



MÉXICO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ESTRATEGIA NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES

Presentación

En nuestro país viven 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años de edad. Trabajar por sus derechos y su desarrollo es un compromiso permanente del Estado Mexicano.

Hoy, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas. Por ello, prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo infantil son objetivos estratégicos del Gobierno de la República que demandan acciones integrales, mecanismos de atención profesionales, de alta calidad, con total cobertura y con perspectiva de género.

Disminuir la incidencia de este problema que limita significativamente el desarrollo de las y los adolescentes en México hace necesario contar con una estrategia que oriente todos los esfuerzos gubernamentales, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la normatividad nacional e internacional. Para responder al desafío, se ha diseñado la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, que mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales enfrenta tanto las condiciones que lo motivan, sus determinantes económicos, sociales y culturales, como sus causas subyacentes.

La Estrategia es producto del trabajo conjunto de 13 dependencias del Gobierno Federal y de la consulta a organizaciones de la sociedad civil y académicos/as con larga trayectoria y conocimiento del fenómeno.

En ella se contemplan objetivos específicos que se plantean, entre otras cosas: promover el desarrollo humano y las oportunidades de las y los adolescentes; crear un entorno que favorezca decisiones libres y acertadas sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad; incrementar la oferta y la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, así como una educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos, de gestión pública o privada. Un componente de primera importancia para el éxito de la Estrategia es focalizar acciones intensivas en los municipios que presentan las mayores tasas de embarazo adolescente.

La Estrategia se instrumentará con criterios de intersectorialidad, de derechos, de perspectiva de género y corresponsabilidad, y se acompañará de una sólida investigación y evaluación que posibilite la correcta rendición de cuentas. Las metas que persigue son: lograr que en el 2030 se reduzca a la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.

Entre las líneas de acción intersectorial destacan: asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria; generar oportunidades laborales para la población joven; mantener campañas de comunicación

masiva que posicionen mensajes claros sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes; fortalecer la prevención y la atención de la violencia y el abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes; asegurarles la prestación de servicios de salud; garantizar procesos de formación y capacitación a las y los educadores, al profesorado, al personal de salud, a padres y madres de familia, y a líderes de la comunidad, y desde luego fortalecer el liderazgo juvenil.

Esta Estrategia Nacional es una herramienta dinámica de coordinación entre distintas dependencias del Gobierno Federal y un puente de coordinación y cooperación con las Entidades Federativas y los Municipios en la materia

Así el Gobierno de la República trabaja con decisión y compromiso para garantizar los derechos de las y los adolescentes mexicanos/as, tal y como lo mandata nuestra Constitución.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

GRUPO INTERINSTITUCIONAL

PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES

MÉXICO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEGOB

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

SEDESOL

SECRETARÍA DE
DESARROLLO SOCIAL

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SEP

SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

INMUJERES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES



CONAPO

CONSEJO NACIONAL DE
POBLACIÓN



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



CDI

COMISIÓN NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



IMSS

DIF
Nacional

imjuve

Instituto Mexicano de la Juventud

Índice de contenido

PRESENTACIÓN	3
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	11
RESUMEN EJECUTIVO	15
1. PROBLEMÁTICA	19
1.1 Consecuencias de la fecundidad en adolescentes	19
1.2 Panorama mundial	22
1.3 Panorama en México	24
1.3.1 Volumen y estructura	24
1.3.2 Factores que favorecen el embarazo en adolescentes	25
1.3.3 Brechas en el embarazo en adolescentes y segmentos de atención	27
1.3.4 Conocimiento y uso de anticonceptivos	30
1.3.5 Otras causas del embarazo en adolescentes	33
2. ANTECEDENTES PROGRAMÁTICOS	35
2.1 Antecedentes internacionales	35
2.1.1 Intervenciones efectivas	35
2.1.2 Educación en sexualidad en escuelas	35
2.1.3 Acceso efectivo a servicios clínicos de SSR especializados en adolescentes (“servicios amigables” o “clínicas amigas”)	37
2.1.4 Métodos anticonceptivos que deben ofrecerse	38
2.1.5 Uso de medios de comunicación masiva: información, educación y comunicación (IEC), acciones para el cambio conductual (ACC), mercadeo social y contenidos educativos de entretenimiento	41
2.1.6 Programas de desarrollo juvenil y expansión de oportunidades	42
2.1.7 Ejemplos de estrategias multisectoriales de largo plazo	43
2.1.8 Intervenciones no efectivas	44
2.1.9 Conclusiones y recomendaciones a partir de la experiencia internacional	46

2.2	Antecedentes en México	46
2.2.1	Antecedentes de las políticas de población	47
2.2.2	Secretaría de Salud	48
2.2.3	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	50
2.2.4	IMSS Prospera (antes IMSS Oportunidades)	51
2.2.5	Instituto Mexicano del Seguro Social	52
2.2.6	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	53
2.2.7	Secretaría de Educación Pública	53
2.2.8	Instituto Nacional de las Mujeres	55
2.2.9	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	56
2.2.10	Secretaría de Desarrollo Social	57
2.2.11	Instituto Mexicano de la Juventud	58
2.2.12	Organizaciones de la Sociedad Civil	59
2.2.13	Conclusiones de la revisión de la experiencia nacional	60
2.2.14	Recomendaciones	61
3.	MARCO JURÍDICO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	63
3.1	Marco de derechos humanos	63
3.2	Derechos de las niñas, niños y adolescentes	63
3.3	Derecho a la salud sexual y reproductiva de adolescentes	65
3.4	Derecho a una vida libre de violencia	66
3.5	Obligaciones del Estado para prevenir el embarazo en adolescentes	67
4.	MARCO CONCEPTUAL Y OPERATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	69
4.1	Marco conceptual	69
4.2	Ejes rectores	72
4.2.1	Intersectorialidad	72
4.2.2	Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos	73
4.2.3	Perspectiva de género	73
4.2.4	Curso de vida y proyecto de vida	74
4.2.5	Corresponsabilidad	74
4.2.6	Participación juvenil	75
4.2.7	Investigación y evidencia científica	75
4.2.8	Evaluación y rendición de cuentas	76

5. ALINEACIÓN DE OBJETIVOS	77
6. OBJETIVOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES	81
6.1 Objetivo general	81
6.2 Objetivos específicos	81
6.3 Metas	90
7. POLÍTICA INTERSECTORIAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN	93
7.1 Nivel Federal	93
7.2 Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes	94
7.3 Ámbito municipal	94
8. FOCALIZACIÓN	95
9. MONITOREO Y EVALUACIÓN	99
9.1 Indicadores	99
9.2 Necesidades de información	99
ANEXOS	103
Anexo 1	103
Anexo 2	104

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACC	Acciones para el cambio conductual
AMES	Asociación Mexicana de Educación Sexual
APEO	Anticoncepción post-evento obstétrico
APF	Administración Pública Federal
ARAP	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COESPO	Consejo Estatal de Población
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAVIM	Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres
CORA	Centro de Orientación para Adolescentes
DDESER	Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México
DEMYSEX	Red Democracia y Sexualidad
DGESPE	Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación
DIA	Desarrollo Integral del Adolescente
DIU	Dispositivo Intrauterino
EMS	Educación Media Superior
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
EPII	Enfermedad Pélvica Inflamatoria Infecciosa
FEMESS	Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A. C.O
FOCAI	Fortalecimiento de Capacidades Indígenas 2013
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GEPEA	Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GIPEA	Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
IEC	Información, Educación y Comunicación
IMIFAP	Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDESOL	Instituto Nacional de Desarrollo Social

ESTRATEGIA NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES

INEA	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAISAR	Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural
MEXFAM	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
MNPAENA	Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (del SNDIF)
OI	Organismos internacionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAE	Pastilla de Anticoncepción de Emergencia
PAEPFA	Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018
PAESSRA	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018
PAIDEA	Programa de Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes
PAIGPI	Programa de Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena 2013
PASA	Programa de Acción para Atención a la Salud de las y los Adolescentes
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PGR	Procuraduría General de la República
PIBAI	Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas 2013
PNB	Programa Nacional de Becas
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
PNDIPD	Programa Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad
PNSD	Programa Nacional de Desarrollo Social 2014-2018
PNJ	Programa Nacional de Juventud
PNP	Programa Nacional de Población 2014-2018
PONAS	Programa Nacional de Asistencia Social 2014-2018
POPMI	Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas 2013
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PROCAPI	Programa de Coordinación para el Apoyo a la Producción Indígena 2013
PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018
PROJUVENTUD	Programa Nacional de Juventud 2013-2018
PROMAJOVEN	Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas
PROSEDU	Programa Sectorial de Educación 2013-2018
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
PSDS	Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
PSE	Programa Sectorial de Educación 2013-2018
RNCJDD	Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SE	Secretaría de Economía
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMARNAT	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SEP	Secretaría de Educación Pública
SINAC	Sistema de Información sobre los Nacimientos

SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SIUH	Sistema Intrauterino Hormonal
SNE	Servicio Nacional de Empleo
SNIMH	Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Secretaría de Salud
SSR	Salud sexual y reproductiva
TEF	Tasa específica de fecundidad (Formalmente la notación es “f” seguida de subíndice del grupo correspondiente)
UMF	Unidad(es) Médica(s) Familiar(es)
UMR	Unidad(es) Médica(s) Rural(es)
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

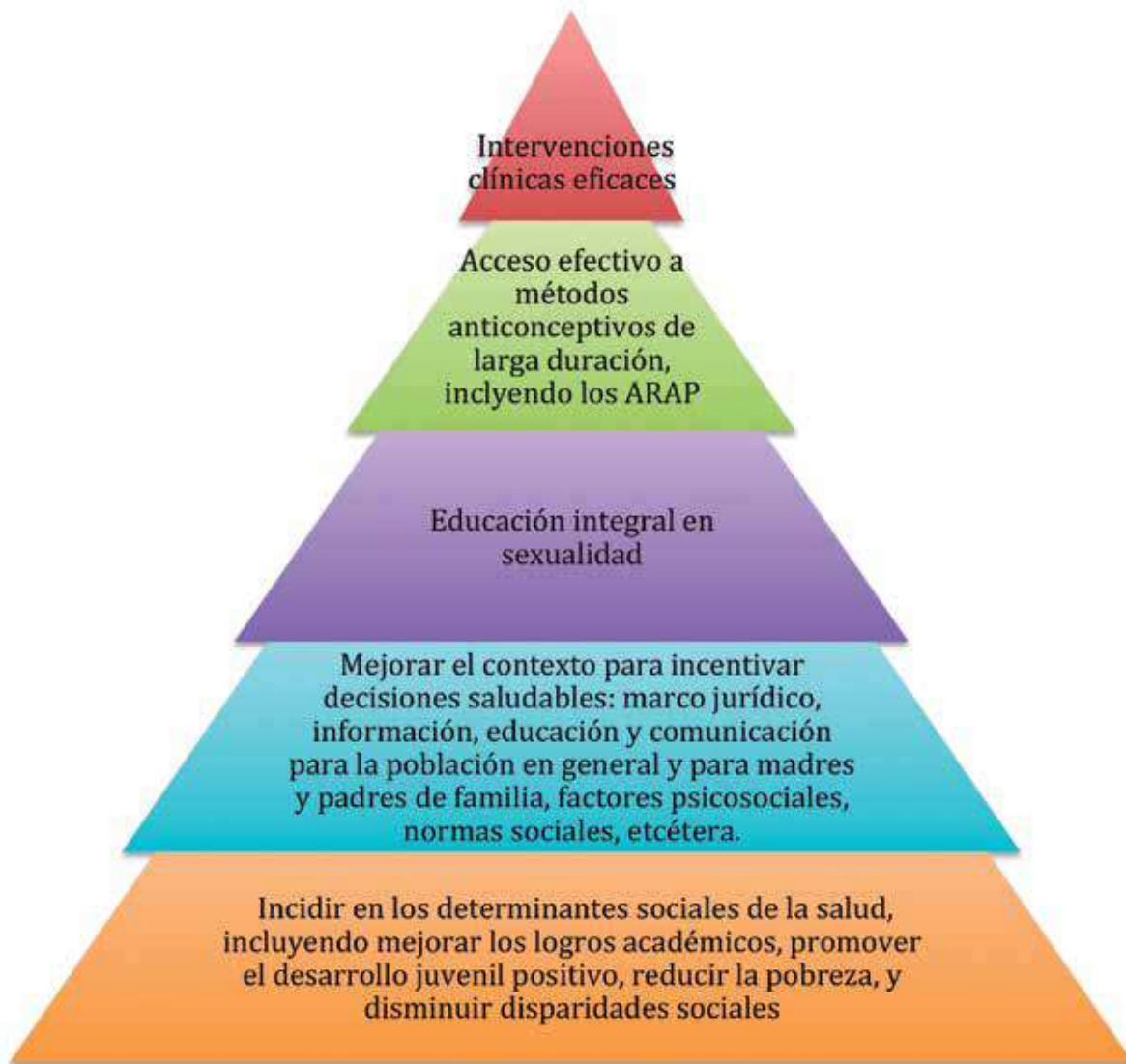
RESUMEN EJECUTIVO

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que actualmente existen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a que 1) las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y 2) la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente 37.6% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última; en ambos casos, principalmente métodos con poca efectividad)¹, como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa. Según reporta la ENSANUT a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. A nivel nacional, de acuerdo con los datos de la última encuesta demográfica disponible (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012.

El embarazo en adolescentes afecta su salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y su economía entre otros aspectos. Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. La maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo.

En el presente documento aparece una revisión de las experiencias internacionales que muestra intervenciones que han probado ser efectivas en la reducción del embarazo en adolescentes entre las que destacan: 1) Educación integral en sexualidad, en las escuelas o con su colaboración; 2) servicios de salud y clínicas amigas de las y los adolescentes; 3) insumos adecuados y eficaces de anticoncepción entre adolescentes; 4) intervenciones directas en medios de comunicación; 5) políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral. Asimismo, revisa las estrategias multisectoriales de largo plazo para reducir el embarazo en adolescentes, que algunos países han implementado, y las experiencias del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Programa IMSS Oportunidades actualmente IMSS Prospera, el Instituto de Se-

¹ Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes por entidad federativa, 2009 (Fuente: Consulta interactiva de datos, CONAPO).



guridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) y de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), en cuanto a la ejecución de programas de información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para adolescentes, señalan la eficacia de las acciones antes señaladas.

En cuanto al marco jurídico para la prevención del embarazo en la adolescencia, las acciones propuestas en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) están insertas en el marco de los derechos humanos, el de las niñas, niños y adolescentes, los derechos a la SSR y a una vida libre de violencia, así como el derecho a participar en el proceso de desarrollo, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas públicas específicas para ellos. A partir de la revisión de este marco, en el presente documento se concluye señalando las obligaciones asumidas por el Estado para prevenir el embarazo en adolescentes.

El marco conceptual de la ENAPEA se resume en una pirámide que recoge las principales aportaciones de diferentes modelos. La pirámide está formada por cinco niveles de intervención que pueden llevarse a cabo en el ámbito de las políticas públicas, particularmente, de educación, salud y desarrollo. En la base de la pirámide se encuentran las intervenciones con el mayor potencial de impacto que comprenden, aquellas que se dirigen

a los determinantes socioeconómicos de la salud (como la educación y el trabajo). En los siguientes niveles se encuentran las intervenciones que cambian el contexto para facilitar que los hombres y las mujeres tomen acciones y decisiones apropiadas para su salud (por ejemplo, mejoras en el marco jurídico y entorno social habilitante); la educación integral en sexualidad es un aspecto fundamental que involucra a los diversos sectores para fomentar que se puedan tomar decisiones importantes entorno a su sexualidad, en el siguiente nivel observamos que es necesario, garantizar la oferta y dotación de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los que proporcionan protección de largo plazo y los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP); en la punta de la pirámide se encuentra la atención clínica directa continua. Las intervenciones en la base de la pirámide tienen una mayor efectividad por llegar a segmentos más amplios de la sociedad pero son más complejas y difíciles de implementar. En cambio, las intervenciones en la punta de la pirámide están dirigidas a los individuos, es menos complejo aplicarlas, pero tienen menor impacto.

El marco general de la pirámide está el ámbito jurídico y la operación queda a cargo de los niveles administrativos de instrumentación (federal, estatal y municipal). La ENAPEA tiene ocho ejes rectores:

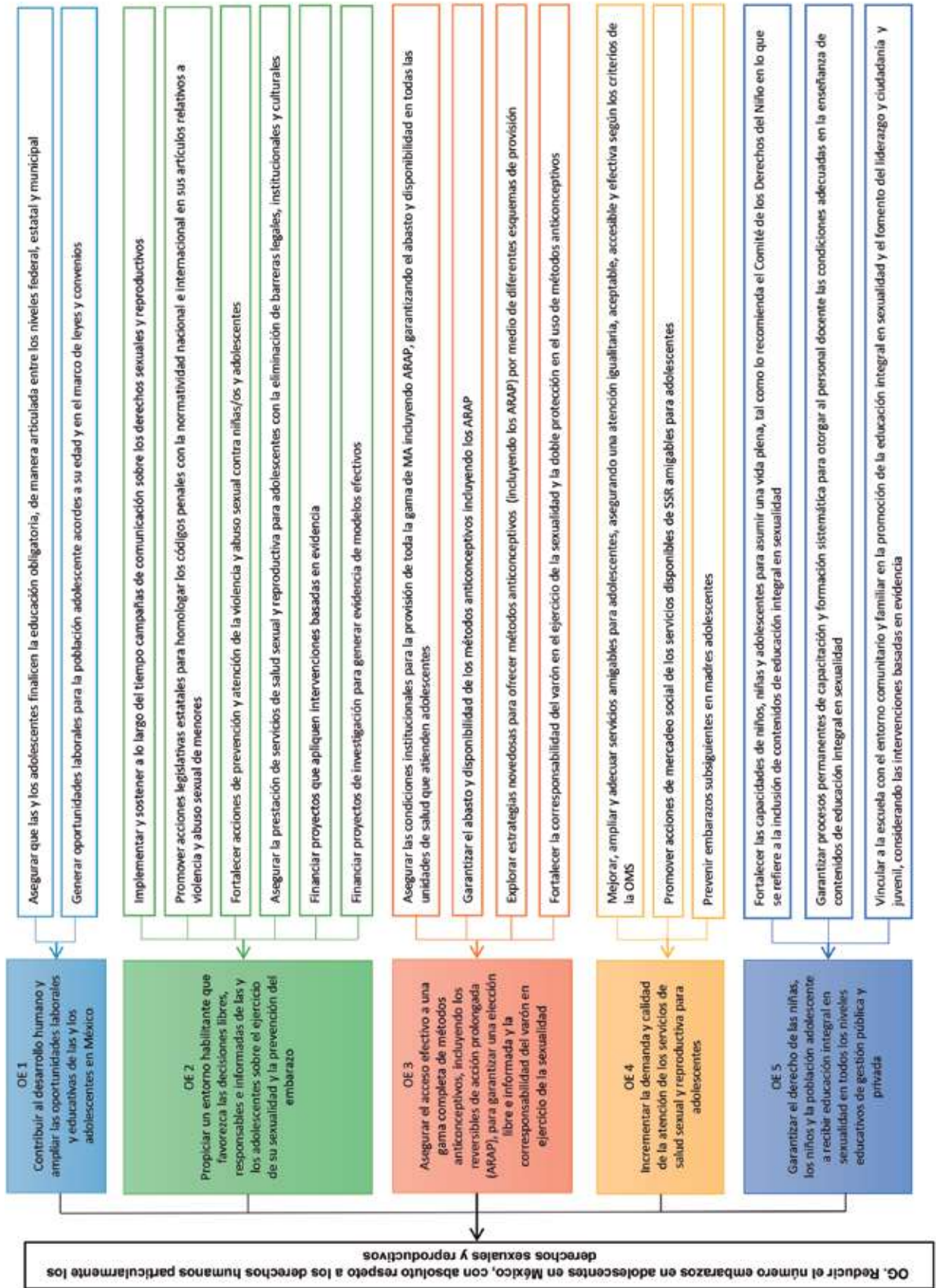
- 1) Intersectorialidad
- 2) Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos
- 3) Perspectiva de género
- 4) Curso de vida y proyecto de vida
- 5) Corresponsabilidad
- 6) Participación juvenil
- 7) investigación y evidencia científica
- 8) Evaluación y rendición de cuentas.

La ENAPEA tiene así como objetivo general: reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Y como objetivos específicos se busca: a) contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México; b) propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo; c) asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad; d) incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual reproductiva para adolescentes; e) garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Estos objetivos son la guía que orienta desde ahora las acciones diseñadas e implementadas por el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), el cual está compuesto por una Coordinación General, una Secretaría Técnica y una Vocalía; miembros permanentes y miembros temporales. Para su funcionamiento se formarán grupos de trabajo con propósitos específicos.

El siguiente gráfico resume objetivos y líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente

ESTRATEGIA NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES



1. PROBLEMÁTICA

1.1 Consecuencias de la fecundidad en adolescentes

El embarazo a edades tempranas generalmente es un problema con consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes y para sus hijos e hijas. Se le considera un problema de salud pública, ya que afecta negativamente en la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos/hijas; es un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; es económico porque posibilita mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano sustentable y es, en todo caso un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ser madre y padre adolescente suele desencadenar, sin distinciones socio–económicas, condiciones de vulnerabilidad para este sector, que suelen asociarse a: falta de preparación educativa en el tema de salud sexual y reproductiva, a la probable deserción escolar, características del desarrollo cognitivo, físico y psico–socioemocional en esa etapa, la adopción de papeles de género tradicionales, así como a la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo humano considerando su ámbito socio–cultural. Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo familiar, social (en las escuelas, en sectores de salud, en las comunidades, en ámbitos religiosos, por ejemplo).

Un embarazo durante la adolescencia, puede considerarse como dramático, tanto en lo personal como a nivel social, independientemente del estrato social del que procedan, porque:

- Con frecuencia es no planeado y/o no deseado.
- Si lo es, no se tienen muchas alternativas para cubrir de la mejor manera todas las necesidades que requerirá la madre durante el mismo, y del hijo/hija al nacer.
- Llama la atención social, al observar que las y los adolescentes lo ven como una forma de destino de mujeres (y hombres) ante la falta de alternativas.
- Desencadena eventos como uniones o matrimonios prematuros, en los que la pareja puede o no estar de acuerdo.
- Puede reproducir el círculo de pobreza de madres y padres adolescentes, o iniciarlo cuando la economía doméstica no lo podrá proteger por falta de: empleo, redes sociales de apoyo, entre otros.
- Se genera una mayor exposición a situaciones de inseguridad, desprotección y maltrato (las madres jóvenes embarazadas a veces no son aceptadas en la escuela –maltrato–; no son aceptadas en su

casa, lo que las lleva a veces a buscar trabajos no adecuados –maltrato, inseguridad, desprotección–; son abandonadas por su pareja –maltrato, desprotección; por ejemplo).

- Si se casan, tienen un mayor índice de riesgo de divorcio, con las consecuencias del asunto, ya que muchos padres se niegan a dar pensión alimentaria. Para contextualizar, se ha observado que el divorcio y/o la separación son cuatro veces más altos entre parejas casadas durante la adolescencia que entre los matrimonios consumados a edades más tardías².
- Los embarazos de mujeres adolescentes se vinculan a la muerte materno-infantil, y al aborto.
- La inversión en el trayecto educativo de las niñas y niños adolescentes, tiene repercusiones como abandono escolar, baja calidad en sus estudios al atender otras responsabilidades, entre otras
- Puede ser utilizado como pretexto para requerir y ofrecer trabajo a menores de edad en condiciones de explotación.

A continuación algunos de los referentes estadísticos en que se basa lo anteriormente dicho. El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos.³ Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años.⁴ Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es muy volátil de un año a otro y el riesgo de complicaciones médicas es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. En relación con el aborto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto. Otros estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada mil en los estados fronterizos del norte.⁵ La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el año 2000 a 9.5 en el 2010.⁶

El embarazo puede truncar la educación de las y los adolescentes, la de ellas con mayor frecuencia: De acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo.⁷ De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido⁸; y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato.⁹

² Gaviria A., Silvia Lucía y Roberto Chaskel, “Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial” CCAP, 12. 3, Web, 2013. www.scp.com.co/precop/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf

³ Secretaría de Salud, Dirección General de información en Salud.

⁴ *Ibíd.*

⁵ Juárez, Fátima y Susheela Singh. “Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada.” *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* (2013): 25–35.

⁶ Schiavon, Raffaella, Erika Troncoso y Gerardo Polo. “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990–2008.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118 (2012): S78–S86.

⁷ Echarri, Carlos. “Sobre la maternidad precoz”, México Social, Web, 01 de mayo de 2014. <http://www.mexicosocial.org>

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Consulta Interactiva, Conjunto de datos: Población femenina de 12 años y más”, *Censo de población y vivienda 2010*. www.inegi.org.mx

⁹ Welti Chanes, Carlos. “Madres adolescentes y derechos sexuales”. México Social, Web, 01 de mayo de 2014. <http://www.mexicosocial.org/>

Como se señaló, el embarazo también afecta las oportunidades laborales y los ingresos de las adolescentes. La mayor parte de las madres adolescentes no tiene empleo ni ingreso independiente al momento de tener a sus hijos e hijas. De las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo/hija en 2011, 8.3% tenían una actividad laboral remunerada. En cuanto a las adolescentes de 10 a 14 años que tuvieron un hijo/hija, tienen mayor probabilidad de estar trabajando en una etapa en la que deberían estar en la escuela, aun y cuando su contratación es contra la ley (7 % reportaron una actividad remunerada) ya que en México no se permite el trabajo a menores de 15 años, y cuando se tiene dicha edad, sólo en determinadas condiciones se autoriza.

Del total de 18.8 millones de adolescentes entre 12 y 19 años que reportó el censo de 2010, había 2, 463,000 que no estudiaban ni trabajaban, casi dos tercios de este grupo eran mujeres (1.6 millones); de ellas, más de una cuarta parte tenía hijos o hijas y una de cada tres vivía en pareja.¹⁰ Por su parte, los hombres sin ocupación y casados, o con descendencia ascienden a menos del tres por ciento. Así, la unión y la fecundidad temprana están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad y con condiciones que apuntalan a orillar a un trabajo de baja remuneración por falta de estudios. El trabajo de cuidado –de niños, niñas y adultos/as mayores, sobretodo– y otros tipos de trabajo no remunerado suele ser un factor que, asociado a la falta de recursos, contribuye a que las mujeres no se desarrollen profesionalmente; de hecho, casi nueve de cada diez madres de 15 a 19 años reportó dedicarse a las actividades del hogar.¹¹

Las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia que las que aplazan su primer embarazo a una edad mayor. En México, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos o hijas más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años.¹² De las menores de 15 años que tuvieron un hijo o hija en 2011, 9% había tenido un hijo/hija previamente y 7.5% dos o más hijos/ hijas. Entre las de 15 a 19 años, 23% ya había tenido uno o más hijos o hijas anteriormente.¹³ Los costos sociales se ven magnificados en efectos negativos para las y los hijos de las madres adolescentes. La bibliografía internacional muestra que las y los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidad de aprendizaje cuando entran a pre–escolar, más problemas conductuales y sufrir más condiciones médicas crónicas, propensión a ser internados en centros penitenciarios en la adolescencia, alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta. Estos efectos permanecen aun cuando se ajusta por los factores que incrementan la probabilidad del embarazo en la adolescencia, como la pobreza, tener madres y padres con niveles educativos bajos, crecer en familias con padre o madre ausentes y tener poca permanencia y bajo desempeño escolar.¹⁴ Aunque existen pocos estudios sobre el tema en México, se ha observado que los hijos e hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser prematuros y tener bajo peso al nacer.^{15, 16, 17} Estos efectos son aún mayores en el caso de las madres entre los 10 y 14 años, que

¹⁰ Tuirán, Rodolfo y José Luis Ávila. “Jóvenes que no estudian ni trabajan: ¿Cuántos son?, ¿quiénes son?, ¿qué hacer?” *Este País*, 251 (2012): 01–03.

¹¹ INEGI: Censo de población y vivienda 2010.

¹² Menkes, Catherine y Leticia Suárez. “Sexualidad y embarazo adolescente en México.” *Papeles de población*, 35 (2003): 233–262.

¹³ Calculado a partir del reportaje: Mario Luis Fuentes. “Embarazo Adolescente: Fenómeno Expansivo”, *México Social*, Web, (7 de mayo de 2013).

