



SUA'ED



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

**“PROYECTO HÁBITAT-MEXFAM EN EL MUNICIPIO DE
ACAPULCO DE JUÁREZ”**

**INFORME ACADÉMICO POR ACTIVIDAD PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA

NELLY AHUACATITAN RODRÍGUEZ

**Directora de Tesis:
Dra. Martha Diana Bosco Hernández**

México, D.F. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mí adorada hija Alny,
como una evidencia de
nuestra resiliencia.

Y a mis sobrinas Astrid e Itzayana,
como muestra de que pueden ser
lo que quieran ser.

AGRADECIMIENTOS

Las experiencias vividas en las aulas de la Facultad de Filosofía y Letras de mi *Alma Mater*, no solo orientaron mi formación como profesional y profesionista de la educación, sino que también me definieron como ser humano; y no podría asumirme como tal si no expresara mi más profundo y sincero agradecimiento a todo aquel que se vio implicado en esta maravillosa experiencia de vida.

Primero y antes que nada le agradezco al Padre Celestial por haberme permitido lograr este anhelado sueño después de desearlo durante tanto tiempo, a la Universidad Nacional Autónoma de México le agradezco haberme recibido con los brazos abiertos para vivir en ella la mejor época de mi vida y por permitirme ennoblecer mi persona por medio del esfuerzo y el trabajo escolar; igualmente le agradezco a mi hija Alny por su amor, su paciencia, su apoyo, su comprensión, pero sobre todo le agradezco que no dejó de creer en mí en ningún momento. Del mismo modo le agradezco a mi madre, María Ofelia, por haberme ayudado a ser la mujer que soy y por no permitirme rendirme a pesar de las circunstancias en los momentos más difíciles de este proyecto.

A mi hermana Minerva le agradezco todo el apoyo moral, material, financiero y humano que me ha brindado y que me facilitó este viaje, gracias hermana. A mis hermanos, Erick y Jared, les agradezco su amor, apoyo y paciencia. Con el mismo fervor agradezco a mi tía Eva, mi tío Moisés y su hermosa familia, por estar ahí siempre que la necesitamos y por ser un apoyo en todo momento, por permitirme compartir con ella mis experiencias, mis logros y mis preocupaciones, y por ser como una hermana que me cuida y me ama,

gracias tía. Agradezco a cada miembro de mi familia, cercana o extensa, porque todos, en algún momento, me facilitaron la jornada y me acompañaron en ella.

Alejandra, como más que mi amiga te considero mi hermana, también te agradezco humilde y profundamente todo lo que haz hecho por mí, pues este trayecto no hubiera sido el mismo sin ti; conocerte ha sido una experiencia maravillosa y compartir lo que hemos vivido juntas es de inmensurable valor, sabes que cuentas conmigo de igual forma, y que espero tener la oportunidad de retribuir lo que haz hecho por mi y por mi hija.

Un lugar especial ocupan todos los profesores que me formaron y a todos ellos agradezco su atención, su trabajo, su tiempo, su dedicación y su exigencia; gracias a mis profesores Víctor Cabello, Arturo Aguirre, Thelma Lomelí, Martha García, Juan Zurita, Ana Lilia Hernández, Laura Santini, María Eugenia Negrín. Y de manera particular mi infinito agradecimiento y mi más profundo respeto y admiración a las profesoras Martha Diana Bosco y Alejandra Lafuente por su apoyo académico, humano y profesional, por haberme brindado tantas oportunidades para salir adelante y por su interés hacia mi persona y mi hija, muchas gracias. Al profesor José Luis López Sanabria agradezco su apoyo, su orientación, su interés y su atención académica y humana, así como las oportunidades y espacios que me brindó.

No puedo dejar de agradecer el apoyo material y humano brindado por amigos y excompañeros de MEXFAM: la Mtra. Marisa Díaz, el C.P. Eduardo Zamora y la Lic. Lorena Santos, pues más allá de su compromiso laboral, me apoyaron en todo lo necesario para la elaboración de este trabajo.

Y finalmente, agradezco a Israel León por haberme orillado a retomar mi vida y cumplir mis sueños, por haberme permitido volverme una persona independiente y autosuficiente, y con ello desarrollarme como mujer, madre, y profesionalista.

CONTENIDO

Tabla de abreviaturas y siglas	
Introducción	1
Capítulo 1. Educación y Salud Sexual y Reproductiva	7
1.1 Sexualidad humana	7
1.1.1 Reproductividad	8
1.1.2 Género	9
1.1.3 Erotismo	10
1.1.4 Vinculación afectiva interpersonal	11
1.2 Salud Sexual y reproductiva	13
1.3 Normatividad sobre salud sexual y reproductiva	18
1.3.1 Normatividad Internacional	19
1.3.2 Normatividad Nacional	21
1.4 Dimensión social de la salud sexual y reproductiva	23
1.4.1 Derechos sexuales y reproductivos	23
1.4.2 Educación en salud sexual y reproductiva	25
Capítulo 2. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar: Mexfam	31
2.1 Antecedentes	32
2.2 Cultura organizacional	34
2.2.1 Misión	35
2.2.2 Visión	35
2.2.3 Valores: Calidad y vanguardia	36
2.2.4 Objetivos Institucionales	37
2.2.5 Experiencias de éxito y reconocimientos	37

2.3 Operación organizacional	39
2.3.1 Normas y estatutos	39
2.3.2 Plan estratégico	41
2.3.3 Programas sociales	42
2.3.3.1 Programa Comunitario Rural (PCR)	44
2.3.3.2 Programa Comunitario Urbano (PCU)	45
2.3.3.3 Programa Gente Joven (GJ)	46
2.3.3.4 Programa de Centros de Servicios Médico (CSM)	47
2.4 Modelo pedagógico	48
2.4.1 Modelos educativos	53
2.5 Mexfam Acapulco	57
Capítulo 3. Situación en salud sexual y reproductiva en el Municipio de Acapulco de Juárez	59
3.1 Infecciones de Transmisión Sexual.	60
3.2 VIH- SIDA	62
3.3 Embarazo en adolescentes	65
3.4 Métodos anticonceptivos	66
3.5 Cáncer de mama y cáncer cervicouterino	68
3.6 Equidad de género	71
Capítulo 4. Proyecto Hábitat–Mexfam.	76
4.1 Contexto	76
4.2 Programa Hábitat	79
4.2.1 Reglas de operación del Programa Hábitat en México	82
4.2.1.1 Vertientes y modalidades	84
4.2.2 Programa Hábitat en Acapulco	86
4.3 Proyecto Hábitat – Mexfam	86
4.3.1 Propuesta para Proyecto Hábitat presentada por Mexfam	87
4.3.2 Objetivos del Proyecto Hábitat-Mexfam	87

4.3.3 Líneas de acción	89
4.3.4 Modelos Educativos del Proyecto Hábitat- Mexfam	90
4.3.5 Resultados	97
4.4 Valoración crítica de la participación en el proyecto Hábitat a través de Mexfam del Municipio de Acapulco de Juárez	97
Conclusiones.	102
Referencias Bibliográficas.	108

Tabla de abreviaturas y siglas

A.C.	Asociación Civil
AMEU	Absorción Manual Endouterina
ANDAR	Asociación Nacional por el Derecho a Decidir A. C.
CENSIDA	Comisión Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CSM	Centro de Servicios Médicos
FEPAC	Fundación para Estudios de la Población A. C
GAVIH	Grupo de Amigos con VIH
I.A.P.	Institución de Asistencia Privada
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INI	Instituto Nacional Indigenista
IPPF	<i>Intertational Planned Parenthood Family</i>
ISSSTE	Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAAR	Modelo para la Atención de Adolescentes Rurales
MEXFAM	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Programa Comunitario Rural
PCU	Programa Comunitario Urbano
PGJ	Programa Gente Joven
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RHO	Recursos Humanos y Organización
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEG	Secretaría de Educación Guerrero
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIECUS	Consejo de Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos
SSA	Secretaria de Salud y Asistencia
SSG	Secretaria de Salud Guerrero
SUN	Sistema Urbano Nacional
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UNICEF	Consejo de Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VP	Vicepresidente
VPH	Virus de Papiloma Humano

Introducción

La formación profesional en la carrera de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM brinda herramientas teórico-prácticas para desempeñarse en diferentes ámbitos y espacios como pedagogos. En este sentido es de destacarse que al contar con un objeto de estudio tan amplio y complejo como el fenómeno educativo, en todos sus espacios, momentos y versiones, se tiene un gran campo de acción e intervención pedagógica. Ante este planteamiento se ha de tener en cuenta la gran variedad de escenarios educativos existentes, tantos como contextos temporales y espaciales puedan identificarse, pues la educación es una construcción social, y por tanto cultural.

Aquí radica el gran reto del pedagogo, pues éste deberá ser capaz de desempeñarse en diferentes contextos y circunstancias, atendiendo a diversas temáticas a través de ciertas estrategias y métodos. Este trabajo es una muestra de las necesidades educativas tan diversas que deben ser atendidas en contextos particulares y que requieren de una intervención pedagógica profesional, ética y responsable.

En este caso se presenta la experiencia de trabajo con el tema de la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva y los procesos de enseñanza-aprendizaje de dichas temáticas, en el marco de un programa social federal en el municipio de Acapulco de Juárez para atender a las necesidades de pobreza de la población.

En el desarrollo de este reporte de actividad profesional se intenta integrar de forma transversal algunas de las disciplinas que están presentes en el plan de estudios de la formación pedagógica, pues el trabajo contiene información de tipo

histórico, que se presenta en breves notas históricas relacionadas a los temas desarrollados; el contenido administrativo se encuentra en el acercamiento y descripción institucional que se hace de la organización en la que me desempeñé; el estadístico se vierte en la presentación de la información cuantitativa de los fenómenos atendidos en el proyecto; sobre la legislación educativa se ofrece el marco jurídico nacional e internacional de la educación sexual; el terreno sociológico atiende a la descripción de los escenarios y contextos donde se ejecutó el proyecto; y de forma central destacan los contenidos didácticos en la presentación de diversos recursos educativos como cursos, talleres y modelos educativos.

Así, la importancia de este trabajo radica en la propuesta didáctica que se realiza a través de diversos modelos educativos para atender los contenidos de salud sexual y reproductiva, de forma científica y humana, con diferentes tipos de usuarios: niños y niñas, adolescentes, mujeres amas de casa y profesionales de la salud.

En virtud de que la experiencia registrada en este trabajo se vivió en el municipio de Acapulco de Juárez es necesario, al principio, reconocer ese espacio geográfico como el principal asentamiento urbano de Guerrero por contar con la mayor fuente de ingresos por el turismo, en el que interactúan diversos factores que hacen de la falta de servicios de salud y educación sexual un problema de atención prioritaria, como lo indica el índice de contagios de VIH, el alto número de embarazos adolescentes y la violencia hacia las mujeres, entre otros.

A lo anterior se debe sumar el hecho de que las transformaciones en la organización de las sociedades y las tecnologías de la información y la comunicación han provocado cambios en las conductas y actitudes de los sujetos, incluyendo su comportamiento sexual – como la libertad sexual, el acceso a la pornografía en línea, la difusión de los derechos sexuales, la apertura de las comunidades gay, entre otras-; lo cual da como resultado una comunidad con condiciones muy particulares por atender: Acapulco se encuentra por encima de la media nacional en muertes por

cáncer cervicouterino, de contagios de VIH entre mujeres y en embarazos en adolescentes. Dichas situaciones deben ser analizadas desde todas las perspectivas: social, política, educativa, ética, jurídica, económica, entre otras.

Lo anterior genera la necesidad de establecer diversas líneas de acción y ejecutarlas, ya sea por instancias públicas o por las privadas que se abocan al tema de la sexualidad. Una de estas instancias es la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Mexfam A. C., que se especializa en la promoción de la educación y la salud sexual y reproductiva, y que al lado de otras instituciones de este tipo, trabaja en Acapulco para reducir la pobreza y así mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

Asumiendo que en el municipio de Acapulco de Juárez el problema de **la falta de servicios en salud y educación sexual y reproductiva implica graves problemas sociales, de salud, y de falta de ejercicio de los derechos elementales en esta materia entre la población vulnerable, específicamente mujeres y adolescentes**, se torna indispensable realizar un análisis de la situación y ciertas propuestas sobre posibles soluciones.

Ante problemática tan intrincada, en el primer capítulo de este trabajo se aborda el tema de la sexualidad humana y sus implicaciones sociales desde la teoría de los holones sexuales: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva; posteriormente se conceptualizará y caracterizará la salud sexual y reproductiva a partir de la normatividad nacional e internacional que la determina, lo que permitirá un acercamiento a la dimensión social de la sexualidad, específicamente al conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como al de la educación en salud sexual y reproductiva; este apartado ofrece un breve análisis documental de este tipo de educación en nuestro país.

En el segundo capítulo se caracteriza a la Fundación Mexicana para Planeación Familiar, Mexfam, como una de las instituciones especializadas en

sexualidad capaz de brindar servicios de salud y educativos. Después de atender brevemente a la historia de la institución, se explican los elementos más importantes de su cultura organizacional: misión, visión, valores objetivos y experiencias de éxito. Posteriormente se presentan las bases de la operatividad de la Fundación, específicamente las normas, estatutos y el plan estratégico, que son los fundamentos de los programas sociales institucionales, sobre los cuales descansa toda la labor social de Mexfam, órgano que atiende diversas necesidades en el espacio rural, urbano, clínico y juvenil. De este capítulo lo más importante es la definición y descripción del modelo pedagógico institucional, pues en este trabajo se desarrolla por primera vez dicha plataforma de manera formal, ya que en Mexfam no se ha logrado eso. Finalmente, a partir del modelo pedagógico, se presentan los modelos educativos más importantes de la Fundación.

En el siguiente capítulo se definen y enlistan las situaciones que enfrenta el municipio de Acapulco en dicha materia. Pasando de lo general a lo particular, se definen y cuantifican fenómenos que afectan en lo social al municipio de Acapulco: las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA, el embarazo en adolescentes, los métodos anticonceptivos, el cáncer de mama y cervicouterino y los problemas de equidad de género. En todos los casos, las condiciones se enmarcan bajo las normas internacionales del tema y se presentan datos cuantitativos internacionales, nacionales, estatales y locales para tener un punto de referencia sobre las problemáticas presentadas.

En el capítulo cuatro, el último del documento, se describe el Programa HÁBITAT y sus políticas de operación, para después integrar la información de los tres capítulos previos en la descripción del Proyecto Hábitat- Mexfam: su plataforma, objetivos, líneas de acción y principalmente sus modelos educativos, los cuales se presentan como los diferentes productos educativos que se entregaron a los usuarios en el proyectos. También se integran los resultados cuantitativos del proyecto. Para terminar el desarrollo del documento se realiza la valoración crítica de la participación en el proyecto y de los resultados del mismo.

En el desarrollo del contenido de los cuatro capítulos se responden de manera puntual algunas cuestiones, lo que permite, en primer lugar, definir y determinar los conceptos o categorías que se utilizan en este trabajo, y posteriormente delinear los alcances y expectativas de la experiencia profesional que se describe en este informe; así pues se planteará ¿A qué se refiere la sexualidad humana? ¿Qué es salud sexual y reproductiva? ¿Qué es educación sexual? ¿Qué es y qué hace Mexfam? ¿Qué aporta Mexfam en los procesos de educación sexual y reproductiva? ¿A qué fenómenos de salud sexual y reproductiva responde Mexfam en el municipio de Acapulco de Juárez? ¿Cómo ayudó el programa HÁBITAT a la disminución de estos fenómenos? ¿Cuál fue el proyecto de Mexfam en el programa HÁBITAT? ¿Cuáles fueron los resultados y las experiencias del proyecto Hábitat-Mexfam?

El presente trabajo da a conocer la experiencia laboral en el área de educación sexual y reproductiva en el marco de un programa de desarrollo social federal a través de una Organización No Gubernamental (ONG), y tiene como objetivo general explicar la propuesta pedagógica aportada por Mexfam para ayudar al tratamiento de los problemas sociales y de salud relacionados a la falta de servicios de educación y salud sexual y reproductiva en el Municipio de Acapulco de Juárez; y de manera particular se pretende:

- Definir el concepto de sexualidad humana y explicar sus componentes
- Definir los conceptos de salud y educación sexual y reproductiva.
- Dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos.
- Conocer el quehacer de la educación sexual y reproductiva.
- Identificar la dimensión e implicación sociales de la salud sexual y reproductiva.
- Conocer a La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar y particularmente su modelo pedagógico.
- Identificar la problemática en salud sexual y reproductiva del municipio de Acapulco de Juárez
- Dar a conocer las acciones realizadas por parte de Mexfam en el programa HÁBITAT en el municipio de Acapulco de Juárez.

Una vez alcanzados estos objetivos se espera que la experiencia y los conceptos aquí desarrollados sirvan para orientar y alentar otros esfuerzos por mejorar el nivel de vida y disminuir la pobreza de los grupos más vulnerables a través de acciones educativas y de promoción de la salud.

Capítulo 1. Educación y salud sexual y reproductiva

La mayoría de las veces hablar de sexualidad genera inquietud y nerviosismo, pues suele darse por entendido que la sexualidad sólo alude al aspecto erótico de la práctica: por ejemplo, el coito, que es muy íntimo y personal, lo cual tal vez complique el acercamiento al tema. Pero esta idea se encuentra muy alejada de lo que es en realidad la sexualidad: un fenómeno social e históricamente definido, local y culturalmente caracterizado. Está en todos y es construida por todos, es humana, social, histórica y cultural; por lo que se vuelve un objeto de estudio del ámbito educativo, económico, de salud y político.

En virtud de lo anterior, en este capítulo se analizan los componentes de la sexualidad humana, con el fin de entenderla claramente como un objeto social; de igual forma se identifican los aspectos que la definen como un objeto de la educación y de la salud pública, así como una reseña de la normatividad que la rige. En lo social se abordarán los derechos sexuales y la educación sexual y reproductiva y, en particular, se plantea un marco sobre la educación sexual en nuestro país.

1.1 *Sexualidad humana*

Abordar el tema de la sexualidad humana implica trabajar en múltiples esferas como se ha anotado: El tema se vincula con lo biológico, lo psicológico y lo social; por ello, el trabajo sobre la sexualidad requiere trabajar un concepto de sujeto de manera integradora y holística, pero hablar de las implicaciones sociales de la sexualidad humana, más allá de lo individual, requiere del tratamiento de los vínculos entre los sujetos y los productos de dichas relaciones, lo que representa un mayor esfuerzo. Dado lo anterior es necesario partir de un fundamento teórico que nos permita conocer todas las dimensiones de la sexualidad, incluyendo la social, de manera clara y puntual.

La teoría sobre el Modelo holónico de la sexualidad humana del Dr. Eusebio Rubio (1994) nos brinda los conceptos y los lineamientos para entender todas las dimensiones de la sexualidad humana, incluyendo lo social, lo individual y lo colectivo. Este autor propone el modelo de los holones sexuales a partir de la teoría del sistema general de Bertalanffy, que determina que todos los sistemas están formados por elementos en interacción y que estos elementos son, a su vez sistemas

a los que Arthur Koestler (citado en Rubio, 1994) propuso que se les denominara “holones” para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema, pero que tienen en sí mismos un alto grado de complejidad e integración (*holos* en griego quiere decir “todo”). Los holones sexuales, o sea, las partes, elementos o subsistemas de la sexualidad, son conceptos que pueden ser aplicados verticalmente, es decir, pueden aplicarse a las diversas metodologías de estudios: antropológica, sociológica, psicológica y biológica

A partir de los planteamientos anteriores el Dr. Rubio (1994) afirmó que la sexualidad es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal, y que cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano.

1.1.1 Reproductividad

El holón de la reproductividad humana se encuentra estrechamente vinculado con el concepto de sexo, que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos” (OPS, 2000). Esto es: a nivel genético estamos determinados por XY los machos y XX las hembras, lo que a su vez determina las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo de cada uno de éstos, y que finalmente determinan las funciones de reproductividad de cada individuo, pues el potencial de reproducirnos es una consecuencia directa de ser seres vivos.

Más allá del ámbito biológico de la reproductividad, la teoría de los holones sexuales considera lo psicológico y lo social, como deja ver el Dr. Rubio (1994), en la definición de reproducción que explica como “la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad”; es decir, la reproducción humana no es un evento que se limite a la concepción, al embarazo, al parto o a la contracepción. Hay manifestaciones de nuestra reproductividad en hechos sociales tan lejanos de la concepción como la religión o el acto educativo mismo.

Particularmente en el nivel biológico encontramos elementos relacionados a la fisiología del organismo: la reproductividad se manifiesta en la serie de estructuras corporales conocidas como aparatos reproductores. Su funcionamiento, las posibilidades de control de la reproducción sin necesidad de evitar la interacción erótica, así como para lograr su consecución cuando está problematizada,

constituyen temas comunes de la reproductividad (*Rubio, 1994*). Aunque actualmente también se podría mencionar lo relacionado a la investigación genética y molecular relacionada a la reproducción humana.

El plano psicológico de la reproductividad humana ha sido menos atendido que el biológico, pues como se comentó líneas arriba, el estudio de la reproducción se ha limitado a la concepción y sus secuelas; mas resulta claro observar como la función reproductiva no termina con el nacimiento de un nuevo ser; la maternidad y la paternidad se prolongan a lo largo de la vida de forma activa o pasiva al utilizar la anticoncepción. Otros temas psicológicos importantes pueden ser la maternidad y la paternidad, pues también presentan un fuerte componente psicológico y socio-cultural, de forma que se valoran de diferente manera y presentan exigencias diferenciadas al padre y a la madre; la adopción y el estudio del ejercicio de muchas actividades humanas cuyo resultado final es la reproducción de un ser humano en tanto que sujeto social, también son temas de interés en lo psicológico.

En el plano sociológico, la reproductividad suele estudiarse en temáticas como las significaciones sociales del hecho reproductivo, la contracepción, el crecimiento demográfico y las políticas relacionadas a la reproducción. La institucionalización de las políticas reproductivas, los procesos sociales ante la reproducción humana que son base de los fenómenos demográficos, son expresión, en el plano sociocultural, de la reproductividad (*Rubio, 1994*).

1.1.2 Género

El Dr. Rubio (1994) define género: "como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina; así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias". Es decir, el género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo de cada individuo (xx o xy), mismas que se han construido histórica y transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre la mujer y los otros actores sociales (hombre, estado, religión, etc..) (OPS, 2000).

El género, al igual que los otros holones sexuales, tienen manifestaciones en todos los niveles de estudio de la naturaleza humana. En el nivel biológico resulta de importancia el proceso prenatal y postnatal de la diferenciación sexual en las manifestaciones anatómicas del dimorfismo sexual, y en las manifestaciones del dimorfismo en el sistema nervioso central; también hay que considerar la concreción del dimorfismo en la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

En el plano psicológico, el género adquiere relevancia central en la conformación de la identidad individual. La identidad es el marco interno de referencia que nos permite responder quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad es precisamente el género, en la llamada identidad genérica: yo soy hombre, yo soy mujer. La construcción de esta identidad va a estar influenciada, si no es que determinada, por el contexto sociohistórico y natural del entorno. La identidad de género es tan importante en el desarrollo humano que cuando no puede conformarse el desarrollo completo se detiene.

En lo social, la expresión pública de nuestra identidad genérica, se llama papel sexual o papel genérico (también llamados roles sexuales o genéricos). Cuando estos papeles sexuales son estudiados en los grupos humanos es posible la identificación de guiones que dictan lo que es esperado por el grupo en función del género de los individuos y la sociedad norma muchas de sus interacciones en función de estas conceptualizaciones (Rubio, 1994). La OMS pone énfasis en el aspecto social del género al afirmar que “El género se refiere a los atributos y oportunidades de tipo económico, social y cultural que tiene una persona en un momento dado, asociados con el hecho de ser hombre o mujer” (IPPF,2011).

1.1.3 *Erotismo*

Al igual que los otros roles sexuales, el erotismo se encuentra en todos los ámbitos humanos, aunque encuentra su expresión más representativa en la manifestación biológica del mismo; pero son sus componentes mentales, especialmente en lo que se refiere a las representaciones y simbolizaciones, así como a la significación social y su regulación, lo que hacen del erotismo una característica específicamente humana.¹

Por erotismo se entienden: “los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias” (Rubio, 1994). Desde un enfoque más psicológico se puede entender al erotismo como la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo

¹ Es importante considerar que la experiencia erótica se debe observar en contextos alejados de la afectividad, por lo que es preferible identificar al erotismo con el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o, más frecuentemente, en interacción con otro)

sexual, excitación sexual y orgasmo; y que por lo general brindan placer sexual (OMS, 2000).

Es en el aspecto biológico en el que se presentan los procesos de activación de respuesta genital y corporal, mismos que se originan -de hecho- lejanos a los genitales, en el sistema nervioso central. Debido al esclarecimiento de muchos de los procesos fisiológicos responsables de la experiencia erótica humana se ha avanzado en la formulación de modelos que explican la biología del erotismo. La forma más aceptada de la fisiología del erotismo humano es verlo como el resultado de tres procesos fisiológicos interdependiente y, concurrentes, pero distintos: El deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo (Kaplan, citado en Rubio, 1996).

En lo psicológico se puede afirmar que todos desarrollamos una identidad erótica, pues la simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de nuestra sexualidad y de hecho, al resto de nuestra vida. (Rubio, 1994)

Los sociólogos y antropólogos, han identificado guiones de conducta erótica en cada una de las culturas que han venido estudiando, pues el erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

1.1.4 Vinculación afectiva interpersonal

Ninguna consideración sobre lo sexual puede estar completa sin incluir el plano de las vinculaciones efectivas entre los seres humanos, pues nos vinculamos gracias a que los afectos provocados por los otros, (o por él o la otro/a) son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos. Por vinculación afectiva interpersonal comprendemos: "La capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos" (Rubio, 1994).

La OMS también considera los diferentes componentes humanos en su definición de vínculo afectivo: "La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones; este vínculo se establece tanto en el plano personal como en el de la asociación mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano" (2000).

El estudio de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos tiene contenidos en todos los aspectos en los que los otros holones sexuales se

manifiestan. Las bases biológicas de estos fenómenos empiezan a identificarse en lo relacionado a algunas formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento y posiblemente el vínculo materno-infantil a partir del estudio de los procesos fisiológicos que se dan como origen o consecuencia de las relaciones interpersonales.

La experiencia subjetiva del amor y los patrones de vinculación (llamado por algunos autores patrones de apego), constituyen temas centrales en la psicología. El establecimiento de la pareja humana, su formación, ciclo y disolución, así como la institucionalización de los vínculos efectivos a través del matrimonio, su disolución a través del divorcio y otras formas de terminación de vínculo, así como la regulación institucional y legal de estos procesos, se estudian por métodos de la psicología de la interacción, la psicología social, la sociología y la antropología.

Finalmente, muchos de los fenómenos demográficos como las migraciones y los patrones de formación de uniones, están relacionados en alguna medida con los fenómenos de la vinculación humana (Rubio, 1994).

