

# Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas

Lourdes Campero Cuenca<sup>1</sup>, Erika E. Atienzo<sup>1\*</sup>, Leticia Suárez López<sup>1</sup>, Bernardo Hernández Prado<sup>2</sup> y Aremis Villalobos Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor., México; <sup>2</sup>Escuela de Salud Pública, Universidad de Washington, Seattle, WA, EE.UU.

## Resumen

Este artículo recapitula datos publicados recientemente sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos y fecundidad, salud materna, aborto, salud sexual de varones adolescentes e infecciones de transmisión sexual. En cada uno de estos temas, se describen algunos progresos, demoras y necesidades nacionales para este grupo poblacional. Posteriormente, a partir de recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, así como de una reflexión multidisciplinaria sobre la evidencia existente, se elabora un pronunciamiento a favor del diseño, fortalecimiento e implementación de políticas públicas para este grupo etario. Finalmente, se formulan, de manera interrelacionada, recomendaciones generales y específicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, señalando particularmente acciones prioritarias para aquellos que se encuentran en situaciones más precarias.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescentes. Salud sexual y reproductiva. Prevención. Política pública. México.

## Abstract

This paper offers a review of current data about adolescent sexual and reproductive health in Mexico: sexual initiation, contraception use and fertility, maternal health, abortion, young men's sexual health and sexually transmitted infections. Progress made, gaps in service and needs of this population group are described for each of these topics. Next, based on recommendations made by national and international organizations and a multidisciplinary examination of existing evidence, statements are made in favor of the design, strengthening and implementation of public policies for this age group. Finally, interrelated general and specific recommendations are made for the area of adolescent sexual and reproductive health, particularly priority actions for those youth most at risk.

**KEY WORDS:** Adolescentes. Sexual and reproductive health. Prevention. Public policy. Mexico.

## Introducción

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva (SSyR) a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad<sup>1,2</sup>. En México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la

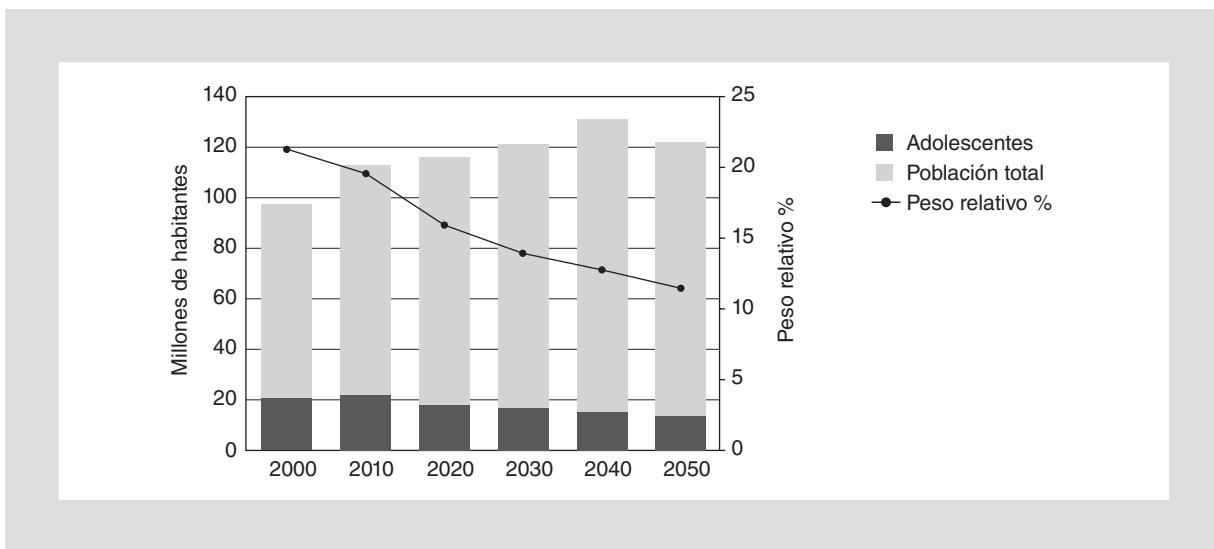
población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total<sup>3</sup> (Fig. 1).

En el país, la amplia heterogeneidad en normas y oportunidades existentes ha propiciado diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública, en especial para este grupo poblacional. Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales

### Correspondencia:

\*Erika E. Atienzo  
Avda. Universidad, 655  
Col. Sta. María Ahuacatitlán, C.P. 62100, Cuernavaca, Mor.  
E-mail: eeatienzo@insp.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 06-02-2013  
Fecha de aceptación: 06-02-2013



**Figura 1.** Población de adolescentes (10-19 años) en México y su peso relativo considerando al total de la población. Cálculos propios con información de los censos<sup>41</sup> y las proyecciones de población<sup>42</sup>.

(educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes.

Como parte de los determinantes sociales, en México, a excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos<sup>4-6</sup>; también, se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada<sup>5,7</sup>. En los indicadores de salud de los adolescentes se observan las consecuencias de su insuficiencia.

En este artículo se presenta información de encuestas y/o estudios publicados vinculados al embarazo, conocimiento y uso de métodos modernos de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual (ITS) y morbilidad materna de adolescentes mexicanos, a fin de exponer evidencia para el planteamiento o fortalecimiento de políticas públicas y diseño de programas para esta población. Se busca señalar avances, rezagos y prioridades nacionales en términos de su SSyR.

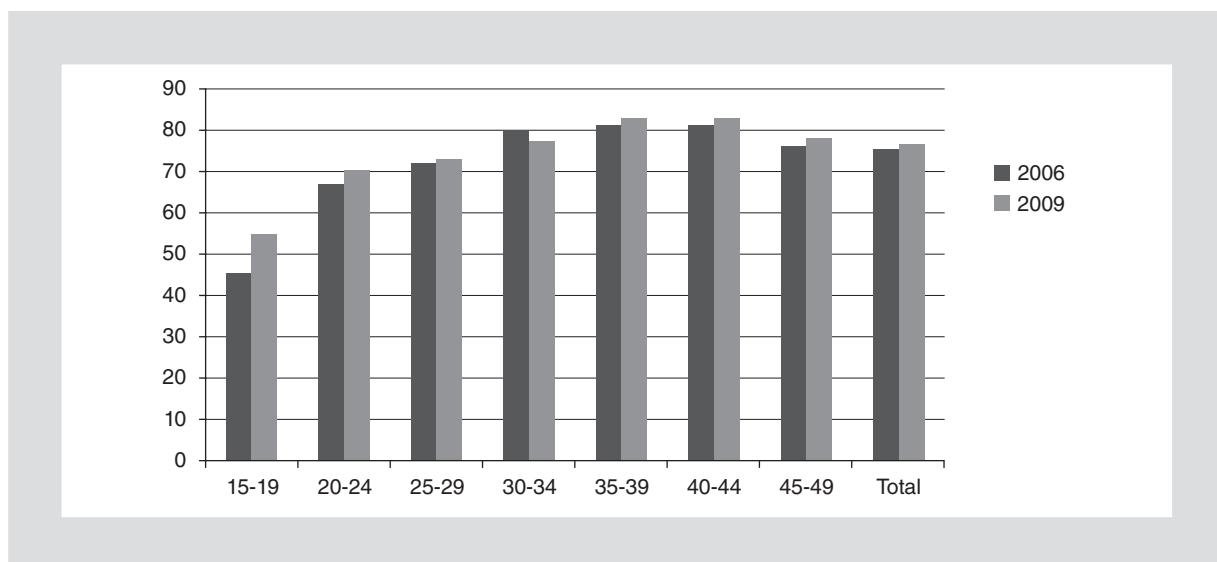
A pesar de que cada vez hay más acceso a información especializada, aún existen tres grandes limitantes en la información disponible sobre la SSyR de adolescentes en México: a) se enfoca a mujeres; b) existen diferentes cortes de edad para definir a la población adolescente, por ejemplo 12-19 o 15-19, etc., y c) se enfoca a adolescentes casadas o unidas.

### **Inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos y fecundidad**

Si bien en México la fecundidad de todas las mujeres ha disminuido a lo largo del tiempo (de 3.3 hijos entre 1989-1991 a 2.2 en 2006-2008)<sup>8</sup>, en adolescentes esta continúa siendo elevada. La tasa de fecundidad\* en mujeres de 35-39 años es de 41 hijos/1,000 mujeres, mientras que entre adolescentes (15-19) esta es de 70. En 2009, los nacimientos en madres menores de 20 años representaron el 18.8%<sup>9</sup>. Las adolescentes sin escolaridad muestran la tasa más alta de fecundidad (180/1,000 mujeres), en tanto que, entre las que tienen una escolaridad de secundaria o más, esta tasa es de 60/1,000 mujeres<sup>10</sup>.

Se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento<sup>11</sup>. En estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente. Esto puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes<sup>12</sup>, o bien a que, en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas), las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas<sup>1,13,14</sup>.

\*La tasa de fecundidad hace referencia al número de nacimientos de una parte de la población femenina en edad de procrear entre la población media femenina de ese mismo grupo de edad.



**Figura 2.** Mujeres sexualmente activas que usan métodos anticonceptivos (%), por grupos de edad. Aunque existe un incremento entre 2006-2009, las adolescentes utilizan anticonceptivos en menor proporción en comparación con el resto de mujeres<sup>8</sup>.