¹⁴ Hoffman, Saul D. y Rebecca A. Maynard, eds. *Kids having kids: Economic costs & social consequences of teen pregnancy*. The Urban Insiteute, 2008.

¹⁵ Escartín, Minerva, et al. “Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro.” *Ginecol Obstet Mex* 79.3 (2011): 131–136.

¹⁶ Moyeda, Iris Xóchitl Galicia, et al. “Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos.” *Psicología y Salud* 16.2 (2014): 159–169.

¹⁷ Valencia, Jorge y Raffaella Schiavon. “Adolescentes Invisibles: Embarazo en mujeres menores de 15 años en México”. Manuscrito, 2014.

según un estudio reciente,¹⁸ realizado a partir de los certificados de nacimientos, representan 0.7% de los más de ocho millones de nacimientos registrados en el periodo 2008–2011. Solo una de cada siete de estas adolescentes de 10 a 14 años que tuvo un parto, residía en un municipio con muy baja marginación, lo que muestra que este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social como son la violencia familiar, sexual y de género.

1.2 Panorama mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera población adolescente a la que se encuentra entre 10 y 19 años de edad y destaca que ellos representan un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo.

A la edad de los 10 años una persona es muy diferente que a los 19 años. La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen en esta etapa afectan a todos los aspectos de la vida de las y los adolescentes. Esos cambios hacen que la adolescencia sea un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de un buen desarrollo y una buena salud en la edad adulta.

Además de la edad, entre otras variables importantes destaca el sexo y el género, ya que las niñas tienden a alcanzar los hitos del desarrollo biológicamente definidos hasta dos años antes que los niños, y las expectativas y las normas sociales difieren de manera significativa entre los varones adolescentes y las adolescentes en la mayoría de las sociedades .

De acuerdo con avances más recientes en la comprensión del desarrollo del cerebro de las y los adolescentes, las zonas del cerebro que buscan la recompensa se desarrollan antes que las zonas relacionadas con la planificación y el control emocional. También se sabe ahora que el cerebro de las y los adolescentes posee una gran capacidad para cambiar y adaptarse. Eso significa que la experimentación, la exploración y la asunción de riesgos que tienen lugar durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico y que existen posibilidades reales de mejorar algunas situaciones negativas que se produjeron en los primeros años de vida. En síntesis, la adolescencia es un período de la vida con necesidades específicas de salud y de derechos. De igual modo, es un tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, y adquirir los atributos que serán fundamentales para disfrutar de los años de la adolescencia y en futuro muy cercano asumir roles adultos (OMS, 2014)¹⁹

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad.²⁰ De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años. Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que

¹⁸ Valencia, J. y Schiavon, R. 2014. “Adolescentes invisibles: Embarazo en mujeres menores de 15 años en México”.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Informe multimedia: www.who.int/adolescent/second-decade

²⁰ Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas

representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión.²¹

Según el Banco Mundial,²² América Latina y el Caribe presenta las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad que presenta la región. Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos madres menores de 15 años aumentaron.²³ El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agrega a esto que 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial.²⁴

Al interior de la región, Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2010, con más de 100 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, mientras que Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada 1,000 mujeres en el mismo rango etario.²⁵ Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, México se encuentra en una posición intermedia en relación a estos países, con 69.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años.²⁶

El embarazo en adolescentes se está agravando en muchos países, lo que muestra la necesidad de atender el problema decididamente. En Bolivia, por ejemplo, entre 2003 y 2008, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 14.7% a 18%. Más del 25% de ellas apenas concluyeron la educación primaria. Solamente una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas señaló usar un método anticonceptivo, a pesar de que 92% conocen al menos uno. Nueve por ciento de adolescentes menores de 13 años habían estado embarazadas o ya eran madres.²⁷ En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años de 9 por ciento. La fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina con una tasa de 100 por cada 1,000 mujeres.²⁸

La relación entre embarazo y quintil de ingresos muestra que las adolescentes de hogares más pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas que las de hogares más ricos. En Zimbabue, Senegal, Colombia y Perú, más de un cuarto de las adolescentes de 15 a 19 años de los hogares del quintil

²¹ Organización Mundial de la Salud. "Adolescent Pregnancy" *Fact Sheet* 364. Ginebra, OMS. Web, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

²² Azevedo, J. P., Favara, M. Haddock, S.E. et al., *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC: Banco Mundial-LAC, PDF en Web, 2012.

²³ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente*. Nueva York: UNFPA, Web. 2013.

²⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades*. Nueva York, UNICEF, Web, 2011.

²⁵ Acevedo, J. P., Favara, M. Haddock, S.E. et al., *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC: Banco Mundial-LAC, PDF en Web, 2012.

²⁶ A partir de los datos censales de 2010 la tasa es de 74.5 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años.

²⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente*. Nueva York: UNFPA, Web. 2013.

²⁸ *Ibid.*

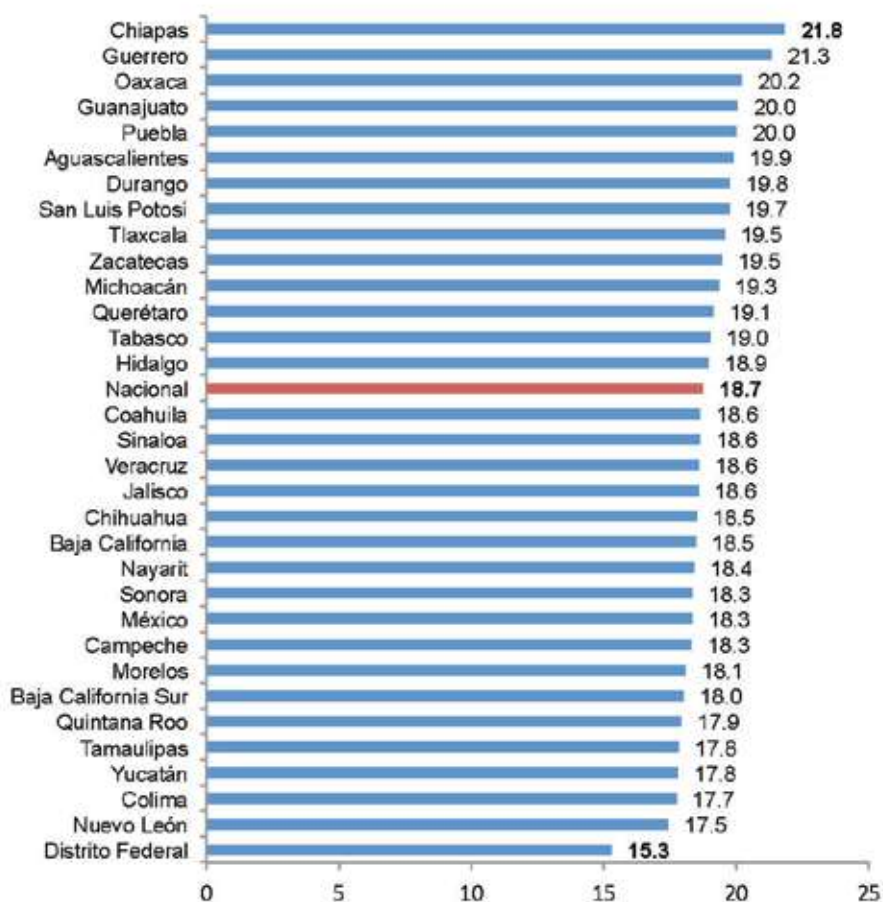
más bajo de ingreso iniciaron la maternidad en edades tempranas.²⁹ En Perú, por ejemplo, la tasa de maternidad adolescente es casi seis veces mayor entre las adolescentes de hogares más pobres que entre las de los hogares más ricos.³⁰

1.3 Panorama en México

1.3.1 Volumen y estructura

Actualmente, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en México casi una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. Prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años y 11.1 millones tienen entre 15 y 19 años de edad. El peso relativo de este grupo casi se ha duplicado desde 1970, año en el que la población de 10 a 19 años era sólo 11.4% del total nacional.

Gráfica 1. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años de edad, por estado México 2014



Fuente: CONAPO, Proyecciones de población 2010-2050.

²⁹ Population Council and UNFPA. (2013). Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. New York: UNFPA.

³⁰ *Ibid.*

En cuanto al peso porcentual de la población adolescente, las entidades federativas con mayores niveles de desarrollo y menores tasas de fecundidad tienen porcentajes menores al promedio nacional. Así, el Distrito Federal, con el mayor PIB per cápita del país, es la entidad con la menor proporción de adolescentes, mientras que en Chiapas, uno de los estados con menor PIB per cápita, tiene el mayor porcentaje. Los datos también señalan que la proporción de población adolescente varía por tamaño de la localidad, siendo ésta del 18% en localidades de menos de 2,500 habitantes y de 22% en las de más de 100,000 habitantes, de acuerdo con el Censo de 2010.

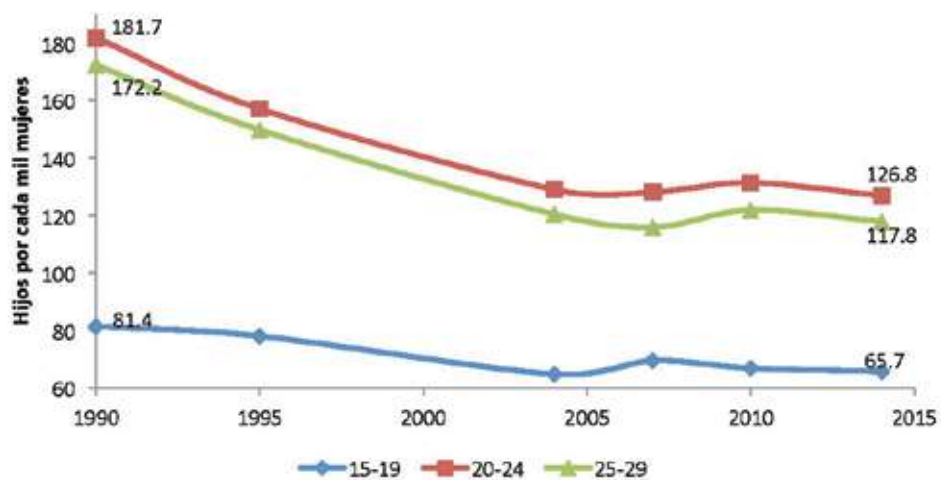
1.3.2 Factores que favorecen el embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes en México cada vez cobra mayor importancia debido a dos factores:

- Entre las mujeres en edad fértil, las adolescentes de 15 a 19 años son el grupo más grande, ya que actualmente representan 17% del total. Al otro extremo de la vida fértil, las mujeres de 45 a 49 años representan alrededor del 11 por ciento.³¹
- En los últimos 40 años, las adolescentes han disminuido su fecundidad, pero en mucho menor grado que otros grupos de edad. Según las encuestas oficiales entre 1974 y 2009 las mujeres de 15 a 19 años redujeron su tasa de fecundidad en 47% (de 131 a 69.5 hijos por cada 1,000 mujeres). En cambio las de 35 a 39 años la redujeron en 77% y las de 40 a 49 años en 88 por ciento.^{32, 33}

Valencia y Schiavon analizaron el Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) entre 2008 y 2011 encontrando que “se certificaron 8,263,020 nacimientos, de éstos, 0.7% pertenecen a adolescentes muy jóvenes, en el grupo de edad de 10-14 años; 18.9% fueron en adolescentes entre 15 y 19 años; 29.5% en mujeres del grupo de 20-24 años; 24.5% en el grupo de 25-29 años y finalmente, 25.7% en mujeres de 30 años y más.”³⁴

Gráfica 2. Evolución de las tasas de fecundidad por grupo de edad México 1990-2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO (tasas trienales) con base en la ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

³¹ Datos para 2014 según las proyecciones de población del CONAPO.

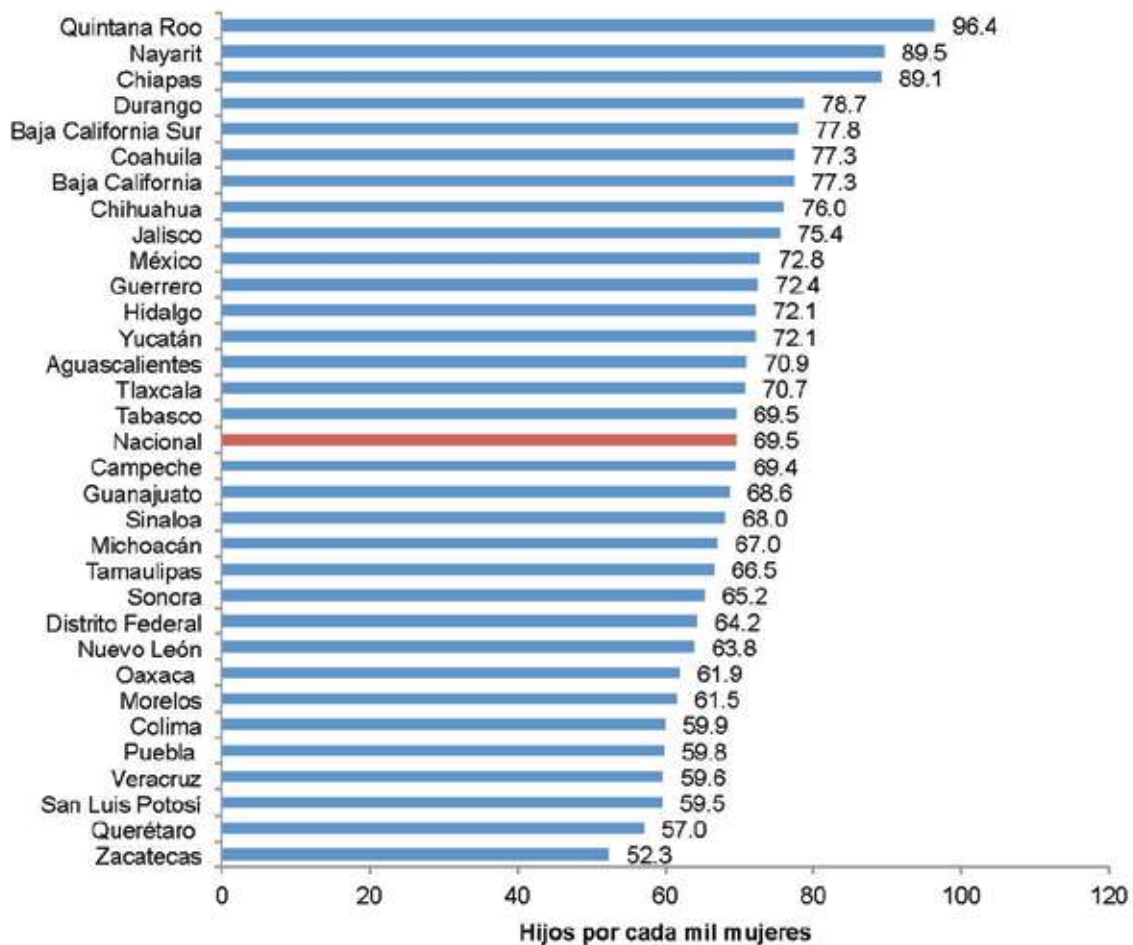
³² Datos de la ENADID 2009. Las tasas se estimaron en forma trienal para evitar fluctuaciones debido al tamaño de la muestra.

³³ Según las proyecciones del CONAPO 2010-2050 en 2013 la TEF(15-19) 66 nacimientos por cada 1,000 mujeres; La ENSANUT 2012 señala una TEF(12-19) 37 nacimientos por cada 1,000 mujeres.

³⁴ Valencia, J. y Schiavon, R. 2014. “Adolescentes invisibles: Embarazo en mujeres menores de 15 años en México”. Enviado para publicación.

Debe agregarse que las madres adolescentes presentan proporciones variables entre las entidades federativas del país. En 2013, en Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero y Nayarit más del 19% de los nacimientos fueron de adolescentes, comparado con menos del 16% en el Distrito Federal, Nuevo León y Querétaro. En términos de fecundidad, la ENADID 2009 señala que el promedio nacional de nacimientos de las mujeres de 15 a 19 años fue de 69.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres. Zacatecas, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Colima, Morelos, Oaxaca, Nuevo León y el Distrito Federal tuvieron tasas menores de 65 por cada 1,000; mientras que Quintana Roo, Nayarit, Chiapas, Durango, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua y Jalisco tuvieron tasas mayores a 75 por cada 1,000.

Gráfica 3. Tasa de fecundidad en adolescentes (15 a 19 años) por entidad federativa México 2009

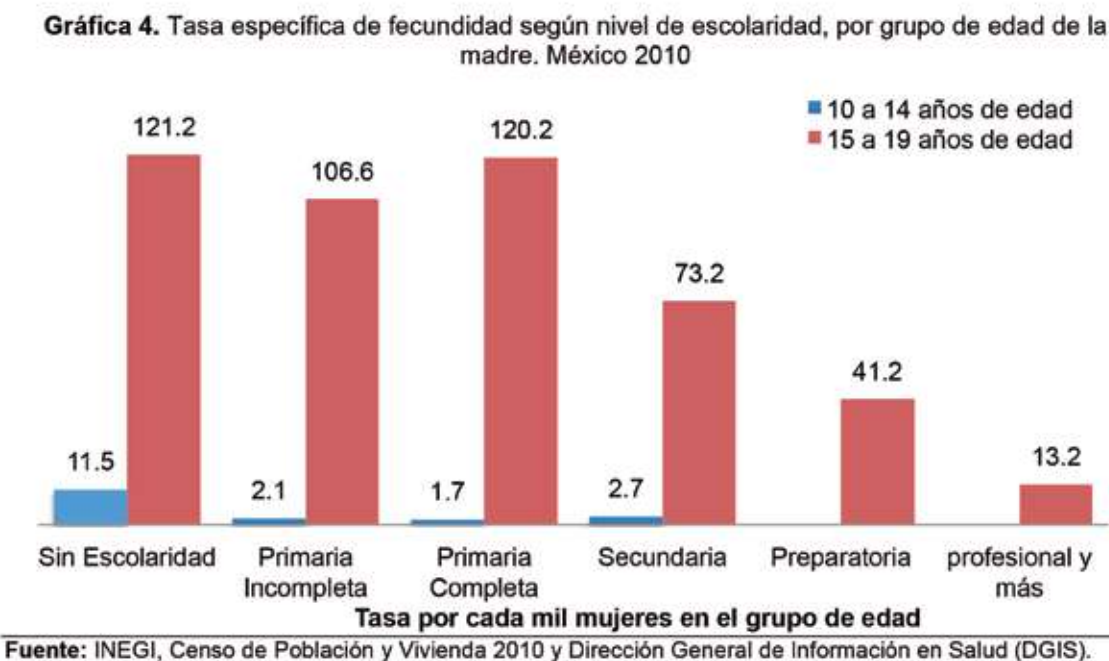


Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009.

Que haya disminuido menos la fecundidad adolescente se explica en parte por el hecho de que no han crecido las oportunidades para acceder a mayores grados de escolaridad ni el acceso a trabajos apropiados que les permitan seguir estudiando. Adicionalmente el aumento en la actividad sexual en adolescentes y la falta de uso regular de métodos anticonceptivos han sido importantes factores de las tendencias observadas. Según las estimaciones realizadas por CONAPO con base en la ENFES 1987 y la ENADID 2009, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que eran sexualmente activas pasó de 11.9% a 15.2% en esos 22 años.^{35, 36, 37}

1.3.3 Brechas en el embarazo en adolescentes y segmentos de atención

Los datos del Censo 2010, la ENADID 2009 y los certificados de nacimiento del SINAC, muestran que las principales brechas en la fecundidad adolescente se dan según grado de escolaridad, condición de habla de lengua indígena y tamaño de la localidad de residencia.



³⁵ Con base en otras fuentes como la Encuesta Mexicana de la Juventud, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que ha tenido relaciones sexuales alguna vez aumentó de 22.3% en el año 2000 a 27.2% en el 2005 y a 33.6% en el 2010. Por su parte, la ENSANUT 2012 también muestra aumentos en el porcentaje de adolescentes que han sido activos sexualmente, de 18% en 2000 a 26% en 2012 para los hombres; y de 16% a 21% para las mujeres.

³⁶ Entre la población de 12 a 19 años, la edad promedio de la primera experiencia sexual es a nivel nacional, de 15.5 años (15.3 en hombres y 15.7 en mujeres), con un rango entre entidades federativas de 15.1 a 16.0 años; entre las personas solteras que alguna vez han tenido actividad sexual, la edad es de 15.4 y entre las personas casadas de 15.7. Información de la Encuesta Nacional de la Juventud 2010. En la ENADID 2009, se calcula la edad promedio de la primera relación sexual en 15.9 para las mujeres de 15 a 19 años.

³⁷ Consejo Nacional de Población (2010), "La situación actual de los jóvenes en México, Serie de Documentos Técnicos", México, DF (2010), pág. 86.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad que tienen como tope la primaria completa o una menor escolaridad tienen una tasa de fecundidad casi tres veces más alta que las que han asistido a la preparatoria. Actualmente, terminar la primaria ya no resulta un factor protector contra el embarazo en la adolescencia. La tasa cae por debajo del promedio nacional solamente cuando terminaron la secundaria y continuaron estudiando. Entre las de 12 a 14 años, la tendencia es similar. Las que no tienen escolaridad tienen una tasa de fecundidad de 11.5 por cada 1,000, comparada con 1.7 por 1,000 para las que tienen primaria completa.³⁸ Así, el primer factor a considerar, como parte de una política pública, es la situación de permanencia escolar, con esfuerzos para reducir la deserción y el embarazo en las adolescentes escolarizadas, como para aumentar la reinserción de las y los que ya no asisten a la escuela. No obstante, también son necesarias intervenciones focalizadas que lleguen a la población adolescente que no asiste a la escuela.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad que trabajan fuera del hogar tienen una tasa de fecundidad menor (13 por 1,000) que las que no trabajan (71.6 por 1,000). En 2010, 44% de los hombres y 21% de las mujeres de 15 a 19 años de edad reportaron ser económicamente activos.³⁹ Los certificados de nacimiento de 2013 muestran que 88% de las madres de 15 a 19 años reportó dedicarse a las actividades del hogar, 7.7% a estudiar y 3.9% a trabajar fuera del hogar. Así pues, un segmento que deben considerar los programas de SSR es el de los y las adolescentes que no trabajan fuera del hogar –en especial si tampoco estudian– comparados con quienes trabajan y/o estudian.

Las adolescentes indígenas tienen una tasa de fecundidad más alta que las no indígenas. La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad hablantes de una lengua indígena es de 96.7 por 1,000 mujeres; la de las no indígenas, de 68 por 1,000. En el país existen alrededor de 1.4 millones de adolescentes que hablan alguna lengua indígena. Las entidades con mayor porcentaje de adolescentes que son hablantes de lengua indígena son Chiapas (29%) y Guerrero (28%). Chihuahua, San Luis Potosí, Oaxaca, Michoacán, Veracruz, Puebla e Hidalgo tienen un porcentaje mayor a 19% es decir, más del triple del promedio nacional (6.3%). Entre las adolescentes hablantes de lengua indígena existe un menor permanencia en la escuela, ya que cerca del 35% de la población adolescente indígena de 10 a 19 años y casi la mitad que se encuentra entre los 15 y 17 años de edad no asisten a la escuela. Los y las adolescentes indígenas, por lo tanto, son otro segmento diferenciado que deben alcanzar los programas de aumento de cobertura escolar y los de SSR.

La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años es menor según el tamaño de la localidad de residencia: en áreas rurales (65.3 por 1,000) la fecundidad es mayor que en localidades de 2,500 a 14,999 habitantes (62.4 por 1,000), respecto de las de 15,000 a 99,999 habitantes (57.6 por 1,000) y las de 100,000 o más habitantes (49.7 por 1,000 mujeres).⁴⁰

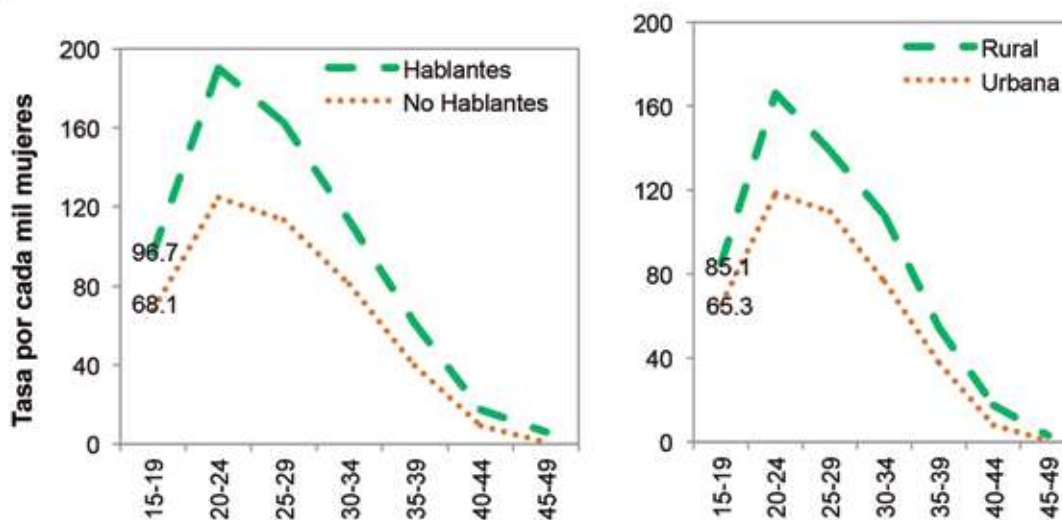
Los nacimientos en mujeres adolescentes, con respecto al total, se dan primordialmente en municipios con grado de marginación muy alto (21.36%) o alto (19.47%). Los nacimientos en mujeres menores de 15 años se ubican en municipios más marginados que los de mujeres entre los 15 y los 19 años de edad.

³⁸ Datos del Censo de población y vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

³⁹ Datos del Censo de población y vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

⁴⁰ Welti Chanes, Carlos. "La fecundidad en el Censo." Este País 11 de may. 2011: n. pág. Web. <http://estepais.com/>. 16 de junio 2014.

Gráfica 5. Tasa de fecundidad por edad, según tamaño de la localidad de residencia y condición de habla de lengua indígena México 2009



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la ENADID 2009.

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Juventud, se analizaron las transiciones en el ciclo de vida de las y los adolescentes de 12 a 19 años. En 60% de las 486,000 mujeres adolescentes unidas y con hijos y/o hijas, la unión y el primer nacimiento ocurrieron el mismo año. Menos de una tercera parte de las uniones (29.1%) precedieron por un año o más al nacimiento del primer hijo o hija.

Si bien un análisis de los certificados de nacimientos incluidos en el SINAC muestra que en 2013, cuatro de cada cinco partos de madres adolescentes se da dentro una unión establecida: del total de mujeres menores de 20 años que tuvieron un parto ese año, 62.3% declararon vivir en unión libre y 18.6% estaban casadas; lo cual no necesariamente significa que el embarazo haya ocurrido dentro de esa unión. Incluso entre las menores de 15 años que tuvieron un hijo o hija ese año, 72.5% declaran algún tipo de cohabitación. Así, la mayoría de las madres adolescentes no se identifican como madres solteras al momento del nacimiento de su primer hijo/a. Este tipo de uniones suele tener mayor inestabilidad, ya que la literatura muestra que las uniones que se dan en la adolescencia tienen cuatro veces mayor riesgo de disolverse en pocos años.⁴¹

El grupo de edad de 10 a 14 años también reviste especial interés por: a) la magnitud del fenómeno, b) la probabilidad de que la mayoría de la concepción en niñas de 10 a 14 esté vinculada con abuso o violencia sexual, c) que el riesgo de muerte materna es mayor en este grupo debido a los efectos fisiológicos, ya que no han culminado su etapa de mayor crecimiento y desarrollo cognitivo, socio-emocional, físico y psicológico.

En nuestro país, casi tres cuartas partes de las niñas de 10 a 14 años de edad que tienen un hijo o hija, están casadas o vive en parejas, lo cual entraña riesgos psicológicos y sociales. Asimismo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad casadas o unidas (16%) es casi tres veces mayor que la proporción de hombres de esta edad (6.2%) que reportan vivir en matrimonio o unión.

