaltar que el 22.8% viven en casas con 6 o más familiares, encontrando casos de más de 13 habitantes por casa.

La encuesta indaga sobre la religión practicada por los jóvenes que contestaron, el 86.5% practican la religión católica y el 6.9% se manifiesta como no creyente, esta información se resalta con las cifras que a nivel nacional presenta el IMJUVE (2010) donde las adolescentes en un 94% afirman ser católicas. En hombres el resultado obtenido es de 82.0% de católicos y 12.8% que no practican religión alguna. Culturalmente la religión tiene un peso significativo en las formas de pensar, costumbres y prácticas sociales de la población porque el discurso de las religiones incide en las prácticas sexuales y reproductivas de la juventud. Como veremos más adelante, los sentimientos de culpa y vergüenza por llevar a cabo acciones que están en contra de los principios religiosos, no son obstáculos para tener relaciones sexuales, pero sí en lo que se relaciona con la protección con métodos anticonceptivos.

Cruce de variables

En este apartado se lleva a cabo el análisis de los resultados de la encuesta a partir del procedimiento estadístico de cruzar los datos de las variables: a) edad, b) municipio, y c) religión (tanto de mujeres como de hombres), con los diferentes constructos de sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, funciones de las instituciones de salud y comunidad. Lo relevante de los hallazgos de la investigación es que los y las adolescentes inician su actividad sexual a temprana edad. Llama la atención que desde los 13 años ya

se encuentran adolescentes unidas, se documento un caso de una adolescente de 13 años casada y dos en unión libre.

Primera variable: edad

Si bien no hay un acuerdo total respecto a los años en los que se puede considerar a una persona adolescente (Villagómez, 2008), para fines del estudio hemos establecido lo que la OMS señala, es decir la población de 10 a 19 años, periodo en el que inician las funciones sexuales y reproductivas y se transita hacia la etapa adulta.

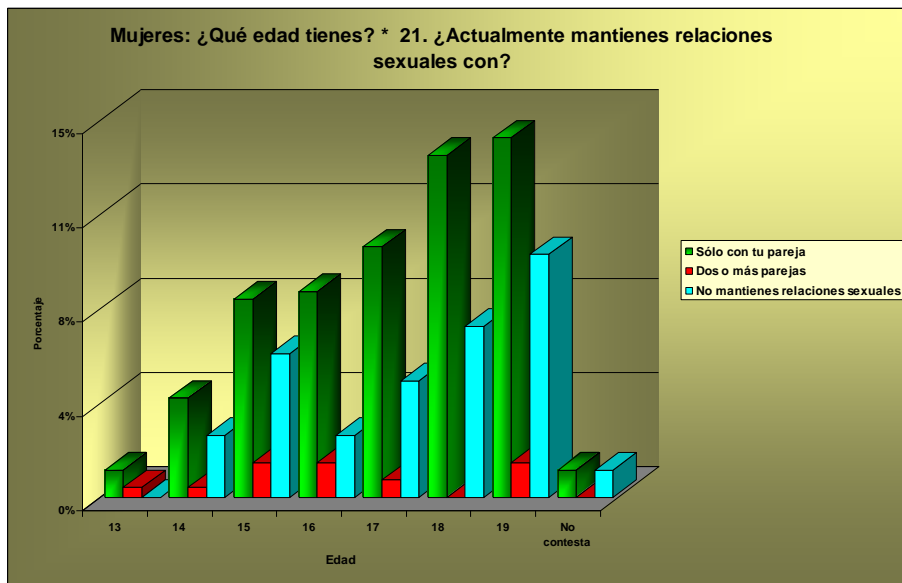
Edad y sexualidad

Del total de las mujeres encuestadas, el 28.5% manifestó haber tenido relaciones sexuales. Encontramos un caso que tuvo su primera relación sexual a los 10 años, una a los 11 y dos a los 12; además el 20% de las jóvenes encuestadas tuvieron su primera relación a los 15 años y 19.6% a los 14 años. Consideramos que esta situación es un foco de atención para las estrategias de intervención a desarrollar en el corto plazo. El promedio de edad en que las adolescentes queretanas experimentan su primera relación sexual es a los 15.7 años, la moda y la media es 15 para ambos casos. El 56% de las adolescentes mantienen una vida sexual activa.

En el caso de los hombres, tenemos que el 39.5% de los jóvenes encuestados ha tenido relaciones sexuales. Se encontraron dos casos que afirman haber tenido su primera relación sexual a los 11 años y 10 hombres mencionaron que fue a los 12 años, el 60.7% de los encuestados iniciaron su vida sexual entre los 14 y 16 años. La edad que más se repite (moda) es 14 y 15 años, con 47 casos cada uno de ellos. De estos datos el 55.6% de los adolescentes mantienen una vida sexual activa. En la población femenina quienes tienen una vida sexual activa el 60.9% lo

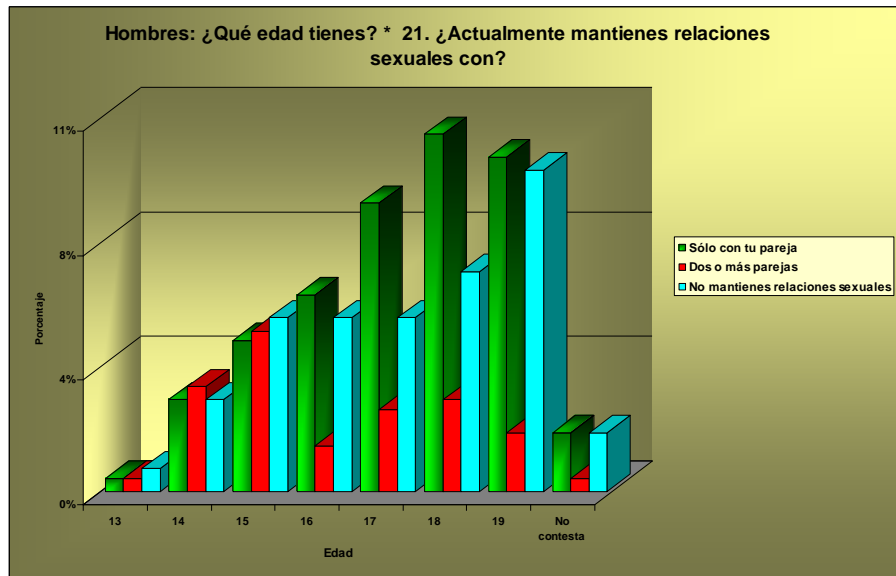
hace sólo con su pareja y el 5.8% tiene dos o más parejas sexuales. En los hombres los datos más relevantes indican que el 35.9% lo hace únicamente con una pareja y el 26.3% cuenta con dos y el 37.7% tiene más de tres parejas sexuales.

Gráfica 3. 1



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

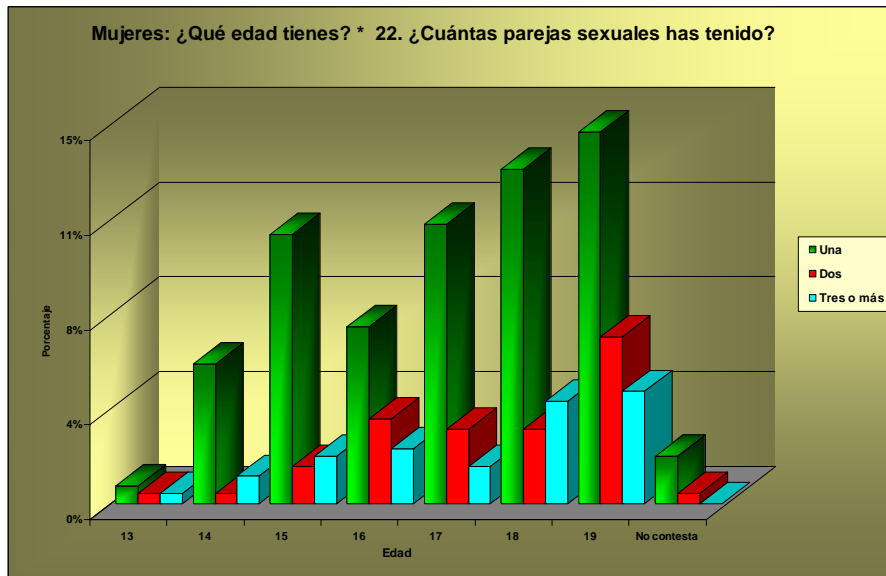
Gráfica 3.2



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

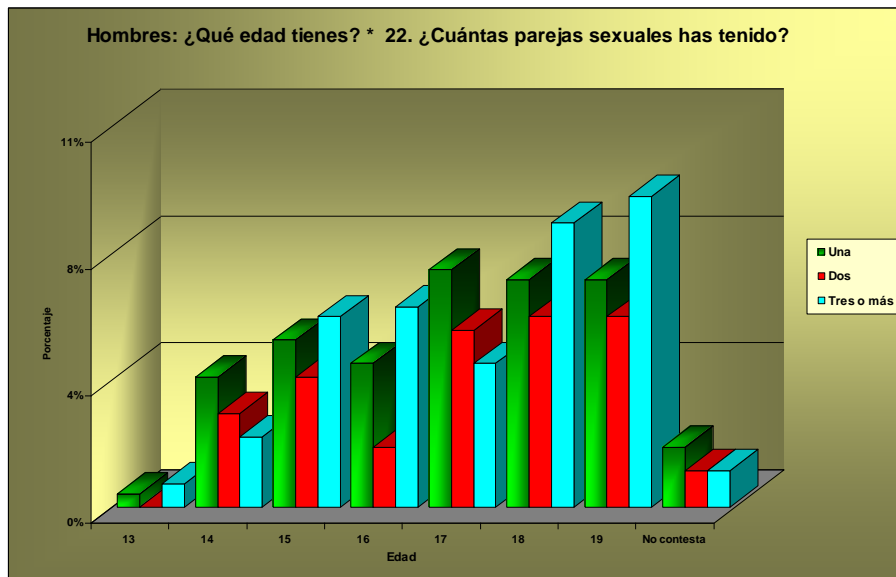
Es evidente que un factor de riesgo es el sector de la población que mantiene relaciones sexuales con más de una pareja y, por los datos de la encuesta, un porcentaje considerable de la población adolescente está expuesto a problemáticas sexuales y reproductivas.

Gráfica 3.3



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.4.

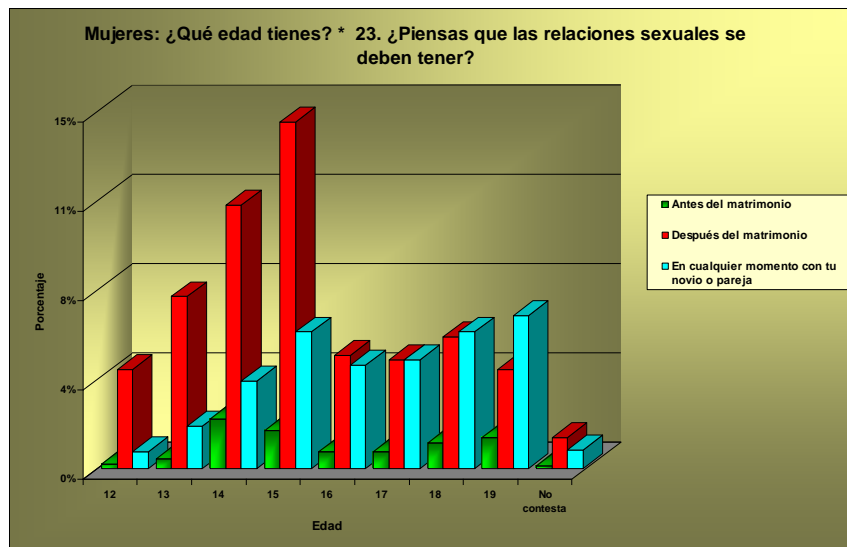


Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Un aspecto relevante está asociado con las formas de pensar de las y los adolescentes respecto al momento en el que se deben tener las relaciones

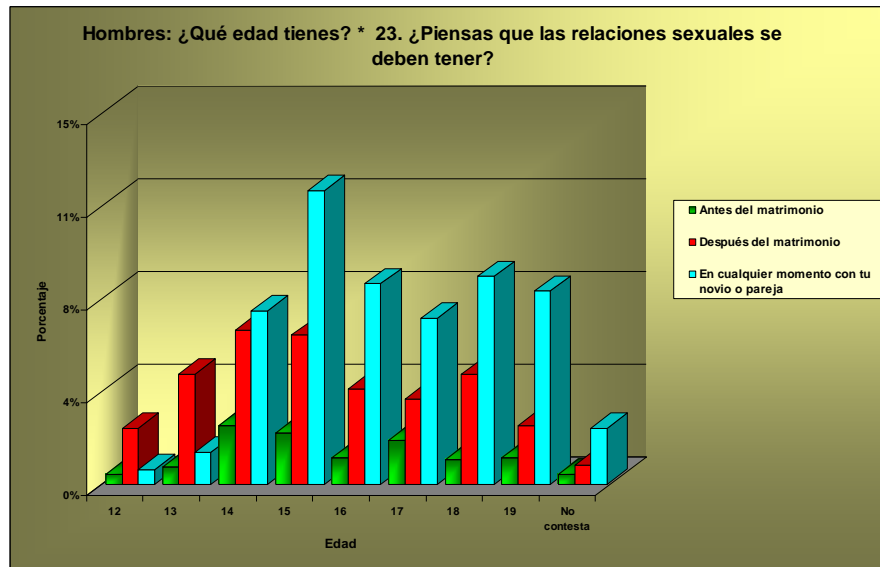
sexuales. Entre las mujeres domina la idea de que debe ser después del matrimonio con un 57.8%; no obstante hay una porción considerable (34.0%) que piensa que no debe haber restricciones, siempre y cuando se haga con una pareja. Solamente el 8.2% piensa que las relaciones sexuales se deben tener antes del matrimonio. Destaca la tendencia de que mientras mayor es la mujer, sus formas de pensar son más liberales. En la encuesta que corresponde a los hombres, sólo el 11.1% piensa que se deben tener relaciones sexuales antes del matrimonio, el 34.4% piensa que es conveniente tenerlas después del matrimonio y el 54.4% considera que se pueden tener en cualquier momento.

Gráfica 3.5



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.6



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

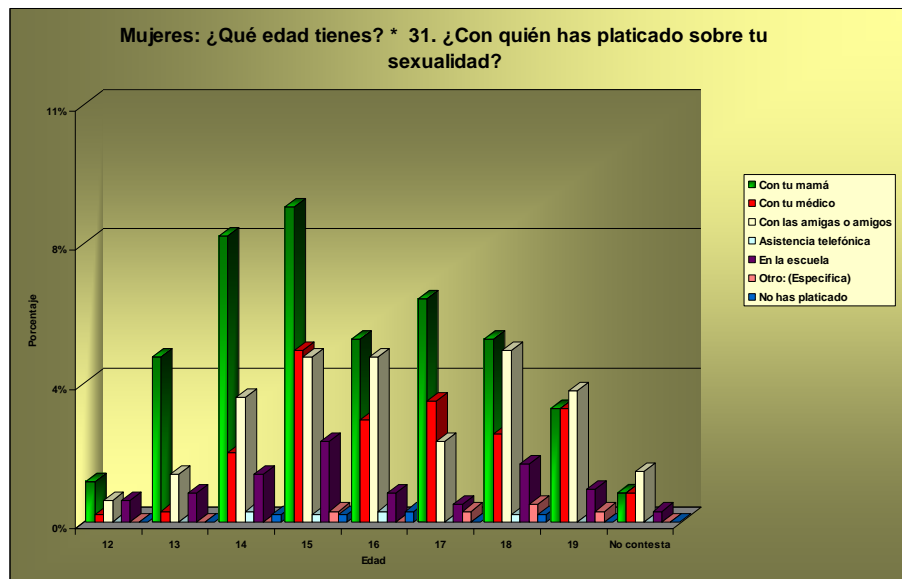
En cuanto a la edad que las adolescentes consideran adecuada para tener relaciones sexuales, las respuestas se mueven desde los 13 años hasta los 32 años. Sin embargo, hay una tendencia a considerar que debe ser entre los 18 años con el 31.6%, los 19 años con el 7.4% y a los 20 años con el 20.1%. En el caso de los hombres los porcentajes se ubican de la siguiente manera, el 9.2% señala que debe ser a los 15 años, el 20.5% a los 18 años y el resto de las menciones de edad está muy fragmentada.

En cuanto a las mujeres, el 20.8% presenta una resistencia a utilizar algún método anticonceptivo; destaca el caso de las jóvenes de 14 y 15 años por ser los grupos de edad que muestran mayor oposición a dicha práctica así como sus parejas. Por lo tanto, se deberá prestar especial atención a las adolescentes de estos rangos de edad. Para los adolescentes, la resistencia al uso de métodos anticonceptivos llega al 24.8% y, al igual que con las mujeres, son los adolescentes de 14 y 15 años quienes tienen mayor resistencia. La respuesta a la pregunta ¿tiene tu pareja resistencia a usar métodos anticonceptivos? es similar a la anterior, el 23.4% dice

que sí y vuelven a resaltar las edades de 14 y 15 años quienes afirman que sus parejas se resisten al uso de métodos anticonceptivos.

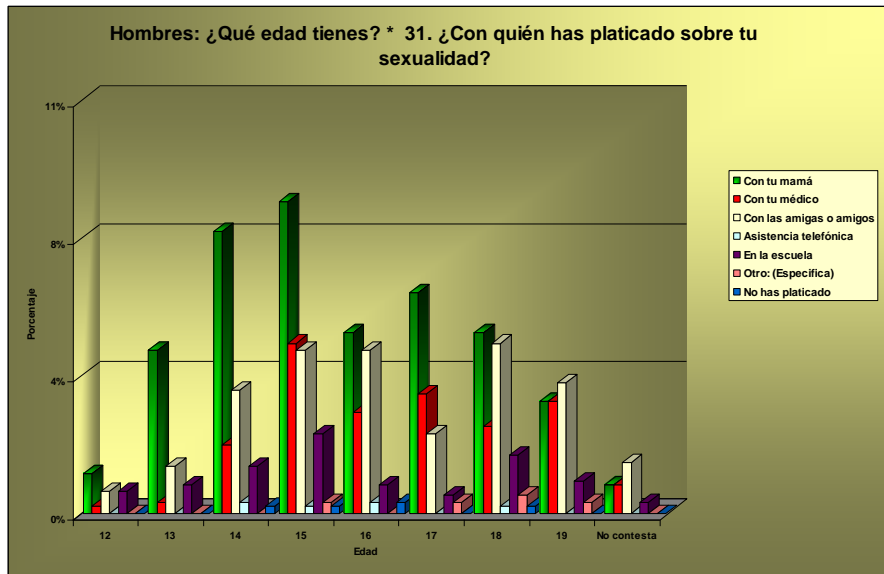
El 91.7% de las mujeres y 89.5% de los hombres, afirman haber recibido algún tipo de orientación sexual. Sin embargo, se observa que las mujeres de 12 a 15 años (concentran el 47.1% del total de la muestra) y los hombres de las mismas edades (39.7% del total de la muestra), representan los porcentajes más altos que no han recibido ningún tipo de orientación sexual. Sobresale el hecho de que las mujeres de todas las edades platican, preferentemente con su madre sobre el tema de la sexualidad con un promedio de 55.9%, seguido por los amigos con 21.4%, los médicos ocupan el 11.1% y la escuela con el 9.7% juega un papel secundario en este aspecto. Para los adolescentes las proporciones varían de la siguiente manera: 42.2% con su madre, 26.3% con los y las amigas, 19.4% con el médico y 8.9% en la escuela.

Gráfica 3.7



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.8.



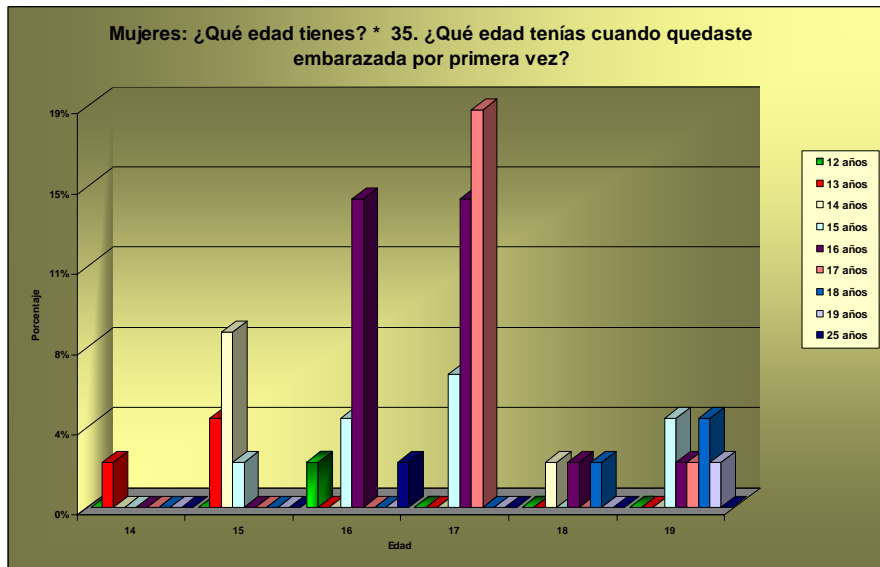
Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

La mayoría de las adolescentes, el 82.1%, se considera informada sobre el tema de la sexualidad y el 17.9% considera que carece de la información necesaria. Por su parte, los adolescentes en un 85.1% señala estar informado sobre el tema de la sexualidad. La percepción que tienen las mujeres sobre el nivel de conocimiento de la sexualidad es de regular con 34.3% a suficiente con 45.5%. Los hombres se mueven en el mismo rango, con alguna diferencia en los porcentajes, pues 32.9% se considera regularmente informado y 48.8% dice tener información suficiente.

Edad y embarazo. Encuesta mujeres

Un total de 51 adolescentes (5.5%) respondieron afirmativamente a la pregunta ¿alguna vez has quedado embarazada?, 38 de ellas se embarazaron a los 17 años o menos.

Gráfica 3.9



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

La gráfica muestra que las edades de mayor riesgo de embarazos no planeados están entre los 15 años con el 16.7%, a los 16 años con el 33.3% y a los 17 años con el 20.8%. La causa más común de embarazos no planeados es el descuido con 65.2% de los casos encuestados y la mayor incidencia es entre mujeres de 17 años con el 28.3%. Se detectó un embarazo por violación.

La Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, establece la atención a la mujer y al recién nacido durante el embarazo, parto y puerperio. También señala que una mujer con embarazo de bajo riesgo debe acudir mínimo a cinco consultas prenatales, iniciando entre la primera y décimo segunda semana de gestación. En estas consultas se debe incluir una valoración antropométrica y de crecimiento intrauterino, medición de la presión arterial y prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, entre otras intervenciones prioritarias (INEGI, 2012). Sin embargo, los resultados de la encuesta revelan una baja asistencia de las mujeres al médico para la atención y seguimiento de su embarazo. Se observa que el 70.2% de las jóvenes embarazadas asistieron al médico; de las mujeres que asistieron al

médico el 6.7% asistieron sólo una vez a consulta, el 2.2% asistieron dos veces y el 57.8% asistieron cinco veces o más al médico, cumpliendo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana. De estas cifras destaca que el 72.2% de las mujeres que han tenido hijas e hijos han utilizado métodos anticonceptivos después del parto.

Un elemento vital en las relaciones entre las y los adolescentes es el comportamiento del hombre al saber que su pareja está embarazada. Los resultados nos dicen que un 57.4% expresa alegría y 17% indiferencia. Correlativamente, se expresa un 70.8% de jóvenes que asumen su responsabilidad de padres a la par con la mujer embarazada y solamente un 2.1% de abandonos.

Otro aspecto sobre el que indagó la encuesta fue el relativo a la ideación sobre el aborto. Los resultados de la encuesta indican que se presenta en una de cada 3 adolescentes que tuvieron un hijo o hija. El concepto de ideación (génesis de las ideas) sobre el aborto alude solamente al hecho de pensar en la posibilidad, no está implicado el que se haya tomado una decisión ni, mucho menos el que lo hayan intentado. La encuesta registró cinco casos de aborto, dos por decisión personal y tres por motivos de salud. Respecto a la ideación sobre la posibilidad de dar a un hijo en adopción ésta se presentó en el 29% de los casos de adolescentes que tuvieron un hijo o hija y en el 17% de los casos que manifestaron haber estado embarazadas.

Edad y embarazo. Encuesta hombres

En el caso de la encuesta de los varones, un total de 11 (1.6%) respondieron afirmativamente a la pregunta ¿alguna vez tu pareja ha quedado embarazada? Las edades de mayor riesgo de embarazos no planeados ocurren a partir de los 16 años y la causa más común de embarazos no planeados es el descuido con el

50% (gráfica 3.10). Resalta el hecho de que un joven de 16 años reconoce la violación como causa del embarazo y uno más por acuerdo con la pareja.

Gráfica 3.10



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

De estos datos, se tiene que el 9.1% de los hombres dejó de estudiar con motivo del embarazo de la pareja y el 44.4% manifestó haber utilizado, tanto él como su pareja, algún método anticonceptivo. De las actitudes y comportamientos del hombre al saber que su pareja estaba embarazada, el 72.7% manifestó alegría, el 9.1% indiferencia y el 18.2% señaló otra causa (sin especificar en qué consistía esa otra reacción).

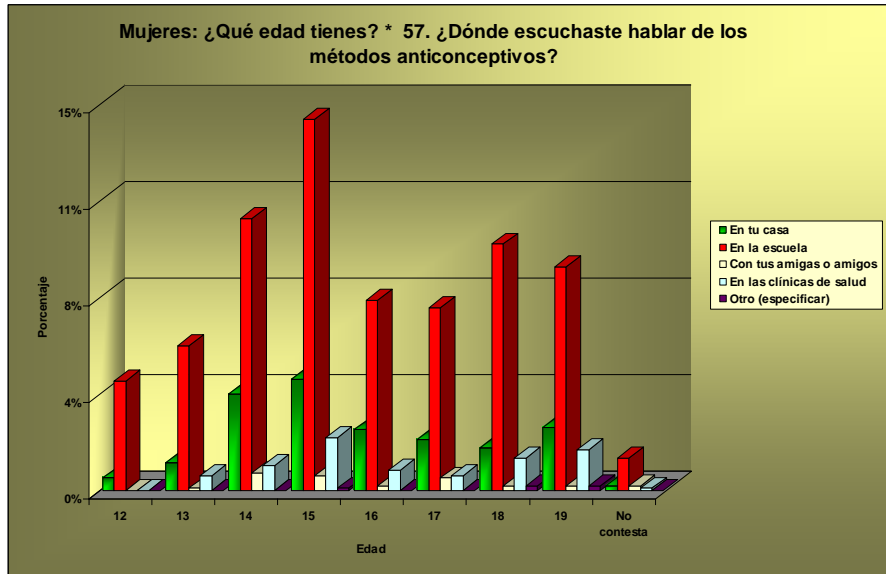
En relación al aborto, ante la pregunta ¿en algún momento le propusiste el aborto a tu pareja? el 18.2% contestó afirmativamente y respecto a la ideación sobre la posibilidad de dar a un hijo en adopción ésta se presentó en el 29% de los casos de adolescentes que tuvieron un hijo o hija y en el 17% de los casos que manifestaron haber embarazado a su pareja. En la pregunta, ¿qué harías si

embarazaras a tu pareja por descuido?, el 3.5% se pronunció por interrumpir el embarazo.

Edad y métodos anticonceptivos

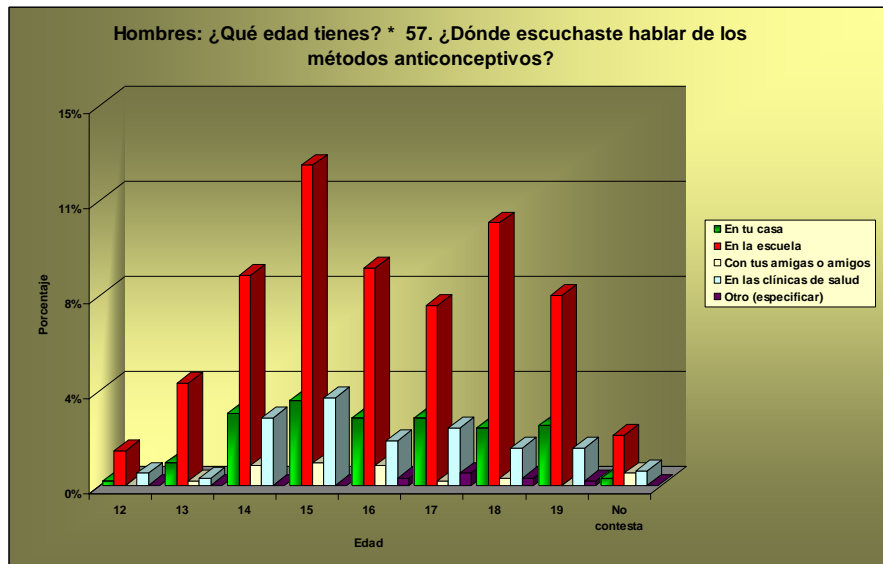
El 98.2% de los adolescentes, tanto de hombres como mujeres, considera importante conocer sobre métodos anticonceptivos. Cuando se les pregunta acerca del nivel de conocimientos que tienen el porcentaje baja al 90.9%, también en ambos casos, y cifra por debajo de la media nacional que es de 98%. En el reactivo ¿dónde escuchaste hablar de los métodos anticonceptivos? 69.8% de las adolescentes respondieron que en la escuela, el 18.6% en la casa y solamente el 8.1% señaló haberlo escuchado en las clínicas de salud (gráfica 3.11); hubo cuatro casos que manifestaron haberlo escuchado de su médico particular y dos casos en la televisión. Por su parte, los adolescentes muestran el siguiente comportamiento: el 17.8% lo escuchó en su casa, el 62.7% en la escuela y el 14.8% en las clínicas de salud (gráfica 3.12). En el caso de los hombres, uno de ellos mencionó internet como el lugar dónde escucho hablar de métodos anticonceptivos y uno más en los medios de comunicación.