A manera de conclusión sobre el concepto de sexualidad, tomando en cuenta los ámbitos biológico, psicológico y social y los holones sexuales, se presentan dos definiciones del término sexualidad: la Organización Mundial de la Salud afirma que es

...una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo e incluye al género, las identidades del sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales...en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (OMS, 2000)

Por su parte la *International Planned Parenthood Family* también la define como:

El conocimiento, las creencias, actitudes, valores y conductas sexuales de las personas. Sus dimensiones incluyen la anatomía, la fisiología y la bioquímica del sistema de respuesta sexual; identidad, orientación, roles y personalidad; así como los pensamientos, sentimientos, y relaciones. La expresión de la sexualidad es influenciada por cuestiones o aspectos éticos, espirituales, culturales y morales (IPPF, 2011).

Para fines de este trabajo se citan ambas definiciones para resaltar el hecho de que hoy por hoy la sexualidad tiene que ser abordada como un objeto de estudio multidimensional, multilínea, con diversos componentes y generalizable en lo institucional, académico, político y educativo, ya que la sexualidad humana se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que tiene desde su vida temprana y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer (género), sus afectos que le vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva en un contexto particular.

1.2 Salud sexual y reproductiva

El diccionario de La Real Academia Española (2011) define como salud el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”; por su parte, la OMS en su Constitución define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2011); y el Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que “la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades” (Secretaría de Salud, 2001).

Dejando de lado la primera definición que pone énfasis en el aspecto biológico de la salud, las otras definiciones dejan ver los aspectos psicológicos y sociales de la salud, particularmente la tercera implica lo económico y político del tema.

Dado que, como se mencionó líneas arriba, lo relacionado a la sexualidad se tiene que considerar en todos sus ámbitos y dimensiones, la definición de la OMS es la que consideramos para este trabajo como base para construir la definición de salud sexual. Esta institución, al dictar los parámetros internacionales de acción sobre temas de salud, influye de manera decisiva en la elaboración de marcos conceptuales sobre temas de salud, incluyendo la salud sexual, que define como “la experiencia de proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (2000); es decir, se trata del bienestar integral de los sujetos considerando los cuatro holones sexuales mencionados anteriormente.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un estado de bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y colectiva; no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. En la misma línea, la *International Planned Parenthood*

Federation (IPPF) define la salud sexual del siguiente modo: "la noción de salud sexual implica un enfoque positivo hacia la sexualidad humana; y el propósito de la atención de salud sexual debe ser el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente la consejería y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual " (2011).

Lo anterior deja ver que la salud sexual requiere un acercamiento multidisciplinario e integral para su atención, la OMS da cuenta de eso al definirla fundamentalmente en términos de bienestar y al considerar que la salud sexual puede reconocerse tanto en el plano personal como en el de la sociedad.

En el plano personal se han identificado comportamientos que caracterizan a la persona sexualmente sana, aunque cabe decir que están planteados desde una postura moral vigente y hegemónica de occidente. Estos comportamientos son asumidos como el resultado de la correcta interacción de los cuatro holones y su relación con lo exógeno, y se presentan en la lista denominada "Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano" elaborada por el Consejo de Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos: (SIECUS).

Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.

Cuadro 1. Lista de comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano por el SIECUS (OMS, 2000)

De una manera congruente a lo individual, el aspecto social colectivo de la salud sexual queda explícito en las características de una sociedad sexualmente sana, elaborada por expertos de la OMS en el 2000 y enlistada a continuación.

Características de una Sociedad Sexualmente Sana

1. **Compromiso político.** El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.
2. **Políticas explícitas.** Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.
3. **Legislación.** Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ej. protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ej., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (por ej. legislación relativa a la igualdad de oportunidades).
4. **Buena educación.** Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.
5. **Infraestructura suficiente.** A objeto de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y para profesionales especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.
6. **Investigación.** Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ej., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).
7. **Vigilancia adecuada.** La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
8. **Cultura.** Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.

Cuadro 2. Características de una sociedad sexualmente sana. (OMS, 2000)

Hay que destacar que hasta ahora, los organismos internacionales sólo hablan de salud sexual, pues en el marco teórico conceptual institucional e internacional la salud reproductiva está implícita en la salud sexual de manera integral e integradora de acuerdo al sistema holónico, como se puede observar en la definición de salud reproductiva de la IPPF, que respalda la definición de salud reproductiva acordada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que declara:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad (IPPF, 2011)

Lo anterior marca una diferencia importante en cuanto al marco en el que se trata la salud sexual en México, pues de manera excluyente ésta se enfoca solamente a la salud reproductiva, y la salud sexual queda como un componente mínimo de la misma. Lo que queda asentado en el Programa de acción de Salud Reproductiva 2001-2006 de La Secretaría de Salud.²

² Cabe destacar que en los planes y programas de salud de las tres últimas décadas la salud sexual se limita a la salud reproductiva, y la presencia de la salud sexual solo es considerada en la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y la prevención de cáncer de mama y cervicouterino. (SSA, 2001)

SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa postreproductiva.

Cuadro 3. Salud reproductiva. (SSA, 2001)

1.3 Normatividad sobre salud sexual y reproductiva

Al ser un fenómeno de tipo social en gran escala la salud sexual y reproductiva pasa a ser una responsabilidad del Estado, además de otros organismos internacionales; lo anterior, por diversas causas e las implicaciones, como el hecho de que es el Estado el responsable de garantizar los derechos humanos a toda su población en su territorio; de igual forma el Estado está conciente de que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población (SSA, 2001); en lo internacional ya se tiene conciencia de los costos y los riesgos de los problemas de salud sexual masivos como la pandemia del SIDA y del grave problema de la falta de recursos ante el crecimiento potencial de la población. Y en general, es claro que ahora se tiene conciencia de que la salud sexual y reproductiva es un factor determinante en el desarrollo social y humano de las naciones y del mundo.

Dado lo anterior, a través del tiempo se han venido planteando una serie de lineamientos y normas que permiten el ejercicio de los derechos sexuales para todos en un marco de legalidad, seguridad y libertad.

Particularmente en México existen acuerdos internacionales que ha firmado el gobierno, así como leyes y normas que permiten que el personal de salud brinde información y servicios de anticoncepción a todas las personas que los soliciten. Este conjunto de documentos representa un marco legal para el ejercicio de los derechos que tienen las personas a recibir información y servicios anticonceptivos de calidad (Billings, coord. 2004).

1.3.1. Normatividad Internacional

La normatividad internacional que orienta las acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva se concretan en reuniones de trabajo y los documentos resultantes de éstas. Entre las más importantes se encuentran las siguientes:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos. El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad. Los artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva son aquellos que garantizan el derecho a la vida, a la salud, a la libertad, a la información y a la igualdad entre hombres y mujeres.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), mejor conocida como reunión del Cairo. Convocada por la Organización de las Naciones Unidas, ONU, la CIPD fue celebrada en El Cairo, Egipto en septiembre de 1994, y tuvo como objeto elaborar un Programa de Acción para mejorar la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, meta que se debe alcanzar en un plazo no mayor de 20 años. En la CIPD, los gobiernos de los países, entre ellos el de México, avalaron los documentos oficiales que de ahí emanaron y se comprometieron a desarrollar acciones para promover y defender los derechos sexuales y reproductivos como una estrategia clave para mejorar su salud sexual y reproductiva de la población. De esta reunión resultó el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo. En El Cairo se definieron objetivos y metas mundiales para orientar las medidas que deberían adoptarse en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, las cuales se reiteraron y precisaron en la reunión llamada “El Cairo+5”, organizada por la ONU en 1999.

Para dar seguimiento al avance del Programa de Acción de la CIPD y monitorear el cumplimiento de los compromisos allí signados, se convino llevar a

cabo reuniones regionales e internacionales, denominadas en su conjunto como "Cairo +5" y "Cairo +10". En su informe final menciona que: "se debe hacer todo lo posible para aplicar el Programa de Acción en lo relativo a la salud sexual y reproductiva con el objeto de proteger y promover el derecho al disfrute de los más altos niveles de salud, proporcionar servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso, para atender de manera eficaz las necesidades de salud reproductiva y sexual, incluyendo educación, información y asesoramiento sobre estos rubros y estrategias de promoción de la salud. (ONU 1999).

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995) en el que las representantes de 189 gobiernos adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que está encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada, define un conjunto de objetivos estratégicos y explica las medidas que deben adoptar a más tardar para el año 2000 los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para eliminar los obstáculos que entorpecen el adelanto de la mujer, enfocándose a doce áreas de especial preocupación, entre ellas La mujer y la salud y La violencia contra la mujer. (CINU, 2000)

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, celebrada en Belém Do Pará, Brasil, en 1996, señala en sus artículos lo relacionado a la salud sexual y reproductiva:

"12.1: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia."

"14.2: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres...y en particular le asegurarán el derecho a...(b) tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia."

"24.31: Los Estados Partes también deberían, en particular:... (c) dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos..." (Bellings, coord. 2004).

De manera particular se considera la labor de la IPPF que dentro de la amplia gama de trabajos relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos

humanos, siguiendo el trabajo realizado por la Federación Internacional de Planificación Familiar, compila la llamada Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, a través de la cual se analizan doce derechos humanos a la luz de los distintos Instrumentos Internacionales de derechos humanos y los Compromisos adoptados por consenso de los países participantes en la conferencia de Población y Desarrollo Cairo 1994 y de la Mujer Beijing 1995 (Plata y Calderón, 2000). De igual forma dicta lineamientos para la atención en salud reproductiva y trabaja en la creación e implantación de políticas relacionadas al mismo tema.

Y en general, en este rubro se consideran todas las recomendaciones hechas por la OMS en el tema de salud sexual y reproductiva, tanto en el nivel teórico como en el práctico, y en los ámbitos políticos, clínicos y sociales.

1.3.2. Normatividad Nacional (Bellings, coord. 2004)

Las disposiciones constitucionales y legislativas expedidas en México referentes a los derechos reproductivos incluyen a todas las personas en edad reproductiva. En México los servicios de salud sexual y reproductiva tienen sus fundamentos jurídicos en los artículos 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el 3º de la Ley General de Población, en el 3º de la Ley General de Salud y en los criterios y recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM), cuya resolución, publicada en enero de 2004, modifica los contenidos de la misma para incluir la anticoncepción de emergencia y el condón femenino como métodos anticonceptivos que tienen que estar disponibles para la población en general.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este documento superior en su jerarquía jurídica protege por igual a hombres y mujeres, el individuo, por el solo hecho de ser persona, tiene derechos que la propia Constitución reconoce y protege. Los derechos consignados y su protección pertenecen a todos los individuos, sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia. Particularmente es el Artículo 4º Constitucional el que indica: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"

La Ley General de Población. En 1974 se promulga la nueva Ley General de Población que permite regular los fenómenos que afectan la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. (SSA, 2001) En el Artículo 3º, párrafo segundo de esta Ley se indica que:

La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1974, en WWW).

La Ley General de Salud. Esta Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud descrito en el artículo 4º Constitucional. Las disposiciones de dicha Ley son aplicables en toda la República y son de orden público e interés social. El Artículo 27º de la Ley General de Salud reconoce que la planificación familiar es parte de los servicios básicos de salud y expresión del ejercicio del derecho a la protección de la salud del individuo y de la sociedad en general.

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (NOM). En este documento normativo se encuentran tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en México. La NOM tiene como objetivo: "uniformar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basado en la aplicación del enfoque integral de la salud reproductiva.

El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006 (SSA, 2001). Estos programas representan el marco de política pública que orienta los programas y acciones de promoción y atención a la salud en los niveles municipal, estatal y federal en México. Los objetivos del programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, en favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población rural y urbano marginada, así como en propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando aspectos culturales, geográficos y económicos.

En estos documentos, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) consideran que los embarazos no planeados, el aborto inseguro

y las infecciones de transmisión sexual se han convertido en un problema de salud pública que afecta a un mayor número de adolescentes, situación que demanda de esfuerzos multisectoriales con un enfoque integral, que den respuesta inmediata a sus necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva.

1.4 Dimensión social de la salud sexual y reproductiva

Como se ha venido confirmando en el desarrollo de este trabajo, la sexualidad implica un fuerte componente social, que va desde la construcción simbólica de las representaciones mentales y significados de la sexualidad y sus holones, hasta la elaboración e implantación de políticas de salud sexual y reproductiva en el marco de los planes nacionales de salud y la normatividad internacional en la que éstos se basan, así como su inclusión –mucho o poca- en los programas educativos oficiales.

La representación integral más completa de la dimensión social de la sexualidad se encuentra en los Derechos Sexuales, que son el resultado de un trabajo histórico multi y transdisciplinario a nivel mundial.

1.4.1 Derechos sexuales y reproductivos

Como todos los derechos humanos, los derechos sexuales parten de características fundamentales del ser humano y sus diversos ámbitos, en el caso del ámbito sexual, los derechos que existen son los relacionados a la libertad y la capacidad de decidir, de disfrutar y sentir el placer, así como de vivir la sexualidad según los propios deseos, gustos y preferencias. Los Derechos sexuales son producto de los derechos fundamentales universalmente reconocidos y de experiencias particulares e históricas; se han ido enriqueciendo con demandas y propuestas sociales, con el reconocimiento de nuevas necesidades en nuevos contextos y con el avance científico y tecnológico (Stern, coord. 2008)

Existen diversas compilaciones y análisis de los derechos sexuales desde diferentes organizaciones, en diferentes lugares y en diversos contextos, más considerando que la experiencia profesional descrita en este trabajo parte del marco de la IPPF, se consideran los Derechos Sexuales según este organismo.

La IPPF (2011) respalda la definición de derechos sexuales acordada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, que estableció que:

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libremente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, sin verse sujetas a coerción, discriminación ni violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto a la integridad de la persona, exigen el respeto mutuo, el consentimiento y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

De manera más detallada, este organismo elabora La Carta de IPPF de los Derechos Sexuales y Reproductivos, en la que afirma que los derechos sexuales son derechos humanos, pues están constituidos por una serie de beneficios relativos a la sexualidad que emanan de los derechos a la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas. Los diez derechos sexuales son (IPPF, 2008):

Artículo 1 Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género.

Artículo 2 El derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, sexualidad o género.

Artículo 3 Los derechos a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal.

Artículo 4 Derecho a la privacidad.

Artículo 5 Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley.

Artículo 6 Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación.

Artículo 7 Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico.

Artículo 8 Derecho a la educación e información e información.

Artículo 9 Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos.

Artículo 10 Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños.

En la misma línea, la OPS delimitó los derechos sexuales desde otra perspectiva, dando como resultado La Declaración de los Derechos Sexuales (2000), que incluye el derecho a:

- La libertad sexual
- La autonomía, la integridad, y seguridad sexuales del cuerpo
- La privacidad sexual
- La equidad sexual
- El placer sexual
- La expresión sexual emocional
- La libre asociación sexual

- La toma de decisiones reproductivas libres y responsables
- La información basada en el conocimiento científico
- La educación sexual integral
- La atención de la salud sexual

Cabe destacar que en esencia esta declaración incluye y considera los mismos fines que la declaración de la IPPF.

En México los derechos sexuales y reproductivos también se encuentran presentes, aunque de manera breve, en la normatividad y legalidad nacional, como se muestra en el siguiente cuadro:

<p>Los derechos reproductivos en México</p> <p>La Constitución Política reconoce el derecho de toda persona, independientemente de su edad, a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos (Artículo 4°), derecho que reitera el Reglamento de la Ley General de Población (Artículo 13). De acuerdo con este Reglamento, los organismos gubernamentales que integran el CONAPO están obligados a proporcionar información y educación sobre planificación familiar, especialmente a personas adolescentes y jóvenes (Artículo 18).</p> <p>La Ley General de Salud establece que es “deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental”, y que la planificación familiar debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes (Artículo 67).</p> <p>La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes tiene como objetivos: asegurarle a las y los adolescentes “un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad” (Artículo 3).</p> <p>La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar establece que la planificación familiar es un derecho de toda persona, independientemente de su género, edad y estado social o legal. También señala que la consejería en materia de planificación familiar debe dar particular atención a la población adolescente, con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos.</p>

Cuadro 4. Los Derechos Reproductivos en México (Alianza Nacional por el Derecho a Decidir ANDAR, 2005)

1.4.2 Educación en salud sexual y reproductiva

Si bien es cierto que la sexualidad implica lo social, principalmente en la familia, son los procesos educativos particularmente en donde empieza esta concreción. Aunque paradójicamente, mientras la educación se considera un

instrumento de control y poder, por lo que los grupos de poder pugnan entre ellos para controlarla, en la educación sexual no se observa ese interés. En nuestro país tenemos el ejemplo histórico del conflicto de Bassols con la Asociación de padres de familia cuando intentó implantar la educación sexual con una perspectiva higiénica en la educación pública. Hoy por hoy, dentro o fuera de los conflictos de intereses, la educación sexual no es considerada con la importancia debida.

Como la declaración de los Derechos Sexuales afirma, el acceso a la educación y a la información sobre sexualidad y reproductividad es un derecho para todos y para todas, y en el caso de la normatividad internacional, el Estado estaría obligado a impartirla.

Para la IPPF la educación sexual es la “educación básica sobre los procesos reproductivos, pubertad y comportamiento sexual. La educación sexual puede incluir otra información, por ejemplo sobre anticoncepción, protección contra infecciones de transmisión sexual y paternidad/maternidad” (2011). En este sentido, teóricamente el Estado Mexicano cumple la norma, pues en el Programa Sectorial de Educación 2007-2012, la Secretaría de Educación Pública considera que

...en la escuela, los alumnos han de encontrar las condiciones adecuadas para el desarrollo pleno de sus capacidades y potencialidades; de su razón y de su sensibilidad artística, de su cuerpo y de su mente; de su formación valoral y social; de su conciencia ciudadana y ecológica. Ahí deben aprender a ejercer tanto su libertad como su responsabilidad; a ejercer con libertad y responsabilidad su sexualidad... (SEP, 2007).

Aunque este fin se concreta solamente de manera parcial en la educación media superior, es decir con adolescentes, pues en el Objetivo 4 del Programa v afirma que:

Ofrecer una educación integral que equilibre la formación en valores ciudadanos, el desarrollo de competencias y la adquisición de conocimientos, a través de actividades regulares del aula, la práctica docente y el ambiente institucional, para fortalecer la convivencia democrática e intercultural; objetivo que se traduce a nivel bachillerato en la acción de “Incorporar en los programas de estudios contenidos de aprendizaje y el ejercicio de prácticas orientados a que los estudiantes reflexionen y asuman actitudes saludables hacia la sexualidad, el cuidado de su salud y del medio ambiente, la práctica de algún deporte o actividad física, y el aprecio por el arte y la cultura” (SEP, 2007).

Considerando todo el espectro curricular también se puede encontrar información sobre salud sexual en los libros de texto de 6º año de primaria, y en la educación secundaria durante los tres años en diversas asignaturas, destacando que ahora la educación sexual se amplió de la perspectiva biológica a la social con la inclusión del tema en la materia de cívica y ética.

Aún con lo anterior la educación sexual sigue siendo insuficiente y parcial, de ahí la importancia de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que establecen los lineamientos de la actividad educativa de la sexualidad y realizan actividades de educación e información en salud sexual y reproductiva; sobre todo porque éstas lo hacen desde la postura de Educación Integral en Sexualidad, que para la IPPF (2011) es:

Educación sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad y su expresión. La educación integral en sexualidad cubre los mismos tópicos que la educación sexual, pero también incluye temas como las relaciones interpersonales, las actitudes hacia la sexualidad, los roles sexuales, las relaciones de género y las presiones sociales para que las personas sean sexualmente activas; así mismo, proporciona información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto también puede incluir la capacitación en habilidades para la comunicación y la toma de decisiones, lo que cumple más cabalmente con el derecho a la educación y a la información.

De igual forma este concepto da cumplimiento a la declaración de los derechos sexuales de la OMS.

Con respecto a la educación sexual y reproductiva la IPPF afirma que:

- Todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a educación e información de manera general, y a la educación integral en sexualidad, así como a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos.

- La educación debe estar dirigida a erradicar el estigma y la discriminación, a promover el desarrollo de la gente joven como actores informados que asuman la responsabilidad de sus vidas y les empodere para participar en la determinación de políticas relativas a la salud sexual y a la educación en sexualidad.

- Todas las personas, y en particular los jóvenes deben aportar a los programas de educación integral en sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad.

- La educación debe incluir medios para desarrollar habilidades con el fin de negociar relaciones más sólidas y más equitativas.

- La educación debe brindar acceso a información tradicional y no tradicional en todos los medios, que aumente su sexualidad, sus derechos sexuales y su salud sexual; la gente joven en particular tendrá acceso a información sobre estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad y género, y sobre relaciones sexuales.

- Todas las personas tendrán acceso a información relacionada con la sexualidad, misma que podrán obtener en su comunidad, en el sistema escolar y de manos de los proveedores de servicios de salud, en un lenguaje comprensible y que incluya información sobre los medios para garantizar la salud sexual y reproductiva, así como la toma de decisiones apropiada sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales y cuándo el comportamiento sexual se convertirá en reproductivo.

- Todas las personas tienen derecho a una educación e información suficientes, para garantizar que cualquier decisión relacionada con su vida sexual y reproductiva, se tome con un consentimiento pleno, libre e informado (IPPF, 2008).

Estas acciones están enfocadas a construir una sociedad sexualmente sana, entendida como el grupo humano que cuenta con un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente presenta ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2011); así como se hace evidente en el cuadro No. 2, en el que la educación sexual es una característica imprescindible en la sociedad, además de que estas acciones sirven de vínculo entre todo el constructo cultural y político del estado con el ámbito de la sexualidad de la población del estado.

En la misma línea la OMS delimitó una serie de acciones y estrategias para promover la salud sexual, que incluye lo relacionado a la salud reproductiva, estas acciones se concretan en 5 metas, de las cuales, la meta dos es la relacionada a la educación, pues tiene como fin “ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población” (OMS, 2000), como se puede observar esta meta también considera y engloba lo relacionado a lo educativo en el concepto de educación sexual integral.

Considerando que la educación sexual integral debería iniciarse en épocas tempranas de la vida, ésta debería ser adecuada para la edad y el grado de desarrollo y debería promover una actitud positiva hacia la sexualidad la; para lograrlo la OMS sugiere aplicar las siguientes líneas de acción (2000):

- Estrategia 2.1 Brindar educación sexual integral a nivel escolar. La educación sexual integral en la escuela actúa como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las persona y, por ello exige particular atención. La Escuela, en la mayoría de los países, es la única

institución en la que casi todas las personas tienen contacto con el tema de la salud sexual en algún momento de su vida. Éste es el entorno ideal para impartir la educación de la sexualidad; por lo tanto, los gobiernos deben hacer obligatoria este tipo de educación en las escuelas.

- Estrategia 2.2 Integrar la educación sobre sexualidad en los currículos de las Instituciones de educación, según sea el caso. Para alcanzar la meta de una educación sexual integral para toda la población a lo largo de la vida, además de la educación sobre la sexualidad que se imparte en la escuela todas las instituciones educativas deben desempeñar una función.

- Estrategia 2.3 Proveer educación sexual integral a personas con discapacidades mentales y físicas. Debido a que las personas con discapacidades mentales y físicas tal vez tengan necesidades y circunstancias especiales, y algunas veces sean más vulnerables en relación con su habilidad para tomar decisiones sobre sexualidad, la educación sobre la sexualidad debe ser una prioridad para estas poblaciones.

- Estrategia 2.4 Brindar acceso a la educación sexual integral para grupos especiales de la población (por ejemplo, reclusos en instituciones penales, inmigrantes indocumentados, personas recluidas en diversas instituciones, indigentes). Para los que no tienen acceso a la educación, el gobierno tiene una responsabilidad ética de proporcionar educación comunitaria.

- Estrategia 2.5 Brindar acceso a educación sexual integral a otras poblaciones (por ejemplo inmigrantes documentados, minorías étnicas/ lingüísticas, refugiados, etc.). Hay otro grupo de personas —aquellos que encuentran mayores obstáculos al acceso a la educación— que se ha determinado están expuestos a mayor riesgo en su salud sexual. Los inmigrantes (incluidos los refugiados), las personas que no hablan el idioma que predomina en un país, las etnias, tienen derecho a una educación sexual integral.

- Estrategia 2.6 Integrar a los medios de comunicación masiva en los esfuerzos para impartir y promover la educación sexual integral. La importancia de los medios de comunicación masiva para influir en las normas sociales se ha reconocido ampliamente. Cualquier esfuerzo para promover la salud debe ir acompañado de la participación de los medios de comunicación masiva, utilizando todos los canales actuales y futuros de comunicación: electrónicos (radio y televisión), medios impresos e Internet.

Como se puede observar, la labor educativa en el ámbito de la sexualidad y la reproductividad se encuentra inacabada e implica un trabajo arduo desde diversas disciplinas, en conjunto con otras organizaciones y apegados a normas específicas; particularmente en las últimas estrategias sobresale el compromiso por atender a grupos minoritarios en desventaja, lo que solo se logrará involucrando al Estado, a los medios de comunicación y las instituciones especializadas en educación sexual.

Así pues, las ventajas de la educación sexual y reproductiva, que llegan más allá del plano individual, pues impactan en lo social en el rubro de la economía, de la educación, de la salud pública, de la política, de la equidad y la participación, y en general ayuda a formar a las personas, se podrían concretar en lo colectivo y lo individual.

No cabe duda alguna de que el componente sexual de los grupos humanos es vasto, complejo y determinante en su organización y funcionamiento; más resulta indispensable para entender cómo, a partir de éste, se organiza lo social, particularmente lo político, lo económico y por supuesto lo educativo. Una vez entendido lo anterior, en el siguiente capítulo se estará abordando el ejemplo específico de una ONG que concreta acciones de salud y educación sexual y reproductiva como respuesta a los requerimientos en esta materia de la población en nuestro país, en el marco de la normatividad internacional de la IPPF.

Capítulo 2. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar: Mexfam

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), es una organización de la sociedad civil, es decir no gubernamental, que promueve el desarrollo social y el bienestar de las personas a través del ejercicio libre e informado de sus derechos, particularmente sexuales y reproductivos, contribuyendo así a la disminución de las inequidades en grupos vulnerables de la sociedad.

Para lograr dicha tarea Mexfam trabaja en dos grandes líneas de acción: la clínica, que se centra en servicios de salud a diferentes niveles y tipos, y la educativa, en la que por diversos procesos educativos de tipo formal, no formal e informal, se informa a los usuarios sobre los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva. En ambas líneas de acción Mexfam cuenta tanto con personal profesional calificado como con personal voluntario, todos con gran experiencia técnica y alto compromiso con la misión institucional, así como un alto dominio de la información y los procedimientos. Otro factor decisivo para la labor de Mexfam es la red de médicos, promotoras y promotores comunitarios; así como lo promotores juveniles, quienes brindan atención educativa y preventiva a la población que lo requiere. Muchos de estos promotores se localizan en comunidades alejadas y de difícil acceso (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011).

Si bien es cierto que esa instancia actualmente se observa como una institución con prestigio, reconocimiento y una organización humana y administrativa fuerte, se debe considerar que la Fundación ya cuenta con una larga trayectoria que le ha permitido llegar a este punto. Por lo que procede conocer esta historia para entender su presente; también es importante identificar la cultura organizacional que orienta el trabajo institucional, pues ésta es y será la que determine en mucho los proyectos en los que participa Mexfam, como el proyecto Hábitat³, y las líneas de acción establecidas en cada proyecto. Posteriormente se plantea el modelo administrativo con el que opera la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar y que hace posible la ejecución de los diferentes proyectos, incluyendo los educativos; que a su vez cuentan con un modelo pedagógico particular mismo que se describe mas adelante.