⁴¹ Gaviria A., Silvia Lucía y Roberto Chaskel. "Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial." CCAP, 12.3 (2013): 5-16. Web. <http://www.scp.com.co/>. 24 de Jun. 2014.

En suma, el matrimonio u otro tipo de unión, así como el embarazo y el parto a edades muy tempranas, con grandes diferenciales de edades respecto de la pareja, aumentan la vulnerabilidad de estas adolescentes; al propiciar el desequilibrio de poder al interior de la pareja y las pone en un riesgo continuo de abuso y violencia sexual basado en la construcción social de un enfoque de género no equitativo ni de igualdad.

1.3.4 Conocimiento y uso de anticonceptivos

En respuestas retrospectivas de la ENADID 2009, únicamente 37.6% de las mujeres entre los 15 y 19 años de edad dijeron haber usado un método en su primera relación sexual, un porcentaje bajo, pero mayor al reportado por las mujeres de los demás grupos quinquenales de edad (33.7% de las mujeres de 20 a 24 años y 9.3% de las mujeres de 45 a 49 años dijeron haber usado un método en la primera relación sexual⁴²), lo que muestra que a lo largo del tiempo se ha progresado en el uso de un método durante la primera relación sexual. Actualmente, entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, el método más usado en la primera relación sexual, fue el condón (89.3%), seguido por los hormonales (6.6%). Por tanto, aunado a que 62% de mujeres que no usó (ella o él) un método anticonceptivo, en su primera relación, las que sí lo hicieron tienden a usar métodos no tan efectivos⁴³ para evitar el embarazo.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la última relación, en la ENADID 2009, que entrevista solamente mujeres en este tema, 45% de las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas dijo haber usado algún método, principalmente el condón masculino (39%), DIU (23%), inyecciones y pastillas (10% cada uno), tradicionales (8%), implante subdérmico (6%) y, con 1% o menos, pastilla de emergencia, parche anticonceptivo, condón femenino y otros⁴⁴. Aunque se observa que existe una transición de métodos menos confiables a métodos más confiables, este cambio, en gran medida, es una consecuencia de haber tenido un hijo o hija y haber recibido un método en el posparto inmediato; pues 48% de las adolescentes que tienen un hijo o hija reciben un método en el hospital después de un evento obstétrico, principalmente el DIU; sin embargo, este porcentaje es menor que el de las mujeres de 20 a 29 años (56%) o el de las de 30 a 34 años (58%),⁴⁵ lo que muestra la necesidad de reforzar los programas de prevención secundaria del embarazo en adolescentes.

Respecto al uso de la PAE en la última relación sexual, las adolescentes de 15 a 19 años son el grupo de edad que más utiliza este recurso. En la ENADID 2009, 22.2% de las encuestadas declararon haber usado la PAE alguna vez, comparado con el 5.8% del resto de las entrevistadas. El conocimiento y uso de este método para evitar embarazos no deseados debe promoverse.

Los datos muestran que en los últimos años no ha aumentado el uso de métodos ni disminuido la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre las mujeres casadas o unidas de 15 a 19 años. La prevalencia de uso en 2009 era de 44.7%, prácticamente el mismo porcentaje que en 1997. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para este grupo poblacional de mujeres era de 24.8% en 2009, comparada con 26.7% en 1997. En ambos años, la demanda insatisfecha entre las adolescentes era la más elevada entre todos los grupos quinquenales de edad. Los niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos deben considerarse como una violación a los derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, una tercera parte

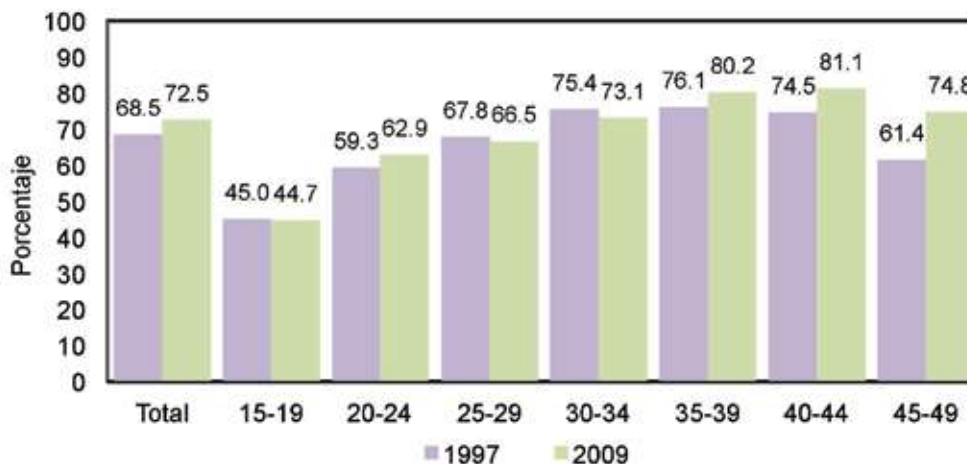
⁴² Estos datos son de la ENADID 2009. Los datos de la ENSANUT 2012 indican que solamente 15% de los hombres y 33% de las mujeres de 12 a 19 años no usaron un método en la primera relación sexual. Entre los jóvenes sexualmente activos de 12 a 15 años, se reporta que 12% de los hombres y 30% de las mujeres no usaron nada en su primera relación sexual; entre los 16 y los 19 años, se reporta que 14.6% de los hombres y 33% de las mujeres no lo hicieron. El método más usado en todos los casos fue el condón, representando más del 60 por ciento

⁴³ Según datos de la ENSANUT 2012 entre las adolescentes de 12 a 19 años, la mayoría declara haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. De los que usaron métodos en la última relación, se reporta que 59.8% usó condón y 7.1% métodos hormonales en su primera relación sexual.

⁴⁴ Según datos de la ENSANUT 2012 entre las adolescentes de 12 a 19 años sexualmente activas, el uso de métodos en la última relación fue: condón 44.8%, hormonales 10.9%, otros 8.3% y nada 36%.

⁴⁵ Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Gráfica 6. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad. México 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

de las mujeres de 15 a 19 años reportó su último embarazo como no planeado, incluyendo 13% que lo consideraba no deseado, lo cual señala que existe un porcentaje más alto que el de las mujeres entre los 20 y 29 años y casi igual al de las mujeres de entre 30 y 34 años de edad.⁴⁶

Las entidades en donde menos del 40% de las y los adolescentes reportaron haber usado un método anticonceptivo en la última relación fueron, de menor a mayor uso, Coahuila, Jalisco, Tabasco, Michoacán, Oaxaca, Zacatecas, Puebla y Durango. Y las entidades donde más del 50% reportaron haber usado un método anticonceptivo, de mayor a menor uso, Yucatán, Colima, Campeche, Nuevo León, Nayarit, San Luis Potosí, Baja California, Chihuahua, Quintana Roo, Aguascalientes, Querétaro, Distrito Federal, Baja California Sur, Chiapas y Sinaloa.

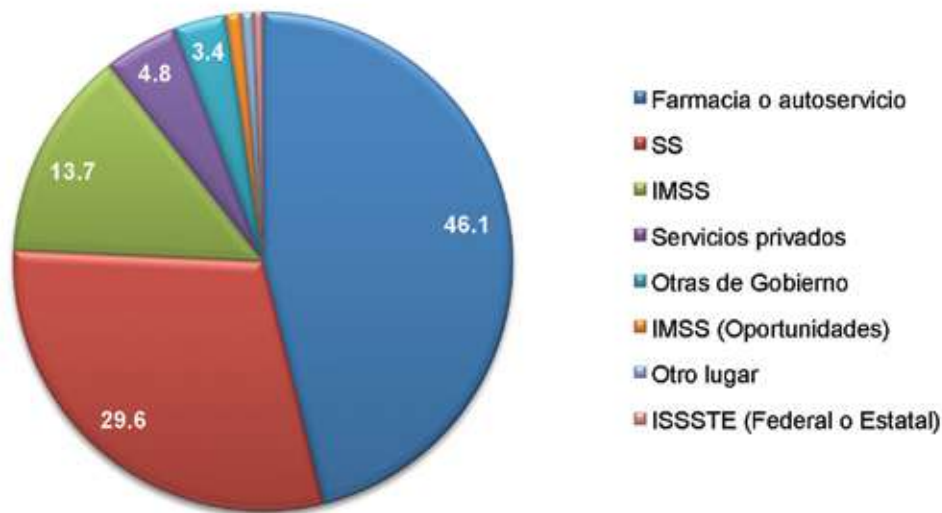
En cuanto a la fuente de obtención de anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, la principal son las farmacias (46.1%), la SS (29.6%), el IMSS (13.7%), consultorio o clínicas privadas (4.8%), otras instituciones del gobierno (3.4%), IMSS Prospera (antes IMSS Oportunidades) (1%), otro lugar (0.8%), ISSSTE estatal (0.4%) e ISSSTE (0.2%).⁴⁷ Esta información indica que las instituciones de salud del sector público han de fortalecer las estrategias de acceso de la población adolescente a métodos anticonceptivos y que es relevante establecer una colaboración intersectorial positiva con las asociaciones farmacéuticas con un gran potencial de impacto, en beneficio de la sociedad mexicana y en particular de las y los adolescentes y jóvenes, en concordancia con sus derechos.

Finalmente, la Encuesta Nacional de la Juventud preguntó a las y los adolescentes las razones por las que no habían utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La primera razón fue que no esperaban tener relaciones (49%); que su pareja no quiso (11.2% en total, 14% entre mujeres); que el entrevistado no había querido (9.3%); que no conocía los métodos (9.3%); el deseo de

⁴⁶ Datos de la ENADID 2009.

⁴⁷ Datos de la ENADID 2009.

Gráfica 7. Lugares donde obtienen anticonceptivos las usuarias de 15-19 años de edad México 2009



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009.

un embarazo (7%); la vergüenza de conseguir los métodos (5.9%); y que no se sentía igual (3.7%). Estos datos muestran que la falta de planeación, provocada por algunas actitudes negativas respecto a las relaciones sexuales en la adolescencia, es la principal razón que impide el uso de los métodos anticonceptivos y ocasiona el embarazo en adolescentes.

El rechazo social y la negación de la sexualidad en adolescentes, por una parte de la sociedad, coartan la probabilidad de que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad. Los prejuicios y actitudes que limitan el uso de métodos anticonceptivos pueden ser resultado de una educación sexual deficiente, de falta de información actualizada, de una cultura de discriminación a los jóvenes, de una falta de comprensión de lo que es la sexualidad, y, entre otros, de la falta de comunicación entre padres y madres con sus hijos/hijas acerca de asuntos relacionados con la sexualidad, el enfoque de género y la maternidad y paternidad.

Estos factores han demostrado influir en otros países, en México aún hay poca evidencia, por lo que es importante realizar estudios al respecto. A esto debe agregarse que la estrategia de recomendar el condón como único método para las y los adolescentes no es la más adecuada, ya que los datos muestran que las relaciones se dan de manera inesperada, y el uso del condón requiere planeación para tenerlo a la mano en el momento adecuado, por eso es importante la doble protección para adolescentes.

Con referencia a la educación sexual, hay que señalar que la población que no asiste a la escuela después de la educación básica, está en mayor desventaja de adquirir conocimientos integrales al respecto de los que asisten. Y se reconoce que los conocimientos de sexualidad que tienen las y los adolescentes frecuentemente están rodeados de miedos, inseguridades y tabúes, además de caracterizarse por información insuficiente, fragmentada y frecuentemente errónea. Aunque la educación sexual en las escuelas debería revertir estas deficiencias, diferentes estudios han encontrado que el personal docente con frecuencia omite los temas “incómodos”, incluyendo los relativos a la sexualidad relacionados al uso de anticoncepción, el disfrute del placer sexual y el aborto, por ejemplo. Esto se debe a concepciones personales influidas por estigmas, deficiencias en la formación inicial y continua sobre el tema, la falta de habilidades para tratarlo, al temor del rechazo de madres y padres que no quieren que este

tema se aborde en clases y a sus creencias de que la educación en sexualidad puede tener consecuencias negativas como “incentivar” o “dar permiso” a practicarla. A pesar de estas creencias difundidas entre los docentes, los estudios han encontrado que la educación sexual en las escuelas no hace más probable la actividad sexual adolescente, y sí el uso de métodos anticonceptivos entre aquellos que tienen relaciones sexuales previniendo con ello embarazos.⁴⁸ Se ha comprobado que la enorme mayoría de los padres y madres apoyan decididamente que se imparta la educación sexual, especialmente porque ellos no se sienten competentes en el tema, sienten que no pueden instruir a sus hijos e hijas y no quieren que comentan los mismos errores que ellos cometieron⁴⁹.

Los contextos y los factores socio-culturales históricos, tejidos con las cuestiones religiosas políticas y económicas, han limitado en las sociedades una educación sexual pertinente en las familias y comunidades tanto como en las escuelas. La falta o poca comunicación entre padres y madres con sus hijos e hijas; de los docentes con los y las adolescentes; de la sociedad en general con ellos y ellas ha sido una barrera para que se dé un cambio en la cultura de la educación sexual, donde se aborde no sólo lo biológico sino también lo socio-emocional, las cuestiones psicológicas y cognitivas, los derechos al respecto y las responsabilidades individuales y compartidas del ejercicio de la sexualidad que implica también la toma de decisiones al respecto.

La falta de acceso a los métodos también puede ser una razón del menor uso. Como se mencionó, algunos/as adolescentes dicen no haber usado métodos porque les daba vergüenza solicitarlos, es decir, porque perciben desaprobación social en general, del personal de las farmacias o de los servicios clínicos donde podrían conseguirlos. Esto muestra que algunos factores culturales podrían limitar el acceso efectivo a la protección contra el embarazo y las ITS. Otros aspectos que habría que mejorar para aumentar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, son la falta de fuentes de anticoncepción cercanas, el escaso conocimiento de los servicios gratuitos y la accesibilidad en los horarios de atención de los centros de salud

Actualmente, leyes, avances en la ciencia sobre el tema, el bono de la juventud en muchos países, los derechos de la niñez y adolescentes, las tecnologías de información y comunicación, entre otros, han provocado que haya un mayor interés en acercarse a los y las adolescentes y a las temáticas que les preocupan, para invertir en ellos y formar mejores ciudadanos/as con posibilidades para el mundo de un desarrollo sustentable con base en el desarrollo pertinente personal y colectivo en el marco de la diversidad los contextos socio-culturales.

1.3.5 Otras causas del embarazo en adolescentes

Como ya se ha visto, la precariedad socioeconómica y la pobreza son predictores del embarazo en adolescentes, aunque no son las únicas condiciones de su aumento en el país, pues también se da en otros contextos socioculturales.

La mayor parte de los factores asociados al fenómeno del embarazo en la adolescencia, tales como la unión temprana, actividad sexual muy precoz, desprotegida y forzada, la no asistencia a la escuela y la

⁴⁸ Ver Kirby, Douglas B. “The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior.” *Sexuality Research & Social Policy* 5.3 (2008): 18–27. Para estudios específicos en México, ver Pick de Weiss, S., Atkin, L.C., Gribble, J. y Andrade-Palos, P. (1991). “Sex, contraception and pregnancy among adolescents in Mexico City”. *Studies in Family Planning*, 22 (2), 74–82; Pick de Weiss, S., Andrade Palos, P., Townsend, J. y Givaudan, M. (1994). “Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes”. *Salud Mental*, 17(17), 25–31; y Pick, S., Givaudan, M. y Brown, J. (2000). “Quietly, working for school-based sexuality education in Mexico: strategies for advocacy”. *Reproductive Health Matters*. 8(16), pp. 92–102.

⁴⁹ Pick, S. y Andrade-Palos, P. (1995). “Impact of the family on the sex lives of adolescents”. *Adolescence*, 30 (119), 667–675; Pick, S. (1994). “¿Qué opinan los mexicanos respecto a la educación sexual?”. *Salud Reproductiva y Sociedad*, 1 (2), 10–14 y Pick de Weiss, S., Díaz-Loving, R., Andrade Palos, P. y David, H. (1990). “Effect of sexuality education on the sexual and contraceptive practices of female teenagers in Mexico City”. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3(2), 71–93.

falta de oportunidades laborales también están asociados a la pobreza. Desde esta perspectiva, el embarazo en adolescentes es síntoma o producto de la precariedad e inequidad socioeconómica del país.

Sin embargo, se ha demostrado que aun en condiciones de pobreza, la asistencia a la escuela y las oportunidades laborales pertinentes para el grupo etario de más de 15 años, tienen un factor protector contra el embarazo, por lo que pueden considerarse como uno de los principales medios de prevención. La mayor escolaridad está asociada con el retraso de la edad a la primera relación sexual, al matrimonio y al primer embarazo, con mayor uso de anticonceptivos y con ideales de tener una familia más pequeña y planificada. La evidencia señala que tener un plan de vida a largo plazo, sustentado en un proyecto que considere el estudio, trabajo u ocupación diaria en casa y fuera de ella, las redes de apoyo, son factores preventivos y protectores del embarazo adolescente; por el contrario, el no tener y realizar actividades sustantivas dignas para la persona y la sociedad, lleva a la adopción de la maternidad y la paternidad como una salida a la falta de oportunidades y expectativas de vida.

Los datos sugieren que algunos embarazos en la adolescencia denotan estar vinculados con la coerción, engaño o abuso.⁵⁰ El registro de nacimientos de la Secretaría de Salud muestra que en 60% de los registros de madres adolescentes, el padre es un hombre de 20 o más años, lo cual cuestionaría si las relaciones que llevaron al embarazo fueron consentidas o no.^{51, 52} Entre menor es la edad de la adolescente que es madre, mayor es la proporción de hombres (los padres) 10 años mayores o más que ellas: entre las niñas de 10 u 11 años de edad, esta proporción es de 31%; entre las de 12 a 14 años de 19%; y entre las mayores de 15 años de 11.5 por ciento. La mediana de la diferencia de edad entre el padre y la madre es de cinco años entre las madres menores de 15 años; mientras que entre las de 15 a 17 años son cuatro años y entre las de 18 y 19 años son 3 años. Del total de madres menores de edad, solamente uno de cada diez (10.8%) padres también tenían menos de 18 años al momento del parto. Entre las madres que dieron a luz antes de los 15 años, la proporción de padres mayores de edad crece al doble, es decir, sólo uno de cada cinco padres eran menores de edad y su edad media era de 20 años. Es contundente el dato, mientras menor edad tiene la madre, mayor probabilidad de que la pareja sea mayor y que exista una mayor desigualdad de poder entre ellos.⁵³ En parte, estas diferencias están sustentadas en las normas sociales e inequidades de género que son más tolerantes a la maternidad que a la paternidad adolescente, debido a que los varones pueden más fácilmente desentenderse, desconocer o no responsabilizarse del producto de las relaciones. Los roles y estereotipos tradicionales de género profundizan estas inequidades debido a que las mujeres cuentan con menor poder para decidir sobre su vida reproductiva. Los datos internacionales también muestran resultados similares. Como se vio anteriormente, la evidencia sugiere que el desbalance en las relaciones de poder entre hombres y mujeres es un factor especialmente importante como causa del embarazo entre las adolescentes indígenas.

Otras causas del embarazo en adolescentes poco documentadas en México, pero observadas en otros países, incluye el uso del alcohol y drogas, que pueden reducir la probabilidad de que las y los adolescentes tomen las medidas de protección adecuadas. En Estados Unidos, por ejemplo, se ha reportado que hasta tres cuartas partes de los embarazos adolescentes ocurren en un contexto de consumo del alcohol. Además, las relaciones sexuales en estas condiciones son de mayor riesgo, pues la intoxicación puede llevar al descuido en las prácticas preventivas.

⁵⁰ Echarri, Carlos. "Sobre la maternidad precoz." *México Social* 45 (2014): 38-41. Impreso.

⁵¹ Welte Chanes, Carlos. "Madres Adolescentes y derechos sexuales." *México Social* 45 (2014): 32-37. Impreso

⁵² *Ibid.*

⁵³ Estimaciones de Insad.

2. ANTECEDENTES PROGRAMÁTICOS

2.1 Antecedentes internacionales

La experiencia internacional permite identificar intervenciones que han demostrado ser útiles y aquellas que no han podido probar su utilidad o efectividad para reducir la tasa de embarazo en adolescentes.⁵⁴ Esta experiencia, junto con la nacional, sirve como referencia para la selección de estrategias e intervenciones de la ENAPEA. En la siguiente sección se abordan las intervenciones que han demostrado ser efectivas, para seguir después con las no efectivas.

2.1.1 Intervenciones efectivas

A grandes rasgos, las intervenciones que han demostrado su efectividad en la prevención del embarazo en adolescentes pueden clasificarse en 1) Educación integral en sexualidad en escuelas o en colaboración con las escuelas; 2) Servicios y clínicas amigas de los y las adolescentes; 3) Insumos adecuados y eficaces para la anticoncepción entre adolescentes; 4) Intervenciones basadas en medios de comunicación; 5) Políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral. Debe tenerse presente, sin embargo, que la efectividad de las intervenciones depende de que cumplan con diferentes atributos: 1) el apego a los modelos⁵⁵ (el grado en que la intervención se implementa de acuerdo con el diseño original); 2) la calidad con que se implementan las intervenciones; 3) la dosificación de la intervención: las intervenciones que se aplican con mayor intensidad y duración son más efectivas que las que tienen intensidad y duración limitadas, especialmente si las intervenciones buscan cambiar normas sociales bien establecidas e internalizadas; y 4) el alcance o cobertura de las intervenciones, es decir, la proporción de la población objetivo a la que llegan los mensajes y servicios.⁵⁶

2.1.2 Educación en sexualidad en escuelas

La experiencia de UNFPA demuestra que es importante que las intervenciones inicien temprano, a más tardar en la pre-adolescencia y que duren cuando menos dos años. Otras características destacadas por el UNFPA para la educación en sexualidad en el contexto escolar son: 1) fidelidad teórica; 2)

⁵⁴ Chandra–Mouli, V. “What has not worked: Evidence from research and evaluations of interventions that have not improved the sexual and reproductive health of adolescents”. *International Best Practices consortium meeting*, Washington DC, junio 2013.

⁵⁵ Se utiliza el concepto de “apego a modelos de intervención” en el mismo sentido que la literatura en inglés se refiere a la palabra “fidelity”.

⁵⁶ Durlak, Joseph A. y Emily P. DuPre. “Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation.” *American journal of community psychology* 41.3-4 (2008): 327-350.

servicios de salud vinculados a la escuela; 3) docentes capacitados; 4) inclusión de madres y padres y líderes comunitarios; 5) currículo integral que combine aspectos de SSR con competencias de negociación, aspectos vocacionales, trabajo o arte y educación; y 6) libertad para que el programa se adapte al sistema de valores y creencias de la comunidad.⁵⁷

Por su parte, la UNESCO ha identificado cinco buenas prácticas en instituciones educativas para facilitar el éxito de los programas de educación sexual: 1) longitud mínima de doce sesiones; 2) sesiones secuenciales a lo largo de varios años; 3) educadores/as capaces y motivados; 4) formación de calidad para educadores/as; y 5) apoyo a las y los docentes de educación sexual en la gestión, orientación y supervisión. Además, este organismo propone una lista de 18 características por las que se distinguen los procesos y currículos de educación sexual efectivos (Anexo 1).⁵⁸

Los programas educativos de promoción de la salud en general se pueden dividir en dos grandes grupos: los que buscan prevenir los riesgos, y los que buscan reducir el riesgo o disminuir sus consecuencias. En el caso de los programas de educación sexual, las estrategias de prevención de riesgo promueven la abstinencia y/o el retraso del inicio de la vida sexual, mientras que las de reducción de daño proveen información integral de sexualidad y género, cubriendo de manera extensa las opciones de anticoncepción y prevención de ITS, incluyendo cómo acceder a estas. En cuanto al contenido de los programas educativos sobre el tema, la experiencia internacional ha encontrado en múltiples estudios que la educación sexual que aborda de manera explícita los temas de anticoncepción y prevención de ITS, incluyendo VIH, desde un enfoque de reducción del daño tienen un mayor efecto que las que se limitan a promover la abstinencia, que generalmente no son efectivas.^{59, 60, 61}

Los programas de educación sexual comunitarios o vinculados con escuelas que incluyen a las madres y los padres para promover la comunicación sobre sexualidad en las familias también han demostrado impacto en estudios experimentales.⁶²

La ENAPEA, está a favor de un diseño y desarrollo curricular inclusivo en y a partir de los planes y programas de estudio nacionales generales, donde se aborde, de manera actualizada los contenidos sobre el tema de la sexualidad, y a favor de la inclusión docente que permita su mejor formación sobre los contenidos y desarrollo de competencias para la enseñanza de estos temas, además de favorecer en la medios una orientación sin prejuicios sobre la adolescencia, sus derechos, su salud sexual y reproductiva, y de la inclusión de escuelas, donde el tema sea visto como parte sustantiva de la formación de las y los adolescentes, en la comunidad educativa.

⁵⁷ Fondo de Población de Naciones Unidas, *Buenas prácticas en promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de adolescentes*, UNFPA – Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. Web. 2006. <http://lac.unfpa.org/public/pid/815>

⁵⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*, UNESCO, París, Web. 2010. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>.

⁵⁹ Fonner, Virginia A., et al. "School Based Sex Education and HIV Prevention in Low–and Middle–Income Countries: A Systematic Review and Meta–Analysis." *PloS one* 9.3 (2014): e89692.

⁶⁰ Maness, Sarah B. y Eric R. Buhi. "A Systematic Review of Pregnancy Prevention Programs for Minority Youth in the US: A Critical Analysis and Recommendations for Improvement." *Journal of Health Disparities Research and Practice* 6.2 (2013): 7.

⁶¹ Chin, Helen B., et al. "The effectiveness of group–based comprehensive risk–reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services." *American journal of preventive medicine* 42.3 (2012): 272–294.

⁶² Atienzo, Erika E., et al. "Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes." *Salud Pública de México* 53.2 (2011): 160–171.

2.1.3 Acceso efectivo a servicios clínicos de SSR especializados en adolescentes (“servicios amigables” o “clínicas amigas”)

La población adolescente enfrenta mayores barreras de acceso a los servicios de SSR y al uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia que otros grupos de edad. Además de los prejuicios del personal de salud, la influencia del conservadurismo y la intervención de actores no estatales (incluidos los religiosos); las barreras que enfrentan se refieren a accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud. La accesibilidad se refiere a que puedan obtener los servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, con o sin cita y en lugares, con horarios y costos al alcance de las y los que estudian o trabajan; la aceptabilidad, a que las y los adolescentes estén dispuestos a utilizar servicios atendidos por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales, con instalaciones atractivas e higiénicas, y donde se ofrezca información y educación en diferentes formatos. La igualdad se refiere a que las y los adolescentes de los diferentes grupos sociales puedan acceder a los servicios. A estas tres características se deben agregar que sean apropiados, es decir, que ofrezcan los servicios que la población adolescente necesita; y que sean efectivos, es decir, que se ofrezcan de manera correcta y contribuyan a su salud. Dado que diferentes grupos de adolescentes perciben como “amigables” distintos aspectos, el éxito de los servicios depende de que se hagan estudios para adaptarlos y adecuarlos de forma permanente, asegurando que cumplan con los estándares de calidad. Asimismo, es fundamental, que existan mecanismos que permitan que las y los adolescentes participen en el diseño y remodelación de las instalaciones.⁶³ Más allá de definir las características específicas de los servicios con base en evidencia local y actualizada, se ha comprobado que las dos principales características que deben cumplir los servicios amigables son el trato respetuoso y la garantía de protección de la confidencialidad.⁶⁴

Está demostrado que las y los adolescentes aumentan la utilización de un servicio cuando cumple con las siguientes cuatro características: 1) el personal que brinda la atención ha sido capacitado, se le orienta para que evite juicios y es amigable con las y los adolescentes que atiende; 2) se hace el esfuerzo para que las instalaciones sean acogedoras y atractivas; 3) se comunica a las y los adolescentes de la disponibilidad de los servicios de salud amigables y se les motiva a usarlos cuando los necesiten; y 4) existe comunicación con los miembros de la comunidad para promover y favorecer la importancia de la prestación de servicios de salud para adolescentes.^{65,66,67} Las últimas dos características subrayan la importancia de la publicidad por medios masivos, siempre y cuando los servicios cumplan con los estándares prometidos por la publicidad, pues es poco probable que la población adolescente regrese si no es así y probablemente desacredite al servicio ante sus pares.⁶⁸ Además en un estudio reciente se encontró que es importante la señalización de los servicios, el acceso gratuito, los horarios flexibles y

⁶³ Organización Mundial de la Salud. *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services*, OMS, Ginebra, Web, 2012. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

⁶⁴ Global consultation on adolescent-friendly health services. A consensus statement. Geneva, World Health Organization, 2002. Citado en Organización Mundial de la Salud. *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services*, OMS, Ginebra, Web, 2012.

