El Involucramiento de los Hombres Jóvenes en la Salud Sexual y Reproductiva:

Hacia Una Agenda Binacional de Investigación, Acción y Política Pública

UN PROYECTO COLABORATIVO DE:

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO
Center for Reproductive Health Research & Policy

Signy Judd, MPH
Claire Brindis, DrPH
Karla Rodríguez, MPH

EL COLEGIO DE MÉXICO
Programa de Salud Reproductiva y Sociedad

Claudio Stern, PhD
Mtra. Diana Reartes

IPAS MÉXICO

Eduardo del Castillo
Deborah L. Billings, PhD

AGRADECEMOS EL APOYO
DEL PROGRAMA MEXUS,
OFICINA DEL PRESIDENTE,
UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

Center for Reproductive Health Research & Policy

CM

Ipas

Contenido

INTRODUCCION 3
Definiciones 5

MÉXICO 7
PERFIL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES MEXICANOS 8
Sexualidades 8
Padecer y ejercer la violencia 9
Uso de anticonceptivos 10
ITS y VIH/SIDA 12
Embarazo, parto y aborto 13
Paternidad 14
Los riesgos relacionado con la migración 15
POLÍTICAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS EN MÉXICO 16
Equidad de género 18
Información 19
Prevención 20
Libertad de elección y responsabilidad 21

LOS ESTADOS UNIDOS Y CALIFORNIA 23
Contexto social, cultural, y económico 24
PERFIL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES LATINOS 27
Sexualidades 27
Padecer y ejercer la violencia 29
Uso de anticonceptivos 30
ITS y VIH/SIDA 32
Embarazo, Aborto, y Parto 33
POLÍTICAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS EN CALIFORNIA 36

MESAS DE TRABAJO 44
El factor financiamiento 44
Migración e identidades 46
Perspectiva integral 47
Equidad de género y masculinidad 49
Medios de comunicación 50
Fundamentalismo, dogmatismo, doble moral 51

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 52
Sexualidades 53
La Anticonccepción 54
ITS y VIH 54
El embarazo, el aborto, y el nacimiento 54
Políticas, programas y servicios 55
Recomendaciones 56

REFERENCIAS 58
LISTA DE PARTICIPANTES 64

• INDICE •

Introducción

Durante la última década ha habido un gran aumento en el interés de involucrar a los hombres en esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva. Tal vez porque son las mujeres las que cargan más directa e inmediatamente con las obligaciones creadas por embarazos no intencionales, los programas e intervenciones dirigidos a la reducción de embarazos inesperados se han enfocado tradicionalmente sólo en base a las necesidades de las mujeres y de las jóvenes adolescentes. Este enfoque surgió de la creencia de que las mujeres deberían tener un control autónomo sobre los recursos indispensables para poder manejar su propia fecundidad, decidir cuántos niños tener y cuándo tenerlos. Esto derivó en que la responsabilidad de adquirir métodos de anticoncepción y usarlos eficazmente les correspondía casi por completo a las mujeres. Ya que las mujeres no son las únicas que toman decisiones en torno a las relaciones sexuales y el tamaño de la familia, y que con demasiada frecuencia son las víctimas de abuso y violencia, esta expectativa comenzó a verse como injusta y poco práctica. Formuladores de políticas, planificadores de programas y activistas –tanto hombres como mujeres—han empezado a abogar por la inclusión de los hombres en los esfuerzos por mejorar la salud sexual y reproductiva de sus compañeras y de sí mismos.

El movimiento por reconocer el papel y las responsabilidades de los hombres en torno a la salud reproductiva se formalizó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), que tuvo lugar en el Cairo en 1994. El documento oficial que se produjo a partir de las deliberaciones aclara que los hombres deben realizar un papel positivo para poder conseguir la igualdad y equidad entre mujeres y hombres:

> Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar, la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor …
>
> (CIPD 4.27, 1994)

Así como se ha venido reconociendo cada vez más la importancia de la participación positiva de parte de los hombres en la salud sexual y reproductiva, también hay un acuerdo general de que se necesita empezar con tales esfuerzos a una edad temprana, realizando esfuerzos programáticos en torno a los jóvenes y adolescentes. La adolescencia es un periodo importante en el desarrollo, durante el cual los jóvenes se formulan valores en torno a los roles, las relaciones de género y la sexualidad. Los jóvenes también practican o ensayan

• INDICE •

estilos diferentes de comunicación y negociación en relación a sus necesidades y deseos, estableciendo patrones de largo plazo ya en su juventud. Tanto la evidencia empírica como la experiencia práctica nos enseñan que los jóvenes son más receptivos y abiertos que los adultos en cuanto a considerar puntos de vista alternativos (Clayton *et al.*, 2000; USAID Interagency Gender Working Group, 2000). Si queremos movernos hacia una mayor equidad entre los géneros, es fundamental trabajar con jóvenes, además de en adición a otros sectores claves de la población.

Los profesionales en el campo de la salud sexual y reproductiva en México y California se encuentran entre los pioneros en el área de cómo involucrar a los hombres, desarrollando estrategias innovadoras, responsivas y apropiadas culturalmente, para involucrar a los muchachos jóvenes en la prevención del embarazo entre adolescentes, las infecciones transmitidas sexualmente y la violencia.

Tomando en cuenta la importancia de la migración entre México y California y la cuantía de esta población que son varones jóvenes, es crucial tener un mayor conocimiento de las necesidades de este grupo y de las políticas y programas existentes enfocados en su salud sexual y reproductiva.

Con fondos del Programa MEXUS, de la Oficina del Presidente de la Universidad de California, el Centro de Investigación y Política en Salud Reproductiva de la Universidad de California de San Francisco colaboró con el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México e Ipas México, para reunir un grupo pequeño interdisciplinario e intergeneracional de líderes de México y California (EEUU) para compartir información y estrategias y para trazar un curso para la investigación, acción y política futura binacional.

Este documento es producto de un trabajo inicial del equipo de investigadores de las tres instituciones y la incorporación de los comentarios, conclusiones y recomendaciones de los y las participantes en la reunión *El Involucramiento de los Hombres Jóvenes en la Salud Sexual y Reproductiva: Hacia Una Agenda Binacional de Investigación, Acción y Política Pública*, que se llevó acabo el 10 y 11 de mayo de 2004 en El Colegio de México. Es un resumen de la bibliografía actual que existe en torno al involucramiento de los hombres jóvenes en la salud sexual y reproductiva en México y en California. Para realizarlo, cada equipo trabajó en la revisión bibliográfica y luego se realizó una comparación de los datos arrojados en cada contexto. Reflejando que somos un equipo multidisciplinario, la revisión incluye bibliografía de salud pública, sociología, antropología y psicología. Una aclaración más refiere a los programas tomados en cuenta; seleccionamos sólo algunos de los programas existentes y a cuya información tuvimos acceso.

• INDICE •

DEFINICIONES

Antes de resumir la literatura, es importante definir los términos centrales que usamos en el documento y nuestra postura teórica.

Salud sexual y reproductiva. Según la Plataforma de Acción de CIPD, la salud reproductiva es el "estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia" (CIPD, 7.2, 1994). Esta última condición lleva implícito el derecho de la mujer y el hombre a obtener información, métodos y servicios que sean seguros, eficaces, accesibles y aceptables.

La salud sexual está muy relacionada con la salud reproductiva. Según la Asociación Mundial de Sexología, la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y su desarrollo depende de la satisfacción de deseos básicos como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. Implica que cada mujer y hombre tiene derecho a la libertad, autonomía, privacidad, equidad, seguridad y placer en sus relaciones sexuales (WAS, Declaración de Derechos Sexuales, 1999).

Nuestra postura teórica es que cada mujer y hombre, tanto adultos como jóvenes, tiene derecho a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, muchos de los estudios sólo enfocan en los indicadores de la salud reproductiva y, como consecuencia, este documento no contiene información suficiente sobre la salud sexual y, específicamente sobre la sexualidad de los varones jóvenes, incluyendo el homo-erotismo entre varones.

Equidad de género. Se refiere a la resolución de inequidades que son innecesarias, injustas y evitables. El concepto de equidad es distinto al de igualdad. No significa una distribución igual de recursos de todo tipo, sino una distribución que responda a las necesidades particulares de cada sexo.

Reconocemos las desigualdades entre las mujeres y los hombres en términos de su poder y autonomía y su participación política, social y económica. En el documento elaboramos algunos de los factores que inciden sobre este problema, por ejemplo el modelo de masculinidad jerárquico dominante y algunos de los esfuerzos programáticos que tienen como objetivo potenciar a los hombres jóvenes a adoptar un rol diferente. Apoyamos esfuerzos para lograr la igualdad y equidad basados en una asociación armoniosa entre mujeres y hombres que permitan que ambos realicen sus posibilidades.

• INDICE •

Los varones jóvenes: Para tener una perspectiva amplia, enfocamos la búsqueda de literatura en la población de varones entre las edades de 12 – 25. En el documento les llamamos jóvenes como definición inclusiva. Cuando los datos se refieren a una categoría más específica, como adolescentes entre 13-19 años, lo indicamos así.

Involucramiento de los hombres. Ha habido muchas discusiones sobre cómo se debe llamar a los esfuerzos para reconocer el rol del hombre en la salud sexual y reproductiva. Cada posibilidad es problemática. Por ejemplo, si decimos "responsabilidad de los hombres" estaríamos indicando que los hombres no son responsables, quizá por herencia. A la vez, se puede interpretar como paternalista una exigencia para que el hombre se haga cargo de sus responsabilidades. Si decimos "involucramiento de los hombres" puede pensarse que estamos indicando que no han jugado un papel previamente. Pero realmente los hombres han estado en una posición preponderante al respecto, tomando decisiones sobre la salud reproductiva desde la casa hasta el cuerpo legislativo. Si decimos "programas para hombres" no llamamos atención a las responsabilidades y necesidades compartidas. Y si decimos "hombres como compañeros" parecería que estamos implicando que su participación sólo cuenta porque puede mejorar la salud de su pareja y no necesariamente la suya (Verme *et al.*, 1996).

Hemos decidido en este documento usar el término involucramiento de los hombres, porque nuestro objetivo es buscar el espacio donde se puede trabajar con varones jóvenes para involucrarlos de una manera positiva, respetuosa y activa en la salud sexual y reproductiva, para su propio bienestar y el de su pareja y, finalmente, para contribuir a una mayor equidad de género.

• INDICE •

México

En México, las y los jóvenes nunca han tenido el peso poblacional que tienen en la actualidad. Hoy en día, los y las que tienen entre 15 a 20 años constituyen el grupo de edad más numeroso de la población, con 20.2 millones de individuos. Esto corresponde al 20.3% del total de la población. La iniciación sexual está teniendo lugar más temprano que antes, siendo menor la edad en los varones y mayor en las mujeres y siendo más precoz cuanto más bajo el estrato económico[1] (Stern y Menkes, en proceso). En tanto, el conocimiento y las prácticas para prevenir los riesgos de salud asociados con ella, tales como los embarazos inesperados y las infecciones de transmisión sexual (ITS), se mantienen rezagados.

Para comprender mejor el modo en que los varones jóvenes participan en los distintos procesos que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, debemos mencionar algunos factores que afectan negativamente este ámbito de la vida de las y los jóvenes. La información acerca de su comportamiento sexual revela la importancia de las relaciones de género y las construcciones y estereotipos culturales dominantes en torno a lo masculino y lo femenino en la configuración de las conductas sexuales de varones y mujeres. Estos estudios indican que los valores y comportamientos que representan mayores riesgos sociales y de salud para las y los jóvenes se derivan de la doble moral sexual que impera, que opera con mayor fuerza en los contextos materiales y familiares más carentes de recursos, haciendo que la comunicación y la prevención efectiva resulten muy difíciles de llevar a la práctica (Szasz, 1997; Stern *et al.*, 2003)[2]. Otros factores que nos hablan de la situación de mayor vulnerabilidad y desigualdad que afecta a la población joven son: el abandono temprano de la escuela (más del 50% la abandona antes de terminar la secundaria o al término de ésta), la situación de pobreza en la que viven cerca de uno de cada cuatro adolescentes y el alto desempleo que sufren (Zúñiga *et al.*, 2003a).

En México, hace aproximadamente una década se iniciaron trabajos de investigación, reflexión e intervención con varones en general y con jóvenes en particular, en torno a distintos aspectos de su salud sexual y reproductiva, incluida la violencia. Desde el ámbito de la investigación, se comenzó a evidenciar que la participación del varón en el comportamiento de la fecundidad y la reproducción era un campo poco desarrollado y que la marginación del papel de los varones podía ser explicada por: la ausencia o muy escasa existencia de infor-

---

1 Los datos de la Encuesta de Mexfam (1999) indican que la edad media a la primera relación entre las y los adolescentes es de 15.2 para los varones y de 15.3 para las mujeres, por su parte la Encuesta Nacional de Salud (2000) reporta una edad promedio similar para varones y mujeres adolescentes (15.7 y 15.6 respectivamente) (Gayet *et al.*, 2003).

2. Si bien asumimos que el género tiene un importante grado de determinación sobre la morbi-mortalidad de la salud masculina, tal como es evidenciado por numerosas investigaciones en nuestro medio, no nos referiremos a esta relación en tanto nuestro interés está puesto en la salud reproductiva.

• INDICE •

mación generada sobre ellos, las dudas sobre la confiabilidad de los datos existentes y las dificultades técnicas de medición y generación de información, por ejemplo sobre la fecundidad masculina (Lerner, 1998:13). Asimismo, las discusiones generadas en torno a este tema empezaron a resaltar las aportaciones de la perspectiva feminista para el estudio de la masculinidad y el papel de los varones en la sexualidad y la reproducción, así como la necesidad de incorporar los conceptos de salud y derechos reproductivos como dimensiones analíticas para interpretar la presencia del varón en estos ámbitos (Figueroa, 1998; Szasz, 1998).

Es importante mencionar que la mayor parte de los estudios realizados refieren a varones urbanos, pertenecientes a sectores medios y populares de la ciudad de México. Son todavía limitados los trabajos que dan cuenta de la realidad de los varones rurales e indígenas.

Hemos dividido la información en dos partes: en la primera se incluyen los resultados derivados de un conjunto de investigaciones provenientes de distintas disciplinas.[3] La segunda parte incluye una revisión de los principales programas y/o servicios destinados a varones jóvenes, tanto de instancias oficiales como de organizaciones de la sociedad civil.

PERFIL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES MEXICANOS

Sexualidades

Las vinculaciones profundas que existen entre la vivencia de la sexualidad y la masculinidad hegemónica se reflejan en distintas áreas del ejercicio de la primera. Datos derivados de encuestas sociodemográficas y de salud indican que los varones inician la actividad coital heterosexual a edad más temprana que las mujeres, muchas veces presionados por sus pares (al margen de su deseo) en tanto la primera relación sexual es considerada como un rito de pasaje e iniciación en el mundo de los varones, lo que lleva a hacer percibir la práctica sexual como una obligación que hay que cumplir socialmente (Amuchástegui, 1998; Castro, 1998; MEXFAM, 1999; ENJUVE, 2000; ENSA, 2000, citados por Gayet *et al.*, 2003). Asimismo, el inicio sexual se da la mayoría de las veces, según lo señalado por los varones, con parejas a las que no los une una relación afectiva. Reportan además un mayor número de parejas que las mujeres y algunos continúan teniendo parejas simultáneas después de iniciada la vida conyugal (CONASIDA, 1994; Ibañez, 1995; Liguori, 1995, citados por Szasz, 1998:149).

3 Hay que aclarar que no incluimos la extensa bibliografía sobre salud reproductiva producida desde el campo de la salud mental.

• INDICE •

Varias investigaciones cualitativas demuestran también cómo por medio de la sexualidad una proporción significativa de los varones tienden a afirman su identidad y a expresar su poder. Esto se logra no perdiendo ninguna oportunidad de tener relaciones sexuales con mujeres, contando las proezas sexuales y otorgando gran importancia a la erección y a la penetración (vaginal o anal), la que es considerada como un símbolo de dominación-subordinación (Liendro, 1995; Bronfman y Minello, 1995, Liguori, 1995, citados por Szasz,1998:150-151).

De este modo, los varones aprenden tempranamente a separar erotismo y vida emocional, situación que lleva a que, en términos generales, los varones expresen su sexualidad en dos ámbitos: uno vinculado a la vida conyugal y otro fuera de la conyugalidad (Szasz,1998:157). Esta escisión del ejercicio sexual masculino impacta negativamente, como veremos más adelante, las conductas de prevención de embarazos e ITS así como el modo de actuar frente a un embarazo inesperado.

Padecer y ejercer la violencia

La exposición a conductas riesgosas es otra vía mediante la cual los varones demuestran los atributos de ser hombre, que en ocasiones los llevan a la propia muerte. Las muertes violentas (accidentes, homicidios y suicidios) constituyen el 51.1% de las defunciones en el grupo de 10-14 años y el 70.3% en el de 15-19 años de edad (Zúñiga *et al.*, 2003a:101).

Pero también hay que destacar la relevancia de la violencia que sufren muchos varones durante su infancia y adolescencia, ya sea como violencia física, verbal y/o abuso sexual tanto en el ámbito doméstico, en la escuela y/o en la calle (Szasz, 1998; Ramírez, 2000). Este es un tema que sólo recientemente se ha comenzado a documentar y posiblemente se trate de un fenómeno más extendido de lo que se pensaba. En muchos casos, la iniciación sexual es vivida como una "violación"; Zavala y Lozano (1999) reportan que muchos varones declaran que fueron obligados por amigos para tener relaciones con ellos y en otros, fueron mujeres de mayor edad quienes los iniciaron. La negativa a tener relaciones puede ser condenada como homosexualidad o cobardía, alejándolos del patrón de masculinidad dominante (Castañeda *et al.*, 1995).

La violencia ejercida por los varones hacia las mujeres impacta negativamente distintos ámbitos de la salud de las mujeres, incluida la salud sexual y reproductiva. Los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) (INSP, 2003) muestran la magnitud de este problema[4]. Por otra parte, recientemente ha salido a la luz la alta prevalencia de la violencia tanto durante

4 Veintiuno por ciento (una de cada cinco mujeres) de las usuarias de servicios de salud padeció de violencia por parte de su pareja actual en los 12 meses anteriores a la entrevista y una de cada tres ha sufrido violencia de pareja alguna vez en su vida (INSP, 2003).

• INDICE •

la primera relación sexual como durante la etapa del noviazgo, lo que impide adoptar medidas protectivas contra embarazos e ITS. El tipo más frecuente de agresión sexual entre novios es la llamada "violencia por confianza" que sucede cuando las jóvenes son presionadas a tener actividad sexual, aunque en la mayoría de casos con un cierto consentimiento por parte de ellas (Adame, 2003).

Durante el embarazo, mientras la violencia física y sexual se mantiene igual antes y durante el mismo, la severidad de la violencia emocional se incrementa significativamente, siendo las mujeres jóvenes (menores de 20 años) las que tuvieron un riesgo mayor de sufrir violencia durante la gestación (Castro y Ruiz, 2003).

Uso de anticonceptivos

El conocimiento sobre la biología de la reproducción evaluado a través de preguntar a estudiantes (varones y mujeres) de nivel medio y superior de varios estados del país, acerca del momento del ciclo biológico femenino en el que hay más exposición al riesgo de un embarazo y acerca de la posibilidad de que una mujer se pueda embarazar en su primera relación si no usa algún anticonceptivo, arrojó resultados deficientes (Menkes y Suárez, 2003a). Esto es sumamente preocupante si tenemos en cuenta que el retiro y el ritmo gozan de una gran aceptación entre las y los jóvenes.

En cuanto al conocimiento sobre anticonceptivos, aunque se ha ido incrementando en los últimos años, todavía continúa siendo insuficiente. Si bien la mayoría de las y los jóvenes había oído hablar de los distintos métodos, el conocimiento acertado del funcionamiento correcto de cada método es muy reducido. El porcentaje que ha oído hablar del condón es del 90% aunque sólo el 70.8% sabía utilizarlo adecuadamente. La cifra más contrastante es la de los hormonales orales con un 12.7% de conocimiento real sobre su uso correcto, aunque un 77.2% había escuchado hablar de ellos (Menkes y Suárez, 2003a).

En cuanto al uso de métodos por parte de los varones, los trabajos revisados nos indican que la adopción de anticonceptivos en la primera relación sexual continúa siendo una práctica poco frecuente, aunque se ha ido incrementando significativamente. Son los varones más que las mujeres quienes parecen estar adoptando más el condón en su primer encuentro y quienes, en la mayoría de los casos, tomaron la decisión de utilizarlo. En base a la ENSA (2000) Gayet *et al.* (2003) indican que uno de cada dos varones sexualmente activos dijo haberlo usado en la primera relación (50.9%) mientras sólo una de cada cinco mujeres reportó su uso (22.9%)[5].

5 Podría pensarse que esta diferencia se debe a que suele ser frecuente que los varones se inicien con sexo-servidoras; sin embargo, habría que tener mayores elementos para interpretarla.

• INDICE •

Las preferencias de método cambian según el estrato de pertenencia: el DIU es el método más utilizado por las parejas de los varones de sectores bajo y muy bajo (26.7%), seguido de los hormonales (15.4%) y el condón (8.1%), mientras que los varones de sectores medios parecen asumir una actitud más co-responsable al preferir usar el condón y el ritmo (Rojas y Figueroa, 2003).

Asimismo, el mayor uso de métodos que requieren la colaboración del varón (ritmo, retiro y condón) en las parejas unidas o casadas que todavía no tienen hijos, pudiera implicar un mayor involucramiento de estos varones en la prevención de embarazos e ITS.