³En lo subsecuente se identificará al proyecto diseñado y ejecutado por Mexfam Acapulco como “Hábitat”, mientras que el programa y la oficina implementados por la ONU para superar la pobreza en el mundo será identificado como “HÁBITAT”.

2.1 Antecedentes

En el periodo histórico posterior a la Revolución, una de las características más importantes que definió la construcción de la nueva nación fue la necesidad de repoblamiento del territorio nacional, pues como consecuencia de la guerra, de la pobreza y de las enfermedades, la población había descendido considerablemente, sobre todo en las regiones centrales y norteñas de nuestro país.

El índice de crecimiento demográfico se incrementó hasta alcanzar un ritmo muy acelerado entre la década de los años 20 y los años 40; pero para la década de los cincuenta, si bien se había logrado el repoblamiento del territorio nacional, el crecimiento demográfico se tornó en un problema, pues las políticas públicas de crecimiento y planeación nunca consideraron este incremento, por lo que se observó un déficit importante en todos los sectores; pero sobre todo en los productivos, educativos y de salud.

En este contexto resultó necesaria la creación de instituciones que ayudaran con el problema del crecimiento demográfico desde la perspectiva académica, científica, educativa, médica e incluso financiera. Tal fue el caso de la “Fundación para Estudios de la Población A. C.” (FEPAC) que se estableció legalmente el 6 de noviembre de 1965 en la ciudad de México, y cuyos objetivos eran:

- Ayudar económicamente a organizaciones que se ocuparan de realizar investigaciones demográficas y económicas relativas a los problemas de población.
- Fortalecer el sentido de la responsabilidad paternal y familiar y la protección materno infantil.
- La investigación y educación sobre problemas familiares por medio de programas prácticos. (Acta constitutiva MEXFAM, 1984).

Bajo esta denominación y con estos objetivos la FEPAC funcionó brindando a la población los servicios de planeación familiar, salud materno-infantil y educación e información sobre sexualidad humana, claro que de una manera incipiente y limitada por el contexto y las circunstancias.

Las tres líneas de acción que determinaron la labor de FEPAC fueron difundir información lo más ampliamente posible; ofrecer a la población sus servicios, y realizar diferentes proyectos de investigación; mismas que logró ejecutar gracias al trabajo voluntario como al financiamiento que obtuvo de diversos patrocinadores; al subsidio del gobierno federal y al de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), quien en 1969 acreditó a la FEPAC después de un riguroso

proceso de selección, evaluación y certificación de todas las áreas y procedimientos tanto educativos, como clínicos y administrativos de la fundación.

En la década de los 70 la FEPAC tiene un impacto social importante, pues además de un aumento en el número de los centro clínicos, continuó mejorando la calidad de los servicios, diversificando sus acciones y estableciendo programas complementarios; hasta que en 1973 con las modificaciones a la Ley General de Población, que significaron un gran avance pues finalmente el gobierno mexicano reconocía la necesidad que prevalecía en la sociedad de tener acceso a la planificación familiar al establecerla como un derecho en la legislación, la FEPAC se enfrentó a un necesario replanteamiento de sus funciones y metas, debido a que la gran tarea que había iniciado en 1965 ahora era asumida por el gobierno mexicano (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011).

Sin embargo la consolidación de la FEPAC aumentó, pero la modernización nacional le exigió nuevas transformaciones, por lo que en 1983 se dio un cambio de fondo y forma, así el 14 de diciembre del mismo año se modifica el nombre de FEPAC a “Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.” organismo con nuevos objetivos que van a determinar nuevas líneas de acción, nuevos proyectos y nueva organización; entre estos nuevos objetivos destacan los siguientes (Acta constitutiva MEXFAM, 1984):

- Estudiar los problemas demográficos del país, especialmente en sus relaciones con el desarrollo económico y el mejoramiento de los niveles de vida de las mayorías, la información, la educación y la vivienda.
- Investigar las formas y condiciones de vida de la población rural y urbana de escasos recursos así como las posibilidades de mejorarlas mediante los servicios asistenciales de planificación familiar
- Precisar y difundir por cualquier medio los conceptos de planeación familiar, paternidad responsables y atención y cuidado de la familia
- Proporcionar servicios de planeación y cuidado de la familia preferentemente en las poblaciones, sectores de población o asentamiento humanos que no tengan acceso a los servicios oficiales similares

Entre 1984 y 1990, ya replanteada, se dio una nueva etapa de consolidación en la organización, caracterizada principalmente por novedosos proyectos operativos. Entre las novedades operativas que Mexfam puso en marcha en esta época se encuentra el programa llamado “médicos populares”, “médicos familiares” y finalmente “médicos comunitarios”. Entre fines de 1986 y principios de 1987 se instalaron los primeros consultorios comunitarios.

Otro proyecto importante en Mexfam fue el programa Gente Joven, que atendía la especial preocupación por captar a la gente joven desde la pubertad, la adolescencia y la juventud temprana en sus programas de educación y difusión. La estrategia fundamentalmente educativa y preventiva del programa Gente Joven busca el cambio de actitudes, tan difíciles de modificar entre los adultos, tratando de garantizar a mediano y largo plazo el cambio (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011).

Ya en el siglo XXI el modelo educativo, administrativo y operativo de Mexfam se ha consolidado (Mexfam, 2006), de tal forma que en el cabal cumplimiento de su misión se ha dado prioridad en el trabajo institucional a los temas que están más directamente vinculados con los grupos socialmente vulnerables y al rezago en materia de salud que afecta a los pobres.

Actualmente Mexfam es una organización con casi cincuenta años de existencia y ha llegado a la madurez, lo que se refleja en las metas que cada año se propone alcanzar en el marco de su programa estratégico y, al mismo tiempo, muestra el resultado de acciones consolidadas que favorecen a un número cada vez mayor de personas y le dan más presencia en la sociedad mexicana, en una situación especialmente significativa por la naturaleza de los servicios y productos que ofrece actualmente (Mexfam, 2006).

2.2 Cultura organizacional

Entendida como el conjunto de normas, hábitos y valores, que practican los individuos de una organización, y que hacen de esta su forma de comportamiento, la cultura organizacional determina los fines y objetivos institucionales e individuales de los sujetos dentro de la organización e igualmente determina el cómo llegar a esos fines, allí su importancia.

La cultura organizacional de Mexfam, además de ser clara, transparente y realista, es humana y responde perfectamente al momento social en el que se desempeña en los diversos contextos donde se pone en práctica; ayudando así a todos los colaboradores de la institución a concretar los proyectos de las diversas líneas de acción de la Fundación en sus diferentes contextos.

Entre los elementos más importantes de la cultura organizacional se encuentran los siguientes.

2.2.1 Misión

La misión institucional representa la necesidad a ser cubierta con las actividades de la organización, es decir da cuenta de su razón de ser. Particularmente Mexfam establece en su Plan Estratégico 2002-2010 como su misión:

“Proporcionar servicios de calidad y vanguardia en planeación familiar, salud y educación sexual de manera prioritaria a la población más vulnerable de México: los jóvenes y los pobres” (Mexfam 2002)

Esta misión, si bien es breve, logra unificar lo planteado en la creación de la institución, las líneas de acción y los programas institucionales, conforme a las normas locales e internacionales para poder operar, mismas que se detallan más adelante.

2.2.2 Visión

La visión radica en los retos o fines, alcanzables y medibles, que el gobierno de la organización traza como un horizonte que guía la operación del sistema, es decir, da cuenta del punto de llegada de la institución y orienta los esfuerzos de ésta para lograrlo (Betzhold, 2006). En el caso de Mexfam, la visión tiene varios fines, que a su vez, de forma conjunta, ayudan a concretar la misión y ayudan a definir los objetivos y líneas de acción institucionales (Mexfam, 2002; y Mexfam, 2006).

Ser vanguardia en México del movimiento hacia una nueva cultura de la salud sexual, que incluye:

- Ejercicio satisfactorio y sin riesgos de la sexualidad.
- Educación sexual para todas las personas, en especial para los jóvenes.
- La promoción del empoderamiento de los adolescentes y los jóvenes en México.
- Planeación familiar generalizada, de manera prioritaria en las áreas rurales más apartadas y en las áreas urbanas marginadas.
- Servicios de planeación familiar integral que contribuyan a lograr mayores niveles de bienestar, principalmente entre la población vulnerable del país.
- La equidad e igualdad de género, el fortalecimiento de la mujer y la lucha contra la violencia de género.
- Fomento de la participación del varón en la responsabilidad sexual.
- La defensa de los derechos sexuales y reproductivos

Cabe destacar que en la visión institucional de Mexfam la educación es un fin específico, pero también es medio para lograr otros fines institucionales.

2.2.3 Valores: Calidad y vanguardia

Los valores institucionales son los ejes de conducta y operación, están ligados con la Misión de la institución, determinan a la vez el tipo de comportamiento o producto esperado y se expresan en los criterios y estándares aceptados y promovidos en el diario operar de la misma (Betzhold, 2006).

Para Mexfam, más allá de los valores humanos mínimos requeridos implícitamente en su operación, como respeto, privacidad, transparencia, honradez, colaboración, calidez, entre otros, la calidad y la vanguardia definen su operación, sobre todo en el área de la salud, pues se plantean valores globales requeridos por la IPPF.

Mexfam es miembro de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) desde 1969, y desde entonces ha tenido que trabajar en la atención a los estándares de calidad que requiere dicha organización. En el 2005 la IPPF constató el cumplimiento de los estándares de calidad en los servicios que Mexfam proporciona a la población y verificó la fortaleza de la infraestructura administrativa y operativa encauzada al cumplimiento de la misión institucional de proporcionar servicios de educación y salud sexual y reproductiva a la población (Mexfam, 2006).

El programa de revisión de IPPF se enfocó en la verificación de 65 estándares de calidad clasificados en cuatro grupos, todos cumplidos de manera satisfactoria por la Fundación:

1. Disposiciones Constitucionales (Acta Constitutiva).
2. Programas y Servicios.
3. Responsabilidades del Consejo de Administración.
4. Responsabilidades del Director Ejecutivo.

En lo referente a vanguardia, la IPPF también aporta el sustento de este valor, pues esta organización es líder a nivel mundial de la investigación sobre metodología anticonceptiva, así como en la promoción de la autorización clínica de los métodos anticonceptivos recién creados en diferentes países; lo que permite a Mexfam estar a la vanguardia con respecto a la investigación y aplicación de la metodología anticonceptiva y su difusión entre los usuarios de todos sus programas a nivel nacional.

2.2.4 Objetivos Institucionales

Orientando los esfuerzos y recursos de los sujetos, instancias y departamentos que conforman de manera global a la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. se establecieron estos objetivos, que permiten posicionar y proyectar a la institución como un ente con personalidad y valor propio. Estos objetivos coalicionan la misión y la visión en ellos (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011).

1. Lograr un posicionamiento nacional e internacional como detonador del bienestar social desde la persona.
2. Continuar a la vanguardia en materia de salud y educación sexual y reproductiva.
3. Participar proactivamente en la formulación, modificación y seguimiento a la implementación de políticas públicas y programas relacionados con la salud y la educación sexual y reproductiva, desarrollo social y derechos humanos.
4. Crear modelos de operación en desarrollo social, derechos humanos y bienestar.
5. Garantizar la sustentabilidad de la institución.

Estos objetivos implican políticas, procedimientos, metodologías y estrategias aplicables en cada una de las líneas de acción de la Fundación y sus diversos programas, incluyendo los educativos.

2.2.5 Experiencias de éxito y reconocimientos

En 2006 se llevaron a cabo 116 proyectos en 18 entidades federativas del país, para impulsar de forma transversal en las acciones operativas y de servicios, una nueva cultura de la salud sexual y reproductiva, en especial entre los jóvenes y las mujeres que habitan en regiones marginadas, urbanas y rurales con escasos servicios de salud.

Todos estos proyectos pueden ser considerados de éxito pues el simple hecho de planearlos, ejecutarlos y financiarlos ya es un reto; a continuación se enlista un proyecto sobresaliente por cada programa de Mexfam (Mexfam, 2006):

Programa comunitario urbano:

Prevención de VIH/SIDA en jóvenes gays escolarizados en Puebla.

Ciudad de Puebla (Puebla)

Financiado por CENSIDA (Comisión Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA)

Resultados: 110 jóvenes capacitados como promotores. 2,900 jóvenes sensibilizados.

Programa comunitario rural:

Mejoramiento de las condiciones de la salud reproductiva en comunidades rurales.

Ixtaltepec (Oaxaca)

Financiado por Fundación Alfredo Harp Helú (Programa Home Runs Fomento Social Banamex)

Resultados: 600 mujeres atendidas.

Programa Gente Joven:

Prevención de ITS y de embarazos no deseados en Iztapalapa.

Distrito Federal (Iztapalapa)

Financiado por Fundación Pfizer.

Resultados: 21,919 menores de 24 años informados en SSR, 18 promotores juveniles capacitados, 361 consejerías a adolescentes.

Programa de centros de servicios médicos:

Programa Canesten V “Protege tu intimidad y la de miles de mujeres”

Financiado por Nacional Bayer de México.

Resultados: Realización de 12,412 exámenes de Papanicolaou en 20 centros operativos sin costo para las usuarias.

Los proyectos descritos son solo una parte de la labor realizada por Mexfam, misma que le ha valido importantes premios en su historia; tan solo en el 2006 diversos organismos nacionales e internacionales, de gobierno o de la iniciativa privada, premiaron a la Fundación por su trabajo voluntario, íntegro, transparente y de calidad en diferentes áreas de la salud, a favor de la equidad de género, los derechos humanos y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Se mencionan algunos de los más importantes:

- Certificación en Calidad de los Servicios IPPF/RHO
- Premio Westwind (Advocacy) IPPF Región del Hemisferio Occidental
- Junior League de México IAP. Mención Honorífica a V.P. Monchita Cosío.
- Premio Clarence H. Moore PAHEF/OPS.
- Reconocimiento a la Integridad, Transparencia y Equidad de Género en las OSC, Secretaría de la Función Pública, Inmujeres y PNUD

- Premio Hermila Galindo, Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal.

Estos premios son una muestra de la larga lista de los que tiene Mexfam en su haber, pues desde su creación como FEPAC, y posteriormente como Mexfam, esta institución ha acumulado reconocimientos de instituciones tan importantes como la ONU.

2.3 Operación organizacional

Contar con una estructura operativa congruente con los principios y valores antes citados resulta un reto, y más aún si sumamos el hecho de que esta operación debe garantizar resultados y su financiamiento. Para lograrlo se requiere de un modelo operativo y administrativo con características muy específicas, mismas que se presentan a continuación.

2.3.1 Normas y estatutos

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar es una Asociación Civil sin fines de lucro cuya organización y reglas de operación se encuentran reconocidas y legalizadas ante notario público en un acta que incluye los lineamientos sobre los aspectos esenciales de la conformación de la Fundación, como son:

Denominación (nombre), objeto (fines u objetivos), duración (de la asociación), domicilio legal (con la posibilidad de contar con oficinas centrales y sucursales), capital (lo relacionado al patrimonio y el financiamiento de la institución), asociados (determina quién, cómo, dónde y en qué participan las personas que se integran a la asociación), asambleas (órgano supremo de representación y gobierno de la asociación, designa a los entes que participan en los niveles y operaciones subsecuentes de la institución), el consejo de administración (fija las políticas generales de la institución), director general (ejecuta, administra, vigila, los programas, presupuestos y bienes de la organización, él es la base de los procesos administrativos), las disposiciones generales y la disolución y liquidación (casos en que la asociación de disolvería) (Acta constitutiva Mexfam, 1984).

Las normas y estatutos que dan origen legal a la asociación se traducen en un modelo administrativo y operativo que permitirá concretar los fines de la organización, este proceso tiene como principal responsable al director general de la Fundación, quién a su vez designa a los directores de las diferentes áreas o departamentos necesarios para el óptimo desempeño institucional. Cabe resaltar que, si bien es cierto que las normas y estatutos no han cambiado en esencia desde la fundación de FEPAC, el modelo administrativo y operativo si se ha visto transformado a través del tiempo.

Actualmente el modelo de operación de Mexfam es un modelo consolidado, tiene claramente establecidos los procedimientos metodológicos y administrativos necesarios para desarrollar con niveles aceptables de eficacia y eficiencia sus programas, pues ha implantado los criterios, procesos e instrumentos necesarios para operar la planeación, promoción, comunicación, capacitación y evaluación de cada uno de ellos (Mexfam, 2006).

Una de las evidencias más significativas de esa puntualización es el organigrama institucional, pues identifica las áreas y regiones necesarias para desarrollar los programas. Cabe destacar que la cultura organizacional requiere de un organigrama en red, éste parte de la Dirección General, que a su vez va a depender del Consejo de Administración y del Consejo de Asociados como establecen los estatutos, tiende a trabajar de cerca con las diferentes direcciones, mismas que van a trabajar para apoyar a las regiones.

Las regiones son la unidad macro de trabajo en la Fundación, pues abarcan las cuatro grandes áreas geográficas que incluyen diferentes estados con sus programas, servicios, centros y localidades de atención a usuarios. Cada región es dirigida por un Gerente Regional.

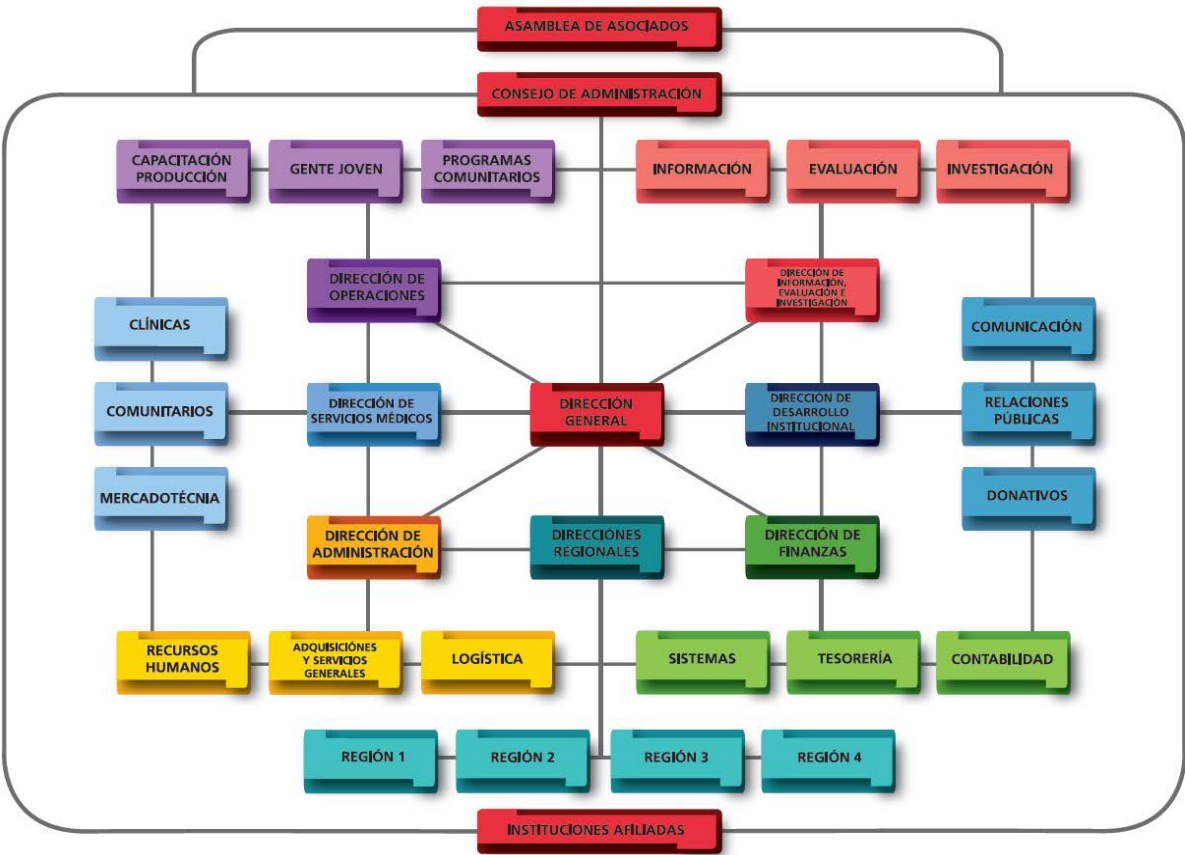


Figura 1. Organigrama Institucional. Mexfam, 2006.

El Centro Operativo de Acapulco en el estado de Guerrero pertenece a la Región Centro-Sur, en el momento de la ejecución del proyecto Hábitat el Gerente Regional era el Dr. Ignacio León Valencia; quien, al igual que los otros gerentes regionales, tenía la tarea de vincular a los centros operativos con las oficinas centrales, autorizar y vigilar los apoyos financieros, materiales y humanos para los centros, supervisar y asesorar a su personal en los diferentes programas y apoyar en la ejecución de proyectos especiales como fue Hábitat.

2.3.2 Plan estratégico

Con respecto al modelo administrativo se puede decir que se ha ido modificando a través del tiempo para responder a las necesidades de la institución; pero es a partir del 2002, considerando el contexto local e internacional y tomando en cuenta las exigencias sociales del momento, que se utiliza un modelo de administración estratégica, teniendo como principal característica el énfasis que se hace sobre la planeación a corto, mediano y largo plazo para prever los requerimientos necesarios en la ejecución de los eventos planeados en los posibles escenarios; esta planeación parte de un diagnóstico de la institución y sus programas y toma en cuenta la cultura organizacional en ella. En el caso de Mexfam el documento maestro en el que se concreta este modelo administrativo es el Plan Estratégico 2002-2010.

El Plan Estratégico establece los objetivos y líneas de acción que deberán orientar el quehacer de la Fundación en el periodo 2002 – 2010, de acuerdo con los problemas y retos que enfrenta Mexfam a la luz de su propio desempeño y de los cambios del contexto nacional e internacional. Este Plan permitirá a la Fundación llevar a cabo la misión de proporcionar servicios de calidad y vanguardia en planeación familiar, salud y educación sexual, de manera prioritaria a la población vulnerable de México: los jóvenes y los pobres. (Mexfam, 2002)

La planeación estratégica implicó la realización de una evaluación diagnóstica del desempeño de Mexfam en los últimos años, que se llevó a cabo mediante múltiples entrevistas, revisión documental y visitas de campo a varios centros de operación del país. También se construyó el nuevo escenario en el que Mexfam concreta sus fines. El análisis del diagnóstico y del escenario permitió precisar los problemas y retos, también redefinir la misión, visión y los objetivos estratégicos de la Fundación.

El Plan Estratégico de Mexfam 2002- 2010 está organizado en cinco secciones (Mexfam, 2002):

- En la primera, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, se ofrece una descripción de las principales características de la Fundación.

- La segunda parte, Problemas y retos, aborda el diagnóstico de los principales problemas de desempeño de Mexfam y los retos que comporta el nuevo escenario. Los problemas y retos se organizan en cinco ejes: a) de la nueva cultura de la salud sexual y la situación de los jóvenes; b) del rezago en salud sexual y reproductiva y los problemas emergentes; c) del financiamiento; d) de la planeación familiar integral y e) de la adopción de políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva.

- En la siguiente parte, Misión, Visión y Objetivos estratégicos; se señalan los elementos constitutivos del Plan.

- En la cuarta parte, Objetivos estratégicos, se dan a conocer las políticas, los objetivos particulares y las líneas de acción que se derivan de cada uno de los cinco objetivos estratégicos.

- Por último, en las Notas para el seguimiento del Plan, se ofrecen algunas recomendaciones para la puesta en marcha, evaluación y modificación de este plan.

En este punto es importante observar que en el diagnóstico ya se consideró el rezago como un asunto concerniente a la labor de Mexfam a partir del conocimiento de los problemas sociales relacionados con la pobreza que existen, pues si bien se han obtenido logros, también se reconoce la existencia de rezagos en la atención de muchas de las dimensiones de salud reproductiva en algunas entidades y grupos del país. Diversos estudios realizados por el Consejo Nacional de Población llegan a la conclusión de que en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género provocadas por la marginación y la pobreza, así como la escolaridad, son factores que determinan las condiciones y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual, el cuidado de la salud y la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo (Mexfam, 2002)

2.3.3 Programas sociales

Para cumplir con la misión, visión y los objetivos institucionales y estratégicos, Mexfam opera 4 Programas Institucionales:

1. Programa Comunitario Rural (PCR)
2. Programa Comunitario Urbano (PCU)
3. Programa Gente Joven (GJ)
4. Programa de Centros de Servicios Médicos (CSM)

A través de ellos, en 2006 se llevaron a cabo 116 proyectos en 18 entidades federativas del país, con lo que se impulsa de forma transversal en las acciones operativas y de servicios, una nueva cultura de la salud sexual y reproductiva, en especial entre los jóvenes y las mujeres que habitan en regiones marginadas, urbanas y rurales de diferentes estados de la República, con escasos servicios de salud como se muestra en la siguiente tabla (Mexfam, 2006)

No.	Estado	Centros de operación ¹	Programas			
			GJ	PCR	PCU	CSM
1	Baja California	1	1		1	
2	Coahuila	---	3			
3	Colima	1	1		1	
4	Chiapas	2	1	2	1	
5	Distrito Federal	5	5		5	2
6	Durango	2	2	2		1
7	Guanajuato	1	2	1		1
8	Guerrero	3	4	4	1	1
9	Hidalgo	1	1	1		1
10	Jalisco ²	1	6	1	1	2
11	México	3	3	2	3	2
12	Michoacán	2	3	5	2	2
13	Nayarit	---	2			
14	Nuevo León ³	1	2		1	1
15	Oaxaca	3	3	4	1	3
16	Puebla	1	2	1		
17	Querétaro	2	1	1		
18	San Luis Potosí	1	1	1		1
19	Sinaloa	---	3			
20	Sonora	1	1		1	2
21	Tamaulipas	1	1		1	1
22	Tlaxcala	1	1		1	
23	Veracruz	3	4	4	2	3
24	Zacatecas	1	1	2		1
Total	24	37	54	31	22	24

Cuadro 5. Distribución estatal de Centros de Operación y Programas de Mexfam (MEXFAM, 2002)

2.3.3.1 Programa Comunitario Rural (PCR)

Es el Programa de Mexfam que atiende a las comunidades rurales en dónde pocas mujeres utilizan métodos anticonceptivos modernos y donde las familias a menudo no cuentan con los servicios básicos de salud.

Las promotoras y promotores comunitarios son, con frecuencia, la única alternativa de salud y educación sexual en pequeñas comunidades. Los promotores brindan servicios básicos, dan pláticas comunitarias, llevan a cabo visitas domiciliarias, realizan jornadas, brigadas y ferias de salud, también distribuyen carteles y folletos informativos en lugares estratégicos. Muchas veces son las mujeres de las comunidades quienes llevan a cabo las actividades de promoción de servicios básicos de salud, la orientación en la planeación familiar y la información en salud sexual y reproductiva (Mexfam, 2006).