En México, la primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo se encuentran fuertemente vinculados en el tiempo; la mayoría de los nacimientos se dan dentro de una unión, o bien, la primera unión se da en un intervalo de tiempo relativamente reducido posterior al nacimiento del primer hijo. Por tanto, las madres solteras adolescentes son relativamente pocas (1 de cada 10 madres adolescentes es soltera)<sup>3</sup>.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para 2009 la mediana de edad a la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad era de 15.4 años, y 56/1,000 adolescentes se convirtieron en madres; las mujeres que inician la vida reproductiva durante la adolescencia tienen descendencias más numerosas que aquellas que se convierten en madres a edades adultas<sup>3</sup>.

En relación con los métodos anticonceptivos, las encuestas disponibles indican que la gran mayoría de los adolescentes han escuchado hablar de algún método anticonceptivo; sin embargo, si se analiza su conocimiento a profundidad, se identifica que para muchos este es erróneo o incompleto<sup>15,16</sup>. Por ejemplo, mientras que un 65.4% de las mujeres de 15-49 años de edad responden correctamente a lo que debe hacerse cuando se olvida tomar una pastilla (hormonal), este conocimiento disminuye a 18.7% en las de 15-19. De igual forma, en la anticoncepción de emergencia, 37.4% de todas las mujeres dio una respuesta correcta respecto al tiempo después de la relación sexual en que se debe tomar, en contraste con 31.6% de las adolescentes<sup>15,17</sup>.

En adolescentes sexualmente activas, de 15-19 años, el uso de métodos anticonceptivos aumentó 16 puntos porcentuales entre 1987-2009 (de 38.8-54.9%) (Fig. 2); esto se debe principalmente al incremento del 19% en el uso de métodos modernos, con una disminución del 3% en el uso de métodos tradicionales<sup>11</sup>.

En general, se sabe que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es muy reducido. La ENADID 2009 muestra que solo 38% de las mujeres adolescentes usó algún método anticonceptivo y que la edad mediana para el uso del primer método en mujeres en edad fértil es de 21.7 años, mientras que la edad mediana al primer hijo nacido vivo es de 20.5 años<sup>11</sup>.

De acuerdo con la demanda insatisfecha de anticonceptivos<sup>1</sup> (ya sea para espaciar y/o limitar la fecundidad), las adolescentes y jóvenes unidas son el grupo de mujeres más expuesto a un embarazo al no usar métodos anticonceptivos, a pesar de manifestar el deseo de no tener hijos por un tiempo o nunca más<sup>18</sup>. Al respecto, en 2009 se identificó que, mientras que en las mujeres unidas de 15-49 años de edad un 9.8% no deseaba tener más hijos pero no se protegían, entre las adolescentes unidas de 15-19 años de edad este porcentaje es del 24.6%. Esta demanda insatisfecha varía si se consideran diferentes características sociodemográficas (Tabla 1)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Mendoza, et al. definen la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos como la situación que viven aquellas mujeres expuestas a un embarazo y que no usan métodos a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo o nunca más<sup>11</sup>.

**Tabla 1. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes\* de acuerdo con características socio-demográficas (2009)<sup>3</sup>**

Localidad de residencia	%
Rural	15.9
Urbana	8.1
<b>Escolaridad</b>	
Sin escolaridad	20.0
Con secundaria o más	8.3
<b>Habla de lengua indígena</b>	
Hablantes de lengua indígena	21.5
Hablantes solo de español	9.0

\*Mujeres que al momento de la encuesta tenían 20-24 años de edad, pero que tuvieron al menos un hijo nacido vivo en la adolescencia.