Cuando se trata de la novia o esposa, los varones tienden a involucrarse más en acciones orientadas a prevenir un embarazo o a compartir la responsabilidad de los métodos anticonceptivos (adoptando el condón, el retiro o el ritmo); en cambio, en las relaciones ocasionales o de amante, los varones parecen desatenderse más fácilmente de las consecuencias de sus prácticas coitales, sin considerar los riesgos en su propia salud ni la posibilidad de un embarazo (Guevara, 1998).

El mayor nivel de comunicación y negociación a nivel de la pareja para adoptar un método anticonceptivo, decidir el número de hijos y/o el momento de procrear es reportado más por los varones más jóvenes y de sectores medios de la ciudad de México (Rojas, 2002). Basado en estos datos, parece que siguen siendo las mujeres quienes continúan cargando con la regulación de la fecundidad.

Como lo muestran muchos trabajos, no existe una relación directa y proporcional entre la calidad de la información respecto a las ITS y los métodos de prevención, el miedo de los jóvenes a ser contagiados y las conductas preventivas, particularmente la decisión de usar el condón. La distancia entre conocimiento y práctica expone a los varones a comportamientos riesgosos tanto para su propia salud como para sus parejas (Díaz Loving y Alfaro, 1995; Valencia, 1998; Gayet *et al.*, 2003).

Los trabajos consultados indican un incremento en el uso del condón entre los jóvenes, particularmente en la última década (Menkes *et al.*, 2004; ENJUVE, 2000), así como un aumento en la adopción del mismo durante la primera relación sexual (Micher y Silva, 1997; Gayet *et al.*, 2003; Menkes *et al.*, 2004). Sin embargo, hay que señalar que la utilización de condón durante la primera relación no implica necesariamente su uso constante subsiguiente. Al parecer, los varones (una vez que inician una relación) prefieren delegar la responsabilidad de la anticoncepción en sus parejas (Gayet *et al.*, 2003).

Varias investigaciones señalan la influencia de la construcción social de los géneros y el peso de la masculinidad dominante en la adopción del uso del condón. Las normas de la doble moral condicionan las representaciones sociales

acerca de si son los varones o las mujeres quienes tienen la responsabilidad de evitar un embarazo o el contagio de una ITS y por lo tanto, quién se debe cuidar[6]. Para muchos jóvenes, particularmente de sectores de clase baja, los condones están más relacionados con el embarazo que con el riesgo de contraer una ITS (Sosa y Menkes, 2003), y tienden a pensar que "quedarían mal con la mujer" si usaran condón porque si lo hicieran le estarían negando a la mujer el "acto natural" y la posibilidad de embarazarse. También consideran que si usaran el condón "dejarían de ser hombres" porque estarían evadiendo sus responsabilidades (Rodríguez *et al.*, 1995).

Otras razones tienen que ver con la experiencia erótica y sexual y las circunstancias en que ésta ocurre, por ejemplo el que se conciba al condón como una barrera que limita el placer, que impide el romance o que interfiere en el acto sexual, impide su uso (Alfaro y Díaz Loving, 1994; Arias y Rodríguez, 1998). El llamado "factor oportunidad" (es decir la falta de planeación con que se dan muchos de los encuentros sexuales entre adolescentes y jóvenes) así como el grado de riesgo asignado a determinadas prácticas sexuales[7] también dificultan adoptar el condón (Valencia, 1998; Trejo, 2002; Stern, en proceso).

Un aspecto más tiene que ver con el tipo de relación de que se trate –estable o de noviazgo, ocasional, amiga con derechos de tipo sexual, trabajadora sexual y los valores asociados a la misma. La división de las mujeres en dos tipos: conocidas (fieles) y desconocidas (promiscuas) condiciona el uso sólo con las segundas (Hernández *et al.*, 1999; Arias y Rodríguez, 1998). La confianza en la pareja, la estabilidad en la relación afectiva, la apariencia física (higiene) de la compañera también afectan su uso. (Caballero y Villaseñor, 2001; Stern *et al.*, 2003) Por último, el que el peligro de contagiarse se ponga en los otros, particularmente en los homosexuales y los drogadictos (Castro, 2000), las dificultades para obtenerlos y la presencia de alcohol y drogas también disminuyen el uso del preservativo.

ITS y VIH-SIDA

La incidencia anual de candidiasis urogenital y tricomoniasis urogenital en la población adolescente y joven (15-24 años) alcanzó niveles superiores a los de la población total, al igual que las ITS clásicas (sífilis adquirida, herpes genital y gonorrea) (CONAPO, 2000 b:46)[8]. En lo que respecta al SIDA, el grupo de mujeres y varones de 15-19 años ha acumulado 1.102 casos hasta diciembre del

6 Las jóvenes pueden tener información pero suelen pensar que es responsabilidad del varón el "cuidarlas", mientras que los jóvenes suelen pensar que si una chica está dispuesta a tener relaciones, ella debe saber cómo cuidar de sí misma.

7 El "faje", por ejemplo, es considerado por los adolescentes y jóvenes como una práctica de sexo seguro en tanto no hay penetración, por lo que no se usa el condón durante el mismo (Trejo, 2002).

8 Durante 1993-1998 la incidencia de candidiasis urogenital registró un aumentó importante en la población joven, que en 1998 presentó una incidencia de 284.4 casos por cada 100.000 jóvenes de ambos sexos, mientras que en el caso de la tricomoniasis urogenital su incidencia continuaba siendo alta en 1998 (179.6 casos por cada 100.000) (CONAPO:2000b).

• INDICE •

2002, cifra que ascendía a 6.687 para el grupo de 20-24 años. Entre 1995 y 2000, la prevalencia de la infección por VIH entre la población de 15-24 años aumentó de 1.7 a 3.5 por cada 100.000 personas de esas edades (Zúñiga *et al.*, 2003 b).

En lo que refiere al nivel de conocimiento respecto de las ITS, incluido el VIH-SIDA, varios trabajos reportan escasos o deficientes conocimientos por parte de las y los jóvenes respecto del modo de contagio, los síntomas asociados y los métodos de prevención, lo que impide la adopción de estrategias preventivas efectivas y la asistencia a tiempo a los centros de salud (García *et al.*, 1993; MEXFAM, 1999; IMSS, 2000; Menkes y Suárez, 2003a).

Esta falta de conocimientos respecto a las ITS expone a los varones más jóvenes (15-24 años), con menor nivel educativo, que pertenecen a los estratos bajos y a los que consumen tabaco, alcohol, cocaína y marihuana al riesgo de contraer alguna ITS (Caballero y Villaseñor, 2003). Esta situación se acentúa aún más entre los jóvenes rurales e indígenas, en su mayoría pobres y con escaso nivel educativo, quienes además consideran que no se encuentran en riesgo de contraer el VIH-SIDA (Lara y Mateos, 1999).

Embarazo, parto, y aborto

Comencemos por explicitar que desde nuestra postura, el estudio de la problemática del embarazo adolescente no puede escindirse de las relaciones de pobreza, marginación, desigualdad social y falta de oportunidades (educativas, laborales) que afectan a gran parte de las y los adolescentes y jóvenes. Es en el cruce de estas dimensiones donde pueden encontrarse algunas claves para interpretar mejor este fenómeno.

Aunque se ha logrado un descenso en la tasa de fecundidad adolescente, éste ha sido comparativamente menor al alcanzado en otros grupos de edad. Una gran proporción de los embarazos y nacimientos adolescentes son no deseados, con una estimación de alrededor del 40% (Zúñiga *et al.*, 2000). Sigue persistiendo un patrón de maternidad joven (40% de los nacimientos provienen de mujeres menores de 25 años) y la edad a la primera unión no parece haber experimentado transformaciones sustanciales. Sin embargo, ha crecido el número de uniones por motivo de embarazo y se ha duplicado el número de nacimientos antes de la unión (Menkes *et al.*, 2004).

Los varones siguen considerando al embarazo, parto y puerperio como experiencias esencialmente femeninas y sólo los padres jóvenes de sectores medios muestran algunos cambios al acompañar a sus compañeras a las consultas ginecológicas y al estar presentes durante el parto. Sin embargo, aunque no hay estudios que lo documenten, existen, especialmente en los servicios públicos, restricciones institucionales que impiden la participación masculina en estos eventos reproductivos. Igualmente, fueron los padres jóvenes de sectores

• INDICE •

medios quienes expresaron colaborar más en las tareas de bañar, alimentar y cambiar a sus hijos (Rojas, 2000).

En México, no existen cifras más o menos precisas sobre el número de abortos, debido a las restricciones legales derivadas de su penalización. Las fuentes difieren en las estimaciones del número de abortos anuales: el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportaba para el año 1998, 145.436 abortos, el CONAPO (2000 a) hablaba de 110.000 en 1996, cifra que ha mantenido hasta el año 2000, mientras el Instituto Alan Guttmacher (IAG) estima la cifra en 533.100 en el 2001. En el caso de las adolescentes, una estimación indica que la tasa de abortos por 1.000 mujeres (15-19) es de 13, lo que resultaría en 66.000 abortos anuales en este grupo etario (Population Reference Bureau, 2000).

La interrupción del embarazo es otro espacio donde se sabe que el varón ejerce un gran poder en el proceso de decidir; su mayor o menor apoyo incide en las condiciones en que el mismo tiene lugar, así como en las consecuencias físicas y emocionales padecidas por la mujer.

La participación de los varones en el aborto cambia en función del tipo de pareja y del compromiso establecido con la mujer: un estudio mostró que en las relaciones formales (esposa, novia) y particularmente cuando dicen amarlas mucho, los varones respetan más la elección de su compañera y brindan apoyo económico, médico, afectivo; en cambio cuando se trata de amantes, amigas o cuando no querían a la mujer, o bien dejaron que la mujer decidiera sola o sólo la apoyaron económicamente. Cabe señalar que aún aquellos varones que trataron de brindar apoyo emocional a su pareja tuvieron dificultad para hacerlo, al no entender qué estaba sintiendo la mujer al tener el aborto (Guevara, 1998).

Paternidad [9]

La ENSARE (1998) reporta que los varones de los estratos bajo y muy bajo tienen las paridades medias más altas, se unen a edades más tempranas (23 años en promedio) y tienen a su primer hijo muy pronto o antes de unirse (Rojas y Figueroa, 2003). A pesar de que la mayoría de los varones pareciera involucrase poco en la prevención de un embarazo y que entre los adolescentes el deseo de embarazo es mayor en las mujeres (28.2%) que en los varones (2.5%) (MEXFAM, 1999), acontecido este la respuesta suele ser favorable. Frente a un embarazo inesperado es muy común -y más entre los sectores populares- que el varón se responsabilice y que la pareja inicie la cohabitación durante o después del parto. Aún en el caso de las jóvenes que permanecen solteras, aproxi-

9 Posiblemente están ausentes en este apartado muchos de los trabajos que sobre el tema se están realizando debido a su reciente incorporación a la agenda de investigación y porque algunos de ellos son trabajos de tesis aún no publicados.

• INDICE •

madamente la mitad (48%) continúa manteniendo una relación con el padre. Generalmente, el compañero que responde favorablemente es el novio que tenía una buena relación con la joven y su familia previa a la situación de embarazo (Skala *et al.*, 1990; Atkin y Alatorre, 1991, citados por Atkin *et al.*, 1996).

Las representaciones sociales que valorizan el ser padre y el considerar este acontecimiento como un rito de pasaje a la vida adulta favorecen que gran parte de los varones asumen su responsabilidad, tal vez de modo momentáneo o pasajero y apoyen a su pareja. Aunque la demostración de machismo teniendo muchos hijos ya no está vigente para los varones de sectores populares, ser padre sigue implicando para los varones una gran responsabilidad y valorizan positivamente el serlo. Igualmente, el deseo de descendencias más pequeñas también está presente en las generaciones de padres más jóvenes de los sectores medios (Gutmann, 1993 y 2000;Hernández, 1996; Nava, 1996, citados por Rojas, 2003; Módena y Mendoza, 2001; Rojas y Figueroa, 2003).

En la experiencia de la paternidad y el involucramiento con sus hijos, es posible observar algunas diferencias entre los jóvenes de sectores populares y los pertenecientes a sectores medios. En los primeros, el esfuerzo por brindar a sus hijos mejores condiciones de vida que la que ellos tuvieron les obliga a estar poco tiempo con ellos y por lo tanto a tener menos participación en la crianza y cuidados; por su parte, los padres de los sectores medios, además de querer brindar manutención y educación a sus hijos también manifestaron el querer dedicarles suficiente tiempo, atención y afecto (Rojas, 2003).

Hay que hacer notar que, al parecer, los cambios reportados en este ámbito del paternaje no presentan correlato, sin embargo, en el trabajo doméstico. Hasta el momento, no parece haber modificaciones importantes en la división del trabajo al interior de los hogares, aún cuando las mujeres estén insertas laboralmente (García y Oliveira 1994; Oliveira, 1998, citados por Rojas, 2003; Rojas, 2000; IMSS, 2000).

Los riesgos relacionados con la migración

Casi 3 de cada 10 migrantes (28.1%) tienen entre 15 y 24 años y de éstos la mayoría son hombres (94.6%) y solteros (72.4%) (CONAPO, 2000b). Estos trabajadores adolescentes y jóvenes que están engrosando la corriente migratoria hacia los Estados Unidos presentan características de vulnerabilidad[10] que comprometen su seguridad, integridad física y el ejercicio de sus derechos humanos (Avila *et al.*, s.f.:177).

10 El 86% no tiene experiencia migratoria, 85% no cuenta con documentación para ingresar a los Estados Unidos y 92% carece de autorización para trabajar (Avila *et al.*, s.f.:177).

• INDICE •

En el terreno de la salud, varias investigaciones han documentado cómo la migración hacia los Estados Unidos aumenta el riesgo de infectarse del VIH-SIDA, así como la difusión de la epidemia en las comunidades de origen.

Una revisión de la literatura sobre movimientos migratorios y su relación con el riesgo de transmisión del VIH identifica tres aspectos sustanciales del problema: a) el riesgo de la migración temporal de trabajadores a los Estados Unidos, b) el riesgo de antecedente de migración en estados mexicanos con mayor prevalencia de casos de SIDA[11] y c) el riesgo de los movimientos migratorios por zonas de frontera geográfica. Un análisis de la literatura en estos tres tópicos señala que la movilidad poblacional se desarrolla en contextos socioeconómicos y culturales que parecen propiciar la vulnerabilidad de la población migrante a la transmisión del VIH/SIDA (Caballero, 2003).

Estudios realizados con el fin de comparar el comportamiento sexual de los migrantes en el lugar de origen y en el de destino documentaron cómo se producían cambios en las prácticas sexuales, el que a su vez generaba una mayor exposición a riesgos de transmisión del VIH. A pesar de que se daba un aumento en el nivel de información acerca del VIH-SIDA, los conocimientos acerca de los mecanismos de infección eran imprecisos y las medidas preventivas eran practicadas irregularmente o estaban ausentes (Bronfman y Minello, 1995; Bronfman y Rubin, 1998). Otro factor que agudiza esta situación es la falta de acceso a servicios de salud, especialmente para los hablantes españoles en las áreas rurales.

POLÍTICAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS EN MÉXICO

El Estado Mexicano reconoce desde hace una década la necesidad de atender la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de las y los adolescentes. En esa disposición, la Secretaría de Salud (SSA), como rectora de las políticas públicas en la materia, generó programas específicos para adolescentes o, bien, introdujo áreas sobre SSR en programas ya existentes. Destaca también el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que proporciona servicios de salud a los trabajadores que ha generado sus propios programas para la adolescencia y uno para hombres sobre SSR. Aunado a ello se encuentra la incipiente vocación sobre SSR de la Secretaría de Educación Pública, vocación que comienza a reflejarse en libros de texto y programas escolares. Finalmente, resalta el trabajo de las ONG's que en lo particular o en alianza con el sector salud oficial impulsan numerosos programas sobre SSR. Como se apreciará a

11 Las regiones de destino de los migrantes mexicanos (California, Texas, Illinois y Arizona) tienen una elevada tasa de prevalencia del VIH y en los estados como Michoacán, principal entidad que aporta migrantes, el 30% de los casos registrados de infección tiene antecedentes de residencia en los Estados Unidos (Reyes, 2003).

• INDICE •

continuación en los diversos programas que emanan de estas instituciones, mientras los empeños oficiales abarcan con personal e infraestructura todo el país, las ONG's dan la pauta por la profundidad desde la perspectiva social y por el compromiso con que asumen la SSR.

En México, los hombres jóvenes carecen de programas específicamente dedicados a ellos, amplios e integrales, que les involucren y les hagan partícipes de su SSR. Tal parece que se ha impuesto el peso de la inercia que conjuga aspectos históricos, como el hecho de que han sido fundamentalmente las mujeres quienes han luchado por los derechos sexuales y reproductivos (DSR), con aspectos prácticos, como el que sea más accesible y menos costoso hacer investigación y producción de anticonceptivos para mujeres. A ello se aúna, desde luego, la circunstancia de que ha sido esencialmente la mujer el objeto de las estrategias de planificación familiar, toda vez que en ella se registra el embarazo. Adicionalmente, se observa una incipiente pero aún escasa flexibilidad y apertura de las instituciones públicas para informar profusamente sobre sexualidad y reproducción a los y las jóvenes, para hacer atractivos los servicios y hacerles accesibles los métodos. En síntesis, no se ha establecido firmemente una cultura de SSR para los hombres jóvenes, es decir, acciones integrales que comprendan la planificación familiar, pero que impliquen el bienestar sexual y reproductivo para su pleno ejercicio.

La mayoría de los programas y manuales analizados en este proyecto registran una constante: informan sobre la SSR como uno entre varios temas de salud, lo cual, es cierto, proyecta una perspectiva integral sobre prevención y cuidados, pero también resta espacio, profundidad y centralidad al tema de la SSR que por sí mismo reviste una gran importancia.

A veces el término "educación" equivale a brindar información desde una postura verticalista y de autoridad y no implica un verdadero diálogo, una real comunicación y discusión entre los proveedores de servicios y usuarios. Pero también existen programas que utilizan una metodología más participativa donde el enfoque de la educación es en brindar herramientas para un mejor ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

También se advierte que los temas de la SSR y sus colaterales (sexualidad, reproducción, equidad de género, violencia de género, métodos anticonceptivos y toda la gama de los Derechos Sexuales y Reproductivos), pocas veces son abordados en un mismo programa o manual con suficiente profundidad. Adicionalmente, en los programas oficiales, los temas de sexualidad se aprecian con un lenguaje y conceptos que buscan ser respetuosos pero que todavía están impregnados de cierto puritanismo, como si fueran concesiones a perspectivas conservadoras. A grandes rasgos, y vistas desde cuatro ángulos complementarios, las políticas de SSR públicas y sociales hacia jóvenes varones presentan las siguientes características:

• INDICE •

Equidad de género

La columna vertebral para que los jóvenes varones hagan suya la cultura de SSR consiste en comprender y proceder de acuerdo a la equidad de género; asumir como imprescindible el diálogo del varón con su pareja para decidir entre ambos todos los aspectos de su convivencia, entre los cuales destacan los relacionados con su sexualidad y reproducción. Todos los programas (incluidos aquellos que buscan atender lo elemental de la SSR, como los rurales o de migrantes) fomentan la introducción de la perspectiva de género o equidad de género.

La perspectiva de género va encaminada principalmente a la concientización de los hombres, quienes detentan los privilegios, pero aún se trabaja con argumentos elementales sobre los que tendría que avanzarse más. Así se observa en el más específico programa dedicado a hombres, Preven-IMSS adultos, donde se plantea la equidad de género, pero de una manera que parece más un deseo que reflejo de la realidad: "Actualmente usted y su pareja han aprendido a compartir obligaciones y derechos..." . En el Programa para la atención a la Salud de la Adolescencia, de la SSA, se propone "Capacitar con perspectiva de género al 100% de las y los adolescentes", sin especificar cómo y con qué contenidos.

Se aprecia claramente un respaldo oficial a introducir la perspectiva de género en las instituciones, incluso basándose en el mandato del 4º. Constitucional[12]. En el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la SSA, se sostiene que "El lograr cambios de paradigmas con respecto al concepto tradicional de masculinidad es uno de los grandes retos de la comunicación educativa en salud reproductiva." A ello debe añadirse la perspectiva de género, presente ya en los libros de texto de 5º y 6º años de primaria y los de secundaria. De todas formas, se mantiene distancia en el discurso oficial sobre aspectos esenciales de la equidad de género, tales como la diversidad y, esencialmente, de las relaciones de poder como parte de una cultura patriarcal.

Por otro lado, el trabajo de las ONG's con perspectiva de género para jóvenes varones es más flexible. Por ejemplo, Mexfam promueve claramente "el diálogo de las diversidades" en su Programa Gente Joven, iniciado en 1986. Lo mismo se observa en el trabajo con jóvenes adolescentes hombres realizado por la organización Salud y Género[13], que sí aborda el problema desde las relaciones patriarcales, de poder, el machismo o el rol del hombre, frecuentemente impedido para expresar sus emociones. A esto se agrega, entre otras, una publicación del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2001) sobre

12 El cual protege el derecho de los mexicanos y mexicanas a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población.

13 Institución con presencia en las ciudades de Xalapa y Querétaro, México. Un amplio estudio sobre sus talleres con varones y equidad de género fue publicado por IGWG, "Involving Men to Address Gender Inequities, Three Case Studies" (De Keijzer, B. *et al.*, 2003)

• INDICE •

los hombres y el aborto, como un aporte innovador en sus programas orientados a los DSR, con el objeto de reflexionar en torno a este complicado problema y contribuir a la equidad de género.