Los programas comunitarios están diseñados para operarse con y desde las mujeres y hombres de las comunidades rurales que tienen un gran rezago en cuanto a desarrollo social, grandes necesidades y problemáticas sociales, como la carencia de servicios básicos de salud y el poco uso de métodos anticonceptivos modernos y eficaces.

Los programas comunitarios rurales se ubican en áreas rurales marginadas consideradas en los rangos de muy alta o alta marginación de acuerdo con las estadísticas oficiales (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011). La población total no debe exceder de 5,000 habitantes, pues en poblados de más de 2,500 habitantes generalmente se encuentran solo los servicios básicos de salud.

Los objetivos específicos del PCR son (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011):

- Fortalecer la capacidad técnica de los promotores/as comunitarios/as y médicos/as colaboradores/as por medio de estrategias de formación continua y equipamiento de materiales para el cuidado de la salud.
- Promover el mejoramiento de las condiciones de vida de mujeres, niñas, niños y hombres, a través de estrategias de intervención y de participación comunitaria.
- Garantizar el acceso a servicios de salud básica, de salud sexual y reproductiva, y planeación familiar, así como el desarrollo de habilidades individuales de autocuidado.

Las personas clave en los programas comunitarios son las promotoras comunitarias en salud, quienes son mujeres líderes que colaboran con la Institución

como voluntarias y que, con frecuencia, son la única alternativa de salud, educación, información, atención básica y referencia oportuna para servicios de calidad en el área de la salud básica, sexual y reproductiva en sus comunidades (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011)

Los médicos/as colaboradores/as. Personal de salud que tiene su consultorio dentro de la zona donde se encuentran los programas comunitarios de Mexfam o en el área de influencia.

Las coordinadoras comunitarias. Es el equipo que se encarga directamente de dar seguimiento a la realización de las actividades del programa comunitario, así como de visitar y dar capacitación permanente a promotoras y promotores comunitarias/os.

2.3.3.2 Programa Comunitario Urbano (PCU)

Este Programa tiene como objetivo general promover el desarrollo social y el bienestar de las personas a través del ejercicio libre e informado de sus derechos, particularmente sexuales y reproductivos, a través de la red de promotores/as comunitarios/as y médicos/as colaboradores/as, contribuyendo así a la disminución de las iniquidades en los grupos vulnerables (Mexfam, 2006). Los Programas Comunitarios Urbanos tienen los mismos objetivos específicos que los Programas Comunitarios Rurales.

A través de los consultorios comunitarios y de promotoras/es de salud, Mexfam favorece la mejoría de las condiciones de salud de mujeres, niñas, niños y hombres que habitan en zonas marginadas, como las colonias de las periferias de las ciudades, donde son escasos los servicios médicos. Informar y brindar consejerías a la población sobre planeación familiar y salud sexual y reproductiva, distribuir métodos anticonceptivos, promover la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y de mama, así como fomentar la equidad de género, representan tareas fundamentales de las personas que integran este programa (Mexfam, 2006).

Los programas comunitarios urbanos se ubican en regiones urbanas marginadas y de alta necesidad, generalmente en áreas de paracaidistas, de reciente poblamiento, franjas deprimidas o ciudades perdidas. En estos casos, cada zona de trabajo consiste en un grupo de colonias que debe estar en un radio máximo de cinco kilómetros y no debe exceder los 100,000 habitantes (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011)

Los equipos de trabajo de los PCU están conformados por la promotora comunitaria en salud, que son mujeres u hombres líderes que colaboran con la Institución como voluntarias/os. A diferencia de los PCR en los programas urbanos participan médicos/as colaboradores, que es personal de salud que tiene su consultorio dentro de la zona donde se encuentran los programas de Mexfam o en el área de influencia. Ellos/as son capacitados/as para trabajar bajo los criterios de operación de Mexfam.

Las coordinadoras/es comunitaria/os. Es el personal que se encarga directamente de dar seguimiento a la realización de las actividades del programa comunitario, así como de visitar y dar capacitación a promotoras y promotores comunitarias/os (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011).

2.3.3.3 Programa Gente Joven (GJ)

Gente Joven es el Programa de Mexfam que responde a las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas de 10 a 24 años de edad, es decir adolescentes y jóvenes, que habitan en zonas marginadas urbanas y rurales. A través del PGJ se facilita el acceso de los y las jóvenes a educación y servicios en salud sexual y reproductiva, en el marco y respeto a sus derechos (Mexfam, 2006).

La clave del desarrollo del programa es la participación de jóvenes en el diseño de los proyectos y materiales, en los espacios de reflexión y en la toma de decisiones.

El Programa Gente Joven se creó en 1986 con el objetivo de proporcionar educación sexual a jóvenes para prevenir el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual. Desde entonces el programa ha ido evolucionando hasta lo que es hoy en día; actualmente hace énfasis en el ejercicio libre, informado y placentero de la sexualidad basada en los derechos sexuales y reproductivos, así como en la convivencia y el diálogo de las diversidades sexuales (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011).

El PGJ trabaja para alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir los embarazos adolescentes no planeados.
- Contribuir a la disminución y prevención de la transmisión de las ITS y el VIH/sida.
- Garantizar el acceso a la educación integral de la sexualidad.
- Promover la equidad de género.
- Contribuir al acceso a los servicios de salud sexual incluyentes de la diversidad sexual de adolescentes y jóvenes.

- Promover la participación juvenil.
- Impulsar el desarrollo social sustentable (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011).

Por medio del trabajo comunitario, escolar y de servicios, los promotores juveniles llevan el programa hasta los lugares donde se encuentra la gente joven y ofrece materiales y currícula de capacitación a prestadores de servicios, maestros, farmacéutas y promotores.

El programa genera estrategias innovadoras y atractivas que responden a las necesidades de esta población y los involucra en las diferentes actividades, pedagógicamente hablando el modelo de educación entre pares resulta de gran valor, pues a partir de la capacitación de adolescentes y jóvenes voluntarios en temas de salud sexual y reproductiva, con énfasis en los derechos sexuales, se generan estrategias de réplica, en las que el joven voluntario, llamado promotor juvenil, comparte sus conocimientos con sujetos de su misma edad y contexto, haciendo uso de herramientas sociales y cognitivas comunes, como el lenguaje y material didáctico elaborado o diseñado por los mismos promotores. También se tienen estrategias de tipo socio-cultural, entre éstas destacan: encuentros deportivos, representaciones teatrales, elaboración de cárteles, concursos de baile, entre otros (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011).

2.3.3.4 Programa de Centros de Servicios Médicos (CSM)

Son unidades médicas que ofrecen una amplia gama de servicios médicos de alta calidad y vanguardia, con especialidad en salud sexual y reproductiva, en las que sólo profesionales de la salud proporcionan los servicios (Mexfam, 2006).

En las Clínicas de Mexfam se brinda consulta de medicina general y de las especialidades de ginecología, pediatría, urología, gastroenterología, dermatología, medicina interna, psicología, cirugía, entre otras; los estudios de gabinete para apoyo diagnóstico incluyen análisis clínicos, histopatología, rayos x, mastografía, colposcopia y ultrasonografía.

La diferencia más importante de estos centros de atención médica radica en que los usuarios pueden solicitar servicios de orientación-consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), adquirir materiales educativos y métodos anticonceptivos.

Entre las características más importantes de los CSM se encuentran las siguientes (Fundación Mexicana para la plantación Familiar, 2011):

- Cada especialidad cuenta con el local y el equipo adecuado para proporcionar el mejor servicio.
- Los servicios se ofrecen de manera amigable, respetando siempre la diversidad de los usuarios.
- Ofrecen un ambiente agradable y cordial, una sensación de tranquilidad y seguridad y una atención excelente que constituyen un concepto innovador en México en lo que se refiere a la atención a la salud sexual y reproductiva.
- Se hace énfasis en la promoción de la atención preventiva de la salud.
- El costo de los servicios es accesible para nuestros usuarios y usuarias, sobre todo para los adolescentes y jóvenes.
- En los CSM la calidad del servicio y la atención al usuario son una prioridad.

Mexfam fue certificado internacionalmente en 2006 por la calidad y vanguardia en sus servicios clínicos y programas de salud por la IPPF.

2.4 Modelo pedagógico

Mexfam trata de resolver problemas específicos en la realidad particular del país por medio de la ejecución de normas internacionales y nacionales –que se abordaron en el primer capítulo de este documento- como las de la IPPF, por lo que sus labores se concretan en dos grandes vertientes: servicios de salud y servicios de educación. Es la segunda vertiente la que resulta el foco de atención en este apartado, pues para poder concretar los servicios educativos que brinda la institución con calidad y vanguardia, se ha tenido que trabajar en la construcción de un modelo pedagógico acorde a la cultura organizacional y a los objetivos estratégicos de la institución.

El Plan Estratégico (Mexfam, 2002) visualiza a las acciones educativas como una estrategia que contribuye a hacer realidad la misión y visión de la institución y como medio que permite el promover la nueva cultura de la salud sexual. En las líneas de acción derivadas de los objetivos estratégicos, y a su vez de los particulares, se hace mención de acciones educativas y de capacitación como medio para el logro de la función social de la institución a través de programas educativos en dos niveles diferentes:

a) Los programas educativos para usuarios –las personas que hacen uso de cualquier servicio en cualquier programa de Mexfam- en sus propias comunidades, con personal capacitado y autorizado por la institución, contenidos y materiales

específicos. El Plan Estratégico (Mexfam, 2002) incluye las siguientes líneas de acción específicas para este nivel:

1) Desarrollar programas educativos destinados a los distintos públicos usuarios de los servicios de Mexfam, con el fin de promover la nueva cultura de salud sexual.

2) Impulsar el diseño y producción de materiales educativos (libros, folletos, carteles, audiovisuales, etcétera) sobre igualdad y equidad de género, derechos sexuales y reproductivos y participación masculina.

3) Difundir ampliamente entre la población, pero sobre todo entre los jóvenes, los materiales educativos sobre la nueva cultura de la salud sexual.

4) Desarrollar acciones educativas dirigidas a promover la nueva cultura de salud sexual entre los jóvenes.

b) Los programas educativos para prestadores de servicios, éstos pueden ser personal interno de Mexfam, personal de instituciones afiliadas, de instituciones gubernamentales, de otras ONGs, y en general profesionales interesados en la educación y en la salud sexual y reproductiva, como maestros/as, educadores/as, médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, pedagogos/as, trabajadores/as sociales, promotores/as juveniles y comunitarios (Fundación Mexicana para la Plantación Familiar, 2011). Los contenidos educativos en este nivel son más diversos y especializados. Las líneas de acción relacionadas a este nivel educativo en el Plan Estratégico (Mexfam, 2002) se orientan principalmente a la capacitación a médicos sobre distintos procedimientos clínicos, aunque también se considera la capacitación para los promotores juveniles. En este punto cabe destacar la ausencia de líneas de acción relacionadas a la capacitación administrativa.

Estas líneas de acción, y toda actividad educativa en Mexfam, se han construido en el marco de un modelo pedagógico específico. Un modelo pedagógico es un recurso para acercarse a la realidad educativa en un momento social y un contexto particulares, sirve para entender la realidad y el fenómeno educativos de una institución determinada. Un modelo pedagógico, de acuerdo a Cardoso (2007), está constituido por la interacción de diversas dimensiones o ámbitos de la pedagogía, mismos que servirán para describir mediante qué procesos, teorías, métodos y técnicas la institución se acerca a esa realidad del acto educativo; estas dimensiones son: la orientación o perspectiva teórica, los fines de la educación, los contenidos académicos, las estrategias metodológicas, la periodicidad y características de la labor docente, la direccionalidad del proceso y la evaluación de la enseñanza y del aprendizaje.

Sobre la primera dimensión se puede decir que el trabajo educativo que se propone para la atención de estos problemas se basa en el enfoque teórico del

constructivismo, pues resulta ideal para la promoción del aprendizaje de los temas sobre sexualidad ya que considera los recursos propios de cada sujeto para lograr un aprendizaje significativo. Lo anterior parte del hecho de que el sujeto es responsable de sus propios aprendizajes y comportamientos de manera individual, y siendo que la sexualidad también se expresa en lo íntimo a partir de experiencias previas, resulta que los contenidos por aprender también son establecidos, ordenados y jerarquizados por cada sujeto. También se debe mencionar que el conocimiento va a ser significativo en tanto que los nuevos contenidos son de una aplicación funcional en la vida de las personas, por lo que es un aprendizaje que se experimenta en lo cotidiano.

El constructivismo en la metodología de Mexfam se encuentra en la parte de reconocer los conocimientos previos de los sujetos, ya sea de origen social, académico, médico o experienciales para generar nuevos aprendizajes; en el hecho de que se emplean recursos materiales o vivenciales significativos para promover el aprendizaje; en que promueve la toma de decisiones informadas como producto del aprendizaje y como medio para seguir aprendiendo; en que considera el ámbito social y el contexto para definir los contenidos y adecuar el aprendizaje a las necesidades de los individuos.

De la dimensión de los fines de la educación en el modelo pedagógico de Mexfam se debe decir que dependen del nivel al que se dirijan las actividades educativas, pues mientras en el nivel de los usuarios se pretende “Promover una nueva cultura de la salud sexual basada en la igualdad y equidad de género, en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y en una mayor participación del hombre en la salud familiar e impulsar el empoderamiento de los jóvenes” (Mexfam, 2002), en el nivel de prestadores de servicios se busca mejorar la calidad de los servicios médicos y educativos, y la consecución de los objetivos estratégicos; es decir cada nivel de atención educativa cuenta con fines pacíficos, mismos que deberán responder a sus necesidades y contextos particulares.

Los contenidos de los diferentes productos educativos de Mexfam también son diferentes en cada nivel de atención, aunque a partir del análisis de los temas emanados del Plan estratégico, los ejes temáticos que trabaja Mexfam, se pueden agrupar en cuatro grandes ejes (Díaz Infante, 2004):

- Planeación familiar integral.
- Salud sexual y reproductiva.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Calidad de los servicios médicos.

En el nivel de prestadores de servicios el contenido básico para todos los cursos de capacitación versa sobre los siguientes temas (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011):

- Sexo, sexualidad y género.
- Conceptos básicos en sexualidad: anatomía y fisiología.
- Habilidades psicosociales y sexualidad.
- Comunicación, asertividad y sexualidad.
- Desarrollo psicosexual infantil.
- Desarrollo psicosexual en la pubertad y la adolescencia.
- Respuesta sexual humana.
- Embarazo adolescente.
- Metodología anticonceptiva.
- Infecciones de transmisión sexual.
- VIH/sida.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Abuso sexual.
- Diversidad sexual y expresiones comportamentales.
- Masculinidad y perspectiva de género.
- Violencia basada en género.
- Actitud del orientador/consejero ante la sexualidad.

Para el personal médico específicamente se trabaja con temáticas clínicas como: Procedimiento de AMEU (absorción manual endouterina), anticoncepción de emergencia, aplicación y uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Para el nivel de programas educativos para usuarios existen contenidos particulares para cada programa social tomando en cuenta su contexto, por ejemplo en el PCR se hace énfasis en los contenidos de metodología anticonceptiva y prevención de cáncer de mama y cervicouterino; en el PCU además de los contenidos anteriores se trabaja con los temas de prevención de infecciones de transmisión sexual y prevención de la violencia de género; y de los contenidos más sobresalientes de Mexfam se encuentran en el PGJ, pues es un curso especialmente diseñado para adolescentes con participación de adolescentes, entre las temáticas que aborda se encuentran: género, sexualidad y juventud; comunicación familiar con la gente joven, pubertad y proceso reproductivo, embarazo adolescente y anticoncepción y el VIH y sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En el ámbito de la metodología se plantea la misma línea del enfoque teórico del constructivismo, pues la mayoría de los ejercicios educativos son prácticos, por lo que el formato de los mismos es de curso-taller. Esto se logra haciendo uso de diversas técnicas grupales que rescaten las experiencias previas de los participantes y promueven la manipulación directa de los materiales y contenidos, procurando la reflexión a partir del análisis de los mismos; específicamente en el área clínica se procura la capacitación práctica directa en los centros de servicios médicos.

Sobre los materiales usados en los cursos hay que destacar que son materiales de tipo impreso o electrónicos planeados para ser pertinentes y congruentes a los diferentes contextos en los que funcionan los diversos programas sociales de la Fundación, por ejemplo en el PCR se usan rotafolios con láminas que muestran diversas situaciones relacionadas a las temáticas de Mexfam en un contexto rural, el PCU ya hace uso de materiales electrónicos –como videos- con historias de tipo urbano, y el programa GJ cuenta con materiales impresos y electrónicos como videos de caricaturas o rotafolios con figuras de adolescentes diseñadas por los mismos adolescentes. En todos los casos el material incluye modelos anatómicos femeninos y masculinos, métodos anticonceptivos reales y otros artículos relacionados al erotismo seguro, mismos que son manipulados directamente por los participantes.

Un punto medular en el modelo pedagógico de Mexfam es el de las características y la labor de los docentes, es decir, el perfil de los educadores, que en este caso se identifican como formadores, facilitadores, promotores o consejeros. El nivel de atención educativa –ya sea usuarios o prestadores de servicios- va a determinar el perfil del educador; para el caso de los formadores de prestadores de servicios el perfil requerido va a ser muy alto: profesionista, experto en el tema, con experiencia en manejo de grupos desde el enfoque constructivista, abierto al diálogo y al debate (dado que las temáticas de Mexfam así lo requieren) y capaz de adaptar los contenidos a los diversos contextos de acción de los prestadores de servicios; la labor principal del educador en estos grupos será propiciar el aprendizaje de los contenidos de forma científica, humana y simplificada, para que el prestador de servicios pueda, a su vez, transmitir estos contenidos a los usuarios de la misma manera.

Con respecto a los educadores en el nivel de los usuarios el perfil es diferente: se requiere de gente con un alto sentido social, una gran actitud de servicio, con una base ética muy clara y con muchas habilidades de comunicación social; la tarea principal de este formador será enseñar contenidos de salud sexual a los usuarios de los servicios de Mexfam; lo que incluye a padres y madres de familia, hombres y mujeres de todas las edades, en contextos muy variados y diferentes regiones del país, por lo que se requiere que adapte los contenidos educativos de manera que resulten significativos para todos los usuarios.

Finalmente, pero no menos importante, se encuentra el ámbito de la evaluación. Para Mexfam la evaluación es de tal importancia que se encuentra incluida en su Plan Estratégico, pues de ella se desprenden experiencias y aprendizajes de valor para orientar sus esfuerzos hacia el logro de la misión, la visión y los objetivos.

Con respecto a los servicios educativos, se realiza la evaluación de los diversos ámbitos del proceso: se evalúa al docente, a los contenidos, a los materiales, los ambientes de aprendizaje, las estrategias, la consecución de los fines y el aprendizaje; es decir, evalúa todo el modelo pedagógico. Sobre el aprendizaje también se realizan diversas evaluaciones, en los cursos formales se evalúa de forma diagnóstica a los participantes, y posteriormente se realiza una evaluación de salida; pero el aprendizaje se continúa evaluando en la medida que se observa su aplicación cotidiana por medio de diversos instrumentos de seguimiento, esto incluye los procesos de aprendizaje en procedimientos clínicos.

El modelo pedagógico que Mexfam ha desarrollado a través del tiempo es perfectible y flexible, pues solo de esa forma es capaz de cumplir con la finalidad educativa de la institución, y al mismo tiempo permite el desarrollo de diversos modelos educativos.

2.4.1 Modelos educativos

Los modelos educativos encierran todos los factores sociales que permiten realizar la educación como proceso de enseñanza aprendizaje; un modelo educativos es, desde la perspectiva de Cardoso (2007), el objeto, la realidad, lo que existe, la práctica de la enseñanza y del aprendizaje; es la forma en cómo se concreta en la realidad el modelo pedagógico de Mexfam en sus diferentes servicios y productos educativos; esto es, la construcción didáctica de cada modelo educativo.

Uno de los modelos educativos más característicos de Mexfam es el de la capacitación para la ejecución de proyectos propuesto por la Mtra. Mariza Díaz Infante (2004). Este modelo educativo rescata los elementos del modelo pedagógico de la Fundación, haciendo hincapié en la calidad de los contenidos, de los formadores y del proceso de evaluación, es aplicable para cualquier programa social, para cualquier temática y cualquier región de Mexfam, y se resume en el siguiente cuadro.

PROCESO DE CAPACITACIÓN PARA PROYECTOS.

ETAPAS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN.	EVALUACIÓN
PRIMERA	Reunión Nacional de Información y Coordinación Reunión Local de información y Coordinación.	
SEGUNDA	Curso para personal directivo. Cursos para personal operativo. Local.	
TERCERA	Talleres de formación de instructores.	
CUARTA	Cursos para personal institucional. Cursos para personal no institucional.	
QUINTA	Talleres de reforzamiento, actualización y retroalimentación.	
SEXTA	Reuniones bimensuales de asesoría.	

En la construcción didáctica del modelo pedagógico de Mexfam se encuentra la posibilidad de construir los servicios y productos educativos con las especificidades que requiera el programa, el usuario y la región; de manera particular en Mexfam Acapulco se pudo proponer el siguiente modelo educativo para ofertarlo en escuelas privadas de nivel secundaria y bachillerato (Ahuacatitan, 2004). Se puede observar que concreta diversos ámbitos del modelo pedagógico institucional y cuenta con la mayoría de los elementos de la didáctica.

CÓMO VIVIR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVO: Que los adolescentes asuman su propia sexualidad para que puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, protegida y sin riesgos, que no incluya como elemento indispensable la reproducción, y que detecten que la sexualidad se desarrolla en la comunicación, en la convivencia y en el amor entre las personas.

DIRIGIDO A: Adolescentes escolarizados que cursen el nivel secundario o bachiller.

DURACIÓN: 10 horas, en 5 sesiones de 2 horas cada una.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: De 15 a 30 participantes.

METODOLOGÍA: Este curso-taller se construye entre el líder del grupo y los participantes como un espacio de reflexión, construcción del conocimiento y de participación, en dónde la gente joven intercambia experiencias a través de ejercicios vivenciales y procesos de comunicación de diversos tipos, mismos que les ayuda a

sensibilizarse frente a algunos aspectos de la sexualidad, así como a conocer habilidades psicosociales que les permitan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera más libre y responsable.

CONTENIDOS:

* Encuadre del curso

Objetivo específico: generar un ambiente de aprendizaje basado en la confianza y en el respeto para promover la participación e interés de los participantes.

Actividad: presentación personal ante el grupo.

Técnica grupal: Fósforo. Por cuestiones de tiempo, esta técnica es ideal para la presentación del grupo. Cada participante se presentará así mismo diciendo lo que más pueda mientras permanece encendido el fósforo. Lo harán uno a uno.

Actividad: contrato grupal

Técnica grupal: un mundo mejor. El grupo dialogará sobre como tendría que ser el comportamiento humano para tener un mundo mejor. Sin dejar que se amplíe el tema se retomarán las propuestas para aterrizarlas en el caso real del grupo. El líder de grupo debe delimitar las propuestas y promover que se lleven a cabo inmediatamente.

* Género, sexualidad y juventud

Objetivo específico: que los adolescentes sean capaces de explicar las diferencias entre sexo, sexualidad, género y erotismo, y que puedan expresar como vive cada uno de ellos estos conceptos.

Actividad: Construyendo conceptos

Técnica grupal; Mapa mental. En equipos de tres personas se les asignará una lectura relacionada a algunos de los conceptos a trabajar en el tema. Después de estudiarlo brevemente elaborarán un mapa conceptual, expondrán su interpretación ante el grupo y lo pegarán en el periódico mural

* Comunicación familiar con la gente joven.

Objetivo específico: Que los adolescentes sean capaces de aplicar algunos principios de la comunicación para tratar asuntos relacionados a su sexualidad.

Actividad: Valorar a la familia

Técnica grupal; Obituario. Cada uno de los jóvenes escribirá para la prensa su obituario anunciando su propia muerte según el siguiente modelo:

Nombre...murió ayer.
Era...
En el tiempo de su muerte estudiaba para...
Será recordado (a) por...
Se sentirá su pérdida especialmente en...
Siempre quiso....pero jamás consiguió...
Su cuerpo será...
En lugar de flores se pide que...
En su tumba se pondrá el siguiente epitafio:

Una vez terminados los obituarios se pide a tres jóvenes que compartan sus sentimientos con respecto al ejercicio y sobre su familia. Todos los obituarios se pegan en un periódico mural para su lectura posterior e individual.

* Pubertad y proceso reproductivo.

Objetivo específico: que los asistentes sean capaces de nombrar los órganos sexuales femeninos y masculinos, así como identificar las características del proceso puberal y reproductivo.

Actividad: nombrar los órganos sexuales

Técnica grupal: ¿cómo dices que se llama? El grupo se divide en dos equipos mixtos. La pizarra también se divide por la mitad con una línea. De un lado el equipo uno escribirá todos los nombres coloquiales que conozcan para referirse a la vulva. Del otro lado el equipo dos escribirá todos los nombres coloquiales que conozcan para referirse al pene. Gana el equipo que ponga mas nombres.

* Embarazo adolescente y anticoncepción

Objetivo específico: que los adolescentes sean capaces de examinar una situación de embarazo en la adolescencia y entonces valorar el uso de algún método anticonceptivo

Actividad: Chin!!! Estoy embarazada

Técnica grupal: representación. Se investiga en el grupo si alguien ha experimentado de cerca un evento de embarazo adolescente. En cuanto se identifique un caso, se pide al participante que se vuelva el director de teatro para montar la representación del evento. Se piden voluntarios para los diferentes papeles.

Técnica grupal: Jugando con los condones. Se realiza una práctica vivencial de la colocación del condón femenino y masculino en los modelos anatómicos correspondientes, se usarán variantes del condón masculino, así como los dedales y las hojas de latex para el contacto oral.

* El VIH y sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Objetivo específico: que cada adolescente sea capaz de identificar las diferentes ITS's y sus riesgos de contagio para que puedan evaluar las situaciones que puedan ponerlos en riesgo, e igualmente con el VIH y el sida.

Actividad: Debate sobre el uso del condón

Técnica grupal: Debate. El grupo se divide en dos equipos, uno de los equipos deberá defender la postura del uso del condón; mientras que el otro equipo deberá de pugnar por el no uso del condón. Tendrán 15 min. Para preparar sus argumentos y tendrán tres intervenciones de 2 minutos cada equipo. El líder del grupo funge de moderador

Los modelos educativos expuestos son solo una muestra de la construcción didáctica institucional; pues Mexfam ha propuesto y utilizado exitosamente otros modelos educativos para grupos específicos, uno de los más reconocidos es el Modelo para la Atención de Adolescentes Rurales (MAAR), que a partir del programa Gente Joven original crea una propuesta de atención contextualizada al ámbito rural. Este modelo ha demostrado ser efectivo en la reducción del número de embarazos en adolescentes en las comunidades donde se ha puesto en marcha (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2011).

Otro modelo destacado para grupos vulnerables es "Por ti, por mí nos cuidamos", que es una guía para la prevención de ITS's y VIH, dirigida a profesionales que trabajan con hombres privados de la libertad en los diferentes centros penitenciarios del país (Fundación Mexicana para la Plantación Familiar, 2011).