Gráfica 3.11



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.12



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Existe un conocimiento amplio sobre los diferentes métodos anticonceptivos. El condón es el más conocido, 86.0% de las mujeres manifestaron conocerlo (808 casos); le sigue el DIU con el 73.3% (689 casos), la vasectomía con el 65.7% (617

casos), los métodos orales representan el 62.3% (585 casos) y los inyectables con el 61.1% (574 casos). En los hombres el comportamiento es similar, el 87.1% conocen el condón (627 casos), el DIU con el 64.8% (467 casos), métodos orales con el 62.0% (447 casos) y el coito interrumpido con el 58.1% (418 casos). El 26.0% de las mujeres manifestó utilizar algún método anticonceptivo; no obstante este es un dato bajo porque de acuerdo con IMJUVE (2010) en el año 2009, el 54.6% de las adolescentes en el rango de edad 15-19 años usaron algún método anticonceptivo. En los hombres el porcentaje es muy cercano al promedio nacional con el 54.0%

Edad e infecciones de transmisión sexual (ITS)

El 92.9% de las mujeres tienen conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); el 91.3% conoce las consecuencias de contraer alguna de estas infecciones y solamente al 1.3% (12 casos) le han diagnosticado alguna ITS y de esta población el 83.3% recibió tratamiento médico. Los datos también muestran que la atención recibida fue en el IMSS (dos casos), ISSSTE (un caso), Centro de Salud (tres casos) y médico particular (cuatro casos). Por su parte, los hombres afirman, en un 94.0%, tener conocimiento de las ITS y de las consecuencias de contraer alguna de las enfermedades. Se presentaron 11 casos de ITS, correspondiente al 1.5% del total de la muestra (papiloma humano, clamidia, sífilis, gonorrea, chancros y herpes); cinco de ellos recibieron tratamiento médico, cuatro fueron atendidos por médicos particulares y uno en el IMSS. Siete de las adolescentes manifestaron haberse realizado la prueba de VIH, tres por embarazo, tres por tener relaciones sexuales sin cuidarse y una por indicación médica. En ninguno de los casos se menciona que los resultados hayan sido positivos. En el caso de los hombres, solamente uno señaló que se hizo la prueba del VIH con motivo de haber tenido relaciones sexuales sin cuidarse.

Segunda variable: municipio

La segunda variable utilizada corresponde a la ubicación geográfica. Para su correcta interpretación agrupamos la información por municipio y, para el caso del municipio de Querétaro, se dividió por delegaciones. Con la información obtenida en este apartado es posible ubicar las regiones que requieren una atención especial por parte de las instituciones de salud para prevenir de mejor manera, los riesgos subyacentes a la salud sexual y reproductiva entre la población adolescente.

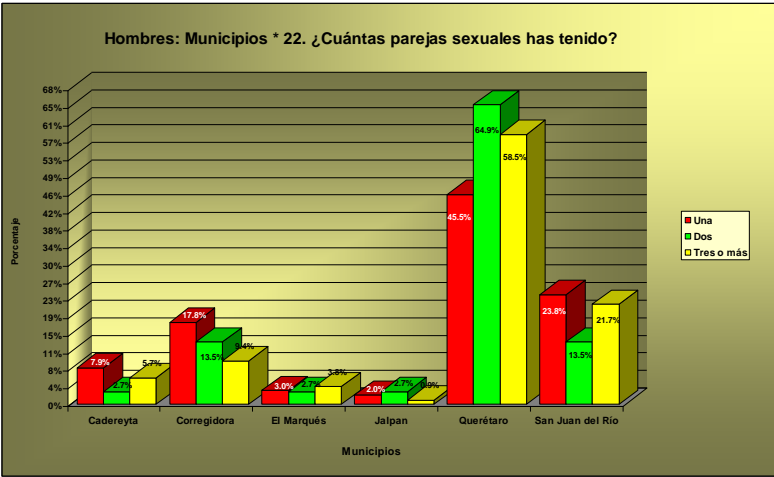
Municipio y sexualidad

Ante la pregunta ¿has tenido relaciones sexuales?, encontramos que en el caso de los hombres, promedio general arroja un 39.5% de “sí”, y un 60.5% de “no”; por su parte, las mujeres, en un 28.5% responden que sí han tenido relaciones sexuales y 69.1% responden negativamente. En el Municipio de Querétaro el 39% afirmó haber tenido relaciones sexuales, cifra similar a la de los demás municipios con el 39%. En el resto de los municipios el “sí” se presenta más elevado en San Juan del Río con 50.5% y Jalpan con 50%. La edad de la primera relación sexual fluctúa entre los 14 años con 20.5%, 15 años con 20.5% y 19 años con 19.7%. En el municipio de Querétaro se reporta la edad de 14 años con 23.3% y los 15 con 18.1% como las edades en donde más se inician las relaciones sexuales. En el resto de los municipios los promedios se comportan de manera diferente, siendo la edad de inicio más elevada los 16 años con 25.7%, seguida de los 15 años con 23%. De manera particular se destaca El Marqués, pues entre los 13 y 14 años, el 66.6% de los jóvenes ya tuvo su primera relación sexual, seguido por San Juan del Río con 40.8%. Los que tardan más en comenzar a tener relaciones sexuales son los jóvenes de Jalpan 40% a los 16 años y 40% a los 18 años. En conclusión, los jóvenes del municipio de Querétaro tienen su primera relación sexual a los 14

años lo que representa el 23.3%. Los jóvenes del resto de los municipios hasta los 16 años han iniciado su vida sexual con un 82.3%.

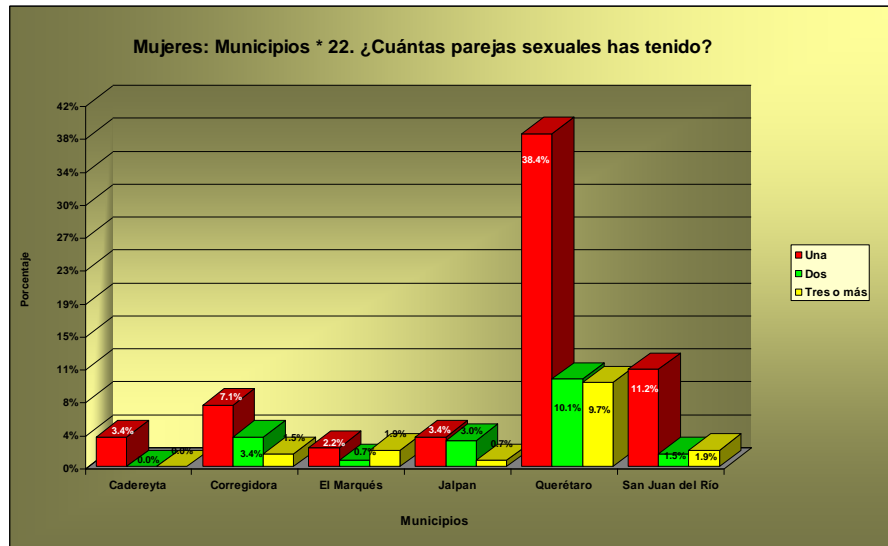
En cuanto a mantener una vida sexual activa, en los hombres, el promedio arroja 55.8% que “sí” y un 44.2 % que “no”; por su parte, las mujeres responden afirmativamente en el 56% de los casos y 44% que afirman no tener una vida sexual activa. Analizado por municipio, tenemos que en el municipio de Querétaro el promedio es de 51.9% para el “sí” y de 40,4% para el “no” y en los demás municipios es de 60.5% y 39.5% respectivamente. Los jóvenes de El Marqués son activos en un 100%, en Cadereyta el porcentaje disminuye a 82.4% y los de Jalpan en 80% mientras que los de Corregidora son los menos activos con 57.9%. Para el número de parejas sexuales, el promedio general arroja que el 45.3% de los encuestados tiene relaciones sexuales “sólo con tú pareja”, el 17.2% con “dos o más parejas” y el 37.5% “no mantienes relaciones sexuales”. El promedio del municipio de Querétaro es de 44.9% “sólo con tú pareja, 18.4% “dos o más parejas” y 36.7% “no mantienes relaciones sexuales. El promedio del resto de los municipios es de 45.7%,15.8% y 38.6% respectivamente.

Gráfica 3.13



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

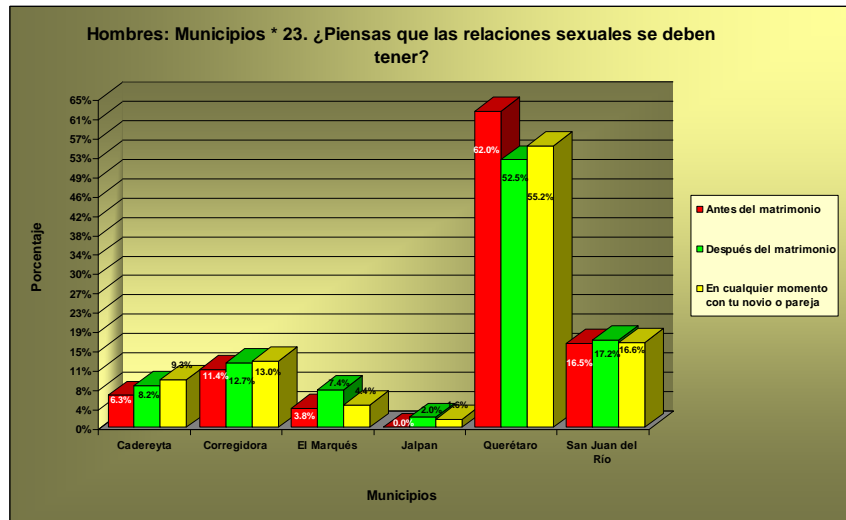
Gráfica 3.14



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

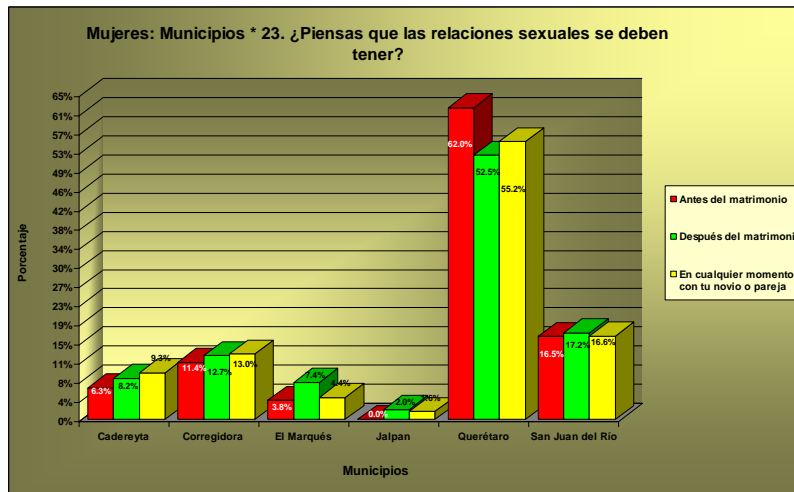
Por otra parte, respecto a la pregunta ¿piensas que las relaciones sexuales se deben tener?, el promedio indica que “antes del matrimonio” con el 11.1%, “después del matrimonio” con el 34.4% y “en cualquier momento con tu novio o pareja” con 54.4%, siendo esta la respuesta más socorrida. En el Municipio de Querétaro se ubica en 12.6%, 32.8% y 54.6% respectivamente; en los demás municipios es de 9.4%, 36.4% y 54.2% para cada uno de los rubros mencionados.

Gráfica 3.15



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Gráfica 3.16



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

El panorama sobre la edad en la que se debe iniciar la vida sexual es interesante puesto que en el municipio de Querétaro la primera opción son los “18 años” para las delegaciones de Centro Histórico, Félix Osores, Josefa Vergara y Santa Rosa Jáuregui, mientras que para las delegaciones Epigmenio González y Carrillo

Puerto su primera opción es “17 años”. En los otros municipios también aparece como primera opción “18 años” en Cadereyta, Corregidora, El Marqués, Jalpan y San Juan del Río.

En el caso de los hombres, el 97.4% considera importante saber sobre el tema de la sexualidad; el promedio del municipio de Querétaro es de 97% y para el resto de municipios de 97.8%. En contraparte, las cifras respecto a si han recibido algún tipo de información sobre salud sexual y reproductiva descienden un poco, pues el 89.5% dijo que sí ha recibido información; el promedio del municipio de Querétaro es de 87.6%. En los otros municipios el “sí” más alto corresponde a Cadereyta con el 98.4% y San Juan del Río con el 94.1% mientras que el “no” más alto se da en El Marqués con 18.4% y Jalpan con 18.2%. Finalmente, el 85.1% se considera una persona informada sobre el tema de la sexualidad, en el municipio de Querétaro el porcentaje es de 82.1% y en los demás municipios de 88.8%.

Municipio y embarazo

Como ya lo hemos señalado, la encuesta detectó un porcentaje de embarazos relativamente bajo; no obstante los indicadores por municipio nos permiten generar conocimiento para establecer estrategias focalizadas de intensificación de las acciones de los programas de salud sexual y reproductiva. En este sentido, de acuerdo a la información establecida por la encuesta de hombres y mujeres, es posible afirmar que hay delegaciones como Carrillo Puerto (6.9% de embarazos) y Félix Osores (4.4%); así como San Juan del Río (2.6%), donde debe ponerse mayor atención en los programas de atención a jóvenes hombres y mujeres.

Municipio y métodos anticonceptivos

En el municipio de Querétaro el 88% manifestó tener conocimiento de los métodos anticonceptivos; en los demás municipios de la muestra el promedio es de 94.6%

y destaca El Marqués con un 97.4% del nivel de conocimiento. Los jóvenes adquieren, preferentemente, los métodos anticonceptivos en la farmacia con el 64.5% y en los centros de salud con el 22%. El 62.7% afirma haber escuchado hablar de los métodos anticonceptivos en la escuela, el 17.8% en su casa y el 14.8% en las clínicas de salud. El promedio del municipio de Querétaro es de 56.4%, 20.1 y 17.3%,1.7% respectivamente; mientras que en los otros municipios es de 70%, 15.2% y 11.9% para esos mismos rubros. Las tablas 3.5 y 3.6 muestran el comparativo a nivel de todos los municipios.

Tabla 3.5. Datos hombres

Hombres: Municipio * 55. ¿Dónde escuchaste hablar de los métodos anticonceptivos?					
	En tu casa	En la escuela	Con tus amigas o amigos	En las clínicas de salud	Otro (especificar)
Cadereyta	3.40%	10.70%	4.30%	11.30%	0.00%
Corregidora	10.30%	16.80%	4.30%	2.10%	12.50%
El Marqués	1.70%	7.30%	8.70%	3.10%	0.00%
Jalpan	1.70%	1.20%	0.00%	3.10%	0.00%
Querétaro	60.70%	48.40%	69.60%	62.90%	75.00%
San Juan del Río	22.20%	15.60%	13.00%	17.50%	12.50%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Tabla 3.6. Datos mujeres

Mujeres: Municipio * 57. ¿Dónde escuchaste hablar de los métodos anticonceptivos?					
	En tu casa	En la escuela	Con tus amigas o amigos	En las clínicas de salud	Otro (especificar)
Cadereyta	2.60%	5.50%	4.20%	1.50%	0.00%
Corregidora	16.70%	14.40%	16.70%	14.70%	20.00%
El Marqués	3.20%	5.10%	0.00%	5.90%	20.00%
Jalpan	1.90%	4.30%	0.00%	13.20%	0.00%
Querétaro	50.60%	56.60%	54.20%	44.10%	60.00%
San Juan del Río	25.00%	14.20%	25.00%	20.60%	0.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

En el municipio de Querétaro el 98.2% considera importante el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, en tanto que en los demás municipios el porcentaje es superior con el 98.7%. El promedio general nos indica que el 54% sí utiliza algún método anticonceptivo; el promedio del municipio de Querétaro es de 56.2% y en los otros municipios es de 51.5%. El método más utilizado entre los hombres es el condón con el 82.6%. En el comportamiento por municipio de los jóvenes respecto al uso de métodos anticonceptivos indica que el 75.2% no tienen resistencia a su uso. El promedio del municipio de Querétaro es de 72.1% y en los otros municipios es del 79.1%.

Municipio e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El conocimiento sobre las ITS es prácticamente universal el 94% de la población encuestada los conoce. En el municipio de Querétaro el promedio es de 92.5% y en los otros municipios de 95.9%. También hay amplia conciencia de las implicaciones que tiene el contraer alguna infección, el 92.5% de los encuestados en el municipio de Querétaro conoce las implicaciones y el 95.9% en los demás municipios. El porcentaje de quienes han contraído alguna ITS es muy bajo, 1.8% en el municipio de Querétaro y 0.3% en los demás municipios.

A nivel del estado, el 29.2% de las adolescentes de entre 12 y 19 años manifiesta haber tenido relaciones sexuales. Por municipio, resalta Jalpan con el 50%, Querétaro con 30.6% y San Juan del Río con el 26.9%.

Tercera variable: religión

El instrumento también indaga sobre la preferencia religiosa. Revela que el 86.5% de las encuestadas son católicas lo que representa casi 10% menos con respecto a los datos nacionales (94% de acuerdo al IMJUVE, 2010). En hombres 80.6%

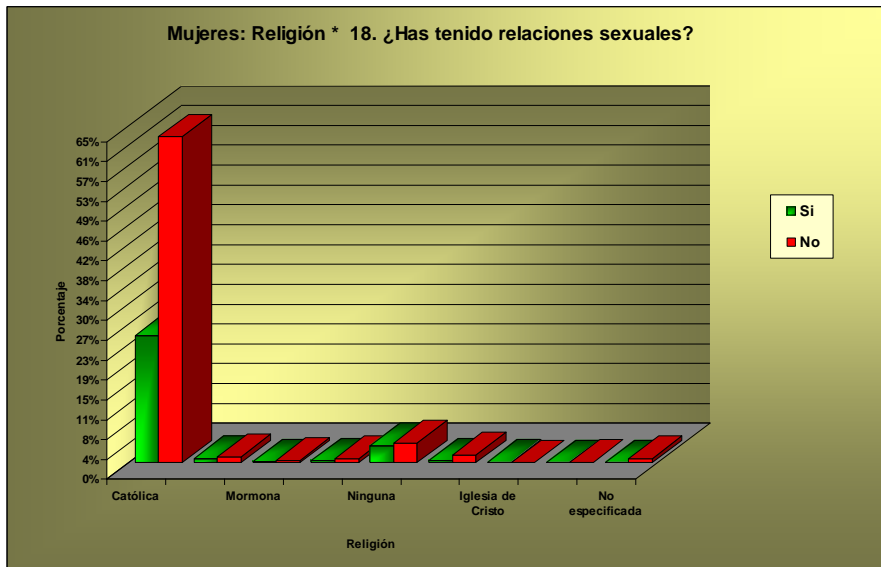
dijeron ser católicos. El 12.7% de las y los jóvenes encuestados señalaron no profesar ninguna religión.

Religión y sexualidad

Culturalmente la relación religión-sexualidad ha sido un tema tabú y difícil de abordar en los hogares mexicanos y, cuando se le llega a tratar, es sobre bases ideologizadas, fuertemente influidas por factores morales y, en el mejor de los casos, con mucha voluntad pero con fuertes deficiencias en la calidad de la información. Toda esta situación deriva en una formación deficiente de las y los jóvenes en lo que tiene que ver con las decisiones que toman sobre su vida sexual y reproductiva.

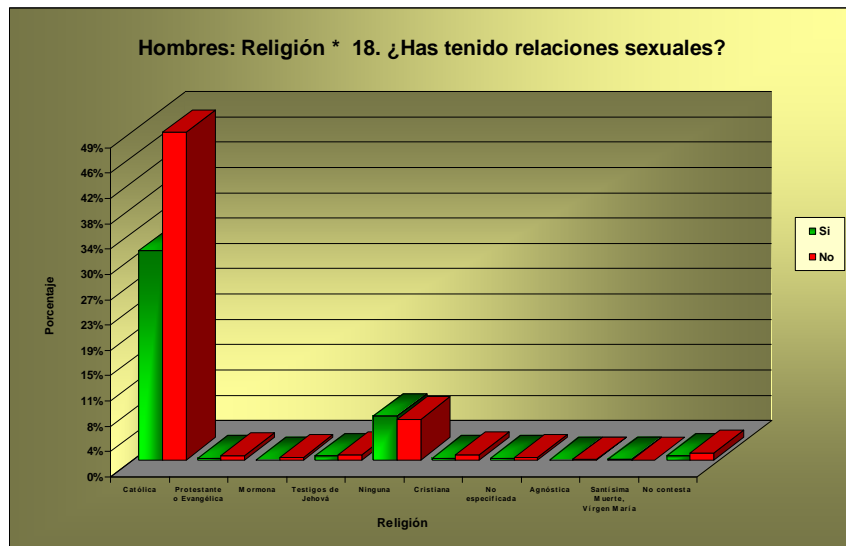
En términos generales, en el caso de las adolescentes, las jóvenes encuestadas manifiestan abstenerse de llevar a cabo prácticas sexuales. No obstante, esta tendencia es mayor entre las que practican algún tipo de religión que entre las que se pronuncian como no religiosas. En promedio general, quienes expresaron haber sostenido relaciones se ubican en un 45.3%.

Gráfica 3.17



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.18



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

En el caso de los hombres se replica lo encontrado para las adolescentes: el hecho de profesar alguna religión marca una tendencia a no haber iniciado la vida sexual en una proporción de 3 que no han tenido relaciones a 1 que sí declara

haberlas tenido. En el caso de los adolescentes que dijeron no profesar ninguna religión el 52.2% manifestó haber tenido relaciones sexuales mientras que el 47.8% dijo que no. Los resultados obtenidos muestran que la edad promedio en la que las adolescentes tuvieron su primera relación sexual es entre los 14 y los 18 años independientemente de profesar o no algún tipo de religión. Solamente se presentó un caso que inicio la vida sexual a la edad de 10 años (0.4%), 1 a la edad de 11 años (0.4%), 2 a la edad de 12 (0.9%) y 15 a la edad de 13 (6.5%).

En los varones, la edad promedio de la primera relación sexual va de los 13 años a los 18 años. En ese sentido, en promedio general los adolescentes inician su vida sexual un año antes que las mujeres. Sin embargo, no se encontraron casos de niños que hayan tenido relaciones sexuales a los 10 años, como sí sucedió en la población femenina. En términos de las edades tempranas de iniciación sexual, se encontró que a los 11 años se presentaron dos casos (0.8%) y a los doce años se reportaron 11 casos (4.7%). En términos generales se observa mayor precocidad en la población masculina que en la femenina pero no es ostensiblemente diferente el comportamiento entre ambos grupos de población.

Entre las adolescentes que ya pasaron por su primera experiencia sexual, el 56% continúan teniendo relaciones sexuales. Independientemente si profesan o no algún tipo de religión, los resultados muestran que estos hechos no son un factor determinante para evitar tener relaciones sexuales. En los adolescentes también el 56% mantiene una vida sexual activa y, al igual que en el caso de las mujeres jóvenes, la variable religión (profesar o no algún tipo de religión) tampoco tiene un papel importante para evitar esta práctica.

De las adolescentes que tienen relaciones sexuales el 60.9% lo hace únicamente con su pareja, un 33.3% no mantiene relaciones sexuales y solamente el 5.8% tiene dos o más parejas sexuales. Nuevamente, el tipo de religión no es factor determinante para evitar las relaciones sexuales. En los jóvenes se incrementa el

número de parejas sexuales con las que mantienen relaciones sexuales con respecto a las mujeres, en este rubro el promedio general para los varones es de 17.4%. El 45.15% dice que sólo tiene relaciones con su pareja y el 37.5% manifiesta no mantener relaciones sexuales a pesar de haber tenido ya su primera relación sexual.

Se observa que casi el 60% de las adolescentes que profesan alguna religión están de acuerdo en empezar a tener relaciones sexuales hasta después del matrimonio y, en el caso de quienes no pertenecen a ninguna religión (alrededor de un 71%) señalan que se pueden tener relaciones sexuales en cualquier momento. En el caso de los adolescentes la mayoría mantiene, al igual que las mujeres, la tendencia a considerar que las relaciones sexuales deben tenerse después del matrimonio. A diferencia de la población femenina, el grupo de católicos y de quienes no profesan alguna religión consideran la opción de tener relaciones sexuales en cualquier momento, con un 54.2% y un 71.1% respectivamente. Las católicas tienen una visión bastante diferente a la de los católicos sobre la permisividad de la sexualidad por género. De esta forma, los hombres católicos se consideran con licencia de tener relaciones sexuales antes del matrimonio a pesar de sus creencias.

Sobre si existe una edad ideal para empezar a tener relaciones sexuales, las adolescentes que profesan alguna religión consideran en un 61.43% que sí. Las adolescentes que no profesan ninguna religión consideraron en un 61.53% que no existe tal edad. En el caso de los varones poco más de la mitad considera que sí hay una edad para empezar a tener relaciones sexuales. En términos generales, los adolescentes que profesan un culto alcanzan porcentajes similares a los de las adolescentes religiosas. En el caso de la población sin religión, sí se observan diferencias entre las opiniones de ambos géneros: los hombres manifestaron en un 58.7% que sí hay una edad pertinente mientras que en el caso las mujeres esta idea solamente alcanzó un 38.47%.

Cuando se acepta que hay edades más convenientes para el inicio de la vida sexual, las edades que más se repiten en las adolescentes son los 18, 20 y 25 años de edad, independientemente de profesar o no algún tipo de religión. En el caso de los varones nuevamente se observa que los católicos y los no religiosos tienen comportamientos similares respecto a este ítem. Estos grupos manifiestan que el rango de edad pertinente va de los 15 a los 20 años, teniendo un repunte importante a los 18 años. En el caso del resto de las religiones, los adolescentes se concentran alrededor de los 18 años como una edad pertinente para iniciar la vida sexual. Dentro de la población de católicos un 30% no especifica una postura al respecto de esta interrogante.

En relación a la pregunta ¿sobre quién recae la responsabilidad de prevenir un embarazo no deseado?, el 95.5% de las adolescentes señaló que es tanto del hombre como de la mujer. Los varones alcanzaron un porcentaje muy similar con el 94.5%, esto significa que al menos a nivel de discurso las y los adolescentes tienen una visión más equitativa sobre la concepción del rol femenino y masculino en torno a la sexualidad.

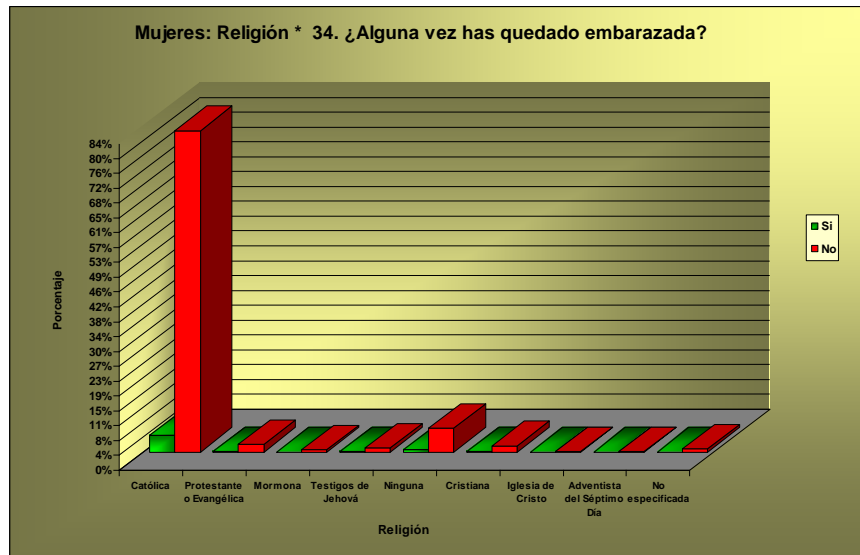
Sobre el uso de métodos anticonceptivos los resultados muestran que la mayoría de las adolescentes encuestadas no tienen resistencia a utilizarlos; esta aceptación se presenta tanto en mujeres practicantes de algún culto y no practicantes. Los hombres tampoco manifiestan tener problemas con emplear métodos anticonceptivos, nuevamente la religión no tiene peso. En las mujeres el nivel de aceptación de los métodos anticonceptivos es de 80% en el caso de los varones es de 75.5%. Es decir, los adolescentes son ligeramente más reticentes que las adolescentes a estas medidas preventivas. De la población de varones los que menos problema tienen con usar métodos anticonceptivos son los que no practican alguna una religión, únicamente el 12% presenta resistencia a usarlos.