Información

La información para hombres adolescentes y jóvenes, en los programas sobre sexualidad y reproducción, se advierte insuficiente, aunque, en general, no obstante ser muy concisa es clara. El Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia de la Secretaría de Salud se propone informar al 100% de adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio-superior (equivalente a preparatoria) como meta del presente sexenio que culmina en 2006.

La guía de Preven-IMSS adolescente proporciona alguna información a los/las jóvenes sobre sus cambios corporales asociados a la sexualidad y reproducción y señala entre otros aspectos que "La sexualidad es de los temas más controversiales del ser humano: mediante su ejercicio se puede alcanzar el máximo de los placeres o se puede caer en la peor de las desgracias. La sexualidad puede ser placer o pecado, diversión o tragedia, disfrute o enfermedad, engrandecimiento o degradación, vida o muerte"..."Son muchos los casos de embarazos y de VIH/SIDA entre adolescentes y jóvenes. Y todo por no usar el condón."

En el documento de Preven-IMSS adultos, para hombres de 20 a 59 años, hay información y explicación sobre dos métodos: condón y vasectomía. Hace recomendaciones sobre el tiempo entre embarazos y sobre los cuidados a compartir antes y después del parto. La orientación se carga mucho hacia la reproducción y atenúa lo relativo a la sexualidad. Algo distinto se observa en el programa para migrantes, "Vete sano, regresa sano", de la SSA. Para esta población hay énfasis en consejería en planificación familiar, en especial una estrategia dirigida a SSR en adolescentes y a través de los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA), del Programa IMSS-Oportunidades, con servicios de salud ubicados en zonas de alta marginalidad. Se trabaja con equipos juveniles formados por líderes y multiplicadores de información y promoción de los servicios. El programa funciona en 17 entidades federativas, aunque no se detallan metodologías y criterios.

Otras alternativas son los programas de spots radiales de Planificatel, del Consejo Nacional de Población, abocado a que los varones jóvenes accedan a información sobre planificación familiar y anticoncepción de emergencia y los de Mexfam, una de las instituciones sociales que trabajan más con varones y con recursos didácticos muy variados: películas, folletos, cartulinas, etc., en los cuales se tratan los asuntos de la sexualidad con una idea liberal, amplia y con bases científicas.

• INDICE •

Prevención

Por lo que respecta a los hombres jóvenes, la prevención es una de las facetas que más han ganado terreno dentro de los programas gubernamentales y no gubernamentales en lo relativo a sexualidad y reproducción. No resulta casual que el nombre de varios programas del IMSS tenga como prefijo un abreviado relativo a la prevención: "Preven-IMSS". Ante embarazos inesperados e ITS y particularmente el VIH-SIDA, hay una constante en recomendar específicamente el uso del condón masculino, en el entendido de que el mensaje es para que lo usen los hombres y, eventualmente, lo exijan o negocien las mujeres.

En el programa Preven-IMSS-adultos destaca el énfasis en la prevención a través de una serie de recomendaciones como la abstinencia, la fidelidad mutua, prácticas de sexo sin penetración (sexo seguro); o usando el condón, importante método de barrera, luego de lo cual convoca a extremar los cuidados a favor de la familia: "¡Demuéstreles su amor, protéjalos del SIDA!".

Como objetivos específicos, el programa de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud se propone: "Incrementar la participación del varón en la toma de decisiones reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos." Y este, que podría considerarse el programa maestro de la salud sexual y reproductiva en México, no incluye a los hombres como sujetos de sus metas, entre las cuales destaca la de aumentar prevalecía de uso de métodos anticonceptivos, reducir la tasa global de fecundidad, reducir el número de nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años y reducir la demanda insatisfecha, la cual se mide solo en el caso de las mujeres.

Otras alternativas enfocadas a prevenir sobre los riesgos en el ejercicio de la sexualidad, fundamentalmente a hombres jóvenes, son el programa ya mencionado "Vete sano, regresa sano" de la SSA; el Programa para la Atención de la Salud a la Adolescencia que, frente al VIH-SIDA propone "Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad..." y Telsida, del Centro Nacional contra el SIDA (CENSIDA), que consiste en una línea telefónica que ofrece información, orientación y canalización a otras instituciones, a personas o familiares de personas con VIH-SIDA. De las ONG's que promueven la SSR entre hombres jóvenes, Mexfam tiene, por ejemplo, historietas para persuadir a los varones sobre las ventajas de planear la familia y videos sobre el SIDA y uso del condón; Ave de México brinda educación y capacitación para la prevención del VIH-SIDA y cuenta con programas encaminados (particularmente) a varones homosexuales y para la participación de los jóvenes como líderes y promotores en salud sexual.

Una faceta adicional de la prevención está orientada a la violencia de género, problema que afecta a gran parte de la población, según se aprecia en la parte relativa a la investigación. Sobre ello, Preven-IMSS adolescentes señala que la

• INDICE •

violencia puede ser verbal, con insultos; física con golpes; o sexual, como forzar una relación sexual. Atribuye esta conducta a ejemplos nocivos aprendidos en la familia, amistades o en los medios de comunicación y llama a evitar la violencia liberando los impulsos agresivos a través del ejercicio y otras actividades recreativas. Sin embargo, no aborda el tema del poder implícito en la violencia de género, ejercida fundamentalmente por los hombres hacia las mujeres.

El programa "Amor-es sin violencia"[14], tiene como objetivo "incidir en la prevención de la violencia familiar desde las relaciones de noviazgo-pareja entre las y los jóvenes de la ciudad de México. En dos años (iniciando en enero del 2002) dice haber capacitado a 10 mil hombres y 15 mil mujeres. El programa se ha institucionalizado en Inmujeres, la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social y el Instituto de la Juventud del Distrito Federal.

CORIAC, una ONG que trabaja con hombres jóvenes fundamentalmente, impulsa un programa para la visibilización y concientización de la problemática de la violencia y el abuso sexual en ámbitos institucionales marcados por fuertes relaciones de poder como escuelas y reclusorios.

Libertad de elección y responsabilidad

Es muy incipiente el fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos por parte de las instituciones oficiales. Además, cuando se abordan éstos, que van más allá de la SSR, toda vez que abarcan el ejercicio de la ciudadanía, se hace generalmente sin referirse específicamente a los hombres. En los programas para la adolescencia de la SSA (Programa de Atención a la Adolescencia) y el Preven-IMSS adolescentes no se aborda el tema desde la perspectiva de DSR. En estos se aprecia un enfoque fundamentalmente técnico, con algunos comentarios de los cuales puede deducirse el fomento al ejercicio de los derechos ("Que no te gane el miedo, la vergüenza o el chantaje. En las relaciones sexuales más vale ir a lo seguro. Si él no lo propone, hazlo tú. El condón es la mejor protección", señala en el programa del IMSS), pero esencialmente enfocado a la mujer. Se reconoce el inicio de la sexualidad casi a la par con el inicio de la adolescencia, pero nada tiende a relacionar esto con el derecho al placer o con la paternidad responsable, como si el no nombrar o el no reconocer esto contribuyera a que la paternidad comience después de los 20 años como se fomenta oficialmente.

14 Programa impulsado por la Secretaría de Desarrollo Social y el Instituto de las Mujeres del DF, instancias del Gobierno del Distrito Federal.

• INDICE •

En Preven-IMSS adultos, a diferencia del programa de adolescentes, ya se reconoce el tema del placer, y recomienda al hombre que "ejerza su sexualidad…sin prejuicios, sin represiones ni frustraciones y sepa que las relaciones sexuales implican: erotismo, placer, afectividad…" Sin mencionar los DSR, el programa destaca el máximo derecho reproductivo de los mexicanos: "Todas las parejas tienen el derecho para decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de los hijos que desean tener". Y en torno la paternidad recomienda que "ambos tomen la decisión de que la mujer se embarace y comprendan el compromiso que significa ser padres, por lo que deben prepararse para esta nueva etapa de la vida en familia".

Por otro lado, en el programa "Vete sano, regresa sano" se comprueban varias cuestiones: que la participación del hombre en la SSR no es prioritaria en los esquemas oficiales; que al ser un programa destinado esencialmente a varones del ámbito rural, jóvenes y solteros, sus condiciones de precariedad y baja instrucción no parecen despertar el entusiasmo en los diseñadores de los programas para orientarles sobre DSR, derecho al placer (que indebidamente parece ser un tema especialmente urbano) y sobre paternidad responsable; no obstante, hay énfasis en lo relativo a la planificación familiar, pero más relacionado con la migración interna que incluye familias completas.

Es importante que la SSA fomente lo que ha denominado "Derechos de las y los Usuarios de Servicios de Salud Reproductiva" en su Programa de Acción: Salud Reproductiva, para hombres y mujeres que soliciten servicios, entre lo cual destaca el derecho a la información, acceso a servicios, elección de alternativas, seguridad, privacidad, confidencialidad, dignidad, continuidad y opinión. En el mismo, también se subraya sobre la "Democratización de la salud sexual y reproductiva", lo cual incluye que "Todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a recibir información, a la libre decisión y a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad".

Finalmente, una de las iniciativas más logradas en relación a los DSR, es la Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes, publicada en 2003 por la Comisión Nacional de Derechos Humanos junto con 106 ONG's, entre las cuales destaca la red nacional de Democracia y Sexualidad (Demysex). En esta se subrayan importantes derechos como los de: "decidir en forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad", "derecho a vivir libre de violencia sexual", "derecho a la libertad reproductiva", "a vivir libre de toda discriminación" y a la "información completa, científica y laica sobre la sexualidad", entre otras.

• INDICE •

LOS ESTADOS UNIDOS Y CALIFORNIA

Científicos sociales en los Estados Unidos (EEUU) han producido una cantidad de literatura pequeña pero en aumento sobre el tema de los papeles, las responsabilidades y las necesidades de los hombres jóvenes en el área de la salud sexual y reproductiva. Este informe constituye un resumen de las investigaciones sobre los factores culturales, políticos y económicos que afectan las vidas –y por lo tanto, la salud sexual y reproductiva– de los jóvenes latinos en los Estados Unidos; provee un perfil sexual y reproductivo de la juventud latina; y revisa programas e intervenciones estatales y locales dirigidos a mejorar la salud sexual y reproductiva de dichos jóvenes.

Aunque el objetivo del proyecto sea proveer un análisis comparativo sobre el estado y las experiencias de salud sexual y reproductiva en los hombres jóvenes de California y México, existe poca información sobre la juventud mexicano-americana en particular. La mayoría de los estudios se enfoca más bien en los latinos, de manera más amplia. El término "latino" se usa para describir una población extremadamente diversa, unida por el punto común de que las personas nacieron en, o pueden trazar sus orígenes familiares a, países en América Latina (Massey, 1993). Los latinos han inmigrado o son descendientes de inmigrantes de aproximadamente 20 países, cada uno con su propia historia política, cultural, social y económica. La población latina abarca, pues, inmigrantes recientes al igual que personas cuyas familias han vivido en los Estados Unidos por varias generaciones (Driscoll *et al.*, 2001). Los latinos pueden hablar español, inglés, algún idioma indígena, o una combinación de idiomas. La Agencia de Empadronamiento de los Estados Unidos (US Census Bureau) define al "latino" como una categoría étnica, al contrario de una categoría racial. Según esta definición, pues, los latinos pueden pertenecer a cualquier raza (Etzioni, 2002; Driscoll *et al.*, 2001)

La mayor parte de la información demográfica que tenemos sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes viene de tres encuestas con representación nacional: la Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar, la Encuesta Nacional sobre Hombres Adolescentes (ENHA) y la Encuesta sobre Comportamiento Arriesgado en los Jóvenes. Frecuentemente, los datos ofrecidos por las encuestas se organizan en torno a categorías raciales y étnicas (Driscoll *et al.*, 2001). Sin embargo, el tamaño de las muestras en estas y otras encuestas es tan pequeño que se dificulta la separación según países de origen. Las tasas y proporciones se suelen presentar de forma compuesta – ya sea latino, blanco no latino, africano americano, e isleño del pacífico asiático. En este ensayo usamos el término latino para referirnos a los jóvenes dentro de esta

• INDICE •

categoría amplia, menos en los casos donde los datos hayan sido desglosados y se especifique el país de origen. En dichos casos, intentaremos ofrecer información específica en torno a las experiencias de los jóvenes mexicano americanos, especialmente aquellos que vivan en California.

Contexto social, cultural, y económico

Se proyecta que la población de jóvenes en California aumentará un 34% entre 1995 y 2005, en comparación a un aumento nacional de 13%. Si tomamos en cuenta los grupos raciales y étnicos, la población latina experimentará el crecimiento más alto, con un aumento del 58% entre jóvenes de 10 a 19 años de edad (Clayton *et al.*, 2000). El censo del 2000 indica que los latinos abarcan una tercera parte de la población total estatal y casi dos terceras partes de la población latina en los Estados Unidos es de descendencia mexicana (US Census, 2000). Dentro de este panorama demográfico, es importante entender la complejidad de fuerzas sociales, políticas y económicas que conforman la vida de los jóvenes latinos e influyen en sus conocimientos, actitudes, decisiones y comportamientos respecto de su salud sexual y reproductiva.

Factores tanto históricos como actuales explican por qué la población de descendencia mexicana forma la mayor parte de la agrupación latina en los EEUU. Antes del expansionismo de los EEUU, los estados de California, Nuevo México, Arizona y Tejas le pertenecían a México. Muchos mexicano-americanos han vivido, pues, en lo que ahora se considera parte de los EEUU mucho más tiempo que mucha gente no latina (Driscoll *et al.*, 2001). Nuestros países siguen compartiendo una frontera muy larga y un gran número de mexicanos sigue migrando a los EEUU a causa de la desigualdad económica. Aunque muchos mexicanos dejen su país buscando nuevas oportunidades, la naturaleza altamente porosa de las fronteras y la cercanía de los países permite una gran movilidad de gente y de recursos entre los países, al igual que posibilita que las familias mantengan fuertes vínculos económicos, políticos, culturales y familiares con la "patria" (Holleran, 2003).

Aunque pocos estudios examinen específicamente de qué manera esta cercanía a la patria afecta las experiencias cotidianas de los jóvenes mexicano-americanos, hay un corpus grande y creciente de literatura sobre la aculturación y su relación a la salud sexual y reproductiva. La aculturación se define frecuentemente como el proceso de cambio experimentado por miembros de un grupo en "minoría" hacia la cultura del grupo en "mayoría" (Negy y Woods, 1992). Los cambios que se han identificado incluyen una incorporación gradual de idioma, creencias, valores y comportamientos pertenecientes a la sociedad dominante (Samaniego y Gonzales, 1999), y se considera que varían según la edad, el género, el estado socio-económico, el tiempo vivido en el país, el estado generacional y la conexión a la cultura original (Dinh *et al.*, 2002; Samaniego y Gonzales, 1999).

• INDICE •

Como lo demuestran estas definiciones, no se suele problematizar la aculturación como concepto y proceso. En un país tan diverso racial, étnica y socialmente como los EEUU, ¿cuál sería exactamente la cultura dominante? Y en un estado donde los latinos abarcan casi la tercera parte de la población, ¿no se podría considerar que este grupo influye sobre normas y valores sociales? Como ya se ha hecho notar, la población latina en California también es altamente diversa. Entonces ¿quiénes constituyen los grupos mayoritarios y minoritarios?

En tanto el concepto de aculturación no queda bien definido, los métodos que se usan para medirlo también presentan ciertas limitaciones. No nos debe sorprender, por lo tanto, que los resultados ofrecidos por los estudios que han examinado la relación entre la aculturación y la salud sexual y reproductiva entre latinos varían marcadamente. Estudios recientes han asociado un "alto nivel" de aculturación de parte de jóvenes latinos con comportamientos sexuales arriesgados, tanto como el uso de alcohol, cigarrillos y otras drogas (Ebin *et al.*, 2000; Scheier *et al.*, 1997; Vega & Gil, 1999). Por otro lado, otros estudios han encontrado fuertes valores culturales entre latinos "menos aculturados", como el respeto por la familia, que ha mostrado un poder protectivo de la actividad sexual temprana (Driscoll *et al.*, 2001). Sin embargo, el haber nacido fuera de los EEUU disminuye la probabilidad de usar condones y aumenta la probabilidad del embarazo temprano (Brindis *et al.*, 1995). En casos de embarazo entre adolescentes, es más probable que las latinas nacidas en el extranjero relaten que su embarazo es intencional y que tengan un fuerte apoyo de parte del padre, y menos probable que estén en relaciones de abuso o que decidan abortar que las latinas nacidas en el EEUU (Frost y Oslak, 1999, citado por Driscoll *et al.*, 2001). Por otra parte, los hombres latinos "menos aculturados" que creen en los roles de género más tradicionales tienden a ser más coercitivos sexualmente con sus parejas (Marin, 1997, citado por Driscoll *et al.*, 2001).

La revisión de la literatura produjo definiciones imprecisas, conclusiones contradictorios y lecciones limitadas. De este modo, no parece que la aculturación ofrezca un cuadro útil para examinar la relación entre la sociedad, la comunidad, la familia, la cultura y la salud sexual y reproductiva.

Quizás un concepto analítico más relevante sea el de capital social. Considerando las propuestas que han salido de varios modelos psicológicos y sociológicos, se hipotetiza que aquellas comunidades con un alto capital social tienen más seguridad, pueden lidiar mejor con obligaciones ambientales, y es más probable que protejan a los jóvenes contra los efectos negativos que se asocian frecuentemente con la pobreza. Denner y colegas (2001) examinaron la relación entre el capital social y las tasas de natalidad en adolescentes en ocho comunidades de California. Cuatro de las comunidades con una tasa baja de natalidad eran mayormente latinas. Adultos y jóvenes entrevistados en estos sitios hablaron de normas culturales compartidas, incluyendo el compromiso con la familia, familias intergeneracionales viviendo en la misma vivienda,

• INDICE •

valores religiosos, respeto ante los adultos y un consenso claro en torno a la necesidad de prevenir embarazos entre los adolescentes para darles a los jóvenes más oportunidades futuras. Estas comunidades también se caracterizaban por tener redes sociales más fuertes, proveyendo supervisión colectiva y recursos para los jóvenes incluyendo oportunidades positivas, lugares seguros y normas que enfatizan la educación. Además de esto, los adultos remarcaron en la necesidad más control social y aplicación de reglas. (La definición de control social es limitada, provocando la pregunta ¿cómo se aplica la autoridad?) Aquellas comunidades con altas tasas de natalidad son más diversas étnica y culturalmente y se caracterizan por tener menor cohesión. Este estudio presenta una aproximación inusual ya que explora fuerzas y recursos, incluyendo valores y normas, que pudieran tener un efecto protectivo.

De igual manera que seguimos desarrollando los conceptos de capital cultural y social, hay mucho trabajo qué hacer para examinar la relación entre la pobreza y el bienestar. Aun siendo uno de los países más ricos del mundo, los EEUU sufren de desigualdades profundas a todos los niveles, tanto estructuralmente como política y personalmente. Por ejemplo, es más probable que la gente pobre en los EEUU viva en vecindades marcadas por tasas más altas de violencia, mayor exposición a toxinas ambientales, escuelas de menor calidad, oportunidades limitadas de trabajo y falta de acceso a los servicios de salud.

Inmersos en tal ambiente, muchos jóvenes resultan vulnerables a una gama de situaciones potencialmente arriesgadas y decisiones difíciles. La idea de vulnerabilidad social[15] pudiera ayudarnos a explicar la conexión entre la pobreza y las tasas más altas de infecciones transmitidas sexualmente y natalidad en adolescentes pertenecientes al estrato socioeconómico más bajo. Además, el estatus socioeconómico y la raza/etnicidad se sobreponen en esta sociedad, lo que constituye un reto para las investigaciones. En general, los resultados respecto de la salud se analizan en torno a la raza, etnicidad y varios indicadores de estrato socioeconómico, pero todavía no hemos desarrollado fuertes herramientas analíticas para medir la interacción sinergística entre ellos y los efectos de los mismos.

Para lograr una contextualización, podemos observar el estrato socioeconómico (ESE) de las familias latinas, pero esto sólo nos permite una perspectiva parcial dentro de un ambiente más amplio. Dos de los principales indicadores del ESE son los logros educacionales e ingresos familiares. Los latinos tienen un nivel más bajo de logros educacionales y una proporción más alta de abandono de estudios preparatorios que cualquier otro grupo étnico y racial en los EEUU: en 1998, el 63% de los jóvenes latinos entre 25-29 años de edad se había graduado de la preparatoria, en comparación al 88% de jóvenes blancos no lati-

15 El concepto de vulnerabilidad social fue introducido por Claudio Stern para interpretar el embarazo adolescente en México (Stern, 2004).

• INDICE •

nos y africanos americanos. Era menos probable que los latinos de la primera generación en los EEUU terminaran estudios de preparatoria o de universidad que los latinos de segunda o tercera generación, en ese caso con un porcentaje de 44% entre jóvenes de 16-24 años de edad que no terminó y/o no está registrada ahora, versus el 22% y 17%, respectivamente (Estadísticas del Centro Nacional para la Educación, 1998, citado por Driscoll *et al.*, 2001). Y según la Encuesta de Población Actual, es menos probable que los latinos de descendencia mexicana se hayan graduado de la universidad, con un porcentaje de 7% (Ramirez, 2000, citado por Driscoll *et al.*, 2001).