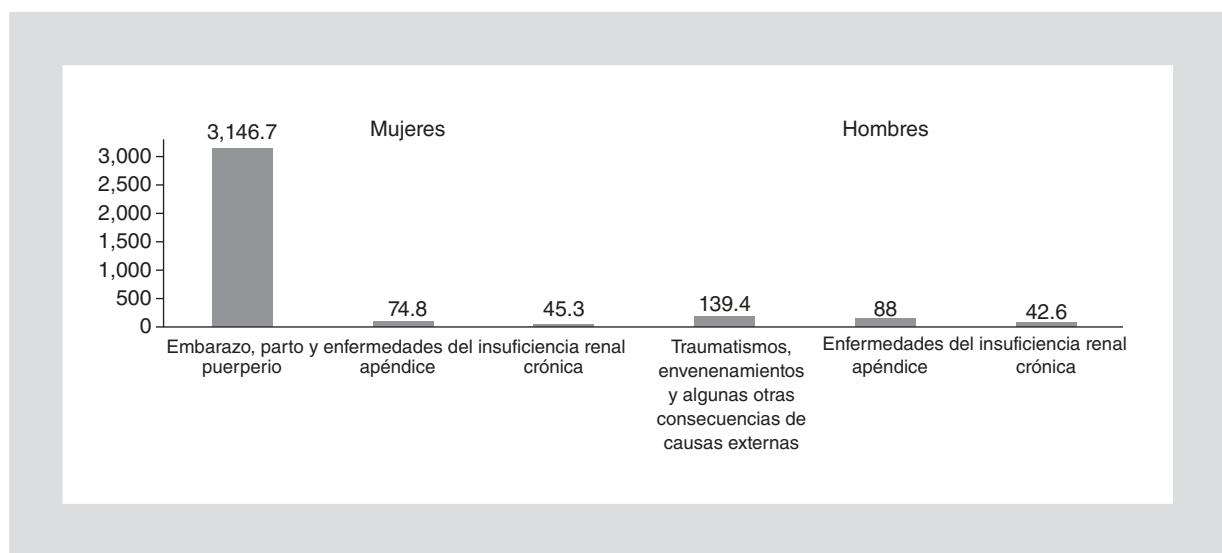
## Salud materna

Una de las acciones básicas para la preservación de la salud materna e infantil es la atención prenatal por parte de personal calificado. Para lograr un mejor bienestar de la madre y el hijo, la Norma Oficial Mexicana 007 recomienda que al menos sean cinco las consultas durante un embarazo de bajo riesgo (sean adultas o adolescentes)<sup>19</sup>. En el caso de las adolescentes mexicanas de 15-19 años de edad, el número promedio de consultas prenatales en 2009 es de 6.5<sup>20</sup>, en tanto que en las mujeres de 15-49 años es de 7.4<sup>8</sup>.

A pesar de que el número de revisiones promedio efectuadas a las adolescentes supera el mínimo recomendado por la normatividad internacional, preocupa que sea menor que en adultas, ya que, debido a su edad, las adolescentes embarazadas se encuentran expuestas a mayores riesgos de salud que ameritan un seguimiento más cercano del proceso gestacional<sup>20</sup> (Fig. 3).

En 2009, las adolescentes (10-19 años de edad) acudieron a atención hospitalaria en Secretaría de Salud (SSA), principalmente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (82.7%), y de estas las causas son: parto espontáneo (71.2%), parto por cesárea (10.2%), aborto (8.4%), atención materna por desproporción céfalopélvica conocida o presunta (5.6%) y ruptura prematura de membranas (4.6%)<sup>21</sup>.

La mortalidad materna también es un problema de gravedad para las adolescentes. El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor<sup>22</sup>. En 2008, las defunciones de adolescentes asociadas con el embarazo, parto y puerperio se ubicaron entre las principales causas de muerte, y representaron el 13% de todas las muertes maternas registradas en el país<sup>14</sup>. En el año 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años es de 53.4, y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100,000 nacidos vivos<sup>23</sup>. Asimismo, el número de defunciones asociadas a la maternidad por cada 100,000 nacidos vivos ha aumentado entre las adolescentes<sup>3</sup>. En adolescentes indígenas (de 15-24 años de edad), la mortalidad materna



**Figura 3. Primeras tres causas de egresos hospitalarios en hombres y mujeres adolescentes (10-19 años) en 2009. Tasas por cada 100,000 habitantes<sup>21</sup>.**

es la primera causa de defunción, duplicando la de las mujeres no indígenas<sup>14</sup>.

Por otro lado, las complicaciones por abortos inseguros son también una causa de morbilidad materna en adolescentes. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas del embarazo, aumentando el riesgo reproductivo<sup>24</sup>. Una legislación menos restrictiva puede modificar las condiciones que propician la interrupción del embarazo en condiciones inseguras. En 2007, la Asamblea Legislativa del Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo<sup>25</sup>. Las cifras de los primeros 3 años indican que 5.1% de las usuarias tienen entre 11-17 años y 12% entre 18-19<sup>26</sup>. Se trata principalmente de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%); el 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (< 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad (32%)<sup>27</sup>.

### **Salud sexual de varones adolescentes**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 23% de los varones de 12-19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual. En contraste, 20.5% de las mujeres de estas mismas edades había iniciado vida sexual, de las cuales 61.5% reportó el uso del condón con su primera pareja sexual<sup>28</sup>.

En general, los varones tienen un buen conocimiento de métodos de prevención de embarazo e ITS. No obstante, en una encuesta en estudiantes de educación básica y media superior (13-19 años) en cinco entidades con rezago en materia de salud reproductiva (2003), se muestra que entre ellos solo el 27% ha oído hablar de la anticoncepción de emergencia. Respecto a las ITS, muestran un conocimiento incompleto, ya que la mayoría refiere que el uso del condón evita su contagio, sin embargo casi la mitad afirma que el uso de óvulos o pastillas anticonceptivas también previene una ITS<sup>16</sup>.