La mayoría de las encuestadas indican que sus parejas no tienen problema con usar algún método anticonceptivo con un 79.5%. En el caso de los hombres el porcentaje es muy similar con 76.9%. La encuesta también revela que prácticamente todas las adolescentes (98.2%) y los adolescentes (97.4%) están de acuerdo en que se debe tener conocimiento sobre sexualidad, esto sin importar el tipo de religión que profesen o no. Respecto a la pregunta de con quién han platicado sobre su sexualidad, las madres ocupan un lugar importante con un 56% en las mujeres y un 42% en los hombres; le sigue el rubro de amigos y amigas (21.4% mujeres y 26.3% hombres) y el tercer lugar lo ocupa el médico (11% mujeres y 19.7% hombres). Es interesante que la escuela ocupa el cuarto lugar (9.7% mujeres y 9% hombres) como la instancia con quien o en donde se platica sobre la sexualidad.

Religión y embarazo

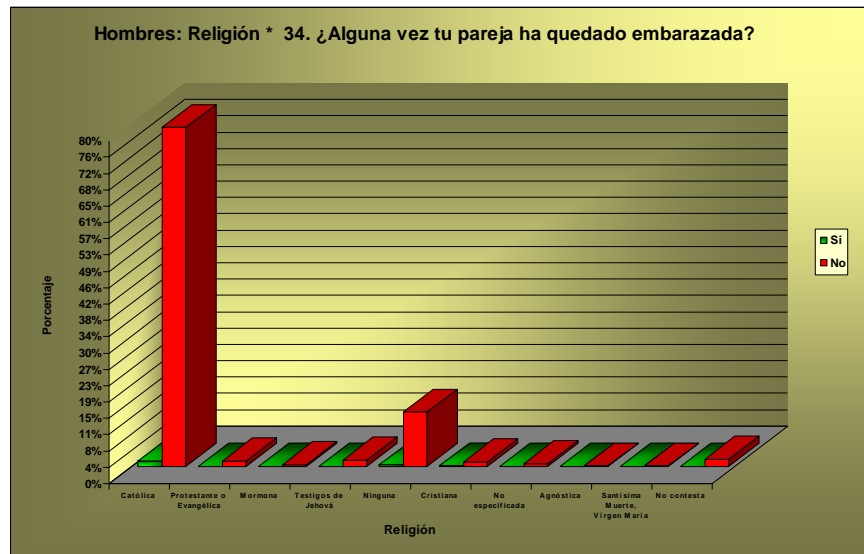
El porcentaje de adolescentes que alguna vez han quedado embarazadas fue muy bajo, correspondió al 5.5% del total de la población encuestada. En números absolutos destaca que de 51 embarazadas, 40 son católicas. Cuando se cruza la información del porcentaje de embarazos respecto a la población que profesa algún tipo de religión, encontramos que predominan las testigos de Jehová con 18%, seguidas por las cristianas con 11.76%, las que no practican ninguna religión con 9.51% y, finalmente, las católicas y protestantes con un 5% respectivamente. En ese sentido no hay diferencias significativas entre quedar embarazada y practicar una religión o no.

Gráfica 3.19



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.20



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

El porcentaje más alto de embarazo lo obtuvo la edad de 16 años con el 33.3%; Le siguen las edades de 15 y 17 años. Esto quiere decir que entre los 15 y 17 años de edad se genera el 70.8% de los embarazos no planeados. Asimismo, casi

el 20% de los embarazos se dan entre los 12 y 14 años correspondiendo a este último rango de edad el 10.4%. Las adolescentes que más jóvenes se embarazan son: una católica a los 12, dos católicas a los 13 y una cristiana a los 13. Por otro lado, el 79.2% de todas las embarazadas son católicas, el 10.4% no profesaban ninguna religión, las testigos de Jehová y las cristiana alcanzaron un 4.2% respectivamente y finalmente las protestantes con 2.1%. De acuerdo a estos datos, las adolescentes que más se embarazan y a edades más tempranas son las católicas.

Entre los hombres, la edad en la que más refieren haber embarazado a sus parejas es a los 15 años con un 30%, le sigue los 16 años con un 20%. Los datos arrojan que no hubo embarazos antes de los 15 años. Los adolescentes que más embarazan a sus parejas son católicos con el 70%, siguen los que no profesan alguna religión con el 20% y seguidos por los cristianos con un 10%. Los datos indican que en la secundaria y la preparatoria se deben intensificar y mejorar los programas de orientación y formación sexual para los y las adolescentes.

Dos terceras partes de las adolescentes embarazadas indican que se embarazaron por descuido; el 17.4% dijo haberse embarazado por acuerdo con su pareja. Es notable que sólo el 2.2% indicaron que resultaron embarazadas por desconocimiento de métodos anticonceptivos y esto hace suponer que el embarazo adolescente no es por falta de información, por lo tanto, las campañas tendientes a abatir este fenómeno deberán considerar un tipo de trabajo sobre la sexualidad que sea más formativo que informativo para que, en el momento en el se les presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales, estén realmente preparadas y conscientes de los riesgos que conlleva.

En los hombres, el 45% dijo que el motivo del embarazo fue el descuido, porcentaje más bajo que en el caso de las mujeres; otro 45% dijo que por acuerdo con su pareja, lo que representa casi el triple de lo que manifestaron las

adolescentes. Llama la atención que en esta población el 9% (que pertenecen al rubro de los que no practican ninguna religión) refirió que el motivo del embarazo fue por violación o abuso. En el caso de los católicos el 37.5% cayó en la categoría de descuido y el resto dijo haberlo acordado con su pareja; en los cristianos el 100% fue por descuido y las otras religiones no aparecieron dentro de este ítem.

El 28% de las adolescentes que ya se han embarazado no han utilizado un método anticonceptivo para prevenir una segunda gestación, lo que quiere decir que persiste una actitud de descuido frente a una nueva gestación a pesar de ya haber estado embarazada. Esta situación sucede en el grupo de las católicas con un porcentaje de 27.6% y en las que no profesan ninguna religión con el 50%; las jóvenes que son testigos de Jehová y las cristianas sí refirieron emplear métodos anticonceptivos en un 100%. Casi la mitad de las parejas de las adolescentes (42.5%) presentó reacciones emocionales definitivamente adversas al embarazo: enojo, indiferencia o bien una mezcla de sentimientos encontrados como sorpresa y angustia. Los hombres dijeron haber sentido alegría (75%) o indiferencia (8.3%) ante la noticia del embarazo y el 16.7% no especificaron su respuesta. Estas reacciones no estuvieron correlacionadas con el hecho de profesar o no una religión en el caso de la población masculina.

De acuerdo a los datos de los jóvenes, el 70.8% expresó haber recibido el apoyo de la pareja en el embarazo. En el caso de los hombres, el 100% dijo haber apoyado a su pareja cuando se enteraron del embarazo (independientemente de la religión que profesan los encuestados). No obstante, sería interesante analizar cómo se está conceptualizando dicho apoyo para poder discernir la calidad de éste y las condiciones que enfrenta la joven embarazada. Por otra parte, los padres de las entrevistadas reaccionan con enojo e indiferencia al embarazo en un 72.7%; solamente una cuarta parte de las adolescentes encontraron reacciones positivas ante su embarazo. Los adolescentes refirieron que sus padres tuvieron

reacciones de enojo o indiferencia tan sólo en un 25%, ostensiblemente menor que el porcentaje de reacciones adversas en el caso de los padres de las mujeres jóvenes. Los hombres dijeron haber encontrado comprensión en sus padres en un 41.7% de los casos, en tanto que las mujeres únicamente se sintieron comprendidas en un 22.7%. En definitiva, este dato es importante porque muestra el tipo de desamparo e indefensión que pueden enfrentar las adolescentes ante una situación de embarazo.

En relación a la reacción de la madre frente al embarazo de la hija, se observa que si bien en términos de enojo el porcentaje es similar al obtenido por los padres, la indiferencia fue sustituida en este caso por la comprensión. Asimismo, la alegría que manifestaron las madres se triplicó en relación a los padres y, en términos generales, las reacciones no adversas frente al embarazo por parte de la madre alcanzaron un 53.7%. En el caso de las reacciones emocionales de las madres frente a la noticia de que su hijo adolescente había embarazado a su pareja fue de un 25% con actitudes comprensivas, el 25% correspondió a reacciones de enojo, el 22.3% no se enteró y un 11.1% sintieron tristeza, alegría e indiferencia con un 8.3% respectivamente.

Prácticamente el 32% de la población que resultó embarazada consideró o intentaron abortar en algún momento. Los grupos que no consideraron abortar en ningún porcentaje fueron el de las testigos de Jehová y las protestantes. Las católicas, las cristianas y las que no profesan ninguna religión consideraron la idea de abortar en un porcentaje del 30 al 40%. Frente a la pregunta que indagaba si en algún momento le habían propuesto el aborto a la pareja, los adolescentes en general respondieron que no en un 83.3% de los casos. Los que más propusieron el aborto fueron los que no profesan ninguna religión con el 50%, le siguen los católicos con un 11.1%. Sólo una de cada cinco adolescentes pensó en algún momento en dar en adopción a su hijo al momento de nacer.

Los varones dijeron que si embarazaran a su pareja por descuido dejarían que naciera el bebé y lo criarían con un 58.5%, este dato es similar para las distintas religiones y para los no creyentes. El 38% consideraría iniciar una unión o conformar un hogar y únicamente el 3.5% se plantearía el aborto; este último grupo únicamente lo conforman católicos y los que no profesan ninguna religión. El 11% de las adolescentes que se embarazaron llegó a abortar, lo cual constituye la tercera parte de las que originalmente habían pensando hacerlo. De éstas, las adolescentes cristianas y las que no profesan religión abortaron en un 50% y 40% respectivamente; las católicas lo hicieron en un 5.5%. En relación a la pregunta acerca del motivo que las llevó a abortar, las cristianas y no profesantes aducen haber abortado por motivos de salud mientras que las católicas lo hicieron por decisión personal.

Religión y métodos anticonceptivos

El uso de los métodos anticonceptivos es un tema polémico dentro de las religiones, principalmente por el debate en torno al inicio de la vida y a las reglas morales respecto a la abstinencia y a las relaciones sexuales después del matrimonio. En términos globales, una y uno de cada diez adolescentes desconocen los métodos anticonceptivos, en ese sentido se puede plantear que hay un alto nivel de conocimiento sobre los mecanismos de anticoncepción. Se debe hacer notar que, salvo las adolescentes que no profesan algún credo y las cristianas, para el resto de las jóvenes encuestadas el conocimiento de métodos anticonceptivos parece estar correlacionado con la prevención del embarazo. Por ejemplo, en el caso de las católicas un 8.2% señaló no tener conocimiento de anticonceptivos y el 4.3% de ellas resultó embarazada.

En el caso de las mujeres que practican la religión mormona, las de la iglesia de Cristo y las adventistas, el 100% comentó tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos y no hubo embarazos en las jóvenes que profesan estas

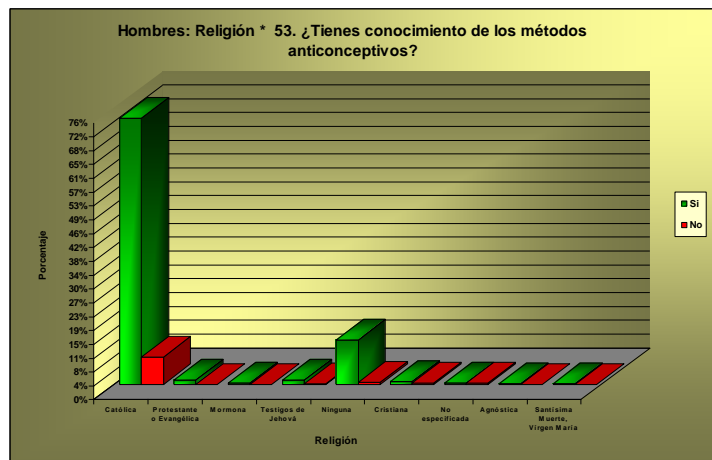
religiones. El grupo de las que no profesan religión alguna y las cristianas, mostraron una tendencia diferente a la señalada: el número de embarazadas fue mayor al número de adolescentes que dijo carecer de información sobre anticonceptivos. Para estas dos poblaciones el hecho de contar con información sobre este tema no necesariamente repercute en la prevención del embarazo. A manera general, se puede plantear que la religión no es determinante para que, aún con información, las adolescentes prevengan el embarazo. Este último planteamiento es cierto para quienes no practican una religión y las cristianas; en el resto de las religiones el conocimiento de métodos anticonceptivos sí resulta importante para prevenir el embarazo.

Gráfica 3.21



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.22



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Los datos de la encuesta indican que en el caso de las mujeres el lugar en el que preferentemente se obtienen los métodos anticonceptivos es el hogar con un 62.1%, seguido por la escuela con el 31.5%. El último lugar al que recurren las adolescentes para obtener métodos anticonceptivos son las clínicas de salud con un .05% y es un dato revelador porque significa que el sector salud no está generando políticas y estrategias que involucren mayor acercamiento con las adolescentes. Este dato, aunado a la pregunta de con quién han platicado sobre la propia sexualidad, (que en el caso de los médicos o del sector salud fue de casi un 10%) refuerzan la poca penetración que tiene este sector en términos de la prevención del embarazo.

Los resultados obtenidos, nos permiten afirmar que, en realidad, las jóvenes no se están protegiendo porque no piden anticonceptivos, mientras que los adolescentes tienen mucho más claro a dónde acudir para solicitarlos que es en la farmacia y en los centros de salud. El hecho que las jóvenes encuestadas refieran que el 62.1% de los métodos los obtienen en la familia parece indicar un alto nivel de aceptación por parte de ésta de la vida sexual de las adolescentes. A pesar de ello, lo que quizá revela este dato es que en realidad las adolescentes no están obteniendo

métodos anticonceptivos de manera significativa. Entonces, habría que indagar con mayor precisión la percepción de los padres en torno al ejercicio de la sexualidad por parte de las adolescentes para poder determinar si, efectivamente, hay un cambio en la visión en torno a este tema.

En el caso de los varones se observa un comportamiento diferente al de las mujeres, ellos obtienen el 64.8% de los anticonceptivos en la farmacia y el 21.7% en los centros de salud. En esta población no aparece ni la familia ni la escuela como espacios donde adquirir este tipo de protección. El lugar donde más se ha escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos es la escuela en primer lugar (70% mujeres y 63% hombres), seguido por el entorno familiar (19% mujeres y 18% hombres). En relación al sector salud y clínicas el 14.6% de los hombres han recibido información en estos sitios y contrasta con el 8% que se presenta en las mujeres. En términos de estrategia a seguir, la escuela no sólo debe brindar información, labor que cumple bien como lo muestran estos datos, sino que debe propiciar estrategias didácticas formativas que involucren no sólo brindar dicha información sino promover una verdadera interacción y diálogo sobre la sexualidad de los propios adolescentes. Recordemos que en la pregunta sobre con quién se habla de la sexualidad, la escuela resultó ser uno de los lugares menos propicios y es claro que resulta un entorno ideal para la prevención del embarazo.

De los métodos anticonceptivos, el método más conocido para las mujeres resultó ser las pastillas con el 90%. Es interesante que a pesar de que el condón se planteó como opción de respuesta no fue elegido como tal por las entrevistadas. Tres cuartas partes de las entrevistadas señalan no emplear métodos anticonceptivos, habría que aclarar que en estos datos están contempladas tanto aquellas adolescentes que nunca han tenido relaciones sexuales (71%) como las que han tenido al menos una relación sexual (29%). En el caso de los hombres un 54.4% dice utilizar métodos anticonceptivos y un 45.6% manifiesta no hacerlo.

De las jóvenes que declararon sí emplear métodos anticonceptivos (26%), la mayoría lo hace sólo en cada relación (83.3%) y coincide con el condón como el método anticonceptivo de mayor uso; el siguiente porcentaje se refiere a la categoría nunca (10%). El hecho de profesar o no una religión no parece tener impacto sobre el uso de anticonceptivos ya que las jóvenes no profesantes resultaron ser, junto con las cristianas, el grupo que menos los usa (20% nunca los ha usado); por su parte, las católicas nunca usan estos métodos en un 10%. El 93.3% de los adolescentes dicen que sólo utilizan un método anticonceptivo en cada relación sexual, siendo indistinto si profesan o no alguna religión.

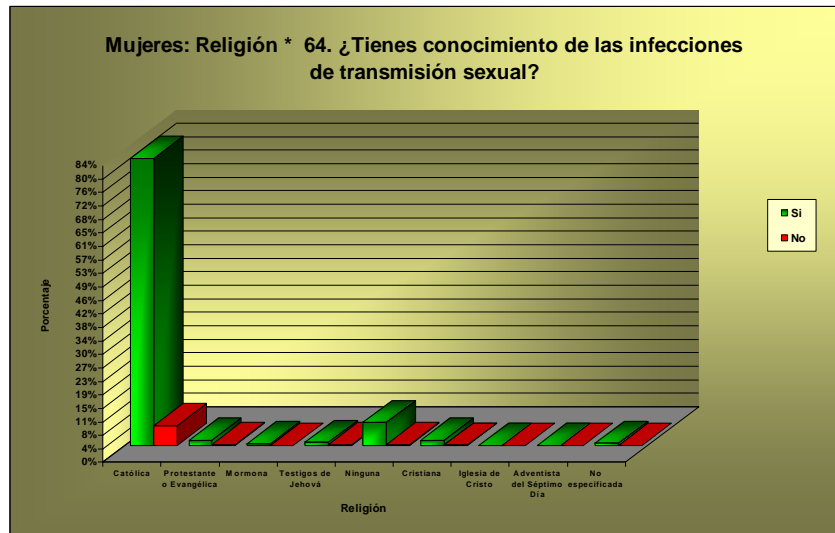
En el caso de las mujeres, en el reactivo sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos, el condón no apareció como respuesta, a pesar de que aparece como el anticonceptivo más empleado (60.2%), seguido por la abstinencia (25.7%). En el caso de las pastillas, las adolescentes dijeron que era el método que más conocían (90%) pero aquí se observa que solamente las emplean en el 9.4% de los casos. Para los adolescentes el método más socorrido fue el condón (83%), superior en 23% a la frecuencia que refieren las adolescentes. La abstinencia apareció como método anticonceptivo en un 8% y constituye la tercera parte de lo que es referido por las mujeres. El uso del condón es indistinto por grupos religiosos; la abstinencia como forma de evitar la concepción es más usada por los testigos de Jehová (37.5%), en los católicos, los no practicantes y los protestantes sólo refieren un 10%. En términos de estrategia, es evidente que una cosa es que conozcan o tengan información y otra es poder usarla de forma efectiva en la vida cotidiana. Las campañas y los programas tendientes a prevenir el embarazo adolescente requieren un tratamiento muy cuidadoso, en términos de cómo *conocer* y *emplear los métodos anticonceptivos*. Finalmente, tanto en la población de hombres como de mujeres se acepta en un 98.2% que es importante conocer sobre métodos anticonceptivos.

Religión e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Se observa que la mayoría de las y los adolescentes conocen de las ITS en un 93% y 94% respectivamente. A pesar del alto nivel de información respecto a las consecuencias del ejercicio de la sexualidad, muchas de las encuestadas no emplean métodos de protección contra las ITS. El grupo que más desconoce sobre ITS es el de las testigos de Jehová con un 27.2%, las protestantes y las mormonas con un 16% respectivamente, le siguen las cristianas con un 11.1% y finalmente las católicas y las que no profesan alguna religión con un 6% cada una. En el caso de los hombres, el grupo religioso que menos conoce sobre ITS son nuevamente los testigos de Jehová con el 20%, seguidos de los católicos con un 6.1% y finalmente se encuentran los que no profesan alguna religión con el 4.3%.

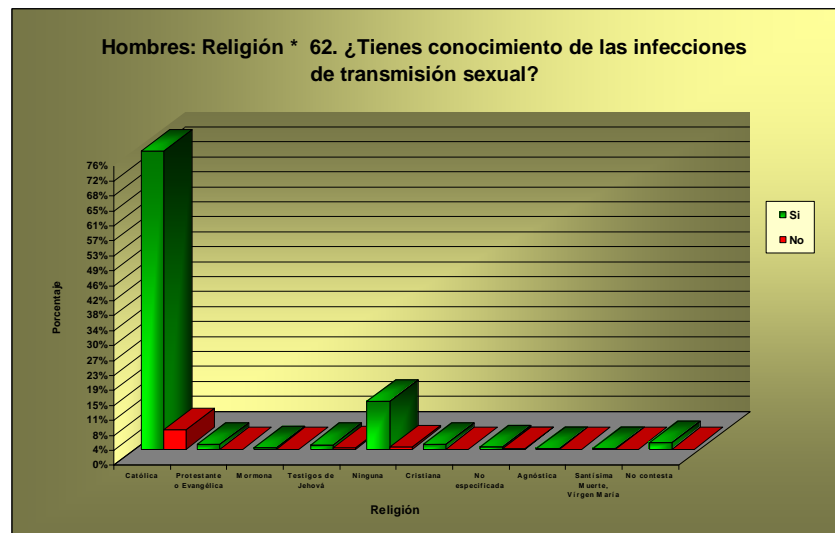
Entre las adolescentes, el 98.7% señala no haber sido diagnosticada con ITS, lo que no significa que no puedan padecerlas, los datos únicamente refieren la ausencia de un diagnóstico al respecto. De la población total de mujeres las que fueron diagnosticadas con ITS corresponde en un 1% a católicas, el 0.2% a las que no profesan religión y el 0.1% a las protestantes. En el caso de los hombres en un 98.9% dicen no haber sido diagnosticados con ITS e indica un comportamiento muy similar a las mujeres. Por religión, los jóvenes diagnosticados con ITS corresponde a: 0.7% a los católicos, el 0.3% a los que no profesan alguna religión y el 0.1% a los mormones.

Gráfica 3.23



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 3.24



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

CAPÍTULO 4

LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Programas en operación

A través de la Subsecretaría de prevención y promoción de la salud (Secretaría de Salud, 2008), se promueve el logro de las grandes estrategias establecidas en el Plan Sectorial de Salud 2007-2012, las cuales son:

1. Fortalecer las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva, para el ejercicio libre, responsable e informado de la sexualidad.
2. Promover campañas permanentes de educación sexual que favorezcan el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el sexo protegido.
3. Implantar un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente mediante el cual se cumpla el objetivo de reducir la tasa específica de fecundidad.

El objetivo que persigue el programa específico de acción (*Secretaría de Salud, 2008: 26*) es:

“Contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos”.

Sin embargo, un problema al que se enfrentan las políticas públicas es el nivel de atención y la calidad del servicio en las instituciones de salud. Varias son las

causas que se pueden enumerar; para fines del estudio, nos interesa señalar dos de ellas.

En primer término, se observa que los servicios de salud sexual y reproductiva se dirigen principalmente a mujeres unidas, dejando de lado a mujeres y hombres solteros, cuestión que ocasiona serios problemas pues se deja de lado a un grupo poblacional muy amplio.

El segundo aspecto que interesa comentar es la cobertura institucional y cuya incidencia en la eficacia y calidad del servicio se constituye en uno de los grandes retos de la administración gubernamental. De acuerdo con los datos de INEGI (2011b), en Querétaro la población no derechohabiente representa el 25.18%, en números absolutos, tenemos que 460,320 personas solamente acceden por los servicios del Hospital General, y las clínicas del sector salud. Por otra parte, los recursos humanos del sector salud son todavía insuficientes, en Querétaro hay un médico por cada 670 habitantes, 2,727 médicos en instituciones públicas del sector salud y 151 médicos en instituciones particulares, cantidad insuficiente para atender las necesidades de la población en su conjunto. Desde luego, cuando se trata de particularizarlo al ámbito de la salud sexual y reproductiva, el servicio es mucho más limitado.

Otro factor que incide en la eficacia y eficiencia del servicio que se ofrece por parte de las instituciones de salud es la falta de presupuesto, en 2009 se estimó que el gasto total en servicios de salud reproductiva y equidad de género (SR y EG) en México fue del 5.77% del gasto total en salud. El IMSS fue el agente con mayor participación en el gasto con el 35.0%, la Secretaría de salud y servicios estatales de salud con 14.2%, el Sistema de Protección Social en Salud con el 7.7%, IMSS-Oportunidades con el 6.4% y el ISSSTE con el 3.5%, siendo los servicios más favorecidos los relacionados con cáncer cérvicouterino, planificación familiar, endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata y programas

específicos sobre salud sexual y reproductiva; con estas acciones las instituciones de salud a nivel nacional pretenden ampliar y ofrecer servicios de calidad en esta materia, pero a la fecha no ha sido suficiente. (Instituto Nacional de Salud Pública. Estimación 2009 y comparativo 2003-2009).

Durante 2010, el sector salud (instituciones públicas y seguro popular) atendió 40,757 partos; 133,384 pláticas de planificación familiar, 9,413 de ellas a menores de 20 años (representa solamente el 7.05% del total de pláticas); se repartieron 660,452 métodos anticonceptivos. Se registraron 26,245 nuevos usuarios de métodos anticonceptivos alcanzando un total de 49,995 usuarios activos. Si consideramos a las 243,928 mujeres adolescentes consideradas en el presente estudio, nos damos cuenta que las cifras son relativamente pobres para una atención eficiente y de calidad en salud sexual y reproductiva (INEGI, 2011b).

Secretaría de salud del estado de Querétaro (SESA)

Algunas de sus funciones principales son las siguientes:

- Establecer y conducir la política estatal en materia de salud, de conformidad con las políticas del Sistema Nacional de Salud, disposiciones legales aplicables y ordenamientos que expida el Ejecutivo Estatal sobre la materia.
- Conducir y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y evaluar su operación.
- Celebrar los convenios y contratos que se requieran para la prestación de los servicios de salud.
- Impulsar, en los términos de los convenios que al efecto se suscriban, la desconcentración y descentralización de los servicios de salud en favor de los Municipios.

- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que en su caso le solicite el Ejecutivo Estatal.

Su estructura orgánica está conformada por el Secretario de Salud, el Subsecretario de Vinculación, Administración y Finanzas, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro, la Comisión Estatal Contra las Adicciones, el Centro de Trasplantes de Querétaro y por los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), es en este último organismo y a través de la Dirección de Servicios de Salud en donde se impulsan y coordinan los programas que en materia de salud sexual y reproductiva se implementan en las diferentes Instituciones de Salud Pública del Estado y en las Instituciones de Salud Privadas.

A través de la SESEQ se promueve y pone en marcha la Ley de Salud del Estado de Querétaro, que en su capítulo séptimo incluye a la salud reproductiva como un tema de carácter prioritario y enfatiza que los servicios que se presten en la materia, constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Es importante resaltar que los servicios de salud reproductiva que deben regir en las Instituciones Públicas del Estado, comprenden:

1. La promoción y difusión de programas en materia de servicios de planificación familiar, salud reproductiva, educación sexual y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.
2. La atención de los solicitantes de servicios de salud reproductiva.
3. La asesoría para la prestación de servicios de salud reproductiva a cargo de los sectores público, social y privado, de acuerdo con las políticas

establecidas por el Consejo Nacional de Población, supervisando y evaluando su ejecución.

4. El apoyo y fomento a la investigación en materia de infertilidad humana, salud reproductiva familiar y biología de la reproducción humana.
5. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de salud reproductiva, con preferencia a la población adolescente.
6. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

A continuación se enumeran algunos de los programas de salud que promueve la SESEQ a través de las diferentes Instituciones Públicas de Salud del Estado, específicamente aquellos enfocados a la salud sexual y reproductiva que es el tema principal referido en este estudio.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El IMSS en el estado de Querétaro implementa el programa integral de salud, conocido como PREVENIMSS administrado por el IMSS a nivel nacional y está enfocado a promover acciones y cambio de hábitos, con el objeto de prevenir enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y de transmisión sexual, evitar embarazos no deseados, obesidad, entre otros. Contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida de las personas.

Específicamente el programa *PREVENIMSS-Adolescentes*, se enfoca a los temas sobre sexualidad y salud sexual y promoción de la planificación familiar.

De igual forma existe un programa a nivel nacional denominado *IMSS-Oportunidades* que tiene como objetivo contribuir a garantizar el derecho a la

salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación en las entidades donde tiene cobertura, este programa es administrado también por el Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS). En materia de salud sexual y reproductiva ofrece los servicios de *Atención Materno Infantil y Planificación Familiar*, *Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA)* y *Educación para la Salud*, específicamente con el programa de salud reproductiva se realizan esfuerzos para garantizar la atención a la mujer en edad fértil, a través de la consejería y el otorgamiento de métodos de planificación familiar, previo consentimiento informado y compartido, la atención institucional del embarazo, la atención del parto por personal calificado y la atención inmediata al recién nacido, entre otros.

Guía para el cuidado de la salud en adolescentes de 10 a 19 años

Esta guía es un apoyo para el personal de salud que se encarga de atenderlos. En ella se presentan las acciones que tienen un alto impacto en la preservación de la salud de las y los adolescentes, contiene información útil y práctica para la construcción de un estilo de vida activo y saludable de los adolescentes, que les permita un desarrollo integral de acuerdo a sus necesidades y fomentar con ello su confianza. Adicionalmente constituye un complemento al sistema de cartillas nacionales de salud que todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud llevan a cabo.