2.5 Mexfam Acapulco

La cultura organizacional y el modelo operativo, así como los modelos pedagógico y educativo, se proponen desde el organismo central de Mexfam, pero es en la realidad de los centros operativos donde se concretan o se diluyen estas propuestas, adaptándose a la realidad de las circunstancias y necesidades particulares de cada región.

El centro operativo Acapulco, desde su creación en la década de los 80, procuró concretar de la mejor forma posible los programas sociales y operativos institucionales, de tal manera que para el momento de la ejecución del proyecto Hábitat ya contaba con prestigio y reconocimiento. Bajo la dirección de la Dra. María Teresa Rodríguez Mexfam tuvo amplia participación en la vertiente de servicios médicos y de servicios educativos, con los que al mismo tiempo adquirió experiencia y participación en diferentes redes sociales especializadas en salud sexual y

reproductiva del Municipio de Acapulco, así como en instancias de tipo gubernamental.

La permanencia y desempeño institucional le permitieron a Mexfam Acapulco colaborar en diversos proyectos de participación comunitaria, institucional y gubernamental por medio de los programas sociales que ejecutaba: Programa Comunitario Urbano y el programa Gente Joven. Estos programas involucraban a una promotora comunitaria, dos médicos comunitarias, un coordinador Gente Joven, varios voluntarios juveniles y una gerente de centro.

Este equipo de trabajo, constantemente capacitado y con un alto compromiso social, se enfrentaba a problemas relacionados a la salud y educación sexual y reproductiva potencializados por las circunstancias locales, mismos que se abordan en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Situación en salud sexual y reproductiva en el Municipio Acapulco de Juárez

Dado que la experiencia profesional reportada en este trabajo se realizó en el Municipio de Acapulco Juárez, en el estado de Guerrero, en este capítulo se estará dando cuenta de información cuantitativa y cualitativa relacionada a la situación que se vive respecto a la salud sexual y reproductiva en el estado, y particularmente en el municipio, misma que fue motivo de la ejecución del Proyecto Hábitat-Mexfam, y de toda la labor realizada en Mexfam Acapulco.

Se debe partir del hecho de que el 96% de la población indígena en Guerrero no tiene acceso a servicios de salud por falta de hospitales con personal calificado y con equipamientos básicos. La región de la Montaña cuenta con un hospital general en Tlapa para atender a 300 500 personas repartidas en 17 municipios, con sólo tres ginecólogos, dos anestesiistas y un pediatra contratados para cubrir un solo turno; seis hospitales básicos comunitarios, sin especialistas ni equipamientos básicos; y unas 166 unidades de salud, de las cuales más de la mitad no cuentan ni siquiera con la presencia de un médico general, funcionando sólo con enfermeras y otro tipo de personal menos especializado (SiPAZ.org, en línea)..

La mortalidad infantil es particularmente elevada en algunos municipios: en Chilapa (Guerrero, zona centro, colindando con la Montaña) mueren 89 niños por cada 1000 nacidos vivos, mientras el promedio es de 28 en México y de 6 en los países industrializados. Muchos niños mueren de enfermedades fáciles de curar en países del primer mundo. (UNICEF 2005)

La mortalidad materna es de las más elevadas en el mundo: en Guerrero, 281 mujeres indígenas mueren por cada 100 000 recién nacidos, mientras el promedio es de 151 en las mujeres indígenas en México y de 51 en las mujeres mexicanas. En relación a la salud sexual y reproductiva existe falta de atención a las mujeres en edad fértil, pues en Guerrero, 1 ginecólogo tiene que atender a 4 132 mujeres y en la zona de la Montaña de Guerrero, 1 ginecólogo tiene que atender a 17 654 mujeres en edad fértil (hay 5 ginecólogos por 88 277 mujeres) (SiPAZ.org, en línea).

Tomando en cuenta lo anterior a continuación se desglosa la información relativa a los problemas de salud sexual y reproductiva específicos en el Municipio de Acapulco de Juárez, pues sobre éstos versan los trabajos de Mexfam. En todos

los casos se empieza por definir y enmarcar en lo global e institucional cada concepto para después aterrizarlo en nuestro contexto, pues se considera necesario para entender el impacto del mismo como problema de salud pública. Cabe destacar que en lo referente a los datos cuantitativos existe muy poco sobre Acapulco, por lo que la mayoría de esta información se proporciona a nivel estatal, no dejando de ser valiosa e impactante.

3.1 Infecciones de Transmisión Sexual

Entendidas como las infecciones que se propagan principalmente a través del contacto sexual de persona a persona (IPPF, 2010.), con las acepciones que hace la OMS (2011) sobre algunas infecciones que también pueden transmitirse de madre a hijo durante el embarazo o parto y a través de la transferencia de productos sanguíneos y tejidos.

Hay más de 30 diferentes bacterias, virus y parásitos transmisibles sexualmente, pero mucho del índice de contagio va a depender de la situación social o económica y algunos comportamientos sexuales, pues estos aumentan la vulnerabilidad de las personas a las infecciones de transmisión sexual. El tipo de poblaciones más expuestas a riesgos de infecciones de transmisión sexual varía según el entorno, la cultura y las prácticas locales (OMS, 2010).

Las infecciones de transmisión sexual afectan de forma desproporcionada a las mujeres y las adolescentes. Cada año, una de cada 20 muchachas adolescentes contrae una infección bacteriana por contacto sexual (OMS, 2010), y se observan infecciones a edades cada vez más tempranas, con la grave desventaja de que muchas de estas infecciones son asintomáticas, llevando al límite de la salud a estas mujeres.

La lista de ITS clínicamente reconocidas es larga e incluye Infecciones transmitidas principalmente por vía sexual:

- Clamidiasis.
- Linfogranuloma venéreo.
- Gonorrea.
- Sífilis.
- Virus del papiloma humano (VPH).
- Candidiasis o aftas.
- *Mycoplasma genitalium*.
- Retrovirus (como el VIH, el HTLV o el XMRV).

- Ureaplasma.
- Condiloma acuminata (verrugas genitales), causada por el virus del papiloma humano chancroide.
- Donovanosis o granuloma inguinal.
- Fitiriasis (ladilla).
- Herpes virus (ocho tipos conocidos).
- Infección gonocócica del tracto genitourinario.
- Sífilis congénita, sífilis temprana y sífilis tardía.
- Tricomoniasis (Wikipedia, 2010).

Y también incluye infecciones ocasionalmente transmitidas por vía sexual, pues muchas enfermedades de transmisión no sexual también pueden transmitirse por vía sexual, considerando el nivel de intimidad de la pareja:

- Amibiasis.
- Campilobacteriosis.
- Citomegalovirus.
- Criptosporidiosis.
- Gardnerella vaginalis.
- Giardiasis.
- Hepatitis B.
- Infecciones entéricas.
- Infección por hongos.
- Listeriosis.
- Meningococcemia.
- Micoplasmas genitales.
- Molusco contagioso.
- Malmonelosis.
- Micobacteriosis.
- Sarna.
- Vaginitis.
- Vaginosis bacteriana (Wikipedia, 2010).

Si bien el Sistema Nacional de Salud tiene registradas más de 70 enfermedades de transmisión sexual (NOM-039-SSA2-2002, 2001, en www), la importancia de esta lista radica en el contraste que se observa entre la cantidad de infecciones existentes y la cantidad de infecciones consideradas, tratadas y registradas en el sistema de salud del estado de Guerrero.

Mientras que en el 2006, la ITS más frecuente en México fue la tricomoniasis, que presentó una tasa de 160 casos por 100 mil habitantes. El virus del papiloma humano (VPH), que es el causante de los condilomas acuminados, se encuentra en la segunda posición, con una tasa de 23 casos por 100 mil habitantes. En el tercer

sitio se encuentra el VIH; con una tasa de 3 casos nuevos por 100 mil habitantes. Finalmente, la sífilis adquirida tiene una tasa de 2 casos nuevos; el herpes genital con poco menos de dos casos, y la gonorrea con un sólo caso (tasas por 100 mil habitantes). El chancro blando, la hepatitis B y el linfogranuloma presentan tasas menores a un caso nuevo por cada 100 mil habitantes Sin embargo, las ITS registradas nos muestran diferencias importantes por sexo: la tricomoniasis y el VPH, son detectadas comúnmente en mujeres; mientras que el VIH y la hepatitis B, se perciben más en varones.(Secretaría de salud, 2008)

Para el momento de la ejecución del Proyecto Hábitat- Mexfam la situación sobre enfermedades de transmisión sexual en Guerrero era la siguiente:

Incidencia de ITS en mujeres de 20 a 24 años de edad en el estado de Guerrero						
Año	2004			2005		
Edad	10-14	15-19	20-24	10-14	15-19	20-24
Papiloma Humano	0	15.29	46.18	0.50	10.80	42.51
Sífilis	0	1.67	7.48	0.74	1.11	5.15
Herpes Genital	0.99	4.17	16.91	0.25	2.77	6.11
Chancro blando	0.25	0.83	4.23	s/r	s/r	s/r

Tabla 1. Incidencia de ITS en mujeres de 20 a 24 años de edad en el estado de Guerrero. Extraído del Sistema de Investigación Epidemiológica de la SSA.

Es de considerable importancia la edad tan temprana a la que se presentan estos problemas de salud, lo que habla de un inicio de vida sexual precoz y desinformada; y el porcentaje tan alto que presenta el virus de papiloma humano, pues casi la mitad de las usuarias del servicio clínico es portadora, con su imprescindible riesgo de cáncer.

En Acapulco se reportó recientemente que ha habido un aumento de contagios de ITS, particularmente se tiene un incremento en el número de casos de sífilis, gonorrea y virus del papiloma humano (El Sur, 2011), tendencia que va en contra de lo que sucedía en el 2005, pues la sífilis y el papiloma humano registraban un decremento en su incidencia.

3.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA

Generalmente considerado como una infección de transmisión sexual el VIH/SIDA debe ser observado de manera particular dados la importancia y el impacto de esta pandemia en todos los aspectos de la vida de una nación, incluyendo los educativos. Se debe empezar por definir de forma separada el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El primero es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el SIDA, pues infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades (OMS, 2010). El VIH-1 (el más común) y el VIH-2, pueden transmitirse por contacto sexual, sangre y de madre a hijo durante la gestación, parto o amamantamiento. La mayoría de las personas permanecen saludables durante años, especialmente con el VIH-2, pero las infecciones oportunistas pueden evadir el cada vez más dañado sistema inmune (IPPF, 2010).

Por su parte el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS, 2010). Es decir, el SIDA es el estado avanzado de las infecciones causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Aunque en el Programa de Acción de Salud Reproductiva no lo define, si retoma el impacto histórico y social del mismo en México e identifica a los grupos en mayor riesgo de contraer la enfermedad:

En México la incidencia de VIH/SIDA tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su pico en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004. La tasa de mortalidad en adultos de 25 a 44 años inició una fase de descenso a finales de los noventa, que continúa a la fecha. En las mujeres la mortalidad se incrementó ligeramente entre 1997 y 2004, pero en los hombres se redujo 14%. Los casos acumulados registrados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110,300 y se estima que más de 182,000 adultos son portadores del VIH. México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en el número absoluto de casos, después de Estados Unidos y Brasil, pero en términos de prevalencia se ubica en el lugar 23.

La epidemia de SIDA en México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 15%, en trabajadoras del sexo comercial es de 2% y en usuarios de drogas inyectables de 6%, contra sólo 0.3% en la población general adulta (SSA, 2001).

A nivel estatal, entre 2004 y 2005 en Guerrero se reportó una incidencia de VIH entre hombres y mujeres de grupos de diferentes edades como sigue:

Edad	10-14	15-19	20-24	25-44
2004	0.25	4.17	9.11	10.89
2005	0	1.38	7.40	7.40

Tabla 2. Incidencia de VIH en población general en el estado de Guerrero. Extraído del Sistema de Investigación Epidemiológica de la SSA

El Estado de Guerrero tiene una tasa del 3.6% de incidencia del VIH. La relación de prevalencia en la infección es de 5 hombres infectados por cada mujer, según datos del CENSIDA a marzo de 2008 (Erika Cervantes. Coord. 2008). Del total de casos del estado, 4, 264 casos, es decir el 90.61 % se contagió por relaciones sexuales; 193 casos, 4.10% se desconocen las causas; 152 personas 3.23 % lo adquirió por vía sanguínea y 97 casos, 2.06 % por vía perinatal de acuerdo con el panorama epidemiológico de casos de sida que maneja el Programa Estatal de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud estatal (La jornada Guerrero, 2008).

En la entidad hay 1,640 mujeres infectadas y dado el subregistro se puede suponer que por cada caso registrado existen 5 mujeres que no conocen su diagnóstico. En Guerrero, las mujeres que viven con VIH están preferentemente en el rango de edad de 15 a 35 años, el 60% son amas de casa y fueron contagiadas por sus parejas (Erika Cervantes.Coord. 2008).

El puerto de Acapulco concentra el 60% de las personas infectadas con ese virus, aunque las regiones más vulnerables son las de mayor rezago social como La Montaña y la Costa Chica por concentrar el mayor porcentaje de población migrante a Estados Unidos. En lo que se refiere al puerto particularmente se tiene que de 1983 a 2008, han sido registrados 4, 706 guerrerenses infectados de VIH-SIDA, más en esta ciudad del estado se concentraba 55.52% de los casos con 2, 612 para el 2008. (La jornada Guerrero, 2008)

En un estudio por región en el estado a noviembre del 2008, se encuentra que Acapulco, la ciudad más poblada de la entidad, puntea al acumular 2 mil 612 casos; le siguen la región Norte con 462 casos; Costa Chica con 450; Costa Grande con 417; Centro, 357; Tierra Caliente, 148; y La Montaña, 76; y hay registro de 184 casos que se desconocen su origen, y bien pudieran ser de otros estados o extranjeros que radican en la entidad (La Jornada Guerrero, 2008).

3.3 Embarazo en adolescentes

Este tema es de alto impacto en todas las sociedades, más en el municipio de Acapulco adquiere dimensiones mayores, no solo por el número de adolescentes que presentan embarazos no planeados, sino por las circunstancias en las que se presenta este fenómeno.

De manera generalizada, la OMS (2008), la IPPF (2004), y la SSA (2001 y 2008) concuerdan que en el sentido biológico los adolescentes son aquellas personas que se encuentran entre los 11 y los 19 años de vida; pero más allá de esta categorización se puede afirmar que la adolescencia es una etapa de desarrollo del ser humano que conlleva cambios importantes en los que intervienen factores de carácter biológico, psicológico y cultural. Muchas de las transformaciones en esta fase se inscriben en el ámbito de la reproducción y ocurren de modo tal que sitúan a los adolescentes en una posición particularmente vulnerable, en especial en lo que se refiere a la posible incidencia de embarazos no deseados y a la adquisición de infecciones de transmisión sexual (Rivera y Arango 1999, citado en Palma Cabrera, 2004).

En las sociedades posmodernas la adolescencia adquiere otras dimensiones, pues la actividad sexual tiende a iniciarse en etapas cada vez más tempranas, lo mismo que sucede con la edad promedio de la menarquia y la espermarquía (primera menstruación y primera eyaculación respectivamente). Lo que implica que la precocidad en el desarrollo y el comportamiento sexuales están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes.

Se calcula que anualmente se producen en el mundo 14 millones de embarazos en mujeres menores de 20 años, 90% de los cuales ocurren en los países en vías de desarrollo (OMS, 2011). En México la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por 1,000. El indicador que a la fecha mejor refleja la magnitud de este problema en México es el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas. En 2005 se registraron 1, 174,209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4% de los países ricos, pero también con el 50% de algunos países africanos. Cabe destacar que 7,289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años (SSA, 2007)

En relación con el promedio nacional, los adolescentes de Guerrero tienen un menor conocimiento de los métodos anticonceptivos. Se estima que dos de cada cinco mujeres se embarazan antes de cumplir los 20 años y la mayoría de éstos son embarazos no deseados ni planeados, siendo las principales causas la falta de

acceso a métodos anticonceptivos y/o el limitado acceso a servicios de educación y salud sexual de calidad. Ejemplo de ello es que menos del 40% de los adolescentes de Guerrero utilizó condón en su primera relación sexual (Erika Cervantes, Coord. 2008)

En el estado de Guerrero, al momento de la ejecución del proyecto Hábitat-Mexfam, la situación respecto a embarazos adolescentes era la siguiente⁴:

Año	2004		2005	
Edad	Menores de 15	De 15 a 19	Menores de 15	De 15 a 19
Embarazos atendidos	1,016	11,829	1,085	12,370

Tabla 3 .Embarazadas de menos de 20 años atendidas por la SSA. (SSA-DGIS, 2005)

Particularmente en el Municipio de Acapulco, solo en el 2009 se registraron 800 embarazos entre mujeres de entre 12 y 18 años de edad, de éstas, 46 contaban con una edad entre los 11 y los 14 años. (El sur de Acapulco, 2011). Para julio del 2011 se tienen registros de 49 adolescentes embarazadas nada más en la zona rural del municipio de Acapulco (El Sur de Acapulco, 2011).

Más allá de las consecuencias fisiológicas del embarazo y el parto que se presentan en las adolescentes, debe ser foco de atención la alta proporcionalidad que existe entre la pobreza y la falta de oportunidades en los que viven los adolescentes y el embarazo entre los mismos, como afirman Menkes, Suárez y Nuñez (en Lozano, coord., 2004)

3.4 Métodos anticonceptivos

Entendidos como cualquier práctica, método o dispositivo que puede usarse para evitar el embarazo en una mujer sexualmente activa (IPPF, 2010), la mayoría de los métodos anticonceptivos han quedado bajo la recomendación, control e implementación de los servicios médicos, pues como indica la OMS incluyen medicamentos, intervenciones médicas e incluso quirúrgicas (2008).

Esto se traduce en un problema, pues aquellos métodos que son de acceso universal, como el condón femenino y masculino, y la anticoncepción de emergencia, se vuelven inalcanzables para los sujetos sin recursos financieros para su adquisición; o bien se vuelve un suplicio la solicitud de los mismos en el sector salud, pues lejos de respetar la privacidad, intimidad y los derechos del solicitante, se presentan cuestionamientos y descalificaciones por parte del personal de salud.

⁴ Hay que observar que este dato se refiere a embarazos atendidos y no a partos atendido; pues mucho de los embarazos adolescentes terminan en abortos.

El acceso universal a una amplia variedad de métodos anticonceptivos contribuye a la salud materna porque permite a las mujeres y los hombres ejercer su derecho de elegir el número y espaciamiento de sus hijos. Este derecho está amparado en las leyes vigentes del país; en la Constitución Política de México, en la Ley General de Población y en la Ley General de Salud, entre otras, pero de manera específica en la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, que fue expedida en 1994 y actualizada en 2002.

Según estimaciones del CONAPO, en el año 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos ascendió a 62.1% del total de mujeres en edad fértil, cifra que se incrementa a 70.8% si se consideran además las usuarias de métodos tradicionales. El total de usuarias en el país fue de cerca de 11.3 millones en el año 2000, lo que representa un incremento de poco más de dos millones de usuarias (22.8%) en comparación con el logro de 1994. (SSA, 2001)

Aunque en el 2007 la SSA reportó un ligero aumento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (70.9%) y una reducción en la brecha urbano-rural(74.6 versus 58.1%) pero también un bajo uso de métodos anticonceptivos en las mujeres sin escolaridad (56.6%) y en mujeres de 15 a 19 años de edad (39.4%), estos porcentajes explican en buena medida las altas cifras de embarazos en adolescentes que existen en el país, sobre todo en las poblaciones más marginadas (SSA, 2007). Actualmente los métodos más usados son la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y el Dispositivo Intrauterino (DIU); son además los de mayor efectividad y tasa de continuidad. Existe un 12.3% de personas que prefieren los métodos tradicionales, lo que indica la diversidad de formas de decidir sobre la sexualidad y reproducción en la población (SSA, 2001).

Particularmente en el estado de Guerrero la tasa global de fecundidad es superior a la nacional (2.2) con un promedio de 2.5 hijos por mujer. El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos por parte de mujeres unidas en edad fértil es del 54.9%, muy por debajo del porcentaje nacional: 70.9% (Erika Cervantes. Coord. 2008)

La cobertura de usuarios de algún método anticonceptivo en el 2004 fue de 60.2% y en el 2005 fue de 60.9%, si bien parece alto este dato, se debe de considerar que este porcentaje se calcula sobre el total de usuarios de los servicios de la SSA, no del total de población. El problema radica en la falta de acceso a los servicios de salud y a los métodos anticonceptivos por parte de los grupos vulnerables, pues como se comenta al inicio del capítulo, en muchas localidades no existen servicios médicos o de orientación, o en su caso, como en Acapulco existe

violencia institucional contra las mujeres, sobre todo adolescentes, al negarles los métodos o los servicios de planificación familiar.

Recientemente se dieron a conocer los resultados de un estudio que evidencia la falta de métodos anticonceptivos en las instituciones del sector Salud, sobre todo en la región de La Montaña y en el área rural del municipio de Acapulco, el organismo no gubernamental que realizó un muestreo entre 198 mujeres de los municipios de Acapulco, Malinaltepec, Chilapa, Zitlala, Tlacoapa y Tlapa encontró que las mujeres no usan la anticoncepción, no sólo por su cultura y usos y costumbres, sino por la falta del material en los hospitales y Centros de Salud, así como por los múltiples requisitos que les requieren para poder entregárselos (El Sur de Acapulco, 2011).

En Acapulco en donde el acceso a servicios en general es mayor, se observan varios obstáculos para el acceso a la anticoncepción, incluyendo la falta de capacitación al personal de los centros de salud, la sobresaturación en los servicios y los tiempos de espera así como la falta de difusión sobre los servicios de planificación familiar que los centros ofrecen y la disponibilidad a una amplia variedad de opciones.

3.5 Cáncer de mama y cervicouterino

El cáncer es un crecimiento rápido y anormal de células malignas en cualquier parte del cuerpo, por lo que el término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier órgano, sistema o aparato humanos; por lo que también se habla de tumores malignos. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis (OMS, 2010).

El cáncer de mama, que es el desarrollo de células malignas en las glándulas mamarias (mayormente en las mujeres, pero también se puede presentar en los hombres), es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, 2004).

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al

40% en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008; citado en OMS, 2004)). La bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

En México los tumores malignos son una causa importante de muerte. En 2005 ocurrieron más de 40 mil defunciones por tumores malignos en todo el país; pero el análisis de la información por sexo, indica que el cáncer del cuello del útero y cáncer de mama son los tumores que más muertes ocasionan en las mujeres. El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres en nuestro país y la segunda causa de muerte en las mujeres de entre 40 y 49 años de edad. Entre 2001 y 2005 el número de muertes por esta razón se incrementó 20%, aunque la tasa de mortalidad en mujeres de 25 años de edad y más tuvo un comportamiento estable. Esto ubica al país en una posición relativamente favorable en el contexto latinoamericano, con cifras mucho menores que las que presentan países de un nivel de desarrollo similar, como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay (SSA, 2007).

En el estado de Guerrero se presenta una alta incidencia de cáncer de mama, pues entre el 2004 y el 2005 se registraron los siguientes casos:

Edad	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y +
2004	0	0	0.9	0.85	1.90	0.97	1.31	3.44
2005	0.25	2.49	1.93	2.51	10.17	11.39	12.86	5.54

Tabla 4 .Incidencia de casos de cáncer de mama por edad en Guerrero (SSA-DGIS, 2005)

De esta tabla cabe observar el gran aumento que se da del primer año al segundo, también destaca el aumento en la incidencia en el grupo más vulnerable con una triple desventaja: mujeres, adultas mayores, en situación de pobreza.

Por su parte, el cáncer cervicouterino entendido como el crecimiento anormal e incontrolado (maligno) del cuello uterino, usualmente presente debido a infección persistente con ciertos tipos de virus del papiloma humano (IPPF, 2010), también tiene otros factores de riesgo que influyen para que se presente (OPS S/F):

- Tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- No hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino (Papanicolaou) periódicamente.
- Inicio de la vida sexual a una edad temprana.
- Tener parejas sexuales múltiples.

- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el VPH.
- Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.
- Grupo de edad (las mujeres de 30-60 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad).
- Fumar.
- Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).

En todo el mundo, el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más común en mujeres (después de cáncer de mama). La Organización Mundial de la Salud (2007) calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer cervicouterino, cada año se diagnostican 490,000 nuevos casos de cáncer cervical, eso es más de 1,350 casos nuevos por día.

En México, la SSA ha reportado que el número de mujeres mayores de 25 años que murieron por cáncer cervicouterino en el año 2000 fue de 4,594, mientras que para el 2006 se reportaron 4,114, con tasas de mortalidad de 19.2 y 14.6 por cien mil mujeres de 25 años y más respectivamente, lo que representa una disminución de 24.2% en este período; aunque la mortalidad por este tipo de cáncer ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, por lo que uno de los mayores retos en salud es disminuir esta inequidad (SSA, 2008).

Mientras se ejecutaba el proyecto Hábitat-Mexfam, la situación del cáncer cervicouterino en Guerrero era la siguiente:

Edad	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y +
2004	0	0	0.33	2.54	2.09	3.41	11.80	0.87
2005	0	0.56	1.29	7.03	9.19	18.13	19.61	24.27

Tabla 5 .Incidencia de casos de cáncer cervicouterino por edad en Guerrero (SSA-DGIS, 2005)

De esta tabla sobresale nuevamente el incremento de la incidencia en el segundo año registrado, con acento en el grupo de las mujeres adultas mayores.

Para inicios del 2011 se prevé que en Guerrero existan dos mil casos nuevos de cáncer de mama y cervicouterino , pues en los últimos cinco años en la entidad

se diagnosticaron mil 700 casos nuevos de cáncer y de ese número el 50 % de las mujeres atendidas ya perdieron la vida. Para este mismo año en la entidad se espera registrar de mil 800 a dos mil casos nuevos de estos tipos de cáncer en todo el estado, particularmente en las ciudades más pobladas como Acapulco, esto debido a que es un problema de salud que afecta a hombres y a mujeres (El Sur de Acapulco, 2011).

En Acapulco mientras tanto, la causa número uno de muerte es la de cáncer en el cuello del útero y mama, es decir 15% son casos de cáncer de mama y un 20% son casos de cáncer cervicouterino (El Sur de Acapulco, 2011), además de que este municipio se encuentra por arriba de la media nacional de muertes por estos tipos de cánceres, pues de las 140 muertes que en promedio se registran en el estado, entre 40 y 45 son de Acapulco, y la media nacional es de 8 muertes por cada cien mil y en Acapulco se registran 18 por cada tanto (La Jornada Guerrero, 2011)

3.6 Equidad de género

En este punto se hará hincapié en la violencia de género y la accesibilidad a los servicios de salud por el mismo.