Si bien los indicadores cuantitativos sobre adolescentes varones no son exhaustivos, los estudios cualitativos permiten comprender cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad tienen una influencia decisiva en los comportamientos y, por tanto, en su SSyR, que se reflejan en las estadísticas de morbilidad en varones adolescentes<sup>12</sup>.

### **Infecciones de transmisión sexual**

Las conductas que conducen a muchas adolescentes a un embarazo, como la multiplicidad de parejas sexuales y la falta o inconsistencia en el uso del condón, también las exponen a ITS, teniendo importantes consecuencias sobre su salud; entre ellas, un incremento en el riesgo de adquirir VIH, infertilidad o complicaciones en el embarazo<sup>29</sup>. En México, las ITS se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15-44 años de edad<sup>30</sup>.

Los estudios sobre epidemiología de las ITS en adolescentes mexicanos son escasos; un estudio con una muestra representativa de jóvenes de zonas semiurbanas marginadas en México muestra una prevalencia de virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) de 9 y 4% en hombres y mujeres, respectivamente, de 15-18 años de edad<sup>31</sup>. Si bien no existen estudios con representatividad nacional sobre la prevalencia por virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, estudios locales con universitarios indican que los jóvenes se encuentran frecuentemente expuestos a este virus<sup>32,33</sup>.

De todas las ITS, la atención se ha focalizado en el VIH, pues representa un problema serio y creciente de salud pública, especialmente para adolescentes y jóvenes<sup>34</sup>. A nivel mundial, la mitad de los nuevos casos de VIH ocurren en población de 15-24 años<sup>29</sup>; en México, donde hay un importante subregistro de casos de VIH, en la población de 15-19 años de edad se reportaron 2,744 casos acumulados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre 2002-2011 de un total de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión<sup>21</sup>.

### **Discusión y perspectivas**

Toda política pública para propiciar la SSyR en adolescentes debe basarse en el marco del respeto a sus derechos; los adolescentes y jóvenes deben ser reconocidos como seres con autonomía capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar. Para esto requieren información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios y acceso a servicios de salud de calidad en un clima de privacidad y confidencialidad. Debe reconocerse la diversidad de orientaciones e identidades sexuales bajo el respeto a las diferencias y rechazando todo tipo de estigma y discriminación. Un marco de respeto a los derechos supone que sus necesidades sean

consideradas por encima de otras figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; esto les permitirá ejercer su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable.

Adicionalmente, se debe enfáticamente incluir a los varones en las estrategias de SSyR, involucrándolos en su corresponsabilidad.

A continuación se señalan algunas reflexiones sobre necesidades específicas y acciones encaminadas a mejorar la SSyR de los adolescentes, retomando sugerencias de organismos nacionales e internacionales<sup>4-6,22,29,35-40</sup>.

### **Propuestas enfocadas en educación sexual**

#### **Diseñar e implementar programas efectivos de educación sexual**

Los programas de educación sexual para adolescentes deben partir de un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género. Este debe incorporar de manera temprana la promoción de comportamientos saludables y placenteros, fortalecer la capacidad de negociación asertiva, fomentar decisiones responsables e informadas con relación al beneficio que conlleva el postergar el inicio de vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos, en especial el condón y la anticoncepción de emergencia. La información y provisión de anticonceptivos en parejas no unidas debe hacerse con fines de prevención de embarazo e ITS y no solo como un método de PF. No existen evaluaciones formales, a nivel institucional, sobre los programas de educación sexual ni sobre la calidad de impartición de sus contenidos. Su evaluación aportará elementos sustantivos para la modificación del currículo de acuerdo con necesidades pertinentes y actuales para los adolescentes.

#### **Incursionar en el uso de tecnologías y medios de comunicación para el diseño de estrategias de prevención novedosas**

Los medios de comunicación, y en general las tecnologías computarizadas, son mecanismos que pueden utilizarse para la promoción de comportamientos saludables y provisión de información útil basada en evidencia científica. El diseño e implementación de programas debe considerar la cotidianidad de aquellos

adolescentes que se encuentran en constante contacto con estas tecnologías (internet, redes sociales y los medios de comunicación en general). La información y mensajes que se difundan debe ser consistente con una visión de promoción de la salud sexual, así como comportamientos y valores positivos de y para los adolescentes.

#### **Involucrar a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos**

La evaluación de programas que incluyen a los padres en dicha tarea muestra efectos positivos en la reducción de comportamientos de riesgo. Para esto se requiere de campañas y/o programas que favorezcan el que adquieran de manera eficiente información sustantiva y útil sobre SSyR. Estas intervenciones deben dirigirse a padres de adolescentes escolarizados, pero también a padres de familia con baja escolaridad y/o con hijos que abandonaron la escuela o que no han estudiado. Estas propiciarán el que se sientan seguros para comunicarse con sus hijos sobre prevención de riesgos, fomentando a la vez autonomía en sus decisiones, entre otras, para el uso correcto de métodos, la negociación con sus parejas y el manejo de la presión de pares.