El capítulo V de la guía se enfoca a promover entre las y los jóvenes la salud sexual y reproductiva, así como el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para disminuir los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, favorecer los efectos protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. Los temas que abarca son: a) Promoción de la planificación familiar, b) Métodos anticonceptivos, c) Riesgo reproductivo, d)

Consulta preconcepcional, e) Administración de ácido fólico, f) Cuidados del embarazo, g) Cuidados después del parto y la h) Promoción de uso de redes de apoyo (Guía técnica para la cartilla nacional de salud, adolescentes de 10 a 19 años. Edición 2008).

La Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años), en su apartado de Salud Sexual y Reproductiva contempla tres grandes rubros: a) Planificación familiar, que abarca la prevención del embarazo en adolescentes y la prevención del VIH/SIDA e ITS; b) Vigilancia prenatal y atención del parto en el que se da seguimiento a consultas prenatales, los términos del embarazo y sus posibles complicaciones; y por último c) Vigilancia postparto que incluye el seguimiento de consultas generales y protección anticonceptiva post-evento obstétrico.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Querétaro, en la Unidad Médico Familiar No. 13, cuenta con un área especial para brindar atención a los jóvenes en temas de sexualidad y salud sexual y promoción de la planificación familiar, que en términos generales está constituida por una Coordinación de información y Análisis Estratégico que reporta directamente al Departamento de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ); dicha coordinación está integrada por un departamento de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, un Director General del área, una jefatura de enfermería, una jefatura de piso y la enfermería general, áreas que cuentan con el personal capacitado (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales), con las competencias y habilidades necesarias para abordar las necesidades de este sector joven de la población.

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

El ISSSTE en el estado de Querétaro implementa el programa integral de salud, conocido como PREVENISSSTE administrado por el ISSSTE a nivel nacional,

como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud, aumentar la conciencia pública sobre la salud, promover los estilos de vida saludables y la acción comunitaria, brindando oportunidades y posibilidades a las personas de ejercer sus derechos y responsabilidades en la formación de ambientes que favorezcan su salud y bienestar. Está enfocado a la evaluación de riesgos, a verificar el estado general de salud de las personas y a medir los factores de riesgo.

En términos de salud sexual y reproductiva para adolescentes el ISSSTE implementa el mismo programa integral de salud administrado por el IMSS a nivel nacional y a través de sus unidades médicas de salud dan seguimiento a la salud de la población, con acciones de prevención, detección oportuna y control de enfermedades, haciendo uso de la cartilla nacional de salud y de la guía para el cuidado de la salud en adolescentes en edades de 10 a 19 años.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el Hospital ISSSTE delegación Querétaro, cuenta con un área especial para brindar atención a los jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva y promoción de la planificación familiar; en un primer nivel de atención que se da directamente en la clínica, se encuentra el área de Medicina Familiar a cargo de médicos generales y enfermeras, en donde se da seguimiento a problemáticas generales de salud incluyendo las relacionadas con salud sexual y reproductiva (orientación general, métodos anticonceptivos y planificación familiar, entre otros), y de acuerdo al caso específico que se presente se canaliza a los jóvenes a un segundo nivel de atención directamente en el Hospital, al área de Epidemiología que tiene a su cargo al departamento de Medicina Preventiva y este a su vez al departamento de Planificación Familiar, estas áreas cuentan con el personal capacitado (médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales), con las competencias y habilidades necesarias para abordar las necesidades específicas de este sector joven de la población.

Los requisitos que deben cubrir los jóvenes es estar afiliados al ISSSTE.

Hospital del Niño y la Mujer

Centro hospitalario del gobierno del estado de Querétaro, que se especializa en ginecología, obstetricia y pediatría. Da servicio a la mujer durante el embarazo y al niño hasta los catorce años.

El hospital cuenta con un departamento de salud reproductiva que reporta directamente al Departamento de Salud Reproductiva de la Coordinación de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), este departamento está integrado por un director, un subdirector, un jefe de departamento de gineco-obstetricia y por el encargado del departamento de salud reproductiva, es en este departamento en donde se atienden todos los asuntos de salud relacionados con la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva, ginecología, obstetricia y pediatría, está conformado por las áreas: a) planificación familiar, b) Clínica de climaterio, c) Clínica de adolescentes y, d) a nivel staff por la Coordinación de enfermería de salud reproductiva, cada una de estas áreas cuenta con médicos ginecólogos obstetras y enfermeras; adicionalmente la clínica del adolescente cuenta también con psicólogos y trabajadores sociales e incluye dos programas enfocados a la salud sexual y reproductiva, el primero de ellos denominado “Modulo amigable del Adolescente”, se centra en la orientación hacia la planificación familiar, a las enfermedades de transmisión sexual y al embarazo en adolescentes, y el segundo denominado “Clínica del Adolescente” enfocado específicamente al control del embarazo en mujeres adolescentes, con una atención especial hacia la planificación familiar.

Hospital General de Querétaro (HGQRO)

No es un hospital autónomo, depende directamente de la Secretaría de Salud de Gobierno Estatal y los casos en materia de salud sexual y reproductiva más planificación familiar en general, se canalizan a través del Hospital del Niño y la Mujer.

Seguro Popular

La puesta en marcha de este programa se da con la firma del convenio de colaboración del Sistema de Protección Social en Salud, por parte de los gobiernos federal y estatal, y permite garantizar a la población queretana de escasos recursos y en condiciones de vulnerabilidad el acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral sus necesidades de salud. Las más de 400 enfermedades que cubre el Seguro Popular incluyen acciones de prevención y promoción de la salud, así como atención de enfermedades transmisibles, crónico-degenerativas y cirugía general. A través del catálogo universal de servicios de salud se da orientación para prevenir enfermedades y consultoría para apoyar a las familias a mejorar su salud; para el caso de los adolescentes se incluye consejería de adicciones y acciones preventivas en edades de 10 a 19 años. La atención médica y los servicios se canalizan a las instituciones de Salud del Estado afiliadas, como el Hospital General de Querétaro y del Hospital del Niño y la Mujer.

Instituciones de salud privadas del estado de Querétaro

Para el caso de las Instituciones de salud privadas, estas se rigen también por la Ley de Salud del Estado, pero no cuentan con programas específicos sobre salud sexual y reproductiva, el apoyo se da a través de la semana de la salud, evento a nivel nacional que se organiza anualmente y en el que se abordan temas de

atención, y prevención de la salud, así como tratamiento de enfermedades. La atención que se brinda es personalizada y se lleva a cabo a través de las consultas particulares con médicos ginecólogos obstetras.

La información anterior se obtuvo de manera general a través de la aplicación de entrevistas realizadas a médicos especialistas del sector privado en el área de salud sexual y reproductiva, en donde cabe señalar que se obtuvo poca respuesta a pesar de que la solicitud se realizó de manera formal; únicamente el Hospital Ángeles de Querétaro colaboró con el proyecto, pero la información proporcionada fue escasa. Por lo anterior es prioritario que las instituciones de salud privadas se involucren en mayor medida a los programas y políticas sobre salud sexual y reproductiva que se promueven a través de la SESEQ y diseñar e implementar áreas de servicio específicas con personal capacitado dedicado exclusivamente a atender las necesidades en esta materia.

Instituciones con programas orientados a la salud sexual y reproductiva

Secretaría de la Juventud

La SEJUVE en el estado a través del departamento de Promoción de la Salud, cuenta con tres programas orientados a la salud sexual y reproductiva, siendo estos: Paternidad Responsable y Afectiva, Somos Decisión y De Joven a Joven. Estos programas están orientados a las y los jóvenes de entre 12 y 29 años.

Secretaría de Educación de Gobierno del estado de Querétaro

A través del departamento de becas promueve dos programas (PROMAJOVEN y PROMASOL) orientados a jóvenes que sean madres solteras, cuya edad este comprendida entre 15 y 24 años de edad que se encuentren inscritas en cualquiera de las modalidades públicas de educación media superior en el estado.

Tiene como objetivo contribuir a la reducción del rezago educativo mediante el otorgamiento de becas a niñas y jóvenes en contexto y situación de vulnerabilidad agravada por el embarazo y la maternidad.

Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro

DIF estatal cuenta con un programa a nivel federal (propuesto por el Sistema Nacional DIF), el cual lleva por nombre “Prevención de Riesgos Psicosociales/Embarazo Adolescente”, está dirigido a los jóvenes hombres y mujeres de 12 a 19 años y consiste en la impartición de talleres y platicas sobre salud sexual y reproductiva que abarca temas como: planificación familiar, prevención del embarazo, métodos anticonceptivos, entre otros.

PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Programas de prevención del embarazo con perspectiva de género

Institución	Programas que implementa	Servicios que ofrece
IMSS e ISSSTE	PREVENIMSS-Adolescentes PREVENISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría sobre sexualidad y salud sexual y promoción de la planificación familiar. • Atención directa y personalizada en sus unidades médicas. • Platicas informativas sobre el tema.
IMSS	IMSS-Oportunidades (MAIS) <i>Administrado bajo el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención materno infantil y planificación familiar.
	Consejería de adicciones y acciones preventivas en edades de 10 a 19 años	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría sobre salud sexual y reproductiva y otorgamiento de métodos anticonceptivos.
	Guía para el cuidado de la salud en adolescentes de 10 a 19 años	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de apoyo para el personal de salud que se encarga de atenderlos. • Guía disponible para las y los jóvenes adolescentes en sus unidades de salud, enfocada a promover entre las y los jóvenes la salud sexual y reproductiva, Los temas que abarca son: <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Promoción de la planificación familiar.</i> b) <i>Métodos anticonceptivos.</i> c) <i>Riesgo reproductivo.</i> d) <i>Consulta preconcepcional.</i> e) <i>Administración de ácido fólico.</i> f) <i>Cuidados del embarazo.</i> g) <i>Cuidados después del parto.</i> h) <i>Promoción de uso de redes de apoyo.</i> • Complemento al sistema de cartillas nacionales de salud.

Hospital del niño y la mujer	Módulo amigable del Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación hacia la planificación familiar, a las enfermedades de transmisión sexual y al embarazo en adolescentes, atención especial hacia la planificación familiar. • Atención directa y personalizada en el hospital.
	Clínica del Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Control del embarazo en mujeres adolescentes con atención especial hacia la planificación familiar. • Cuentan con promotores de salud que dependen de la Coordinación de Salubridad, encargados de realizar visitas a las escuelas primarias y secundarias públicas del estado, a platicar con los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual y la planificación familiar.
Instituciones de salud públicas y privadas	Semana de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecen pláticas y talleres sobre salud sexual y reproductiva.
Departamento de Becas de la Secretaría de Educación del Estado	PROMAJOVEN	<ul style="list-style-type: none"> • Otorgamiento de becas a adolescentes en contexto y situación de vulnerabilidad, de estado civil indistinto que sean madres o se encuentren en estado de embarazo, que oscilen de los 12 a los 18 años 11 meses (al registrarse al programa) y que deseen ingresar, continuar y concluir sus estudios de educación básica.
	PROMASOL	<ul style="list-style-type: none"> • Otorgamiento de becas a adolescentes que sean madres o se encuentren en estado de embarazo y que deseen ingresar, continuar y concluir sus estudios de educación media superior.

Secretaría de la Juventud	Paternidad responsable y afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Impartición de talleres en el estado y sus municipios, para sensibilizar y concientizar a la juventud sobre los embarazos a temprana edad y la responsabilidad que conllevan.
	Somos decisión	<ul style="list-style-type: none"> • Platicas informativas en los municipios del estado con el objetivo de facilitarles herramientas a los jóvenes, que les permitan el fortalecimiento de sus habilidades personales y sociales para que visualicen posibles factores de riesgo (autoestima, adicciones, sexualidad, agresividad, alcoholismo, etc.).
	De joven a joven	<ul style="list-style-type: none"> • Programa que brinda atención gratuita telefónica (01-800-716-65-75) a jóvenes y padres de familia para la contención de cualquier tipo de crisis. Se atiende a la población juvenil de entre 12 y 29 años en temas primordialmente de noviazgo y sexualidad.
DIF	<p style="text-align: center;">Prevención de Riesgos Psicosociales/Embarazo Adolescente</p> <p style="text-align: center;">El programa Atención a menores y adolescentes (AMA) esta inserto en el programa anterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impartición en el estado y sus municipios de talleres de prevención del embarazo. • Platicas impartidas por médicos de la Secretaría de Salud.

Programas de atención del embarazo con perspectiva de género

Institución	Programas que implementa	Servicios que ofrece
IMSS e ISSSTE	Atención materno-infantil y planificación infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría sobre sexualidad y salud sexual y promoción de la planificación familiar. • Atención directa y personalizada en sus unidades médicas. • Pláticas informativas sobre el tema.
IMSS	Centro de atención rural al adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Se atienden los asuntos de salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales.
	Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la mujer en edad fértil, a través de la consejería y el otorgamiento de métodos de planificación familiar, previo consentimiento informado y compartido, la atención institucional del embarazo, la atención del parto por personal calificado y la atención inmediata al recién nacido, entre otros.
Hospital del niño y la mujer	Departamento de salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se atienden todos los asuntos de salud relacionados con la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva, ginecología, obstetricia y pediatría.
ISSSTE	Medicina familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Área especial para brindar atención a los jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva y promoción de la planificación familiar. • Se da seguimiento a problemáticas generales de salud incluyendo las relacionadas con salud sexual y reproductiva (orientación general, métodos anticonceptivos y planificación familiar, entre otros).

<p>IMSS</p> <p>Unidad médico familiar No. 13</p>	<p>Coordinación de información y Análisis Estratégico</p> <p><i>Departamento de Planificación Familiar y Salud Reproductiva</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Área especial para brindar atención a los jóvenes en temas de sexualidad y salud sexual y promoción de la planificación familiar.
--	---	---

Resultados de la encuesta

Edad y embarazo. Encuesta mujeres

A la pregunta ¿alguna vez has quedado embarazada?, un total de 51 adolescentes (5.5%) respondieron afirmativamente. De las adolescentes que han tenido por lo menos un embarazo, el 48.6% declararon que fue normal y 24.3% de alto riesgo, adicionalmente el 70.2% de ellas recibió únicamente atención médica durante su embarazo, el 23.4% atención médica y psicológica, el 2% contó únicamente con atención psicológica y el 4% no tuvo ningún tipo de atención.

En contraste con la información anterior se observa que aunque es alto el número de adolescentes que recibió atención médica durante el embarazo, el porcentaje de consultas médicas a las que asistieron es menor, a saber, 15.6% de las mujeres que respondió la encuesta manifestó no haber asistido a ninguna consulta médica durante su embarazo, un 8.9% asistió entre 1 y 2 consultas, el 17.8% a asistió entre 3 y 4 consultas, un 15.6% a 5 consultas, 26.7% entre 6 y 8 consultas, un 8.9% entre 9 y 11 consultas y finalmente el 6.6% asistió entre 12 y 15 consultas.

Por último se tiene que el 31% de los hijos de las adolescentes nacieron en el hospital del niño y la mujer, el 14.3% en el centro de salud y en un hospital particular, y únicamente el 2.4% señaló que nació en el ISSSTE.

Edad y métodos anticonceptivos

Ante la pregunta ¿tienes conocimiento de los métodos anticonceptivos? El 90.9% tanto de mujeres como de hombres encuestados, manifiestan tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, contra el 9.1%. En términos globales, se puede

observar que solamente una y uno de cada diez adolescentes desconocen sobre este tema.

En relación a la pregunta ¿en qué lugar adquieres los métodos anticonceptivos? Los datos de la encuesta indican que en el caso de las adolescentes el lugar en el que preferentemente se obtienen los métodos anticonceptivos es el hogar (62.1%), seguido por la escuela (31.5%) y en tercer lugar con las amigas (4.3%), siendo el último lugar las clínicas de salud (0.5%). Es de llamar la atención, el hecho de que las entrevistadas refieran que el 62.1% de los métodos los obtienen en la familia pareciera indicar un alto nivel de aceptación por parte de ésta en torno a la vida sexual de las adolescentes.

En el caso de los hombres se observa un comportamiento diferente al de las mujeres respecto a esta pregunta. Ellos obtienen el 64.5% de los anticonceptivos en la farmacia y el 22% en los centros de salud. En esta población no aparece ni la familia, ni la escuela como espacios donde adquirir este tipo de protección.

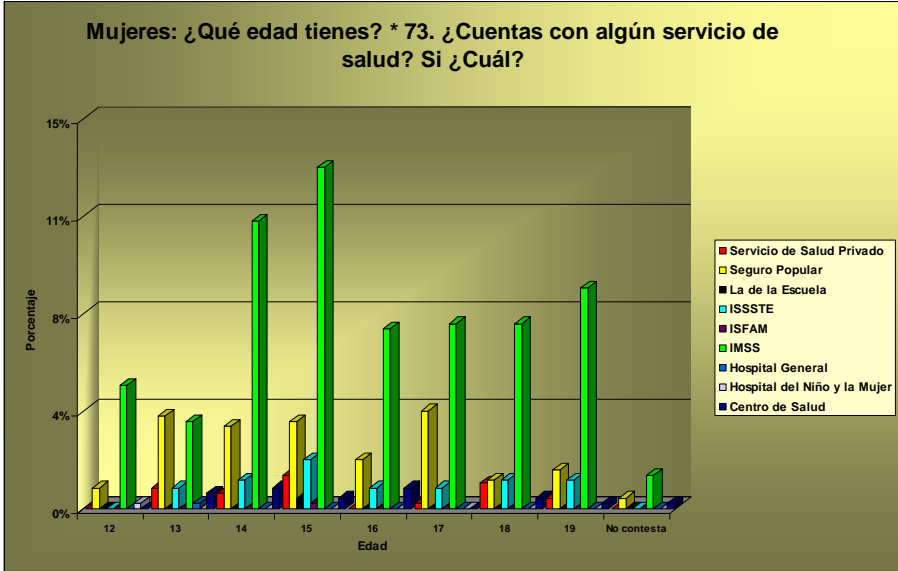
Respecto a ¿dónde escuchaste hablar de los métodos anticonceptivos? El 69.8% de las mujeres y el 62.7% de los hombres señalaron que el lugar donde más han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos es en la escuela; el 18.6% de las mujeres y 17.8% de los hombres en la casa; un 8.1% de mujeres y 14.8% de hombres manifestaron haberlo escuchado en las clínicas de salud, finalmente el 2.9% de las mujeres y el 3.5% de los hombres con las amigas o amigos.

Edad y funciones de las instituciones de salud

23.8% de las mujeres manifestó no contar con servicio público de salud; las respuestas de los hombres corresponden al 19.4% que afirman no tener servicios de salud. Lo que puede ocurrir es que teniendo el servicio de salud por parte de los padres, desconocen que cuentan con él y, por tanto, no asisten.

De las mujeres que manifestaron utilizar el servicio de salud, 19.8% usa el Seguro Popular y 64.2% el IMSS. La gráfica 4.1 nos muestra el porcentaje desglosado por edad e institución.

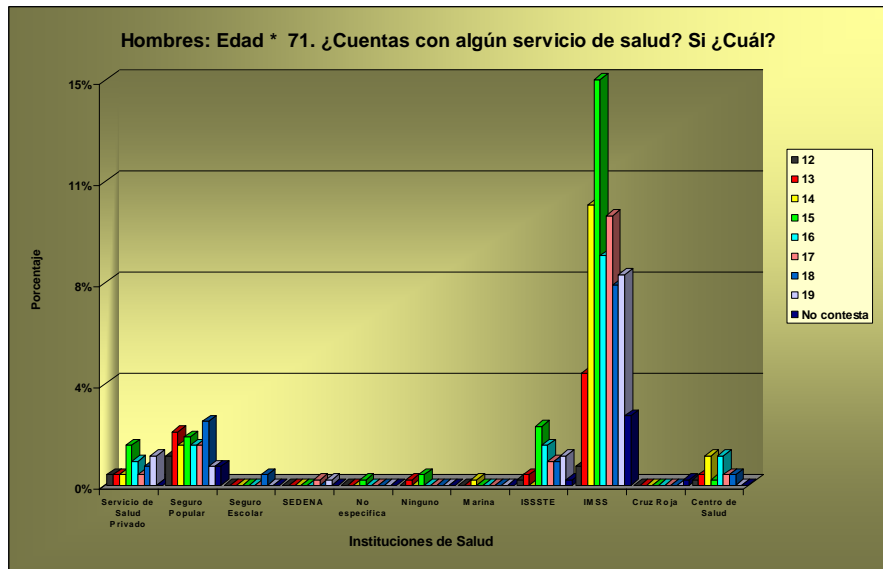
Gráfica 4.1



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Las respuestas globales de los hombres indican lo siguiente: 5.9% se atienden en instituciones privadas, 13.2% en el Seguro Popular, 7.5% en el ISSSTE y 67.3% en el IMSS. La siguiente gráfica (4.2), desglosa la información.

Gráfica 4.2

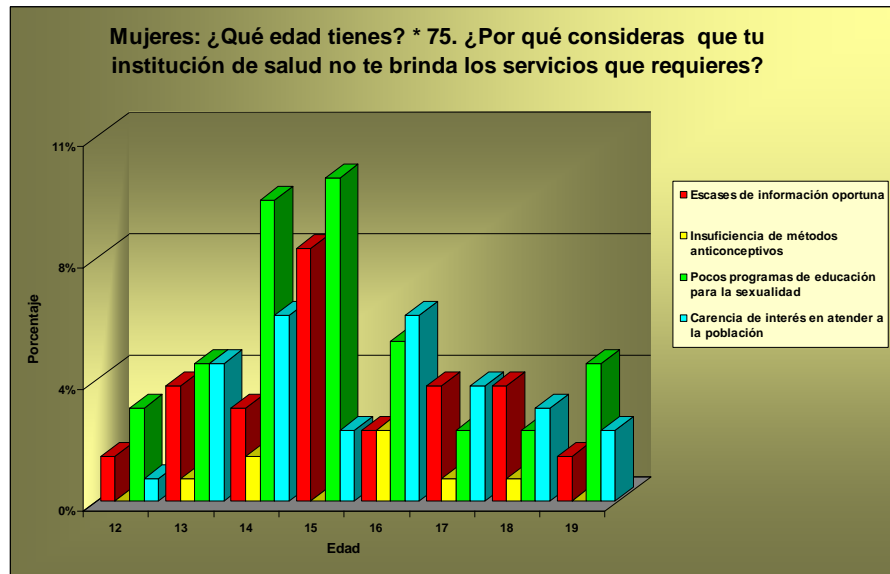


Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Para la pregunta ¿Tu institución de salud te brinda los servicios que requieres en materia de salud sexual y reproductiva? 82.3% de las mujeres y 78.4% de los hombres, reconocen que las instituciones de salud si brindan este tipo de servicios.

Del grupo de mujeres que aseguraron que las instituciones de salud no brindan ningún servicio de salud sexual y reproductiva; los resultados generales señalan que existen pocos programas de educación para la sexualidad (40.3%), que hay poca información al respecto (26.6%) y afirman que se debe a la falta de interés por atender a la población (27.3%). Sólo un pequeño porcentaje (5.8%) habla de insuficiencia de métodos anticonceptivos.

Gráfica 4.3

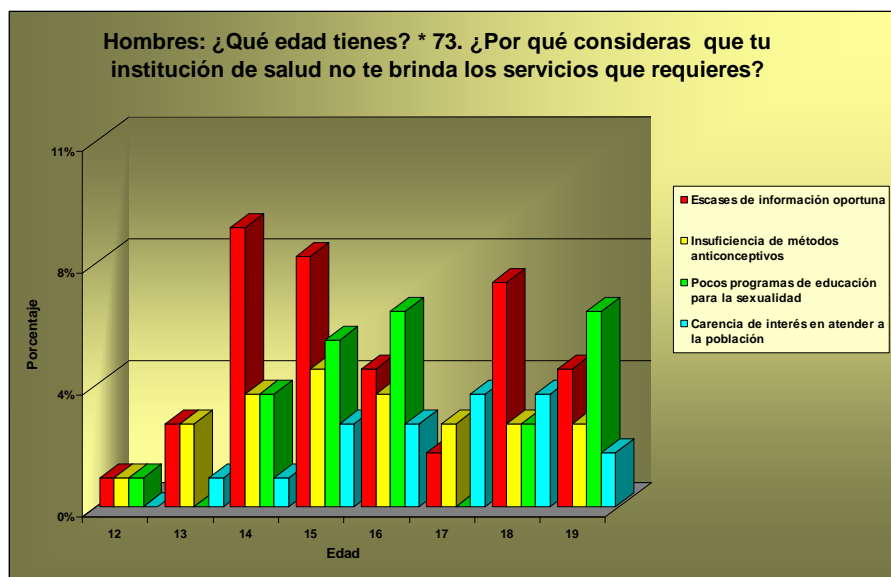


Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Como se observa en la gráfica 4.3, al desagregar la información por edad, las adolescentes de entre 14 y 16 años, señalan la insuficiencia de métodos anticonceptivos y pocos programas de educación para la sexualidad.

En el caso de los hombres el comportamiento observado en las respuestas, indica que la escases de información oportuna es la principal causa por la que las instituciones de salud no brindan los servicios con oportunidad y calidad (37.4%), seguida de la respuesta “pocos programas de educación para la sexualidad (24.3%), insuficiencia de métodos anticonceptivos (22.6%) y falta de interés por atender a la población (15.7%). La gráfica 4.4 muestra que los jóvenes de 14 años señalan la escasez de información oportuna como la principal causa de que la institución no cuenta con los servicios indispensables de salud sexual y reproductiva.

Gráfica 4.4



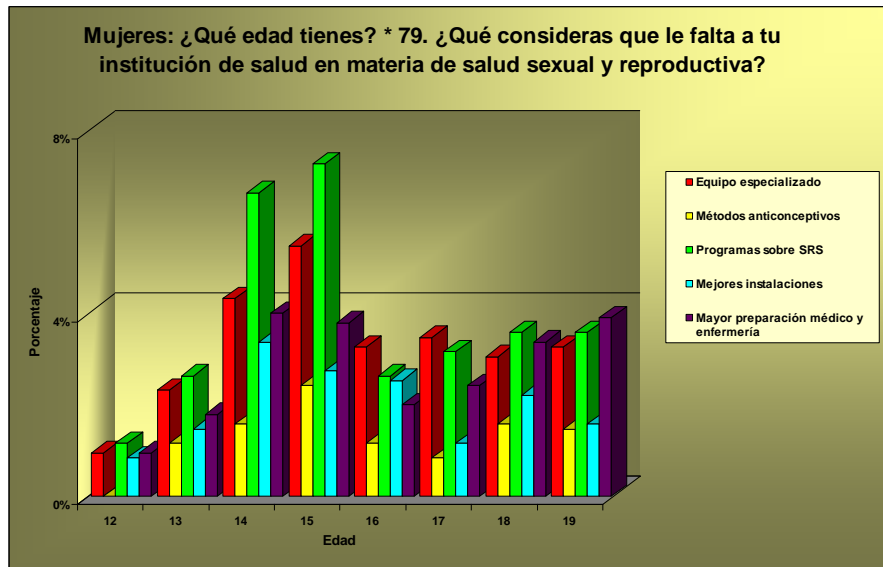
Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Por otra parte, 84.7% de las mujeres y 83.6% de los hombres, mencionan que no reciben los beneficios de los programas orientados a la salud sexual y reproductiva.

La evaluación de los y las adolescentes sobre los servicios de salud de las instituciones se mueve entre bueno (39.5% mujeres, 38.1% hombres) y regular (43.8% mujeres, 43.9% hombres).

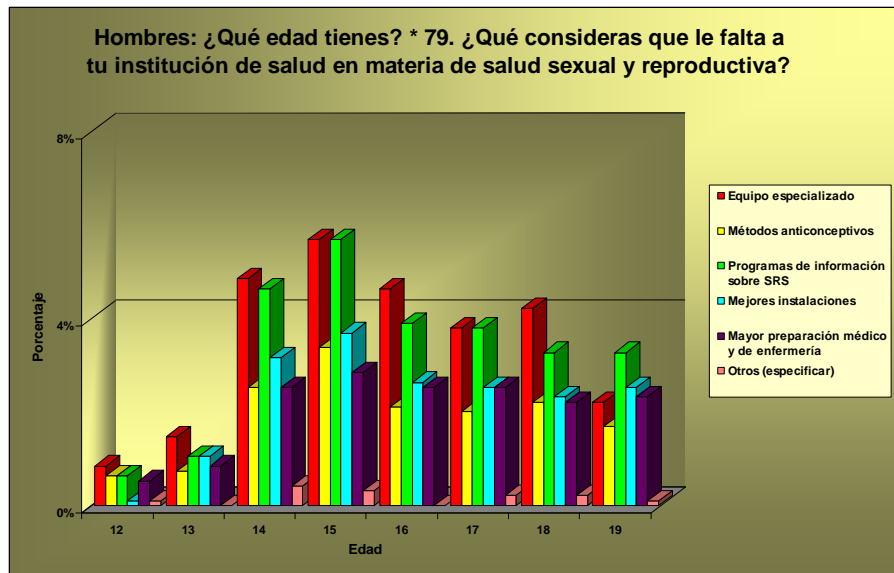
Ante la pregunta ¿qué falta en las instituciones de salud? En la encuesta de mujeres, los resultados señalan que el 24.8% habla de equipo especializado, 29.1% de programas informativos y material (folletos, videos, talleres presenciales), 15.2% de mejores instalaciones y 21.0% de mayor preparación y sensibilidad del personal médico y de enfermería. En el desagregado por edad (gráfica 4.5 y 4.6), nuevamente los y las adolescentes hablan de la falta de método y programas.