Afirma la OMS (2011) que las diferentes funciones y comportamientos entre hombres y mujeres pueden generar desigualdades de género, mismas que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

La discriminación sexual genera muchos peligros para la salud de las mujeres, sobre todo las de grupos vulnerables (adolescentes, niñas, en pobreza, etc) tales como la violencia física y sexual, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la falta de acceso a la información, falta de garantía de sus derechos, falta de acceso al trabajo y a la educación, y en general pocas oportunidades de desarrollo. En la mayoría de las sociedades la mujer tiene un menor estatus social que el hombre, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, la comunidad y la sociedad en general: tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos, y un menor peso que los hombres en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a la salud de la mujer y a no prestarle la debida atención (OMS, 2011)

A partir de lo anterior la OMS ha establecido el enfoque de salud pública basado en el género, que parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y a partir de ello actuar en consecuencia. Entre los datos más destacados de la OMS sobre salud y género se encuentra que:

Entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas. Estos abusos, que se dan en todas las clases sociales y en todos los niveles económicos, tienen graves consecuencias para la salud de la mujer, ya sea en forma de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual, depresión o enfermedades crónicas. En la mayoría de los países la cocina suele ser una ocupación femenina. Cuando cocinan en fuegos o cocinas tradicionales, respiran diariamente una mezcla de cientos de contaminantes. Este humo presente dentro de las casas es causa de 500 000 del 1 300 000 muertes anuales de mujeres debidas a neumopatías obstructivas crónicas. En cambio, sólo aproximadamente un 12% de las muertes masculinas por neumopatía obstructiva crónica están relacionadas con el humo de interiores. Durante el embarazo, la exposición del embrión en desarrollo a esos contaminantes dañinos puede ser causa de bajo peso al nacer o incluso de muerte intrauterina (OMS, 2011).

Por su parte, la IPPF explica la equidad de género como la “Aplicación de imparcialidad o justicia en todos los aspectos relacionados con el género, lo que incluye tanto la composición de las estructuras de poder y las divisiones sociales del trabajo. En salud reproductiva, por ejemplo, las mujeres cargan con la mayor proporción de los costos, peligros y problemas” (2010)

El trabajo sobre género en México parte de que en 1996 la Asamblea Mundial de la Salud reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública y ésta invitó a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud a tomar medidas para la atención no sólo de las lesiones que produce la violencia física sino también de sus efectos en la salud emocional, sexual y reproductiva (SSA, 2008).

Violencia de género y salud

...La violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran relevancia en México, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales, como por la presencia de fenómenos extremos de discriminación de género, como el feminicidio, que han puesto de relevancia los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez.

En México los indicadores con los que se cuenta permiten ya caracterizar a la violencia de género. He aquí algunos datos:

- Seis de cada 10 mujeres ha sufrido violencia alguna vez en la vida.
- Tres de cada siete mujeres han sufrido violencia de pareja, generalmente ejercida por hombres.

• Una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja en el último año.

• La primera causa de años de vida saludable perdidos por las mujeres en México es la depresión unipolar mayor, que con gran frecuencia se asocia a la violencia de género. La incorporación de acciones específicas para la atención de este problema en las instituciones de salud es aún incipiente. La encuesta más reciente realizada sobre este tema en nuestro país revela que sólo se detecta a 5% de las mujeres que viven en situación de violencia y apenas 1.5% acude para su atención a algún servicio especializado.

El Estado mexicano ha reconocido la importancia de este problema y la urgencia de su atención. En febrero de 2007 se emitió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se establece la concurrencia de los tres órdenes de gobierno, incluyendo a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en acciones para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

En cumplimiento de esta Ley General y de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 (Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar), corresponde a las instituciones del Sistema Nacional de Salud establecer acciones para prevenir y atender oportunamente la violencia familiar y de género con la finalidad de reducir su impacto en la salud de la población. Como parte del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se tiene previsto la ejecución coordinada de acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, y la operación en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de servicios de atención médica y psicológica integral e interdisciplinaria y con perspectiva de género para las víctimas, apoyados en modelos institucionales desarrollados *ex profeso*.

Cuadro 5. Violencia de Género y salud. (SSA, 2008)

Con uno de los rezagos más evidentes por la situación de pobreza y diversidad étnica (cuatro grupos conforman la población indígena), en Guerrero existen los más altos índices de analfabetismo, falta de acceso a la salud y escasez de vivienda digna, este estado refleja condiciones de inequidad de género elevadas: es el segundo estado con mayor índice de analfabetismo en las mujeres (más del 23%, comparado con un 9.5% a nivel nacional) pues de los analfabetas, casi el 50 %

son mujeres, lo que les impide el acceso a oportunidades de romper el ciclo de la violencia, solicitar apoyo y acceder a la justicia (Guillé, 2008).

Guerrero es un lugar en donde la causa más importante de mortalidad es el homicidio, los levantamientos y desapariciones, y las mujeres han tenido que resistir la práctica, casi común, de la violación y el asesinato. Por otra parte la violencia familiar se convierte en un punto de atención prioritario que requiere de la participación institucional para su prevención y atención, así como la atención especializada a través de ONG's y proyectos específicos, como fue el caso del proyecto Hábitat. Mexfam. Del total de mujeres violentadas, un 50.7% han sido agredidas físicamente, 21 % sexualmente, 85. % han sufrido violencia emocional; y el 62.8 %, violencia económica. La violencia familiar extrema afecta al 28% de mujeres casadas o unidas. Esas agresiones, son perpetradas por parte de sus parejas(Guillé, 2008). A nivel estatal en 2006 nueve entidades federativas registraron una tasa de homicidios de mujeres por encima de la nacional (2.4 homicidios por cada 100 mil mujeres), entre ellas sobresale con la tasa más alta el estado de Guerrero: 5.7 por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2008).

En conclusión, sobre la situación de salud en Acapulco, se debe observar el problema de falta de acceso a los servicios de salud como un problema de pobreza, pues deja al descubierto la falta de capacidad del estado para brindar el mínimo de seguridad social a los habitantes de Guerrero, particularmente los pobladores de las áreas rurales y a los indígenas, que en muchas ocasiones tienen que trasladarse durante días de un lugar a otro para recibir atención médica de primer nivel, porque los servicios de especialidades o quirúrgicos se encuentran en los centros urbanos del estado. Y específicamente sobresale la carencia de médicos en las instituciones de salud asignados al cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres del estado, que aunado a falta de educación sobre el tema, se torna en un problema de salud pública.

Si bien este problema es grave en las áreas rurales, no es menos importante en las zonas urbanas del estado. En el Municipio de Acapulco de Juárez, principal asentamiento urbano de Guerrero, interactúan diversos factores que hacen del problema de la falta de servicios de salud un problema de atención prioritaria: el alto índice de pacientes que viven con VIH o SIDA, el alto número de embarazos no intencionados entre adolescentes, la violencia hacia las mujeres – y en general-, la violencia en el estado.

Además, a lo anterior se debe sumar el hecho de que los cambios en la organización de las sociedades y las TIC's han provocado cambios en la identidad y en el comportamiento de los sujetos -incluyendo su identidad y comportamiento

sexuales-, lo que da como resultado una comunidad con serios problemas relacionados al tema de salud sexual y reproductiva. Dichos problemas deben ser analizados desde todas las perspectivas: sociales, políticas, educativas, éticas, jurídicas, económicas, entre otras; lo que da pie a establecer diversas líneas de acción ejecutadas por diferentes instancias, ya sea públicas o privadas, siempre y cuando garanticen la capacidad de acción y de alcance en sus propuestas, como el proyecto Hábitat-Mexfam.

Capítulo 4. Proyecto Hábitat – Mexfam.

Si bien es cierto que el mundo está cambiando de manera drástica y veloz, aún no hemos adquirido plena conciencia de este hecho ni de sus implicaciones: el desempleo, problemas ecológicos, crisis económicas, pobreza, entre muchos otros. El nuevo orden político, económico y social que se ha generado a partir de los anteriores problemas, también ha modificado las formas de vida y el comportamiento de los sujetos sin importar su sexo, su nacionalidad, su raza, religión o condición social; y estos cambios son tanto individuales como colectivos, y son inevitables.

Uno de los efectos más impactantes y grandes de las crisis social y humana es la pobreza, pues ésta también se ha modificado según su entorno y momento sociohistórico, dando como resultado una pobreza heterogénea, multidimensional y multifactorial, que lejos de significar solamente bajos ingresos o falta de recursos materiales o económicos para el sujeto y su familia, hoy por hoy se trata de una pobreza humana que considera la privación de lo necesario para la supervivencia, la falta de acceso a la educación –al conocimiento-, a la salud, y a un nivel decente de vida; esto es, la carencia de oportunidades reales para vivir una vida valiosa y valorada (Fabio Giraldo, 2006).

La pobreza es más que un problema de economistas o políticos, es un problema de conciencia, de razón, de humanidad. Bien afirma Klisberg (2002) “La pobreza... entraña una violación de derechos a gran escala. Derechos como el acceso a la salud, a constituir una familia y tener estabilidad para ella, a la nutrición, a la educación, al trabajo, a la propia cultura...” Esta afirmación se puede constatar cuando se observan las condiciones de vida en los estados más pobres de nuestro país: Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Particularmente el estado de Guerrero presenta un rezago importante en lo relacionado a la superación de la pobreza, incluyendo los ámbitos de la salud y la educación.

4.1 Contexto

En México, dada la diversidad cultural y étnica, la distribución geográfica y social de los grupos humanos y las características naturales del territorio, la heterogeneidad y complementariedad de la pobreza son aún mayores provocando que la pobreza sea el común denominador de casi todos los mexicanos. Hacia el final del sexenio de Vicente Fox casi la mitad de la población (47%) vivía con algún

tipo de pobreza después de la crisis se ha extendido en un 30% más (Valenzuela, 2010).

De esto no cabe duda alguna cuando se observan las condiciones de vida de los habitantes de los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, los estados con más pobreza en nuestro país. De estos estados el más pobre es Guerrero, en parte por sus características orográficas y por la distribución de asentamientos humanos en su territorio.

Bajo el concepto de que la pobreza es carencia de acceso al bienestar en todos los sentidos, los siguientes datos dejan ver la realidad social y humana del problema en dicho estado (SiPAZ, en línea).

- El estado de Guerrero cuenta con 3 079 649 habitantes, de los cuales 17,2 % son indígenas (529 780 personas). La población indígena en Guerrero se encuentra esencialmente en la zona de la Montaña y en menor medida en la Costa Chica, siendo estas las zonas más marginadas del estado; mientras que la mayor parte de la población urbana, más del 80%, se concentra en la zona turística del estado conocida como el triángulo del sol: el Municipio y ciudad de Acapulco de Juárez, Taxco y Zihuatanejo.
- Ingresos: Más de 53 000 trabajadores no tiene ningún ingreso. La población indígena es la más afectada, un 46 % de los indígenas de más de 15 años no tienen ingresos. Cerca de 28 000 trabajadores percibe menos de un salario mínimo mensual. En Acapulco se observan grandes disparidades: un 5 % de la población indígena de más de 15 años no recibe ingresos; mientras en Acatepec o en Atlixac – región de la Montaña, cerca de 80% de la misma franja de población no recibe ingresos. (Fuente: INI 2002)
- Vivienda: Guerrero ocupa el 2º lugar nacional a nivel de marginación por sus viviendas (Fuente: INEGI 2000), entre el 80 y 100% de las viviendas en los municipios indígenas de Guerrero no cumplen con las condiciones mínimas de una vivienda digna, el 40% de las viviendas tienen piso de tierra, el 29% de las viviendas no tienen agua entubada, y más de 500 comunidades (un 56%) carecen del suministro de agua entubada en un entorno donde las fuentes de agua son pocas y alejadas. El 47% de las viviendas no tienen drenaje (SiPAZ, en línea)..
- Educación: El 22% de la población es analfabeta; respecto a la población indígena, la mitad es analfabeta. En los municipios indígenas más marginados este porcentaje se eleva: 88% en San Marcos, 71% en Metlatónoc, 67% en

Ahuacuotzingo, 65% en Xochistlahuaca. Guerrero es el segundo estado con mayor índice de analfabetismo en las mujeres (más del 23%, comparado con un 9,5% a nivel nacional) 45,4% de la población indígena (1 de cada dos personas) de más de 15 años no pasó por la escuela (mujeres en mayoría). (INEGI 2000, INI 2002)

Se puede observar que en Guerrero la pobreza se encuentra en sus dimensiones rural y urbana, aunque la mayor parte de sujetos en esta condición son habitantes de las zonas rurales e indígenas; pero este grupo también la padece en las zonas urbanas, sobre todo por la falta de acceso al trabajo y por los bajos ingresos que perciben, que en su mayoría provienen del turismo; también se observa que, con respecto al género, las mujeres tienen menos acceso a la educación y a los servicios de salud, lo que las hace un grupo más vulnerable, y doblemente si son mujeres e indígenas.

El problema de la pobreza patrimonial es grave, pues en las zonas rurales las grandes extensiones de tierra no garantizan el sostén de la familia ni la posibilidad de una vivienda con los servicios básicos, mientras que éstas se están erosionando y perdiendo su capacidad de producir cosechas por falta de manos que la trabajen, pues la mayoría de los hombres emigran a las ciudades o al norte.

Cabe decir que desde el principio de la historia, en México y en el mundo, han existido los grupos humanos en desventaja, si no económica, si de tierras, de alimento, de trabajo, de participación, de oportunidades, al grado que la revolución francesa y los movimientos intelectuales de ese entonces apostaron al liberalismo, como la posibilidad de que todos pudieran tener de todo. Hoy sabemos que la historia no ha marchado tan bien, pues la globalización –echando mano del neoliberalismo precisamente- ha ampliado la brecha entre los ricos y los pobres, dejando a la mayor parte de la población mundial en una seria desventaja para vivir.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo la pobreza en el mundo se observa en los siguientes indicadores (PNUD, 2011):

- Más de 1,000 millones de seres humanos viven con menos de un dólar al día.
- 20% de la población mundial ostenta el 90% de las riquezas.
- Las mujeres ganan 25% menos que los hombres en competencias iguales.
- 876 millones de adultos son analfabetos, de los cuales dos tercios son mujeres.
- Más de 500,000 mujeres mueren cada año durante el embarazo o en el parto.

- Hoy en día, 42 millones de personas viven con el virus del SIDA, de las cuales 39 millones viven en países en desarrollo.
- 2,800 millones de personas, es decir, cerca de la mitad de la población mundial, viven con menos de 2 dólares al día.

Ante estos indicadores la ONU ya reconoce la pobreza como un problema mundial que implica las cuestiones de salud y de educación como primordiales para superar; por lo que este organismo internacional se ha dado a la tarea de proponer, en el marco de los acuerdos del milenio, soluciones para reducir la pobreza, como el programa HÁBITAT.

4.2 Programa HÁBITAT

En el contexto mencionado, y ante la presión que éste ejercía, en septiembre del año 2000, después de una década de trabajo en conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, los representantes de 189 naciones miembros de la ONU se reunieron en su Sede en Nueva York para aprobar la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países en una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cuyo plazo está fijado para el año 2015. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial (ONU, 2010)

Estos objetivos con sus respectivas metas son de importancia porque a partir de ellas se desarrollaron las líneas de acción del programa HÁBITAT. (ONU, 2010)

- | | |
|---|--|
| 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día ■ Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre |
| 2. Lograr la enseñanza primaria universal. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria |
| 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015 |

- 4. Reducir la mortalidad infantil
 - Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
- 5. Mejorar la salud materna
 - Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes
- 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
 - Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA
 - Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves
- 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
 - Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; invertir la pérdida de recursos del medio ambiente
 - Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable
 - Mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020
- 8. Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.
 - Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio
 - Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
 - Atender a la necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo
 - Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo
 - En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo
 - En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo
 - En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular, los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Para poder concretar en tiempo y forma estas metas en los diferentes países, la ONU creó la agencia ONU-HÁBITAT que trabaja en colaboración directa con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ayudando en cada país a la elaboración de políticas públicas que permitan llevar a la práctica en el contexto particular de cada estado estas metas, también asesoran y evalúan los programas que se ejecuten como resultados de las políticas planteadas.

La agencia ONU HÁBITAT es la agencia de las Naciones Unidas para los asentamientos humanos y tiene el fin de promover ciudades social y ambientalmente sostenibles y que proporcionen vivienda adecuada para todos, ya que los asentamientos humanos y ciudades están creciendo hoy en día a niveles sin precedentes, las ciudades son ahora el hogar de la mitad de la humanidad y también son los centros de producción y consumo nacional; pero los procesos económicos y sociales que generan riqueza y oportunidades también crean enfermedades, delincuencia, contaminación, pobreza y malestar social. En muchas ciudades, especialmente en los países en desarrollo, el número de habitantes que viven en casuchas es más del 50% de la población y tienen poco o ningún acceso a la vivienda, el agua y el saneamiento, la educación y los servicios de salud (ONU Hábitat, 2011).

Particularmente en México, para el 2005, dos terceras partes de la población del país vivían en las ciudades y zonas metropolitanas que integran el Sistema Urbano Nacional (SUN). La población asentada en el SUN creció en el quinquenio 1995-2000 a razón de 1.9 por ciento anual, tasa que es casi el doble de la registrada por la población rural de México. En algunas ciudades y zonas metropolitanas del país (notablemente las localizadas en la franja fronteriza norte, los polos de playa y los centros urbanos con marcada especialización hacia el mercado externo, incluidas algunas ciudades petroleras), el crecimiento demográfico ha sido incluso más intenso generando fuertes presiones sobre el aparato productivo, el mercado laboral, la infraestructura básica y la provisión de servicios sociales, específicamente de salud y educación, y el medio ambiente (Diario Oficial de la Federación, 2005).

Entonces, considerando el problema anterior y el replanteamiento que hace Giraldo (2006) de que

...un hábitat adecuado significa algo más que tener un techo para protegerse, pues también es disponer de un lugar con privacidad, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad adecuada, seguridad de tenencia, estabilidad y durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación dignos, una infraestructura básica que incluya abastecimientos de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad de medio ambiente y relacionados con la salud, y un emplazamiento adecuado y con acceso a fuentes de trabajo y a los servicios básicos, todo ello a un costo razonable...

la ONU propuso crear un programa que integrara la colaboración y la responsabilidad de cada nación con sus niveles federales, estatales y municipales, pues la idoneidad de todos estos factores debe determinarse junto con las comunidades, teniendo en cuenta una perspectiva de desarrollo gradual; ya que el criterio de idoneidad suele cambiar de un país a otro, dependiendo de factores culturales, sociales, ambientales y económicos concretos Giraldo (2006).

Así el gobierno mexicano asumió este compromiso asignando la tarea de diseño y ejecución del Programa HÁBITAT a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que define el proyecto como un programa que articula los objetivos de la política social con los de la política de desarrollo urbano y ordenamiento territorial del Gobierno Federal, para contribuir a reducir la pobreza urbana y mejorar la calidad de vida de los habitantes de las zonas urbanas marginadas (SEDESOL, 2011)

En resumen, el objetivo general del Programa HÁBITAT, es contribuir a superar la pobreza urbana, mejorar el hábitat popular y, hacer de las ciudades y sus barrios espacios ordenados, seguros y habitables, donde se pueda superar la pobreza entendida como un problema humano que afecta la educación y la salud de los individuos.

4.2.1 Reglas de operación del Programa Hábitat en México

Entendidas como las políticas y procedimientos, tanto fiscales como operativos, que fueron revisados y autorizados por la cámara de diputados y senadores para el año fiscal 2005, con los que se ejecutó el proyecto en cada entidad municipal y que rigió la operación de las instituciones ejecutoras.

Estas reglas establecieron los objetivos específicos del programa, que a su vez dan pie al establecimiento de las modalidades del mismo. Los objetivos son los siguientes (Diario Oficial de la Federación, 2005):

- Brindar opciones a los hogares en situación de pobreza patrimonial para contribuir a que superen esa condición.
- Promover la ampliación de las capacidades y oportunidades de las mujeres en situación de pobreza patrimonial.
- Contribuir a prevenir la violencia en todas sus formas, así como apoyar tanto a las víctimas como a los grupos y asentamientos en situación de riesgo o vulnerabilidad por esta causa.
- Mejorar el hábitat de las zonas urbano marginadas y asentamientos precarios de las ciudades, así como contribuir a resolver los problemas ocasionados por la segregación socio-espacial y por otros tipos de exclusión fundados, entre otros en la condición de género, la discapacidad y el ciclo vital.
- Alentar los esfuerzos tanto de mejoramiento ambiental como de ordenamiento territorial en el ámbito municipal, observando la prevención de desastres y la mitigación de riesgos en zonas y polígonos urbanos seleccionados.
- Fortalecer las capacidades institucionales en el ámbito local en materia de planeación y gestión urbana y territorial, desarrollo local y asociación intermunicipal.

- Contribuir a ordenar el desarrollo urbano, abrir opciones de suelo para el asentamiento de la; familias en situación de pobreza patrimonial y alentar la regularización de la propiedad y la titulación y registro de los activos inmobiliarios de los hogares en esa condición.

- Propiciar el fortalecimiento de la identidad, el arraigo y la autoestima de la población residente en las ciudades y zonas metropolitanas.

Mexfam colaboró en la concreción de los tres primeros objetivos a través de servicios de educación sexual y reproductiva y de servicios de salud. Estos objetivos, así como toda acción que de ellos se derivó, debieron cumplir con los principios y criterios bajo los que se sustentó la operación del programa (Diario Oficial de la Federación, 2005):

- Equidad: El Programa se dirige preferentemente a la población en situación de pobreza patrimonial incorpora acciones para promover la equidad de género.

- Focalización: El Programa HÁBITAT identifica y selecciona, en cada una de las ciudades, una o más zonas de atención prioritaria donde se concentra la pobreza patrimonial, llamadas polígonos.

- Transparencia: El destino final de los apoyos del Programa se difunde a nivel nacional, estatal y municipal y la información básica sobre los proyectos se pone a disposición de quien lo desee para consulta en Internet.

- Sustentabilidad: El Programa HÁBITAT promueve el fortalecimiento de los fundamentos económicos y sociales de las ciudades, así como el mejoramiento y la conservación del medio ambiente y le gestión estratégica del territorio,

- Corresponsabilidad: El gobierno federal, los gobiernos locales y, en su caso, las comunidades beneficiarias, aportan recursos y concurren en la identificación de prioridades del Programa,

- Subsidiariedad: La SEDESOL norma, coordina, verifica, da seguimiento y evalúa las acciones realizadas por el Programa HÁBITAT, mientras que la responsabilidad de la ejecución de los proyectos recae principalmente en los gobiernos estatales y municipales.

Estos principios también aplicaron para las instituciones prestadoras de servicios que se contrataron para ejecutar el proyecto, en este caso particular, Mexfam tuvo que cumplir con estos principios por medio de diversas acciones.

En las reglas de operación se definen las características que deberán tener los beneficiarios del programa, así como los tipos de apoyo que éstos pueden recibir; de igual forma se determina las ciudades que participan en el proyecto, y los criterios para la asignación del presupuesto. Y de manera sobresaliente se determina la

organización y estructura de ejecución del proyecto para poder concretarlo de forma ordenada y equitativa, esto es por medio de vertientes y modalidades.

4.2.1.1 Vertientes y modalidades

El Programa HÁBITAT está integrado por seis vertientes, que son los tipos de localidades (componente geográfico) donde se va a ejecutar el proyecto dependiendo de las características urbanas de la región, mismas que van a determinar el tipo de proyectos que se aplican en la localidad (Diario Oficial de la Federación, 2005):

- Vertiente Ciudades Fronterizas.
- Vertiente Ciudades Petroleras.
- Vertiente Ciudades Turísticas.
- Vertiente Zonas Metropolitanas.
- Vertiente General.
- Vertiente Centros Históricos.

En el Municipio de Acapulco de Juárez se aplicó la Vertiente Ciudades Turísticas.

El Programa HÁBITAT estructura y organiza sus acciones en ocho modalidades, que son los diferentes ámbitos de acción (componente ejecutivo) que se van a atender en las diferentes vertientes; las acciones que se deben ejecutar por modalidad determinan los tipos de proyectos que se presentan por parte de las instituciones ejecutoras (Diario Oficial de la Federación, 2005):

1. Desarrollo Social y Comunitario, que se dirige a ampliar las destrezas, competencias, capacidades oportunidades de las personas y de los hogares en situación de pobreza patrimonial y a fortalecer e tejido social de las comunidades.

2. Oportunidades para las Mujeres, que se orienta a apoyar a las mujeres en situación de pobreza patrimonial mediante acciones que contribuyan a desarrollar sus capacidades y a facilitar si desempeño laboral o su incorporación a la actividad remunerada.

3. Seguridad para las Mujeres y sus Comunidades, que busca fortalecer los esfuerzos de prevención; atención de la violencia en todas sus formas, con énfasis en la violencia hacia las mujeres y en e establecimiento de comunidades seguras.

4. Mejoramiento de Barrios, que busca tanto introducir, ampliar o mejorar la infraestructura y los servicios urbanos básicos en los asentamientos precarios, como integrarlos a la ciudad.

5. Ordenamiento del Territorio y Mejoramiento Ambiental, que apoya las acciones dirigidas a mejorar el entorno ecológico de las zonas urbanas, a fortalecer las tareas de ordenamiento territorial y a reducir la vulnerabilidad de la población en situación de pobreza patrimonial asentada en zonas e inmueble; de riesgo frente a las amenazas de origen natural.

6. Planeación Urbana y Agencias de Desarrollo HÁBITAT, que estimula el fortalecimiento de los instrumentos de planeación y gestión urbana y territorial, con el fin de mejorar el entorno urbano y avanzar hacia la construcción de ciudades y zonas metropolitanas más ordenadas seguras, sustentables, incluyentes y competitivas.

7. Suelo para la Vivienda Social y el Desarrollo Urbano, que apoya acciones para la adquisición de reservas territoriales en zonas aptas para el desarrollo urbano y la habilitación progresiva de lote.

8. Equipamiento Urbano e Imagen de la Ciudad, que apoya la provisión o rehabilitación de equipamiento y mobiliario urbano, la protección, conservación o revitalización de los centros históricos y patrimoniales, y, en general, el impulso a acciones que contribuyan a conservar y mejorar la imagen urbana.

Como se puede advertir, las tres primeras modalidades del Programa HÁBITAT se dirigen a ampliar las capacidades y oportunidades de las personas y los hogares en situación de pobreza patrimonial, incluyendo las relacionadas a los servicios de seguridad, salud y educación sexual y reproductiva.

La cuarta y quinta modalidades se dirigen sobre todo al entorno en el que se desenvuelve la vida cotidiana de las personas y de los hogares, con miras a superar los rezagos en materia de infraestructura, servicios, mejorar la calidad del medio ambiente, establecer comunidades seguras, reducir la vulnerabilidad de los asentamientos precarios frente a las amenazas de origen natural y ordenar los usos del suelo con fines de prevención de desastres.

Finalmente, las tres últimas modalidades buscan apoyar el desarrollo incluyente, equitativo, ordenado y sustentable de los núcleos urbanos, impulsando iniciativas y prácticas de desarrollo local que contribuyan a mejorar la competitividad, funcionalidad y habitabilidad de las ciudades, conservar y proteger su patrimonio cultural, favorecer el acceso al suelo por parte de los hogares en situación de pobreza patrimonial y mejorar la imagen urbana.

Cada modalidad está en concordancia con los objetivos específicos, y a su vez debían garantizar ciertas acciones para poder concretarse y en muchos casos se contrató a empresas no gubernamentales para ejecutarlas.

El proyecto Hábitat- Mexfam atendió a las tres primeras modalidades en su desarrollo, con obvio énfasis en la atención a la salud sexual.