Es más probable que las familias latinas vivan en la pobreza (el 23% en 1998) que las familias blancas no latinas (el 8%). El ingreso mediano de las familias latinas es de $28,141. Dado el hecho de que los latinos tienden a tener más hijos y que muchos de ellos les mandan dinero a sus parientes en su país de origen, es aún más difícil poder mantenerse con este ingreso (Driscoll *et al.*, 2001). Asimismo, a una proporción alta de los latinos no tiene acceso a servicios de salud: más o menos el 40% de mexicanos y sur y centro americanos carecen de seguro (Brown *et al.*, 2000, citado por Driscoll *et al.*, 2001). En California existe un programa de salud reproductiva fundada por el estado que ofrece cobertura de servicios y anticonceptivos para gente pobre y sin seguro, independientemente de su estado migratorio. Este programa –llamado Family PACT — realiza un esfuerzo concertado para servir a hombres y mujeres jóvenes. (Una descripción más completa de los servicios ofrecidos por Family PACT se encuentra en la sección sobre programas y servicios).

PERFIL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES LATINOS

Basándose en la literatura recogida de investigaciones en salud pública, sociología, antropología y psicología, la siguiente sección esboza un perfil del estado y las experiencias de salud sexual y reproductiva en los hombres jóvenes latinos en los EEUU y cuando están disponibles los datos, en California.

Sexualidades

La pubertad generalmente empieza entre las edades de entre 12 a 15 años. Durante este tiempo, los niños suelen desarrollar intereses románticos y sexuales y un reconocimiento mayor de sus cuerpos. Hacia los 18 años, la mayoría de hombres jóvenes relatan que se han masturbado, que han estado involucrados en una relación romántica y que han tenido relaciones sexuales por lo menos una vez (Alan Guttmacher Institute, 2002a). Aunque la literatura se haya enfatizado en el sexo como un acto de penetración entre un pene y una vagina, es claro que los jóvenes participan en una gama amplia de actividades

• INDICE •

sexuales. En la ENHA de 1995, casi dos tercios de adolescentes hombres entre 15 a 19 años de edad habían participado en sexo oral, anal y/o masturbación por una mujer, pero seguían identificándose como vírgenes (Gates y Sonenstein, 2000). El hecho de que los hombres jóvenes se identifiquen como vírgenes es probablemente un reflejo del debate continuado en los EEUU sobre lo que constituye el sexo y, a la inversa, la abstinencia. Actualmente existe un debate fuerte y contencioso sobre la política de abstenencia-hasta-el-matrimonio. (La sección sobre políticas y programas habla sobre este debate con más detalle.)

A la vez, queda claro que los jóvenes siguen explorando su naturaleza sexual antes de casarse. No debe sorprendernos que la proporción de jóvenes –tanto de hombres como de mujeres—que han tenido relaciones sexuales aumenta con la edad (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003). En base a encuestas nacionales entre latinos, es más probable que los hombres tengan relaciones sexuales que las mujeres: un 61% de hombres entre 15-19 años de edad relataron que habían tenido relaciones sexuales, versus el 52% de mujeres (Driscoll *et al.*, 2001). Es más probable que los estudiantes latinos hayan tenido parejas múltiples (cuatro o más) que las estudiantes latinas, 23% y 11%, respectivamente (Kann *et al.*, 2000). Sin embargo, las adolescentes latinas relatan que han sido activas sexualmente con casi la misma probabilidad: 38% de los hombres relataron haber tenido relaciones sexuales durante los últimos tres años, en comparación al 34% de mujeres. Así, aunque sea menos probable que las adolescentes latinas hayan tenido relaciones sexuales y parejas múltiples, es igual de probable que aquellas que sí las tienen sigan siendo sexualmente activas, como en el caso de sus contrapartes hombres. Esto sugiere que es más probable que estén en relaciones monógamas de larga duración (Centers for Disease Control, 2000, citado por Driscoll *et al.*, 2001).

Muchas de las investigaciones han demostrado que las actitudes de los jóvenes ante el sexo pueden ser bastante afectadas por sus compañeros, o por las percepciones de sus compañeros. Es más probable que los hombres jóvenes entre 12-19 años de edad piensen que es vergonzoso admitir que son vírgenes, a comparación con las mujeres. Entre los jóvenes (hombres y mujeres) de entre 15-17 años de edad, la gran mayoría (un 91%) dice que las mujeres jóvenes que tienen relaciones sexuales tienen malas reputaciones, mientras que sólo el 42% piensa lo mismo de los hombres jóvenes. Esto indica un criterio moral que permite más libertad al hombre que a la mujer entre los jóvenes. Los varones adolescentes de todas las razas y etnias relatan que sienten presión para tener relaciones sexuales, citando varias razones tales como la creencia que "todos lo están haciendo," la necesidad de comprobar su virilidad y como respuesta ante chicas "agresivas sexualmente" (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003).

Las actitudes de los jóvenes ante el sexo también son influenciadas por sus familias y, más generalmente, por valores culturales. Para explorar más esta relación, la California Wellness Foundation (2002) ordenó que se hicieran una

• INDICE •

serie de grupos focales entre padres y madres de familia y adolescentes. Los padres latinos comunicaron que había una renuencia general a hablar con sus hijos sobre cuestiones sexuales, diciendo que es un tabú cultural y que va en contra de las enseñanzas católicas. A la vez, los padres expresaron un fuerte deseo de que sus hijos postergaran la actividad sexual y el embarazo a favor de la educación y una carrera. Sin embargo, una vez que la adolescente tiene un bebé, relatan que tanto la familia como la comunidad tienden a abrazar y acoger a la joven madre y su hijo, admitiendo que esto representa un mensaje contradictorio. Cuando se les preguntó cómo se podían prevenir los embarazos entre adolescentes, la mayoría de los padres pidió más programas y apoyo no sólo para sus hijos adolescentes sino también para los padres.

Padecer y ejercer la violencia

El sexo no deseado o forzado es demasiado frecuente en las vidas de los jóvenes en el EEUU. Es mucho más probable que las mujeres jóvenes –en todos los grupos raciales/étnicos y socioeconómicos - relaten que han sido violadas o coaccionadas para tener relaciones sexuales o que han tenido sentimientos de remordimiento, en comparación con los hombres jóvenes. Entre 10-15% de las mujeres de edad universitaria, de todos los grupos raciales/etnías, relatan que han sido violadas en algún momento de sus vidas (Heise, 1995). Aunque la mayoría de las mujeres adolescentes (un 93%) relate que sus primeras relaciones sexuales fueron voluntarias, una cuarta parte dijo que en todo caso no fueron relaciones deseadas. No debe sorprendernos que sea más probable que relataran que el sexo fue no deseado ni voluntario teniendo en cuenta la corta edad que tenían al momento de sus primeras relaciones sexuales (Moore *et al.*, 1998). Como parte de un estudio cualitativo, muchas chicas se acordaban negativamente de sus primeras relaciones sexuales, mencionando que sintieron dolor, temor, decepción y la sensación de no controlar la situación. Aunque no describieran una situación coactiva, tampoco estaban buscando relaciones sexuales de una manera activa. El autor comenta que, "muchas veces no estuvieron de acuerdo para tener relaciones sexuales. Cedieron, renunciaron, se dieron por vencidas" (Heise, 1995).

Las diferencias en el poder, y por ende, posibilidad de coerción también se presentan cuando hay una diferencia significativa de edad entre los individuos de la pareja. En otra muestra representativa al nivel nacional, mujeres jóvenes entre 15-17 años de edad y de todos grupos raciales/étnicos, relataron que tuvieron parejas mayores: el 29% de 3-5 años mayores y el 7% de seis o más años mayores (Darroch *et al.*, 1999).

Y aunque sea más común en las mujeres, los hombres también experimentan situaciones abusivas. En una muestra nacional, menos del 1% de los hombres entre 18-49 años de edad relataron que sus primeras experiencias de relaciones sexuales fueron forzadas y el 8% dijo que no habían sido deseadas. Uno de

• INDICE •

veinte (5%) chicos en grados 5-12 relataron que habían sido abusados sexualmente y la mitad dijo que no le dijeron a nadie (Alan Guttmacher Institute, 2002a). En otra encuesta, los datos se categorizaron por raza/etnicidad: 15% de las latinas y 6% de los latinos entre estudiantes de la preparatoria relataron que habían sido forzados a tener relaciones sexuales (CDC 2000, citado por Driscoll *et al.*, 2001).

Estas estadísticas ofrecen un retrato árido en torno al continuado desbalance de poder entre los hombres y las mujeres. Como pregunta Lori Heise en su capítulo sobre la violencia, la sexualidad y las vidas de las mujeres, "¿Qué tiene la construcción de la masculinidad en esta sociedad (EEUU) que promueve el comportamiento sexual agresivo en los hombres? Y qué tiene la construcción de la feminidad y la estructura de las relaciones de poder económico y social en nuestra sociedad que permite que continúe este comportamiento?" (Heise, 1995). Desde otro punto de vista, podríamos preguntarnos qué tienen las desigualdades raciales/étnicas y socioeconómicas que perpetúan estos patrones? y ¿que están consiguiendo los programas que buscan mayor involucramiento de parte de los hombres para cambiar la socialización y las relaciones entre los géneros?

Uso de anticonceptivos

Es menos probable que muchachos jóvenes, especialmente aquellos que vienen de familias de bajos ingresos, tengan seguro de salud o una fuente usual de cuidado, en comparación con las muchachas jóvenes. Cuando reciben cuidado, pocos hablan sobre cuestiones de salud sexual o anticoncepción con los proveedores de salud. Además los muchachos jóvenes expresan que tienen una necesidad que no se ha cumplido –quieren más información sobre la sexualidad y la salud reproductiva que la que han recibido hasta ahora (Lindberg *et al.*, 2000).

Los dos métodos de anticoncepción que los hombres pueden usar directamente, y que son más eficaces, son el condón y la vasectomía. (La vasectomía no es muy relevante para los jóvenes por lo cual no se habla en detalle aquí.) En general, el uso de condones entre estudiantes de preparatoria ha aumentado significativamente en la última década entre 1991 y 2001: el número de chicos jóvenes que usaron un condón durante su última relación sexual aumentó un 20%, mientras que el número de chicas estudiantes de preparatoria que usó condones aumento un 35% (CDC, citado por la National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003). Sin embargo, el uso de condones –sólo o en combinación con otro método—parece disminuir al ir creciendo los jóvenes: 67% de los hombres entre 15-17 relató haber usado un condón durante su última relación sexual, en comparación con el 55% de los hombres de entre 18-19 años de edad (Alan Guttmacher Institute, 2002a).

• INDICE •

Es menos probable que los jóvenes latinos hayan usado un condón durante sus últimas relaciones sexuales (59%) que los blancos no latinos (64%) y los africanos americanos (73%). De igual manera, es menos probable que los latinos hayan usado condones en combinación con otro método –7% en comparación con 22% para blancos no latinos y para africanos americanos (Alan Guttmacher Institute, 2002a). Sin embargo, resultó más probable que los latinos (47%) relataran que usaron un condón cada vez que tuvieron relaciones sexuales en el año pasado, en comparación con los blancos no latinos (un 46%) y los africanos americanos (29%) (Youth Risk and Behavior Survey, citado por la National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003).

El acceso a la anticoncepción de parte de los jóvenes, especialmente de condones en el caso de los varones, es un tema que debe considerarse al examinar la cuestión de uso. En una muestra que incluyó latinos, casi un tercio (31%) de los chicos de 15-19 años de edad relató que les daría vergüenza comprar condones en una farmacia, uno de entre cinco (22%) sintió que usar un condón reduciría la sensación y casi la misma proporción (19%) dijo que les daría vergüenza ponerse un condón frente a su pareja (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003).

Entre varones de todos los grupos raciales/étnicos, el uso consistente y correcto de los condones determinan directamente su eficacia para prevenir el embarazo e infecciones transmitidas sexualmente entre varones. Sin embargo, muchos varones jóvenes no tienen buena información sobre este método. Aproximadamente 60% de los jóvenes de entre 15-19 años de edad dijeron que cursaron clases sobre sexualidad en la escuela y que incluía información sobre cómo ponerse el condón. Otras fuentes primarias de información sobre la anticoncepción para este grupo son: la televisión (un 91%), sus padres (un 47%) y los proveedores de salud (un 32%). Pero aún así, uno de diez no sabe que es riesgoso ponerse el condón hasta justo antes de eyacular; uno de cuatro no sabe que deberían agarrar al condón al retirarse; y uno de tres no sabe que los lubricantes con base de aceite puede causar que los condones se rompan (Alan Guttmacher Institute, 2002a).

Mientras más años cumplen los adolescentes, más disminuye su uso de condones. Se piensa que cuando los jóvenes entablan relaciones más estables, se debilita la percepción de la necesidad de prevenir infecciones transmitidas sexualmente y aumenta el énfasis sobre prevenir el embarazo. Frecuentemente, los métodos femeninos son preferidos porque no interrumpen las relaciones sexuales (Alan Guttmacher Institute, 2002a). De esta manera, los jóvenes usan una gama de otros métodos modernos anticonceptivos, siendo los más populares de los cuales son la pastilla anticonceptiva y las inyecciones.

Sin embargo, la proporción de hombres latinos que relataron que sus parejas usaron la pastilla durante sus últimas relaciones sexuales disminuyó entre 1993

• INDICE •

y 1999, desde el 10% hasta el 5%. También disminuyó la proporción entre las mujeres latinas durante este mismo periodo, de 15% a el 11% (Kann *et al.*, 2000). Es probable que esta tendencia se deba a un mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA y otras ITS (Driscoll *et al.*, 2001).

Hasta el momento no está claro hasta qué punto influyen los hombres latinos sobre el uso y el método anticonceptivo en tanto este aspecto no ha sido bien estudiado.

ITS y VIH/SIDA

Los Centros Federales para el Control de Enfermedades (CDC o Center for Disease Control) realizan monitoreo en torno a la clamidia, la gonorrea, la sífilis y el VIH, infecciones transmitidas sexualmente (ITS) que afectan más a los jóvenes. Las tasas de infección de clamidia como de gonorrea aumentaron durante la última parte de la década de los noventas entre los jóvenes de todas las descendencias raciales/étnicas, mientras que la sífilis disminuyó. La clamidia sigue siendo la ITS más común. En 1998, la tasa para adolescentes latinos fue de 1,398 por 100,000, en comparación con 4,469 para africanos americanos, y 629 por 100,000 para los blancos no latinos. Las chicas corren un riesgo mayor que los chicos en cuanto de adquirir una de estas infecciones. Entre latinos entre 15-19 años de edad, las tasas de ITS son aproximadamente dos veces más altas en las mujeres (CDC, 1999 citado por Driscoll *et al.*, 2001).

En los EEUU, como en el resto del mundo, las tasas del VIH han crecido entre jóvenes que contrajeron el virus a través de relaciones sexuales y uso de drogas intravenosas. Las tasas son mayores entre los jóvenes latinos y africanos americanos que entre los jóvenes blancos no latinos. Las relaciones sexuales con un hombre positivo para el VIH es el modo principal de transmisión para los africanos americanos, tanto para las mujeres como para los hombres (CDC, 2000 citado por Driscoll *et al.*, 2001). Entre los adolescentes y los adultos latinos, las relaciones sexuales con otros hombres constituyen el 44% de casos de SIDA (Marin & Gomez, 1999 citado por Driscoll *et al.*, 2001). En comparación con otros grupos raciales/étnicos, es menos probable que los latinos descubran que son positivos para VIH hasta que no tienen los síntomas del SIDA. Este patrón se atribuye a un conocimiento limitado en torno a la enfermedad, una falta de seguro de salud y acceso a servicios de salud. El resultado es que es menos probable que los latinos reciban tratamiento a tiempo, y esto, a su vez, lleva a tasas más altas de mortandad para aquellos que tienen SIDA (Bishop-Townsend, 1996 citado por Driscoll *et al.*, 2001).

• INDICE •

Embarazo, Aborto, y Parto

Entre los hombres de entre 15-19 años de edad que tienen experiencia sexual, muchos relatan que han vivido un embarazo con su pareja: el 22% de africanos americanos, el 19% de latinos y el 10% de blancos no latinos (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003). Sin embargo, existen dudas en torno a la precisión de esos números. Se cree que en general los hombres no relatan todas las circunstancias de embarazo, cosa que pudiera explicarse por una falta de conocimiento, olvido o estigma social (Driscoll *et al.*, 2001). Es tres veces más probable que las mujeres menores de 18 años tengan que lidiar con un embarazo que los hombres de la misma edad, ya que las parejas sexuales de muchas mujeres jóvenes tienen más de veinte años de edad (Alan Guttmacher Institute, 2002a).

Un embarazo puede resultar en un malparto, un aborto o un nacimiento. Aunque el aborto es legal en los EEUU, los estados pueden someterlo a algunas restricciones y el gobierno federal no provee fondos para el cuidado en caso de abortos. En California hay mejor acceso a servicios de aborto que en otros estados. No tenemos una ley de consentimiento de parte de los padres ni periodos de espera obligatorios y el programa de seguro de salud del estado para gente de bajos ingresos (Medi-Cal) paga el procedimiento, de esta manera es relativamente fácil para un joven recibir un aborto en California. Aún así, el estado no reúne datos sobre los abortos; los investigadores dependen de estimaciones generadas por el Alan Guttmacher Institute y/o los Centros Para el Control de Enfermedades (CDC).

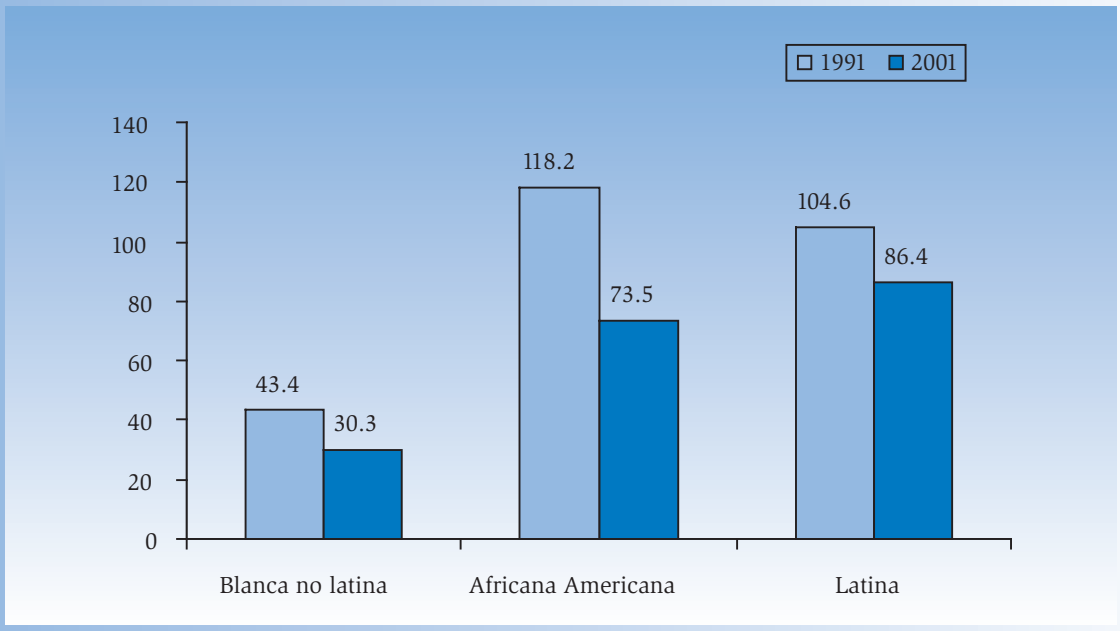
En base a estas estimaciones, la tasa de aborto en adolescentes disminuyó entre 1990 y 1995. En 1990, el 35% de embarazos en adolescentes resultaron en aborto, bajando al 29% en 1995. Esta dirección es atribuida a las adolescentes blancas no latinas, mientras que la tasa para las jóvenes africanas americanas y latinas permaneció estable. En 1990, el 25% de latinas embarazadas optó por tener abortos, en comparación al 24% en 1995 (Ventura *et al.*, 2000 citado por Driscoll *et al.*, 2001).

Cuatro de 10 embarazos que involucraron hombres adolescentes resultaron en aborto y 6 de 10 en nacimiento (Darroch, Landy & Oslak, 1999, citado por Alan Guttmacher Institute, 2002a). Se conoce poco sobre el papel que juegan los varones adolescentes en la decisión de sus parejas para terminar un embarazo inesperado. Un estudio llevado a cabo en 1991 entre jóvenes adolescentes que buscaban servicios de aborto encontró que más o menos un tercio de las jóvenes vinieron a la clínica con sus novios; tres cuartas partes dijeron que sus novios habían tenido que ver en la decisión; y una quinta parte dijeron que sus novios ayudaron a hacer arreglos para conseguir el aborto (Henshaw & Kost, 1992, citado por Alan Guttmacher Institute, 2002a).

• INDICE •

En general, las tasas de nacimiento en adolescentes en los EEUU ha disminuido de manera significativa entre 1991 y 2001. Esta tasa cambia significativamente entre grupos raciales/étnicos: para las adolescentes blancas no latinas de entre 15-19 años de edad, la tasa disminuyó de 43.4 a 30.3 por cada 1,000 (30%). Para las africanas americanas, la tasa bajó de 118.3 a 73.5 por cada 1,000 y para las latinas, bajó de 104.6 a 86.4 por cada 1,000 (17%). La Gráfica 1 compara estos cambios (Hamilton *et al.*, 2003). La disminución de nacimientos en adolescentes es similar a los resultados en México durante el mismo periodo de tiempo: la tasa bajó de 130 por cada 1,000 en 1980 a 81 por cada 1,000 en el 2000 (Welti, 2000; Menkes, Súarez *et al.*, 2004).

Ilustración 1: Cambio en las tasas de nacimiento para adolescentes entre 15-19 años de edad entre 1991 y 2001, por raza/etnicidad



* Fuente: Hamilton, BE, Sutton, PD, & Ventura SJ (2003). Revised birth and fertility rates for the 1990s and new rates for Hispanic populations, 2000 and 2001: United States. National Vital Statistics Reports, 51(12).