Gráfica 4.5



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 4.6



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Como se observa en la gráfica 4.6, la encuesta de hombres refiere que en un 26.3% hablan de la necesidad de equipo especializado, 25.0% hablan de falta de programas de información, 17.2% plantean el problema de las instalaciones,

15.6% de mayor preparación y sensibilidad de los profesionales (médico y de enfermería) y 14.6% de métodos anticonceptivos.

Municipio y funciones de las instituciones de salud

En el municipio de Querétaro, 83% afirma contar con servicios de salud; en el resto del estado, la cifra es ligeramente menor, 80.6%. El Marqués y Corregidora tienen los porcentajes más altos de servicios de salud, 86.8% y 84.3% respectivamente. Sin embargo, se tiene poco conocimiento de los programas de salud sexual y reproductiva que ofrecen las instituciones de salud; el promedio general es del 50.4%; en el municipio de Querétaro, es de 50% en los demás municipios es de 50.8%. Sobresalen Jalpan con 63.6% y Cadereyta 62.1%. Respecto a la pregunta de si son beneficiarios de este tipo de programa, los resultados son de llamar la atención porque en el municipio de Querétaro, solamente 17.3% señalan que sí son beneficiarios; en los otros municipios el porcentaje más alto esta en Jalpan 27.3% y después Cadereyta y el Marqués con 23.7%. Mientras que en San Juan del Río se presentan los menores niveles de beneficiarios (10.4%) y Corregidora (11.2%).

Ante la pregunta ¿Tu institución de salud te brinda los servicios que requieres en materia de salud sexual y reproductiva?, destacan Corregidora (87.5%) y Jalpan (81.8%) con los porcentajes más altos; el porcentaje más bajo de servicios de salud es San Juan del Río con el 64.2%.

Los jóvenes que no reciben servicios de salud, señalan entre las posibles causas lo siguiente: en el municipio de Querétaro aparece “escases de información oportuna” 35.3%, “insuficiencia de métodos anticonceptivos” 25%, “pocos programas de educación para la sexualidad” 25% y “carencia de interés en atender a la población” 14.7%. En el resto de los municipios son 38.6%, 19.3%,

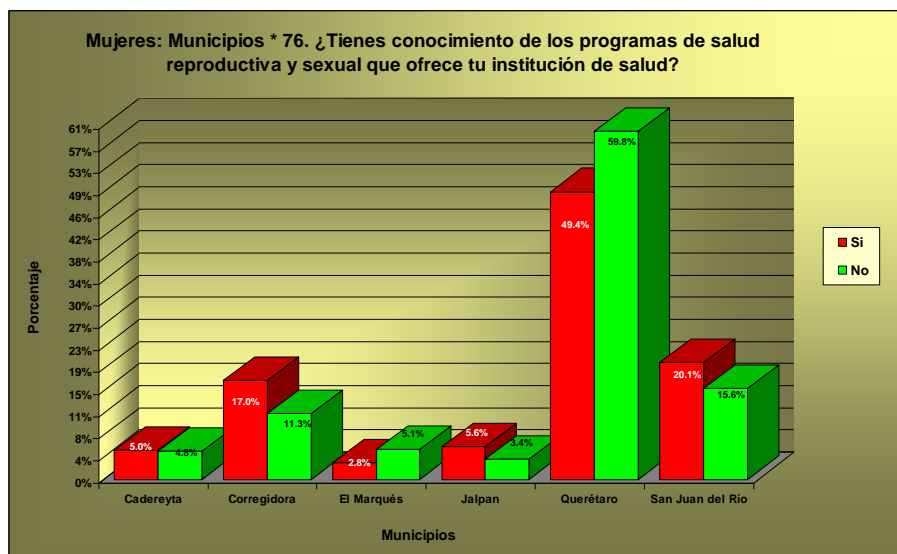
24.6%, y 17.5% respectivamente; la problemática más frecuente la reporta San Juan del Río.

Una pregunta orientada a establecer los niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en materia de salud sexual y reproductiva y, por tanto, que nos permite establecer posibles sugerencias para llevar a cabo. Los resultados obtenidos son los siguientes.

El promedio es: excelente 9.3%, bueno 38.1%, regular-43.9%, malo 5.9%, pésimo 2.8%, es decir, más de la mitad de los usuarios tienen una opinión desfavorable. El análisis por municipio señala que en el municipio de Querétaro la opinión que va de regular a pésimo es de 51.7%; mientras que en los otros municipios el porcentaje es 53.7%.

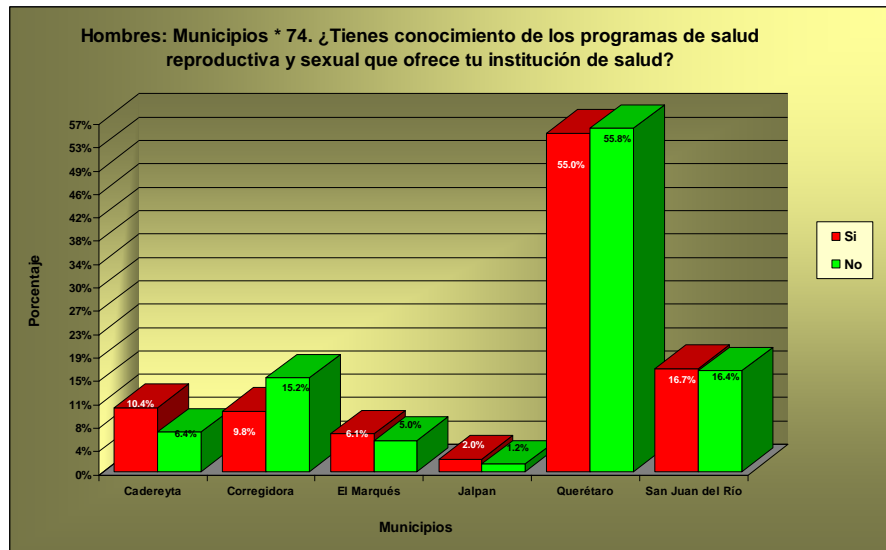
Las gráficas 4.7 y 4.8 muestran un alto nivel de desconocimiento acerca de los programas de salud sexual y reproductiva que ofrecen las instituciones de salud.

Gráfica 4.7



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 4.8

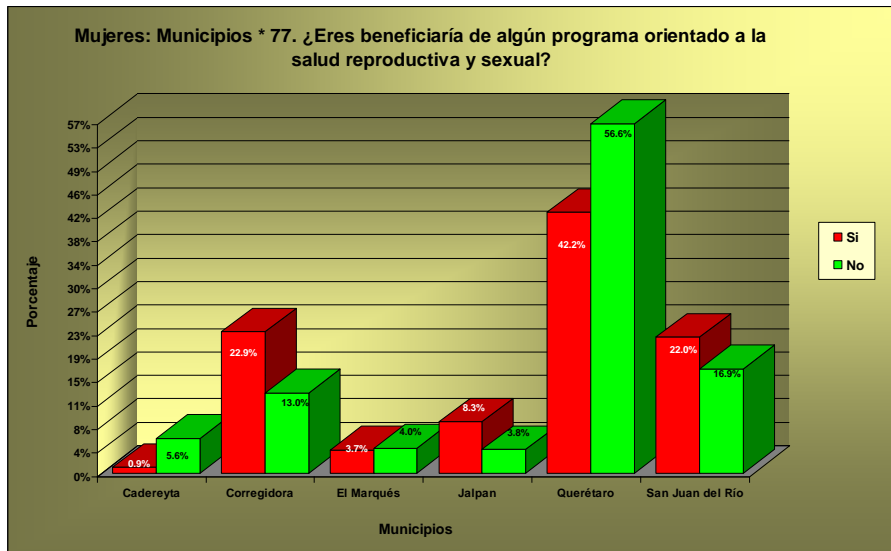


Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

Otra pregunta orientada a conocer las condiciones en que se brindan los servicios de salud es la número 77 del cuestionario: ¿Qué falta a la institución en salud sexual y reproductiva? Las principales menciones están en equipo especializado (26.4%), programas de información (24.8%), mejores instalaciones (17.1%), mayor preparación y sensibilidad de personal médico y de enfermería (15.6%) y métodos anticonceptivos (14.6%). Las diferencias entre municipios son poco significativas.

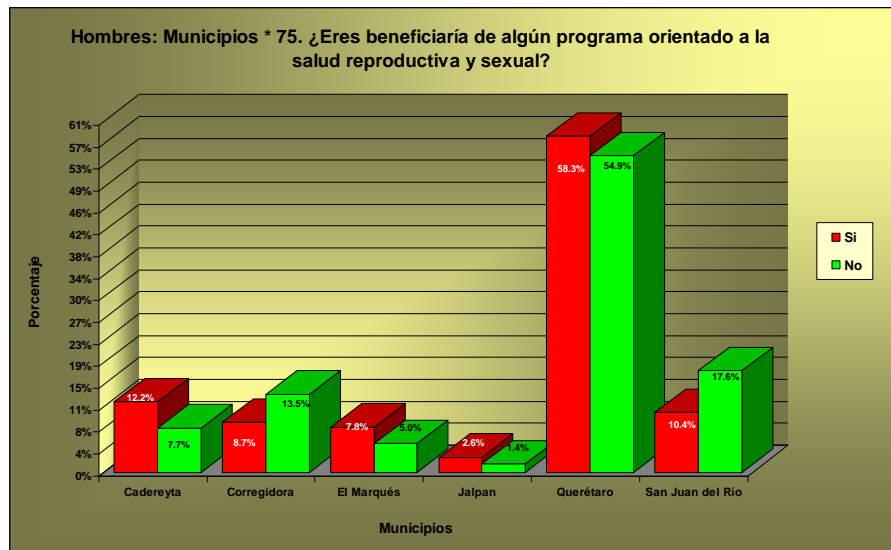
Las gráficas 4.9 y 4.10 muestran, una vez más, la necesidad de que las instituciones de salud se involucren más en el proceso de promoción para llegar a la población objeto de estudio, pues el porcentaje de beneficiarias y beneficiarios, es bajo.

Gráfica 4.9



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 4.10



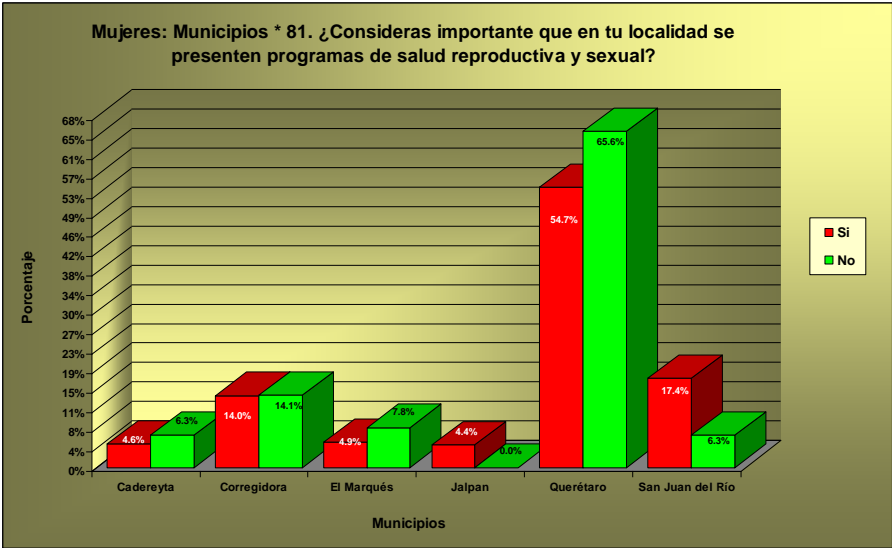
Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

El siguiente bloque de preguntas se orienta a identificar la potencialidad de la comunidad para fomentar la cultura de la información y de las prácticas sanas en materia de salud sexual y reproductiva.

En general, prevalece la idea de la importancia y disposición de la comunidad para participar en los programas que tienen las instituciones de salud para la promoción de la salud sexual y reproductiva, 94.2% lo menciona como importante.

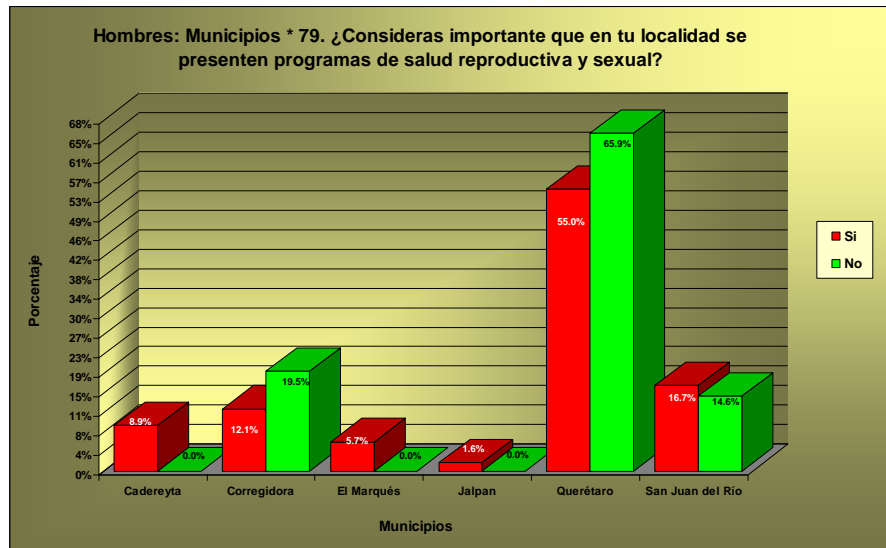
No obstante, existe un alto desconocimiento acerca de este tipo de programas. Se observa poca promoción de los programas de salud en el estado de Querétaro. En el municipio de Querétaro, 42.3% de los encuestados respondieron que sí hay promoción; en el resto de los municipios el porcentaje alcanzó el 51.4% de respuestas positivas. Nuevamente destacan los municipios de Jalpan (90.9%) y Cadereyta (80.6%) con porcentajes altos en materia de información y, en sentido inverso, San Juan del Río y Corregidora con solamente el 40% de respuestas positivas.

Gráfica 4.11



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012

Gráfica 4.12



Fuente: ENSASREPAQ-H 2012

En esta pregunta no podemos dejar de lado la opinión de quienes señalaron no considerarlo importante. Una respuesta que muestra la disposición, tolerancia y actitudes hacia los temas derivados de la sexualidad humana se refiere a “es un tema que no debe ser abordado en mi localidad”; respuesta que expresa la necesidad de trabajar fuertemente en las modificaciones de las pautas culturales de la población para permitir que la educación sexual entre a los hogares y se incrementen las opciones de los jóvenes para tomar una decisión responsable sobre su vida sexual y reproductiva. Del mismo modo cuando se les preguntó sobre las razones por las cuales no hay disposición de la comunidad a participar en actividades de esta naturaleza, las respuestas más comunes fueron: “ignorancia”, “falta de interés”, “no aceptan hablar de salud sexual y reproductiva en público”, “por motivos morales o religiosos”.

Por otro lado, un elemento que debemos considerar es la buena disposición de la comunidad para apoyar la difusión de los programas de salud reproductiva y sexual. El promedio general nos da 83.5% de disposición; por municipios tenemos que en Querétaro es de 80.9% y en el resto del estado es de 86.6%. Nuevamente Corregidora y San Juan del Río (83.1%), muestran un menor interés por difundir los programas de salud sexual y reproductiva.

El conocimiento que tienen las jóvenes encuestadas sobre los programas de salud sexual y reproductiva fue otro de los rubros evaluados dentro del instrumento. Los datos indican que el 45.6% de las jóvenes del municipio de Querétaro sí conocen los programas que ofertan sus instituciones de salud en tanto que la mayoría, el 54.4% responde que lo desconocen. Los promedios de este indicador para el resto de los municipios dan un porcentaje de 56% y 44% respectivamente. La población femenina del municipio de Querétaro tiene menos conocimiento de los programas de salud sexual y reproductiva que ofrece su institución de salud que en la del resto de los municipios. Un dato que llama la atención es que el 88.1% de las jóvenes del municipio de Querétaro no son beneficiarias de los programas de salud sexual y reproductiva, sólo el 11.9% utiliza dichos programas; en los demás municipios los promedios se ubican en 80.6% y 19.4% respectivamente.

La evaluación que hacen las jóvenes de los servicios que ofrece su institución de salud en materia de salud reproductiva y sexual indican que para el municipio de Querétaro los datos son 6.3% “excelente”, 38.1% “bueno”, 44.1% “regular” y “pésimo” 7.4%. En promedio en el resto de los municipios es de 6.5%, 41.1%, 43.4%, 7.4% y 1.6% respectivamente. Desde la perspectiva de las encuestadas lo que le hace falta a la instituciones de salud en materia de salud sexual y reproductiva es, para el municipio de Querétaro: “equipo especializado” 23.2%, “métodos anticonceptivos” 8.8% “programas de información sobre salud sexual y reproductiva”, 28.6% “mejores instalaciones”, 17.3% y “mayor preparación y

sensibilidad del personal médico y de enfermería” 22.1% En el resto de los municipios el promedio es 26%, 11%, 29.5%, 13.5% y 20% respectivamente.

Cuando se les interroga a las jóvenes si en las localidades donde residen se han presentado programas de información sobre salud sexual y reproductiva, las respuestas para el municipio de Querétaro son positivas en el 40.3% de los casos mientras que el más alto porcentaje manifiesta que no se han presentado con un 55.6%; el promedio para los otros municipios es de 49.8% y 50.2% respectivamente. El 93.1% de la población encuestada considera que es importante que se cuenten con estos programas en sus localidades mientras que el 6.9% no lo considera importante. Las razones que consideran las jóvenes para no darle importancia a que se presenten estos programas en sus comunidades son: “no es el lugar adecuado” con 47.2%, “no se cuenta con el espacio físico idóneo” con 27.8%, “es un tema que no debe ser abordado en mi localidad” obtiene el 18.1% y “otros” da un porcentaje del 6.9%. El promedio en el municipio de Querétaro es de 44.2%, 28.8%, 21.2% y 5.8% respectivamente; para los otros municipios es de 55%, 25%, 10% y 10% respectivamente.

Una parte importante de las jóvenes encuestadas consideran que en su localidad se apoyaría la difusión de los programas de salud sexual y reproductiva con el 81.1%, las razones por las cuales no habría apoyo en las localidades correspondería a: “no aceptan hablar de salud sexual y reproductiva” (16%), “ignorancia” (30.3%), “por motivos morales o religiosos” (15.4%), “falta de interés” (36.6%). El promedio de los otros municipios es de 17.1%, 34.2%, 13.4% y 32.9% respectivamente. A pesar de estas problemáticas las jóvenes encuestadas consideran, con un 67.1% de los casos, que la población sí acudiría a utilizar este tipo de programas, aunque un alto porcentaje consideraría que no acudirían con un 32.9%. De esto último no hay mayores diferencias entre el municipio de Querétaro y los demás municipios encuestados.

Las razones que las jóvenes dan para que la población de su localidad no asista a los programas de salud sexual y reproductiva son, para el municipio de Querétaro, “ignorancia” 24.1%, “falta de interés” 33.5%, “miedo” 8.1%, “pena” 32.9% y “otro” 1.4%; en los demás municipios los promedios fueron de 23.8%, 36.6%, 7%, 32.6% y 0% respectivamente. Finalmente, a la pregunta ¿informarse en materia de salud sexual y reproductiva es una tarea exclusiva de las mujeres?, las jóvenes del municipio de Querétaro respondieron afirmativamente en el 20.4% de los casos.

Percepción sobre los servicios de salud

Ante la pregunta ¿Cuentas con algún servicio de salud?, la encuesta de mujeres indica que el 43.1% sí cuentan con alguno, mientras que para el caso de los hombres esta situación se presenta en un 35%, totalizando el 78.1%, contra un total global del 21.9% que dicen no contar con algún servicio de salud.

Los resultados anteriores se pueden corroborar al preguntarles que mencionaran ¿Cuál?, 2.2% de las mujeres acude al servicio de salud privado y los hombres en un porcentaje mayor del 2.8%, obteniendo como resultado un porcentaje total del 5%; algunos jóvenes hacen uso del seguro escolar que para el presente estudio sólo se reporta que el 0.2% de los hombres lo utiliza y las mujeres no; en el caso de instituciones de salud pública como el seguro popular se reporta el 10.6% en mujeres y el 6.1% en hombres con un total global de 16.8%; al ISSSTE acude el 7.6% de los jóvenes (4.1% mujeres y 3.5% hombres), mientras que es el IMSS en donde se tiene una asistencia mayor (65.6%), a saber, 34.3% para el caso de mujeres y 31.3% de hombres.

Tabla 5.1

73. ¿Cuentas con algún servicio de salud? * Sexo			
	Hombres	Mujeres	Total
Si	80.60%	76.20%	78.10%
No	19.40%	23.80%	21.90%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012

En relación a si las instituciones de salud brindan los servicios que los jóvenes requieren en materia de salud sexual y reproductiva, encontramos que el 80.3% de los jóvenes (41.5% mujeres y 38.9% hombres) manifiestan que si, contra el 19.7% (9.0% mujeres y el 10.7% hombres) que indican que no. Si tomamos en cuenta los datos anteriores, no se acercan a la media estatal del servicio que brindan las instituciones de salud a los jóvenes en esta materia, por lo que es necesario seguir fortaleciendo dichos servicios, diseñar estrategias para facilitar el acceso a los mismos y promover una cultura institucional de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, situación que de manera natural genera desconocimiento sobre los programas de salud existentes en este tema, tal como se puede observar en la pregunta siguiente.

Al aplicar la pregunta ¿Eres beneficiaria(o) de algún programa orientado a la salud sexual y reproductiva?, encontramos que el 42.7% de las mujeres y un 41.5% de hombres contestó que no, claro indicativo de que existe un alto índice (84.2%) de jóvenes que no atienden a este tipo de orientación quizá por desconocimiento, por falta de interés, o bien, por falta de promoción de este tipo de programas por parte de las instituciones de salud.

Los servicios que ofrecen las instituciones de salud en materia de salud sexual y reproductiva son evaluados de manera general por los jóvenes como regular según podemos apreciar en los siguientes datos: 3.2% de las mujeres califican como excelente el servicio ofrecido en comparación con el 4.7% de los hombres; en contraste podemos observar que en una proporción casi igual, 19.7% de las

mujeres y 19.1% de los hombres lo evalúan como bueno (38.8%); los porcentajes más altos se observan en la categoría de regular con un 21.8% y un 22.0% respectivamente. Adicionalmente tenemos que en las categorías más bajas las mujeres evalúan como malo el servicio en un 3.7% contra 3.0% de los hombres y, finalmente en un porcentaje todavía menor, el 1.5% de las mujeres evalúan el servicio ofrecido por las instituciones como pésimo en comparación con el 1.4% de los hombres, por lo que podemos concluir que el servicio enfocado a la salud sexual y reproductiva sigue siendo limitado e insuficiente.

Resultados de las entrevistas

Los servicios que presta una institución de salud dependen de múltiples variables, como el nivel de equipamiento del mismo, el tipo de profesionales con que cuenta y el perfil de la población a la que sirve, en este sentido la atención de la salud hacia las y los adolescentes es una tarea compleja de abordar ya que este sector de la población no es homogéneo desde el punto de vista de su lugar geográfico de residencia, de las condiciones económicas de la familia, el sexo o el grupo étnico al que pertenezcan, solo por mencionar algunos factores, por lo que el servicio que se les ofrece se da en menor proporción y en la mayoría de los casos deficiente, es por ello indispensable poner a su alcance servicios adecuados y oportunos para la promoción, prevención y tratamiento de sus problemas de salud, incluyendo al personal especializado para su atención, es por ello que el objetivo de este apartado es conocer cuáles son las problemáticas, fortalezas y áreas de oportunidad de los Programas de salud sexual y reproductiva que operan dentro de las instituciones de salud en el Estado de Querétaro. Para cumplir con el objetivo planteado en este capítulo se realizaron entrevistas a profundidad con los responsables operativos de estos programas¹. Las entrevistas a profundidad se

¹ Las entrevistas se realizaron a lo que hemos definido como Informantes Calificados (IC). Se entrevistaron a ocho Informantes Calificados que en adelante se identificarán como IC-1, IC-2, IC-3, IC-4, IC-5, IC-6, IC-7, IC-8.

dividieron en cinco módulos que permiten ordenar la información para así identificar áreas de oportunidad, fortalezas y resultados relevantes que han arrojado los programas que se implementan dentro de las dependencias responsables de operacionalizar los programas orientados a la salud reproductiva y sexual. Los módulos consistieron en:

- Módulo I. Tipo, número y características de los programas de salud sexual y reproductiva.
- Módulo II. Áreas de oportunidad de los programas de salud sexual y reproductiva.
- Módulo III. Manejo institucional de los programas de salud reproductiva y sexual.
- Módulo IV. Factores culturales y sociales que impactan a los programas de salud sexual y reproductiva.
- Módulo V. Recomendaciones para mejorar el impacto de los programas de salud sexual y reproductiva.

Lo que justifica la inclusión de estos cinco módulos se deriva del supuesto de que la eficiencia de los programas dirigidos a atender problemáticas de salud sexual y reproductiva no debe ser evaluada únicamente en términos de la población total atendida. Un aspecto importante para conocer el impacto que tiene en la población receptora de estos programas tiene que ver con la evaluación que hacen los responsables de ponerlos en funcionamiento. A partir de sus experiencias es factible generar estrategias de mejora que permitan potencializar su efectividad y disminuir las problemáticas operativas o técnicas asociadas a dichos programas. Los resultados obtenidos muestran la importancia que tiene contar con planes integrales respecto a los programas de salud sexual y reproductiva.

Módulo I. Tipo, número y características de los programas de salud sexual y reproductiva

El carácter integral se refiere al tipo de población que se atiende porque, en el caso del IC-1, en su dependencia operan dos programas, el primero de ellos dirigido exclusivamente a mujeres, mientras que el segundo trabaja con

adolescentes (hombres y mujeres). Existe una falla en el involucramiento de hombres mayores por parte de dichos programas, dejando únicamente la responsabilidad de la salud reproductiva y sexual a las mujeres. Focalizar la responsabilidad de la salud reproductiva y sexual en las mujeres generará importantes huecos en la eficiencia de los programas orientados a estas problemáticas. Se deben generar programas específicos para atender a la población masculina que abarquen tanto métodos de planificación familiar como aquellos orientados a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Un aspecto a destacar dentro de los datos proporcionados por el informante calificado 1 es que, si bien se ha logrado disminuir los embarazos en adolescentes gracias a los programas de salud sexual y reproductiva que se han implementado, aún falta mucho por hacer porque no se ha logrado ampliar la cobertura y esta queda muy delimitada a los usuarios de los centros de salud. Además de que no se debe de trabajar sólo en programas de planificación familiar o métodos anticonceptivos, deben de generarse programas que se orienten, en el caso de los adolescentes, a generar planes de vida que no sean reducidos y se agoten en la maternidad. Esto implica generar estrategias que potencialicen las oportunidades de acceso a la educación, opciones de empleo, oferta cultural, dentro de las regiones donde se localiza la población atendida.

Del total de los informantes calificados entrevistados la información que se ha obtenido ha sido significativa. Por un lado tenemos que los Programas, tanto federales como estatales, de salud sexual y reproductiva orientada hacia los adolescentes son variados y que están presentes de forma importante dentro de las instituciones gubernamentales. Sin embargo, a pesar del número de programas existentes, una de las problemáticas que se ha observado es la carencia en el número de personal especializado en estas problemáticas, es decir, existen una carencia importante de recursos humanos que se integren a estos programas porque el presupuesto es limitado para la contratación de más plazas

operativas. Sin duda, esta problemática afecta el desempeño y los resultados de la institución porque cuando se tienen más de dos programas generalmente se ponen en funcionamiento con el mismo número de personal con que se cuenta, saturándose la carga de trabajo.

Tabla 4.2

Número y tipo de programas orientados a la salud sexual y reproductiva					
Fuente	Número de programas	Población meta			
		Adolescentes*		Adultos**	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
IC-1	2	√	√		√
IC-2	1	√	√		
IC-3	2	√	√		√
IC-4	2	√	√	√	√
IC-5	3	√	√		
IC-6	1	√	√		
IC-7	2	√	√		
IC-8	2	√	√		

Las áreas de mejora de los programas de salud sexual y reproductiva sigue siendo la falta de información, para el caso del IC-2, la información no se puede reducir sólo a trípticos o carteles sino que deben realizarse campañas de información que cuenten con personal especializado que atienda directamente a la población objetivo y formar en temas de salud sexual y reproductiva, *“la causa de los embarazos adolescentes no es que tengan relaciones sexuales, sino la falta de información para la prevención del embarazo”* (IC-3, 2012). A lo anterior se le suma la escasa accesibilidad a los métodos anticonceptivos, ya sea por cuestiones sociales y culturales donde el acercarse a pedir este tipo de alternativas para evitar la concepción puede ser motivo de burla o vergüenza, así

* En el caso de los Programas de salud sexual y reproductiva orientado hacia adolescentes, el impacto tanto en hombres como mujeres es mucho mayor porque generalmente no existen diferencias culturales tan marcadas como en poblaciones de mayor edad.