#### **Invertir en el entrenamiento y sensibilización de docentes y proveedores de servicios de salud**

El sistema educativo y los servicios de salud, en coordinación, deben convertirse en herramienta fundamental para la prevención de embarazos e ITS en adolescentes. Se debe promover la formación de recursos humanos en salud integral a través de equipos multidisciplinarios. La capacitación sobre SSyR debe ser con enfoque de género y derechos sexuales, y factible de utilizarse para la formación o atención de los adolescentes. Se debe priorizar que aquellos con mayor contacto con esta población estén sensibilizados y capacitados, buscando abatir el prejuicio y la incomodidad que pueden sentir al hablar de estos temas.

#### **Fortalecer y promocionar programas para adolescentes que ya tienen un hijo**

La permanencia de adolescentes con un hijo en la escuela ampliará sus posibilidades de desarrollo e inserción en empleos mejor remunerados. Para esto,

el apoyo para el cuidado de los hijos es imprescindible, por lo que se debe fortalecer la existencia de programas como el PROMAJOVEN y el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, y ampliar su cobertura.

### **Propuestas enfocadas al acceso y calidad de los servicios de salud**

#### **Implementar estrategias para ampliar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud**

Es indispensable que se aproveche toda visita de niños y adolescentes con cualquier motivo de consulta para lograr un mayor acercamiento a los servicios de salud, particularmente en población rezagada. Se debe verificar que los proveedores otorguen información oportuna buscando la promoción de comportamientos saludables en un ambiente de respeto y confidencialidad. También deben desarrollarse estrategias para que las adolescentes embarazadas ingresen a un control prenatal en una edad gestacional temprana. A la par, se deben implementar estrategias novedosas de captación para adolescentes.

#### **Emprender acciones concretas para fortalecer la operación de los servicios de salud para adolescentes**

Los servicios de salud son primordiales para mejorar la salud de los adolescentes, en particular SSyR. Ante esto, se requiere ampliar la cobertura y certificación de los servicios amigables así como el monitoreo de su calidad de acuerdo con los estándares internacionales y bajo un criterio de atención integral, con miras a evaluar su impacto. Particularmente, se necesita la acreditación del personal para trabajar específicamente con la problemática de prevención (uso de métodos de corta y larga duración), reproducción (embarazo, parto y puerperio), así como detección y atención de ITS y el abastecimiento de varios métodos, especialmente el condón y anticoncepción de emergencia, así como su distribución gratuita especialmente en áreas geográficamente excluidas. Es crucial hacer énfasis en la atención a mujeres y hombres solteros y explorar estrategias que motiven una mejor operación de los servicios, como por ejemplo incentivos y/o pago por desempeño, como ha sido propuesta en la iniciativa Salud Mesoamérica 2015.

Se requiere evaluar el impacto de sus acciones con indicadores puntuales como uso de condón, reducción del embarazo adolescente, uso y continuidad del servicio, etc.

### **Promover el uso en conjunto de condón y métodos de control de fecundidad en adolescentes que ya tienen un hijo**

Para evitar un nuevo embarazo a corto plazo y/o la adquisición de ITS, se requiere de una amplia y adecuada orientación de SSyR para adolescentes; esta debe considerar la promoción tanto de diversos métodos anticonceptivos como la del condón. Asimismo, la consejería sobre anticoncepción debe tener lugar en varios momentos durante la atención prenatal y no limitarse únicamente al posparto inmediato. Dichas tareas deben estar presentes de manera particular en comunidades rurales y/o con adolescentes sin un estado conyugal estable.

### **Garantizar el acceso a servicios de abortos seguros y legales**

Se requiere que los proveedores que ofrecen servicios de aborto estén capacitados en el uso de procedimientos seguros y con menores complicaciones como la aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos. Es imprescindible asegurar que, cuando el marco legal lo establezca, las adolescentes que no desean continuar con un embarazo tengan acceso a servicios de calidad para su interrupción segura, y se deben redoblar los esfuerzos para lograr que el aborto a elección sea despenalizado en todo el país. A la par, para disminuir el embarazo no planeado y, por consecuencia, el aborto entre adolescentes, se debe asegurar el abasto, acceso, uso correcto y consistente de anticonceptivos y acceso a programas de SSyR.

### **Propuestas enfocadas a la coordinación comunitaria e intersectorial**

#### **Favorecer el vínculo de la comunidad con las escuelas, los centros de salud y otras instancias**

Este vínculo debe quedar establecido como una corresponsabilidad y como un acuerdo susceptible de ser monitoreado; esto podría garantizar que, además de permitir contacto temprano entre centros de

salud, escuelas y adolescentes, un mayor número de estos se expongan a información veraz y oportuna y a PF.