4.2.2 Programa HÁBITAT en Acapulco

El municipio de Acapulco de Juárez en el estado de Guerrero pertenece a la vertiente de Ciudades Turísticas, pues la actividad turística constituye la principal actividad de la economía local, con la mayor participación en el producto doméstico y la generación de empleo. El programa incluyó todas las modalidades, aunque no todas se aplicaron a todos los polígonos – división sociogeográfica que se aplicó para administrar el proyecto, en total se crearon cinco polígonos en el programa de Acapulco-, las modalidades uno, dos y tres, Desarrollo Social y Comunitario, Oportunidades para las Mujeres y Seguridad para las Mujeres y sus Comunidades respectivamente, que son en las que participó Mexfam, sólo se aplicaron en el polígono Sinaí y en el polígono Zapata.

La responsabilidad de la ejecución del programa recayó directamente en la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio, quién convocó a instituciones de prestigio y calidad para ejecutar los proyectos de índole social, en este caso Mexfam fue invitado a participar con un proyecto propio para ejecutar cinco acciones del programa.

4.3 Proyecto Hábitat – Mexfam

Las acciones específicas que se desprenden del Programa HÁBITAT (Jiménez, 2008) se proponen de acuerdo a los objetivos señalados líneas arriba y corresponden a cada modalidad del mismo. Considerando que el proyecto Hábitat-Mexfam participó en las tres primeras modalidades, dando cumplimiento a los tres primeros objetivos específicos del Programa, se presentan las acciones específicas de cada uno de éstos que ejecutó Mexfam.

Así, el objetivo de superación de la pobreza urbana fue apoyado mediante acciones que buscan:

- Ampliar capacidades de adolescentes y jóvenes.

En el apoyo mujeres jefas de familia, las líneas de acción se orientaron a:

- Ampliar las capacidades de las mujeres, como salud reproductiva.
- Acciones para que las mujeres tomen conciencia de su condición de género.

Finalmente, en la prevención de la violencia en todas sus formas buscó:

- Reducir la violencia hacia las mujeres en todos los ámbitos

4.3.1 Propuesta para Proyecto Hábitat presentada por Mexfam

El proyecto que presentó Mexfam logró integrar la cultura organizacional de la institución con los objetivos específicos del programa HÁBITAT sin problema alguno, ya que, como se planteó anteriormente, la Fundación considera la atención a los grupos vulnerables para la reducción del rezago y la pobreza (Mexfam, 2002) en sus objetivos estratégicos; por lo que la participación en HÁBITAT fue una oportunidad para poder concretarlo.

Si bien es cierto que Mexfam participó en el Programa HÁBITAT por invitación directa de la Secretaría de Desarrollo Social del municipio, se tuvo que trabajar en la presentación de una propuesta de acciones educativas y de salud para el proyecto. Esta propuesta partió de las experiencias de Mexfam en el Programa Comunitario Urbano y en el Programa Gente Joven en Acapulco, mismas que habían dejado aprendizajes importantes en relación a los contenidos, las estrategias y las metodologías que se utilizaban en el acercamiento con los usuarios.

La primera parte del proyecto estaba conformada por el planteamiento del problema y los antecedentes del mismo: “La falta de información sobre la salud sexual y reproductiva, así como de los derechos sexuales, es un factor que influye para que los y las adolescentes y las mujeres de Acapulco se encuentren en situaciones de riesgo” (Ahuacatitan, 2005); sobre los antecedentes se exponían datos cuantitativos aportados por la Jurisdicción Sanitaria del municipio que daban cuenta de la situación de la salud sexual y reproductiva del municipio. También se aportaron datos del trabajo realizado por la red de colabores de Mexfam relacionados a servicios educativos y de salud para adolescentes.

Una vez que se planteó el panorama de acción para la ejecución del proyecto se detalló la labor de Mexfam y se explicaron sus áreas de acción y sus ventajas; específicamente se estableció la capacidad de alcance de la institución por medio del planteamiento de los objetivos del proyecto.

4.3.2 Objetivos del Proyecto Hábitat- Mexfam

El objetivo general versaba sobre la problemática de la pobreza y no sobre la salud sexual y reproductiva, esto para mostrar a SEDESOL que los esfuerzos y la

atención de Mexfam se enfocaban también al discurso del Programa HÁBITAT y no en los fines particulares de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. En conclusión, el objetivo general del proyecto Hábitat-Mexfam respondía a las necesidades del municipio, sin alejarse de los lineamientos del Programa HÁBITAT y de las políticas de la Fundación, poniendo énfasis en el problema de la pobreza, entendido como un problema de desarrollo humano.

Objetivo general:

“Ayudar a la reducción de la pobreza en el Municipio de Acapulco de Juárez por medio de acciones preventivas en salud y educación sexual y reproductiva que permitan a la población vulnerable, específicamente mujeres y adolescentes, reducir las situaciones de riesgo a las que se exponen” (Ahuacatitan, 2005)

Por su parte los objetivos específicos se enfocaron más en las acciones de Mexfam y daban la posibilidad de potenciar sus recursos y modelos educativos, pues en este nivel de objetivos se incluyó capacitación para prestadores de servicios, la distribución de materiales educativos, la distribución de material anticonceptivo y servicios educativos para adolescentes y madres de familia.

Objetivos específicos (Ahuacatitan, 2005):

1. Ayudar al empoderamiento de los y las adolescentes sobre su salud sexual para que reduzcan las situaciones de riesgo a las que se exponen a través de acciones de salud y educación.
2. Reducir los riesgos y desventajas a los que se enfrentan las mujeres en el municipio por medio del conocimiento y acceso a servicios de salud e información sexual y reproductiva.
3. Ayudar al empoderamiento de las mujeres para que ellas logren reducir las actitudes de violencia de género en todos los ámbitos y espacios sociales.
4. Incrementar y garantizar la información de calidad y vanguardia sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo la perspectiva de género, entre los prestadores de servicios que atienden a la población vulnerable.

Se puede observar que las acciones del programa HÁBITAT se encuentran implícitas de manera transversal en estos objetivos específicos, pero se hace aún más evidente en el planteamiento de las líneas de acción particulares para cada uno de ellos.

4.3.3 Líneas de acción

La dificultad de definir las acciones del proyecto radicó en el hecho de que éstas tenían que cumplir con los requerimientos políticos del programa, al mismo tiempo que debían lograr los objetivos de HÁBITAT y de Mexfam.

Entre los requerimientos políticos más limitantes se encontraban la cobertura y el tiempo, pues como mínimo se pidió que se atendiera a 2,000 beneficiarios en un periodo de 4 meses, lo que determinó las actividades del proyecto, pues el modelo educativo se tendría que reducir a charlas informativas eficaces en lugar de cursos de capacitación completos para cada tipo de usuario.

Al mismo tiempo, las líneas de acción se plantearon con una visión de largo plazo y desde diferentes ámbitos, lo que permitió incluir a prestadores de servicios de diversas especialidades profesionales como beneficiarios del programa, con el fin de que ellos continuaran brindando los servicios de atención en salud sexual y reproductiva en sus diferentes espacios físicos y laborales a largo plazo. Así, las líneas de acción del proyecto fueron respondiendo a cada objetivo específico de la manera más práctica y factible posible, quedando como siguen (Ahuacatitan, 2005):

Objetivo específico número 1:

- Pláticas informativas sobre salud sexual y reproductiva a jóvenes y adolescentes de los tres grados de secundaria inscritos en el sistema de educación pública.
- Entrega a cada beneficiario de un paquete de material educativo que incluye 1 tríptico de “Sexualidad y Juventud”, 1 tríptico de “Métodos Anticonceptivos GJ”, 1 tríptico de “ITSs y VIH – SIDA” y un condón masculino.

Objetivo específico número 2:

- Pláticas informativas sobre salud sexual y reproductiva a madres de familia con hijos inscritos en el sistema de educación básica cursando del preescolar al 5º año de primaria.
- Entrega a cada beneficiaria de un paquete de material educativo que incluye 1 tríptico de “Métodos anticonceptivos PC”, 1 tríptico de “Infecciones de Transmisión Sexual”, 1 tríptico de “VIH – SIDA”, 1 tríptico de “Cáncer de mama y cáncer cervicouterino” y un condón femenino.

Objetivo específico número 3:

- Pláticas preventivas con medios audiovisuales a niños y niñas de 6º de primaria sobre violencia y perspectiva de género.

Objetivo específico número 4:

- Un curso de “Sexualidad básico de 40 hrs” a prestadores de servicios de diversas profesiones que se desempeñen en una instancia pública en el municipio de Acapulco.

- Entrega de siete paquetes de educación y salud (uno para la casa de la cultura de cada polígono y cinco para las instancias gubernamentales que prestan servicios de salud sexual y reproductiva) que incluyen: 4 rotafolios de los siguientes temas “Sexualidad y Juventud”, “Comunicación Familiar y Sexualidad”, “Embarazo Adolescente y Métodos Anticonceptivos”, “Infecciones de transmisión Sexual y VIH-SIDA” , 56 carteles de diferentes temáticas de salud sexual y reproductiva y equidad de género, 1,000 trípticos de diferentes títulos, 1,000 condones masculinos, 7 manuales del curso sexualidad y juventud, 10 videocasetes con material de salud sexual y reproductiva y equidad de género y 30 dispositivos intrauterinos “I” de cobre.

Se debe hacer notar que las acciones relacionadas a las pláticas informativas implicaron las tareas de búsqueda de espacio, trámites de permisos y acreditación, convocatoria de quórum, registro y comprobación de asistencia, traslado de materiales y de personal, comprobación de gastos, entre muchas otras actividades y tareas.

El curso de sexualidad básica para prestadores de servicios implicó la logística de encontrar un espacio, confirmar asistencias, coordinar el traslado y presentación de los ponentes que viajaban de la Cd. de México al Puerto de Acapulco, así como todo lo relacionado a los requerimientos materiales del taller.

4.3.4 Modelos Educativos del Proyecto Hábitat-Mexfam

Como se puede observar en las líneas de acción del proyecto Hábitat- Mexfam en Acapulco se trabajaron 4 diferentes modelos educativos, mismos que respondían a diferentes necesidades y espacios.

El modelo más importante y desarrollado, además de ser el mejor evaluado, fue el del “Curso de Sexualidad Básico de 40 hrs” (Ahuacatitan, 2005).

Objetivo general:

Incrementar y garantizar la información de calidad y vanguardia sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo la perspectiva de género, entre los prestadores de servicios que atienden a la población vulnerable del municipio de Acapulco.

Objetivos Específicos:

- a) Capacitar y formar al personal que trabajará, directa o indirectamente, en el proyecto Hábitat.
- b) Capacitar y formar a multiplicadores del modelo
- c) Posicionar a Mexfam como una institución de alta calidad humana y profesional en el área de la capacitación en salud sexual y reproductiva
- d) Crear lazos interinstitucionales por medio del trabajo directo con los líderes de diferentes grupos e instancias.

Dirigido a:

Hombres y mujeres profesionistas prestadores de servicios de salud y educación sexual y reproductiva en instancias públicas del municipio de Acapulco de Juárez.

Contenidos:

- Sexo, sexualidad y género.
- Conceptos básicos en sexualidad: anatomía y fisiología.
- Habilidades psicosociales y sexualidad.
- Comunicación, asertividad y sexualidad.
- Desarrollo psicosexual infantil.
- Desarrollo psicosexual en la pubertad y la adolescencia.
- Respuesta sexual humana.
- Embarazo adolescente.
- Metodología anticonceptiva.
- Infecciones de transmisión sexual.
- VIH/sida.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Abuso sexual.
- Diversidad sexual y expresiones comportamentales.
- Masculinidad y perspectiva de género.
- Violencia basada en género.
- Actitud del orientador ante la sexualidad.

Materiales:

A cada participante se le entregará el Manual sobre sexualidad Gente Joven y su carpeta de notas.

Duración:

40 horas, en 5 sesiones de 8 horas cada una, con una hora de comida y dos coffe break.

Número de participantes:

28 participantes que se enlistan a continuación, obsérvese su formación profesional y sus áreas de acción (Ahuacatitan, 2005).

1	Dra. Blanca Jordán Camacho	Mexfam	Medico PCU
2	Psic. Ana M. Méndez Castillo	Mexfam	Coordinadora
3	Dra. Geneva Ángel Chavez	Mexfam	Médico PCU
4	Sra. Eva Avalos Trujillo	Mexfam	Promotora
5	Psic. Teresa Gallardo	Mexfam	Capacitadora
6	Enf. Teresa Bugarini Galeana	Mexfam	Capacitadora
7	Psic. Citlalli Delgado	Mexfam	Capacitadora
8	Dra. Feliza Salgado Torres	Mexfam	Capacitadora
9	Dr. Fredy Calderón	DIF	Módulo adolescente
10	T. S. Elizabeth Moreno	DIF	Programa PAMAR
11	Lic. Maribel Buendía	SEDESOL	Dtra. asuntos de la mujer
12	Lic. Juan Carlos Hernández Marino	SEDESOL	Director de la Juventud
13	Dra. Olga Jiménez Abarca	SEDESOL	Médico de asuntos de la mujer
14	Psic. Eva García Estrada	SEDESOL	Coord. de asuntos de la mujer
15	Lic. Gabriela Alvabera	SEDESOL	Coordinadora proy. Hábitat
16	C.P Edgar Sánchez	SEDESOL	Coordinador fed. Hábitat
17	Psic. Adriana Contreras Moreno	DDSER	Representante en Acapulco
18	Psic. Francisca Contreras	SEG	Dirección de desarrollo
19	Psic. Silvia Blanco	SEG	Dirección de Desarrollo
20	Dra. Yasmín Salgado Benítez	SSA	Jefe de planificación familiar
21	Dra. Blanca Vargas	SSA	Modulo adolescente
22	Psic. José Luis Brito	Jov. D Cal	Capacitación a adolescentes
23	T. S. Hilda Vázquez	SSA	Módulo adolescente
24	Dr. Jorge Galeana	IMSS	Jefe de planificación Familiar.
25	Dra. Vanesa Castillo	DIMUSA	Encargada salud reproductiva
26	Sra. Elsa Zamora	Sría. Muj	Coordinadora Acapulco
27	Pfra. Rosa Ma. Gómez Saavedra	Sria Muj	Secretaria de la Mujer
28	Lic. Ricardo Tapia	GAVIH	Prevención de VIH/sida

Metodología:

Este curso-taller se construye entre el líder educativo y los participantes como un espacio de reflexión, construcción del conocimiento y de participación, en dónde el expositor guía la discusión para que los asistentes puedan adaptar la información a sus contexto y desde sus especialidades y ámbitos de acción, enriqueciendo este proceso a través de ejercicios vivenciales y procesos de comunicación de diversos tipos.

Participan 3 facilitadores, 1 psicóloga para la primera parte del curso, un médico para la segunda parte del curso y un sexólogo para la última parte, cada uno con sus propios materiales y técnicas.

De este modelo cabe destacar que fue el primero en su tipo llevado a cabo en Acapulco, que se realizó con facilitadores expertos y permitió la multiplicación del modelo de Mexfam en diversas instancias más allá de la duración del Proyecto Hábitat.

Con respecto al modelo educativo del Objetivo específico número 1: Pláticas informativas sobre salud sexual y reproductiva a jóvenes y adolescentes de los tres grados de secundaria inscritos en el sistema de educación pública se puede decir que fue un modelo mucho más sencillo pues el tiempo era una limitante.

Objetivo general:

Promover la toma de decisiones informadas en lo relacionado a la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes.

Objetivos Específicos:

- a) Dar a conocer los derechos sexuales de los jóvenes.
- b) Informar sobre los métodos anticonceptivos disponibles para los adolescentes, principalmente el uso del condón.
- c) Prevenir embarazos no intencionados entre las adolescentes.
- d) Prevenir el contagio del VIH

Dirigido a:

Hombres y mujeres adolescentes que se encuentren cursando la secundaria en el sistema de educación pública cuyo centro escolar se encuentre ubicado en los polígonos Zapata y Sinaí.

Contenidos

- Los derechos sexuales de los jóvenes.
- Métodos anticonceptivos.
- Uso del condón.
- Embarazo adolescente.

- Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Materiales:

A cada participante se le entregará un paquete de material educativo que incluye 1 tríptico de “Sexualidad y Juventud”, 1 tríptico de “Métodos Anticonceptivos GJ”, 1 tríptico de “ITSs y VIH – SIDA” y un condón masculino.

Duración:

Seis horas, en sesiones de dos horas cada una, con una sesión de una hora de preguntas y respuestas.

Metodología:

Las facilitadoras hacen una presentación expositiva usando los rotafolios del programa GJ, usando un lenguaje informal y poniendo ejemplos de situaciones reales entre adolescentes. La parte más valiosa de este modelo se centra en la sesión de preguntas y respuestas, en la que se responde a las inquietudes de los jóvenes de manera anónima. En el transcurso de la presentación se pone atención en los comentarios de los participantes para detectar casos con necesidades especiales y canalizarlos al centro de atención de Mexfam o en su defecto a los prestadores de servicios capacitados en el curso de 40 hrs.

De este modelo destaca la cantidad y calidad de los contenidos, pues incluían los ámbitos sociales, biológicos y psicológicos con énfasis en la atención a los usuarios procurando la aplicación de la misma en el empoderamiento de los y las adolescentes y las mujeres por medio de la toma de decisiones informadas con respecto a su sexualidad.

Por su parte, el modelo educativo de las pláticas informativas sobre salud sexual y reproductiva para madres de familia tiene características muy particulares, una de ellas es que las pláticas se impartieron en escuelas públicas y todas las participantes fueron madres de familia de alumnos de las mismas escuela, lo que al mismo tiempo hacía más difícil la tarea pues se contaba con menos tiempo.

Objetivo general:

Reducir los riesgos y desventajas a los que se enfrentan las mujeres del polígono Sinaí y Zapata por medio del conocimiento y acceso a servicios de salud e información sexual y reproductiva.

Objetivos Específicos:

- a) Dar a conocer los derechos sexuales.
- b) Informar sobre los métodos anticonceptivos disponibles para cada tipo de mujer, principalmente el uso del condón femenino.
- c) Prevenir el cáncer de mama y cervicouterino.
- d) Prevenir en contagio del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual

Dirigido a:

Mujeres madres de familia con hijos inscritos en el sistema de educación básica cursando del preescolar al 5º año de primaria cuyo centro escolar se encuentre ubicado en los polígonos Zapata y Sinaí.

Contenidos:

- Los derechos sexuales.
- Métodos anticonceptivos y condón femenino.
- Prevención de cáncer de mama y cervicouterino.
- Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Materiales:

A cada participante se le entregará un paquete de material educativo que incluye 1 tríptico de “Métodos anticonceptivos PC”, 1 tríptico de “Infecciones de Transmisión Sexual”, 1 tríptico de “VIH – SIDA”, 1 tríptico de “Cáncer de mama y cáncer cervicouterino” y un condón femenino.

Duración:

Tres horas en una sesión.

Metodología:

Las facilitadoras hacen una presentación expositiva usando los rotafolios del programa CU, usando un lenguaje informal y poniendo ejemplos de situaciones reales entre las madres de familia. La parte más valiosa de este modelo recae en la presentación y manejo vivencial de los diferentes métodos anticonceptivos, específicamente el condón femenino en un modelo anatómico. En el transcurso de la presentación se pone atención en los comentarios de las participantes para detectar casos con necesidades especiales y canalizarlos al centro de atención de Mexfam , o en su defecto a los prestadores de servicios capacitados en el curso de 40 hrs.

Finalmente, pero no de menor importancia, se encuentra el modelo educativo de la línea de acción de prácticas preventivas con medios audiovisuales a niños y niñas de 6º de primaria sobre violencia y perspectiva de género, que responde al objetivo específico número tres. En este punto hay que aclarar que se decidió trabajar con esta población por la resistencia y conflicto que se generaba al tratar este tema con adultos, y porque se consideró que iba a ser más efectivo prevenir el problema que corregirlo. Entonces, para cumplir con lo anterior y considerando que la población atendida se conformaba por niños y púberes, el modelo se planteó como sigue:

Objetivo general:

Ayudar al empoderamiento de las mujeres para que por ellas mismas logren reducir las actitudes de violencia de género de las que son víctimas en todos los ámbitos y espacios sociales.

Objetivos Específicos:

- a) Caracterizar la violencia de género.
- b) Identificar la violencia de género en lo cotidiano.
- c) Establecer acciones preventivas de la violencia de género.

Dirigido a:

Niños y niñas de 6º de primaria cuyo centro escolar se encuentre ubicado en los polígonos Zapata y Sinaí.

Contenidos:

- ¿Qué es la violencia?
- La violencia de género.
- ¿Cómo se vive la violencia en mi comunidad?
- ¿Qué podemos hacer para prevenir la violencia?

Materiales:

Material audiovisual o visual para mostrar y ejemplificar a los participantes la violencia de género.

Duración:

Dos horas en una sesión.

Metodología:

Las facilitadoras presentan el materia audiovisual o visual (dependiendo de los recursos con los que se cuente en cada escuela) para generar inquietud a los niños, y a partir de los mismos comentarios las facilitadoras desarrollan de forma clara y accesible un definición de violencia, para posteriormente caracterizar a partir de las imágenes la violencia de género. En el transcurso de la presentación se pone atención en los comentarios de los participantes para detectar casos con necesidades especiales y canalizarlos al centro de atención de Mexfam, o en su defecto a los prestadores de servicios capacitados en el curso de 40 hrs.

4.3.5 Resultados

En este apartado sería sumamente valiosos hablar del aspecto cuantitativo y cualitativo de los resultados del proyecto Hábitat–Mexfam en Acapulco, desafortunadamente por cuestiones de tiempo, operatividad y política no hubo posibilidad de comprobar los resultados cualitativos, aunque de manera personal se pudo verificar la satisfacción sobre la calidad del procedimiento operativo y administrativo que ejecutó Mexfam por parte de la coordinadora del programa HÁBITAT en el municipio, también se reconoció el trabajo y los resultados del proyecto en algunos artículos de periódico y por parte de otras ONG´s; pero lo más valiosos fue escuchar los comentarios y agradecimientos de los participantes en las diferentes acciones ejecutadas.

Con respecto a los resultados duros se obtuvo la siguiente información:

- a) Beneficiarios directos atendidos: 2,000
- b) Beneficiarios indirectos atendidos: 1,000
- c) Multiplicadores formados: 28
- d) Ingresos para Mexfam por la venta del proyecto: 1 millón de pesos.
- e) Entrevistas en radio: 1
- f) Publicaciones en periódico: 3
- g) Contactos institucionales: con la secretaría de la Mujer del Estado
- h) Condones masculinos entregados: 2,500
- i) Condones femeninos entregados: 250

4.4 Valoración crítica de la participación en el proyecto Hábitat-Mexfam del Municipio de Acapulco de Juárez

Las observaciones y comentarios que se derivaron de la ejecución del proyecto Hábitat-Mexfam en el municipio de Acapulco de Juárez, así como de los documentos y la información utilizados para la elaboración de este trabajo pueden derivar en análisis profundos y amplios en diversos ámbitos; más a manera de

valoración del presente Informe de Actividad Profesional a continuación se atenderán los que se consideran los más relevantes.

Sobre el proyecto Hábitat-Mexfam se debe decir que fue un proyecto exitoso en cuestión de resultados cuantitativos, pero deja muchos huecos en lo relacionado a la calidad de la atención y servicios brindados considerando la cantidad de usuarios atendidos contra el tiempo de atención efectiva, pues los tiempos asignados a cada actividad no permitían la atención a las necesidades particulares de los asistentes a los eventos, tampoco se podían atender las peticiones individuales que se presentaban en los cursos; de igual forma es parcial el resultado porque no se podía aplicar el presupuesto en servicios de atención individual, cuando hubiera sido más útil brindar servicios clínicos o informativos a personas con necesidades específicas que acudieran por iniciativa propia, pues eso permitiría asegurar la resolución de problemas reales, aunque particulares, es aspectos de salud sexual y reproductiva.

En lo relacionado al proceso educativo en salud sexual y reproductiva no se debe dejar de mencionar que, si bien los modelos educativos procuraron ser de calidad, los cursos no cumplieron cabalmente con los lineamientos que la IPPF y la OMS establecen sobre la calidad de la educación sexual en tanto que integral, pues ésta no incluía temas como las relaciones interpersonales y capacitación en habilidades para la comunicación y la toma de decisiones. Esta situación se presentó por cuestiones temporales, financieras, humanas y políticas.

También sobresale el hecho de que en el desarrollo del proyecto se invirtió más tiempo en la planeación, comprobación, acreditación y cumplimiento de los trámites burocráticos y administrativos que en las actividades educativas, pues los plazos definidos en las reglas de operación ya estaban establecidos, al igual que el presupuesto, obligando a la Fundación a atender los requerimientos burocráticos como prioridad.

De forma específica se señala la limitación territorial del proyecto, pues las acciones ejecutadas por Mexfam solo se realizaron en los polígonos Sinaí y Zapata por así determinarlo la SEDESOL del municipio en su planeación del programa HÁBITAT. Este problema particular tiene un impacto altísimo en el fin último del proyecto Hábitat-Mexfam y del programa HÁBITAT mismo, pues el porcentaje de población atendida fue muy bajo en contraste con la cantidad de población en situación de pobreza que existía en todo el municipio, y aunque se notarían resultados en algunos casos, no tendrían impacto real en la mejora de los aspectos atendidos.

En lo que se refiere a la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar destacan su prestigio, reconocimiento, logros, infraestructura y permanencia, particularmente su modelo de administración estratégica con un enfoque humano es una fortaleza muy importante y una característica muy peculiar que ha sido copiada por otras organizaciones no gubernamentales. Para la ejecución del proyecto se contó con el apoyo necesario de todas las áreas y departamentos de la institución y del director regional, el Dr. León Valencia.

El diseño, la ejecución, comprobación, acreditación y toda labor relacionada con el proyecto estuvo a cargo de la Gerente de Centro, mientras que todo el proceso era supervisado a distancia por el director regional y el director administrativo de la fundación, y aunque si se recibió orientación y ayuda por su parte, el grueso del trabajo se realizó de manera local con los recursos propios de la gerencia y la localidad. En este punto salen a la luz las áreas de oportunidad de la institución.

En primer lugar hay que aclarar que la gerente no conocía el Plan Estratégico 2002-2010 de Mexfam, pues no había recibido capacitación sobre el tema y su aplicación; tampoco había recibido capacitación sobre administración estratégica, y diseño, gestión, ejecución y administración de proyectos. Hasta el momento del cierre del proyecto no existía formación al respecto; de hecho no existía un programa de capacitación formal para la formación de gerentes. Mucho menos existe un programa de entrenamiento sobre el programa HÁBITAT y sus proyectos, lo que resulta una gran área de oportunidad, pues hasta la fecha se viene ejecutando el programa en todo el país, lo que significa la posibilidad de seguir captando recursos y prestando servicios en los diferentes estados en donde se encuentra presente Mexfam.

Por parte de la formación y capacitación a prestadores de servicios en temas de salud sexual y reproductiva, así como de consejería, era de alta calidad; el modelo educativo usado para la formación en este nivel cumplía con las normas de la IPPF, en general el modelo pedagógico de Mexfam era congruente con los fines de la institución y del Programa Hábitat.