** Si bien, la intención de los Programas de salud sexual y reproductiva formalmente están orientados tanto a hombres como mujeres, la realidad muestra que existe un mayor peso en la responsabilidad hacia las mujeres. Por lo tanto, en el presente cuadro cuando aparece que, en el caso de Adultos, sólo se atienden mujeres es porque en la práctica de los informantes calificados es este sector de la población el que más se atiende.

como las connotaciones morales que conlleva, para el caso de las mujeres, que se acercan a solicitar este tipo de anticonceptivos (IC-4, 2012).

En algunos programas se cuenta con un impacto más detallado de la población atendida, para el caso del IC-5, se considera que, *“el impacto de los programas ha sido positivo debido a que mediante las pláticas y talleres impartidos en la materia hemos tenido un alcance de 18,000 jóvenes anualmente con cobertura en los 18 municipios. Mediante las evaluaciones realizadas posteriormente a dichos talleres hemos obtenido muy buena retroalimentación de los alumnos, la cual se ha visto reflejada en el fortalecimiento de habilidades sociales y personales, en generación de nuevos conocimientos y desmitificación de creencias. Todo lo anterior contribuye a una disminución de las conductas de riesgo al promover una toma de decisiones asertiva. Por lo que respecta al programa De Joven a Joven se brindan en promedio 800 asesorías anuales en metodología anticonceptiva, infecciones de transmisión sexual, sexualidad, embarazo, entre otras. Brindando así la información oportuna a los jóvenes para una toma de decisiones informada respecto a su vida sexual y reproductiva”* (IC-5, 2012).

No obstante que se tiene una cobertura amplia en cada uno de los municipios de Querétaro, para el IC-5 aún no se ha evaluado la efectividad de estos programas porque no se tienen indicadores confiables que, por ejemplo, se hayan disminuido los embarazos en adolescentes. Lo que sí han identificado es que parte de los casos de embarazos en adolescentes se puede deber a: a) Los mitos que existen en torno a la información sobre salud sexual y reproductiva que tienen los jóvenes; b) El sentimiento de omnipotencia que se traduce coloquialmente en: *“a mí no me va a pasar”*; c) La falta de acceso a servicios de salud, así como el abastecimiento de la metodología anticonceptiva; d) La ausencia de los canales de comunicación con los padres de familia o un adulto que los pueda orientar correctamente en el tema; e) El tabú que existe en torno a la sexualidad en la cultura mexicana (IC-5, 2012). Para el IC-6, una de las áreas dónde se le tiene que poner atención a los

Programas de salud sexual y reproductiva es el referente a los sectores de la población que presentan mayor vulnerabilidad, entre los que destacan las poblaciones entre 14 y 17 años correspondientes a los niveles educativos de tercero de secundaria y primer año de preparatoria.

En la experiencia del IC-8, los Programas de salud sexual y reproductiva que han implementado en su dependencia han tenido resultados importantes en la población receptora (adolescentes) y esto ha sido corroborado por los padres de familia, *“la población adulta (mamás, papás, comunidad en general) que ha participado en las sesiones de cierre de taller han escuchado o visto cambios en las actitudes de sus hijas e hijos. Han comentado cómo esto ha detonado cambios dentro de la propia familia y dentro de las relaciones interpersonales”* (IC-8,2012). Parte de la eficiencia de estos programas ha recibido en que lejos de presentar información sobre salud y sexualidad, se han centrado en el involucramiento de los participantes vía talleres donde existe una mayor interacción y generación de aprendizajes significativos entre los participantes.

Módulo II. Áreas de oportunidad de los programas de salud sexual y reproductiva

Una de las problemáticas que más ha afectado la eficiencia de los Programas de salud sexual y reproductiva ha sido la falta de recursos humanos y económicos suficientes para ampliar la cobertura a la población, es decir, que no se queden únicamente en los centros de población urbanos o de mayor concentración poblacional, sino abarcar a las comunidades más alejadas. A lo anterior se le debe de sumar una visión renovada de las instituciones estatales responsables de estos programas para que se adecúen a las nuevas condiciones sociales en las cuales viven las comunidades. Además se debe de diferenciar el lenguaje, dinámicas y formas de interactuar con la población porque se usa el mismo programa para comunidades rurales, semi-rurales y urbanas (IC-1, 2012).

En general, el trabajo en las comunidades para la difusión de los Programas de salud sexual y reproductiva es dónde se han observado un mayor número de problemáticas, y esto es originado por preceptos morales y religiosos. La apertura para la difusión de estos programas ha sido especialmente complicada en escuelas privadas o dirigidas por órdenes religiosas (IC-2, 2012). Una estrategia para aminorar estos problemas ha sido adecuar el discurso para que el programa no sea rechazado desde un principio, sin embargo los problemas siguen manteniéndose, *“el discurso religioso de las instituciones y el de los padres de familia afecta a los Programas de salud sexual y reproductiva porque creen que si se les habla de sexualidad se les está incitando a los jóvenes a la promiscuidad”* (IC-2, 2012).

Que la sexualidad sea considerada un tema tabú ha generado que la población no se acerque a pedir información (IC-3, 2012), lo que se ha hecho para aminorar este tipo de problemas dentro de los Programas de salud sexual y reproductiva ha sido, *“replantearse su manera de operar y adaptar las estrategias de intervención para la prevención, adecuándolas a las necesidades de la realidad social, acercar la información y los medios a la gente de manera que les sean más asequibles. Las mejores estrategias son aquellas donde la gente participa en la prevención (talleres en vez de pláticas, por ejemplo)”* (IC-3, 2012). De prevalecer una visión en la que hablar de temas de sexualidad es darles mayor permisividad a los adolescentes para que tengan relaciones sexuales, necesariamente habrá problemas para incrementar la eficacia de este tipo de programas.

Un aspecto que ha resaltado en la mayoría de los informantes calificados ha sido la necesidad de trabajar con los padres de familias, especialmente los de las comunidades rurales, para que sean conscientes de la importancia de los programas de salud reproductiva y sexual porque sus valores morales y religiosos se han convertido en una de las principales barreras para difundir este tipo de programas y, sobre todo, dejar en claro cuál es la importancia para el bienestar de

sus hijos (IC-4, IC-5, 2012). En cuestiones de género, las mujeres se tienen que informar más por necesidad que por responsabilidad, *“en una encuesta que realizamos en jóvenes, se observó que el varón siente que tiene más responsabilidad para la planificación familiar a diferencia de la mujer que viene más por necesidad. Uno piensa que es al revés pero no, ahorita tenemos una tesis al respecto, una de nuestras residentes que está estudiando para ser ginecólogo está realizando una investigación sobre las razones por las que el adolescente no acepta un método anticonceptivo (...) las mujeres después del embarazo no utilizan un método anticonceptivo, les da temor y no saben que puede pasar con ellas en términos del uso de algún dispositivo o pastillas (...) de cada siete mujeres de edad adulta tres son adolescentes, hablamos de 15,000 procedimientos al año y 300 al mes, entonces atendemos en promedio a 10 jóvenes adolescentes al día”* (IC-7, 2012).

Quienes han trabajado de manera más intensa para atender las problemáticas sociales y culturales que inciden en la eficiencia de los Programas de salud sexual y reproductiva ha sido el SEDIF a través de programa de Atención a Menores y Adolescentes (AMA), *“se ha trabajado en modificar la cultura y educación de algunas madres, padres de familia y de algunos maestros. En algunos casos, cuando se ha realizado la gestión para llevar a cabo los talleres preventivos en escuelas, el personal operativo se ha encontrado con que los actores mencionados consideran inadecuados o impropios los temas de prevención del embarazo, argumentando que los adolescentes no necesitan esa información todavía. Argumentan que si se les habla del tema se les va a despertar, incitar, invitar o permitir el inicio de vida sexual activa”* (IC-8, 2012). Se dan casos donde las instituciones piden que se modifiquen los contenidos de los talleres, dejando temas como prevención de embarazo, métodos anticonceptivos, cambios físicos, ITS, mitos y realidades de la sexualidad (IC-8, 2012).

Otro problema observado por el IC-8 ha sido la corta duración de los programas de salud sexual y reproductiva y que no se hace un seguimiento constante a lo largo de la trayectoria escolar, *“para incrementar la eficacia de este tipo de programas es necesario incrementar la permanencia y continuidad de los mismos en las instancias educativas porque no son suficientes 10 sesiones durante un semestre en la vida de un adolescente. Es necesario repetir y verificar la información en materia de sexualidad, insistir y perseverar para lograr hábitos responsables y saludables en las y los adolescentes y jóvenes”* (IC-8, 2012). A lo anterior se le debe agregar que es necesario profesionalizar al personal operativo, es decir, invertir más en su capacitación y profesionalización en temas sobre sexualidad pero también en lo que significa la adolescencia o ser adolescente en México, dinámica y manejo de grupos, entre otros cursos.

Módulo III. Manejo institucional de los programas de salud sexual y reproductiva

Las responsabilidades que tienen las instituciones a cargo de los Programas de salud sexual y reproductiva, son de vital importancia en la medida en que las condiciones con las que cuentan las instituciones maximizarán los beneficios de este tipo de programas en la población receptora. La eficiencia institucional en el manejo de los Programas de salud sexual y reproductiva es un aspecto que no debe pasarse por alto. El principal problema del manejo institucional de estos programas es la carencia de recursos económicos, no sólo para contratar mayor número de personal sino incluso para cuestiones logísticas como el traslado del personal que atiende los programas en comunidades (IC-1, 2012).

Un aspecto que se sigue presentando es la búsqueda de mecanismos que obliguen a las escuelas a darle difusión a los Programas de salud sexual y reproductiva. Es importante empezar a desarrollar ordenamientos de carácter legal que obliguen a los centros educativos a incorporar aspectos de salud sexual y reproductiva a lo largo de la trayectoria escolar de los adolescentes. A lo anterior

se le debe agregar un programa que haga uso de los canales de comunicación que utilizan frecuentemente los jóvenes, como las redes sociales, para difundir información referente a temas de salud sexual y reproductiva (IC-2, 2012). Los medios tradicionales de comunicación masiva (radio y televisión) también deben de jugar un papel importante en la difusión de información, considerando que gran parte de la población tiene acceso a ellos, sin embargo, algunas instituciones no han aprovechado esos canales de comunicación (IC-4, 2012).

Un aspecto que sobresale en las entrevistas es la nula existencia de programas de salud sexual y reproductiva orientados exclusivamente a población indígena. Sólo hay una acción de esta naturaleza que se hace a través de los centros de día del DIF; es importante atender a la población indígena que reside en el estado y, especialmente, a aquella que migra hacia los centros urbanos con el fin de que las conductas de riesgo puedan verse disminuidas y el acceso a la información sea efectivo. Por otro lado, un impulso que debe destacarse es el de los programas que apoyan a madres jóvenes que estudian o con posibilidades de hacerlo, *“los casos en donde tenemos más jóvenes becadas es en Cadereyta. En Jalpan por ejemplo, el que las mujeres adolescentes se embaracen y tengan a sus bebés es parte de su cultura y modus vivendi y no hay tanto interés en continuar con sus estudios”* (IC-6, 2012).

Las mujeres jóvenes que han sido beneficiadas con este programa, generalmente se han embarazado por descuido, aun así para el IC-6 la demanda de información en material de salud sexual y reproductiva ha ido en aumento por parte de los jóvenes y se debe prestar especial atención a las mamás porque es el vínculo más fuerte para los adolescentes. Por lo tanto, desde su perspectiva, la salud sexual y reproductiva debe iniciar desde la familia y no esperar hasta que el joven ingrese a la escuela. Un ejemplo de estos programas son los diseñados por las políticas públicas estatales como *Módulo Amigable para el Adolescente* y *Clínica del Adolescente*, estos programas se enfocan a, *“la planificación familiar, a*

infecciones de transmisión sexual y obviamente hacia el embarazo en adolescentes” IC-7, 2012). En el caso del segundo programa, “se enfoca específicamente en el control del embarazo en mujeres adolescentes con una atención especial hacia la planificación familiar” (IC-7, 2012).

Programas de esta naturaleza son importantes si se considera que en la dependencia donde labora el IC-8, más o menos el 28% de los nacimientos corresponden a madres adolescentes. El porcentaje que se ha incrementado considerablemente es el método de planificación familiar denominado APEO (Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico), el cual pasó de menos del 42% en febrero de este año (2012) a 72.4% para el mes de septiembre. Con APEO, a la paciente se le recomienda algún método anticonceptivo después del parto o cesárea de mayor efectividad como el dispositivo intrauterino (DIU) o las pastillas anticonceptivas (IC-8, 2012). A pesar de los avances, prevalece que los adolescentes tienen miedo de acudir a los hospitales y para contrarrestar ese problema, la estrategia que se ha implementado es que los promotores de salud acudan a escuelas de todos niveles a brindar información sobre salud reproductiva y sexual.

Parte importante del soporte institucional lo constituye el Sistema Estatal DIF (SEDIF) ya que a través de una coordinación se coordinan programas de salud sexual y reproductiva mediante la asignación de presupuesto estatal se ha podido acudir a reuniones nacionales, conferencias, congresos y diplomados, con el fin de profesionalizar y actualizar los conocimientos del personal que participa en estos programas. Si bien el punto anterior es de relevancia, no se ha evaluado el impacto que ha tenido en la población receptora, *“hasta el momento lamentablemente no hemos podido lograr el recurso financiero para pagarle a alguna organización especializada para llevar a cabo una evaluación de impacto a nivel municipal-estatal” (IC-8, 2012).*

Módulo IV. Factores culturales y sociales que impactan a los programas de salud sexual y reproductiva

Una cuestión que ha estado presente en las entrevistas realizadas a los informantes calificados ha sido la referente a los problemas sociales y culturales que rodean temas como la salud sexual y reproductiva. Parte de estas problemáticas se derivan de que en México hablar de sexualidad es todavía un tema tabú y, en el caso de los adolescentes, tocar temas de esta naturaleza se vuelve complicado porque los adultos tampoco se encuentran preparados para abordar un tema como este. Esto ha generado que la población aún reciba con recelo los Programas de salud sexual y reproductiva, *“el tema se sigue presentando como un tabú en ciertos sectores de la sociedad, como los más conservadores, donde se sigue asociando la sexualidad con cuestiones morales”* (IC-1, 2012).

A lo anterior se le suman otras problemáticas, como el machismo, donde el hombre se desentiende de las implicaciones que puede tener el manejo de su actividad sexual sin prevención, a esto se le puede agregar una profunda ignorancia a todos los niveles, sin embargo prevalece la moral tradicionalista como el principal problema detectado en la mayoría de los informantes calificados entrevistados. Respecto al papel de los hombres, *“se mantiene todavía la idea de que el uso de servicios médicos preventivos o de orientación con médicos y psicólogos sigue siendo una tarea de las mujeres. Los hombres se siguen apegando a los roles tradicionalistas, que los ponen en el papel de proveedores, no dejan de ir a trabajar o descansar para asistir a una reunión o plática de salud”* (IC-1, 2012).

Estos problemas son más visibles en hombres mayores, en el caso de las parejas jóvenes, para el IC-1, la participación de las parejas jóvenes es más equitativa y activa. A pesar de ello, lo que persiste es, *“en la planificación familiar por*

cuestiones culturales hay más implicación por parte de las mujeres, al igual que en el uso del preservativo, es más la implicación de las mujeres, por el hecho de prevenir un embarazo no planeado” (IC-2, 2012). Uno de los principales problemas y quejas han sido quejas de carácter informal donde se ha malentendido en la población el objetivo de los programas de salud sexual y reproductiva y se piensa que sólo provocan a los jóvenes para que caigan en la promiscuidad. La educación religiosa sigue pesando mucho en la forma como las personas ven la sexualidad y ha sido uno de los principales problemas para que los jóvenes se acerquen a estos programas. Además, *“por cuestiones culturales (de género) a los hombres se les permite una mayor apertura al tema que a las mujeres” (IC-2, 2012).*

A las problemáticas sociales y culturales que existen alrededor del tema de la sexualidad se le agrega que la población aún acude con vergüenza a los programas de salud sexual y reproductiva (IC-3, 2012). En el centro de atención donde labora el IC-3 lo que se ha presentado son casos donde la población tiene la creencia de que los niños y adolescentes no pueden saber de sexualidad porque aún son muy jóvenes. En el caso de las mujeres, ellas son las responsables de la planificación familiar y la mayor parte de los métodos anticonceptivos utilizados recaen en la mujer. En cuanto a la percepción sobre el embarazo también hay diferencias importantes entre hombres y mujeres adolescentes, *“las mujeres perciben que si previenen un embarazo no deseado no tienen que encarar consecuencias negativas a nivel familiar, deformación corporal, pérdida de amigos, de la oportunidad de estudiar, etc. En cambio en los hombres sólo se perciben consecuencias a nivel de la necesidad de dejar el estudio para trabajar, pero piensan que lo demás podría seguir igual en su vida” (IC-3, 2012).*

Un punto que debe rescatarse es el que pone de manifiesto el IC-5, respecto a la adecuación que se tiene que hacer de los Programas de salud sexual y reproductiva. Se deben de modificar estos programas para que respondan a las

necesidades de las comunidades donde se implementan porque hay problemas operativos que dificultan su efectividad, *“la estrategia a implementarse no contempla un participación activa de la comunidad, por lo que resulta complicado apropiarse de la información e implementarla en su vida cotidiana”* (IC-5, 2012). Adicionalmente, se tiene el problema de que los programas que ya atienden a jóvenes embarazadas las están premiando, sin embargo, lo cierto es que a través de estos programas, *“cada vez son más las jóvenes en situación de vulnerabilidad que ingresan a este programa, dan continuidad y concluyen sus estudios de educación básica”* (IC-7, 2012).

A la par de estas problemáticas en la dependencia donde labora el IC-7, se ha observado que: a) Las adolescentes embarazadas se sienten agraviadas y discriminadas por la sociedad; b) Mayor desconocimiento de métodos anticonceptivos y aspectos de salud sexual y reproductiva en nivel secundaria; c) Las jóvenes de nivel bachillerato tienen más acceso a información sobre salud sexual y reproductiva; d) La mayoría de las jóvenes hubieran querido continuar con sus estudios de secundaria, pero el mismo ambiente, los maestros y su entorno en general no se los permiten; e) Las etiquetan de más y tienen que recurrir al sistema abierto de nivel secundaria del INEA (Instituto Nacional para la Educación de los Adultos); f) Piensan que al tener relaciones sexuales sólo por un momento, no pasará nada; g) Cuando el joven se entera que su pareja está embarazada, la mayoría las abandona.

En la implementación de talleres, en la experiencia del IC-8, el taller de prevención del embarazo es el que tiene una mayor participación y entusiasmo. En aquellos talleres que se enfocan a adolescentes embarazadas y sus parejas, los hombres tienen un menor grado de implicación. Las razones de la ausencia de los hombres se justifica con el hecho de que se encuentran trabajando; la asistencia promedio de los hombres es de alrededor de un 5% del total que conforma un grupo. A nivel de los métodos anticonceptivos también hay una fuerte carga hacia las mujeres,

diez métodos anticonceptivos que manejan en la dependencia donde trabaja el IC-8 se orientan hacia las mujeres mientras que para los hombres se tiene un registro de cuatro, *“se tiene que trabajar en la equidad de género, educando y re-educando en cuestiones como la salud, la protección, el amor propio, la autoestima, los hábitos de higiene, los exámenes periódicos, la prevención”* (IC-8, 2012).

Módulo V. Recomendaciones para mejorar el impacto de los programas de salud sexual y reproductiva

Las recomendaciones para mejorar la eficiencia de los Programas de salud sexual y reproductiva pasan por diversos niveles, no obstante, lo que se debe de rescatar es que estas recomendaciones deben de provenir directamente del personal implicado en la operacionalización de dichos programas y, sobre todo, de la población receptora. Adicionalmente, se tienen que generar acuerdos para que participen todos los actores de la sociedad y los niveles institucionales. Especialmente se debe de generar una mayor colaboración entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación del Estado de Querétaro, para que sus políticas sobre Salud Sexual y Reproductiva estén coordinadas y las instituciones que dependen de ellas, incluyendo las privadas, se presten a colaborar de manera efectiva.

A nivel operativo, lo que ha observado el IC-1, es que se deben implementar un mayor número de talleres y pláticas para padres de familia y jóvenes desde la realidad social y condiciones socioeconómicas de cada grupo. Para ellos se necesita, *“una mayor difusión de los talleres entre las mujeres de comunidades apartadas. En el caso de los hombres hacer una mayor sensibilización y concientización sobre la responsabilidad propia en temáticas de salud sexual y reproductiva”* (IC-1, 2012). A nivel de los centros educativos las principales recomendaciones tiene que ver con una mayor capacitación del personal docente

y directivo para que se profesionalice y concientice la importancia de la salud reproductiva y sexual. Para el IC-2, es necesario generar leyes que obliguen una mayor difusión, acuerdos con la Secretaría de Salud por parte de otras instituciones para llevar los programas a sus instalaciones.

Los talleres que se ofrecen sobre salud sexual y reproductiva no deben aplicarse por separado, se debe de aplicar por igual a grupos de hombres y mujeres, ambos sectores de la población deben de recibir la misma información y trato para hacerlos coparticipes dentro de estas problemáticas y esto generará una mayor equidad de género y la responsabilidad que se le viene dando culturalmente a las mujeres (IC-2, 2012). En la dependencia donde labora el IC-3, lo que debe de prevalecer es una mayor sensibilización de los padres de familia para que tengan información útil, veraz y adecuada sobre salud sexual y reproductiva y, así, puedan orientar a sus hijos. A la par, se debe de salir de los espacios institucionales, los programas de salud sexual y reproductiva deben *“acercar la educación sexual a los lugares donde se encuentran los adolescentes, en el espacio que sea necesario”* (IC-3, 2012). A la población masculina se le debe de educar en cuanto a la responsabilidad que deben de tener sobre su sexualidad y del cuidado de la pareja para no contagiarle enfermedades o tener embarazos no planeados, además de talleres sobre equidad de género.

El uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC's) ha surgido como una alternativa viable para el IC-4, en el sentido de que permita difundir eficazmente información sobre salud sexual y reproductiva, *“crear página de salud sexual y reproductiva en redes sociales, con monitores capacitados en equidad de género y salud reproductiva”* (IC-4, 2012). De acuerdo al IC-4, lo que se necesita para incrementar el impacto de los Programas de salud sexual y reproductiva: a) Incrementar la cobertura estatal; b) Incrementar el trabajo en comunidades e instancias educativas; c) Realizar un diagnóstico para determinar una línea de acción base; d) Generar indicadores para medir el impacto de los programas

implementados; e) Diseñar estrategias que involucren a la población a la que va dirigido el programa; f) Diseñar un plan de seguimiento a las comunidades atendidas; g) Generar una reforma educativa la cual contemple educación sexual desde primaria; h) Implementar campañas en medios masivos de comunicación donde se dé información clara y precisa sobre salud sexual y reproductiva; i) Acceso y abastecimiento de métodos anticonceptivos en centros de salud; j) Mayor disponibilidad de recursos económicos y humanos.

Uno de los puntos a destacar es que, para la mayoría de los informantes calificados, los programas han tenido un impacto importante en la disminución de embarazos no planeados y en la presencia de casos de ITS en población adolescente. Aún así, una de las grandes áreas de oportunidad sigue siendo ampliar la cobertura y, sobre todo, lograr un mayor involucramiento en hombres mayores de edad. Esto implica romper con barreras culturales y sociales donde se le ha dado un rol central únicamente a la mujer tanto en la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, *“culturalmente, por la cuestión de la división de géneros, a la mujer se le responsabiliza de la planificación familiar y de la prevención de infecciones de transmisión sexual”* (IC-3, 2012). Es de especial importancia atender a población masculina en temas de salud sexual que cuentan con altos índices de migración.

En la institución en la cual labora el IC-8, es de especial importancia generar una sinergia institucional entre el SEDIF y la Secretaría de Educación del Estado de Querétaro, donde se gestione la inclusión y permanencia de este tipo de programas en las instituciones educativas, desde los pre-escolares hasta la educación media superior. Otro problema institucional es que el apoyo a estos programas ha estado delimitado por los intereses de la administración en turno, *“se han observado sexenios donde se ha tenido la indicación de dar información parcial sobre los contenidos de educación para la sexualidad, es decir, promover sólo la abstinencia sexual como método para prevenir embarazos. Se censura el*

discurso educativo ofertando opciones como el sexo seguro, el sexo protegido, la postergación de las relaciones sexuales, entre otras” (IC-8, 2012).

A pesar de esas problemáticas, para el IC-8, *“el vínculo interinstitucional con Secretaría de Salud en el Estado ha implicado desarrollar estrategias de colaboración donde uno de los puntos de interés ha sido el de profesionalizar nuestras instituciones con miras a cumplir con el deber de informar de manera veraz, completa y científica a la población”*. Para este informante calificado, la tarea sobre Salud Sexual y Reproductiva no está terminada, *“en conclusión y como lo hemos compartido con el personal operativo de municipios, la tarea de emprender programas de salud sexual y reproductiva está en permanente construcción y el compromiso institucional se tiene. Como servidores públicos adscritos a una institución como DIF y en lo personal, deseamos un mejor Estado integrado por mejores municipios, mejores comunidades, mejores familias” (IC-8, 2012).*

Lo anterior sólo se podrá concretar si existe el compromiso institucional de todos los órdenes de gobierno para atender las problemáticas de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva que privilegie el bienestar de la población y que deje de lado preceptos morales y religiosos. Si no se cumple esta condición, la ignorancia sobre temas de salud reproductiva y manejo responsable de la sexualidad seguirá siendo el principal factor que posibilite la presencia de embarazos no planeados en adolescentes y jóvenes, se incremente la presencia de ITS y de la mortalidad materna, etc.

Tabla 4.3

Resultados sobre las problemáticas asociadas a los programas de salud sexual y reproductiva en el estado de Querétaro.	
Áreas de oportunidad	Resultados relevantes
1. Mayor involucramiento de hombres mayores en los programas de salud sexual y reproductiva.	1. Aumento en el uso de métodos de planificación familiar.
2. Ampliar la población atendida porque solamente se reduce a los usuarios que asisten a los centros de salud.	2. Disminución de embarazos en adolescentes.
3. Trabajar en programas que amplíen los planes de vida de los adolescentes.	3. Disminución del número de casos de ITS.
4. Implementar programas de salud sexual en poblaciones con alto índice de migración.	4. Disminución de la mortalidad materna.
5. Descentralizar los programas de salud sexual y reproductiva de los principales centros de población para atender comunidades alejadas.	5. Mayor apertura a temas de salud sexual y reproductiva por parte de los jóvenes.
6. Diseñar programas de salud sexual y reproductiva de acuerdo a las características específicas de la población atendida (primaria, secundaria, preparatoria)	6. La existencia de una política estatal que se ocupe de los programas de salud sexual y reproductiva.
7. Mayor apertura de instituciones educativas para tratar temas de sexualidad.	
8. Buscar mecanismos de participación de instituciones educativas privadas de carácter religioso para que acepten la difusión de los programas de salud sexual y reproductiva.	
9. Trabajar con Padres de Familia para que conozcan la importancia de los programas de salud sexual y reproductiva y los beneficios para sus hijos.	
10. Elaborar programas de salud sexual y reproductiva que sean constantes en toda la trayectoria escolar de los y las adolescentes.	
11. Capacitar constantemente al personal operativo de los Programas de salud sexual y reproductiva.	
12. Desarrollar un programa de salud sexual y reproductiva que tenga como plataforma de difusión las redes sociales.	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a los informantes calificados.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En Querétaro, las prácticas de los y las adolescentes debe ser un tema central en las preocupaciones del sector salud, pues, de acuerdo a lo construido con la presente investigación, el objetivo de concretar una cultura democrática que fomente la libre y plena decisión de las personas sobre su cuerpo y su sexualidad, es un compromiso de instituciones y actores sociales responsables de diseñar e instrumentar las políticas públicas. Se reconoce el esfuerzo de las instancias federales, quienes desde inicios del siglo XXI trabajan en esta dirección y le han dado continuidad a las iniciativas políticas, programas de acción y presupuestos, para generar la condición de igualdad entre mujeres y hombres; no obstante, los resultados todavía no son los proyectados, se continúa sin lograr las metas internacionales señaladas por los objetivos del milenio de la ONU en lo referente a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

A nivel estatal, es preciso mencionar los avances en materia del impulso a los preceptos establecidos en la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Ley para el desarrollo de los jóvenes y la aprobación como organismo descentralizado del Instituto Queretano de las Mujeres, dotándolo de autonomía técnica y de gestión de recursos. Estos aspectos han posibilitado el marco normativo para dar cumplimiento a los grandes objetivos del Plan estatal de Desarrollo en materia de ofrecer una atención integral a los jóvenes.

Sin embargo, es indispensable integrar diversas acciones de coordinación entre las instancias que las leyes señalan, con el propósito de concretar, desde una perspectiva de género, que la población de 10 a 19 años obtenga información de calidad y tenga las herramientas necesarias para tomar una decisión asertiva. Para ello, se tiene que trabajar en el desarrollo de programas puntuales, con objetivos, metas y acciones específicas para lograr el éxito de lo establecido en las

leyes y reglamentos que aluden a la situación de la juventud queretana. Estamos convencidos que el sector salud debe acercarse a la comunidad, no puede estar esperando en los hospitales o centros de salud a que las y los jóvenes los busquen para informarlos y dotarlos de los métodos de prevención disponibles. Pensar que la obligación de las familias y de las personas es asistir a un sitio que, en muchos casos, desconocen dónde se ubica y qué tipo de servicio presta, es un error cuyas repercusiones personales y sociales obstaculizan las opciones de un desarrollo sustentable, basado en la calidad de vida de la población.