### Reforzar la colaboración de distintas dependencias gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y agencias internacionales

Una agenda de política pública integral y organizada de acuerdo con las prioridades y necesidades de los adolescentes requiere de una coordinación eficiente y planeación en conjunto entre los diferentes organismos responsables del desarrollo y salud de esta población. Las instancias gubernamentales deben seguir acompañándose del conocimiento y activismo de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y experiencia de las agencias internacionales, ya que estas poseen una larga trayectoria, y muchas de las políticas de SSyR que en las últimas décadas se implementaron han sido posibles gracias a su insistente labor; entre otras, la inserción de materias de educación sexual en el currículo oficial, la inclusión de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de PF, la Declaratoria Ministerial «Prevenir con educación» y la despenalización del aborto en el Distrito Federal.

### Fortalecer los programas sociales dirigidos a promover el sano desarrollo de los niños y jóvenes

Se vuelve fundamental incorporar la perspectiva de los determinantes sociales en las políticas dirigidas a impulsar un desarrollo saludable; por ejemplo, para reducir la pobreza, promover el acceso y permanencia en el sector educativo y el acceso a servicios de salud, favorecer la inserción de los jóvenes en empleos estables, estrategias para apoyar la definición de un proyecto de vida y, en general, políticas para promover aspectos positivos para el desarrollo. Estas políticas deben considerar los cambios que se van presentando a nivel estructural, tales como la falta de empleos formales, la crisis económica, la migración y el ambiente de inseguridad que se vive en México. Dichos cambios pueden permear las decisiones más inmediatas, incluso las reproductivas, o limitar las oportunidades de un adolescente. Por esto, es fundamental, aprovechar los programas sociales como plataforma para promover acciones de salud reproductiva en adolescentes.

### Propuestas enfocadas a la generación y utilización de evidencia científica

#### Comprometer el financiamiento para realizar investigaciones pertinentes acordes a las necesidades y problemáticas que enfrentan los adolescentes

A pesar de la extensa cantidad de información en relación con la SSyR, todavía existen ciertos vacíos, tales como el impacto de los servicios dirigidos hacia los adolescentes, la calidad de la atención que reciben, el tipo de métodos anticonceptivos que se prescribe de acuerdo con sus características individuales (a corto y largo plazo), la continuidad en su uso, las necesidades específicas de anticoncepción de los adolescentes (solteros y en unión), la ruta de las tomas de decisiones y las redes sociales de apoyo en anticoncepción y en paternidad/maternidad, entre otros. Además, existe como necesidad prioritaria el desarrollo de estudios multidisciplinarios, fundamentados en la combinación de metodologías de investigación.

#### Garantizar que toda política pública se encuentre fundamentada y respaldada por la evidencia científica

Los tomadores de decisiones deben comprometerse a revisar y utilizar información científica actualizada para el diseño e implementación de estrategias con mayor probabilidad de éxito.

#### Asignar recursos para la evaluación y monitoreo de los programas implementados

Para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos e identificar aquellos elementos factibles de mejorar, es imprescindible la evaluación de los programas (económico, de diseño, de proceso y de impacto); esto, además, permitirá valorar el desempeño y gasto invertido de manera más óptima. En los últimos años ha habido importantes esfuerzos para desarrollar evaluaciones a las acciones en salud, así como otros programas sociales. No obstante, no basta con normar la obligatoriedad de las evaluaciones. Para contar con evaluaciones de calidad que permitan retroalimentar la operación de los programas, es necesario dotarlos de los recursos necesarios para la conducción de las evaluaciones.

En conclusión, es importante reconocer que, a pesar de los avances logrados y los importantes esfuerzos

que en México se han puesto en marcha en materia de SSyR dirigidos hacia adolescentes, todavía quedan grandes retos en esta área. Lograr una mejor coordinación intersectorial y entre instituciones es fundamental para mejorar la SSyR de los adolescentes y, por ende, su calidad de vida.