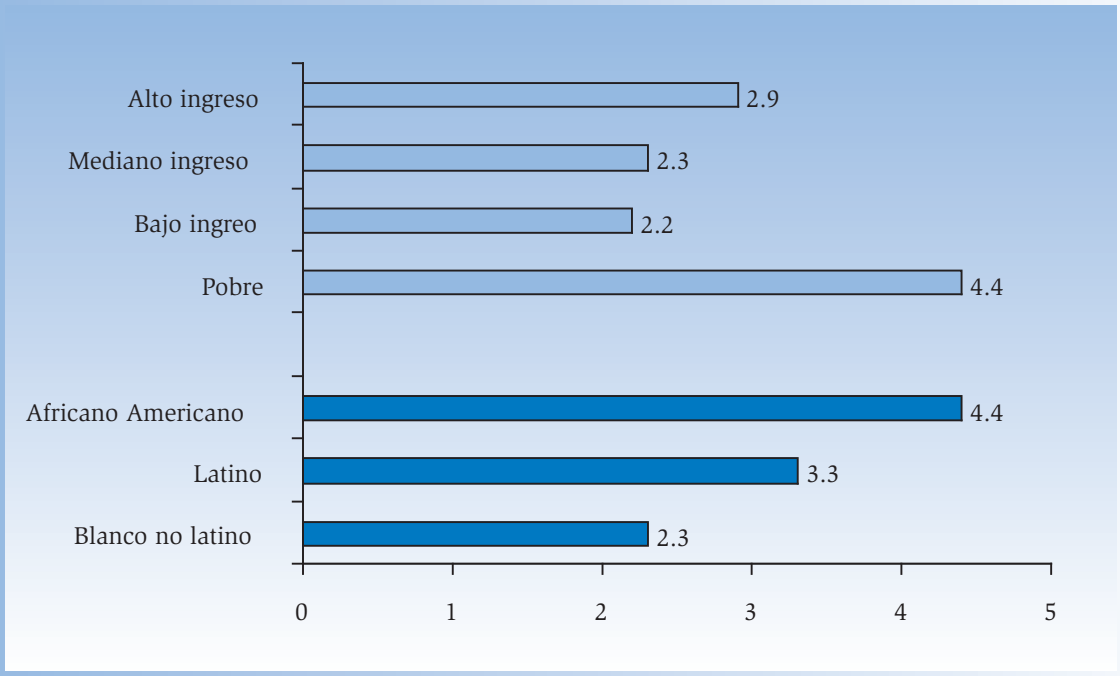
Los Informes de las Estadísticas Vitales Nacionales también analizan estos datos para latinas según el origen nacional. Aquellas de origen mexicano tuvieron la tasa más alta de natalidad en el 2001, 95.4 por cada 1,000 en comparación al 82.2 para puertoriqueñas y al 65.3 para otras latinas (Hamilton *et al.*, 2003).

Reflejando los patrones nacionales, las latinas tuvieron las tasas más altas de natalidad en California, 104 por cada 1,000 en comparación al 77 por cada 1,000 para africanas americanas y al 32 por cada 1,000 para blancas no latinas (Berglas *et al.*, 2000).

• INDICE •

Al igual que con la tasa de embarazo, la tasa de natalidad para varones adolescentes, cruzando todos los grupos raciales/étnicos, es generalmente menor que para las adolescentes porque en muchos nacimientos los padres tienen más de 20 años de edad (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003). La Gráfica 2 demuestra la proporción de varones jóvenes que tienen entre 15-19 años que son padres, divididos por raza/etnicidad e ingresos. La probabilidad de ser padre adolescente no difiere de manera significativa entre los grupos. Para los latinos, la probabilidad de ser padre adolescente es de 3.3%, en comparación al 4.4% de africanos americanos y al 2.3% de blancos no latinos.

Ilustracion 2: Proporción de varones jóvenes que tienen entre 15-19 años que son padres, por ingreso y raza/etnicidad



*Fuente: AGI, unpublished tabulations of the 1995 NSAM. Depicted in *In Their Own Right: Adressing the Sexual and Reproductive Health Needs of American Men, AGI, 2002.*

Existe muchísima investigación que examina el impacto de un nacimiento sobre las chicas jóvenes y sus niños. En contraste, hay pocos datos que hablan de cómo volverse padre siendo adolescente impacta las oportunidades y experiencias vitales de los jóvenes.

• INDICE •

POLÍTICAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS EN CALIFORNIA

El tema del embarazo entre adolescentes ha estado en el centro de las "guerras culturales" en los Estados Unidos desde hace ya bastante tiempo. Políticos de los dos partidos (tanto republicanos como demócratas) han presentado la cuestión del embarazo y el nacimiento entre adolescentes no sólo en torno a la fecundidad sino también a la pobreza y la moralidad (Lawson y Rhode, 1993). De hecho cuando el embarazo de una adolescente resulta en un nacimiento, las consecuencias pueden ser tremendamente negativas y transforman las vidas de las madres y padres jóvenes y de sus hijos. Los efectos pueden ser dañinos para las comunidades y resultan en una gran carga económica para la sociedad.

En el transcurso de la última década, estos temas se han utilizado a nivel nacional para designar la abstinencia y el matrimonio como soluciones a la "crisis de embarazo entre adolescentes." Varias políticas actuales codifican este cambio. En 1996, cuando el sistema de bienestar público se reorganizó durante la administración de Clinton con la promulgación del Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act (PRWORA), se les obligaba a los estados a fijar metas numéricas y a tomar acciones para prevenir y reducir la incidencia de todos los embarazos "fuera del matrimonio", especialmente entre los adolescentes, al fomentar el matrimonio, que se describe como "la base de una sociedad exitosa" (Weinstein, 1998). El PROWRA también autorizó fondos para los estados para programas que les enseñan a los niños en la escuela el abstenerse de actividades sexuales fuera del matrimonio (Devaney *et al.*, 2002).

Esta política permitió cambios bajo la administración Bush hacia el aumento y financiamiento exclusivo de los programas que promueven sólo la abstinencia (Alan Guttmacher Institute, 2002b). Bajo la ley actual, los únicos programas que reciben apoyo federal son aquellos que siguen una propuesta que contiene ocho puntos y sugiere la abstinencia total, enseña que la "actividad sexual fuera del contexto del matrimonio muy probablemente ocasionará efectos dañinos psicológicos y físicos" y que una "relación mutualmente monógama en el contexto de un matrimonio es la norma esperada de actividad humana" (US Social Security Act, Sec. 510). Esta política encuadra la sexualidad de los jóvenes en términos moralistas y niegan completamente el hecho de que muchos jóvenes son homosexuales, lesbianas o bisexuales. Además contradice la gran mayoría de las investigaciones que indican que lo que los jóvenes necesitan, porque es lo que más les ayuda, es una educación sexual amplia (Kirby 1997; Kirby, 2001). Pero aún frente a estas pruebas, en su discurso sobre el estado de la unión de enero de 2004, el Presidente Bush prometió doblar los fondos para dichos programas.

En este contexto, California ha sido y continúa siendo parte de la vanguardia en torno al desarrollo de políticas y programas diseñados para cumplir con las

• INDICE •

necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Aunque su aproximación sea mucho más amplia, muchos programas mantienen un enfoque principal en la reducción de tasas de nacimientos entre adolescentes.

A la mitad de la década de los noventas, California se enfrentaba a una de las tasas más altas de embarazo entre adolescentes en el país y una población de jóvenes creciente. Fue entonces cuando la Oficina Estatal de Planificación Familiar (OFP) inició una cantidad de nuevos programas diseñados para proveer información, educación y servicios clínicos para los jóvenes. Los mayores y más pertinentes se describen a continuación: el Male Involvement Program (MIP, o Programa de Involucramiento de los Hombres), el Community Challenge Grants Program (CCG, o Programa de Subvenciones Retando a la Comunidad) y el programa de servicios clínicos, Family PACT. Los esfuerzos programáticos se dirigen hacia los jóvenes latinos, reflejando tanto la realidad demográfica del estado como el hecho de que las latinas tienen las tasas mayores de fecundidad.[16]

El **Male Involvement Program** (MIP) es el primer y más amplio esfuerzo en el país usando fondos estatales para involucrar a los adolescentes y hombres jóvenes en esfuerzos de prevención de embarazo en adolescentes. Habiendo comenzado en 1995, el MIP abarca 25 organizaciones con base en las comunidades que usan una propuesta de desarrollo que moviliza a los jóvenes (de 12-24 años de edad) para que jueguen un papel activo en la prevención del embarazo entre adolescentes. Mientras se alienta a cada agencia local para que use su propia aproximación en base a la comunidad, todas tienen un programa común que consiste de cinco estrategias básicas:

1) *Educación en la comunidad y mobilización* a través de campañas en los medios de comunicación. Consignas y anuncios desarrollados por los jóvenes y expuestos sobre carteleras, autobuses y pizarras públicas y transmitidas en estaciones locales de radio y televisión. Los mensajes que ganaron una competencia estatal incluían: "Mi Sangre, Mi Hijo, Mi Responsabilidad." "Se Hombre, Ten Orgullo, Se Responsable," y "Pensaba que las relaciones sexuales me hacían hombre. Me hicieron padre."
2) *Educación preventiva y desarrollo del liderazgo en la juventud*. La mayoría de los MIP usan currícula de educación sexual ya publicada y evaluada. Para asegurarse de que las lecciones son relevantes para los grupos diferentes- dependiendo del sitio, el nivel de conocimiento, experiencia vital y la edad de la audiencia que participa- muchas veces crean híbridos a partir de las fuentes diferentes. Las agencias MIP van mucho más allá que sólo proveer información y educación, les ofrecen una gama de servicios y oportunidades a los participantes del programa. Desde tutorías, entrenamiento vocacional

16 El Center for Reproductive Health Research & Policy, de la Universidad de California de San Francisco lleva a cabo la evaluación de estas iniciativas fundadas por el estado.

• INDICE •

a desarrollo de liderazgo, el programa usa las fuerzas y los valores de los participantes, sus comunidades respectivas y sus culturas. Estas agencias se acercan a los hombres jóvenes en varios lugares, incluyendo escuelas alternativas, centros de detención juvenil, centros de deporte y diversión, hogares de grupo, centros de fe y campos de migrantes.

3) *Institucionalización del involucramiento entre hombres*. Ya que el involucramiento de los hombres es un concepto relativamente nuevo, cada agencia trabaja para asegurar un componente integral en la programación para jóvenes en instituciones comunitarias. Por ejemplo, muchos distritos escolares ahora les dan crédito a los estudiantes por presentarse a las sesiones y los tribunales para jóvenes les mandan a los muchachos jóvenes a que participen en el programa. Otras agencias han trabajado para hacer que sus servicios sean más acogedores para los hombres, al emplear a varones jóvenes.
4) *Colaboraciones entre jóvenes y adultos*. Las evaluaciones de este y otros programas de prevención de embarazo entre adolescentes indican que uno de los factores más importantes que previenen que los muchachos jóvenes se involucren en comportamientos arriesgados es el estar conectados a un hombre adulto que sea modelo positivo. La tutoría es, pues, una piedra angular del programa.
5) *Referencias a, y vínculos con, otros proveedores de servicios para jóvenes*. Reconociendo que ninguna agencia sola puede cumplir las necesidades variadas y complejas de cada muchacho, cada MIP colabora con y hace referencias a, otras agencias para asegurarse de que los participantes tengan acceso a una amplia gama de servicios.

Además de estas estrategias, muchas de las agencias y de sus directores reconocen la importancia que tiene el integrar un componente fuertemente cultural en su programa. En el caso de los MIP que sirven principalmente a los jóvenes latinos, muchos usan enseñanzas culturales para alentar a los jóvenes a que abracen los aspectos positivos de su herencia y fortalezcan su sentido de responsabilidad y respeto hacia sí mismos y hacia los demás. Algunas de estas agencias basan sus enseñanzas sobre los lineamientos desarrollados por Jerry Tello. El Joven Noble es un programa de desarrollo de liderazgo en los jóvenes que apoya y guía a los muchachos al pasar por "su proceso de ritos de pasaje al estado de ser hombre," y Hombres Jóvenes con Palabra es una programa de diez sesiones "culturales basadas en la prevención y la educación" que se enfoca en la responsabilidad del hombre, la prevención del embarazo y de la violencia entre parejas (Tello, 2004). Otras actividades específicamente para latinos incluyen "Círculos de Hombres," grupos de plática para hombres adultos y jóvenes que enfatizan las fuerzas culturales y que permiten que los participantes hablen abiertamente sobre sus vidas.

La información recogida de los 25 lugares indica que más de 100,000 hombres jóvenes y adolescentes han participado en el programa hasta la fecha, la mitad de ellos son latinos (52%). Estos datos proveen un perfil de las experiencias sexuales, conocimientos acerca de la salud reproductiva, actitudes ante el

• INDICE •

embarazo y la prevención y el comportamiento anticonceptivo de los hombres jóvenes. A la entrada al programa, 58% de los hombres latinos relataron que habían tenido relaciones sexuales – el 32% de chicos de 14 o menores, el 68% de adolescentes entre 15-17 años de edad y el 90% de hombres jóvenes de 18 años de edad o más. El promedio de edad para el momento de la primera relación sexual fue de 13.6 años de edad. Más de un cuarto (27%) de jóvenes latinos que han tenido relaciones sexuales, han experimentado un embarazo en el pasado con una pareja y casi uno de cinco (el 18%) ya eran padres.

Un análisis adicional se llevó a cabo con una submuestra de hombres latinos que completaron encuestas al entrar al programa y en intervalos regulares, lo que permitió darse una idea de cómo han cambiado al participar en el programa. Después de un mes o más de participación en el programa, estos jóvenes mostraron aumentos significativos de conocimiento en torno a dónde encontrar anticonceptivos (de 79% a 86%), cuál es el riesgo de embarazo la primera vez que se tienen relaciones sexuales (de 79% a 86%) y cuál es el riesgo de embarazo si se usa el método del retiro (de 50% a 70%). También se demostraron pequeños pero significativos cambios en las actitudes sobre el embarazo. Aunque la gran mayoría (manteniéndose el 79%) no quiere que su pareja se embaracen ahora, casi la mitad (58%) sentía que sus amigos les respetarían más si dejaran embarazada a alguien (bajando del 58% al 44%).

En torno a la prevención del embarazo, una mayoría similar (el 79%) considera que el uso de anticonceptivos es una responsabilidad compartida. Sin embargo, el nivel de comodidad de los participantes al hablar sobre el sexo y el uso de anticonceptivos con sus parejas es menor: el 58% relató que siempre, o casi siempre, es fácil la comunicación y el 42% dijo que a veces o nunca es fácil hablar del tema. Esta falta de comodidad pudiera reflejarse en tasas actuales de uso anticonceptivo. En la prueba previa, el 63% de los que respondieron con una pareja actual relató que habían usado anticonceptivos durante las últimas relaciones sexuales, a comparación con el 62% de la prueba posterior. Similarmente, en la prueba previa, el 59% relató haber usado un condón bajando al 57% en la prueba posterior. En la prueba posterior, sólo el 33% relató haber usado condones consistentemente. Aunque estos cambios en el comportamiento parecen desalentadores, pudiera ser porque hay parejas que permanecen en relaciones de larga duración y cambian a métodos hormonales, como la pastilla y las inyecciones.

Estos resultados no representan a todos los jóvenes latinos en California pero son específicamente representativos de aquellos que participaron en el programa. Por ejemplo, en una muestra nacional representativa que se hizo para la Encuesta Nacional de Hombres Adolescentes, el 61% de latinos entre 15-19 años de edad relató haber tenido relaciones sexuales, a comparación con el 71% de participantes en el MIP de la misma edad. Estas diferencias señalan el trabajo importante del MIP –el programa está alcanzando una población en alto riesgo con servicios y apoyo vital.

• INDICE •

Como se ha mencionado, también hay variación entre las agencias en torno a quiénes llegan, qué estrategias usan y la intensidad del programa. Mientras que algunos programas comprenden un periodo de dos a doce meses, otros son sesiones educacionales únicas y tienen lugar en las escuelas. De este modo, el impacto del programa sobre los participantes varía mucho en base a la combinación de estos factores. Debido a que la evaluación es descriptiva a través de todos los programas y no incluye estudios de caso pertenecientes a cada agencia, tenemos una visión limitada en cuanto a cómo se formulan e implementan las estrategias a nivel local y cómo se asimilan los mensajes de parte de los participantes.

Además de campañas en los medios de comunicación coordinadas por los MIP a nivel local, la Oficina Estatal de Planificación Familiar también ordenó **una campaña estatal en los medios de comunicación** con la meta de cambiar normas y valores sociales en torno al involucramiento de los hombres en la salud reproductiva. Imágenes con consignas que alientan a los hombres jóvenes a prevenir el embarazo, o si ya son padres, a involucrarse más, se ubicaron en letreros y paradas de autobús en todo California. Muchos de los anuncios se diseñaron específicamente para la población latina, con leyendas en español.

Al inicio de la campaña, los mensajes tendían a ser más negativos en su tono, advirtiéndoles a los hombres de políticas tales como pagos obligatorios para padres y el enjuiciamiento por violación de menores. Un anuncio representaba a un hombre tras las rejas con un mensaje que leía "El tener relaciones con una menor es un delito mayor." Muchos directores de clínicas reaccionaron con alarma a lo anterior, sintiendo que mensajes tan punitivos desalentarían a que los hombres acudieran a las clínicas de planificación familiar para recibir servicios con sus parejas o solos. Posteriormente, el carácter de la campaña se volvió más positivo. Los mensajes posteriores usaron el sentido de humor para promover la prevención. Un anuncio representaba a un hombre empujando un cochecillo de niño, con la leyenda, "¿son estas las ruedas por las cuales ahorraste tanto?" y otro de una mujer con un bebé con la leyenda, "¿Es este el tipo de pager que querías?" Otra serie mostraba padres con bebés o jugando con niños, con leyendas como "El ser padre es para siempre" y "Ser padre quiere decir estar siempre allí." Más recientemente, las imágenes de la campaña muestran parejas abrazadas íntimamente con leyendas que promueven la responsabilidad compartida en cuanto a la planificación familiar, como “La prevención del embarazo es responsabilidad de los dos” y otras imágenes de hombres jugando con sus hijos, con leyendas que les alientan para que se involucren activamente en las vidas de sus hijos, como “Si los vas a traer a este mundo, hazlos parte del tuyo.”[17]

17 Esta campaña ya no recibe fondos por causa de restricciones del presupuesto estatal.

• INDICE •

Otra iniciativa estatal es el **Community Challenge Grants Program** (CCG), que promueve relaciones en base a la comunidad cuyo propósito es reducir el embarazo entre adolescentes y promover padres responsables. La Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Servicios de Salud le otorga fondos a más de 130 organizaciones comunitarias, distritos escolares y agencias de salud pública y servicio social para que implementen una variedad amplia de programas y estrategias diseñadas para cambiar actitudes y comportamientos individuales, al igual que normas comunitarias. El programa enfatiza particularmente en el involucramiento de los padres en el desarrollo social y emocional de sus hijos. El programa sirve a más de 200,000 jóvenes y 2,000 padres anualmente.

Las evaluaciones de los programas siempre han demostrado aumentos significativos en cuanto a conocimientos (en base a preguntas sobre métodos para prevenir el embarazo y ITS), factores protectivos (en base a preguntas sobre fuerzas personales, autoestima, planes educacionales y razones para esperar el tener relaciones sexuales) y la reducción de comportamientos arriesgados sexuales (en base a preguntas sobre uso contraceptivo durante las últimas relaciones sexuales, uso de alcohol y drogas). Estos aumentos se registraron en todos los sitios, grupos raciales-étnicos y en participantes hombres y mujeres. No existen hasta el momento informes separados enfocados específicamente en los hombres latinos.

Las evaluaciones de los programas siempre han demostrado aumentos significativos en cuanto a conocimientos (en base a preguntas sobre métodos para prevenir el embarazo y ITS), factores protectivos (en base a preguntas sobre fuerzas personales, autoestima, planes educacionales, y razones para esperar el tener relaciones sexuales) y la reducción de comportamientos arriesgados sexuales (en base a preguntas sobre uso contraceptivo durante las últimas relaciones sexuales, uso de alcohol y drogas). Estos aumentos se registraron en todos los sitios, grupos raciales-étnicos y en participantes hombres y mujeres. No existen hasta el momento informes separados enfocados específicamente en los hombres latinos.

Mientras que las iniciativas descritas arriba se basan principalmente en sitios no clínicos, todos deben vincular sus programas con servicios de planificación familiar y la mayoría ha desarrollado relaciones de colaboración con clínicas de **Family PACT** PACT (Planificación, Acceso, Cuidado y Tratamiento). Family PACT es el programa con fondos estatales y federales que les provee servicios gratis a los adolescentes, tanto a las mujeres y los hombres de bajos ingresos. Los proveedores ofrecen los servicios en espacios clínicos tanto privados como públicos y se los reembolsa el estado. En los últimos cinco años, el programa ha sido expandido significativamente y ha hecho un esfuerzo particular por servir a más hombres y jóvenes. En combinación con un mercadeo directo hacia hombres y jóvenes a través de la campaña estatal en los medios de comunica-

• INDICE •

ción, el programa ha reclutado más proveedores hombres de diversas etnias y ha ofrecido entrenamiento sobre cuestiones relacionadas a los hombres en la práctica clínica, habilidades en la educación y la consejería y para crear un ambiente cálido hacia los hombres. Los servicios para los hombres incluyen educación y consejería sobre anticoncepción y provisiones anticonceptivas, pruebas y tratamiento de ITS, pruebas de VIH, exámenes periódicos físicos, vasectomía, servicios limitados de infertilidad y referencias a otros servicios.