⁶⁵ Dick B, Ferguson BJ, Chandra-Mouli V, et al, “Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries” en Dick B, Ferguson J, Ross DA, eds. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Cap. 6, OMS, Ginebra, 2006:151–199

Napierala Mavedzenge SM, Doyle AM, Ross DA. HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of Adolescent Health* 2011 49(6):568–586; Denno D M, Hoopes A J, Chandra-Mouli V. Providing adolescents sexual and reproductive health services and increasing adolescent demand and community support for their provision: What works? En prensa.

⁶⁶ Napierala Mavedzenge, Sue M., Aoife M. Doyle y David A. Ross. “HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review.” *Journal of adolescent health* 49.6 (2011): 568–586

⁶⁷ Denno D M, Hoopes A J y Chandra-Mouli V. *Providing adolescents sexual and reproductive health services and increasing adolescent demand and community support for their provision: What works?* Manuscrito del autor. 2014.

⁶⁸ *Ibidem*.

la reducción de tiempos de espera, así como la promoción extramuros, la información impresa y los módulos itinerantes para comunidades alejadas.⁶⁹

Cuando se mencionan los servicios amigables para adolescentes, frecuentemente se tienen en mente a clínicas o centros de salud que prestan servicios ambulatorios. Sin embargo, el concepto de servicios amigables para adolescentes se ha aplicado exitosamente en farmacias, centros educativos, centros comerciales, lugares de trabajo, estaciones de transporte y otros.

Como una alternativas de solución la ENAPEA tiene previsto impulsar el cambio hacia servicios amigables exitosos considerando lo antes dicho y reforzando la prevención de embarazos (el primero y los subsecuentes) en las y los adolescentes incluyendo –para el caso de los subsecuentes– componentes especiales para ellos y ellas en los programas hospitalarios de atención prenatal y anticoncepción post–evento obstétrico (APEO), que refuercen su capacidad de planeación y de toma de decisiones; así como durante las consultas de puerperio y las consulta denominadas de “Atención del Niño Sano”.

Según el nivel de atención y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM–005–SSA2–1993 de los Servicios de Planificación Familiar, estos deben incluir como mínimo la entrega de información confiable e insumos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia y los anticonceptivos de larga duración; debido a su importancia, en la siguiente sección se analiza el tema de los insumos anticonceptivos.

En ámbitos clínicos, es recomendable que los servicios amigables adopten una perspectiva de atención integral de las necesidades de salud sexual y reproductiva y, por tanto, aborden también los servicios de prevención, detección y atención de infecciones de transmisión sexual, los servicios de atención pre y post–natal, y referencias a servicios de atención parto. También es recomendable que los servicios para adolescentes no se limiten a la atención de la SSR, sino que adopten un enfoque integral de la salud, incluyendo por lo menos detección y referencia a servicios de atención de salud mental, obesidad y otros desórdenes metabólicos o alimenticios, prevención de adicciones, prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género. En ámbitos hospitalarios, los servicios deben incluir la atención del parto, los servicios de anticoncepción post–evento obstétrico, y el tratamiento de emergencias por aborto.

2.1.4 Métodos anticonceptivos que deben ofrecerse

Históricamente, los servicios de prevención del embarazo que se ofrecen a los y las adolescentes han enfatizado la promoción del condón como medio para una doble protección del embarazo y las ITS. Sin embargo, la tasa de falla del condón es de hasta 18%⁷⁰ en uso típico, y su efectividad depende del uso correcto y constante. Igualmente, la continuidad en el uso a los doce meses posteriores es de entre un tercio y la mitad de los que inician. Estas tasas de efectividad y continuidad son similares o mayores a las de los óvulos, jaleas y espumas, que también están entre las opciones más usadas por las personas adolescentes. La siguiente opción más promovida son las pastillas anticonceptivas, las cuales también tienen problemas de adherencia y continuidad en el uso, por lo que, al igual que el condón, ponen a las adolescentes en riesgo de embarazo. Los métodos anticonceptivos con menor probabilidad de falla son los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), como los inyectables, los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes.

⁶⁹ Católicas por el Derecho a Decidir, Datos aportados por la organización, 2014.

⁷⁰ Lisa M. Romero (CDC) a partir de Frieden, Thomas R. “A framework for public health action: the health impact pyramid.” *American Journal of Public Health* 100.4 (2010): 590–595

En la práctica, diversas barreras, principalmente médico–institucionales, han reducido el acceso de las y los adolescentes a los métodos más efectivos, especialmente de las personas que no están casadas o unidas. En México, la mayoría de las adolescentes que usan un método ARAP lo obtuvieron en un contexto de postparto o postaborto, de modo que se ha considerado principalmente un método de prevención secundaria, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, y las principales asociaciones gineco-obstétricas del mundo, incluyen los métodos ARAP entre las opciones de primera línea para las mujeres que estén por iniciar o hayan iniciado actividad sexual.^{71, 72, 73, 74} Antiguamente los consideraban como una opción poco adecuada para mujeres adolescentes que no hubieran tenido hijos o no tuvieran una pareja estable, debido a diversas creencias erróneas incluyendo: 1) que incrementan el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria infecciosa (EPII),⁷⁵ 2) que los métodos serían poco atractivos para las usuarias de menor edad,⁷⁶ 3) que tendrían alta discontinuidad en el uso; 4) que existe una mayor probabilidad de expulsión del DIU entre mujeres que no han tenido hijos (existen dispositivos intrauterinos para nuliparas o las que nunca se han embarazado o para adolescentes),⁷⁷ 5) por la opinión subjetiva de que no se justifica el uso de un método de largo plazo cuando sólo se tienen relaciones sexuales ocasionales, y 6) de que esos métodos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, lo que se resuelve recomendando en todos los casos el uso del condón como protección en todas las relaciones sexuales, en presencia o no de otro método anticonceptivo. Como consecuencia de todos estos factores, una gran parte del personal médico continúa sin recomendar estos métodos a las y los adolescentes, coartando su capacidad de elegir entre toda la gama de métodos anticonceptivos existente. A estas barreras médicas de acceso hay que agregar el desconocimiento de las y los adolescentes sobre las ventajas de los métodos ARAP,^{78, 79} Otra dificultad específica para el acceso y uso de los métodos ARAP,⁸⁰ cuando se usan servicios privados, es el desembolso inicial para la adquisición e inserción del método, pues requieren una visita a la clínica y, en el caso del sistema intrauterino hormonal (SIUH) y el implante transdérmico, el costo del dispositivo también es elevado.⁸¹ Sin embargo, una evaluación objetiva de costo-beneficio con una

- ⁷¹ Wellisch, Lawren D. y Julie Chor. "LARC First: What the General Pediatrician Needs to Know about IUDs and Contraceptive Implants." *Pediatric Annals* 42.9 (2013): 380–383.
- ⁷² Russo, Jennefer A., Elizabeth Miller, and Melanie A. Gold. "Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC)." *Journal of Adolescent Health* 52.4 (2013): S14–S21.
- ⁷³ McNicholas, Colleen, and Jeffrey F. Peipert. "Long-acting reversible contraception for adolescents." *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 24.5 (2012): 293–298.
- ⁷⁴ Russo, Jennefer A., Elizabeth Miller y Melanie A. Gold. "Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC)." *Journal of Adolescent Health* 52.4 (2013): S14–S21.
- ⁷⁵ Una revisión sistemática que incluyó estudios desde 1966 hasta 2005 concluye que, mientras que el riesgo de EPI es ligeramente mayor para mujeres que tuvieron una ITS en el momento de la inserción que para las que no la tienen, la contraindicación no se justifica, pues el riesgo es bajo en ambos casos (0–5% con ITS y 0–2% sin ITS). Deans, Elizabeth I. y David A. Grimes. "Intrauterine devices for adolescents: a systematic review." *Contraception* 79.6 (2009): 418–423.
- ⁷⁶ El estudio CHOICE que incluyó a más de 5,000 mujeres, encontró que en el grupo de 14–17 años, 69% eligieron un método ARAP, principalmente implantes hormonales, y 61% en el grupo de 18–20 años, principalmente el DIU o SIUH. Mestad, Renee, et al. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84.5 (2011): 493–498.
- ⁷⁷ El estudio CHOICE (op cit.) determinó que las tasas de continuación fueron de 81% después de un año en adolescentes de 14–19 y no difirieron significativamente de las observadas en mujeres mayores de 25 años. Por el contrario, la discontinuación de métodos de corto plazo fue significativamente mayor en el grupo de mujeres adolescentes que en el de mujeres mayores (53% contra 44% respectivamente). Igualmente, una revisión sistemática realizada en 2014 encontró que la tasa de continuación para DIU entre adolescentes es consistentemente similar o mejor que la de las pastillas anticonceptivas combinadas. Ver: Rosenstock, Jessica R., et al. "Continuation of reversible contraception in teenagers and young women." *Obstetrics and Gynecology* 120.6 (2012): 1298.
- ⁷⁸ Teal, Stephanie B. y S. Elizabeth Romer. "Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults." *Journal of Adolescent Health* 52.4 (2013): S35–S39.
- ⁷⁹ Whitaker, Amy K., et al. "Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 23.2 (2010): 116–120.
- ⁸⁰ Kavanaugh, Megan L., et al. "Meeting the contraceptive needs of teens and young adults: youth-friendly and long-acting reversible contraceptive services in US family planning facilities." *Journal of Adolescent Health* 52.3 (2013): 284–292.
- ⁸¹ Eisenberg, David, Colleen McNicholas y Jeffrey F. Peipert. "Cost as a barrier to long-acting reversible contraceptive (LARC) use in adolescents." *Journal of Adolescent Health* 52.4 (2013): S59–S63.

perspectiva de un año o más demuestra que la provisión gratuita de ARAP es muy eficiente en costos para el sistema público de salud.^{82, 83}

La importancia de mejorar el conocimiento sobre las ventajas que ofrecen los ARAP entre las y los adolescentes debe siempre entenderse dentro del marco de derechos, garantizando la oferta y entrega de la gama completa de anticonceptivos para respetar la libre elección de la población entre todos los métodos disponibles e incentivando la doble protección con el uso del condón y la corresponsabilidad de los hombres de todas las edades para la prevención de embarazos no deseados e ITS. La promoción de la doble protección, así como la distribución de condones masculinos, se debe de realizar a adolescentes de ambos sexos. La consejería individual y actividades educativas grupales vinculadas a la provisión de la anticoncepción deberán empezar a temprana edad tanto para mujeres como para hombres e involucrar la transmisión de conocimientos apropiados, actitudes positivas hacia los anticonceptivos y el condón así como competencias para elegir cuando tener relaciones sexuales, cómo negociar el uso de protección contra el embarazo y las ITS y cómo usarlos de manera correcta.

Otra opción que debe enfatizarse es la anticoncepción hormonal post coito, o de emergencia. En la práctica internacional se ha demostrado que puede ser recomendable la entrega anticipada de pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) a adolescentes porque reduce el tiempo entre el coito no protegido y la toma de la pastilla, incrementando su eficacia, sin causar diferencia alguna en los porcentajes de uso de otros anticonceptivos, en la incidencia de ITS, ni en la frecuencia de comportamientos de riesgo.^{84, 85} En México, desafortunadamente, un estudio reciente reporta que solamente 45% de una muestra de adolescentes de 19 años tenía conocimientos correctos sobre el uso de este método.⁸⁶ Según la evidencia internacional más reciente, la anticoncepción de emergencia hormonal, tomada dentro de las primeras 72 horas, previene cerca del 50% de los embarazos que ocurrirían en las mismas condiciones sin PAE,⁸⁷ aunque tiene cierta eficacia preventiva hasta las 120 horas posteriores al coito no protegido. No obstante, es importante subrayar que, cuando se puede acceder a ella, la anticoncepción postcoital con un DIU es mucho más eficaz, llegando hasta un 99% de embarazos prevenidos.⁸⁸ Esta información debe generalizarse entre la población adolescente para que puedan tomar decisiones informadas y protegerse mejor.

Es importante señalar que existen diferentes requerimientos de información y es indispensable considerar las diversas necesidades de orientación y atención entre las y los adolescentes de 10 a 14 años, los de 15 a 17 y los de 18 a 19 años de edad, las cuales van desde la madurez y comprensión de distintas situaciones hasta la gradualidad de su participación en la toma de decisiones. De igual manera las demandas de atención son muy diferentes entre las y los adolescentes casadas(os) o en unión y aquellas(os) que no lo están, no poseen una pareja estable o incluso no han iniciado su vida sexual. Por ello, cada situación habrá de ser abordada con respeto, dignidad y confidencialidad.

⁸² Blumenthal, P. D., A. Voedisch y K. Gemzell-Danielsson. "Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception." *Human Reproduction Update* 17.1 (2011): 121-137.

⁸³ Investigadores del Instituto Guttmacher y el UNFPA estiman que los costos anuales promedio los DIU e implantes en América Latina, incluyendo gastos de personal, insumos y el método en sí, son de \$3.80 y \$7.35 dólares respectivamente, mientras que estos costos ascienden a \$14.58, \$10.16 dólares para inyectables y pastillas. Ver: Singh, Susheela y Jacqueline E. Darroch. "Adding it up: Costs and benefits of contraceptive services." *Guttmacher Institute and UNFPA* (2012).

⁸⁴ Ekstrand, Maria, et al. "Twelve-month follow-up of advance provision of emergency contraception among teenage girls in Sweden—a randomized controlled trial." *Uppsala journal of medical sciences* 118.4 (2013): 271-275.

⁸⁵ Este metanálisis no encontró un efecto poblacional de reducción de tasa de embarazos por la provisión anticipada, en comparación las que usan la PAE sin tenerla antes. Ver: Rodriguez, Maria I., et al. "Advance supply of emergency contraception: a systematic review." *Contraception* 87.5 (2013): 590-601.

⁸⁶ Leyva-López, Ahidee, et al. "Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos." *Salud Pública de México* 52.2 (2010): 156-164.

⁸⁷ Glasier, Anna. "Emergency contraception: clinical outcomes." *Contraception* 87.3 (2013): 309-313.

⁸⁸ Cleland, Kelly, et al. "The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience." *Human Reproduction* 27.7 (2012): 1994-2000.

2.1.5 Uso de medios de comunicación masiva: información, educación y comunicación (IEC), acciones para el cambio conductual (ACC), mercadeo social y contenidos educativos de entretenimiento

Las campañas en medios se cuentan entre las prácticas más frecuentes para difundir información, fomentar comportamientos de prevención de conductas de riesgo, crear conciencia entre diversos grupos sociales y promover cambios sociales entre personas de diversas edades. La promoción de la salud, dentro de estas campañas, se divide a grandes rasgos en acciones de 1) información, educación y comunicación (IEC) para generar conocimientos que faciliten la toma de decisiones; 2) acciones para el cambio conductual (ACC), que incentivan y refuerzan las conductas favorables basadas en teorías de comportamiento de salud; y 3) campañas de mercadeo social, que utilizan las técnicas publicitarias para crear necesidades guiadas o establecer normas sociales de “lo deseable” en la población objetivo, apelando a sus deseos y ofreciendo la gratificación inminente o inmediata a cambio de la conducta promovida.⁸⁹ El mercadeo social ha demostrado el mayor impacto sobre conductas tales como la comunicación con madres y padres⁹⁰ y el uso de servicios de información como *hotlines*, mensajes de texto y redes sociales cuando la población objetivo es segmentada cuidadosamente y existe una comprensión cabal de sus valores para poder influir en el segmento.⁹¹ También se ha alcanzado el cambio conductual difundiendo contenidos educativos, incluyendo temas de educación sexual y prevención del embarazo, en telenovelas, series, *reality shows* y otros formatos de entretenimiento en radio, televisión; así como los nuevos medios electrónicos y dispositivos móviles.^{92, 93, 94, 95} Por ejemplo, *Sixteen and Pregnant*, una serie documental sobre madres adolescentes difundida por el canal MTV, con una estimación de reducción de hasta un 5.7% en la incidencia de los embarazos adolescentes en Estados Unidos.⁹⁶ Inicialmente, la serie creó controversia y críticas de que daba glamour al embarazo en adolescentes y desviaba la percepción de riesgo de las televidentes. Sin embargo, después de ver el programa las adolescentes buscaron recursos y servicios de SSR para evitar verse en situaciones como las retratadas. El éxito depende no sólo de los mensajes, sino de lograr que los productores de contenido televisivo se comprometan con la estrategia nacional. En todos los casos es necesario asegurarse que los mensajes promuevan contenidos apropiados y de interés para la audiencia objetivo. Esto sólo se puede lograr por medio de investigación formativa que dé a conocer los problemas y preocupaciones que enfrentan las y los adolescentes que se embarazan, así como las consecuencias que podrían disuadirlos de ciertas conductas o alentarlos a usar métodos de anticoncepción efectivos. Este tipo de información debe permitir adaptar mensajes a diferentes sectores de la población para intervenciones focalizadas y también debe servir para ilustrar cuáles temas aplican a los sectores más amplios de la población. Está demostrado que los mensajes son más efectivos cuando son consistentes con las estrategias de otras instituciones y generan sinergias, en lugar de competir unas con otras y crear confusión entre las y los adolescentes.⁹⁷

⁸⁹ Willoughby, Jessica Fitts. “Everyone Has Questions Developing a Social Marketing Campaign Promoting a Sexual Health Text Message Service.” *Social Marketing Quarterly* 19.4 (2013): 265–278.

⁹⁰ Davis, Kevin C., W. Douglas Evans y Kian Kamyab. “Effectiveness of a National Media Campaign to Promote Parent–Child Communication About Sex.” *Health Education & Behavior* 40.1 (2013): 97–106.

⁹¹ Banda, Julie. “Preventing teen pregnancy: When the promise of a bright future is not enough.” Presentada en la 141a Reunión y Exposición Anual de la American Public Health Association Exposition, Boston, 2–6 de noviembre, Web, 2013.

⁹² Jones, Rachel, Donald R. Hoover y Lorraine J. Lacroix. “A randomized controlled trial of soap opera videos streamed to smartphones to reduce risk of sexually transmitted human immunodeficiency virus (HIV) in young urban African American women.” *Nursing Outlook* 61.4 (2013): 205–215.

⁹³ Barker, Kriss. ““Soaps” for Social and Behavioral Change.” en K. Barker, *Strategic Urban Health Communication*. Springer, Nueva York, 2014. 37–51.

⁹⁴ Selkie, Ellen M., Meghan Benson y Megan Moreno. “Adolescents’ views regarding uses of social networking websites and text messaging for adolescent sexual health education.” *American Journal of Health Education* 42.4 (2011): 205–212.

⁹⁵ Singhal, Arvind y Everett M. Rogers. *Entertainment–education: A communication strategy for social change*. Routledge, 1999.

⁹⁶ Kearney, Melissa S. y Phillip B. Levine. *Media Influences on Social Outcomes: The Impact of MTV’s 16 and Pregnant on Teen Childbearing*. Documento de trabajo del NBER No. w19795. National Bureau of Economic Research. Web. 2014. <http://www.nber.org/papers/w19795>

⁹⁷ Demby, Hilary, et al. “Implementation lessons: The importance of assessing organizational “fit” and external factors when implementing evidence–based teen pregnancy prevention programs.” *Journal of Adolescent Health* 54.3 (2014): S37–S44.

2.1.6 Programas de desarrollo juvenil y expansión de oportunidades

Las mayores tasas de fecundidad adolescente se observan casi invariablemente entre quienes viven en situación de máxima vulnerabilidad. Las niñas y adolescentes más afectadas son las pobres, sin escolaridad, en comunidades indígenas, rurales, en uniones tempranas (forzadas o no), o bien, en zonas urbanas de alta marginación. El común denominador de estas situaciones suele ser la falta de perspectivas de mejora en el futuro. Los programas de desarrollo juvenil y ampliación de oportunidades buscan ampliar las opciones educativas y laborales, y empoderar a estas adolescentes. En 2007, una revisión global publicada en la revista *Lancet* encontró que enfocarse en el desarrollo juvenil y la promoción de factores protectores consistentemente reduce los embarazos y propicia la prevención de ITS en mayor medida que otras estrategias.⁹⁸ Estas intervenciones elevan el costo personal de un embarazo no deseado al cambiar las perspectivas a largo plazo de las y los adolescentes y proporcionando alternativas en el corto plazo.

Los tipos de acción que han logrado mayor impacto son las que inciden directamente en las oportunidades educativas y proveen incentivos o bajan los costos de permanecer en la escuela. Como se observó en el diagnóstico, abandonar la escuela hace más probable una unión temprana, un primer embarazo y embarazos subsiguientes. Asimismo, el embarazo provoca el abandono de la escuela. Las intervenciones enfocadas a evitar la deserción escolar o incentivar el regreso a la escuela han contribuido a reducir de manera significativa tanto el primer embarazo como los subsecuentes. Los programas de transferencias condicionadas (el Programa de Inclusión Social, PROSPERA, antes denominado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en México), han demostrado en Brasil, Colombia y Perú que pueden aumentar la retención escolar y con ello, reducir la incidencia de embarazos.⁹⁹ En África se reportó una experiencia en la que al cabo de un año se redujo 30% los matrimonios y 40% los embarazos, así como un diferimiento de la vida sexual de 38% de las beneficiarias en comparación con el grupo de control.¹⁰⁰ En México, la proporción de adolescentes beneficiarias del PDHO que reportaron estar o haber estado embarazadas alguna vez (15-19) prácticamente no ha cambiado entre 1992, 2006 y 2009, en que fueron 18.1%, 16.5% y 18.5% de las encuestadas, respectivamente. No obstante, se observaron incrementos de asistencia escolar y hubo un aumento en el uso de anticonceptivos del 13% al 19% entre 1992 y 2009.¹⁰¹ Los autores plantean como hipótesis que a través de estos factores, determinantes próximos de la fecundidad, el programa podría tener un impacto. Es recomendable revisar el programa para explotar su potencial en la reducción de embarazos, pues en otros países se ha demostrado que el éxito de los programas de transferencias condicionadas en la educación depende de que la definición de las condicionalidades proporcione incentivos suficientes a las y los estudiantes para aplazar la llegada del primer hijo o hija.¹⁰² En el Reino Unido, el país europeo con mayor tasa de fecundidad temprana, se ha hecho un llamado para que, además de intervenciones que afecten los factores próximos a nivel individual, como conocimientos de salud sexual, se implementen intervenciones complementarias con un enfoque socio-ecológico que busquen incidir en determinantes más amplios del fenómeno. Los autores de una revisión sistemática apuntan que las mejoras en el acceso a los servicios no consiguen reducir la incidencia del problema por sí mismas.¹⁰³ En cambio, las inter-

⁹⁸ Bearinger, Linda H., et al. "Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential." *The Lancet* 369.9568 (2007): 1220–1231.

⁹⁹ Azevedo, J. P., Favara, M. Haddock, S.E. et al., *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC: Banco Mundial-LAC, PDF en Web, 2012

¹⁰⁰ Baird, Sarah, et al. "The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women." *Health economics* 19.S1 (2010): 55–68.

¹⁰¹ Darney, Blair G., et al. "The Oportunidades Conditional Cash Transfer Program: Effects on Pregnancy and Contraceptive Use Among Young Rural Women in Mexico." *International perspectives on sexual and reproductive health* (2013): 205–214.

¹⁰² Cortés, Darwin, Juan Gallego y Darío Maldonado. *On the design of education conditional cash transfer programs and non education outcomes: the case of teenage pregnancy*. No. 3531. CESifo working paper: Economics of Education, Web, 2011.

¹⁰³ Imamura, Mari, et al. "Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review." *The European Journal of Public Health* 17.6 (2007): 630–636.

venciones que buscan reducir actitudes de desinterés y bajas expectativas, mediante acciones enfocadas a mejorar la ética escolar, fortalecer las relaciones en la escuela y la reinserción escolar, o bien que promueven expectativas positivas por medio de actividades para mejorar las perspectivas e inserción laboral, por ejemplo, desarrollando capacidades para la vida, educación vocacional o capacitación en oficios, han resultado más efectivas.¹⁰⁴

2.1.7 Ejemplos de estrategias multisectoriales de largo plazo

En años recientes, varios países han anunciado estrategias multisectoriales con apoyo político de alto nivel. Las iniciativas que se describen a continuación tienen enfoques distintos pero siempre incluyen varios componentes y la participación de todos los sectores (gobierno, iniciativa privada, sociedad civil, academia). Además, apoyan intervenciones para atender diferentes factores del problema, por ejemplo, para mejorar la prestación de servicios, incrementar la calidad de la educación sexual dentro y fuera de las escuelas, afianzar la colaboración comunitaria y con las familias, así como para establecer alianzas con otros sectores para potenciar los cambios esperados.

- *Estados Unidos*: La Iniciativa Presidencial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes se basa en financiar organizaciones comunitarias, gubernamentales o escuelas para que implementen intervenciones basadas en evidencia con efectividad demostrada. También financia proyectos de investigación y demostración.¹⁰⁵ Una fortaleza de este esfuerzo es el énfasis en el monitoreo y evaluación de las intervenciones, lo que permite ampliar la evidencia que las sustenta y el aprendizaje sobre los factores programáticos efectivos.¹⁰⁶ Cinco organizaciones civiles nacionales con amplia experiencia en temas de SSR fungen como receptoras principales del financiamiento. Además, la iniciativa financia directamente una organización “Title X”, es decir, que recibe fondos federales para brindar servicios de anticoncepción a personas de bajos ingresos y otras ocho instituciones asociadas estatales y comunitarias que implementan proyectos basados en evidencia. La Oficina de Salud de los Adolescentes (OAH por sus siglas en inglés) publica una lista que contiene modelos financiables de eficacia probada, que podrían adaptarse al contexto mexicano.¹⁰⁷
 - ❑ Esta estrategia se considera un modelo a seguir por haber logrado reducir la tasa de fecundidad adolescente de 47.7 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2000 a 26.6 en 2013. La tasa de reducción ha aumentado paulatinamente, el descenso en un solo año (2012 a 2013) fue de 10 por ciento.¹⁰⁸
- *Reino Unido*: la Estrategia para el Embarazo Adolescente inició en el año 2000 con la meta de reducir a la mitad la tasa de fecundidad adolescente para el 2010. La estrategia incluyó un plan de acción de 30 puntos en cuatro áreas temáticas: 1) acción conjunta a nivel nacional, regional y local, con líneas presupuestales etiquetadas para el tema en los tres niveles de gobierno; 2) mejorías en la prevención con base en una educación sexual integral de mayor calidad y acceso a servicios anticonceptivos amigables; 3) una campaña de comunicación nacional dirigida a adolescentes, sus madres y padres; 4) apoyo social coordinado para madres y padres adolescentes para que regresen

¹⁰⁴ Harden, Angela, et al. “Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies.” *BMJ* 339 (2009).

¹⁰⁵ Kappeler, Evelyn M. y Amy Feldman Farb. “Historical context for the creation of the Office of Adolescent Health and the Teen Pregnancy Prevention Program.” *Journal of Adolescent Health* 54.3 (2014): S3–S9.

¹⁰⁶ Farb, Amy Feldman, et al. “From Mission to Measures: Performance Measure Development for a Teen Pregnancy Prevention Program.” *Journal of Adolescent Health* 54.3 (2014): S15–S20.

¹⁰⁷ Puede consultarse una lista de los tipos de proyectos financiados en: http://www.hhs.gov/ash/oah/oah-initiatives/teen_pregnancy/resources/db/programs.html.

¹⁰⁸ Estados Unidos, Department of Health and Human Services Office of Adolescent Health. *Trends in Teen Pregnancy and childbearing*, Web, 2014. <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/trends.html>

a la escuela o al trabajo. Además de acciones para la población general, la iniciativa focaliza grupos considerados en situación de alta vulnerabilidad (adolescentes en programas gubernamentales de atención, adolescentes sin ocupación alguna y menores internados en centros penitenciarios). Además, la tasa de embarazos en menores de 18 años es un indicador de salud pública que deben reportar todos los gobiernos municipales y se establecieron metas a nivel localidad, mejorando así la rendición de cuentas y el monitoreo de la estrategia.