## Bibliografía

- Margulis M. Juventud, cultura y sexualidad: la dimensión cultural en la efectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Buenos Aires: Biblos; 2003.
- Muñoz-Aguirre CD. Cambio demográfico y desarrollo social de los jóvenes. En: La situación demográfica en México 2006. México: CONAPO; 2006, p. 89-106.
- Colin-Paz YA, Villagómez-Ornelas P. Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010, p. 17-53.
- Demaría LM, Galarraga O, Campero L, Walker DM. Sex education and HIV prevention: an evaluation in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26:485-93.
- Pick S, Poortinga YH. Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: una visión científica, política y psicosocial. *Rev Latinoam Psicol*. 2005;37:445-59.
- Juárez F, Palma JL, Singh S, Bankole A. Barreras para la maternidad segura en México. Guttmacher Institute. 2010.
- Campero L. Padres desorientados para orientar: transformación social y desafío para la educación de los adolescentes en su salud sexual. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española; 2011.
- Consejo Nacional de Población. Principales indicadores de salud reproductiva ENADID 2009. CONAPO. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales\\_indicadores\\_de\\_Salud\\_Reproductiva\\_2009#ULZM6odfATY](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_indicadores_de_Salud_Reproductiva_2009#ULZM6odfATY).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2009. Aguascalientes: INEGI; 2009. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?I=mdemo28&s=est&c=17527>.
- Mendoza D, Hernández MF, Valencia JA. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. En: La situación demográfica de México 2011. México: CONAPO; 2011.
- Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010, p. 25-36.
- Stern C, Herrera G. Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. México: El Colegio de México/Population Council; 2008.
- Szasz I. Pensando en la salud reproductiva de hombres y mujeres. En: Salud reproductiva: temas y debates. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003, p. 35-57.
- Consejo Nacional de Población. Plan Nacional de Población, 2008-2012. México: CONAPO; 2008. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/pnp/PPN\\_2008\\_2012.pdf](http://www.conapo.gob.mx/pnp/PPN_2008_2012.pdf).
- Mendoza D, Sánchez M, Hernández MF, Mendoza ME. 35 años de planificación familiar en México. En: La situación demográfica de México 2009. México: CONAPO; 2009, p. 39-52.
- Menkes C, Suárez L, Núñez L, González S. La salud reproductiva de los estudiantes de educación media superior en Chiapas, Guanajuato, Guerrero, San Luis Potosí y Puebla. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2006.
- Palma Y, Palma J. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En: La salud reproductiva en México: análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México, D.F.: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/Universidad Nacional Autónoma de México; 2007, p. 115-22.
- Dirección de Estudios Sociodemográficos. Situación actual de los jóvenes en México. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010, p. 55-70.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, aprobación de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. Enero 6, 1995.
- Consejo Nacional de Población. Capítulo 6. Salud sexual y reproductiva de los jóvenes En: La situación actual de los jóvenes en México. Serie de documentos técnicos. México: CONAPO; 2010. [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro\\_3.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_3.pdf).
- Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección General de Epidemiología, SSA; 2011.
- Secretaría de Gobernación/Secretaría de Educación Pública. Adopción de estilos de vida saludable y formación de las familias. En: Diagnóstico mundial de la juventud. México: CONAPO; 2010, p. 59-107.
- SAEH/DGIS. Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas, 2011.
- Collado M, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. Género y Salud en Cifras. 2008;6:17-30.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto por el que se expide la Ley de Salud del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Septiembre 17, 2009.
- Mondragón Kalb M, Ahued Ortega A, Morales Velázquez J, et al. Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007-10. *Stud Fam Plann*. 2011;42:159-66.
- Olavarrieta CD, García SG, Arangure A, et al. Women's experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118 Suppl 1:15-20.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>.
- UNFPA. State of world population 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health and rights. New York: UNFPA; 2003.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario Oficial de la Federación. Septiembre 19, 2003.
- Gutiérrez JP, Bertoza SM, Conde-González CJ, Sánchez-Alemán MA. Risk behaviors of 15-21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health*. 2006;6:1-11.
- Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas FJ, Lazcano-Ponce EC, Conde-González CJ. Human papillomavirus incidence and risk factors among Mexican female college students. *Sex Transm Dis*. 2011;38:275-8.
- Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas F, Conde-González CJ. La infección por virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública Mex*. 2002;44:442-7.
- Caballero R, Conde C, Villaseñor A. ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes: ángulos de la problemática en México. Pandora, 2006.
- Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública Mex*. 2003;45 Suppl 1:132-9.
- Brindis C. Advancing the adolescent reproductive health policy agenda: issues for the coming decade. *J Adolesc Health*. 2002;31 Suppl 6:296-309.
- Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Washington, DC: OPS; 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPP/ADOL/Normasweb.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Washington, DC. 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd48-08-s.pdf>.
- Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Disponible en: [http://www.saludmesoamerica2015.org/es/salud-mesoamerica-2015/salud-mesoamerica-2015-inicio\\_1904.html](http://www.saludmesoamerica2015.org/es/salud-mesoamerica-2015/salud-mesoamerica-2015-inicio_1904.html).
- Consejo Nacional de Población. Memorias del Foro Nacional. Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012. México, D.F.: CONAPO; 2009.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo General de Población y Vivienda 2000 y 2010. México: INEGI; 2012. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx>.
- Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población Nacional 2010-2050. México: CONAPO; 2012. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.