La evaluación del programa indica que la expansión del Family PACT ha resultado en una gran mejoría en cuanto al acceso a servicios de parte de los hombres y, en particular, los latinos. Desde el año fiscal de 2000/2001 al 2001/2002, el número de clientes hombres que han recibido servicios a lo largo del estado (135,000) aumentó un 33%, y dos tercios fueron latinos (Brindis *et al.*, 2003). Aproximadamente un 21% de todos los hombres que recibieron servicios eran adolescentes. Entre todos los hombres que usaron servicios de Family PACT ese año, un 65% recibió condones y pruebas para ITS, un 2% recibió una evaluación sobre su fertilidad y 1% recibió servicios relacionados con vasectomías. A través de la provisión de estos servicios, se valora que el programa impidió 24,000 embarazos y 9,000 abortos entre adolescentes en su primer año.

Las estimaciones en torno a los ahorros totales alcanzados como resultado de estos esfuerzos estatales en la prevención de embarazo entre adolescentes han sido muy importantes. Durante el año fiscal de 1998/1999, California invirtió $128 millones en su campaña de prevención del embarazo. El estado y, por extensión, los contribuyentes, ahorraron aproximadamente $968 millones al evitar costos relacionados al nacimiento entre adolescentes y un total de $2.2 billones cuando se incluyen los costos sociales (Constantine y Nevarez, 2003).

Además de estos programas con fondos del Departamento de Salud Estatal, muchas otras agencias han dado contribuciones significativas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. La meta explícita de la mayoría es, de nuevo, la prevención del embarazo entre jóvenes. Como muestra de un reconocimiento mayor de la necesidad de trabajar con mujeres y hombres jóvenes, las iniciativas con fondos tanto públicos como privados busca alcanzar a los jóvenes de ambos sexos.

Otros programas con fondos gubernamentales incluyen la Iniciativa de Prevención del Embarazo entre Adolescentes del Departamento Estatal de Educación, los Programas de Embarazo y Paternidad-Maternidad de la rama de Salud para Madres e Hijos y los fondos federal para planificación familiar del Título X, coordinado por el California Family Health Council.

Donadores en el sector privado incluyen la David and Lucile Packard Foundation, la William and Flora Hewlett Foundation, el California Endowment, la Kaiser Family Foundation y la California Wellness Foundation.

• INDICE •

Quizás más significativamente, esta última ha dedicado $60 millones en el transcurso de diez años para su Iniciativa de Prevención de Embarazo entre Adolescentes. La meta general de la Iniciativa es "la disminución de la incidencia de embarazos entre adolescentes al aumentar la proporción de adolescentes que postergan el inicio de relaciones sexuales y o usan eficazmente la anticoncepción."

Para cumplir con esta meta, la Iniciativa busca (1) "Expandir la percepción del embarazo entre adolescentes de un problema individual y familiar a la visión de que también es un problema social, al aumentar la comprensión pública del papel que juega el ambiente en el embarazo entre adolescentes y la prevención de las enfermedades, (2) Establecer y reforzar normas comunitarias que valoren una sexualidad adolescente saludable y no sancionar embarazos y comportamientos sexuales arriesgados y (3) Reducir la incidencia de embarazos entre adolescentes aumentando el número de adolescentes que posterguen el inicio de relaciones sexuales y que usen eficazmente la anticoncepción durante actividades sexuales." Las actividades que se han planeado incluyen una campaña de educación pública llamada Get Real, investigación cualitativa y cuantitativa sobre las causas, consecuencias y mejores estrategias para prevenir el embarazo entre adolescentes, programas de acción comunitaria y la incorporación de proveedores adolescentes en clínicas de salud comunitaria. Los gestores de esta política también han recibido fondos bajo esta Iniciativa para movilizar a otros líderes para que trabajen a favor de los jóvenes expandiendo los recursos disponibles así como para prevenir la implementación de políticas negativas.

Como se ha resumido aquí, California ha estado al frente de una cantidad importante de iniciativas que les proveen a los muchachos jóvenes de acceso a información, educación en salud, como servicios. Muchos de los jóvenes que usan estos programas son latinos y latinas, hecho que refleja tanto el gran número de latinos que califican para los programas en este estado, como también las habilidades culturales de muchos de estos programas para servir a los jóvenes. La variabilidad tan grande entre los latinos involucrados, incluso dentro de un estado grande como lo es California, requiere claramente que el número de estrategias e intervenciones especiales encuentren implementación. A pesar de estas intervenciones, los datos sobre los latinos que se han presentado en este resumen señalan las necesidades que aún no se han cumplido y las estrategias comunitarias proyectadas hacia la reducción del embarazo entre adolescentes. Estos programas han empezado a reconocer la importancia no sólo de proveer información en torno a la salud y su cuidado, sino también que para tener un verdadero éxito es imprescindible incorporar una perspectiva fuerte en torno al género, trabajando tanto en mejorar la comunicación en general como las relaciones entre los sexos.

• INDICE •

Mesas de trabajo

Se organizaron dos mesas de trabajo durante la reunión, *El Involucramiento de los Hombres Jóvenes en la Salud Sexual y Reproductiva: Hacia Una Agenda Binacional de Investigación, Acción y Política Pública*, que se llevó acabo el 10 y 11 de mayo de 2004 en El Colegio de México, las cuales trabajaron simultáneamente para proponer la realización de programas e investigaciones que den profundidad al estudio presentado en dicho taller y, desde luego, para impulsar o acompañar políticas públicas con esa orientación. En las mesas participaron personas de México y California (Estados Unidos), representando sectores gubernamentales, académicos, no gubernamentales y/o comunitarios.

Las propuestas, de manera ineludible, requirieron contextualizarse en un marco de amplias pluralidades no sólo por las diferencias que atañen a las dos naciones, sino por existencia de políticas públicas que difieren por regiones, presencia o ausencia de grupos organizados, conflictos de distinta índole, diferencias de criterios para evaluar, disponibilidad de recursos, migración y muchas otras, aunados a un amplio abanico de diversidad en materia de cultura, raza, edad o situación económica. Ese concierto de heterogeneidades impregnó el intercambio de ideas y abre el camino para formular propuestas con las cuales construir programas e investigaciones sobre la participación de hombres jóvenes en SSR.

El registro de opiniones y propuestas ha sido agrupado, en el presente texto, en seis apartados: el factor financiamiento; identidad y migración; perspectiva integral; medios de comunicación; equidad de género y masculinidad; fundamentalismo, dogmatismo y doble moral, todos ellos íntimamente interrelacionados como se advierte a continuación:

1.- El factor financiamiento

El financiamiento es uno de los grandes desafíos, con mayor énfasis en México que en California, para iniciar y dar continuidad a programas e investigaciones relacionados con hombres jóvenes y SSR. Dependientes en gran medida de los fondos de fundaciones estadounidenses o europeas, las ONGs tienden a cubrir funciones, frecuentemente sin el concurso de los gobiernos, relacionadas con el financiamiento y ejecución de servicios a los jóvenes. En contraste, un ejemplo del empleo exitoso de los recursos es el de Coinversión del Gobierno del Distrito Federal con casi 120 organizaciones no gubernamentales, las cuales han recibido en conjunto escasos 15 millones de pesos (14 mil dólares aproximadamente) para el ejercicio de 2004, con el objetivo de impulsar la solución a diversas problemáticas relacionadas con jóvenes, SSR, violencia intrafamiliar, equidad

• INDICE •

de género, mujeres, SIDA o comunitarias. Ello plantea el fortalecimiento de vínculos y colaboración con la intención de optimizar el uso de fondos y de recuperar experiencias positivas.

Una de las áreas exploradas para optimizar el financiamiento se ha fincado en el trabajo voluntario, como ha sucedido con el Programa Gente Joven de Mexfam, donde muchos y muchas jóvenes han realizado trabajo no remunerado, aunque han recibido diversos apoyos para viáticos. Sin embargo, estos programas son onerosos debido a los insumos que requieren. Una fuerte y determinante complicación contra el trabajo voluntario, específicamente en México y en las familias de escasos recursos, que son la mayoría, consiste en que las familias demandan de sus jóvenes apoyo para cubrir sus necesidades económicas. De ahí se desprenden alternativas como la búsqueda de trabajo remunerado o la migración a los campos agrícolas del norte del país, a la maquila o a Estados Unidos.

En la lógica de generar más recursos para los programas juveniles, se han emprendido numerosos proyectos productivos en diversos lugares. Estos, no obstante, frecuentemente requieren capacitación e insumos de arranque y ello resulta costoso. Como alternativas, apoyadas por CEFIS[18] y propuestas por los jóvenes, se han generado proyectos de autofinanciamiento como farmacias comunitarias, viveros, etc., que requieren evaluarse en el largo plazo, porque muchos terminan en proyectos personales. La experiencia de Mexfam es amplia, porque ha emprendido desde proyectos de capacitación en habilidades de trabajo, que no fue muy exitoso, hasta ofrecimiento de una gama de alternativas, cuyo éxito depende en parte en la creatividad en las y los jóvenes participantes (creación de condonerías, ferias o fiestas) y acorde con las dinámicas y tradiciones de las poblaciones. Por otro lado, existen intercambios constantes entre IMSS Oportunidades y programas en California, con enfoque en investigación-acción; Mexfam tiene también intercambios con ciudades en EEUU (twinning), pero el obstáculo es el financiamiento, no obstante que se basan en gran medida en trabajo voluntario.

A veces se abren espacios de reflexión en las comunidades rurales de México y los hombres empiezan a preguntarse y a entender aspectos esenciales sobre sus vidas y las contradicciones, los desafíos a la identidad, las nuevas perspectivas de la masculinidad o consideraciones sobre el poder. Se mueven fibras de todos niveles y resulta que luego se acaba el financiamiento, dejando inconclusos muchos procesos.

18 Colectivo de Educación y Formación Integral para la Salud, en el estado de Michoacán.

• INDICE •

Propuestas generadas por las mesas de trabajo:

- Persuadir a los gobiernos federal y estatales para que incrementen su participación, junto con las ONGs cuando éstas dispongan de recursos humanos y/o condiciones para coparticipar, en programas e investigaciones sobre participación de hombres jóvenes en la SSR.
- Realizar investigaciones detalladas acerca de la asignación de partidas presupuestales de los gobiernos orientadas a la participación de jóvenes en la SSR, con el propósito de eficientar su empleo y/o cubrir el costo de programas o investigaciones operativas.
- Establecer convenios entre ONGs. y gobiernos, de tal modo que los programas iniciados no sean suspendidos por falta de recursos y se pueda cumplir con las metas trazadas.
- Investigar cómo fomentar la creatividad de los jóvenes en proyectos de financiamiento en lugar de proponerles estrategias montadas previamente.

2.- Migración e identidades

El fenómeno de la migración histórica de mexicanos/as a California (y a muchos otros estados de EEUU) ha contribuido intensamente a conformar y enriquecer el mosaico pluricultural y plurilingüístico, con los problemas a ello aparejados. El arribo a California en distintas épocas por parte de grupos de variadas culturas indígenas que hablan tzotzil, nahua o zapoteco, entre muchas otras de las casi cien lenguas que se hablan en territorio mexicano, aparte del español, ha complicado el trabajo de organización para la SSR. A ello se agregan las diferencias en el estatus legal de los migrantes, quienes por todas esas circunstancias muestran una gran diversidad y escapan a cualquier generalización.

Para muchos estadounidenses de origen mexicano o migrantes recientes, existe crisis de identidad porque, de alguna manera, han dejado de ser mexicanos, sobre todo cuando deciden quedarse a radicar en EEUU y tampoco se consideran plenamente estadounidenses culturalmente hablando. Así, forman parte de una mezcla cultural que requiere entender, confirmar y fortalecer sus nuevos referentes a partir del empoderamiento colectivo de su nueva identidad y de la autoestima individual, todo lo cual se refleje e impregne favorablemente los programas de SSR.

El proceso de la migración conlleva, asimismo, la reflexión sobre asuntos que tienen que ver con el poder, el dominio o la hegemonía. La convivencia de culturas anglosajonas, africanas, asiáticas, latinas e indígenas en California muestra formas de dominación y agresión entre los jóvenes mismos, agrupados por culturas y razas, aunque también dentro de las mismas culturas o grupos se presentan fuertes y violentas disputas. Estos aspectos requieren mucho tacto por parte de las personas que hacen labor comunitaria para impulsar el trabajo con jóvenes y sobre SSR.

• INDICE •

Existe cierta colaboración entre instancias de ambos países. Por ejemplo, la Ventanilla de Salud en San Diego y una relación positiva con el Consulado mexicano, que trabaja con una unidad móvil y da capacitaciones breves con enfoque en atención personal sobre SSR. Hay iniciativas que se gestan en México, pero que dependen de la experiencia en EEUU, como el incipiente programa "Vete Sano, regresa sano" y, desde luego, se registran coyunturas y cambios, como el hecho de que el actual gobierno de California ha decidido recortar el apoyo a los migrantes.

Propuestas generadas por las mesas de trabajo:

- Investigar cómo, en el mundo de pluralidades que es hoy California, grupos predominantemente rurales e indígenas, como los tzotziles, nahuas o zapotecos, habitando un país de habla inglesa y con el español como idioma intermedio, entienden distintos conceptos y realidades. Y, sobre esa base, encontrar un "lenguaje común" para fomentar la SSR.
- Investigar cómo fomentar la movilización comunitaria en favor de la SSR, con base en el valor de las identidades y culturas originales, así como de la conformación y empoderamiento de las nuevas identidades de las y los migrantes.
- Investigar sobre las experiencias de los migrantes respecto a los servicios de SSR en los dos lados de a frontera y en torno a la violencia sexual por parte de hombres y mujeres en la migración.
- Los programas e investigaciones deben emprenderse, para los efectos de la migración y SSR, considerando estudios y diseños de la antropología y sociología, entre otros.
- Aprovechar espacios binacionales donde se abordan temas como drogas o SIDA, para insertar el tema de SSR que incluyen jóvenes. Buscar compromisos para lograr reuniones binacionales específicas para SSR y jóvenes.
- Deben fortalecerse las conexiones entre ONGs. de México y California y entre
- Ofrecer clases o espacios para padres en español. Hacer diferentes intervenciones e intercambio de metodologías en los dos lados

3.- Perspectiva integral

La SSR, para alcanzar una dimensión universal, requiere situarse en un vértice estratégico, para desarrollarse con una perspectiva holística. Una perspectiva integral por los espacios donde arraigue su presencia, como la clínica, la escuela, la comunidad o los lugares de tránsito o asentamiento de migrantes; por las disciplinas que concurran en su diseño o aplicación, como la medicina, la educación, la antropología o la sociología; por los sectores que se involucran en su quehacer e impulso, como las y los médicos, académicos, educadores, activistas o investigadores de ONGs.; por las fuentes de financiamiento y operación, como las y los empresarios, los gobiernos, proyectos productivos o trabajo

• INDICE •

voluntario; o por los auxiliares de distinto tipo como los medios de comunicación, folletos, carteles, cartillas, botones y muchos otros recursos.

Es de subrayarse que no habrá visión integral de la SSR orientada a los jóvenes, hablando de éstos como un mosaico muy heterogéneo, si no son ellos quienes participan y colaboran en la elaboración de los proyectos que les conciernen, en la ejecución de los mismos y en su posterior evaluación. Para ello, en primera instancia, requerirán capacitación y luego habrá que armonizar los proyectos con las dinámicas muy distintas en que se halla la juventud, como horarios escolares, de trabajo o tiempos de recreación. Considerando además ciertas resistencias o fluctuaciones en el carácter expresadas como miedos, optimismo o apatía por las tareas.

Tarde o temprano, hablar de una visión holística para los jóvenes en el marco de la SSR, implica analizar y proponer respecto a su entorno de vida sentimental, laboral o académica. Muchos jóvenes, sobre todo en México, cortan tempranamente sus estudios, con lo que se refuerza la inequidad en el mismo sistema educativo. Lo recomendable, como sucede con los programas en California, consiste en incluir unida la participación en SSR con enfoques de oportunidades escolares o de trabajo para las y los jóvenes.

Entre los mayores riesgos para los programas sobre SSR se encuentra el que se deriva de la terminación del financiamiento y suspensión del trabajo. En ello, también, es crucial la perspectiva holística, por la concurrencia de la comunidad y los gobiernos e instituciones locales o nacionales, que hagan suyos los programas y los incorporen como parte de su cultura de desarrollo. Se deben conectar proyectos pequeños, de comunidades, con otros de mayor dimensión, como estatales y nacionales. Cambiar conductas y modificar hábitos respecto a la salud sexual y reproductiva, en torno al género o violencia, es algo que tiene que ver con salud y educación, con desempeño cívico y con derechos humanos. Por tanto, mientras más sectores se comprometan, más será posible que los programas comprobadamente eficientes y necesarios sobrevivan a la disminución de recursos u otras contingencias.

Propuestas generadas por las mesas de trabajo:

- Analizar los nuevos espacios existentes en México para la participación de jóvenes y generación de propuestas que se liguen a la SSR. Fomentar que los jóvenes expresen directamente qué quieren sobre SSR y su contexto: abrir espacios de redes y foros para ello.
- Investigar cuáles son los roles de diferentes estructuras – familia, comunidad, agencias de salud, etc – en la construcción de la SSR de hombres jóvenes. Emprender programas para mejorar esos roles.
- Colaborar mejor entre California y México para coordinar estudios longitudinales. Difundir los resultados de investigaciones, pero también devolverlos

a quienes los trabajan en las comunidades, presentados de manera entendible, explicando el "por que" de todo el proceso.

- Sistematizar experiencias de programas e investigaciones sobre jóvenes para aprovechar toda su riqueza. Y en esa sistematización definir joven y adolescente porque ello varía según agencia, país, etc.
- Los programas e investigaciones deben destacar más lo lúdico, los mensajes del placer y la sexualidad, no sólo lo relativo a la responsabilidad y reproducción. Por ejemplo, el condón se ejemplifica como cuidado de la salud y la reproducción, pero al mismo tiempo es un puente para la gratificación sexual.
- Investigar sobre todo lo relacionado con el poder y las personas que participan en los modelos de intervención; cómo influyen las estructuras de poder sobre la eficacia de los programas de SSR.
- Realizar una investigación operativa sobre cuáles programas son más efectivos, que permitan la generación de indicadores nuevos y que sean evaluables, Con ello, plantear nuevas estrategias para el logro de objetivos más avanzados.

• INDICE •

4.- Equidad de género y masculinidad

Uno de los aspectos determinantes en la participación de los hombres jóvenes en la SSR es el de la equidad de género. Bajo esa consideración, que desde luego implica reconsiderar lo que ha sido la masculinidad en un mundo machista y jerárquico, es posible plantearse un profundo cambio de actitud respecto a la sexualidad y la reproducción.

Al parecer, el papel acartonado de la masculinidad tradicional tiende a reforzarse en circunstancias y escenarios adversos. Por ejemplo, cuando los jóvenes migrantes atraviesan la frontera como ilegales o como parte de grupos de trabajo temporales, advierten que no les es posible ejercer muchos derechos elementales. En tal sentido, y sin disponer de reflexiones sobre las nuevas masculinidades, se refugian en roles machistas como elemento de supervivencia en un mundo donde se sienten en desamparo.

A diferencia de los feminismos, que en más de un siglo han construido una sólida base teórica, práctica, legislativa y cultural, las nuevas masculinidades atraviesan apenas por fases incipientes de desarrollo. En términos superficiales, el planteamiento de nuevas masculinidades implicaría que los hombres terminarían por perder, por ceder parte del poder del que han gozado por el simple hecho de ser hombres. Pero entrando en profundidad, la equidad de género, las nuevas masculinidades, comienzan a significar una gratificante experiencia por la reconquista de la sensibilidad, el acceso flexible a la diversidad y la construcción de relaciones de pareja solidarias y respetuosas.

• INDICE •

Propuestas generadas por las mesas de trabajo:

- Un estudio cualitativo muy importante debe fincarse en cuestionamientos como los siguientes: ¿Cómo definen los hombres la violencia de género? ¿Se dan cuenta de que son violentos o la inercia de la hegemonía no les permite advertirlo? ¿Cuáles son los vínculos entre masculinidad, violencia contra la mujer y SSR? ¿Cual es el simbólico de la violencia en los hombres?
- Profundizar las investigaciones y entrevistas con mujeres sobre la participación de su pareja en el cuidado de la SSR. ¿Como incorporar a los jóvenes en el auto-cuidado de la salud?
- Estudiar el papel del homo-erotismo en la construcción de la masculinidad.

∑ Analizar los diferentes elementos socioculturales del ser hombre. Cuál es el contenido simbólico del ser hombre. Influencia del simbólico sobre el comportamiento de los mismos.

- La masculinidad hoy y la masculinidad como proyecto de equidad. Intentar una definición conjunta, ente México y California, sobre la nueva masculinidad. Analizar la masculinidad en condiciones de migración e ilegalidad.
- En el campo de VIH/SIDA, se ha verificado un fuerte debate sobre el rol de género, identificando los factores de masculinidad que ponen a los hombres en riesgo. Según esto, han desarrollado programas de prevención, pero con enfoque sobre el corto plazo. Cuál es el efecto de intentar cambiar las normas de género sobre el largo plazo?

5.- Medios de comunicación

Los medios de comunicación pueden jugar y de hecho han jugado un papel esencial a favor de la SSR, pero la ola de conservadurismo que se despliega cíclicamente, como ahora sucede en EEUU y México, pasa también por los medios y no es tan favorable a la SSR. Las y los jóvenes son muy influenciados por los medios y la forma en que éstos aborden temas como la equidad de genero, violencia intrafamiliar, masculinidades, salud sexual o salud reproductiva, tendrá un impacto en los televidentes, radioescuchas o lectores de revistas y periódicos.