- ❑ Los logros de la estrategia británica le han dado gran notoriedad, pues bajó la tasa de embarazo en menores de 18 años en 41% de 1998 a 2012, pasando de 46 embarazos por cada 1,000 mujeres de 15 a 17 años a 27.7. Sólo el último año, la reducción fue de 9.8 por ciento.¹⁰⁹
- **Perú:** el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes involucra a los ministerios de salud, de la mujer, de educación, de justicia y del trabajo. El plan establece que estas instituciones deben coordinarse para llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia en los ámbitos que competen a cada institución.¹¹⁰ Una fortaleza del programa es que está planteado a largo plazo (2012–2021) y se espera que dé continuidad a intervenciones exitosas.
- **Honduras:** la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEAH) está basada en seis líneas estratégicas: 1) Intervenciones basadas en la familia, comunidad y sector educativo para prevenir la ocurrencia del primer embarazo; 2) provisión de servicios de salud de calidad e integrales para adolescentes a nivel ambulatorio y hospitalario dirigidos a la prevención del primer y subsiguiente embarazo; 3) desarrollo de las competencias de los recursos humanos para responder a las necesidades en salud de la población adolescente; 4) generación de información estratégica; 5) alianzas estratégicas entre el gobierno, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional, así como con la comunidad, las familias y los medios de comunicación; y 6) coordinación política de alto nivel a cargo de la Secretaría de Estado (ministerio del interior) y una mesa técnica conformada por la Secretaría de Salud con representantes de las Secretarías de Estado, agencias de cooperación, representantes de organizaciones no gubernamentales, escuelas formadoras de recursos, sociedades médicas y de enfermería, grupos organizados de adolescentes, organizaciones basadas en fe y otras vinculadas con el tema.
- **Sierra Leona:** la estrategia nacional para la reducción del embarazo en adolescentes (2013–2015), “Let Girls be Girls, not Mothers”, basada en cinco pilares vinculados con: 1) entorno normativo; 2) acceso a servicios de SSR; 3) información y educación sexual integral; 4) empoderamiento de adolescentes y jóvenes en sus comunidades; y 5) establecimiento de mecanismos de coordinación, monitoreo y evaluación.¹¹¹

2.1.8 Intervenciones no efectivas

Las intervenciones que han demostrado poca o ninguna efectividad incluyen a los modelos comunitarios de educación por pares y los centros juveniles.¹¹²

¹⁰⁹ University of Bradfordshire, *Teenage Pregnancy Knowledge Exchange*, Web. 2014. <http://www.beds.ac.uk/howtoapply/departments/healthsciences/teenage-pregnancy-knowledge-exchange>

¹¹⁰ Perú, Ministerio de Salud, *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012–2021*, UNFPA/AECID, Lima, Web, 2011. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Plan-Multisectorial-PEA-2012-2021.pdf>

¹¹¹ República de Sierra Leona, Presidencia de la República. *Let girls be girls!: National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy (2013–2015)*, K4Health Youth Policy Toolkit, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Web, 2014. <https://www.k4health.org/toolkits/youthpolicy/let-girls-be-girls-not-mothers-national-strategy-reduction-teenage-pregnancy>

¹¹² Chandra–Mouli, V., et al. “Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access”. *Reproductive Health*, 11.1 (2014), 1.

Los centros de atención para adolescentes son lugares que ofrecen información y servicios de una manera amigable y segura, en un medio ambiente no amenazante. Una revisión de 18 programas con centros para adolescentes mostró que su mantenimiento es costoso; que los usan principalmente hombres que viven cerca del centro y están al final de la adolescencia; que son usados principalmente con fines de recreación; que no había o había poco uso de los servicios e insumos de SSR; y que el costo por beneficiario era muy alto.¹¹³

Los modelos comunitarios de educación por pares han sido impulsados en las últimas décadas por organizaciones sin fines de lucro y algunas agencias gubernamentales. En este tipo de intervención se busca capacitar a adolescentes para que difundan información veraz, confiable y correcta entre sus compañeros y compañeras de la misma edad, y para que entreguen métodos anticonceptivos, especialmente condones y otros de barrera, a las y los sexualmente activos. Las ventajas percibidas de esta estrategia son que permite el intercambio de información entre adolescentes de la misma edad y estatus social, el contacto frecuente con una fuente de información confiable y el abastecimiento de métodos en un contexto amigable. También ofrecen la oportunidad de llegar a adolescentes a los que difícilmente se puede captar con estrategias tradicionales.

Sin embargo, cinco meta-análisis han concluido que los programas de pares tienen efectos limitados en la promoción de conductas seguras y en el mejoramiento de la salud.^{114,115,116,117,118} Cuando se compara con grupos control, no se han encontrado diferencias significativas en términos de, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes sexualmente activos o el uso de un método en la última relación sexual, aunque en algunos casos se ha observado que los programas han logrado reducir el estigma. En general, se considera que los modelos de pares pueden ser más efectivos cuando los promotores juveniles se dedican a sensibilizar y referir a servicios y a expertos.¹¹⁹

Además de los problemas de diseño metodológico de las intervenciones de educadores de pares, se han identificado otros problemas que están relacionados con la participación de las y los adolescentes y jóvenes en el desarrollo de estos programas. Por ejemplo, no hay diagnósticos de necesidades; no se involucra a la población adolescente en el diseño de intervenciones de pares; no hay claridad en los roles, expectativas y límites de la participación de las y los adolescentes y de quienes manejan los programas; hay un problema con la selección de las y los pares, pues no se realiza un estudio de las redes sociales de adolescentes, y usualmente quienes participan se auto nominan, y se convierten en colaboradores de más de un programa a la vez; hay participación diferenciada de hombres y mujeres dependiendo del contexto; hay bajas tasas de retención y hay una falta de incentivos, incluyendo económicos, para la permanencia en los programas; no hay seguimiento después de las capacitaciones iniciales; y por

¹¹³ Zuurmond M.A., Geary R.S. y Ross D.A. "The effectiveness of youth centers in increasing the use of sexual and reproductive health services: A systematic review". *Studies in Family Planning* 43.4, (2012) 239–254.

¹¹⁴ Harden, Angela, Ann Oakley y Sandy Oliver. "Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs." *Health Education Journal* 60.4 (2001): 339–353.

¹¹⁵ Medley, Amy, et al. "Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis." *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* 21.3 (2009): 181.

¹¹⁶ Kim, Caron R. y Caroline Free. "Recent evaluations of the Peer-Led approach in adolescent sexual health education: A systematic review." *Perspectives on sexual and reproductive health* 40.3 (2008): 144–151.

¹¹⁷ Maticka-Tyndale, Eleanor y Jessica Penwell Barnett. "Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review." *Evaluation and program planning* 33.2 (2010): 98–112.

¹¹⁸ Tolli, M. V. "Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies." *Health education research* 27.5 (2012): 904–913.

¹¹⁹ Ver, por ejemplo, Michielsen, Kristien, et al. "Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial." *BMC public health* 12.1 (2012): 72

último, no existe diferenciación del tipo de información proveniente de personas profesionales adultas de la proporcionada por las y los pares adolescentes.¹²⁰

2.1.9 Conclusiones y recomendaciones a partir de la experiencia internacional

1. En medios masivos tradicionales, así como en medios electrónicos y redes sociales, las intervenciones deben basarse en teorías comprobadas y sustentarse en el conocimiento de la población objetivo, difundiendo contenidos que puedan generar interés para las y los adolescentes. Las acciones en medios masivos deben buscar el cambio de conductas, pero especialmente la modificación de normas sociales nocivas para la población adolescente.
2. La calidad de los servicios debe estar acompañada de esfuerzos de comunicación estratégica y mercadeo social para promover que las y los adolescentes se acerquen a pedir la información, los servicios y los métodos que necesiten. Los servicios de calidad que no logran despertar demanda sostenida terminan por perder apoyo y presupuesto. Los servicios que se promueven y no cumplen con la calidad prometida desincentivan el uso continuado.
3. Debe asegurarse el abasto ininterrumpido de anticonceptivos en servicios amigables para adolescentes, incluyendo pastillas anticonceptivas de emergencia y ofrecer toda la gama de métodos, incluyendo a los ARAP, entre las opciones de primera línea para todas las niñas o adolescentes que hayan iniciado actividad sexual o estén próximas a hacerlo, sin dejar de enfatizar la doble protección con el condón, para prevenir ITS.
4. La Educación integral en sexualidad debe promoverse en las escuelas, en la comunidad y con las madres y los padres. En el contexto escolar debe hacerse énfasis en la integralidad de la capacitación y/o formación del personal docente, la planeación de los programas y los contenidos del currículo.
5. Debe asegurarse la colaboración interinstitucional y multisectorial para enfrentar el problema en varios niveles. Debe involucrarse, aparte del sector salud, el sector educativo, el sector laboral, el sector social, organizaciones de la sociedad civil y la iniciativa privada.
6. El nivel de intervención determina la magnitud del impacto, por lo que debe darse prioridad a intervenciones estructurales y en el nivel comunitario.

2.2 Antecedentes en México

Los antecedentes de los programas de anticoncepción en el sector público se dan a partir de la promulgación de la Ley General de Población en 1974, la modificación del artículo 4 Constitucional y del artículo 25 del Código Sanitario en 1973, que garantizaron el derecho de las personas a ejercer de manera libre, responsable e informada, la decisión sobre cuándo y cuántos hijos e hijas tener. En 1972, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) empezó a ofrecer servicios de planificación familiar a mujeres con riesgo de complicaciones en el embarazo y aborto cuyos casos hubieran sido aprobados por un comité. La prestación de servicios de esta índole en la Secretaría de Salud (SS) inició en 1973 en áreas urbanas y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1974. En 1977, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) diseñó la primera Política Demográfica Nacional y Regional que explicitó el objetivo de disminuir la tasa de crecimiento de la población y el primer Plan Nacional de Planificación Familiar, 1976-1982, que incluía entre sus líneas

¹²⁰ Villa-Torres, L; Svanemyr, J. "Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive Health Policies and Programs". *Journal of Adolescent Health*. En prensa.

la atención a adolescentes. En 1977, CONAPO creó el Programa Nacional de Educación Sexual, con el diseño de materiales en este tema.¹²¹

Los primeros pasos en los programas para atender adolescentes se dieron en la década de los ochenta. En 1981 el IMSS creó el Departamento de Orientación y Educación Sexual para Adolescentes. En 1984, la SS capacitó a personal de atención primaria de la salud de la Ciudad de México y otras ciudades grandes del país para que proporcionaran a las y los adolescentes orientación en sexualidad y planificación familiar. En 1993, la SS convocó a una reunión en la que organismos nacionales e internacionales analizaron la situación de la salud reproductiva del adolescente y promulgaron la Declaración de Monterrey, que sirvió de base para iniciar un programa de atención a la salud integral de adolescentes, con énfasis en su salud reproductiva. El desarrollo de estrategias para adolescentes fue también impulsado por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, cuyo Programa de Acción pidió proteger y promover los derechos de las y los adolescentes para la educación, la información y el cuidado de la SSR mediante programas y servicios en un marco basado en derechos.¹²²

2.2.1 Antecedentes de las políticas de población

El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) creado en marzo de 1974, fue una institución pionera en el desarrollo de acciones de comunicación del Programa Nacional de Planificación Familiar y jugó un papel relevante en el país para la modificación de comportamientos y actitudes de la población en torno al tamaño de la familia y los ideales reproductivos. El éxito de las campañas de comunicación en la década de los años ochenta, por el cual México recibió varios reconocimientos, derivó de una estrategia de comunicación intersectorial y la vinculación con la iniciativa privada, basadas en estudios rigurosos de las necesidades de las audiencias. De esta etapa se consideran como emblemáticas, las telenovelas producidas por Televisa como “Ven conmigo”, “Acompáñame” y “Vamos juntos”. De manera paralela, se desarrollaron radionovelas como “Por amor a mi pueblo” y se produjo la mayor cantidad de materiales impresos de difusión en la historia del país. La continuidad de las campañas de comunicación en medios masivos, como estrategia de reforzamiento fue fundamental para este proceso, en ellas destacan los spots “Vámonos haciendo menos”, “La familia pequeña vive mejor” y “Planifica, es cuestión de querer”¹²³. Sin embargo, fue hasta 1985 cuando se inicia la producción de materiales dirigidos específicamente a adolescentes, con la creación de la serie radiofónica *Zona Libre*, que el CONAPO y el Instituto Mexicano de la Radio transmitieron en vivo semanalmente en 1989, para adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años de edad residentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, con el fin de fomentar que definieran su proyecto de vida y proporcionarles información para prevenir los embarazos no deseados, promover el retraso de la unión y valorar permanentemente el cumplimiento de sus metas personales. Otros formatos de comunicación dirigidos a jóvenes incluyeron la línea telefónica confidencial “De Joven a Joven”, que operó de 1994 a 1996 con cuatro líneas, y ofreció servicios de información y referencia a servicios públicos y privados las 24 horas del día y los 365 días del año,¹²⁴ la línea telefónica *Planificatel*, creada en 1997 con el mismo fin vigente en 2015 con un horario de atención de las 9:00 a 21:00 horas, todos los días de la semana y la página web *Planificanet* (www.planificanet.gob.mx), creada en 2004 y que ofrece información y

¹²¹ Investigación en Salud y Demografía, S.C., 2011. “Hacia la documentación de estrategias para la atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente”. Documento interno.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Urbina Fuentes, Manuel y Anamely Monroy, 1982. “Educación en planificación familiar” en *La revolución demográfica de México, 1970–1980*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

¹²⁴ CONAPO, 1999. “Demandas de diálogo e información de los jóvenes” en *La situación demográfica de México, 1998*. México: SEGOB–CONAPO.

orientación sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida y derechos sexuales y reproductivos.¹²⁵ También vigente en 2015.

En la década de los noventa, el CONAPO trabajó conjuntamente con los Consejos Estatales de Población y destacó por su trabajo intersectorial con la SEP en el desarrollo de contenidos educativos y mediante la articulación de acciones con las 17 dependencias que integran el pleno del CONAPO; por la realización de trabajos técnicos que nutrieron las políticas oficiales, como estudios y diagnósticos sociodemográficos sobre adolescentes y la evaluación de múltiples programas de salud, desarrollo social y comunicación.

A partir del 2000 las prioridades de las políticas de población y salud sexual y reproductiva se descuidaron y se dejaron de monitorear las acciones realizadas por las 17 dependencias del pleno, lo que explica la falta de impacto en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. En 2010 se difundieron dos campañas de comunicación “Un condón es más confiable que el destino” y “Tú decides: infórmate; es tu derecho, ¡protégete!”, sobre prevención del embarazo en adolescentes e ITS, conformada por spots de radio (incluyendo en 12 lenguas indígenas) y TV, materiales impresos para el transporte público y un cine–minuto para jóvenes en salas de cine de todo el país. Su primera campaña se relanzó en 2012 para fortalecer la prevención integral del embarazo adolescente no planificado e infecciones de transmisión sexual.¹²⁶ Con motivo del Día Mundial de la Población se difundió el spot de radio de la Campaña de Comunicación Social para la Prevención Integral del Embarazo Adolescente No Planificado e Infecciones de Transmisión Sexual en su versión “Mochila”, el cual se transmitió durante la semana del 9 al 15 de julio por tiempos oficiales.¹²⁷

2.2.2 Secretaría de Salud

En 1994, la Secretaría de Salud inició el Programa Nacional de Adolescentes con énfasis en la SSR, antecedente del programa “En Buen Plan. ...Planifiquen”, que operó con módulos en las unidades de salud, atendidos por personal médico, de psicología y de trabajo social; y con módulos móviles en centros de salud seleccionados por la SS hasta el año 2000. Este programa ofrecía servicios para la prevención y atención del embarazo en adolescentes y llevó a cabo una campaña permanente de información, educación y comunicación (IEC) en prensa, radio, TV, con materiales didácticos, promocionales, audiovisuales y gráficos, exposiciones itinerantes, ferias de la salud en escuelas, universidades y centros de reunión de jóvenes. Sin embargo, una evaluación llevada a cabo en 1998 mostró que las y los adolescentes atendidos en los módulos de adolescentes tenían más conocimientos, pero mantenían o conservaban las mismas actitudes, valores y prácticas que los jóvenes atendidos por otras instituciones; y que la mayor parte de los servicios otorgados eran consultas de atención prenatal a adolescentes embarazadas.¹²⁸

En el año 2001, el recién creado Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CEN-SIA) inició el Programa de Acción para Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA), integrado por 17 programas de acción, atendiendo temas de salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental, adicciones, vacunación, suplementos y dotación de micronutrientes, así como por 11 de las 14 acciones del Paquete Básico de Servicios de Salud (dependiendo de la región). Sin embargo, el énfasis se puso en la atención del motivo de consulta, la consejería integral y la re-

¹²⁵ “Planificatel”. www.conapo.gob.mx. [Consultado el 11/ 08/ 2014].

¹²⁶ “Campaña de Comunicación Social para la Prevención Integral del Embarazo Adolescente No Planificado e Infecciones de Transmisión Sexual”. www.conapo.gob.mx. [Consultado el 11/ 08/ 2014].

¹²⁷ “Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012”. www.conapo.gob.mx. [Consultado el 15/ 09/ 2014].

¹²⁸ Dirección General de Salud Reproductiva, 2000. Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.

ferencia y canalización de las personas de 10 a 19 años, incluyendo aquellos para orientación sexual y reproductiva. Se capacitaron a 145 profesionales de la salud en aspectos de género y sexualidad en ocho entidades federativas y en 75 jurisdicciones sanitarias del país, y a adolescentes en aspectos de sexualidad y prevención de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, no se encontró documentación que diera cuenta de la sistematización, continuidad o impacto del programa.

En el periodo 2007–2012, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) lanzó el primer Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Su objetivo general fue “contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual”. Sus principales estrategias se basaron en promover acciones de IEC; mejorar el acceso y calidad de los servicios en SSR; sensibilizar a los prestadores de servicios para mejorar su competencia técnica en la atención de las necesidades de este grupo de población; y mejorar los sistemas de información a fin de conocer, monitorear y evaluar sus avances.

Los servicios amigables para adolescentes se incrementaron de 455 en 2005 a 887 en 2012.¹²⁹ Actualmente los módulos están instalados en las 32 entidades federativas del país. Para fortalecer los servicios, entre 2008 y 2010 se distribuyeron casi 800,000 materiales didácticos impresos, se capacitó a 138 prestadores de servicios y se creó el portal <http://yquesexo.com.mx>, al que ingresaron en promedio 8,000 usuarias(os) por año desde su creación en 2004.¹³⁰ Sin embargo, una evaluación realizada por una asociación civil en 2008, en cinco unidades con servicios amigables, encontró una brecha entre el estándar normativo y las prácticas institucionales, ninguna unidad cumplió con todos los criterios para la amigabilidad de un servicio de SSR para adolescentes.¹³¹

Un estudio conjunto del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)¹³² evaluó la prestación de servicios del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) en las tres principales instituciones médicas de México. En la SS se encontró que la gama de servicios de SSR que se ofrecen a las y los adolescentes es apropiada (incluye principalmente la consejería, la detección, el tratamiento de ITS, y la entrega de métodos anticonceptivos), salvo en el caso de los anticonceptivos de emergencia, que resultó muy deficiente. El análisis de las actividades de consejería y educación mostró que la consejería sobre el uso de condones era una de las actividades más importantes, especialmente a hombres, aunque no existía un criterio homogéneo sobre la edad a la que pueden proporcionarlos. Las actividades educativas explicaban lo que es el condón, qué previene, cómo utilizarlo y cómo retirarlo; además, lo distribuían. En la clínica entregaban condones sólo cuando los solicitaban; si el módulo no tenía, remitían a las y los adolescentes a otro departamento. Las pláticas sobre uso de condón y su dotación se dificultaban cuando las madres de los y las adolescentes estaban presentes, de hecho algunos prestadores señalaban que la información a menores de edad se debía realizar en presencia de los padres y/o madres. Se identificó que había una insuficiente recomendación de la doble protección y que los prestadores tenían dificultades para desarrollar actividades con estudiantes de primaria, pero no con los de secundaria o mayores, que estaban más interesados en los temas impartidos. También se observó que no se contaba con espacios específicos para llevar a cabo las actividades educativas. La conclusión fue que las y los

¹²⁹ Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2012. Sexto informe de Gobierno de Felipe Calderón 2012. Presidencia de la República, Ciudad de México.

¹³⁰ Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006–2012*. <http://www.salud.gob.mx/cdi/pot/2012/fXV/Informes/TMP-IRC-CNEGSR-FINAL-310712.pdf>. [Consultado el 17/ 09/ 2014].

¹³¹ Católicas por el Derecho a Decidir y Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir, 2009. *Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Experiencias y percepciones de las/os adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz*. México D.F.: Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

¹³² Valdivia–Ibarra R, Lombana–Ruiz J, Lazcano–Ponce E, Rojas–Martínez R, (Eds.), 2013. *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

prestadores requerían más horas de capacitación y alcanzar mayor homogeneidad en el uso de guías, manuales o protocolos específicos para la atención a adolescentes.

Debe señalarse que el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente 2007-2012, no contó con presupuesto propio los años 2007, 2008 y 2010, lo que imposibilitó la implementación sólida del mismo; y que el Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente se divulgó hasta finales del 2012, por lo que las acciones realizadas fueron muy heterogéneas, con actividades desarticuladas, sin lograr los resultados ni los objetivos planteados. El proceso de capacitación a prestadores de servicios fue muy limitado y tuvo una débil articulación con el ámbito comunitario.

Como instancia rectora y normativa, la SS ha desempeñado un papel relevante en la emisión de las normas oficiales mexicanas de salud, que son de aplicación obligatoria para el territorio nacional. En este sentido, es importante destacar la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM 005–SSA2–1993 para la prestación de los servicios de planificación familiar que en el año 2004 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación. Ésta incluyó oficialmente la consejería en planificación familiar, la introducción de la anticoncepción de emergencia como una estrategia gratuita para prevenir los embarazos no deseados y la atención de las y los adolescentes en los servicios de salud. A pesar de este avance, aun se requieren estrategias de información a las y los adolescentes y de capacitación al personal de salud que garanticen la oferta, el acceso y la calidad a los mismos.¹³³

Cabe señalar que actualmente se encuentra en revisión la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2010, para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Será fundamental su publicación para el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sin la presencia de un adulto o tutor. Como se observó anteriormente, la confidencialidad de los servicios es uno de los elementos de mayor relevancia para las y los adolescentes y que se considera en esta ENAPEA.

2.2.3 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

En 1989, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) desarrolló el programa *Desarrollo Integral del Adolescente (DIA)* en escuelas y unidades del DIF a fin de atender a adolescentes no escolarizados en dos fases. El objetivo era promover en la población adolescente conductas responsables, autodisciplina y las oportunidades de estudiar y de capacitarse. En la primera fase se abordaban los temas sobre desarrollo físico y psicológico incluía la prevención de infecciones de transmisión sexual, orientación sexual y planificación familiar, dirigida a madres y padres y adolescentes. La segunda fase consideraba la capacitación y orientación, actividades deportivas, culturales, recreativas, informativas, educativas y de salud, así como la participación comunitaria. En 1997, el SNDIF impulsó el *Programa de Prevención y Atención de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA)*, dirigido a la población de entre 12 y 18 años de zonas urbanas marginadas y a adolescentes en riesgo y embarazadas en 318 municipios de 27 estados del país.

El PAIDEA funcionaba con dos vertientes: la preventiva y la de atención.¹³⁴ La de prevención proporcionaba talleres con ejercicios interactivos, información y orientación de temas relativos a valores, autoestima, asertividad, toma de decisiones, SSR, entre otros. La de atención se enfocaba a la formación de grupos de madres, padres y embarazadas adolescentes, en los que se promovían esquemas de participación autogestora entre las y los integrantes, generando la reflexión, así como la prevención de

¹³³ Schiavon, Raffaella. “Estado actual de la anticoncepción de emergencia en México” en *Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva en México*. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3483/9.pdf> [Consultado el 17/ 09/ 2014].

¹³⁴ Fátima Juárez, José Luis Palma, Susheela Singh y Akinrinola Bankole, 2010. “*Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*”. Nueva York: Guttmacher Institute.

riesgos y el fortalecimiento de factores de protección. Se ofrecían además servicios tales como apoyo alimentario, canalizaciones, asistencia psicológica, odontológica y psicológica. A partir de 2010, se promueven el “Taller de Prevención del Embarazo Adolescente”, para reflexionar sobre el ejercicio responsable de su sexualidad, la toma de decisiones y la prevención del embarazo en la adolescencia; y el “Taller Prenatal y Postnatal para Adolescentes”, para dar conocimientos sobre el autocuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio. En 2010, los 31 sistemas estatales DIF reportaron acciones para la prevención y atención del embarazo en adolescentes en cuatro modalidades: 1) talleres preventivos de orientación y estimulación temprana para hijas e hijos de madres adolescentes; 2) pláticas y conferencias; 3) canalizaciones; y 4) capacitación en el trabajo.

Actualmente el Sistema Nacional DIF, cuenta el “Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes” que incorpora cinco acciones sustantivas: 1) formación comunitaria; 2) atención integral; 3) conformación de redes de apoyo; 4) formación a personal de los Sistemas Estatales y Municipales DIF (SEDIF y SMDIF) y 5) coordinación institucional. Es un Modelo que contempla a la adolescente inmersa en una familia y en su comunidad, por lo que las vertientes de atención como de prevención se focalizan en éstos ámbitos. La vertiente de atención se proporciona a través de un Albergue, actualmente en operación, como también del equipo multidisciplinario de los Sistemas Estatales DIF que llevan a cabo la Estrategia de Embarazo en Niñas y Adolescentes.

2.2.4 IMSS Prospera (antes IMSS Oportunidades)

En 1998, el IMSS Solidaridad diseñó el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR) para atender las necesidades de 2.3 millones de adolescentes del medio rural. Actualmente, el MAISAR opera en 80 hospitales rurales y 3,589 unidades médicas rurales (UMR)¹³⁵; integra estrategias de capacitación, acercamiento de los servicios a través de los Centro de Atención al Adolescente (CARA) (espacio creado dentro de la UMR o en Hospitales Rurales), organización y participación comunitaria, comunicación educativa y promoción social. La estrategia de acercamiento de los servicios es la principal línea de acción que incluye en sus intervenciones a la comunidad, maestros, padres y madres de familia.

Los CARA cuentan con diversos materiales que pueden variar de acuerdo a cada centro: una bibliotecaCARA, con libros y materiales didácticos; una videoCARA con material audiovisual, televisión, videocasetera, minicomponente y computadora; un buzón, donde quienes asistan puedan dejar sus dudas, comentarios y sugerencias; un periódico mural para informar sobre temas de sexualidad, desarrollo humano y salud reproductiva, dar anuncios y responder a preguntas; y un recipiente de condones de libre acceso para todas y todos. En los CARA hay equipos juveniles formados por líderes, adolescentes capacitados/as por el personal de salud para recibir y orientar a sus pares que acuden por primera vez; organizar o producir el material didáctico para los talleres educativos; informar a otros/as adolescentes y a la comunidad en general sobre los servicios que ofrecen. En el período 1994–2007, bajo el marco de las acciones del trabajo comunitario se registraron 11,887 equipos juveniles activos y 30,636 animadores formados en los CARA, organizados para alcanzar la meta de dar información personalizada sobre SSR prevención de adicciones y protección de la salud a 2.5 millones de adolescentes en los centros. Además, se realizaron 26,747 módulos ambulatorios para el fomento de la SSR, y 10,253 encuentros educativos para compartir experiencias.¹³⁶

Una evaluación del MAISAR realizada en 2014 por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en 2004 encontró que: más del 80% de las UMR contaban con un diagnóstico situacional y un

¹³⁵ IMSS, 2014 <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssProspera/estadisticas/02–Infraestructura.pdf>, [consultado el 15/01/2015].