Los temas de la discusión nacional

Sabemos que existe una profunda brecha en cuanto a la promoción y la práctica de los derechos sexuales y reproductivos, del ejercicio pleno y responsable de la sexualidad, de la erradicación de la discriminación de género y el advenimiento de la igualdad, la prevención de las ITS y VIH/SIDA, embarazos adolescentes; de igual forma, así de largo es y ha sido el camino recorrido en la lucha para que la educación en salud sexual y reproductiva, con el binomio información-formación, se convierta en un hábito cultural dentro de las costumbres de todos y todas las mexicanas y un problema primordial a resolver para las instituciones públicas y privadas.

En estas batallas, a la vanguardia están las organizaciones civiles, principales promotoras de la educación sexual y aunque el avance no es totalmente satisfactorio, sí habla de un trabajo fructífero; uno de ellos está vinculado al cambio de visión y actitud de las instancias gubernamentales en sus tres niveles (federal, estatal y municipal), quienes comprenden que para avanzar en una sociedad democrática con igualdad de oportunidades y, sobre todo, con igualdad en la distribución de la riqueza, es necesario que los y las adolescentes cuenten con las herramientas informativas indispensables para decidir libremente sobre su vida sexual y reproductiva, sin riesgos con plena conciencia y responsabilidad.

Sólo así, la inserción al mundo del trabajo, la participación en los procesos políticos y sociales, se dará bajo las mejores condiciones posibles.

Hoy en día el tema de la salud sexual ha tomado gran fuerza, se discute y analiza, se construye a partir de las problemáticas generadas en torno al tema y las necesidades que van surgiendo dentro de la población. Cabe resaltar que el camino transitado no es reciente, en 1934, se desarrolla el primer proyecto de educación sexual basado en los ideales revolucionarios, pero no es sino hasta los años setenta que se vienen fuertes cambios en los programas enfocados a acercar la información a un sector de la población incorporando en las escuelas y sus libros de texto, la importancia de los cambios físicos propios de la pubertad, la prevención de embarazos a temprana edad, el uso de anticonceptivos y el cómo evitar ITS. En los ochenta, con la epidemia del SIDA, se implementan fuertes campañas de radio y televisión y la temática se incluyó en los planes de estudio de las escuelas secundarias. Para los noventa, se incorpora la salud sexual y reproductiva como un derecho social.

En la actualidad vemos una actitud más positiva hacia los temas que engloban la sexualidad y hacia las acciones preventivas; pero está claro que todavía queda mucho trabajo por hacer en el campo de la re-educación y rehabilitación; múltiples necesidades por cubrir, información de calidad para poner al alcance de todos y un sinnúmero de desigualdades sociales que vencer.

Algunos expertos en el tema plantean el miedo que causa la promoción de la educación sexual, debido al desconocimiento en los alcances positivos que puede llegar a tener; en otros países, como los europeos, se ha comprobado la progresiva relación directa existente entre una educación sexual más abierta, ligada a servicios de salud, con bajas tasas de embarazo adolescente, abortos y VIH/SIDA. Ello significa que a mayor información y educación, menor será la tasa

de adolescentes que inician su vida sexual a temprana edad y las consecuencias negativas que esto pueda traer si no se cuenta con las herramientas apropiadas.

Una rápida revisión a la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (2008), muestra un conjunto de datos dignos de reseñar por su contribución al fortalecimiento de la información recabada en la presente investigación. Los estudiantes encuestados van de los 12 años o más en escuelas de primaria y secundaria, los datos rescatados de esta encuesta dan cuenta de que la falta de información no es la problemática mayor en salud sexual y reproductiva, los números demuestran que los y las adolescentes han tenido contacto con la información sin que se transformen sus prácticas y concepciones sobre la sexualidad y la reproducción; la dificultad parece estar en el tipo de información recibida, la forma en que los encargados la transmiten y la manera en la que ellos mismos la entienden, interpretan y la actúan.

La encuesta referida, menciona que 73.5% de los escolares ha oído hablar de algún método anticonceptivo, siendo las mujeres (76.8%) quienes están más cerca a la información de los métodos en contraste con los hombres (69.8%) y son los estudiantes de nivel secundaria los que han tenido mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (82.4%) que los de nivel primaria (45.2%), lo cual nos cuestiona acerca del rol de las instituciones educativas en el abordaje de la sexualidad, así como también el trabajo desempeñado por las instituciones de salud, ¿será que ambas desconocen o niegan la sexualidad y las inquietudes y necesidades que ésta genera en los estudiantes? Pensemos cuál es el objetivo de los programas de salud sexual y reproductiva, cuáles son las metas a alcanzar; si la cuestión es prevenir lo indicado será abordar a las diferentes edades y no centrarse exclusivamente en las que se cree existe el riesgo de embarazos no pensados o contraer alguna ITS o VIH/SIDA. En este sentido, hay una idea equivocada respecto a que los niños de primaria no “deben” escuchar sobre estos temas.

En el transcurso de la investigación que realizamos, a la hora de la aplicación de las encuestas en las escuelas secundarias, en más de una de ellas las autoridades evitaron que se les presentara a las y los estudiantes de primer y segundo año, por considerar que los temas y las preguntas no eran convenientes para ellos, en esos casos solamente se nos permitió aplicar la encuesta a estudiantes de tercer año.

Regresando a la encuesta del INSP, otro dato interesante son los contrastes geográficos en cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, se tienen lugares como la Ciudad de México, donde 67.5% de los estudiantes de primaria han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos, incrementándose significativamente en secundaria (90.9%), en oposición con Chiapas donde sólo 8.2% de los escolares de primaria y 71.7% de secundaria han tenido acceso a información de este tipo.

En Querétaro, para el año 2009, se encontró que el conocimiento de los métodos anticonceptivos fue del 48.4% en primaria y 75.1% en secundaria; en cuanto al inicio de la vida sexual, 3.2% de los y las adolescentes dijeron haberla iniciado. De acuerdo al género, son los hombres quienes inician su vida sexual (4.2%) antes que las mujeres (2.3%), Querétaro, es uno de los estados con los porcentajes más bajos en cuanto a este tema de la iniciación de una vida sexual. Una diferencia considerable e importante que marca la pauta para pensar sobre las diferentes necesidades de mujeres y hombres en cuanto al tema de la sexualidad, en consecuencia, corresponde plantear programas de prevención y atención a la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género, acorde a las características de las poblaciones, pues no podemos aplicar medidas que no atiendan a los tiempos y formas de iniciación a la vida sexual.

En otro contexto, el reporte sombra (1997), elaborado por el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, lanza datos que ayudan a pensar y a

replantear las políticas públicas desarrolladas a lo largo de este tiempo y que se han intentado poner en práctica con sus propias deficiencias y aciertos. Por ejemplo, la difusión de los derechos sexuales y reproductivos involucra a diferentes ámbitos de acción, entre estos a las instituciones de salud pública, las cuales no pueden olvidar el papel central que deben cumplir para esta ardua tarea y no solo por los convenios firmados o por los objetivos planteados al inicio de un nuevo gobierno, sino por la responsabilidad adquirida frente a la población de ofrecer atención de calidad y planear programas efectivos dirigidos a la prevención de las enfermedades; sin embargo existe una realidad: no toda la población mexicana cuenta con un sistema de seguridad social, y para quienes tienen acceso a servicios de salud, la falta de recursos para mejores instalaciones y contratación de personal especializado, vuelve difícil la labor de prestar el servicio.

Es importante visualizar la realidad del país en cuanto a los derechos reproductivos de la mujer, la manera en que operan las reformas, leyes y normas y su impacto en la población. Todo mexicano tiene derecho a los servicios de salud, pero no toda la gente cuenta con un sistema de seguridad social y la falta de recursos a este sector complica todavía más brindar un servicio oportuno y de calidad a los usuarios. Las leyes y políticas públicas generadas en torno a la protección de la mujer y sus derechos, tienen como finalidad expandir los derechos ciudadanos, como el acceso a los servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad que incluyen tanto la atención médica como la información sobre planificación familiar y salud reproductiva, la anticoncepción tema que parece ser insuficiente, ya que no sólo las mujeres carecen de información, sino que también se les niega el suministro de estos métodos, ya sea por falta de ellos o porque se pretende imponer el uso de algunos como la esterilización sin consentimiento.

El aborto y su penalización, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la violencia de género, especialmente la doméstica referida a la violación en pareja y

que no era considerada un delito, siendo Querétaro el único estado que a partir de 1995 considera la sanción dentro del código penal, la responsabilidad del gobierno y el derecho de los y las adolescentes a recibir información y educación sobre la sexualidad y planificación.

Los diversos avances normativos en la protección de los derechos humanos de las mujeres no han producido los resultados esperados, pues la situación de las mujeres sigue siendo precaria, sobre todo en los sectores donde impera la desigualdad social. El grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), analiza los informes VI y VIII entregados por el gobierno mexicano a la CEDAW, haciendo una evaluación y entregando algunas recomendaciones valiosas para coadyuvar a la reflexión y puesta en marcha de medidas progresivas.

Existe la legislación en materia de equidad de género y salud sexual y reproductiva, y esto es un gran avance para celebrar, el problema reside en su escasa, equivocada o nula aplicación, se tienen obstáculos en la estructura y la discrepancia en las legislaciones entre las entidades, no hay unidad ni coherencia entre éstas. Las políticas e instituciones públicas, lamentablemente debemos señalarlo, adolecen de una perspectiva de género, lo cual provoca que no se garantice la plena protección de los derechos, especialmente en los reproductivos de mujeres, niñas, adolescentes y jóvenes. Bajo estas condiciones, la pregunta que formulamos es ¿de qué manera el Estado Mexicano podría garantizar que la normatividad no restrinja la libre puesta en práctica de los derechos de las mujeres?

Los efectos de una normatividad no aplicada, son verdaderamente preocupantes; uno de ellos es la mortalidad materna, la cual está clasificada como la cuarta causa de muerte en el grupo de mujeres que van de los 15 a los 19 años. De 1990 al 2008 se registraron 24, 872 mujeres que murieron por embarazo, aborto, parto y puerperio, de éstas el 13% correspondió al grupo de 15 a 19 años, para 2009 el

5.6% de muertes de este sector son por causas prevenibles. En este punto queda claro que hay un incumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio.

Otra de las problemáticas localizadas, es la producción estadística de los organismos públicos, pues no existe un contraste coherente entre el número de mujeres atendidas por las Secretarías de Salud con el número de denuncias ante los ministerios públicos, lo cual sugiere que las mujeres violentadas sexualmente no llegan a los centros de atención especializados. Y si hablamos de aquellas víctimas que solicitan la interrupción legal del embarazo (ILE), nos toparemos con inconsistencias por parte de los funcionarios públicos, quienes a pesar de que en todo el país la interrupción del embarazo por razones orgánicas o derivado de una violación sexual es legal y además un derecho, impiden el acceso a dicho servicio e incluso niegan esta información a las víctimas.

Pasando al punto del acceso a métodos anticonceptivos tenemos que en poco más de diez años el aumento en la cobertura a nivel nacional fue de apenas cuatro puntos porcentuales. El uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas y en edad fértil pasó de 68.5% en 1997 a 70.9% en 2006 y 72.5% en 2009, pero habría que revisar como están los datos dependiendo de la escolaridad, la zona geográfica, la edad y la cultura.

De acuerdo con los datos encontrados en el documento que GIRE entrega al Estado Mexicano, se observa que el 44% de las adolescentes unidas de 15 a 19 años utilizan un método anticonceptivo y 38.5% no hace uso de ningún método en su primera relación sexual. Las estadísticas dan cuenta de una demanda insatisfecha en el acceso a anticonceptivos de calidad y que sean adecuados a las necesidades de las mujeres, si bien se ha reducido el porcentaje entre mujeres en edades fértiles de todas las edades, vemos con preocupación que las cifras siguen siendo elevadas entre el grupo de adolescentes con el 24.6%, es decir una de cada cuatro hace uso de algún método anticonceptivo. El conocimiento en relación

con los métodos se centra en el uso del condón y los jóvenes ignoran la existencia de otros que pudieran serles más atractivos o adecuados a sus necesidades.

En cuanto a la educación sexual, observamos que desde el año 2000 ha ido en detrimento en el ámbito escolar y esto provoca un retroceso en los avances alcanzados en los años noventa con la introducción de la sexualidad con perspectiva de género. En muchos estados de la república, Querétaro incluido, son conservadores, limitando el financiamiento y los contenidos en la capacitación de docentes y el desarrollo de nuevos materiales. Se limita el potencial de la escuela pues no se les toma en cuenta para abordar estas problemáticas, se ignora que es un centro importante donde el adolescente obtiene mucha de la información que pone en práctica.

Es una constante el poco uso de los servicios de salud por parte de los y las adolescentes, sea por ignorancia, vergüenza o peor aún por haber sido víctima de discriminación por parte de las personas que trabajan en ese sector. El hecho de que una muchacha tímida se acerque a solicitar algún método anticonceptivo y le sea negado, por ejemplo el negarles anticonceptivos como el condón por no llevar su cartilla de afiliación o al ser cuestionados sobre su uso, provoca que pierdan el interés y la credibilidad del servicio de estos centros y como consecuencia el alejamiento del centro de salud, incrementando la potencialidad del factor de riesgo a embarazos tempranos o el contraer alguna ITS. De esto tenemos datos a nivel nacional, en el grupo de menores de edad se presenta con más frecuencia el primer embarazo (26.8%), seguido de quienes tienen 18 a 20 años (14.5%). Y, en el caso de nuestra encuesta, hay correspondencia en la información obtenida.

A nivel mundial las nuevas infecciones de VIH ocurren en personas que tienen de 15 a 19 años de edad, siendo las mujeres jóvenes las más vulnerables, teniendo 1.6 veces más de riesgo a adquirir el virus. En México se han registrado 118,624 casos, 17% en mujeres y esta cifra tiende a subir, por lo que el país está sufriendo

una “feminización” de la epidemia (Organizaciones Civiles Mexicanas, 2009) sin contar la violación de los derechos de las personas que padecen esta enfermedad, razón suficiente para que se ponga especial atención en la promoción de la salud sexual.

De ahí la urgencia de fortalecer la normatividad y las buenas prácticas que han demostrado su utilidad. En el país existen doce leyes estatales para el desarrollo de la juventud y sólo tres (Querétaro incluido) reconocen los derechos sexuales y reproductivos con lineamientos más o menos claros para su instrumentación. Es un orgullo para la entidad, pero también es objeto de preocupación, pues la disparidad de las legislaciones no es un buen indicador de la eficiencia de la política pública.

Conclusiones del estudio

Las prácticas sexuales y reproductivas de la población adolescente de Querétaro

Del total de encuestas aplicadas, 43.5% fueron contestadas por los hombres y 56.5% por las mujeres, distribución definida en función de la importancia que para nuestro estudio tiene la opinión, percepción y conocimiento de las mujeres sobre el tema. Iniciamos con un dato relevante, demostrativo de la diferente situación que se vive en el ámbito de las condiciones prevalecientes en términos de la equidad de género, el nivel de estudios. El grado de escolaridad de las mujeres es ejemplo de la histórica desproporción en el comportamiento educativo, y constituye una condición que aún lacera las estructuras democráticas de cualquier nación. En la encuesta los resultados no difieren de esta tendencia de marginación, la gráfica muestra lo siguiente:

Gráfica 5.1



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012

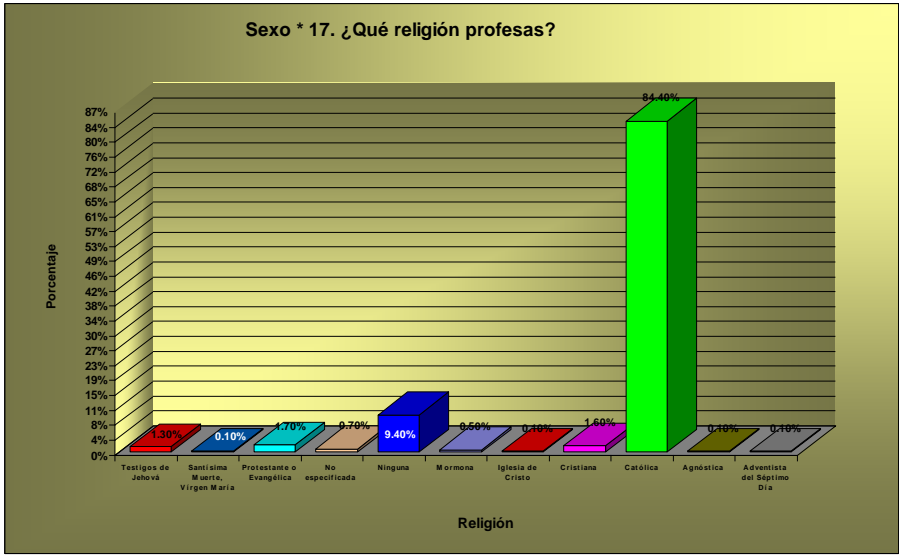
Los hombres, porcentualmente hablando, cuentan con mayores estudios, considerados los niveles de bachillerato y licenciatura, tenemos que el 59.1% está en bachillerato y licenciatura, frente al 49.9% de las mujeres en esos mismos niveles de estudio.

El otro dato de las desproporciones entre hombres y mujeres, se expresa en el nivel de ingresos que perciben, máxime considerando que son los padres los principales abastecedores de recursos. 77.4.% (661 de 854 encuestas) de las mujeres reciben ingresos menores a un salario mínimo, en cambio los hombres, el porcentaje es menor: 69.5% (453 de 651 encuestas realizadas).

Una variable que decidimos analizar más a fondo fue la de las preferencias religiosas, por ser una constante cultural de alta incidencia en los comportamientos de la población y porque los preceptos religiosos tienen un alto contenido de prohibiciones sobre las prácticas sexuales y reproductivas. 155 adolescentes (hombres y mujeres) manifiestan no tener ninguna religión, lo que

corresponde al 9.3%, en sentido contrario, 90.7% afirman practicar alguna religión. 84.5% son católicas y católicos. Considerando solamente a quienes si profesan alguna religión, predomina la católica con el 93.3% y 6.7% son de otras religiones.

Gráfica 5.2



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012

Salud sexual

La edad promedio en que los y las adolescentes tuvieron su primera relación sexual es de 15.4 años, la edad que más se repite es 15 años, con mínimo de 10. Respecto a la pregunta ¿has tenido relaciones sexuales?, 33.6% de los y las adolescentes contestaron afirmativamente, es decir, uno de cada tres adolescentes ha decidido establecer una vida sexual activa. Esto no debe entenderse como un problema, sino como una situación real que nos obliga a genera esquemas de libertad, con amplios criterios para comprender, establecer mecanismos de comunicación y generar formas novedosas para motivar a las y los adolescentes a acercarse a las instituciones de salud para participar en los programas que se tienen diseñados para la atención integral.

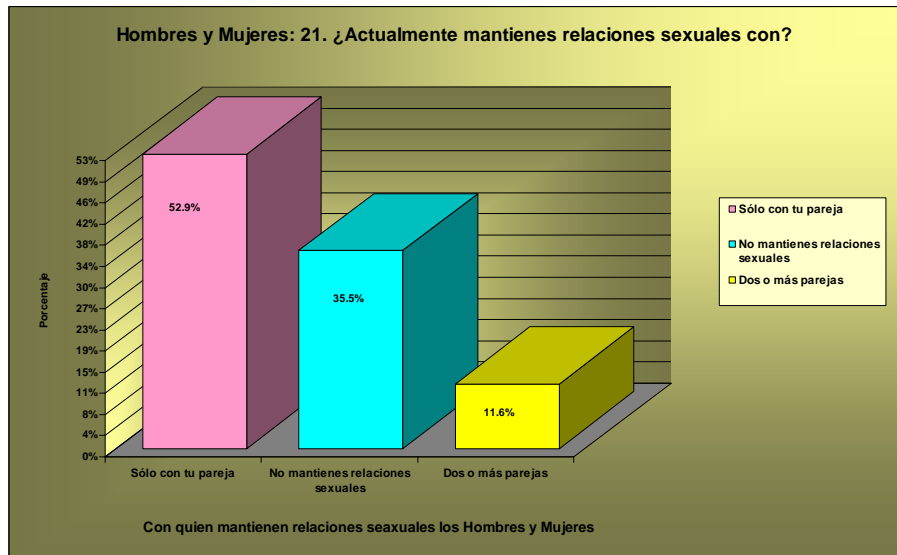
De las y los 544 adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales, 333 (61.2%) reconocen tener una vida sexual activa. El dato abre interrogantes respecto a cuáles son las motivaciones de las y los jóvenes que solamente tuvieron una o pocas relaciones sexuales, correspondiente al 38.8%. Es evidente que en este terreno, la encuesta es limitada, profundizar en este tipo de estudios implica avanzar hacia las técnicas cualitativas para conocer a profundidad las formas de pensar y actuar de este grupo poblacional.

Interesante es la respuesta a la pregunta ¿actualmente mantienes relaciones sexuales con?, 82% lo hace sólo con su pareja y 18% tienen dos o más parejas. En nuestra opinión, el hecho de que dos de cada diez adolescentes tengan dos o más parejas es un claro indicador de las formas de vida social caracterizadas por lo efímero, de poco compromiso y de tendencias de fragmentación del tejido social.

A su vez, la percepción de las y los jóvenes respecto a la edad en que se debería empezar a tener relaciones sexuales, nos permite indagar sobre las formas de pensar y las motivaciones de la juventud en relación a las prácticas sexuales y la importancia que le asignan a este aspecto; a su vez, es información que puede ser analizada por las instituciones de salud para diseñar acciones muy concretas para la atención a los grupos de jóvenes que piensan en edades ubicadas desde la adolescencia temprana, como periodo de inicio de la actividad sexual.

Lo primero a referir es que del total de encuestas (1632), solamente 903 (55.3%) contestan, lo cual es expresión de ciertas reservas para comentar cuestiones que consideran muy íntimas; lo segundo a comentar es el amplio abanico de edades para el inicio de la actividad sexual, el punto mínimo es 12 años y el punto máximo es 45 años, evidentemente, se observa un cierto juego sobre el tema; sin embargo se destaca que la edad que más se repite es 18 años (273 casos), seguido de 20 años (142 casos).

Gráfica 5.3



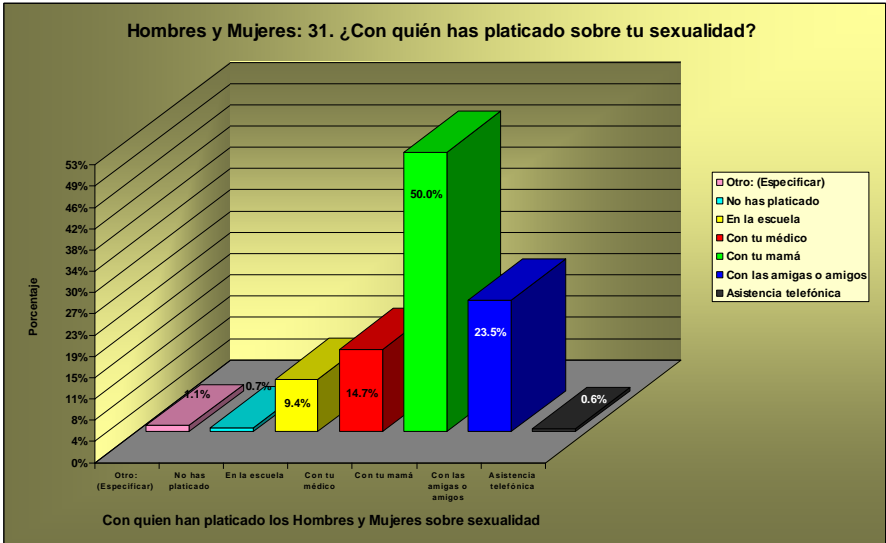
Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012

En la indagación por conocer las condiciones, expectativas y preferencias sexuales de la población adolescente, hay un pleno convencimiento de la importancia de saber sobre la sexualidad, 1,607 casos que corresponden al 97.8%; en contraparte, solamente 36 jóvenes respondieron que no es importante saber del tema (2.2%). Sin embargo, cuando se les pregunta si han recibido algún tipo información al respecto, el porcentaje de respuestas afirmativas desciende al 90.7%, cifras que muestran lo complejo de la temática y nos remite a la conclusión de que no es suficiente mostrar interés en conocer algo cuando no tenemos la forma de acceder a esa información.

Un aspecto considerado durante la investigación y en la revisión de las respuestas recabadas, es la calidad de la información para la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva de la juventud queretana. En general, la responsabilidad de ofrecer la mejor información y proporcionar la orientación oportuna a la juventud debería recaer en la escuela, en el médico o en la institución hospitalaria. A pesar de ello, 744 de las respuestas señalan que los y

las jóvenes queretanas manifiestan platicarlo en primera instancia con su mamá (50.0%), en segundo lugar, 350 casos mencionan que son pláticas con los amigos/amigas (23.5%); en tercer lugar está el médico, con 218 (14.6%) y la escuela con 139 respuestas (9.3%).

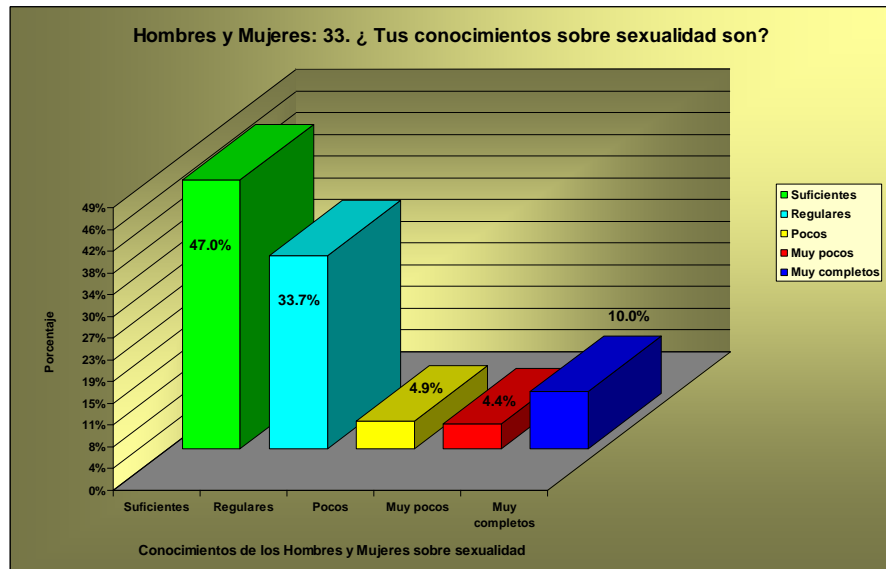
Gráfica 5.4



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012

Si observamos que uno de cada 10 jóvenes considera sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en un rango de pocos a muy pocos, y le agregamos que tres de cada diez los considera regulares, la conclusión, aunando el señalamiento anterior relativo a la calidad de la información recibida, es de una situación de fragilidad de la juventud queretana frente a los fuertes cambios orgánicos, psicológicos y sociales que pasan en esta etapa de su vida. El reforzamiento de acciones preventivas que lleguen a la población objetivo es una tarea de corto plazo para los encargados de llevar adelante los programas de salud sexual y reproductiva en el estado de Querétaro, en coordinación con los organismos de la sociedad civil que trabajan en este mismo sentido.

Gráfica 5.5



Fuente: ENSASREPAQ-M 2012 y ENSASREPAQ-H 2012

Métodos anticonceptivos e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

En la encuesta realizada por el IMJUVE (2010), 98% de las mujeres en edad fértil, conocen al menos un método anticonceptivo; para Querétaro el resultado fue del 99%, significa que hay un conocimiento universal sobre la existencia de los métodos anticonceptivos; pero como bien aclara el propio IMJUVE, ello no implica de facto el uso correcto de los métodos, ni, mucho menos, el estar en condiciones de acordar con la pareja el uso de ellos. El conocimiento per se no implica la reducción de los factores de riesgo asociados a las prácticas sexuales y reproductivas, es solamente un primer paso.

En todos los municipios en los que se aplicó la encuesta, los varones se inclinan por la idea de que las relaciones sexuales se deben tener en cualquier momento con la pareja; lo mismo ocurre con la información, los adolescentes se consideran conocedores del tema, es en la ciudad de Querétaro donde se utilizan más los métodos anticonceptivos, pero los jóvenes de los municipios de San Juan del Río,

Cadereyta, Corregidora, Jalpan y El Marqués, manifiestan ser más conscientes sobre las ITS y sus efectos perniciosos, que los que viven en el municipio de Querétaro, esto se refleja en el dato porcentual de los que han contraído alguna infección de transmisión sexual: es más alto en los adolescentes de la ciudad que de los municipios.

Entre las adolescentes existe conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo un poco más elevado en el caso de los hombres y de los pocos casos registrados con algunas ITS, la mayoría afirma haber sido atendido en alguna institución de salud pública y privada. El dato porcentual de las adolescentes que afirman no haber sido diagnosticadas con alguna ITS, es bastante alto, pero no hace referencia a que no puedan padecerlas, lo mismo sucede con los varones.