En California se llevaron a los medios temas como el ejercicio de la ciudadanía y cambios en la sociedad para arribar a la equidad de género. Eso se trasmitió en inglés y español y tuvo un impacto significativo pero con un costo económico alto. Mexfam-IPPF lograron una campaña de tres meses en MTV (que no alcanza población abierta) y la televisora ha donado tiempo sobre prevención de ITS y nuevos modelos de SSR. No obstante, MTV “dona” tiempo pero quiere un matching fund. Es posible pero requiere una inversión grande.

Propuestas generadas por las mesas de trabajo:

- Se requiere un mayor esfuerzo y profesionalidad para diseminar la información tanto en México como en California. Es necesario sistematizar relaciones con los comunicadores y preparar voceros y discursos adecuados para atender los requerimientos de los medios.

• INDICE •

- Los programas e investigaciones sobre SSR deben diseñarse con una perspectiva de comunicación con el objeto de que los resultados repercutan más ampliamente en los medios.
- Utilizar la amplia gama de medios alternativos como son historietas, folletos, volantes, trípticos, videos.

6.- Fundamentalismo, dogmatismo, doble moral

La sexualidad y reproducción, como pocos temas, son motivo de preocupación de los grupos conservadores. Ello es así porque es en el cuerpo donde se expresan las más profundas e importantes libertades de los seres humanos. El derecho a decidir sobre el cuerpo, con responsabilidad pero con placer, es uno de los aspectos que más combaten los conservadores, quienes un día hablan de familia natural desconociendo la variedad de familias existentes y otro predican la abstinencia sexual, conocedores de que ello no es posible. El propósito de estos grupos es anidar la culpa y propiciar la doble moral sobre la sexualidad, cuestiones básicas para manipular a las personas. Es a ese tipo de pensamiento manipulador al que se llama dogmático o fundamentalista. Ante ello, el trabajo de la SSR debe ampararse en la aceptación de las personas como seres sexuados, en la democracia, el pluralismo y la diversidad.

Propuestas generadas por las mesas de trabajo:

- Analizar cuáles son los efectos de la doble moral sexual sobre la salud.
- Analizar cuál es el impacto del fundamentalismo sobre las acciones de salud.
- En programas e investigaciones resaltar la importancia de la diversidad y la pluralidad: de las diferentes razas, credos, opciones sexuales, culturas, opciones políticas, formas de pensamiento, etc.
- Trabajar con una perspectiva laica y secular.

• INDICE •

Conclusiones y recomendaciones

México y California han estado entre los primeros en promover el involucramiento de los hombres en la salud sexual y reproductiva. De los dos lados de la frontera, organizaciones públicas y privadas han desarrollado programas y servicios para identificar las necesidades de los muchachos jóvenes, en particular, y servirles mejor. Se puede aprender mucho de estos programas. Dados los retos inherentes en el campo, existe la necesidad de expandir los esfuerzos para asegurar un involucramiento pleno de parte de hombres de todas las edades.

En México, la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, con énfasis en la equidad entre los géneros, se ha adoptado a nivel del discurso o a nivel programático, pero en la práctica concreta la mayoría de estos programas, y particularmente los que operan desde las instancias gubernamentales, se enfocan predominantemente al problema del embarazo y la maternidad adolescente. Asimismo, es necesario señalar el papel generalmente pasivo asignado a los jóvenes en los programas y servicios, siendo necesaria la gestión de los propios jóvenes. La programación de las organizaciones civiles que figuran de manera más prominente en el campo lidian con cuestiones de patriarcado, machismo y el papel de los hombres en su sociedad. Buscan crear nuevas alternativas y modos de expresión de parte de los muchachos jóvenes. Se espera que estos cambios lleven a una mejor comunicación y negociación entre las parejas, además de una responsabilidad compartida en torno a la anticoncepción, el cuidado de los niños y el trabajo dentro del hogar.

En California, la meta primaria que define la política pública y los programas para los muchachos jóvenes es la reducción del embarazo entre adolescentes. Puesto que las latinas tienen la tasa de fecundidad entre adolescentes más alta que todos los demás grupos raciales-étnicos en el estado y ya que abarcan casi la mitad de la población adolescente, muchos de los programas buscan servir mejor a la juventud latina. El Male Involvement Program, al igual que otras iniciativas estatales, usa un modelo de desarrollo para jóvenes. A los muchachos jóvenes se les ofrecen oportunidades de aprender y mejorar importantes habilidades para la vida, como el completar solicitudes universitarias, la capacitación y colocación vocacional y el desarrollo de liderazgo, además de información y educación sobre salud sexual y reproductiva, con la esperanza de mejorar su vida futura y postergar la paternidad.

Es esencial que se continúen expandiendo y perfeccionando constantemente estas estrategias si buscamos facilitar que los hombres y las mujeres jóvenes asuman y ejerzan sus derechos y su salud sexual y reproductiva. Una revisión del proceso hasta la fecha, que asesore tanto las fortalezas como las limitacio-

• INDICE •

nes y los efectos de las estrategias, puede ayudar a que surjan cuestiones importantes. Los hallazgos efectuados a través de la revisión de la literatura quedan resumidos a continuación, haciendo un análisis entre las similitudes y diferencias entre México y California y seguidos por una serie de recomendaciones.

Los trabajos revisados no dejan ver aún claramente cómo están participando los varones en el terreno de la salud sexual y reproductiva, por lo que sería promisorio extender el esfuerzo en trabajos futuros contrastando los resultados que arroja nuestra investigación con lo que sabemos ocurre con las muchachas adolescentes y jóvenes, para de este modo trabajar con las relaciones y los intereses, a veces contrarios y conflictivos, que se dan en este ámbito entre ambos géneros.

Sexualidades

- Es más probable que los muchachos jóvenes sean activos sexualmente y que tengan más parejas que las muchachas jóvenes tanto en México como en California. Esto refleja una actitud que le permite más libertad al hombre que a la mujer, que crea una presión en los hombres para comprobar su virilidad al tener relaciones sexuales tempranamente mientras se le prohibe a las mujeres que tengan relaciones sexuales hasta que no se hayan casado.
- El discurso de la abstinencia está siendo promovido tanto en México como en los EEUU. Aunque sea extremadamente importante comunicarles a los jóvenes el mensaje de que tienen el derecho y la habilidad de decir que "no" y postergar las relaciones sexuales, no es realista pensar que la mayoría dilatará las relaciones sexuales hasta que se haya casado. Además, las investigaciones han demostrado que muchos jóvenes no "planean" tener relaciones sexuales y frecuentemente no están preparados para la transición a la actividad sexual por lo cual no usan anticoncepción. Por esto, existe la necesidad de proveerles a los jóvenes información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva al igual que anticonceptivos, ayudándoles a tomar decisiones seguras e informadas.
- Los padres y los compañeros de los muchachos jóvenes influyen en sus actitudes. Sin embargo, aunque los jóvenes vivan una presión muy intensa de parte de sus compañeros para empezar a tener relaciones sexuales tempranamente, muchos padres consideran que el hablar sobre cuestiones sexuales es un tabú cultural y no lo hacen con sus hijos. En un estudio que se llevó a cabo en California, los padres latinos expresaron la necesidad de recibir mejores recursos y apoyos sobre cuestiones sexuales para que ellos, a su vez, puedan comunicarse mejor con sus hijos.
- La violencia dentro de las relaciones íntimas es un problema de los dos lados de la frontera. Es más probable que los hombres jóvenes que han sido expuestos a la violencia en sus hogares, ya sea como testigos o como víctimas, se vuelvan perpetradores y repitan el ciclo con sus propias parejas. Otra manifestación de las inequidades de poder entre las parejas es la diferencia en las edades entre las madres adolescentes y los padres adultos de sus bebés. La coacción es un ingrediente común en estas relaciones.

• INDICE •

- Es más probable que los hombres jóvenes, en comparación con las mujeres, se involucren en violencia social, ya sea en accidentes, homicidio o suicidio, tanto en California como en México.

La Anticoncepción

- El conocimiento de parte de los hombres jóvenes en torno a la anticoncepción, especialmente la importancia de usar condones para prevenir tanto el embarazo como las ITS, parece haber aumentado de manera significativa en México y en California durante la última década.
- Cada vez más, tanto los hombres como las mujeres jóvenes han llegado a considerar que la anticoncepción es una responsabilidad compartida. Pero aún cuando las intenciones sean buenas, los jóvenes frecuentemente tienen habilidades limitadas en cuanto a comunicación y negociación y por esto no hablan sobre el papel de la anticoncepción con su pareja.
- Quizás como resultado de lo anterior, el uso contraceptivo de los hombres jóvenes y de los condones en particular, es inconsistente. Este patrón también se observa con las mujeres jóvenes.
- El acceso a servicios de salud de parte de los jóvenes, especialmente a servicios y provisiones relativos a la anticoncepción, se dificulta frecuentemente por barreras institucionales y ambivalencia social en torno a la sexualidad de los jóvenes. Se debe reconocer que estas barreras influyen directamente en las actitudes y el comportamiento de los jóvenes.

ITS y VIH

- En los últimos años, las tasas de ITS se han elevado en México. Sorprendentemente, el número de infecciones con VIH registrado se dobló entre 1995 y 2000 (de 1.7 a 3.5 por cada 100,000 jóvenes de entre 12-24 años de edad). Asimismo, en los EEUU se ha estimado que por lo menos la mitad de todas las infecciones con VIH nuevas han surgido entre jóvenes menores de 25 años, la mayoría de quienes ha contraído el virus por vía sexual. Las mujeres jóvenes de color, especialmente las afro-americanas y las latinas, han sido afectadas desproporcionadamente (CDC, 2003). Respecto de las demás infecciones, la más común es la clamidia, siendo también altas las demás entre los jóvenes latinos en los EEUU. También es dos veces más probable que las mujeres se contagien y como sabemos, si la infección no se cura, puede resultar más tarde en la infertilidad de la joven.

El embarazo, el aborto, y el nacimiento

- Los grandes esfuerzos e inversiones que se han hecho tanto en México como en California han resultado en tasas menores de embarazo y nacimiento entre adolescentes durante la última década. Actualmente, la tasa nacional Mexicana de nacimientos en adolescentes (81 por cada 1000 en el 2000) es

• INDICE •

igual a la de las Latinas en California (86.4 por cada 1,000). Los jóvenes se merecen gran parte del crédito. Claramente, muchos jóvenes están bien informados y han tomado acciones para evitar embarazos no planeados, al no tener relaciones sexuales y al usar anticoncepción (incluyendo condones) la primera vez que tienen relaciones sexuales.

- En los casos donde los embarazos inesperados tuvieron lugar, se conoce poco ya sea en México o en California sobre el papel de los hombres jóvenes en la toma de decisiones. Algunos estudios en México sugieren que cuando los jóvenes se involucran en la interrupción del embarazo, dicho involucramiento suele ser a nivel económico; son ellos los que pagan el costo del procedimiento.
- Para las mujeres jóvenes que eligen hacerse un aborto, hay una gran diferencia en el acceso a servicios seguros y costeables entre México y California. Las leyes de aborto en California son de las más liberales en los EEUU y el gobierno estatal les paga el aborto a las mujeres de bajos ingresos. Sin embargo, hay muchas barreras que dificultan el acceso de las jóvenes a estos servicios, incluyendo la falta de conocimiento en cuanto a su disponibilidad y, en el caso de los jóvenes indocumentados, el miedo de tener algún contacto con el sistema estatal de cuidado de salud.
- En el caso de las parejas jóvenes que deciden llevar a término un embarazo, hay poca investigación sobre el papel que juegan los muchachos jóvenes en torno al cuidado prenatal, el nacimiento, y el ser padre. Para aquellos que desean ser padres activos e involucrados, conocemos poco sobre las barreras familiares, institucionales y sociales que se los impiden. También sabemos poco sobre aquellos que han finalizado su relación con la madre del niño, o no quieren jugar un papel activo como padres. Los estudios indican que el involucramiento de parte de los padres es esencial para el desarrollo de sus hijos y por esto es importante estudiar más la cuestión para entenderla mejor.
- En México y en California, en general, los jóvenes que son pobres, que no están registrados en una escuela, que viven en zonas rurales, y que migran, viven más marginados y es menos probable que tengan conocimiento y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. De los dos lados de la frontera, los programas suelen enfocar sus esfuerzos para alcanzar esta población y han tenido muchos logros, pero todavía existe un alto nivel de necesidad entre esta población.

Políticas, programas y servicios

- En general, los muchachos jóvenes han carecido de programas específicamente dedicados a ellos, amplios e íntegros, que les involucren y les hagan partícipes de la SSR.
  La mayor parte de los programas analizados informan sobre la SSR entre varios otros temas de salud, esto si bien proyecta una perspectiva integral sobre prevención y cuidados, le resta centralidad y profundidad a la SSR.

• INDICE •

Recomendaciones

1) Desarrollar una agenda amplia de investigación para estudiar las ausencias dentro de la literatura. Algunas áreas para la investigación futura incluyen la síntesis adicional de estudios ya hechos, tanto como estudios nuevos sistemáticos, que usen métodos tanto cuantitativos como cualitativos. Los temas pudieran incluir:

- Revisión del conocimiento de los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y salud mental de los varones;
- Muchachos jóvenes que migran entre México y California y sus necesidades, creencias, comportamientos, y estados de salud sexual y reproductiva y una comparación con la primera, segunda, y consecutivas generaciones de mexicanos viviendo en los EEUU;
- Comunicación y negociación entre las parejas, la toma de decisiones en torno al embarazo y las razones por las que se usan o no los condones y otros métodos anticonceptivos;
- Violencia en base al género y su relación con la SSR y violencia sexual padecida por los varones;
- Factores protectores, tales como la educación continuada, la conexión con adultos sustentadores, etc. y el impacto que tienen sobre los comportamientos sexuales, anticonceptivos y paternos y maternos de los jóvenes;
- El papel de los padres y otros miembros de la familia, incluyendo comunicación y apoyo, y su impacto sobre la SSR de los hombres.
- Dadas las tasas relativamente similares de natalidad entre adolescentes de los mexicanos que viven tanto en México como en California, examinar los factores culturales y contextuales que influyen en el embarazo a temprana edad;
- Cómo se está reconstruyendo la masculinidad y cómo los muchachos jóvenes están asimilando los papeles y las normas en vía de cambio;
- La habilidad de los varones de ejercer sus derechos relacionados con la paternidad y crianza de los hijos;
- Cómo la política influye en programas y servicios a través del tiempo, de administración en administración y entre fronteras.

2) Asegurar que una evaluación del programa sea parte de todas las iniciativas de involucramiento entre hombres desde el principio. La evaluación tanto formativa como final debería usarse para poner al día y mejorar los programas así como para diseminar literatura para que los demás puedan aprender de esas experiencias. Tanto los aciertos como los fallos deberían incluirse para que la próxima generación de programas pueda evitar repetir de errores y limitaciones. Las evaluaciones se pudieran enfocar en:

• INDICE •

- Programas existentes, que incluyan a las instituciones de los sectores de salud y educación;
- Las modalidades de capacitación y enseñanza de los programas en relación al fomento de la participación de varones jóvenes en la SSR;
- Estudios de caso de organizaciones individuales que han tenido un impacto significativo;
- El lenguaje empleado en los programas y manuales;
- Fortalecer la capacidad interna de cada organización para llevar a cabo sus propias evaluaciones.

3) Expandir los programas y servicios para los muchachos jóvenes, enfocándose en la prevención del embarazo, ITS y violencia. Estos programas pueden fortalecerse:

- Asegurando que los jóvenes se involucren en el desarrollo, la entrega y la evaluación de los servicios;
- Proveyendo información amplia, objetiva y directa sobre el ciclo reproductivo, las opciones y la manera de uso de conceptivos, con énfasis particular sobre los condones y la Anticoncepción de Emergencia;
- Involucrando a los padres, las familias y otros adultos sustentadores;
- Ayudando a que los participantes mejoren sus habilidades de comunicación con sus parejas, amigos, familias y otros;
- Usando una aproximación integrada, como lo sería el desarrollo de la juventud vinculado a la SSR, que cumpla con las amplias necesidades sociales de los muchachos jóvenes;
- Lidiando con, y moviéndose hacia, normas sociales en vía de cambio en torno a las inequidades entre los géneros;
- Continuando el enfoque dirigido hacia aquellos muchachos jóvenes que son los más marginados y vulnerables socialmente.

4) Generar un apoyo y financiamiento sostenible para programas y servicios de involucramiento entre hombres educando continuamente a los planeadores de política, proveedores de fondos privados y otras instituciones en torno a las necesidades, los papeles y las responsabilidades de la salud sexual y reproductiva de los muchachos jóvenes.

Esta reunión de trabajo nos dio a nosotros - formuladores de políticas, planificadores de programas, investigadores, proveedores de servicios y activistas - una oportunidad para hablar sobre las fortalezas y las limitaciones de estas aproximaciones y crear una agenda expandida para la investigación, la acción y la política continuada. Nuestro reto es la revisión de estrategias existentes, el hacer preguntas difíciles sobre qué funciona, que no, y por qué, y valorar cómo podemos seguir hacia un futuro aún más brillante. En pocas palabras, juntando este grupo esperamos poder mejorar la colaboración y apoyar nuestros esfuerzos para poder realizar más plenamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente de los muchachos jóvenes, en México y California.

• INDICE •

REFERENCIAS

Adame, A. (2003). "Violencia en el noviazgo." En: *Letra S, suplemento de La jornada* 79: 6-7.

Alan Guttmacher Institute (2002a). *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of American Men*. Disponible en http://www.guttmacher.org/pubs/itor_intl.pdf; utilizado el 15 de marzo de 2004.

Alan Guttmacher Institute (2002b). *Sexuality Education. Facts in Brief*. Disponible en http://www.agi-usa.org/pubs/fb_sex_ed02.html; utilizado el 15 de marzo de 2004.

Alfaro, L. y R. Diaz Loving (1994). "Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos." *La psicologia social en México* 3, México, Asociación Mexicana de Psicologia Social: 636-41.

Amuchástegui, A. (1998). "La última y nos vamos. La masculinidad a prueba." En: *Letra S, suplemento de La Jornada*, 27:9.

Arias, R. and M. Rodriguez (1998). "A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México." Lerner, S. (ed.) *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*: 319-39. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.

Atkin, L. y J. Alatorre (1991). "The psychosocial meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City." Trabajo presentado en la Reunion Bianual de la Society for Research in Child Development. Seattle, Washington.

Atkin, L., N. Ehrenfeld, *et al.* (1996). Sexualidad y fecundidad adolescente. A. Langer and K. Tolbert (eds.) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, The Population Council-EDAMEX: 39-84.

Avila, J. L., C. Fuentes, *et al.* (s.f.). *Migración temporal de adolescentes y jóvenes 1993-1997*. México, Consejo Nacional de Población: 174-185.

Berglas, N., C. Brindis, *et al.* (2000). *Adolescent Pregnancy and Childbearing in California*. Sacramento, CA, California Research Bureau: 56.

Brindis, C., A. L. Wolfe, *et al.* (1995). "The associations between immigrant status and risk-behavior patterns in Latino adolescents." *J Adolesc Health* 17(2): 99-105.

Brindis, C., J. Boggess, *et al.* (1998). "A profile of the adolescent male family planning client." *Fam Plann Perspect* 30(2): 63-6, 88.

Brindis, C. D., L. Llewelyn, *et al.* (2003). "Meeting the reproductive health care needs of adolescents: California's Family Planning Access, Care, and Treatment Program." *J Adolesc Health* 32(6 Suppl): 79-90.

Bronfman, M. y N. Minello (1995). "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH." Bronfman, M. *et al.* (eds.) *Sida en México. Migración, adolescencia y género*. México, CONASIDA, Información Profesional Especializada: 3-98.

Bronfman, M. y J. Rubin (1998). "Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales a los Angeles. Practicas de riesgo para la infección por VIH." Figueroa Campos, B. (coord.) *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos. V Reunión de investigación sociodemográfica en México*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía. 4: 39-56.

Caballero, J. (2003). Redes sociales y riesgo de transmisión de VIH-SIDA en migrantes de tres contextos urbanos de México. Protocolo de investigación. Guadalajara, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud de Adolescentes (UIESSA).

Caballero, J. y A. Villaseñor (2003). "Factores de desigualdad social asociados al reporte de ITS en población joven y adulta de México." Ponencia presentada en la VII Reunión de investigación demográfica en México. Guadalajara.

Caballero, R. y A. Villaseñor (2001). "El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes." *Revista de Saude Publica* 35(6): 531-8.

California Wellness Foundation (2002). *Voices of California: A Multicultural Perspective on Teen Pregnancy.* Woodland Hills, California.

• INDICE •

Castañeda, X., C. I., *et al.* (1995). "La percepción del riesgo en el ejercicio de la sexualidad en adolescentes rurales de México." México, Instituto Nacional de Salud Pública, mimeo.

Castro, G. (2000). "Masculinity and condom use among mexican teenagers: The Escuela Nacional Preparatoria No. 1's case." *Gender and Education* 12(4): 479-92.

Castro, R. (1998). "Uno de hombre con la mujer es como una corriente eléctrica: subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos." Debate Feminista 18 (9): 105-130.

Castro, R. y G. A. Ruiz (2003). Violencia contra mujeres embarazadas en el estado de Morelos: hallazgos preliminares. López, P. *et al.* (eds.) Género y política de salud. México, Secretaria de Salud-Unifem: 389-405.

Centers for Disease Control & Prevention (CDC) (2003). *HIV/AIDS Among US Women: Minority and Young Women at Continuing Risk*. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/women.htm; utilizado el 10 de marzo de 2004.