¹³⁶ Gómez–Vinales, Carolina et al. “El IMSS en Cifras. Acciones integrales de salud en el Programa IMSS–Oportunidades” en *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 46.2 (2008): 223–232.

plan de trabajo para el CARA; cumplían las metas operativas de módulos ambulantes, encuentros educativos, consejería, equipos juveniles, grupos de adolescentes embarazadas y sesiones educativas; y los CARA transformaban algunas actitudes de las y los adolescentes, pero no lograban transformar las creencias de las comunidades y las familias. Las principales recomendaciones fueron integrar a las y los adolescentes no escolarizados; hacer registros para estimar la cobertura poblacional real del MAISAR; realizar un análisis costo-beneficio; estandarizar la capacitación para médicos pasantes en servicio social; incrementar la actualización del personal de salud sobre las necesidades de las y los adolescentes, las técnicas participativas y el manejo de grupos; y profundizar en los procesos de cambio de actitudes y comportamientos. Sin embargo, no se analizó el impacto sobre el embarazo en adolescentes. Desde 2007, el programa de IMSS Oportunidades, en la actualidad IMSS Prospera, hace menos énfasis en la SSR de adolescentes en zonas rurales y se centra más en su salud en general.

2.2.5 Instituto Mexicano del Seguro Social

En el régimen ordinario, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementa desde 2006 la estrategia de Programas Integrados de Salud, conocida como PREVENIMSS para acercar los servicios de salud¹³⁷ y orientar a las y los adolescentes para que tomen decisiones informadas para proteger su salud. La población juvenil tienen una escasa asistencia a las Unidades Médicas Familiares (UMF), por lo que el programa JUVENIMSS ofrece capacitación de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y nutriólogas) en escuelas primarias, secundarias y de nivel medio superior, que se imparte de manera lúdica y con materiales elaborados por las y los asistentes, con el objetivo de que desarrollen su creatividad y presenten alternativas distintas que modifiquen o confirmen una adecuada toma de decisiones. A las y los adolescentes que terminan todos los temas se les invita a convertirse en promotores-educadores voluntarios, para que a su vez, formen a nuevos grupos de 20 a 25 alumnos, los cuales se capacitan en 16 temas básicos.¹³⁸ El JUVENIMSS incrementó la cobertura del Programa de Salud del Adolescente de 53.7% en 2006 a 93.2% en 2012, con más de 300 mil jóvenes registrados y capacitados en materia de prevención y educación. El principal logro es el incremento de adolescentes que dijeron usar condón en la última relación sexual, de 59.9% a 72.3%, entre 2006 y 2010.

El estudio de 2012 del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el INMUJERES mostró que el JUVENIMSS capta jóvenes asegurados vía la prestación denominada “Seguro escolar/facultativo” invitando al alumnado a participar en una capacitación que dura una semana intensiva, en la que personal de la unidad médica y el personal médico invitado, expone temas de salud en los que se incluyen los de salud sexual y reproductiva.

El IMSS, mediante la Coordinación de Bienestar Social, trabaja en sus Unidades Operativas de Prestaciones Sociales (Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas, Centros Artesanales y Centros de Extensión de Conocimientos) en la atención a niñas, niños y adolescentes, en la promoción de la salud física, cognoscitiva, emocional y social, así como en la prevención de enfermedades y accidentes. Las diversas acciones que se ofrecen a este importante sector de la población van desde actividades de expresión artística en las diferentes manifestaciones; capacitación y adiestramiento técnico; práctica de actividad física y deportes individuales y de conjunto, considerando al Instituto como un semillero de talentos en ésta área. Además se ofrecen actividades educativas para fortalecer la corresponsabilidad y una cultura del autocuidado de la salud, con temas de: educación sexual y salud reproductiva, prevención de obesidad, habilidades para la vida, prevención de adicciones, entre otros. Cabe señalar

¹³⁷ Instituto Mexicano Del Seguro Social. “La Mejor Estrategia de Educación y Promoción en Salud para Derechohabientes Comunicado” en *El vocero digital*. <http://www.elvocerodigital.com/notas/n2012-10-0809:34:49>. [consultado el 28/11/2014].

¹³⁸ UNAM, 2010. Salud del Adolescente. www.facmed.unam.mx/deptos/salud/cvyda/pscv/guiastecnicas/04_adolescentes_contenido.pdf. [consultado el 17/09/2014].

que la atención llega tanto a derechohabientes como no derechohabientes; población urbana, rural e indígena.

Los servicios que ofrece el IMSS tanto en Prestaciones Médicas como Prestaciones Sociales, están diseñados para atender a las diferentes etapas de desarrollo del ser humano, congruente con la OMS, donde afirma que la salud hay que abordarla desde el punto de vista integral.

2.2.6 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En 1998, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inició un programa de *Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes*; instaló en 1999, 35 módulos de servicio para adolescentes en centros de salud de diferentes estados de la República, que daban especial atención a los embarazos y partos a temprana edad y desarrollaban eventos culturales, recreativos y educativos para promover la consejería y los servicios de SSR, especialmente el uso correcto del condón.¹³⁹

2.2.7 Secretaría de Educación Pública

El Programa Sectorial de Educación engloba a la educación básica –preescolar, primaria y secundaria–, media superior y superior, así como la educación inicial, especial e indígena así como a las dependencias desconcentradas como la Universidad Pedagógica Nacional, la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), entre otras. La Secretaría de Educación Pública (SEP) cuenta cada año con programas sujetos a Reglas de Operación.

En la educación primaria, la educación sexual está incluida en los programas de estudio, en los libros de texto gratuitos de 4º y 5º grados, se desarrollan los temas de los órganos sexuales, y en los de 6º grado se explican las etapas de crecimiento del adolescente, los cambios hormonales, corporales, las consecuencias de las relaciones sexuales, del embarazo en adolescentes y se integra información sobre métodos anticonceptivos y VIH Sida.

En la educación secundaria, conforme al acuerdo 384 del 2006 se incluye la educación sexual desde una concepción amplia de la sexualidad que incorpora las dimensiones de afecto, género, reproducción y disfrute; las actitudes de aprecio y respeto por uno/a mismo/a y por las y los demás; el manejo de información veraz y confiable para la prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos tempranos y situaciones de violencia; se plantea que las y los alumnos reconozcan la sexualidad como: 1) una expresión de la afectividad humana vinculada al ejercicio responsable de la libertad personal; 2) un conjunto de prácticas sociales y culturales diversas que adquieren significados particulares en diferentes contextos históricos y geográficos; 3) una práctica que entraña derechos y responsabilidades, así como el respeto a la dignidad humana; 4) una forma de convivencia humana donde prevalece el trato igualitario y el respeto mutuo y, 5) una vertiente de la cultura de la prevención donde la identificación de factores de riesgo y de protección constituye una condición para su mejor disfrute. La inclusión en el currículo de temas relacionados con la educación sexual y la igualdad de género se considera en las asignaturas Ciencias I y Formación Cívica y Ética I y II.¹⁴⁰

¹³⁹ “Impulsa el instituto servicios de información sexual para jóvenes” <http://informatica.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/noviembre99/portada28noviembre.html>. [consultado el 22/08/2014].

¹⁴⁰ Secretaría de Educación Pública. ACUERDO número 384 por el que se establece el nuevo Plan y Programas de Estudio para Educación Secundaria. Diario Oficial de la Federación, 26/05/2006. <http://educacionespecial.sep.gob.mx/escuela/documentos/CurriculumBasica/Secundaria/Plan/Acuerdo384.pdf>. [consultado el 22/08/2014].

El Programa Sectorial de Educación 2007-2012.¹⁴¹ introdujo de manera explícita el tema de sexualidad en la educación media superior (EMS) al incorporar contenidos de aprendizaje y prácticas orientadas a la reflexión y la generación de actitudes saludables hacia la sexualidad, el cuidado de la salud y del medio ambiente, la práctica del deporte, y el aprecio por el arte y la cultura. En la EMS se implementó el proyecto *Construye T*,¹⁴² que busca crear comunidades educativas que favorezcan la inclusión, la equidad, la participación democrática y el desarrollo de competencias individuales y sociales de las y los adolescentes para que permanezcan en la escuela y sensibilizar al estudiantado sobre la importancia de una vida sexual saludable y responsable, promoviendo que las y los estudiantes identifiquen los principales riesgos asociados a una vida sexual sin protección. De 2008 hasta 2012, *Construye T* formó 32 comités estatales y 1,531 comités escolares establecidos en cada escuela participante, con una cobertura de alrededor de 1.2 millones de estudiantes.¹⁴³ Sin embargo, no se ha informado sobre los impactos de estas intervenciones.

Para apoyar la implementación de los contenidos de educación sexual la SEP cuenta con material de apoyo diseñado para el personal docente de la asignatura de Formación Cívica y Ética, para el tema específico de Educación Integral en Sexualidad, producido por la Dirección General de Formación Continua de Maestros en Servicio,¹⁴⁴ ahora denominada Coordinación Nacional de Servicio Profesional Docente.

En 2009 y 2010 se realizaron dos reuniones nacionales de educación sexual y equidad de género, con representantes de todas las entidades del país y con la participación del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), AFLUENTES, A. C., y de la Red Democracia y Sexualidad (DEMYSEX). En la primera reunión participaron asesores estatales de educación secundaria de las asignaturas de Ciencias I (énfasis en Biología), Formación Cívica y Ética, Orientación y Tutoría y Asignatura Estatal. En la segunda reunión participaron asesores de las asignaturas de Ciencias Naturales, Ciencias I (énfasis en Biología), Formación Cívica y Ética, Orientación y Tutoría y Asignatura Estatal. Durante 2010, con base en el documento Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad de la UNESCO, un grupo de consultoras revisaron los programas de Ciencias I y de Formación Cívica y Ética correspondientes a secundaria. Se destacó que los contenidos de las dos asignaturas atienden poco más del 70% de los contenidos que se plantean como deseables para este nivel educativo. Las observaciones y propuestas, así como la bibliografía recomendada en las revisiones, permitió fortalecer y actualizar la temática en los contenidos de las programas de Ciencias Naturales, Formación Cívica y Ética y se implementó en el ciclo escolar 2011–2012.

Otros instrumentos son el Catálogo Nacional de Formación Continua y Superación Profesional para Maestros de Educación Básica en Servicio. En el ciclo escolar 2012–2013, contaba con trece opciones para acceder a la actualización docente en Educación integral en sexualidad, entre ellos una maestría, cinco diplomados y siete cursos.¹⁴⁵ En este mismo sentido, la Dirección General de Educación Supe-

¹⁴¹ Secretaría de Educación Pública. Programa Sectorial de Educación 2007–2012. Diario Oficial de la Federación, 17–01–08. <http://basica.sep.gob.mx/reformaintegral/sitio/pdf/marco/PSE2007–2012>. [consultado el 17/09/2014].

¹⁴² “¿Qué es Construye T?”. <http://www.construye-t.org.mx/>. [consultado el 22/08/2014].

¹⁴³ *Ibidem*.

¹⁴⁴ Dirección General de Formación Continua de Maestros en Servicio. “Materiales de estudio para docentes Formación Cívica y Ética”. <http://formacioncontinua.sep.gob.mx/sites/MatEstDoc/MatEstDocentes.htm>. [consultado el 22/08/2014].

¹⁴⁵ SEP, 2012. Catálogo Nacional 2012–2013. Formación Continua y Superación Profesional para Maestros de Educación Básica en Servicio. México. Dirección General de Formación Continua de Maestros en Servicio. Las opciones incluyen la Maestría en consejería y educación de la sexualidad; cinco diplomados (Educación en salud y sexualidad para docentes de educación básica; Educación sexual para maestros de escuelas de nivel básico: una mirada desde la construcción social; Sexualidad y género; Educación integral en sexualidad y género en la educación; y el diplomado virtual construyendo saberes...educación de la sexualidad y migración); y siete cursos: La enseñanza de la salud sexual en la educación básica; Temas socialmente relevantes en educación básica: ciudadanía e inclusión; Sexualidad en la etapa de la niñez y la adolescencia; Educación integral en sexualidad en la educación secundaria; Las escrituras de la sexualidad; Equidad de género; y Educación integral en sexualidad. Formación para maestras y maestros de educación básica.

rior para Profesionales de la Educación (DGESPE),¹⁴⁶ junto con la Coordinación de Asesores, diseñó e implementó el Programa de Formación de Formadores en Educación Sexual en la Escuela y Género en Educación 2008–2012 a implementarse en las Escuelas Normales. Cabe señalar que la DGESPE promueve el curso en su página web y presenta materiales de apoyo que aporta bibliografía a las y los docentes para contribuir a la enseñanza de la educación sexual. Sin embargo, no se presenta información sobre la vigencia del mismo, las convocatorias de inscripción y acerca de dónde y cómo se implementa.

Asimismo, para fomentar la permanencia escolar de los y las alumnas, la SEP cuenta con varios instrumentos, entre los que destacan el *Programa Nacional de Becas*,¹⁴⁷ que otorga 105 tipos de becas diferentes, administradas por 19 instancias ejecutoras, con 5.0 millones de becas para estudiantes de educación básica (incluyendo 4.9 millones del PDHO) y 2.01 millones en educación media superior para el ciclo escolar 2013–2014.¹⁴⁸

Con el Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (Promajoven), en 2010, 2,162 adolescentes becarias concluyeron la educación básica y, en 2011 fueron 2,995; 3,012 en 2012 y, 3769 en 2013. Este programa fue creado en el ciclo escolar 2004–2005¹⁴⁹ con el fin de que madres jóvenes y jóvenes embarazadas permanezcan y concluyan su educación básica, atendiendo alfabetización, primaria y secundaria.

2.2.8 Instituto Nacional de las Mujeres

Desde su creación en 2001, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) ha impulsado diversas acciones para acrecentar las condiciones de igualdad y la no discriminación contra las mujeres, como: 1) la constitución del Fondo para la Transversalidad de la Perspectiva de Género en 2008 para favorecer el desarrollo de acciones y proyectos orientados a disminuir las brechas de género y alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, a partir de la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas y en la cultura institucional.¹⁵⁰ En este marco, las entidades federativas han desarrollado materiales educativos, procesos de capacitación y planes de acción interinstitucionales para la prevención del embarazo adolescente; 2) el Fondo PROEQUIDAD, que entre 2002 y 2013 ha otorgado financiamiento a 383 organizaciones de la sociedad civil (OSC) para implementar 587 proyectos que han beneficiado a mujeres y familias de diferentes estados de la República que requieren atención prioritaria,¹⁵¹ 3) sobre la armonización legislativa a favor de los derechos humanos de las mujeres, a la fecha ha logrado que treinta entidades federativas y 17 sistemas estatales cuenten con leyes de igualdad, así como siete reglamentos estatales de las leyes de igualdad. Este marco ha permitido fortalecer las políticas públicas de igualdad de género en el territorio nacional.¹⁵²

En relación con la transversalización de la perspectiva de género, el INMUJERES ha establecido mesas de trabajo interinstitucionales de discusión con los responsables de SSR para adolescentes que han

¹⁴⁶ Programa de Formación de Formadores en Educación Sexual en la Escuela y Género. http://www.dgespe.sep.gob.mx/esege/educacion_sexual_escuela/lecturas. [consultado el 27/08/2014].

¹⁴⁷ Presidencia de la República, 2014. *Segundo Informe de Gobierno 2013–2014*. Ciudad de México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. <http://www.presidencia.gob.mx/segundoinforme/>. [consultado el 25/09/2014].

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ ACUERDO número 607 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas. http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/reglas_operacion/Reglas_Operacion_2012.pdf. [consultado el 15/08/2014].

¹⁵⁰ Instituto Nacional de las Mujeres. “Informe anual de autoevaluación, enero–diciembre 2013”. <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/programas/ptransversalidad2>. [consultado el 17/09/2014].

¹⁵¹ “Fondo PROEQUIDAD”. <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/programas/programa-proequidad>. [consultado el 17/09/2014]. Consulta de la página web de INMUJERES realizada el 17 de septiembre de 2014: <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/programas/programa-proequidad>.

¹⁵² Instituto Nacional de las Mujeres. “Informe anual de autoevaluación, enero–diciembre 2013”. <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/programas/ptransversalidad2>. [consultado el 17/09/2014].

permitido fortalecer las políticas públicas con perspectiva de género y sensibilizar a prestadores de servicios de salud de las diferentes dependencias. Una de las acciones relevantes del INMUJERES, junto con la Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados, da seguimiento al uso del presupuesto etiquetado para promover acciones con perspectiva de género que hacen las diferentes dependencias.

2.2.9 Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

El Instituto Nacional Indigenista, hoy Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se crea en 1948, con la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Ley de dicha instancia¹⁵³. En 2003 se expidió la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y con ello se instituyó una nueva institución con atribuciones para coordinar y evaluar la acción pública que busca beneficiar a los pueblos y comunidades indígenas¹⁵⁴.

Entre sus principales programas, en 2004 se instituyeron el Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas (PIBAI) con sus tres vertientes: electrificación, caminos y agua potable y saneamiento; el Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas (POPMD); y el de Fortalecimiento de Capacidades Indígenas (FOCAD). En 2005, se diseñó y puso en marcha el Programa de Coordinación para el Apoyo a la Producción Indígena (PROCAPI) en atención a la estrategia de transversalidad de la institución, con el propósito de ampliar la inversión pública en materia de desarrollo económico y apoyar las iniciativas productivas de las comunidades indígenas.

En 2013 se apoyaron 5,247 proyectos productivos por un monto de 940 millones de pesos, beneficiando a 60,610 personas de los diferentes pueblos indígenas del país¹⁵⁵. En 2003, se crearon los proyectos piloto que darían surgimiento a las casas de la mujer indígena a través del Programa de Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena (PAIGPI), que financia a organizaciones o grupos de mujeres indígenas para que abran o den continuidad a una Casa de la Mujer Indígena que enfoque su trabajo en el “Modelo participativo de atención a la salud sexual y reproductiva y a la violencia de género en mujeres indígenas”, así como a OSC e instituciones académicas con proyectos para fortalecer la equidad de género en la población indígena y proyectos de coinversión para el fortalecimiento de liderazgos femeninos indígenas y el desarrollo con enfoque intercultural y perspectiva de género¹⁵⁶. A 2015 existen un total de 24 casas de la mujer indígena. En este mismo año, se creó el modelo de albergues comunitarios para apoyar a jóvenes indígenas que cursen la educación media superior. Este programa atendió en 2013 a 74,620 beneficiarios, a través de la operación de 1,302 albergues escolares indígenas y comedores comunitarios, contribuyendo a la permanencia en el sistema educativo de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas, brindando servicio de hospedaje y alimentación. La CDI también tiene un papel importante en la difusión de campañas de comunicación y fortalecimiento de las culturas y tradiciones indígenas a través del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas (SRCI)¹⁵⁷.

¹⁵³ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígena. “Ley de Creación del Instituto Nacional Indigenista”. http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=6. [consultado el 20/09/2015].

¹⁵⁴ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. “Quiénes somos”. http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=4 [consultado el 20/09/2014].

¹⁵⁵ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programas institucionales, Tríptico CDI, México (2013).

¹⁵⁶ Modelo participativo de atención a la violencia y la salud reproductiva en zonas indígenas. Una experiencia en la construcción de política pública. <https://mekajten.files.wordpress.com/2012/12/patricia-rosete-modelo-de-atencion-cami.pptx>. [consultado el 20/09/2014].

¹⁵⁷ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígena. “Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas” http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=44. [consultado el 20/09/2014].

2.2.10 Secretaría de Desarrollo Social

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ha contribuido a mejorar las condiciones de la población que vive en condiciones de pobreza. A través del PROSPERA, Programa de Inclusión Social, antes Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, implementa acciones para apoyar la inscripción, permanencia y asistencia regular a la educación primaria, secundaria y media superior de las hijas e hijos de las familias beneficiarias. Otorga becas educativas y apoyos para la adquisición de útiles escolares a cada uno de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios/as del Programa.

Cobertura de becarios 2014			
Primaria	Secundaria	EMS	Total de becarios
2,909,121	1,976,128	1,057,494	5,942,743

Fuente: Presidencia de la República, Segundo Informe de Gobierno 2013-2014.

Las becas otorgadas por PROSPERA son entregadas de manera bimestral a lo largo de los meses que abarca el ciclo escolar. Éstas tienen dos particularidades: su monto es creciente a medida que el grado a cursar es más alto; y en el nivel secundaria y preparatoria, las becas para mujeres son relativamente superiores a las otorgadas a hombres para contribuir a disminuir la brecha de género. A continuación se presentan los rangos sobre los montos mensuales de becas:

PROSPERA también cuenta con talleres de autocuidado de la salud a los que deben asistir los jóvenes de educación media superior que reciben becas, incluyen los temas de anticoncepción, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y los demás riesgos que enfrentan.

Los resultados de evaluaciones externas¹⁵⁸ indican que el Programa PROSPERA ha contribuido a prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes de la siguiente manera:

Rangos de los montos de becas (pesos)			
Nivel	Sexo	Desde	Hasta
Primaria	Hombres y mujeres	175	350
Secundaria	Hombres	515	570
	Mujeres	540	660
Preparatoria	Hombres	865	980
	Mujeres	990	1,120

Fuente: Presidencia de la República, Segundo Informe de Gobierno 2013-2014.

- En adolescentes y jóvenes provenientes de familias beneficiarias con mayor antigüedad en el Programa, es menor la probabilidad de casos de embarazo y de ITS. Las mujeres tienden a retrasar el inicio de su vida sexual y entre los hombres es más frecuente el uso de preservativos.
- Las mujeres en edad reproductiva beneficiarias del Programa han aumentado el uso de métodos anticonceptivos de 36.5% en 1998, a 42% en 2003 y a 57% en 2007.

¹⁵⁸ Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, "Oportunidades, 15 años de resultados", México DF (2012). Consultado en <https://www.prospere.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/2107/BAJA%20Oportunidades%2015%20anos%20de%20resultados.pdf>

- El porcentaje de mujeres sexualmente activas de los 14 a los 18 años de edad con nueve años de recibir los beneficios de PROSPERA es menor que el de las mujeres con tres años de recibir el programa.
- El 98% de las mujeres atendidas por el Programa entre 15 y 24 años conoce métodos anticonceptivos modernos y 54.1% los usaron en su última relación sexual.

Por su parte, el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) ha apoyado a OSC como Elige, Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Decidir, Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), en la implementación de estrategias “de joven a joven”, encaminadas a la formación de jóvenes multiplicadores de información sobre SSR de entre 10 y 24 años de edad.

El Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF) ofrece orientación sobre SSR a las y los adolescentes y jóvenes que acuden a las unidades de atención y de prevención en los centros de atención externa y en las unidades móviles del PAIMEF en las comunidades, para implementar y ejecutar programas de prevención de la violencia contra las mujeres y difunde los derechos sexuales y reproductivos para que la población adolescente y joven los conozca y los haga exigibles. En la vertiente de atención, proporciona atención integral (trabajo social, jurídico y psicológico) a adolescentes y jóvenes que acuden por alguna situación de violencia, incluidos el abuso sexual y la violación. También existen refugios para mujeres, incluidas las adolescentes, en situación de violencia extrema.

2.2.11 Instituto Mexicano de la Juventud

El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), que a partir del 29 de marzo de 2013, pasó de ser órgano desconcentrado de la SEP a un organismo sectorizado a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), está facultado por la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud (1999) para coordinar el desarrollo de programas, cursos e información sobre educación sexual y salud reproductiva. Sin embargo, en los últimos seis años, el IMJUVE no ejerció liderazgo en este tema, como tampoco desarrolló o implementó, su Programa Nacional que lo faculta para promover los derechos sexuales y reproductivos, así como para desarrollar un modelo de prevención y atención integral del embarazo no planeado, la maternidad adolescente y campañas de prevención en estos temas.

En el sexenio 2000–2006 el Programa de Sexualidad y Salud Reproductiva del IMJUVE, junto con organizaciones de la sociedad civil, realizó foros de sensibilización y capacitación para jóvenes no escolarizados. Aunque en 2007–2012, el IMJUVE estaba facultado para promover los derechos sexuales y reproductivos y desarrollar un modelo de prevención y atención integral del embarazo no planeado, su débil estructura institucional le impidió convocar a titulares de otras dependencias y llevar a cabo las acciones.¹⁵⁹ No obstante, el IMJUVE ha tenido un papel relevante en el desarrollo de encuestas sociodemográficas para este grupo de edad; a pesar de que su metodología y marco muestral no es comparable con otras fuentes de información, cuentan con información desagregada por sexo que permite orientar las estrategias de prevención a hombres.

En 2013, se realizó la Consulta Nacional de Juventud en donde las y los jóvenes mexicanos aportaron sus propuestas de las cuales surgió el Programa Nacional de Juventud PROJUVENTUD 2014 –2018, a partir de cuatro ejes temáticos: Prosperidad, Bienestar, Participación e Inclusión. El eje de Bienestar prevé la construcción y conservación de entornos propicios de salud, de donde parten las principales

¹⁵⁹ Fundación IDEA. *Evaluación Transversal. Políticas y programas para el desarrollo de la juventud en México*. Preparado para el UNFPA y el IMJUVE. http://www.unfpa.org.mx/ET/Evaluacion_Transversal.pdf. [consultado el 28/11/2014].

acciones de este Instituto para la prevención de embarazos en adolescentes, entre otras problemáticas de atención a este sector.

De este ejercicio surgen también componentes que buscan transversalizar la perspectiva de juventud y construir alianzas estratégicas como: El Comité Técnico Especializado en Información de Juventud, el Grupo de Trabajo Interinstitucional y la Convocatoria “De Joven a Joven por la Salud Integral”.

2.2.12 Organizaciones de la Sociedad Civil¹⁶⁰

En sus inicios, la mayoría de las iniciativas dirigidas a las y los adolescentes surgieron de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), como: el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) y la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), que realizaron importantes actividades educativas y produjeron material didáctico. Las OSC han sido fundamentales en el desarrollo de estrategias innovadoras para llevar información y servicios de SSR para adolescentes. Actualmente, el papel de la sociedad civil es clave en la incidencia y el diseño de políticas públicas, acorde con un marco de respeto a los derechos humanos, en particular de la mujeres y la evaluación de los programas; pero sobre todo en interpelar, proponer y exigir el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado mexicano en torno a los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

En 1978, CORA fue pionero en México por ser la primera institución dedicada exclusivamente al trabajo con adolescentes y jóvenes e incluir en su personal a jóvenes líderes o promotores. Inició como un Programa Comunitario de tipo multi-servicio enfocado a la promoción de la salud integral, sexual y reproductiva; el uso constructivo del tiempo libre; la consejería y el apoyo psicológico personal y familiar, de regulación escolar y orientación vocacional. En 1980 desarrolló una estrategia para trabajar en escuelas y universidades para proporcionar programas de educación sexual centrada en la capacitación para docentes, talleres para estudiantes y una clínica de salud enfocada a la SSR. En 1988, lanzó un programa educativo para madres adolescentes con el fin de proporcionar educación sobre SSR. En los siguientes años también desarrolló modelos de atención post-evento obstétrico para adolescentes.

En 1986, AMES, junto con la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, realizó un programa dirigido a adolescentes embarazadas en el Hospital GEA González en el Distrito Federal. El programa articuló tres estrategias: educación e información, capacitación y atención; y un modelo educativo intrahospitalario conformado por siete módulos que abordaron los temas de sexualidad y adolescencia, conociendo tu cuerpo, embarazo, parto y puerperio, cómo planear tu familia, cuidados del recién nacido, infecciones de transmisión sexual, relación de pareja y alternativas para el futuro.

En 1989, MEXFAM, pionera en la promoción de la planificación familiar como un derecho humano y en los servicios de educación y salud sexual en México, desarrolló el Programa Gente Joven, que actualmente opera en 25 ciudades en 20 estados del país, tiene como objetivo promover una cultura de salud sexual basada en la definición de una sexualidad libre, informada y placentera. Para este fin, el Programa cuenta con un promotor del programa en las clínicas de MEXFAM que capacita a promotores/as juveniles voluntarios/as; brinda cursos sobre SSR en escuelas tanto al alumnado como a personal docente; da pláticas y talleres para madres y padres; y desarrolla múltiples actividades lúdicas y de promoción en el nivel comunitario con diferentes públicos, como obras de teatro, conciertos, desfiles, pintas de paredes, ferias de la salud y muchos otros, a través de los cuales difunde información sobre

¹⁶⁰ Los contenidos de esta sección fueron resumidos del documento “Documentación de estrategias para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente” realizado por INSAD en 2012.

sexualidad y anticoncepción. Gente Joven también proporciona asesorías a personas e instituciones que deseen poner en práctica programas de salud sexual para jóvenes.