Sobre la administración que hace Mexfam de su información se debe decir que es inadecuada e ineficaz, pues no existe a la fecha un proceso de sistematización, registro y archivo de experiencias o proyectos realizados en los diferentes centros operativos, y en el caso del proyecto Hábitat en Acapulco, la información se perdió al cierre de éste. También los documentos institucionales se encuentran dispersos y no existe una norma o política que los sistematice, registre y controle. Lo anterior se pudo comprobar en el transcurso de la investigación de este

trabajo, pues los documentos impresos a los que se tuvo acceso fueron entregados por un colaborador que los conservaba entre sus cajones. La afirmación inicial de este párrafo también se hace evidente en la biblioteca institucional, que en teoría es una biblioteca especializada en temas de salud sexual y reproductiva, pero se encuentra desordenada, sucia, sin actualizar y sin control alguno, y por las mismas causas no tiene difusión y es poco accesible.

No se puede dejar de mencionar la falta de organización y accesibilidad de la información de la Fundación en los medios electrónicos, pues de igual forma que los documentos impresos, los documentos institucionales digitales no cuentan con un repositorio específico, un registro y un control, por lo que se encontraron almacenados en diferentes servidores, en informes anuales de la institución, informes sobre entrega de premios y promoción de sus programas. Con respecto a su página de Internet ofrece información institucional básica para conocer a la Fundación, pero en lo que se refiere a la información de sus servicios en educación sexual y reproductiva es breve, parcial y poco detallada, aunado al hecho de que la interfase de la página Web es poco atractiva y convencional. En este sentido, lo relevante es que esta herramienta electrónica es un recurso de amplio impacto para dar a conocer a la institución y sus servicios, así como para captar donativos.

Finalmente en lo que se refiere a la institución se debe mencionar la falta de reconocimiento y motivación que ésta tuvo hacia el equipo de Mexfam Acapulco, pues el impacto, financiero y social, del proyecto fue considerablemente benéfico para la institución, incluso se planteó la posibilidad de repetir el proyecto con un incremento de 300 mil pesos para el año siguiente, lo que no se logró por falta de seguimiento y apoyo.

En el ámbito pedagógico la experiencia y el aprendizaje fueron muy importantes. En un inicio se debe hablar de las habilidades necesarias por parte del pedagogo para desempeñarse en diferentes ámbitos de acción, como el gubernamental, el privado, el académico, el clínico y el comunitario. En el proyecto Hábitat-Mexfam en Acapulco fue necesaria la intervención pedagógica en todos ellos, lo que hizo evidente la necesidad de que el pedagogo adquiriera y desarrolle habilidades de interacción y comunicación humana, educativa, administrativa, e incluso política, siendo de suma importancia su aplicación, porque de ello puede depender el logro y alcance de todo proyecto.

También se pudo comprobar que un área de acción potencial para el pedagogo es la de diseño, gestión y administración de proyectos educativos, que si bien es cierto requiere de conocimientos y habilidades específicas, la formación pedagógica brinda las bases para poder desempeñarse funcionalmente en estas

acciones con un enfoque muy enriquecedor y que complementa integralmente dichos conocimientos. En este sentido también es requisito la capacidad de pensamiento multidisciplinario y la capacidad de acción transdisciplinaria en el desempeño profesional del pedagogo, pues son indispensables en el quehacer profesional en la actualidad.

Otro aprendizaje importante, fue la formación y el entrenamiento en el modelo pedagógico utilizado para abordar la temática de la salud sexual y reproductiva que usa Mexfam, pues este tema además de ser complejo y subjetivo, es exigente y demandante para aprenderlo y enseñarlo, ya que parte de una base científica específica y se adapta a las necesidades de los diversos tipos de usuarios a los que atiende la institución, lo que la fundación ha podido superar exitosamente a través de este modelo pedagógico, que por su estructura permite la planeación didáctica y la concreción del modelo desde la sexualidad del formador o educador, lo que implica que éste la asuma y se responsabilice de ella.

Otra experiencia adquirida de gran valor para la práctica pedagógica, fue el aprendizaje sobre el diseño de modelos educativos, es decir sobre la didáctica de diferentes cursos o acciones educativas. Y aunque este aprendizaje se ha evidenciado a lo largo de este trabajo, adquiere un impacto mayor cuando se contrasta con los fundamentos de la didáctica aprendidos durante la carrera, pues se observa que cada curso o modelo pedagógico desarrollado cumple con los requerimientos mínimos del diseño didáctico, sin dejar de reconocer obviamente, que existen aspectos por complementar o mejorar.

En general estas son las experiencias que se consideran más valiosas para comentar, pero la participación en este proyecto estuvo llena de retos, aprendizajes, lecciones y logros, no solo profesionales sino humanos y materiales, por lo que se valoran aún más los resultados obtenidos, que bien se sabe, tampoco se hubieran alcanzado sin el apoyo de todo el equipo de Mexfam en Acapulco y en oficinas centrales.

CONCLUSIONES

En tanto que la educación es un tema humano, resulta complejo. Es extenso y atemporal; requiere miradas transversales y abiertas para poder ser atendida en el contexto de la posmodernidad. Ahora bien, específicamente en lo relacionado a la educación en salud sexual y reproductiva, la complejidad del tema aumenta, al igual que la necesidad de apertura y compromiso para implementarla. Por lo anterior, en este documento se realizó un acercamiento teórico al concepto de sexualidad y posteriormente se atendieron los aspectos sociales del mismo; una vez entendidos se pasó a describir y analizar la propuesta de una ONG para atender dichas necesidades con el fin de reducir la pobreza en un contexto específico. Aquí las conclusiones de este trabajo.

En el capítulo primero se atendió el concepto de sexualidad humana desde la teoría de los Holones Sexuales del Dr. Eusebio Rubio, pues ésta, lejos de limitarse al aspecto biológico de la sexualidad, también observa los aspectos sociales y psicológicos de la misma. Lo anterior permitió identificar los diferentes componentes de la sexualidad como objeto de estudio y al mismo tiempo permitió establecer los ámbitos de acción sobre el mismo. De dichos ámbitos se puso énfasis en el de la salud sexual y reproductiva, contemplando sus componentes sociales y psíquicos además del biológico, de los que destacan los Derechos Sexuales y la Educación en Salud Sexual y reproductiva.

De este capítulo se puede concluir que la sexualidad es un objeto que no ha sido atendido en toda su complejidad; específicamente en nuestro país las instancias correspondientes se han limitado a atender lo relacionado al holón de la reproductividad, dejando de lado lo relacionado al género, al erotismo y a la vinculación afectiva; esta limitación ha permeado el ámbito social de la sexualidad, pues lo relacionado a los derechos sexuales y la educación sexual ha encontrado un desarrollo lento y cargado de falsas creencias que ha evitado la construcción de una sociedad sexualmente sana y funcional, lo que se refleja en algunos problemas de tipo social, educativo y económico que enfrenta nuestro país. Específicamente en lo relacionado a la educación, si bien es cierto que existe una normatividad internacional que orienta la implementación de una educación sexual integral, en México hay poca atención y desarrollo del tema en la educación pública, por lo que algunas Organizaciones no Gubernamentales han sido un apoyo para cubrir las necesidades existentes en este sentido.

Así, en el capítulo dos, se describe una de estas organizaciones: La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. Mexfam. Institución de asistencia privada con más de 40 años de existencia que atiende exclusivamente los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva en grupos con rezago –por pobreza o vulnerabilidad- a través de dos tipos de servicios: los médicos y los educativos. Con una organización institucional bien establecida que le ha permitido desarrollar y ejecutar a través del tiempo cuatro programas sociales, mismos que atienden a usuarios diferentes en contextos particulares tanto en el ámbito clínico, como en el educativo, Mexfam atiende necesidades que otros sectores no logran cubrir.

Con base en la operación organizacional y las necesidades sociales de los programas, las acciones educativas son ampliamente atendidas en el plan de desarrollo estratégico de la institución, mismo que se orienta a la superación de la pobreza; por lo que Mexfam ha desarrollado un Modelo Pedagógico específico, con el enfoque Constructivista como plataforma y con educadores con un perfil particular para el nivel de usuarios que atiende; con la posibilidad de construir modelos educativos acordes a las necesidades de los diversos contextos y usuarios, con contenidos que atienden a los 4 holones sexuales y que se desarrollan tanto en sentido clínico como social. En conclusión, la infraestructura y experiencia de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar son recursos que favorecieron desarrollo y ejecución del Proyecto Hábitat- Mexfam, mismo que atendió a la situación específica de Acapulco en salud sexual y reproductiva.

El estado de Guerrero es uno de los más pobres y con más rezagos en nuestro país, junto con Oaxaca y Chiapas presentan graves problemas de pobreza alimentaria, pobreza estructural y cultural. Entre las carencias más grandes de estos estados se encuentran las relacionadas a la salud y la educación, afectando particularmente a las mujeres y los adolescentes. Dado lo anterior en el capítulo tres de este documento se atendió específicamente a la situación en salud sexual y reproductiva del municipio de Acapulco de Juárez, principal asentamiento humano del estado de Guerrero.

Si bien la pobreza está presente en todos los ámbitos y espacios del estado y del municipio, en este documento solo se describieron y cuantificaron los problemas relacionados a la salud sexual como evidencia del rezago en salud de esta población. Los datos recabados permiten concluir que en lo relacionado a las infecciones de transmisión sexual y el contagio de VIH y SIDA las más afectadas son mujeres, y que el rango de edad de las mismas cada vez es más amplio, es decir, cada vez son más jóvenes las mujeres que se infectan. De igual forma sobresale el hecho que de la

lista de más de 40 enfermedades de transmisión sexual reconocidas por los organismos nacionales e internacionales, en el municipio de Acapulco sólo registran cuatro enfermedades entre las usuarias de los servicios médicos públicos. Sobre embarazo en adolescentes se encontró que cada año se incrementa el número de jóvenes embarazadas, y que la edad en la que más se observa este fenómeno es entre los 15 y 19 años.

Con relación a los métodos anticonceptivos se concluye que, si bien es cierto cada año se reporte un ligero incremento en el número de usuarias de métodos anticonceptivos, específicamente el DIU y la OTB, en la zona rural de Acapulco el número de usuarias de anticoncepción es menor por falta de accesos a los servicios o a los recursos.

Sobre el cáncer de mama y cervicouterino la falta de acceso a los servicios y recursos de salud influyen en el hecho de que el municipio se encuentra por arriba de la media nacional en el número de muertes por estas afecciones. Otro factor determinante en el número de muertes entre mujeres en el municipio es de la violencia de género, pues es alta la incidencia de eventos violentos hacia las mujeres como el secuestro y el asesinato.

Atendiendo a la necesidad de superar la pobreza en Acapulco y la situación en salud sexual que de ella se deriva y que ya se describió, el municipio ejecutó el Programa Hábitat. Este programa fue diseñado por la ONU con el propósito de ayudar a los países con más rezago a superar la pobreza inmobiliaria en sus diferentes modalidades a través de políticas públicas de acción municipal, estatal y federal; partiendo del hecho de que el programa considera a la pobreza como un problema no solo económico y político, también humano, pues ésta delimita el acceso a los derechos humanos más básicos por parte de la gente más pobre, ampliando el rezago en el desarrollo individual y nacional. Por lo anterior en el capítulo cuatro es que se presentó el proyecto Hábitat-Mexfam como recurso para atender las carencias en educación y salud sexual y reproductiva que implica la pobreza.

Con reglas de operación bien definidas el Programa HÁBITAT considera la salud y la educación sexual y reproductiva como elementos necesarios para superar la pobreza, por lo que Mexfam participó como institución especializada en el tema en el desarrollo y ejecución del Proyecto Hábitat-Mexfam, que incluyó servicios educativos y de salud.

Del proyecto destacan los modelos educativos desarrollados para atender a una diversidad de usuarios, problemas y necesidades. En general hubo dos grandes

líneas de trabajo en educación: la capacitación a prestadores de servicios y las charlas informativas a los usuarios, que fueron madres de familia, adolescentes y niños y niñas de sexto año de primaria, atendiendo temas de prevención de la violencia, prevención de infecciones de transmisión sexual, sexualidad y adolescencia y metodología anticonceptiva . En las acciones educativas también se incluyó la entrega de material educativo al municipio para prolongar las acciones del programa aún después de terminado y la entrega de material informativo a los usuarios. En el ámbito de salud se entregaron métodos anticonceptivos, especialmente condones femeninos y masculinos.

Sobre los resultados del proyecto no se puede dejar de mencionar que éstos se limitaron a la actuación en sólo dos polígonos de Acapulco, por lo que el número de beneficiarios del programa, aunque es un número de cuatro cifras, es muy bajo en contraste del total de la población que se encuentra en situación de pobreza o que presenta rezagos en materia de educación y salud sexual y reproductiva.

Como conclusión general de este trabajo puedo afirmar entonces que en nuestro país, social e históricamente, el tema de la sexualidad humana se ha cargado de miedos, tabúes y creencias que limitan las posibilidades de acceso al tema y las acciones relacionadas con éste. De ahí que la educación formal e informal no haya incluido el tema de la sexualidad en sus contenidos. Lo anterior se puede observar desde el ámbito familiar, en donde el tema se aborda parcialmente o se ignora completamente, dejando a la escuela el trabajo educativo en este tema y, dado que la escuela y los docentes tampoco han incluido y asumido la sexualidad como temática educativa, tenemos como resultado a una población desinformada y con altos riesgos sociales.

En contraste, a nivel internacional, las miradas sobre el tema se han ampliado; ahora no sólo se abarca la educación y la salubridad, sino lo humano en tanto que problema de pobreza, por lo que la ONU ha considerado promover acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva en el aspecto social desde la dimensión de las políticas públicas. Cabe mencionar que este organismo internacional tiene avances importantes relacionados con el tema de la salud sexual y reproductiva a través de la *International Planned Parenthood Family* (IPPF), que es la filial de la ONU que se encarga de la investigación, desarrollo y aplicación de conocimiento en la materia.

A nivel nacional los temas de salud sexual y reproductiva se han limitado a las acciones de tipo clínico por parte de las autoridades sanitarias; conclusión a la que se llegó después de la investigación y análisis de los documentos existentes al respecto para la elaboración de este trabajo, se puede concluir que solo se

consideran los temas y acciones relacionados a la salud reproductiva, dejando de lado la salud sexual; es decir, en el discurso solo se asume la sexualidad como medio para procrear y no como derecho y ejercicio de placer, lo que confirma lo comentado líneas arriba.

Pero más allá de esta limitación este discurso ha perjudicado seriamente el desarrollo institucional, social y humano de nuestro país, pues los problemas que se enfrentan por la falta de información, de servicios y de recursos en este rubro han derivado en crisis de tipo laboral, educativa y económica, como lo dejan ver las cifras mostradas en este trabajo sobre los infectados de VIH-SIDA, los embarazos en adolescentes y las muertes por cáncer de mama y cérvico-uterino. Por otra parte, este discurso niega también los derechos sexuales de los individuos –enlistados en el primer capítulo -lo que aleja a nuestra nación de la posibilidad de ser un país sexualmente sano y responsable, evitando el verdadero ejercicio de la democracia, ya que coarta la posibilidad de una educación sexual integral.

A partir de lo anterior se debe mirar críticamente la ejecución de los diversos programas de desarrollo social puestos en marcha en nuestro país, particularmente el Programa HÁBITAT, que si bien es cierto incluye acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva, lo hace para cumplir un requerimiento político y económico externo y no por considerar éstas como parte fundamental del desarrollo social nacional, cayendo así en la ejecución de programas de tipo asistencialista y parcial.

Específicamente el Programa HÁBITAT en Acapulco incluyó cuatro acciones sobre salud sexual y reproductiva en el ejercicio 2005, mismas que se desarrollaron, ampliaron y fortalecieron en el proyecto Hábitat-Mexfam. En este proyecto se atendió el tema de la sexualidad en el rubro educativo y clínico procurando ampliar la atención a los usuarios para superar la perspectiva asistencialista por medio de la formación de multiplicadores del programa y de la entrega de materiales educativos y clínicos que pudieran estar disponibles para la población aún después de la ejecución del programa.

Si bien es cierto que Mexfam, como institución no gubernamental, trató de ampliar y mejorar los servicios planteados en el programa HÁBITAT Acapulco, también se vio limitada por las políticas y procedimientos establecidos en las reglas de operación del programa HÁBITAT General; es decir, las mismas políticas públicas que establecían la atención en salud sexual y reproductiva para la población, también limitaban esta acción. Cabe decir que este problema ha sido frecuentemente encontrado por parte de la Fundación al apoyar y ejecutar otros programas, lo que limita el potencial que tiene la institución de brindar servicios de calidad y vanguardia en lo relacionado a la educación y salud sexual y reproductiva.

A lo anterior se debe sumar el hecho de que financieramente se asignan pocos recursos a la investigación y desarrollo de temas de sexualidad humana en nuestro país, tanto en el sector público como en el privado, lo que da como resultado la urgencia de trabajar para obtener el financiamiento de programas de impacto en la educación y salud sexual y reproductiva, con la única mira de coadyuvar en el desarrollo humano e institucional del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahuacatitan Rodríguez, Nelly. 2004 *Cómo vivir una sexualidad sana en la adolescencia*. Acapulco, México. Documento sin publicar.
- Ahuacatitan Rodríguez, Nelly. 2005. *Proyecto Hábitat-Mexfam*. Acapulco, México, Documento sin publicar.
- AMMSAC. “*Modelo Holónico de la sexualidad humana*.” [Documento en www] Dr. Eusebio Rubio. [Recuperado el 24 de septiembre, 2010] Dirección Electrónica
<http://www.amssac.org/biblioteca%20modelo%20holonico%20de%20la%20sexualidad%20humana.htm>.
- ANDAR.ORG.MX. *Los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes y jóvenes*. [Documento en www] [Recuperado el 1 marzo, 2011] Dirección electrónica
http://www.andar.org.mx/docs_pdf/D.SEX.REP..ADOLESES.pdf
- Ávila Baray, H.L. *Introducción a la metodología de la investigación*. [Documento en www] Edición electrónica 2006. [Recuperado el 8 de octubre 2010] Disponible en www.eumed.net/libros/2003/
- Betzhold, Jorge. “Elementos de la cultura organizacional” [Documento en www] 2006. [Recuperado el octubre 21, 2011] Disponible en <http://betzhold.blogspot.com/2006/01/elementos-de-la-cultura-organizacional.html>.
- Biblioteca virtual de las ciencias en Cuba. “*El constructivismo: paradigma de la escuela contemporánea*.” [Documento en www] Israel Mazarío y Ana C. Mazarío. Universidad de Matanza, Cuba. [Recuperado el 8 de octubre 2010] Disponible en www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/.../doc.pdf
- Bronfman, Mario y Catalina Donman (Ed). 2003. *Salud Reproductiva: temas y debates*. Cuernavaca, Morelos; Instituto Nacional de Salud pública.

- Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. 1974. *Ley General de Población*. Última Reforma DOF 09-04-2012. [Documento en www] [Recuperado en septiembre 22, 2011] Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>
- Cardoso Vargas, H. A. 2007. *Del proyecto educativo al modelo pedagógico*. Odiseo, revista electrónica de pedagogía [Documento en www] 4, (8), [Recuperado el octubre 22, 2011] Disponible en <http://www.odiseo.com.mx/2007/01/cardoso-proyecto.html>
- CEPAL. *Programa hábitat México*. [Documento en www] [Recuperado en octubre 22,2011] Disponible en <http://www.cepal.org/pobrezaurbana/docs/minurvi/Mex/Programa%20Habitat.pdf>
- Cervantes Pérez Erika. Coordinadora. (2008) *La salud de las mujeres guerrerenses. Retos Legislativos*. [Documento www] [Recuperado el 13 de marzo, 2012] Disponible en <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/saludonepager.pdf>
- Cervantes Zacarias. “Ejerce la SSA “violencia institucional” contra mujeres al negar anticonceptivos, denuncian” en *El Sur de Acapulco* [Documento www] 26 de julio 2011. [Recuperado el 27 de septiembre, 2011] Disponible en http://www.suracapulco.com.mx/nota1.php?id_nota=92530
- Claudio Stern (Coord). 2008. *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias*. México D.F, Colegio de México- Centro de estudios sociológicos- Population Council.
- Cámara de Diputados [Documento www] *Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa Hábitat, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social, para el ejercicio fiscal 2005*. 18 de febrero, 2005. [Recuperado en mayo, 2011] Disponible en http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/003_comisione/001_or_dinarias/desarrollo_social/f_reglas_de_operacion/reglas_de_operacion_2005.

- Díaz Infante Méndez, Mariza. 2003. *Modelo Institucional de Capacitación*. México D.F., MEXFAM. Documento sin publicar.
- El economista. “*La pobreza extrema en México*” [Documento www] Rubén Aguilar Valenzuela. 5 de marzo, 2010. [Recuperado el 2 de octubre, 2010] Disponible en <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2010/03/05/pobreza-extrema-mexico>
- Family Care International (FCI). 1995. *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos: Marco de acción sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes*. New York, Broadway.
- Fuertes Martín, Antonio. 1997. *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca, Amaro.
- Fundación Mexicana para la Plantación Familiar, A.C. *¿Cómo se crea Mexfam?* [Documento en www] [Recuperado en octubre 21, 2011] Disponible en http://Mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=93&Itemid=118.
- Galarce Sosa, Karla. “Sumaron 800 embarazos de adolescentes guerrerenses en 2009, dice especialista” *El Sur de Acapulco*, 25 de julio, 2011. [Documento www] [Recuperado el 26 de julio, 2011] Disponible en www.suracapulco.com.mx/nota1e.php?id_nota=75667.
- Giraldo Fabio, Jon García. 2006. *Hábitat y pobreza: los objetivos del desarrollo del milenio desde la ciudad*. Bogotá, ONU- HÁBITAT.
- Grajales, Tevni. *Tipos de investigación*. [Documento en www] 2000. [Recuperado el 8 de octubre 2010] Disponible en www.cibm.es/archivo/f79509529e3654299b23d6d11fcbc88e.pdf
- Guillé Tamayo, Margarita. *Modelo de referencia de casos de violencia de género en guerrero*. [Documento en www] Red Nacional de Refugios, 2008. [Recuperado el 12 de julio, 2011] Disponible en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Guerrero/gro01.pdf> INEGI.
- Instituto PROMONDO/ECOS. 2001. *Comunicación en Sexualidad, Programa PAPAI; Salud y Género A. C.* Río de Janeiro, Brasilia, Instituto PROMUNDO.

- IPAS. *En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes: normatividad nacional e internacional*. [Documento en www] [Recuperado el 11 de marzo 2011] Disponible en http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file841_2733.pdf
- IPPF. Página web oficial de la IPPF con información documental sobre temas de salud sexual y reproductiva. [Documento en www] [Recuperado el 13 de marzo 2011] Disponible en <http://www.redtrasex.org.ar/documentos/docs-nuevos/platacalderonderechosaludsexual.pdf>
- Klisberg, Bernardo. 2002. *Hacia una economía con rostro humano*. México, D, F., FCE.
- Lozano, Fernando (coord) *et al.* 2004. *El amanecer del siglo y la población mexicana*. México, Editorial CRIM- UNAM.
- Mexfam. 2002. *Plan estratégico 2002-2010*. México, D.F., Mexfam. Págs. 73.
- Mexfam. *Informe Anual 2006*. [Documento en www] 2007. [Recuperado en octubre 18, 2011] Disponible en http://Mexfam.apunto.com.mx/main_site_backup/images/stories/informes/2006/informe2006.pdf
- Mexfam. *Informe Anual 2007*. [Documento en www] 2006. [Recuperado en octubre 18, 2011] Disponible en http://Mexfam.apunto.com.mx/main_site_backup/images/stories/informes/2007/informe2007.pdf
- Observatorio de la Economía Latinoamericana. *El programa HÁBITAT y la superación de la pobreza urbana en México* [Documento en www] Jiménez Trejo, L.A. en N° 99, 2008. [Recuperado el 24 de septiembre 2010] Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2008/lajt2.htm>
- OMS, OPS. *Promoción de la salud sexual Recomendaciones para la acción*. [Documento en www] 2000. [Recuperado el 18 de febrero 2011] Disponible en <http://www.amssac.org/biblioteca%20salud%20sexual%20recomendaciones.pdf>.
- ONU Hábitat. "Mandatos". [Documento en www] [Recuperado en octubre 24, 2011] Disponible en

<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=2467&catid=1&typeid=24&subMenuId=0>

ONU. *Programa HÁBITAT. Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos*. [Documento en www] [Recuperado el 12 de marzo 2011] Disponible en <http://habitat.aq.upm.es/aghab/aproghab.html>

OSSIEL PACHECO. "SSA sólo tiene registrados 4 mil 706 casos de VIH en los últimos 25 años". *La Jornada Guerrero*. [Documento en www] 2 dic, 2008. [Recuperado el 20 de julio, 2011] Disponible en <http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2008/12/02/index.php?section=sociedad&article=007n1soc>.

Organización panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. 2000. *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Asociación Mundial de Sexología. Guatemala.

Pérez Palacios, Gregorio (comp). 2000. *El cambio de paradigmas: de la planificación familiar a la salud reproductiva*. México, SS-Dirección general de salud reproductiva.

Plata, María Isabel y María Cristina Calderón. *El derecho a la salud sexual y reproductiva*. [Documento en www] [Recuperado el 9 de marzo 2011] Disponible en <http://www.redtralsex.org.ar/documentos/docs-nuevos/platacalderonderechosaludsexual.pdf>

Pruneda Padilla, Pablo Antonio. *Modificación al Acta Constitutiva de la Fundación Mexicana para la Plantación Familiar A.C*. Notaria 155 del DF, No. 4010, Vol. 110, Febrero, 1984.

SSA. "Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer" *Datos nacionales* [Documento en www] México D. F., a 8 de marzo de 2008. [Recuperado el 12 de marzo, 2011] Disponible en http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/igualdad/MUJER_2008__2_.pdf

Secretaría de Salud. (Primera Edición, 2001). *Programa de acción: Salud Reproductiva*. [Documento en www] [Recuperado el 13 de marzo, 2011]

- Disponible en
http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_reproductiva.pdf.
- Secretaría de Salud. (Primera edición 2008) *Programa De Acción Específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS* [Documento en www] [Recuperado el 13 de marzo, 2012] Disponible en
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/ProgAc2007-2012.pdf>
- SEDESOL. *Programa HÁBITAT*. [Documento en www] [Recuperado en septiembre 9, 2011] Disponible en
http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Programa_Habitat
- SEP. *Programa sectorial de educación 1007-2012*. [Documento en www] [Recuperado el 14 enero 2011] Disponible en
http://www.oei.es/quipu/mexico/programa_sectorial_educacion_mexico.pdf
- SiPAZ. Org. “*Guerrero en Datos*” [Documento en www] [Recuperado el 28 de septiembre 2010] Disponible en
http://www.sipaz.org/data/gro_es_02.htm#EDUCACION.
- UNESCO. *Las ciudades y los hábitats humanos*. [Documento en www] [Recuperado el 6 de marzo 2011] Disponible en
http://www.unesco.org/bpi/pdf/memobpi51_towns_es.pdf
- _____ *Avances en la Investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. 1998. Trabajos del tercer taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad 3. Buenos Aires, Argentina.
- Wikipedia.org. “Infecciones de transmisión sexual” [Documento en www] S/f. [Recuperado en marzo, 2011] Disponible en
http://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisi%C3%B3n_sexual