Clayton, S., C. Brindis, *et al.* (2000). *Investing in Adolescent Health: A Social Imperative for California's Future*. San Francisco, CA, University of California, San Francisco. National Adolescent Health Information Center.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2003). Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes. México, CNDH.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994). Programa de Acción. Disponible en http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm; utilizado el 13 de septiembre de 2004.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000a). *Cuadernos de Salud Reproductiva*. México, CONAPO.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000b). "Situación actual de las y los jóvenes en México." *Diagnóstico sociodemográfico*. México, CONAPO.

Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA) (1994). Comportamiento sexual en la ciudad de México. *Encuesta 1992-1993*. México, SSA-CONASIDA.

Constantine, N. y C. Nevarez (2003). *No Time for Complacency: Teen Births in California.* Oakland, Public Health Institute.

Darroch, J. E., D. J. Landry, *et al.* (1999). "Age differences between sexual partners in the United States." *Fam Plann Perspect* 31(4): 160-7.

De Keijzer, B., E. Reyes, *et al.* (2003). "Constructing new gender-equitable identities: Salud y Género's work in Mexico." *Involving men to address gender inequities: three case studies*. Washington, Interagency Gender Working Group-Subcommittee on Men and Reproductive Health: 11-29.

Denner, J. K., D.; Coyle, K.; Brindis, C. (2001). "The Protective Role of Social Capital and Cultural Norms in Latino Communities: A Study of Adolescent Births." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 23(1): 3-21.

Devaney, B., A. Johnson, *et al.* (2002). *The Evaluation of Abstinence Education Programs Funded Under Title V Section 510: Interim Report*. Mathmatica Policy Research Inc.

Diaz Loving, R. y L. Alfaro (1995). "Factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH en estudiantes de preparatoria." *Revista Interamericana de Psicología* 29(2): 215-26.

Dinh, K. T., M. W. Roosa, *et al.* (2002). "The relationship between acculturation and problem behavior proneness in a Hispanic youth sample: a longitudinal mediation model." *J Abnorm Child Psychol* 30(3): 295-309.

Driscoll, A., A. Biggs, *et al.* (2001). "Adolescent Latino Reproductive Health: a Review of the Literature." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 23(3): 255-326.

Ebin, V, *et al.* (2000). "Acculturation and Interrelationships Between Problem and Health-Promoting Behaviors Among Latino Adolescents." *J of Adol Health* 28: 62-72.

Etzioni, A. (2002). "Inventing Hispanics: a diverse minority resists being labeled." *Brookings Review* 20(4):10.

Figueroa, J. G. (1998). "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones." Lerner, S (ed.) *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía: 163-189.

• INDICE •

Finer, L. B., J. E. Darroch, *et al.* (2003). "Services for men at publicly funded family planning agencies, 1998-1999." *Perspect Sex Reprod Health* 35(5): 202-7.

García, B. and O. de Oliveira (1994). "Trabajo femenino y vida familiar en México." México, El Colegio de México.

Garcia, B. J., L. Laski, *et al.* (1993). Conocimiento sobre Sida, sífilis y gonorrea que tienen los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. Extraído de: Registro de investigaciones e intervenciones mexicanas sobre SIDA (RIIMSIDA).

Gates, G. y F. Sonenstein (2000). "Heterosexual Genital Sexual Activity Among Adolescent Males: 1998 and 1995." *Fam Plann Perspect* 32(6).

Gayet, C., F. Juárez, *et al.* (2003). "Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual." *Salud Pública de México* 45(supl. 5): 632-40.

Gobierno del Distrito Federal (GDF) (2002). *Programa Amor-es sin violencia*. México, GDF-Secretaria de Desarrollo Social-Instituto de las Mujeres.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2001). *Los hombres y el aborto*. Temas para debate. México, GIRE.

Guevara, E. (1998). "Amor y pareja en la responsabilidad de los hombres ante el aborto." *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP: 161-80.

Gutmann, M. (1993). "Los hombres cambiantes, los machos impenitentes y las relaciones de genero en México en los noventa." *Estudios sociológicos XI.* México, El Colegio de México. 33: 725-40.

Gutmann, M. (2000). *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón.* México, El Colegio de México.

Hamilton, B., P. Sutton, *et al.* (2003). Revised birth and fertility rates for the 1990s and new rates for Hispanic populations, 2000 and 2001. United States, National Vital Statistics Reports. 51.

Heise, L. (1995). "Violence, Sexuality, and Women's Lives." *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. R. Parker and J. Gagnon. New York, Routledge Press.

Hernandez, C. *et al.* (1999). "Características de comportamiento sexual en hombres de la ciudad de México." *Salud Publica de México* 41(2): 95-100.

Hernandez, D. (1996). *Genero y roles familiares: la voz de los hombres*. Tesis de maestría en antropología social. México, CIESAS.

Holleran, L. (2003). "Mexican American Youth of the Southwest Borderlands: Perceptions of Ethnicity, Acculturation, and Race." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 25(3): 352-369.

Ibáñez, B. (1995). "Actividad sexual y practica anticonceptiva en estudiantes universitarios." Ponencia presentada en la V Reunión Nacional sobre la investigación demográfica en México. México, Sociedad mexicana de demografía.

Instituto Alan Guttmacher (2001). *Aborto inducido a nivel mundial*. Nueva York, Instituto Alan Guttmacher.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Preven-IMSS adolescentes. Disponible en: www.imss.gob.mx/IMSS; utilizado el 20 de marzo de 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Preven-IMSS hombres. Disponible en: www.imss.gob.mx/IMSS; utilizado el 20 de marzo de 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Programa IMSS-Oportunidades. México, IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx/IMSS; utilizado el 20 de marzo de 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Programa Institucional de Salud de la Adolescencia. México, IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx/IMSS; utilizado el 20 de marzo de 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (1998). Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA). México, IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx/IMSS; utilizado el 20 de marzo de 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2000). *Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente (ENSARE 1998): Informe de resultados*. México, IMSS-Dirección de Prestaciones Medicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Serie investigación y evaluación: 8.

• INDICE •

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (1998). Disponible en: www.inegi.gob.mx; utilizado el 20 de marzo de 2004.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2003). Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres (ENVIM). Mexico, INSP-SSA.

Kann, L., S. Kinchen, *et al.* (2000). "Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999." MMWR 49(5): 1-96.

Kirby, D. (1997). *No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Kirby, D. (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Lara y Mateos, R. M. (1999). "Sexualidad y Sida entre adolescentes y jóvenes de una zona interétnica del Estado de Oaxaca." Ponencia presentada en el Coloquio de investigación sobre salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, El Colegio de México-Universidad de Querétaro-Universidad Autónoma Metropolitana, Querétaro.

Lawson, A. y D. Rhode (1993). The politics of pregnancy: adolescent sexuality and public policy. New Haven, CT, Yale University Press.

Lerner, S. (ed.) (1998). Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. Ciudad de México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.

Lerner, S. (1998). Participación del varón n el proceso reproductivo: recuento de perspectivas analíticas y hallazgos de investigación. En: Lerner, S. (ed). Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. Ciudad de México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía:9-45.

Liendro, E. (1995). "Juventud y masculinidad. Construcción de identidades de género en un barrio popular de la ciudad de México." Ponencia presentado en el V Coloquio Anual de Estudios de Género. México, UNAM.

Liguori, A. L. (1995). "Las investigaciones sobre bisexualidad en México." *Debate Feminista* 11(6): 132-56.

Lindberg, L., L. Ku, *et al.* (2000). "Adolescents' reports of receipts of reproductive health education, 1988-1995." *Fam Plann Perspect* 32(5): 220-6.

Massey, D. (1993). "Latinos, poverty, and the underclass: A new agenda for research." Hispanic *Journal of Behavioral Sciences* 15(4): 449-75.

Menkes, C. y L. Suárez (2003a). "Educación sexual, conocimiento sobre la biología de la reproducción y funcionamiento de métodos anticonceptivos en Guanajuato." Ponencia presentada en la VII Reunión de Investigación Demográfica en México. Guadalajara.

Menkes, C. y L. Suárez (2003b). "Sexualidad y embarazo adolescente en México." *Papeles de Población* 35: 233-62.

Menkes, C., L. Suárez, *et al.* (2004). "Embarazo y fecundidad adolescente en México." Lozano Ascencio, F. (coord). *El amanecer del siglo y la población mexicana VI Reunión Nacional de investigación demográfica en México* 1: 109-29.

Mexfam, Fundación Mexicana para Planeación Familiar (1986). Programa Gente Joven. México, Mexfam.

Mexfam, Fundación Mexicana para Planeación Familiar (1999). Encuesta para el Programa Gente Joven de Mexfam. *Informe de resultados*. México, Mexfam.

Micher, J. M. and J. S. Silva (1997). "Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ITS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM." *SIDA-ETS* 3(3): 68-73.

Módena, M. E. y Z. Mendoza (2001). *Género y generaciones. Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres en la Ciudad de México*. México, Population Council-EDAMEX.

Moore, K. *et al.* (1998). *A statistical portrait of adolescent sex, contraception, and childbearing.* Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (2003). *Science Says: The Sexual Attitudes and Behavior of Male Teens. Putting What Works to Work*. Number 6. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

• INDICE •

Nava, R. (1996). *Los hombres como padres en el Distrito Federal a principios de los noventa*. México, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, División de Estudios de Posgrado.

Negy, C. y D. Woods (1992). "The importance of acculturation in understanding research with Hispanic-Americans." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 14: 224-247.

Oliveira, O. de (1998). "Familia y relaciones de género en México." Schmukler, B. (coord). *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*. México, Population Council-EDAMEX: 23-52.

Population Reference Bureau (PRB) (2000). *La juventud del mundo 2000*. Washington, DC, PRB.

Ramirez, M. L. (2000). *Hombres violentos. Representaciones y practicas masculinas sobre el padecimiento y ejercicio de la violencia conyugal*. Tesis de maestría en antropología social. México, CIESAS.

Reyes, M. (2003). "Migrantes mexicanos, sector de alta vulnerabilidad sexual en Estados Unidos." *Salud, sexualidad y salud*. México, Notiese.

Rodríguez, G., A. Amuchástegui, *et al*. (1995). "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del Sida." *Bronfman, M. et al. (eds.) Sida en México. Migración, adolescencia y género*. México, CONASIDA-Información Profesional Especializada: 91-201.

Rojas, O. L. (2000). *Paternidad y vida familiar en la ciudad de México. Un acercamiento cualitativo al papel desempeñado por los varones en los ámbitos reproductivo y domestico*. Tesis de Doctorado en Estudios de Población. México, El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.

Rojas, O. L. (2002). "Aproximación al comportamiento reproductivo de los varones. Un estudio de dos sectores sociales y dos generaciones de la Ciudad de México." Ponencia presentada en el IV Taller de investigaciones sociales sobre salud reproductiva y sexual. El rol del varón en la salud sexual y reproductiva en países de América Latina y el Caribe. Buenos Aires.

Rojas, O. L. (2003). *Criar a los hijos y participar en las labores domesticas sin dejar de ser hombre. Un estudio generacional en la ciudad de México* (mimeo).

Rojas, O. L. y J. G. Figueroa (2003). "Estudio del comportamiento reproductivo de los varones: el caso de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)." Ponencia presentada en la VII Reunión de investigación demográfica en México. Guadalajara.

Samaniego, R. Y. y N. A. Gonzales (1999). "Multiple mediators of the effects of acculturation status on delinquency for Mexican American adolescents." *Am J Community Psychol* 27(2): 189-210.

Scheier, L., G. Botvin, *et al*. (1997). "Ethnic identity as a moderator of pscychosocial risk and adolescent alcohol and marijuana use: Concurrent and longitudinal analyses." Journal of Child and Adolescent Substance Abuse 6: 21-47.

Secretaria de Educación Publica (SEP) (2001). Encuesta Nacional de Juventud (ENJUVE) 2000. Resultados preliminares. México, SEP-Instituto Mexicano de la Juventud.

Secretaria de Salud (SSA) (2001). Programa de Acción: Programa de Atención a la Adolescencia. México, SSA.

Secretaria de Salud (SSA) (2001). Programa de Acción: Salud Reproductiva. México, SSA.

Secretaria de Salud (SSA) (2001). Programa Vete sano, Regresa sano. México, SSA.

Secretaria de Salud (SSA) (2002). Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida. México, SSA.

Skala, E., L. Atkin, *et al*. (1990). "La adolescente embarazada y su relación de pareja." *La psicología social en México.* México, Asociación Mexicana de Psicología Social. III: 82-86.

Sosa, I. y C. Menkes (2003). "Algunas reflexiones acerca de los obstáculos en el uso del condón. Un estudio en Morelos." Ponencia presentada en la VII Reunión de investigación demográfica en México. Guadalajara, 2-5 de diciembre.

Stern, C. (en proceso) "Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México."

Stern, C., C. Fuentes, *et al*. (2003). "Masculinidad y salud reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México." *Salud Pública de México* 45(supl. I): 34-43.

Stern, C. y C. Menkes (en proceso) "Estratificación social y embarazo adolescente."

Stern, C. (2004) "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México". *Papeles de Población* 10, 39:129-158.

• INDICE •

Szasz, I. (1997). "La sexualidad de los adolescentes mexicanos." *Revista Adolescencia*. Guadalajara, IMSS-Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. año 2: 4-5.

Szasz, I. (1998). "Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México." S. Lerner (ed.) *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México, El Colegio de México-Sociedad mexicana de demografía, 1998: 137-162.

Tello, J (2004). Disponible en: http://www.jerrytello.com; utilizado el 5 de marzo de 2004.

Trejo, J. (2002). Conceptos y significados de adolescentes escolarizados en la prevención de ETS-SIDA por los servicios de salud. Tesis de maestría en Ciencias de la Salud Pública. Guadalajara (Jalisco), Universidad de Guadalajara, CUCS.

US Agency for International Development (USAID) Interagency Gender Working Group, Men and Reproductive Health Subcommittee (2000). *Involving Men in Sexual and Reproductive Health: An Orientation Guide*. Disponible en: http://www.igwg.org/pubstools/pubs-guide.htm; utilizado el 13 de septiembre de 2004.

US Census (2000). Projections of the resident population by race, Hispanic origin, and nativity: Middle series, 1999 and 2000 (Table NP-T5-A). Washington, DC, Government Printing Office.

US Social Security Act, Sec 510 (b) (2). Disponible en: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title05/0510.htm; utilizado el 20 de febrero de 2004.

Vega, W.A. y Gil, A.C. (1999). "A model for explaining drug use behavior among Hispanic adolescents." *Drugs and Society*, 14(1-2), 57-74.

Valencia, S. (1998). "Por que los jóvenes no se previenen del SIDA?" Mercado Martínez, F. y L. Robles Silva (comps). *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*. México, Universidad de Guadalajara: 157-175.

Verme CS, Wegner MN, Jerzowski T. (1996) "The Language of Male Involvement: What Do You Mean by That?" POPULI, Vol. 23, No.2, pp.10-12. Disponible en: http://www.ippf.org/resource/mbib/gen.htm; utilizado el 15 de septiembre de 2004.

World Sexology Association. (1999) Declaración de Derechos Sexuales. Disponible en: http://www.worldsexology.org/spanish/index.html; utilizado el 1 de julio de 2004.

Weinstein, M. (1998). "The Teenage Pregnancy 'Problem': Welfare Reform and the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996." *Berkeley Women's Law Journal* 13(117).

Welti, C. (2000). "Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México." *Papeles de Población* 26: 43-87.

Zavala, J. y G. Lozano (1999). "Consideraciones teóricas sobre la sexualidad en adolescentes varones sobre datos empíricos." Ponencia presentada en el Coloquio de investigación sobre salud reproductiva de adolescentes y jóvenes. El Colegio de México-Universidad de Querétaro-Universidad Autónoma Metropolitana. Querétaro.

Zúñiga, E. (2000). "Tendencias recientes del embarazo en México." Ponencia presentada en Comisión Nacional de la Mujer. Foro Embarazo en adolescentes, avances y retos. México, Secretaria de Gobernación: 18-27.

Zúñiga, E., C. Araya *et al.* (2003a). "La salud de los y las adolescentes." López, P; Rico B.; Langer, A. y G. Espinosa. (comps.) *Género y política de salud*. México, Secretaria de Salud-Unifem: 91-115.

Zúñiga, E., R. Fernández Castilla, *et al.* (2003b). Intervención de la Lic. E. Zúniga, Secretaria General del CONAPO, en la presentación del Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2003 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). México.

• INDICE •

LISTA DE PARTICIPANTES

Dr. José Angel Aguilar
DEMYSEX
Cargo: Director
demysex@demysex.org.mx

Psic. Gerardo Ayala
Salud y Género
salgen@att.net.mx

Lic. Angello Baños Terrazas
Equidad en la Infancia y la Juventud
Cargo: Coordinador del área
angelmalo46@hotmail.com

Claire Brindis, DrPH
Center for Reproductive Health Research & Policy
University of California, San Francisco
Cargo: Co-Director
brindis@itsa.ucsf.edu

Dra. Deborah Billings
IPAS Mexico
Cargo: Coordinador de Investigación y Evaluación
debbieb@ipas.org.mx

Dr. Ramiro Caballero
Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente (IMSS–UIESSA)
Cargo: Investigador
rchsur@terra.com.mx

Dra. Martha Caballero
Centro de Investigación de Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
mcaballero@insp.mx

Dr. Roberto Castro
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)
Cargo: Investigador
rcastro@servidor.unam.mx

Dr. Vicente Díaz
MEXFAM
Cargo:Presidente
vidas@mexfam.org.mx
vidisa52@aol.com

Lic. Carlos Esponda
CENSIA
Cargo: Coordinador de Vete Sano, Regresa Sano,
cesponda@salud.gob.mx

Dr. Juan Guillermo Figueroa
Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU-COLMEX)
Social, Cd. De México.
jfigue@colmex.mx

Marta Flores
San Diego Family Health
Cargo: Centers Program Manager

Mtro. Roberto Garda
Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (CORIAC)
colectivo@coriac.org.mx

Psic. Olga Garduño Zavala
IMJ

Dra. Cecilia Gayet Serrano
FLACSO
Cargo: Profesora-investigadora
Área de Población
cgayet@flacso.edu.mx

Dr. Juan Carlos Ledezma
IMSS Oportunidades
juan.ledezma@imss.gob.mx

Signy Judd, MPH
Center for Reproductive Health Research & Policy
University of California, San Francisco
Cargo: Director of International Training Programs
sjudd@itsa.ucsf.edu

Dr. Alejandro López Sámano
CENSIA
alsamano@salud,gob.mx

Lic. Ma. de Lourdes Marroquín M.
Instituto Mexicano de la Juventud
Cargo: Jefe del Departamento de Género

Dra. Ma. Rosario Mondragón L.
PREVENIMSS
rosariomondragon@aol.com

Dra. Adriana Ortíz Ortega
Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM-COLMEX)
aortiz@colmex.mx

Mario Ozuna Sanchez
Mexican American Community Services Agency (MACSA)
Cargo: Coordinator, Male Involvement Program
mozuna@macsa.org

Lic. Arturo Pichardo
Oficina de Salud Reproductiva
Equidad de Género y Salud Reproductiva, SSA

Mtra. Diana Reartes
Centro de Investigación y Educación Superior en Antropología (CIESAS D.F.)
dlrp@prodigy.net.mx

Dra. Gabriela Rivera
CONAPO

Dra. Gabriela Rodríguez
Afluentes
Cargo: Directora
afluentessc@prodigy.net.mx

Kuko Rodríguez
Santa Barbara Community Services AgencyCargo: Director
rrodriguez@cacsb.com

Dra. Olga Rojas
Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano
El Colegio de México (COLMEX)
olrojas@colmex.mx

Héctor Sánchez-Flores
Liaison to California Office of Family Planning
Center for Reproductive Health Research & Policy
University of California, San Francisco
Cargo: Senior Research Associate
Hectors@itsa.ucsf.edu

Dr. Claudio Stern
Centro de Estudios Sociológicos (CES-COLMEX)
cstern@colmex.mx

Dra. Ivonne Szasz
Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU-COLMEX)
Social, Cd. De México.
isasz@colmex.mx

Prof. Juana Valín
CENSIDA
Cargo: Jefa del Depto. de Programas Multilaterales
jvalin@salud.gob.mx

Dr. Juan Pablo Villa
OPS-OMS México
Cargo: Consultor en salud de la adolescencia
villaj@mex.ops-oms.org

Mtra. Delia Villalobos
Colectivo de Educación y Formación Integral para la Salud, A.C. (CEFIS)
shina1@hispavista.com
cefisaludvinculacion@yahoo.com.mx

Eduardo del Castillo V.
Consultor, Ipas México, AC
edcastiv@prodigy.net.mx

Agradecemos los comentarios de Juan Guillermo Figueroa, Gerardo Ayala e Ivonne Szasz. Ana Alicia Torres Torres y Aurora Muñoz apoyaron en la logística del proyecto y especialmente con la reunión de trabajo. Quisiéramos reconocer la participación de las siguientes organizaciones e instituciones en la reunión binacional: **México:** Salud y Género, Afluentes, IMSS, IMSS Oportunidades, MEXFAM, CENSIA, CEFIS, CORIAC, Letra S, FLACSO, PAHO-WHO, INSP, Secretaría de Salud, CONAPO, CENSIDA **California:** San Diego Family Health Centers, Mexican American Community Services Agency (MACSA), Santa Barbara Community Services Agency, California Office of Family Planning.

Center for Reproductive Health Research & Policy

Ipas

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo del Programa Mexus, la University of California, San Francisco Center for Reproductive Health Research & Policy y The David and Lucile Packard Foundation

Diseño y fotografía: Jesús García / icontexto
Septiembre de 2004