Otras organizaciones y redes importantes son: la Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir (RNCJDD); la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER), una red de mujeres líderes y jóvenes activistas en 12 estados para que las jóvenes conozcan y ejerzan los derechos sexuales y reproductivos; la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A. C. (FE-MESS), integrada por 45 organismos civiles que se dedican a la educación sexual; la Red Democracia y Sexualidad (DEMYSEX), integrada por representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que ha llevado a cabo acciones coordinadas con la SEP para la sensibilización de 600,000 profesores/as acerca de la Estrategia de Educación de la Sexualidad para Comunidades Educativas; Elige, Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, un colectivo juvenil impulsado por GIRE, y Afluentes, que produce, sistematiza y difunde información, conocimientos y técnicas metodológicas en salud sexual y reproductiva. Aunque ya no existe, el Centro Latinoamericano de Mujer y Salud impulsó en 2003 el Proyecto Farmacia Joven en cinco entidades federativas del país, cuyo objetivo fue capacitar a dependientes de farmacias privadas para brindar información sobre sexualidad, bajo un esquema de amabilidad y confidencialidad y produjo para tal fin la Guía Metodológica para la Implementación del Modelo Farmacia Joven y el Manual del Instructor. Cabe subrayar, que estas intervenciones y organizaciones no son un listado exhaustivo pero ejemplifican claramente el papel que han desempeñado algunas OSC en la prevención y atención del embarazo en adolescentes.

La ENAPEA suma instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen reconocidos trayectos, en un trabajo interinstitucional y sectorial, convocando a toda la ciudadanía a favor de una adolescencia que ejerza sus derechos y se responsabilice de sus acciones, particularmente en asuntos de salud sexual y reproductiva.

2.2.13 Conclusiones de la revisión de la experiencia nacional

1. La experiencia de los programas institucionales dirigidos a adolescentes ha sido muy valiosa, pero los resultados obtenidos han sido limitados por insuficiente: cobertura, financiamiento, continuidad de los programas y estrategias, coordinación entre las instituciones, y documentación y evaluación robusta de los modelos de intervención; ello ha impedido conocer la efectividad de las intervenciones. Estos factores han afectado por igual a las instituciones públicas como a las OSC. La revisión programática también evidencia el poco involucramiento de adolescentes en el diseño y evaluación de las políticas y programas dirigidos a ellos y ellas.
2. Las instituciones deben identificar las barreras institucionales, jurídicas y médicas que enfrentan las y los adolescentes para acceder a los servicios que ofrecen y los obstáculos en la provisión y abasto de métodos anticonceptivos.
3. Una carencia importante ha sido la poca atención a las y los adolescentes que no asisten a la escuela, que son los más expuestos a los embarazos, y la falta de estrategias diferenciadas para atender a la población adolescente casada o unida y soltera, que trabajan y que no trabajan, indígenas y otros segmentos diferenciados.
4. Las campañas de comunicación han demostrado en México su efectividad e impacto para modificar comportamientos sexuales y reproductivos, pero no han tenido continuidad. Han sido pocas las campañas dirigidas a adolescentes y menos las dirigidas a otros segmentos de esta misma población.
5. Los servicios amigables desarrollados por las diferentes instituciones de salud no han compartido criterios e indicadores mínimos, no se han apegado necesariamente a la evidencia internacional

existente sobre la efectividad de los diferentes componentes, y su efectividad no ha sido evaluada rigurosamente. Los esfuerzos se han centrado en las unidades de primer nivel y no han incluido a las del segundo nivel de atención (especialmente post–evento obstétrico), a escuelas y a otros centros. Una carencia importante ha sido la falta de inclusión de las farmacias en los programas, a pesar de que son la principal fuente donde la población adolescente se abastece de métodos anticonceptivos.

6. El marco legal vigente es insuficientemente conocido por las y los prestadores de servicio, lo que ocasiona que no se ofrezcan los servicios y se violente el principio de confidencialidad al permitir o exigir la presencia de los padres y/o madres.
7. En materia de Educación integral en sexualidad, existen avances en cuanto a la inclusión curricular de contenidos educativos sobre el tema en la educación básica y en la formación continua de docentes, y algunos incipientes avances en la inclusión de la comunidad escolar; también se ha iniciado la consideración de la contextualización y diversificación de contenidos sobre el tema de salud en la educación indígena y migrante de educación básica; sin embargo se ignora cómo se desarrolla la práctica docente en las aulas y se sospecha que se omite la presentación de temas clave. Existe documentación insuficiente y asistemática sobre la articulación del trabajo docente con madres y padres, el desarrollo de actividades comunitarias y la vinculación con los servicios de salud, y se carece de modelos de intervenciones efectivas que hayan sido evaluados apropiadamente.

2.2.14 Recomendaciones

1. Promover la coordinación interinstitucional y unificar criterios programáticos para la prevención del embarazo.
2. Basar todas las intervenciones en evidencia rigurosa. Invertir en la documentación, evaluación e investigación operativa para identificar las prácticas efectivas.
3. Generar un mecanismo para dar seguimiento continuo a indicadores básicos de SSR para adolescentes y tomar decisiones que los mejoren.
4. Asegurar la aplicación de las normas oficiales mexicanas en el sistema nacional de salud y desarrollar políticas que favorezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños y adolescentes.
5. Fortalecer la educación integral en sexualidad: asegurar que los contenidos básicos y los aprendizajes esperados, sobre cualquier campo formativo —y en este caso los que toquen temas de salud, salud sexual y reproductiva, equidad de género y derechos humanos y de las niñas, niños y adolescentes,— sean enseñados y logrados en todas las escuelas del país; involucrar a adolescentes, madres y padres de familias en la promoción e implementación de las actividades de inclusión educativa en educación sexual. Profesionalizar a los docentes en torno a la SSR, desarrollar en ellos habilidades de gestión de aprendizajes sobre el tema.
6. Reforzar la prestación de servicios de anticoncepción para adolescentes en el primer y segundo nivel de atención capacitando a los prestadores de servicios en consejería, trato y metodología anticonceptiva, asegurando la oferta de la gama completa de anticonceptivos, incluyendo a los ARAP, la anticoncepción de emergencia y el uso del condón como método de prevención de ITS, así como llamar la atención sobre la doble protección, prevención adecuada para adolescentes; comunicándoles la disponibilidad de servicios amigables de anticoncepción y a las madres y los padres la conveniencia de su apoyo al uso de los mismos; adecuando los servicios para que sean

atractivos para la población adolescente; y desarrollar una oferta educativa y de servicios diferenciada para los distintos segmentos de adolescentes, incluyendo los de menor y de mayor edad; casados y solteros; sexualmente activos y no activos; que trabajan y que no trabajan; indígenas y no indígenas; migrantes, homosexuales y heterosexuales rurales y urbanos.

7. Fortalecer la igualdad de género a través de facilitar la toma de decisiones de las adolescentes, el desarrollo de habilidades para la vida y el liderazgo femenino.
8. Fomentar la participación y organización de las y los adolescentes, haciendo diagnósticos y tomando en cuenta sus necesidades específicas, en el diseño de las intervenciones, analizando quienes son las y los adolescentes que ya participan activamente en temas de SSR, especialmente quienes participan por sí mismos y no como representantes de instituciones; capacitándolos en temas de liderazgo; y utilizando herramientas, instrumentos y metodologías participativas para la acción comunitaria juvenil; e incluyendo a las y los adolescentes que no estudian ni trabajan en espacios donde tengan poder de decisión, incluyéndolos en grupos asesores para retroalimentar los servicios y estrategias.
9. Reforzar las estrategias y acciones en el ámbito local: mejorar la vinculación de las escuelas y centros de salud entre ellas y de ambas con las familias, comunidades, los servicios de Salud Sexual y reproductiva, incluida la dotación de anticonceptivos en centros de salud, clínicas y farmacias, y el PROSPERA, Programa de Inclusión Social.
10. Evaluar y corregir el sesgo que aparentemente existe contra la oferta de los métodos ARAP, que son los más efectivos para evitar los embarazos, y a favor del condón. Es menester asegurar la oferta de la gama completa de anticonceptivos.
11. Reforzar la vinculación de los diferentes proyectos, programas, atención a adolescentes, en el marco de la ENAPEA, asegurando con ello el logro de un desarrollo integral de las y los adolescentes en el marco de sus derechos, particularmente en cuanto a salud sexual y reproductiva.
12. En el Distrito Federal, donde los servicios de interrupción del embarazo son legales y seguros hasta la semana 12, así como en todos los casos de embarazos por violación, se puede considerar como opción la referencia a estos servicios, pues en diferentes países se han observado efectos claros en la disminución de la fecundidad adolescente no deseada.

3. MARCO JURÍDICO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

3.1 Marco de derechos humanos

En México, el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce los derechos humanos de todas las personas establecidos en el texto constitucional y en las normas contenidas en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano que se presentan más adelante.

Este reconocimiento implica la obligación del Estado mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos aplicando la norma más favorable para la protección de los derechos de las personas.

El matrimonio forzado, la violencia sexual, la falta de información en SSR y de acceso a métodos anticonceptivos son determinantes de riesgo de embarazos no deseados en niñas y adolescentes los cuales, a su vez, tienen implicaciones negativas en su salud y vida por las complicaciones médicas propias de un embarazo a temprana edad. El enfrentar éste, como ya lo hemos señalado, limita el desarrollo integral de niñas y adolescentes al truncar muchas de las actividades propias de la niñez de acuerdo a sus contextos y también al modificar su trayecto de formación escolar, asunto que comúnmente agrava la situación de pobreza y marginación en la que viven un número importante de adolescentes madres y adolescentes embarazadas, y también sus parejas. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de la violación a los derechos de ellas y ellos; en particular del derecho a la vida, el derecho al acceso a la información, el derecho a la salud, el derecho al libre desarrollo, el derecho a la educación y el derecho a vivir una vida libre de violencia

A continuación, se señalan las obligaciones del Estado en relación con el ejercicio de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes en materia de embarazo adolescente.

3.2 Derechos de las niñas, niños y adolescentes

Existe un marco especializado de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes que garantizan su reconocimiento y demandan de los Estados su protección a partir del reconocimiento de sus necesidades particulares como personas menores de 18 años.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1989) reconoce los derechos humanos de las personas menores de 18 años de edad, entre los que se encuentran el derecho a la supervivencia y el desarrollo, la salud, la educación y a no ser víctimas de violencia sexual. Asimismo, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014) reconoce estos derechos y la obligación del Estado mexicano de garantizarlos.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José, 1969) establece en su artículo 19 el derecho de las niñas y niños a “las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.

Tanto la Constitución como la CDN reconocen los principios de no discriminación y de interés superior de la infancia, los cuales implican la obligación del Estado mexicano de desarrollar políticas públicas que garanticen y reconozcan los derechos de todos los menores de 18 años sin discriminación y en igualdad de condiciones, de conformidad con sus intereses y necesidades y que ofrezcan la mayor protección de sus derechos humanos. En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1960) ha señalado que “en todos los casos que involucren decisiones que afecten la vida, la libertad, la integridad física o moral, el desarrollo, la educación, la salud u otros derechos de los menores de edad, dichas decisiones sean tomadas a la luz del interés más ventajoso para el niño.”

El sistema universal de derechos humanos también ha reconocido la capacidad de las personas menores de 18 años para tomar decisiones concernientes al ejercicio de sus derechos humanos de conformidad con su grado de desarrollo psíquico y físico a partir del principio de capacidades evolutivas. La CDN establece en su artículo 12.1 como obligación del Estado la de garantizar que las opiniones del menor sean tomadas en cuenta en función de su edad y madurez. Sobre este tema, el Comité de Derechos del Niño ha considerado que “la adolescencia es un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos (y donde se adquiere) una identidad personal y la gestión de su propia sexualidad.”

Asimismo, al interpretar las medidas que los Estados deben asegurar para hacer efectivos los derechos de las y los adolescentes a la salud y el desarrollo, entre ellas las relativas al establecimiento de la edad mínima para el consentimiento sexual, el matrimonio y la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres, el Comité ha señalado que deben ser las mismas para niños y niñas y “reflejar fielmente el reconocimiento de la condición de seres humanos a los menores de 18 años de edad en cuanto titulares de derecho en consonancia con la evolución de sus facultades y en función de la edad y la madurez del niño (arts. 5 y 12 a 17).”

En materia de embarazo adolescente, es importante señalar las obligaciones derivadas de los instrumentos de reconocimiento y protección de los derechos de las mujeres, los cuales parten del reconocimiento de necesidades particulares y de las condiciones de desigualdad en el acceso a oportunidades de desarrollo económicas, sociales y culturales y al ejercicio de sus derechos.

El sexo, el género, la minoría de edad, el nivel básico educativo, la dependencia económica y los orígenes étnicos y socioeconómicos son factores que colocan a las niñas y adolescentes en una situación de especial vulnerabilidad para acceder a sus derechos humanos.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) obliga a los Estados al reconocimiento de todas las formas de discriminación por razón del sexo y al desarrollo de políticas públicas que tengan por objetivo erradicarlas, así como promover el acceso

a los derechos humanos en condiciones de igualdad frente a los hombres, a partir del reconocimiento de las necesidades particulares de las mujeres.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará, 1994) reconoce el derecho de todas las mujeres a vivir una vida libre de violencia, al reconocimiento, al goce, el ejercicio y la protección de todos sus derechos humanos y establece la obligación del Estado de condenar todos los tipos de violencia en contra de las mujeres y adoptar medidas necesarias para prevenirla, sancionarla y erradicarla.

En el marco nacional, el artículo 4º constitucional y la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006) reconocen el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres reconocido por los instrumentos internacionales antes mencionados.

3.3 Derecho a la salud sexual y reproductiva de adolescentes

Los derechos reproductivos están reconocidos en el artículo 4 de la Constitución, el cual establece que “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.” Estos derechos han sido definidos como “aquellos derechos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”

El derecho a la salud impone a los Estados la obligación de garantizar el más alto estándar de servicios de salud disponibles. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha señalado que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. También ha señalado que “los Estados Partes deben proporcionar a las y los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de las y los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.”

Uno de los factores que hacen posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es el acceso a información veraz y científica sobre sexualidad. México firmó la Declaración Ministerial Prevenir con Educación en el marco de la XVII Conferencia Internacional de Sida en 2008. La Declaración ratifica el compromiso de garantizar la plena observancia del derecho a la salud y otros derechos humanos asociados a ésta, establecidos en tratados internacionales de derechos humanos, particularmente en lo que concierne al acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación. El enfoque a la salud sexual y reproductiva, reflejado en numerosos documentos internacionales se basa en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática, donde las familias y las comunidades se desarrollan plenamente; también reafirma el derecho de las y los adolescentes a recibir información exacta que les haga posible tomar decisiones informadas respecto a su salud. La Declaración Ministerial de la Ciudad de México se basa en los fundamentos existentes establecidos

por acuerdos internacionales que reconocen el derecho a la educación en sexualidad y a servicios de salud sexual y reproductiva.

Por su parte, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), reconoce que el Estado debe garantizar políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso, especialmente en la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad, así como asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos. Incluye la implementación de programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, que sean intergeneracionales e interculturales, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual. Considera el fortalecimiento de políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes y, dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos; Finalmente, considera el diseño de estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia.

3.4 Derecho a una vida libre de violencia

Existen diversos instrumentos que reconocen el derecho de las niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. La Convención de Belém do Pará define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”

La alta prevalencia de casos de violencia sexual en menores de 18 años es una de las causas de embarazo de niñas y adolescentes en México. Las mujeres víctimas de violencia sexual son expuestas a diversos riesgos como consecuencia de este acto de violencia: lesiones físicas y psicológicas, la transmisión de infecciones de transmisión sexual y un embarazo no deseado.

La Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana NOM 046– SSA2–2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” reconocen el derecho de las víctimas de violación a acceder a servicios de SSR como la profilaxis, a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción del embarazo.

El matrimonio forzado también es un factor de riesgo que vulnera los derechos de las niñas y las adolescentes, que las enfrenta a la posibilidad de ser víctimas de violencia y cursar embarazos no deseados. Existe una falta de homogeneidad en los Códigos Civiles Federal y locales respecto de la edad mínima para contraer matrimonio. En este contexto se hace necesaria la revisión del marco jurídico que regula la edad mínima al matrimonio en cada una de las entidades federativas.

3.5 Obligaciones del Estado para prevenir el embarazo en adolescentes

- Garantizar a las y los adolescentes el acceso a servicios integrales de SSR, sin discriminación por su edad, a partir del reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones respecto del ejercicio de su sexualidad y vida reproductiva.
- Garantizar que en los servicios de SSR se proporcione a las personas adolescentes información objetiva y veraz acerca del ejercicio de la sexualidad, métodos anticonceptivos y de protección contra infecciones de transmisión sexual.
- Garantizar el acceso a servicios de atención prenatal para niñas y adolescentes embarazadas, que incluyan la detección de casos de embarazos de alto riesgo para la salud y la vida de las niñas y adolescentes, especialmente en menores de 15 años, y en su caso garantizar el acceso a servicios de interrupción del embarazo.
- Proporcionar atención a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, incluido el suministro de profilaxis para evitar infecciones de transmisión sexual, de la pastilla de anticoncepción de emergencia y el procedimiento de interrupción del embarazo.
- Reformar la legislación civil de todo el país para establecer los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio.
- Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información y de los mensajes que se difunden y para que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual.
- Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.
- Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta su capacitación continua, incorporado los contenidos del currículo de educación integral en sexualidad.
- Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo.

4. MARCO CONCEPTUAL Y OPERATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

4.1 Marco conceptual

El marco conceptual de la ENAPEA surge de cuatro referencias: 1) el diagnóstico situacional y de salud; 2) la pirámide de impacto sobre la salud,¹⁶¹ 3) el modelo socio-ecológico de comportamiento de salud del adolescente,¹⁶² y 4) el modelo ecológico de factores determinantes del embarazo en adolescentes de UNFPA.¹⁶³

La pirámide de impacto sobre la salud reconoce que la salud pública es el resultado de muchos factores más allá de la atención clínica. La pirámide está formada por cinco diferentes niveles de intervención de salud pública que pueden llevarse a cabo.

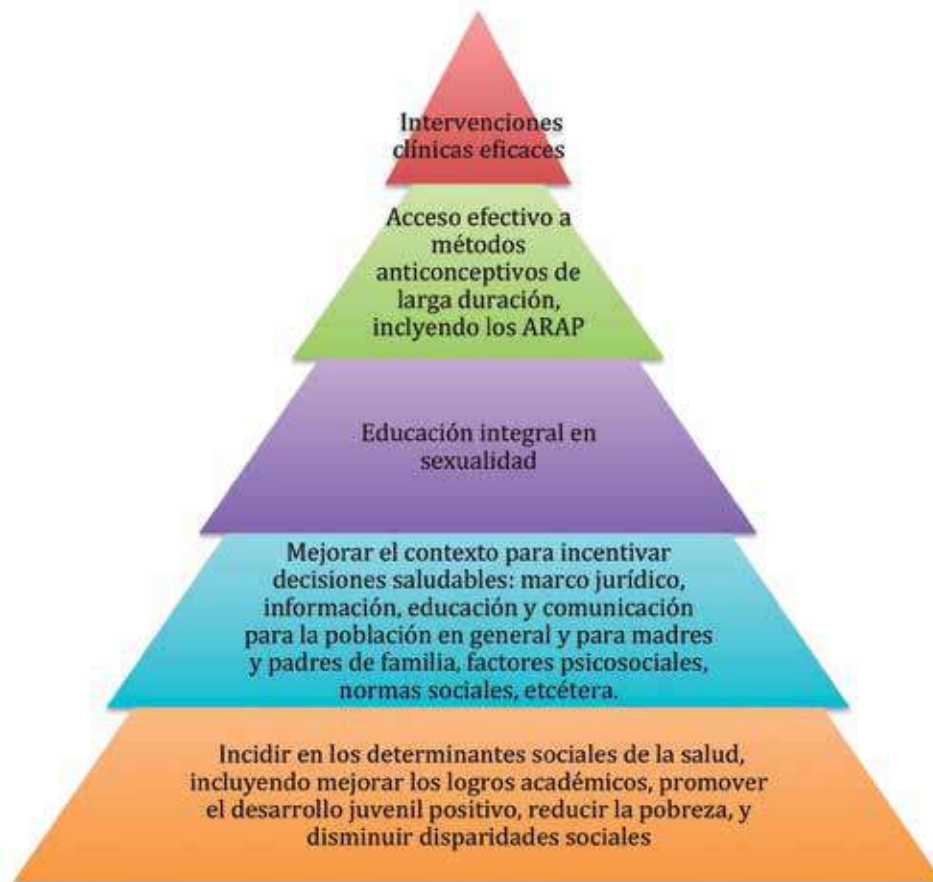
En la base de la pirámide se encuentran las intervenciones con el mayor potencial de impacto, aquellas que se dirigen a los determinantes socioeconómicos de la salud (como educación, pobreza, sanidad, transporte, etc.). En orden ascendente, en los siguientes niveles se encuentran las intervenciones que cambian el contexto para facilitar que las personas tomen acciones y decisiones apropiadas para su salud (por ejemplo, agua limpia y carreteras seguras); las intervenciones clínicas que requieren poco contacto con las personas, pero que proporcionan protección de largo plazo (por ejemplo, vacunación); la atención clínica directa continua; y las intervenciones de educación en salud y consejería que se da a los individuos.

Las intervenciones en la base de la pirámide tienden a ser más efectivas porque llegan a segmentos más amplios de la sociedad y requieren un menor esfuerzo individual, pero estas intervenciones son más complejas. En cambio, las que se encuentran en la punta de la pirámide están dirigidas a los individuos y son menos complejas de aplicar. Las estrategias que se dirigen a los diferentes niveles de la pirámide son las que alcanzan el máximo beneficio de largo plazo sobre la salud pública.

¹⁶¹ Frieden, Thomas R. "A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid." *American Journal of Public Health* 100.4 (2010): 590–595. PMC. Web. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. 28 jul. 2014.

¹⁶² Winch, Peter. "Ecological models and multilevel interventions." *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, 2012. Web. <http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14_2011.pdf>

¹⁶³ "Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la Niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes." *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013. Web. <http://www.unfpa.or.cr/>. 30 de junio 2014.



Esta pirámide presentada en la primera parte del documento ha sido adaptada para el caso específico de la prevención del embarazo en adolescentes.¹⁶⁴ Encontramos en la base de la pirámide los determinantes sociales para el desarrollo adolescente y juvenil; en el segundo nivel, los factores que facilitan la toma de decisiones apropiadas para la salud; en el tercero, la educación integral en sexualidad; en el cuarto métodos anticonceptivos que dan protección de larga duración; finalmente, las intervenciones clínicas eficaces.

El modelo socio-ecológico de comportamiento de salud adolescente distingue factores estructurales que corresponden a los de la base de la pirámide; por ejemplo, justicia y desigualdad, estrato económico, etnicidad, género, pobreza, exclusión social, etcétera; factores estructurales que corresponden a leyes, políticas públicas y normas culturales; factores ecológicos que incluyen el entorno físico y social, y sus cambios; la dinámica relacional, incluyendo familias, pares y parejas; y los factores individuales: psicológicos, cognitivos y de preferencias e intereses.

Finalmente, el modelo ecológico de los factores determinantes del embarazo en adolescentes distingue seis niveles: el nacional, la entidad federativa, la comunidad, la escuela y los pares, las familias y el individual. El nacional agrega a los factores de la base de la pirámide, las leyes relacionadas con el matrimonio infantil, la violencia de género y el acceso de las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos. En el nivel de entidad federativa se incluyen factores relacionados con las políticas públi-

¹⁶⁴ Romero, Lisa M. "Teenage Pregnancy Prevention in the United States: Using CDC's Health Impact Pyramid to Frame Teen Pregnancy Prevention Efforts." PAHO/WHO International Interagency Meeting on Current Evidence, Lessons Learned, and Best Practices in Adolescent Pregnancy Prevention in Latin America and the Caribbean. 2014. Web.

Cuadro 1. Marco conceptual y operativo de la ENAPEA

Objetivo general de la estrategia: Reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos

Intervenciones clínicas eficaces.	Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	Ejes rectores							
Acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración, incluyendo los ARAP.	Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.	Intersectorialidad	Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos	Perspectiva de género	Curso de vida y proyecto de vida	Corresponsabilidad	Participación juvenil	Investigación y evidencia científica	Evaluación y rendición de cuentas
Educación integral en sexualidad.	Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.								
Mejorar el contexto para incentivar decisiones saludables: marco jurídico, información, educación y comunicación para la población en general y para madres y padres de familia, factores psicosociales, normas sociales, etcétera.	Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.								
Incidir en los factores socioeconómicos: mejorar los logros académicos, promover el desarrollo adolescente y juvenil positivo, reducir la pobreza, y disminuir disparidades sociales.	Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.								
NIVELES ECOLÓGICOS DE ACCIÓN DE LA ENAPEA Federal, Estatal y Municipal									

cas, el manejo de programas y servicios y la promoción; en el nivel municipal, la modificación de la normatividad en torno a los bandos de buen gobierno y la gestión de programas dirigidos a mejorar el entorno habilitante y; en el nivel de comunidad, actitudes sobre las niñas, la sexualidad y el acceso a métodos; en la escuela, las expectativas de las madres y los padres relacionadas con la educación y el matrimonio; en el familiar, los obstáculos para asistir a la escuela, la falta de acceso a una educación integral en sexualidad, la presión de grupo, los roles de género; y en lo individual, la edad de pubertad e inicio de la vida sexual y los roles de género internalizados.

En síntesis, en los aportes de los dos últimos modelos sobre los que se propone la pirámide se encuentra fundamentalmente la inclusión expresa del marco jurídico y normativo, y la atención a niveles de acción “ecológicos”: nación, estado, comunidad, escuela, familia, amistades y persona.

A partir de esto, se plantea una pirámide para la prevención del embarazo en adolescentes que recoge las principales aportaciones de la pirámide de la salud y de los otros dos modelos revisados, la cual se representa en el siguiente esquema:

El modelo tiene los mismos elementos de la pirámide y al igual que ella, el efecto de las intervenciones es mayor en la base que en el ápice; además, la complejidad de las intervenciones se da en sentido contrario. Cabe observar que a pesar de que los niveles tres y cuatro de la pirámide de prevención del embarazo en adolescentes podrían colapsarse en uno solo, pues las intervenciones que dan protección en el largo plazo corresponden a la entrega de métodos anticonceptivos de larga duración, que usualmente ocurre en clínicas, se prefiere conservar los cinco niveles para resaltar la importancia que tiene cambiar la estrategia en los servicios para adolescentes. A los niveles de las pirámides se agregan los elementos del marco jurídico y normativo, y la atención a niveles ecológicos (federal, estatal y municipal) proporcionados por los otros modelos revisados. Además, se enmarcan las intervenciones de cada nivel de acción en los ejes rectores de la ENAPEA que se presentan en la siguiente sección:

- 1) Intersectorialidad
- 2) Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos
- 3) Perspectiva de género
- 4) Curso de vida y proyecto de vida
- 5) Corresponsabilidad
- 6) Participación juvenil
- 7) Investigación y evidencia científica
- 8) Evaluación y rendición de cuentas.

Este esquema se presenta en el Cuadro 1.

4.2 Ejes rectores

4.2.1 Intersectorialidad

La intersectorialidad implica el trabajo conjunto de dependencias, instituciones y organizaciones del sector público federal, estatal, municipal y local, y del sector privado, de la sociedad civil y de la cooperación internacional. La coordinación intersectorial facilita la ejecución de tareas complejas, como la prevención del embarazo en adolescentes, y la organización de los procesos de trabajo, así como la obtención de los resultados finales.

La cooperación intersectorial involucra y vincula a todos los sectores y niveles de gobierno para favorecer el desarrollo social: municipal, estatal y nacional, para lo cual se puede considerar como una

premisa que un solo sector no puede solucionar el problema que ocupa la atención. Este tipo de procesos implica la construcción de consensos conceptuales y de acuerdos para llevar a cabo acciones que respondan a las racionalidades y capacidades de los distintos actores participantes. También exige la aceptación de compromisos de las diferentes partes y la designación de puntos focales o enlaces que coordinen la implementación de actividades de cada instancia participante. La cooperación entre sectores permite compartir recursos de forma más productiva, de acuerdo con las competencias y atribuciones de cada socio. Los resultados son mayores en la medida en que cada instancia participante, especialmente en el nivel local y comunitario, cuenta con poder y libertad de acción para identificar los problemas y desarrollar las soluciones que permitan alcanzar los objetivos. La puesta en marcha de una estrategia intersectorial también requiere de planeación previa entre sectores, la formulación y asignación presupuestal y la definición de cómo utilizarla en el trabajo conjunto y autónomo, con efectos comprobados en la prevención del embarazo en adolescentes.