En Querétaro, 90.8% de los y las adolescentes tienen conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos y el condón es el más conocido pues 92.2% manifestó conocerlo. Dentro de los y las adolescentes que mantienen una vida sexual activa. Un aspecto relevante y muy significativo para las y los adolescentes es el hecho de que las ITS no representan un serio problema de salud pública. Lo positivo es el amplio conocimiento sobre el tema, pues 93.4% (1,574 casos) conocen de las infecciones y sólo 20 casos (8 hombres y 12 mujeres) reportaron el diagnóstico de alguna infección, ninguno de ellos fue VIH.

Reflexiones en torno a la igualdad de género y salud sexual y reproductiva

Es interesante observar la relación existente entre las creencias religiosas y su impacto en el desarrollo de la sexualidad, la manera en que los sentimientos de culpa y vergüenza, la abstinencia como único método válido de anticoncepción y el rechazo de las relaciones sexuales fuera del matrimonio llevan a la población creyente a tomar decisiones que tienen un impacto negativo en la práctica de la

salud sexual y reproductiva, porque las estadísticas nos dicen que los y las jóvenes no dejan de tener relaciones sexuales, pero si excluyen de éstas el uso de anticonceptivos y desconocen o rechazan por prejuicio información valiosa que les permitiría seguir con su proyecto de vida sin alteración de sus planes.

De la población encuestada tenemos un alto porcentaje de mujeres que profesan la religión católica, lo mismo sucede con los hombres, a su vez, encontramos un porcentaje mayor de hombres en comparación con las mujeres, que dicen no practicar ninguna religión. Podemos afirmar que la pertenencia a alguna religión (cualquiera que sea) y el seguimiento de las normas morales, no constituyen obstáculos para el inicio de la vida sexual entre los y las adolescentes, teniendo que la edad promedio localizada entre las encuestadas es 15.7 años y en los hombres 15.9 años, edad en la que incursionan en las relaciones sexuales.

Son ellas las que mantienen una vida sexualmente activa, por encima de la cantidad de los hombres y además optan por hacerlo solo con su pareja; a pesar de que entre los hombres el porcentaje también es significativo de los que prefieren mantener las relaciones con su pareja, hay un porcentaje digno de tomar en cuenta, relativo a las formas de pensar de los hombres, quienes tienen menos prejuicios en el cambio constante de parejas, lo cual nos indica que hay un foco rojo al que habría que prestarle especial atención, ya que esto pone su salud en riesgo en ambos sexos con las ITS y el VIH/SIDA, porque la investigación nos muestra que tienen poca relación con los métodos anticonceptivos.

En cuanto a la creencia de las edades apropiadas para el inicio de las relaciones sexuales, podemos dar cuenta que los dogmas religiosos influyen en la forma de pensar pero no en las prácticas desarrolladas por las encuestadas, porque creen que el tiempo adecuado es después del matrimonio; resaltamos que un porcentaje considerable de mujeres piensa que no debería haber ninguna restricción en la edad, siempre y cuando se haga con la pareja, esta respuesta corresponde al

número de mujeres que no pertenece a ninguna religión, un porcentaje todavía más pequeño pero por encima de las mujeres no creyentes, piensa que las relaciones sexuales deberían iniciarse antes del matrimonio.

En el caso del sexo masculino vemos gran diferencia, ya que la mayoría piensa que cualquier momento es adecuado para el inicio de las relaciones sexuales, pero un sector de esta población opina que las relaciones sexuales deben iniciarse después del matrimonio, sector más alto respecto del que piensa que debería ser antes, correspondiente al sector que no profesa ninguna religión. La edad adecuada señalada por ambos sexos para iniciar la vida sexual, independientemente de si profesan o no una religión está entre los 18, 20 y 25 años, sin embargo las encuestas nos dicen que, independientemente de la creencia, se inician a una edad más temprana.

En el tema de anticoncepción, los datos demuestran que el discurso planteado por la iglesia alrededor de los métodos de anticoncepción ha surtido efecto en los y las adolescentes de entre 14 y 15 años, aunque es más alto el porcentaje de aquellos que no presentan resistencia a hacer uso de métodos. Existe un grupo en ambos géneros que sí presentan resistencia al uso de alguno de los métodos y lo mismo sucede con sus parejas, grupo al que habría que poner especial atención. Ante esta problemática nos encontramos con otra respuesta para estas resistencias y es la falta de orientación sexual, tanto hombres como mujeres de 12 a 15 años dicen no haber recibido ningún tipo de educación de las sexualidades. Y aquellos que sí tuvieron algún acercamiento a esta información mencionan haber platicado con su madre en ambos casos. Un dato que requiere especial atención, ya que los resultados son desfavorables a las instituciones de salud y educativas, pues son los últimos recursos que los y las adolescentes utilizan para obtener información.

El hecho de que los y las adolescentes inicien su vida sexual a temprana edad los pone en riesgo de quedar embarazados sin haberlo planeado y la causa que más

prevalece entre ambos sexos es el descuido. Otro dato interesante a rescatar es que del porcentaje de mujeres que han tenido un hijo, 72%, opta por hacer uso de algún método anticonceptivo para no volver a quedar embarazadas, pero no podemos obviar al 28% de las mujeres que no utilizan ningún método para prevenir, quedando expuesta a un nuevo embarazo no planeado.

Estos últimos datos nos llevan al tema del uso de anticonceptivos, los cuales han derivado en fuertes controversias sociales entre quienes apoyan su promoción y quienes se oponen; son discursos contrapuestos que generan dudas, causando incertidumbre en la población; en este caso, la preocupación mayor es que incide en las y los jóvenes con mayor rezago social y educativo, por los diversos cambios orgánicos y psicológicos de la edad y es que sólo 44.4% de los adolescentes dicen haber usado tanto ellos como su pareja un método anticonceptivo. Para los y las encuestadas es importante conocer sobre anticoncepción, ya que en el estado de Querétaro, los porcentajes del nivel de conocimiento que se tiene de los métodos están por debajo de la media nacional y lo mismo sucede con el uso de ellos. De acuerdo con los resultados de la encuesta, es la escuela la primera fuente de información sobre el uso de estos métodos, dejando la casa en segundo y los centros de salud en tercer término. Una consecuencia esperada es que el porcentaje de mujeres que dicen haber usado algún método anticonceptivo se encuentra muy por debajo del que reporta IMJUVE (2010), no así en el caso de los hombres, quienes manifiestan ser más cuidadoso en este aspecto.

Los datos de la encuestas indican que en el caso de las jóvenes el primer lugar donde obtienen los métodos anticonceptivos es la casa y en segundo la escuela, por lo que dejan muy abajo a los centros de salud, los cuales deberían ser los principales proveedores en anticoncepción, no ocurre así con los varones, quienes tienen más claro los lugares a los cuales acudir que son las farmacias en primer lugar y los centros de salud como segunda opción. Sin embargo las experiencias que los y las adolescentes cuentan con respecto a esto es que en las farmacias

les han negado la venta de condones por no ser mayores de edad y existen algunas instituciones de salud públicas que les piden la cartilla de afiliación o los bombardean con preguntas persecutorias, lo cual da como resultado que para otras ocasiones pierdan el interés de recurrir al uso de algún método para protegerse.

Cabe resaltar que sólo el 2.2% de las que respondieron haber quedado embarazadas indicaron como razón el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, es importante, en consecuencia, destacar que los programas de orientación y educación sexual deberían ser más formativos, es decir, que los y las adolescentes hagan uso inteligente de esa información. Entendemos entonces que los y las adolescentes conocen algunos métodos como lo son las pastillas y el condón pero lo utilizan poco.

En cuanto a la equidad de género es posible apreciar que tanto los hombres como las mujeres coinciden en compartir la responsabilidad de prevenir un embarazo. Es una percepción que debemos aprovechar para fortalecer las acciones hacia prácticas igualitarias entre hombres y mujeres.

Otro punto distintivo es la situación de indefensión a la que se enfrentan las adolescentes embarazadas, a pesar de que expresan ser apoyadas por sus parejas, no se sabe qué tipo de soporte es el que les brindan, siendo que en su propia casa son los padres los que se muestran enojados o indiferentes ante la situación.

Otro de los cortes utilizados en la investigación es el contraste de la variable municipio con los constructos teóricos de la encuesta. De acuerdo a la zona geográfica en el estado encontramos ciertas similitudes y diferencias en las prácticas de la sexualidad, las cuales pueden ser orientadoras para diseñar acciones con las características de cada uno de los municipios. Por ejemplo en el

caso de los hombres tenemos que en San Juan del Río y Jalpan están las cifras más elevadas de los que han tenido relaciones sexuales, pero en el municipio de Querétaro los jóvenes inician su sexualidad antes que los adolescentes que viven en los otros municipios; sin embargo este grupo es más grande y más activo sexualmente que los de la capital, pero estos últimos marcan la preferencia de contar con más de una pareja sexual a diferencia de los otros municipios que en este sentido son más recatados.

Recomendaciones

Una función esencial de la investigación social es generar un conjunto de sugerencias puntuales para convertirlas en acciones directas para mejorar las condiciones de la población objeto de estudio. En nuestro caso, el apartado siguiente tiene la finalidad de abrir espacios de reflexión para la toma de decisiones de las instituciones de salud y educativas (públicas y privadas) para que la puesta en práctica redunde en la aplicación exitosa de programas sobre salud sexual y reproductiva que satisfagan las necesidades y expectativas de este sector joven de la población.

Instituciones de Gobierno del Estado de Querétaro

1. Generar un mecanismo institucional para unificar las políticas de atención a las y los jóvenes en el estado de Querétaro. Esto implica que la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y organismos como el Instituto Querétaro de las Mujeres que trabajan estos temas tengan una agenda única de trabajo.
2. Generar a nivel estatal un programa orientado a la salud sexual y reproductiva que tome como base el trabajo realizado a nivel nacional con el “Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva

para Adolescentes” con la participación coordinada de organizaciones juveniles, especialistas de salud, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles e instituciones de asistencia privada, representantes populares y demás sectores sociales relacionados con los jóvenes y sus problemáticas, con el objetivo de atender de manera directa los problemas y cubrir las necesidades y expectativas de este sector de la población.

3. Generar desde la Secretaría de Salud o la instancia correspondiente, un mecanismo institucional que obligue a las instituciones de salud privadas, a contar con programas sobre salud sexual y reproductiva que incluyan orientación y atención especializada a los adolescentes.
4. Se deben generar programas específicos dentro de las instituciones de salud públicas y privadas del estado de Querétaro para atender a la población masculina, que abarquen tanto métodos de planificación familiar como aquellos orientados a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), para lograr en ellos una mayor sensibilización e involucramiento en estos temas. Ya que la realidad muestra que existe un mayor peso en la responsabilidad hacia las mujeres.
5. Que la Secretaría de Salud del Estado incluya dentro del presupuesto asignado a las Instituciones de Salud, una partida especial para programas enfocados específicamente a la salud sexual y reproductiva con la finalidad de tener la posibilidad de contratar personal especializado (plazas operativas) que atienda a este sector de la población, en virtud de que actualmente existe una carencia importante de recursos humanos que se integren a estos programas porque el presupuesto es limitado.

6. No se debe trabajar sólo en programas de planificación familiar o métodos anticonceptivos, deben de generarse programas para los adolescentes (10 a 19 años) orientados a generar planes de vida que no sean reducidos y se agoten en la maternidad. Esto implica generar estrategias que potencialicen las oportunidades de acceso a la educación, opciones de empleo, oferta cultural, dentro de las regiones donde se localiza la población atendida.
7. Al igual que existen redes y consejos estatales y municipales que atienden problemáticas de salud pública contra las adicciones, se propone establecer desde la Secretaría de la Juventud del Estado una red que promueva la salud sexual y reproductiva de jóvenes a nivel estatal; que puede integrarse mediante el apoyo y concurso de los diferentes niveles de gobierno, Organizaciones no Gubernamentales e Instituciones Educativas y de asistencia social.
8. El Sistema Estatal DIF (SEDIF) coordina programas de salud sexual y reproductiva, y mediante la asignación de presupuesto estatal han podido asistir a reuniones nacionales, conferencias, congresos y diplomados, con el fin de profesionalizar y actualizar los conocimientos del personal que participa en estos programas. Sin embargo por falta de recursos financieros no se ha podido evaluar el impacto que ha tenido en la población receptora, por lo que es imperativo que se incremente el apoyo en este sentido.
9. Los talleres que se ofrecen sobre salud sexual y reproductiva a través de la instancia correspondiente, no deben aplicarse por separado, se deben impartir por igual a grupos de hombres y mujeres, ambos sectores de la población deben de recibir la misma información y trato para hacerlos coparticipes de estas problemáticas, lo que generará una mayor equidad de género y la responsabilidad que se le viene dando culturalmente a las mujeres.

10. Para incrementar el impacto de los Programas de salud sexual y reproductiva se debe: *a)* Ampliar la cobertura estatal; *b)* Incrementar el trabajo en comunidades e instancias educativas; *c)* Realizar un diagnóstico global para determinar una línea de acción base; *d)* Generar indicadores para medir el impacto de los programas implementados; *e)* Diseñar estrategias que involucren a la población a la que va dirigido el programa; *f)* Diseñar un plan de seguimiento a las comunidades atendidas; *g)* Generar una reforma educativa la cual contemple educación sexual desde primaria; *h)* Implementar campañas en medios masivos de comunicación donde se dé información clara y precisa sobre salud sexual y reproductiva; *i)* Acceso y abastecimiento de métodos anticonceptivos en centros de salud; *j)* y mayor disponibilidad de recursos económicos y humanos.
11. Descentralizar los Programas de salud reproductiva y sexual de los principales centros de población para atender comunidades alejadas.
12. Diseñar programas de orientación e información en materia de salud sexual y reproductiva de acuerdo a las características específicas de la población atendida (primaria, secundaria, bachillerato y primeros niveles de licenciatura).
13. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud en cada uno de los municipios del estado, con la finalidad de satisfacer la demanda del servicio e información en materia de salud sexual y reproductiva.
14. Asignar a los municipios los recursos necesarios que requieran los programas para la prestación de los servicios de salud.

Instituciones de salud públicas y privadas

1. La información no se puede reducir sólo a trípticos o carteles sino que deben realizarse a través del sector salud y educativo campañas de información que cuenten con personal especializado que atienda directamente a la población objetivo y formar en temas de salud sexual y reproductiva, *“la causa de los embarazos adolescentes no es que tengan relaciones sexuales, sino la falta de información para la prevención del embarazo”*.
2. Un aspecto de suma importancia es la nula existencia de Programas de salud sexual y reproductiva orientados exclusivamente a población indígena. Sólo hay una acción de esta naturaleza que se hace a través de los centros de día del DIF; es importante atender a la población indígena que reside en el estado y, especialmente, a aquella que migra hacia los centros urbanos con el fin de que las conductas de riesgo puedan verse disminuidas y el acceso a la información sea efectivo.
3. Reforzar y dar seguimiento a los programas de promoción de la salud a cargo de prestadores sociales, que las instituciones de salud como el Hospital del Niño y la Mujer impulsan a través de la Secretaría de Salud del Estado, y que consisten en acudir a las instituciones educativas de todos los niveles a brindar información sobre salud sexual y reproductiva.
4. Las instituciones de salud públicas y privadas deben fortalecer y dar seguimiento a los centros de planificación familiar existentes, cuya finalidad es la de promover que los adolescentes acudan para informarse sin temor y adecuadamente sobre temas de sexualidad y métodos anticonceptivos, para prevenir embarazos no deseados. Ofreciendo servicio de calidad con

características como: gratuidad, atención inmediata, confidencialidad y atención multidisciplinaria.

5. Crear campañas masivas y permanentes de difusión sobre salud sexual y reproductiva en todo el estado principalmente en los municipios en donde se encuentra la población más vulnerable y dirigidas a todos los niveles educativos.
6. Particularmente se debe poner un especial énfasis en que las instituciones de salud deben acudir a las instituciones educativas para la realización de ferias de la salud.
7. Que las instituciones de salud, tanto públicas como privadas hagan uso de las redes sociales y actualicen o construyan sus páginas de Internet para que los y las adolescentes puedan consultarlas, haciendo énfasis en espacios en los que ellos puedan obtener información científica pero accesible, así como también puedan resolver las dudas que les asaltan con respecto a temas de sexualidad.

Instituciones de educación

1. Que las instituciones de educación desde el nivel medio superior incluyan en su mapa curricular materias sobre salud sexual y reproductiva, impartida por personal de salud en donde se toquen temas sobre métodos y manifestación responsable del amor, abstinencia, equidad de género, autoestima, hábitos higiénicos, exámenes periódicos, entre otros, centrados en la prevención y promoción de la salud.
2. Instrumentar y dar seguimiento en las distintas instituciones educativas del estado y a todos los niveles, pláticas y talleres sobre salud sexual y

reproductiva impartidos por especialistas en el tema, que adicionalmente de la población adolescente involucren también a la población adulta (mamás, papás, maestros y comunidad en general), con el objetivo de lograr la interacción y generación de aprendizajes significativos entre los participantes y se pueda proporcionar una orientación efectiva, principalmente desde el seno familiar.

3. Una de las áreas dónde se tiene que poner especial atención en los Programas de salud sexual y reproductiva es la referente a los sectores de la población que presentan mayor vulnerabilidad, entre los que destacan las poblaciones entre 14 y 17 años correspondientes a los niveles educativos de tercero de secundaria y primer año de preparatoria, en donde se presenta un alto índice de embarazos, por lo que se recomienda a las instituciones de educación llevar a cabo conferencias, seminarios, foros, talleres y reuniones de trabajo impartidos por especialistas, en el manejo responsable de la sexualidad y uso de métodos anticonceptivos.
4. Derivado de las inquietudes identificadas en las autoridades de algunas instituciones educativas del estado, sobre la aplicación del estudio (salud sexual y reproductiva) al cien por ciento de su población estudiantil, se sugiere desarrollar un estudio particular muy enfocado a sus necesidades particulares.
5. Existen también problemáticas ya identificadas en algunas instituciones educativas de nivel medio superior tales como los CBTIS y COBAQ, en las que es imperativo establecer programas y talleres de educación sexual y reproductiva para jóvenes, pláticas informativas para padres de familia y campañas institucionales de concientización, por mencionar algunas, que permitan atacar las problemáticas directamente.

6. En algunas instituciones de educación privadas de carácter religioso se ha malentendido el objetivo de los programas de salud sexual y reproductiva y se piensa que sólo provocan a los jóvenes para que caigan en la promiscuidad. La educación religiosa sigue pesando mucho en la forma en cómo las personas ven la sexualidad y ha sido uno de los principales problemas para que los jóvenes se acerquen a estos programas, por lo que es imperativo generar un mecanismo legal o institucional que ayude a sensibilizar a estas instituciones para abordar estos temas con mayor disposición, para que puedan orientar y apoyar a los jóvenes de una manera apropiada.

Instituto Queretano de las Mujeres

1. Destacarse en el ámbito de la vinculación y coordinación con las instituciones de salud, para generar convenios específicos de colaboración, con metas comunes y acciones conjuntas para la prevención y promoción de la salud.
2. Para la realización exitosa de este tipo de estudios se debe lograr un mayor involucramiento y sensibilización de las autoridades al más alto nivel que permita, entre otras cosas, una gestión más efectiva de los recursos y la disposición del personal de todas las dependencias involucradas, facilitando con ello la realización y éxito de la investigación.
3. Desarrollar material audiovisual o electrónico que informe sobre la problemática o tema a tratar, el impacto de éste y los beneficios de implementarlo, de tal suerte que permita concientizar de manera ejecutiva a las autoridades.

4. Desarrollar un programa de capacitación, coordinado por el IQM, dirigido al personal de las instituciones de salud involucrados en la problemática a indagar que permita concientizar y predisponer favorablemente a todo el personal de las instituciones y se facilite con esto la ejecución de cualquier estudio posterior o específico sobre el tema.

Consideramos que además de dar a conocer los diferentes métodos de planificación, la capacitación debe estar centrada en conocer y realizar su proyecto de vida, conocer las diferentes consecuencias a nivel biológico, psicológico y social, del inicio temprano de las relaciones sexuales. Incluir temas como asertividad, autocuidado y autoestima.

Es evidente que la atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes debe dirigirse al objetivo humano esencia de alcanzar la igualdad de género y a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a los métodos anticonceptivos con la finalidad de que haya un impacto en la disminución de embarazos no planeados, la reducción de las muertes maternas en mujeres menores de 20 años y la disminución de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. Y sólo se logrará mediante la toma de conciencia y la voluntad de trabajar coordinadamente con todos los actores sociales involucrados y comprometidos en el desarrollo del país.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Álvarez, C., García, O. (2009). Autoestima y autoconcepto en adolescentes embarazadas. Tesis de licenciatura en Psicología. México: UMSNH.
- AQUESEX (s.f.). Modelos de trabajo con juventud en torno a la sexualidad y la salud en México. Documento fotocopiado. México.
- Arreola, J. (2012). Alertan en Querétaro sobre embarazos a temprana edad. Periódico El Universal, 04 de junio. México.
- Calderón, F. (2012). VI Informe de Gobierno. México: Gobierno Federal.
- Castro, R. (2003). Ciencias sociales y salud. Revista Ciência & Saúde Coletiva n° 8 (1), p. 47-62. Brasil: ABRASCO.
- CDH-DF (2010). Situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal. Informe anual 2009, vol. II. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (1997). Derechos reproductivos de la mujer en México: un reporte sombra. USA: CRLP.
- CESOP (2010). Monografías socioeconómicas. México: LIX Legislatura, Cámara de Diputados.
- CLADEM (2009). Derechos de los niños, niñas y adolescentes en El Salvador. Un informe alternativo. El Salvador: CLADEM.
- CNEGSR (2012). Informe de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012. México: Gobierno Federal.
- CONAPO (2001). Cuadernos de salud reproductiva. Querétaro. México: CONAPO.
- _____ (2010). Dinámica sociodemográfica y salud reproductiva: Querétaro en el contexto nacional. México: CONAPO, SEGOB.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS, 2010. Resultados generales. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- DANE (2011). Encuesta de comportamientos y actitudes sobre sexualidad en niños, niñas y adolescentes escolarizados- ECAS 2008. Colombia.
- De Keijzer, B. (2007). Enfoque de género en el desarrollo de programas de salud reproductiva de adolescentes. Revista Salud Pública de México, vol. 49, número especial, p. 42-44. México: INSP.
- Escartín, M., Vega, G., Torres, O., Manjarrez, C. (2011). Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultos en comunidades rurales del estado de Querétaro. Revista Ginecología y Obstetricia 79 (3), p. 131-136. México.
- Freyermuth, G., Luna, M. (2011). Mortalidad materna en México. Numeralia 2010. México: Observatorio de mortalidad materna en México.
- Gasman, N., Villa-Torres, L., Billings, D., Moreno, C. (2005). Informe nacional sobre la violencia y la salud en México. Violencia sexual en México. México: IPAS.

García, S. (2007). Diagnóstico integral de necesidades prácticas y estratégicas de las mujeres del estado de Querétaro. México: Población y Género.

GIRE (2003). Embarazo adolescente. Hoja informativa. México: GIRE.

_____ (2012) Reporte sombra sobre derechos reproductivos. México.

Gogna, M. (2001). Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México DF y San Pablo. Buenos Aires: CEDES.

González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la población adolescente escolar. Revista Salud Pública vol. 11 (1), p. 14-26. Colombia.

Guerra, V. (2005). Estudio sobre las madres solteras adolescentes en el área metropolitana de la ciudad de Aguascalientes. México: página electrónica: www.aguascalientes.gob.mx/segob/coespo/PDF/Madres%20Adolescentes%202005. Consultado el 26 de octubre de 2012.

Hausmann, R., Tyson, L., Zahidi, S. (2012). The Global Gender Gap Report. Suiza: WEF.

IMJUVE (2011). Encuesta nacional de juventud 2010. Resultados generales. México: IMJUVE-SEP.

INEGI (2010). Censo de población y vivienda 2010: tabulados del cuestionario ampliado. México: INEGI.

_____ (2011a). Anuario de estadísticas por entidad federativa 2011. México: INEGI.

_____ (2011b). Sistema de consulta del anuario estadístico de Querétaro. México: INEGI.

_____ (2011c). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares. México: INEGI.

_____ (2012). Estadísticas a propósito del día de la madre. Datos de Querétaro. 10 de mayo. México. INEGI.

INMUJERES (2008). Proigualdad. Programa Nacional para la Igualdad entre mujeres y hombres, 2008-2012. México: INMUJERES.

_____ (2012) elevado riesgo de embarazo no planificado en adolescentes. Comunicado de prensa no. 59 - 25 de septiembre. México. Documentos consultado el 25 de octubre de 2012. Página electrónica: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/683-elevado-riesgo-de-embarazo-no-planificado-en-adolescentes>

INSP (2008) *Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENESE 2008)*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Juárez, F., Palma, J., Bankole, A. (2010). Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: retos y oportunidades. Nueva York: Gutmacher Institute.

Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. Revista La tarea, num. 8, p. 14-20. México: SNTE. Página electrónica: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm>, consultado el 29 de octubre de 2012.

_____ (1999). Editorial. Letra S, 7 de enero. México: Periódico La Jornada.

- _____ (2012). Embarazo adolescente. Revista Proceso num. 1874, p. 57. México.
- Lerner, S., Szasz, I., Rodríguez, G. (2009). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México: ColMex, Afluentes.
- Morlachetti, A. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población n° 85, p. 63-95. Santiago de Chile: CEPAL.
- Observatorio Ciudadano de Políticas de Niñez, Adolescencia y Familia (2005). Informe alternativo sobre vigencia de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia en México, dirigido al Comité de los Derechos de la Infancia. México.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2012). Muerte materna, indicadores 2010. México: OMM.
- Olaiz, G., et all. (2006) Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. México: INSP.
- OMS (2007). Aceleración del avance hacia los objetivos internacionales en salud reproductiva. Marco de aplicación de la estrategia mundial OMS de salud reproductiva. Ginebra: OMS.
- Organizaciones Civiles Mexicanas (2009). Informe alterno que presentan las organizaciones civiles mexicanas a la 42ª sesión de la Comisión de Población y Desarrollo Cairo + 15. Nueva York, USA.
- Ortole, S. (2009). Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata (Buenos Aires, Argentina). Revista Aura n° 15, p. 271-288. Buenos Aires.
- Ramos, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Revista Peru Med Exp Salud Publica 23(3), p. 201-220. Perú.
- Red por los Derechos de la Infancia (2010). La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales. México: UNICEF.
- Rodríguez, G. Mayén, B. (2006). Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato: un abordaje integral. México: IMUG.
- Salinas, S. Castro, M. (2011). Diagnóstico sobre el estado actual de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Bolivia (versión para difusión). La Paz.
- Secretaría de Educación Pública (2009). Diseño y aplicación de política educativa con perspectiva de género. México: SEP.
- Secretaría de Salud (2002). El derecho a la libre decisión en salud reproductiva. México: Secretaría de Salud.
- _____ (2002). Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. México: Secretaría de Salud.
- _____ (2005). Cuentas nacionales de salud reproductiva y género. México: SSA, INSP.
- _____ (2008). Programa de acción específica 2007-2012. Arranque parejo en la vida. México: Secretaría de Salud.
- _____ (2008). Programa específico 2007-2012. Salud sexual y reproductiva para adolescentes ¿Qué onda con tu sexualidad? México: Secretaría de Salud.

_____. (2010) Observatorio del desempeño hospitalario. México: Gobierno Federal.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2003). La salud de adolescentes en cifras. Revista de Salud Pública de México, vol. 45, suplemento 1, p. 153-166. México: INSP.

Solomon, G., Villa, J., Núñez, I. (2011). Infancia: vulnerabilidad frente a pobreza. Acta Pediátrica Mexicana, vol. 32, num. 1, p. 52-62. México.

Varios (2011). Algunos elementos para un diagnóstico del feminicidio en el estado de Querétaro. México: ONU-Mujeres, ColMex, INMUJERES, LXI Legislatura Cámara de Diputados.

Villagómez, P. (2008). Maternidad adolescente en México: diversos escenarios de desventaja social. Tesis de Maestría en Población y Desarrollo. México: FLACSO.

Zúñiga, E., Durán, D., Loggia, S. (2002). La salud reproductiva en las entidades federales: una mirada a través de los índices de rezago. México.

Zúñiga, E. y Zubieta, B. (2001). Cuadernos de salud reproductiva. Querétaro. México: CONAPO.

LEGISLACIÓN RELATIVA A LA IGUALDAD DE GÉNERO

Internacional

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW).

Nacional

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012 (PROIGUALDAD).

Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

Estatad

Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Plan Estatal de Querétaro 2010-2015.

LEGISLACIÓN RELATIVA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

Internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Convención de los Derechos de los niños entre recomendaciones del comité.

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

Conferencia Mundial de la Población y Desarrollo (Cairo), plataforma de acción y revisiones entre 5 y 10.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), plataforma de acción y revisiones entre 5 y 10.

Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Población y Reglamento.

Ley General de Salud y Reglamento.

Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012

Programa de Acción. Arranque parejo en la vida 2007-2012

Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud sexual y Reproductiva para la Adolescencia.

Programa de Acción Específico 2007-2012. Igualdad de Género en Salud.

Estatal

Ley de Salud del Estado de Querétaro.

Ley para el Desarrollo de los Jóvenes.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Ley del Instituto Queretano de las Mujeres.

Ley para la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres del estado de Querétaro