La ENAPEA buscará incidir en los determinantes sociales con la participación de los tres niveles de gobierno, y de la sociedad para propiciar entornos habilitantes en el ámbito local.

4.2.2 Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos

La Convención de los Derechos del Niño en 1989 y la Conferencia de El Cairo en 1994 reconocieron a las y los adolescentes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos. Este marco de derechos permite a la población adolescente construir su ciudadanía y participar activamente en la generación de las oportunidades para su desarrollo integral.

Los derechos reproductivos parten de la libertad y autonomía de decidir si tener o no hijos e hijas, cuándo, cuántos y con quién. Los derechos sexuales parten de la libertad y la autonomía de decidir, disfrutar el placer sexual y la sexualidad de acuerdo con los deseos, gustos y preferencias personales, sin que esto sea motivo de coerción, sanción, discriminación o violencia alguna y con respeto a la dignidad de las personas. Reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes implica reconocer su libertad de tomar decisiones libres y responsables, y la conveniencia de que el Estado les brinde la información, la educación y los servicios que aseguren el ejercicio sano, responsable y seguro de su sexualidad y permitan alcanzar el nivel más elevado de SSR. En la medida en la que los diferentes actores sociales internalicen estos valores aumentarán el acceso, conocimiento y uso apropiado de los métodos y servicios para adolescentes. En el marco de la ENAPEA, esto significa difundir mensajes, capacitar a prestadores/as de servicios y desarrollar una red de servicios de anticoncepción confidenciales, de calidad y que respondan a las necesidades en SSR de adolescentes de manera oportuna y eficiente; así como la acción sistemática contra las barreras que impiden el acceso y uso adecuado de los servicios de salud en general y de anticoncepción en particular.

4.2.3 Perspectiva de género

El género es un determinante social de la salud de todas las personas. En particular, las desigualdades de género afectan la SSR de la población adolescente dado que reflejan la falta de condiciones psicosociales, económicas y culturales que requieren las y los adolescentes para poder ejercer sus derechos humanos y en particular los sexuales y reproductivos. El género, es decir, la construcción social del deber ser hombre o mujer, influye en la construcción de la sexualidad y el desarrollo social.

La ENAPEA considera que las y los adolescentes tienen derecho a recibir educación integral en sexualidad que les permita ejercerla de manera plena, placentera y responsable como un elemento constitutivo de su identidad así como a recibir atención para su salud de acuerdo con las diferencias biológicas, psicológicas y socioculturales de ellas y ellos. Por ello, es fundamental distinguir los condicionantes socioculturales de género que les colocan en desventaja así como aquellos que pueden ser positivos para su desarrollo integral para poder considerarlos en las acciones que se vayan a desarrollar para su

educación integral en sexualidad, y para generar condiciones de prevención y brindarles atención a la salud sexual y reproductiva.

Las asimetrías de género afectan la ocurrencia del embarazo en adolescentes dado que a las mujeres se les asocia con un rol tradicionalmente orientado al cuidado de los otros, colocándolas como responsables del embarazo y la crianza de los hijos, sean o no planeados. Además, los roles tradicionales de género las identifican como ajenas a la vida sexual activa por lo que socialmente no encuentran condiciones para ejercer su vida sexual de manera libre y responsable. Por su parte, por razón de género, a los hombres además de tener permitida u obligada la vida sexual como parte de la demostración de su masculinidad, sin involucrarlos en sus consecuencias reproductivas y menos aún en la crianza y cuidado de los hijos, se les asocia con un rol tradicionalmente dirigido al ser proveedor. De tal manera que las posibilidades de conocer y apropiarse de prácticas preventivas para evitar un embarazo en la adolescencia se disminuyen dadas estas condiciones de género.

Por otro lado, existen embarazos en la adolescencia que son producto de la violencia sexual dentro o fuera de la familia. La violencia familiar y la sexual lesionan la integridad, la libertad y la capacidad de tomar decisiones voluntarias desde edades tempranas y dificulta abordar la sexualidad desde una dimensión afectiva y una comunicación asertiva. La cultura patriarcal, que ha hecho invisible la sexualidad femenina y reforzado roles y estereotipos de género, limita la capacidad de las adolescentes a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas, a partir de la reflexión consciente y la acción responsable de las relaciones con los otros/otras, el ejercicio de los derechos de hombres y mujeres, la de-construcción de los estereotipos de hombres y mujeres. Abordar al género en su papel de determinante social de la salud sexual y reproductiva implica favorecer entornos habilitantes mediante la modificación de normas y comportamientos desde el ámbito legislativo, hasta el ámbito ejecutivo de los servicios educativos y de salud, así como trabajar en la desnaturalización de la violencia familiar y sexual a partir de campañas de comunicación y de procesos de sensibilización en el ámbito local que incorporen a los padres y las madres de familia, e involucren al varón en el ejercicio de una sexualidad responsable.

4.2.4 Curso de vida y proyecto de vida

El concepto de curso de vida provee un marco que permite entender cómo interactúan múltiples determinantes psicológicos y sociales a lo largo de la vida y entre generaciones que impactan en los niveles de salud, el proyecto y calidad de vida. El enfoque de curso de vida integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, la manera como se vinculan las diferentes etapas, las relaciones que se construyen en cada una de ellas, y los factores que protegen y ponen en riesgo el desarrollo óptimo de las personas en el marco de los determinantes sociales. Esta perspectiva permite definir modelos de intervención ordenando las acciones y los recursos desde una perspectiva de desarrollo humano, y orienta las políticas públicas hacia la implementación de acciones preventivas que controlen y reduzcan los riesgos. En el caso específico de la prevención del embarazo en adolescentes, el curso de vida significa desarrollar intervenciones en una edad temprana para fomentar habilidades hacia la construcción de un proyecto de vida, fortalecer la toma de decisiones, sentido de responsabilidad y cuidado de la salud atendiendo la diversidad social, cultural, étnica, lingüística y de capacidades. Adicionalmente, permite desarrollar la capacidad de negociación en sus relaciones sexuales, para evitar que éstas sean desprotegidas o forzadas; y finalmente, promueve la utilización de los servicios de SSR. Esto involucra las sinergias de acciones desde el ámbito multisectorial considerando la prestación de servicios de salud y sociales, la educación, el liderazgo juvenil, sociales y el marco normativo y jurídico que habilite estos procesos.

4.2.5 Corresponsabilidad

La corresponsabilidad se sustenta en la idea de que la construcción de lo público es tarea de todos los ciudadanos y ciudadanas, sin que ello signifique que el gobierno evada o delegue su responsabilidad.

La corresponsabilidad tiene la intención de generar sinergias y hacer converger a las instituciones gubernamentales, a las iniciativas privada y social, y a los propios adolescentes como sujetos de su propio desarrollo, para enfrentar problemas y generar propuestas en el marco de relaciones de confianza, cooperación y responsabilidades compartidas establecidas por medio de reglas, normas y mecanismos de participación, gestión y distribución de recursos.

En el ámbito local, la ENAPEA debe involucrar a quienes integran la comunidad, incluyendo a las autoridades locales y municipales, a padres y madres de familia, directivos y docentes de las escuelas, a responsables y personal de los centros de salud, a responsables de espacios de recreación y, desde luego, a los y las adolescentes. Se debe informar a todas las personas interesadas en el problema del embarazo en adolescentes para llegar a acuerdos que generen sinergias entre las diferentes instancias y construyan las acciones y opciones para prevenirlo.

4.2.6 Participación juvenil

La participación es un derecho humano. Como derecho civil y político se ejerce, por ejemplo, en elecciones políticas y consultas ciudadanas; como derecho económico, cultural y social se ejerce al participar en el diseño e implementación de agendas y políticas de desarrollo, incluyendo las agendas de salud, educación, vivienda y empleo. El marco legal nacional e internacional que protege el derecho a la participación es muy amplio: destaca la convención para los derechos de la infancia y su correspondiente ley nacional, que subraya el derecho de las y los niños y adolescentes a participar, tomando en cuenta la evolución de sus capacidades y el bien superior de las y los menores sobre la voluntad de las personas adultas. La intención es que la participación juvenil se dé no sólo como personas vulneradas sino como actoras estratégicas para la transformación social, lo que implica integrar acciones para el empoderamiento y la búsqueda de la autonomía, a fin de que la población adolescente pueda responder a las problemáticas y necesidades que identifique, incorporando su perspectiva en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las intervenciones que serán ejecutadas, en todos los niveles de planeación y acción.

En el nivel local, la participación en la toma de decisiones puede facilitarse a través del uso de metodologías participativas de planeación, como mapeos comunitarios y la investigación o evaluación participativa con un enfoque a la acción y resolución de problemas. A nivel local, regional o nacional, se pueden conformar comités juveniles que participen en el diseño de las estrategias específicas que se decidan implementar o bien incorporar a adolescentes en los órganos formales de toma de decisiones descritos en el capítulo 7. También se les debe otorgar espacio para abogar por la asignación y monitoreo del ejercicio de presupuestos públicos destinados a las actividades clave de la ENAPEA.¹⁶⁵

4.2.7 Investigación y evidencia científica

La investigación permite cuestionar, reflexionar y actuar para cambiar la realidad bajo un fundamento científico, en beneficio de las poblaciones estudiadas; genera conocimientos científicos sobre aspectos desconocidos de la realidad aplicando métodos, técnicas y procedimientos. La investigación ocupa un lugar central para diagnosticar y definir de manera clara los problemas que se deben resolver y, de esa manera, estar en posibilidad de formular programas y acciones que los resuelvan.

La ENAPEA basará sus intervenciones en evidencia científica de dos formas. En primera instancia, se aprovechará la evidencia internacional que ha determinado el grado en que funcionan las diferentes estrategias utilizando métodos científicos rigurosos, a fin de financiar e implementar únicamente aquellas intervenciones que han demostrado tener el impacto deseado sobre conductas específicas. En segunda instancia, se asegurará que el impacto de sus intervenciones sea probado a pequeña escala y

¹⁶⁵ Villa-Torres, L y Svanemyr, J. "Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive Health Policies and Programs". [Unpublished].

evaluado con rigor en el contexto de diseños experimentales antes de expandir su uso a nivel nacional, a fin de evitar la inversión en intervenciones no efectivas.

4.2.8 Evaluación y rendición de cuentas

La evaluación tiene como propósito mejorar los programas, rendir cuentas sobre los mismos y generar una información que permita modificar y ajustar acciones futuras; construye conocimiento aplicado o concreto; valora las acciones e intervenciones que se realizan para abordar un problema en concreto y determinar si alcanzan o no los objetivos planteados, y de ser posible, por qué sí o por qué no. Esta evidencia facilita la toma de decisiones acertadas y conduce a un proceso de cambio social basado en la evidencia. La evaluación de políticas públicas necesita, para ser eficaz, tanto del rigor que pueden aportar los métodos científicos, como de la participación activa de los responsables políticos. La finalidad de la política basada en la evidencia es mejorar el aprendizaje del proceso e incrementar la efectividad de las políticas públicas. En ese sentido, es también un instrumento valioso de rendición de cuentas administrativas, mediante el cual las instituciones públicas den transparencia de los recursos públicos empleados para llevar a cabo programas y acciones con avances concretos, cuyo desempeño queda plasmado en indicadores, sistemas de información, con una recolección de datos regular y confiable.

En resumen, la ENAPEA integra el componente de evaluación para mejorar su efectividad, generar un proceso de mejora continua y atender a la necesidad y demanda de rendir cuentas a la sociedad.

5. ALINEACIÓN DE OBJETIVOS

Los determinantes del embarazo adolescente están vinculados a factores estructurales, sociales, económicos y culturales. Su prevención requiere ser abordada de manera integral desde diferentes ámbitos. Por ello, la ENAPEA está alineada a los objetivos, estrategias y líneas de acción de los principales instrumentos de planeación federales y estatales que orientan la acción de las 13 dependencias que participan en el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). Para la integración de la alineación institucional se parte del Plan Nacional de Desarrollo e incluye a los programas sectoriales, nacionales, especiales y de acción específicos, como se presentan a continuación en el cuadro 2. La alineación responde a la necesidad de articular y orientar a través de las diferentes instancias de gobierno las decisiones, optimización de los recursos y la consolidación de las acciones hacia la reducción del embarazo en adolescentes.

Cuadro 2. Metas, objetivos y estrategias de los instrumentos nacionales de planeación con los que se alinea la ENAPEA

Instrumento de planeación	Metas, objetivos y estrategias con los que se alinea la ENPEA
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)	Meta nacional II México Incluyente, Objetivos 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente; 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud; 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social; 2.5 Promover un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna; y estrategias 2.2.2 y 2.3.2 Meta Nacional III México con Educación de Calidad: Objetivos 3.1. Desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; 3.2. Garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo; y 3.5. Hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.
Programa Sectorial de Gobernación 2013-2018	Objetivo 3. Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos, reducir la discriminación y la violencia contra las mujeres y sus Estrategias 3.1 a 3.4. Objetivo 4. Desarrollar políticas integrales de población y migración, que contribuyan a la inclusión, la prosperidad y el ejercicio de derechos, y con sus Estrategias 4.1 y 4.2

Cuadro 2. Metas, objetivos y estrategias de los instrumentos nacionales de planeación con los que se alinea la ENAPEA

Instrumento de planeación	Metas, objetivos y estrategias con los que se alinea la ENAPEA
Programa Nacional de Población 2014-2018	Objetivos 1. Aprovechar las oportunidades de desarrollo social y económico propiciadas por el cambio demográfico; 2. Ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para hombres y mujeres; y 5. Ampliar el desarrollo de una cultura demográfica basada en valores de prevención, participación social, tolerancia y vigencia de los derechos humanos. Estrategias 1.5, 2.2 a 2.5, 5.1 y 5.2
Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Objetivos 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; y 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Estrategias: 1.5. Incrementar el acceso a la SSR con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables; 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente; 2.1, 4.2 a 4.4 y también con todas las líneas de acción de la estrategia transversal de perspectiva de género del Objetivo 1.
Programa de Acción Específico (PAE) Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para Adolescentes 2013-2018	Por su naturaleza, la ENAPEA se relaciona con todos los objetivos y estrategias del PAESSRA 2013-2018: Objetivo 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes; 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población; y 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente.
PAE Planificación Familiar y anticoncepción 2013-2018	Objetivos 1. Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención; 2. Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social; y 3. Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre la planificación familiar y anticoncepción.
PAE Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-18	Objetivo 1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres; 2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Estrategias 1.2 y 2.2
PAE Salud Materna y Perinatal 2013-18	Objetivos 1. Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; 2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.
PAE Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018	Objetivos 2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad; y 3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural. Estrategias 2.1, 2.5 y 3.2

Cuadro 2. Metas, objetivos y estrategias de los instrumentos nacionales de planeación con los que se alinea la ENAPEA

Instrumento de planeación	Metas, objetivos y estrategias con los que se alinea la ENPEA
Programa Nacional de Asistencia Social	Objetivo 2. Salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes y coordinar acciones que contribuyan al respeto, protección, atención y ejercicio efectivo de los mismos. Líneas de acción 2.5.1; 2.5.3 y, 2.5.8
Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018	Objetivos transversales 1. Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres; 2. Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y niñas y garantizarles acceso a una justicia efectiva; y 4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar. Estrategias 1.2, 1.5, 2.1, 4.1, 4.2
Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018	Objetivo 1. Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres; 2. Garantizar la prevención integral para reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas; 3. Garantizar el acceso a los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de violencia; 5. Fortalecer la coordinación institucional en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. Estrategias 1.1, 2.1, 2.4, 3.2, 5.1
Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018	Objetivos 2. Prevenir las violaciones de derechos humanos; 3. Garantizar el ejercicio y goce de los derechos humanos; y 4. Fortalecer la protección de los derechos humanos. Estrategias 2.1, 2.2, 3.1 a 3.3, 4.4
Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018	Objetivos 1 Fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación; y 4 Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas. Estrategias 1.1 y 4.1

Cuadro 2. Metas, objetivos y estrategias de los instrumentos nacionales de planeación con los que se alinea la ENAPEA

Instrumento de planeación	Metas, objetivos y estrategias con los que se alinea la ENAPEA
Programa Nacional de Desarrollo Social 2014-2018	Estrategias 2.1. Fortalecer la planeación y mejorar la organización del Sistema Educativo Nacional para ampliar las oportunidades educativas de la población; 2.3 Prevenir y disminuir el abandono escolar en la educación media superior, al tiempo que se incrementa la cobertura; 2.5 Promover la interculturalidad en la educación y reforzar los modelos intercultural y bilingüe en poblaciones que hablen lenguas originarias; 2.7 Fortalecer la atención de población mayor de 15 años en condición de rezago educativo, mediante servicios educativos más cercanos y pertinentes; 3.2 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario educativo más cercanos y pertinentes; 3.6 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables. Líneas de acción 2.1.3, 2.1.4, 2.3.3, 2.5.4, 2.7.4, 2.7.5, 2.7.6, 3.2.2, 3.2.4, 3.6.1 y 3.6.2
Programa Nacional de Juventud 2014-2018	Objetivos 1. Incrementar las oportunidades de las y los jóvenes para acceder a los sistemas escolares, productivos y de obtención de vivienda; 2. Promover condiciones que mejoren la calidad de vida de la población juvenil en sus entornos y relaciones comunitarias; 3. Fortalecer la participación juvenil en los espacios de decisión públicos, sociales y comunitarios; 4. Fortalecer la plena inclusión y no discriminación de las y los jóvenes en los procesos de desarrollo social y económico y sus estrategias. Estrategias 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 2.1, 2.2, 3.1 a 3.7, 4.1 a 4.4 y 4.6
Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018	Objetivos 2 Incrementar el acceso a la alimentación, la salud y la educación a los Pueblos Indígenas; y 4: Mejorar el ingreso monetario y no monetario de la población indígena a través del impulso a proyectos productivos Estrategias 2.2 a 2.4 y 4.2
Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018	Estrategias 1.2 Diseñar y ejecutar políticas públicas que mejoren la articulación de los actores del mercado laboral para ampliar la colocación; y 1.5 Implementar acciones tendientes a reducir la informalidad del empleo, mediante mecanismos de coordinación interinstitucionales con los tres órdenes de gobierno Acciones 1.2.1 y 1.5.2
Programa Sectorial de Educación 2013-2018	Objetivo 1: Asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de población; 2. Fortalecer la calidad y pertinencia de la educación media superior, superior y formación para el trabajo, a fin de que contribuyan al desarrollo de México; 3. Asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa. Estrategias: 1.7, 1.7.4, 1.7.8, 2.1, 3.1 y 3.2. Líneas de acción transversal: Estrategias 1 con acción 13 y estrategia 3 con acción 3.2.6.

6. OBJETIVOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES

El propósito de la ENAPEA es establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias involucradas de los sectores público, privado y social a nivel nacional, estatal y municipal para disminuir el embarazo en adolescentes en el país, bajo un marco de respeto a los derechos humanos y la garantía del pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La población de principal impacto en la ENAPEA es la adolescente, en el rango de edad de 10 a 19 años y, el embarazo en adolescentes es aquel que se presenta entre los 10 y 19 años de edad. Adicionalmente, se integran otros grupos de interés que por su impacto en la población meta, requieren del fortalecimiento de acciones específicas.

En cada uno de los niveles de incidencia nacional, estatal y municipal, las instancias de gobierno deberán dar respuesta a la estrategia nacional en cumplimiento con sus atribuciones. El respeto a la autonomía de cada uno de los niveles es un componente esencial que debe ser fortalecido con la coordinación, impulso, promoción y ejecución de cada una de las actividades contempladas en la estrategia nacional.

Se han planteado cinco objetivos específicos, 19 líneas de acción y 90 actividades, con actores involucrados, asignándose responsabilidades con una mirada transversal e intersectorial y niveles de acción para el periodo 2014-2030. La gestión de presupuesto deberá ser garantizada durante los próximos 15 años.

6.1 Objetivo general

El objetivo general de la ENAPEA es reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Los ejes rectores de la estrategia se integran de manera transversal en las acciones y actividades dirigidas a cumplir con los siguientes cinco objetivos específicos, que tienen aplicación intersectorial.

6.2 Objetivos específicos

A continuación se presentan los cinco objetivos específicos de la ENAPEA y líneas de acción para cada uno de ellos. Asimismo, para las líneas de acción se enlistan de manera ilustrativa las actividades que llevan al logro de los objetivos específicos.

Objetivo 1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México

El desarrollo humano comprende la generación del conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, experiencias, actitudes y metas que pueden adquirir las personas y que, junto con las opciones sociales, determinan la calidad de vida. La evidencia científica muestra que tanto la escolaridad como las oportunidades laborales pertinentes, están asociadas a una menor fecundidad adolescente, a mejores niveles de alimentación, salud, esperanza de vida, ingresos y trabajo.

Líneas de acción

1. *Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.*

La SEP está llevando a cabo diferentes estrategias para evitar la deserción escolar en la educación obligatoria y para aumentar la cobertura de la EMS. La evidencia indica que la permanencia en la escuela contribuye a reducir el riesgo de embarazo; por esta razón, se propone fortalecer estas acciones.

- ❑ Ampliar la cobertura y monto de las becas para adolescentes hasta el nivel medio superior del Programa Nacional de Becas de la SEP y de PROSPERA, Programa de Inclusión Social de la SEDESOL o en su caso mantener las acciones afirmativas ya establecidas en sus reglas de operación, con la finalidad de evitar la deserción escolar, aumentando la reinserción y permanencia en los estudios.
- ❑ Ampliar modalidades educativas para el cumplimiento de la obligatoriedad de la EMS en comunidades rurales apartadas, de acuerdo con la reforma educativa.
- ❑ Generar estrategias para acercar a las y los estudiantes a localidades donde existan preparatorias u otras opciones de formación técnica al nivel medio superior con transporte escolar rural y albergues/internados.
- ❑ Promover y desarrollar programas escolares y comunitarios de orientación vocacional para sustentar proyectos de vida libre de condicionamientos de género, para las y los adolescentes en educación básica y media superior.
- ❑ Focalizar acciones para la regularización académica de estudiantes con menor rendimiento en planteles de secundaria y EMS, a fin de evitar el rezago y la deserción.
- ❑ Capacitar a los grupos de orientadores y tutores/as de los planteles de EMS para apoyar a las y los estudiantes en la solución de los problemas que obstaculicen su progresión académica, es decir, la transición de primaria a secundaria y de secundaria a preparatoria.
- ❑ Desarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas, en un ambiente de no discriminación sobre todo en secundaria y nivel medio superior.
- ❑ Desarrollar mecanismos de búsqueda intencionada desde las escuelas y en coordinación con las autoridades municipales en el nivel local que permitan identificar estudiantes desertores/ras e incentivar su reinserción, con base en las necesidades específicas de cada caso.
- ❑ Fortalecer los programas del INEA o crear nuevos mecanismos y programas que permitan la reinserción a la educación obligatoria y la inserción a la educación técnica para madres y padres adolescentes que no han terminado su educación básica.
- ❑ Llevar a cabo investigación operativa que permita conocer las causas del abandono escolar de adolescentes y el desarrollo de intervenciones aleatorizadas que la disminuyan.

2. *Generar oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en el marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.*

- ❑ Ampliar y promover los sistemas duales de estudio y trabajo, en especial para los esquemas de preparatorias y carreras técnicas, similares al Modelo Mexicano de Formación Dual del CONALEP, con la colaboración de la iniciativa privada.
- ❑ Fortalecer los programas de capacitación para el trabajo del Servicio Nacional de Empleo (SNE), con especial énfasis en la población adolescente no escolarizada.
- ❑ Generar mecanismos de incidencia política entre el sector productivo y el educativo para la creación de empleo juvenil.
- ❑ Impulsar proyectos productivos para la población de 18 años o más, con énfasis en adolescentes embarazadas o con hijos/as, enfocados a municipios de acuerdo al número de habitantes, a la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años y a porcentajes por encima de la mediana de adolescentes unidas.
- ❑ Promover programas de voluntariado y servicio social que incluyan retribuciones económicas para las y los adolescentes que están por finalizar sus estudios.

Objetivo 2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

La ENAPEA incentivará el aplazamiento del embarazo en un marco de derechos humanos. Las y los adolescentes podrán construir proyectos de vida hacia un desarrollo integral, sustentado en mayores niveles educativos y oportunidades laborales. La modificación del entorno incluye cambios a las normas sociales, jurídicas y culturales para prevenir y erradicar el abuso y la violencia sexual que afecta a niñas, niños y adolescentes, especialmente en contextos de desventaja socioeconómica.

Líneas de acción

3. *Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia. Dichas campañas deberán estar basadas en evidencia científica y en buenas prácticas, que integren intervenciones innovadoras a través de redes sociales, teléfonos celulares, mensajes de texto, así como el acompañamiento con materiales impresos y otras actividades culturales, ferias y unidades médicas móviles.*

- ❑ Desarrollar investigaciones que sustenten todo esfuerzo de comunicación emprendido en evidencia actual o relevante de las características del público–meta.
- ❑ Elaborar una campaña continua de cobertura nacional en medios de comunicación masiva (radio, cine y televisión) dirigida a la población en general.
- ❑ Desarrollar y dar seguimiento a la implementación de campañas continuas en medios de comunicación, estatales y locales (como televisión local, radiodifusoras comunitarias y perifoneo, así como otras intervenciones innovadoras) con la participación de adolescentes y jóvenes en su diseño, focalizadas en segmentos de adolescentes en condiciones de desventaja social.
- ❑ Promover con empresas de medios de comunicación la inclusión de contenidos educativos sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en programas de entretenimiento (telenovelas, reality shows, comedias, concursos).
- ❑ Incentivar con la iniciativa privada proyectos socialmente responsables para la prevención del embarazo en adolescentes en el marco de los derechos humanos.

4. *Promover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, rapto, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados.*
 - ❑ Impulsar iniciativas en los congresos estatales que homologuen los códigos penales para eliminar la violencia, el abuso sexual y los matrimonios forzados en la población adolescente.
 - ❑ Promover la búsqueda intencionada, la persecución de oficio y la sanción de delitos de violencia, abuso sexual y matrimonio forzado contra niñas, niños y adolescentes.
5. *Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.*

Prevención

- ❑ Sensibilizar a la comunidad sobre los efectos del abuso sexual por medio de reuniones, programas o actividades lúdicas en las escuelas.
- ❑ Capacitar al personal docente para reconocer los signos del abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.
- ❑ Realizar tamizajes anuales en las escuelas para identificar casos de violencia a niñas, niños y adolescentes y canalizarlos/as a instancias de apoyo.
- ❑ Mejorar los sistemas de registro y seguimiento de casos de violencia sexual y/o abuso sexual en niñas, niños y adolescentes.
- ❑ Organizar talleres formales para madres y padres que contribuyan con la comunicación asertiva sobre el abuso sexual en el seno de las familias.
- ❑ Organizar espacios de diálogo y reflexión para que niñas y niños reconozcan e identifiquen situaciones de violencia sexual y/o de abuso sexual.
- ❑ Generar espacios de sensibilización con adolescentes sobre los tipos y modalidades de violencia contra niñas, niños y adolescentes.

Atención

- ❑ Crear y promover lineamientos de atención para implementar la prevención de la violencia en las escuelas y en el entorno comunitario que faciliten la detección, canalización y denuncia de casos de abuso o violencia sexual.
- ❑ Desarrollar acciones informativas en el ámbito comunitario dirigidas a la población adulta y adolescente sobre la ruta de respuesta ante la violencia y abuso sexuales.
- ❑ Fortalecer a los equipos de atención primaria a la salud para la detección del abuso sexual y para ofrecer una respuesta integral médica, legal y psicosocial frente a los embarazos forzados.
- ❑ Incluir en los protocolos de análisis del contexto familiar la detección de abuso o agresión sexual contra niñas, niños y adolescentes en el hogar.
- ❑ Crear y referir a instancias de apoyo (que incluyan hospedaje, alimentación y terapia psicológica) para restaurar los daños de la violencia y el abuso sexual para las y los adolescentes.
- ❑ Asegurar la protección de las niñas, niños y adolescentes en los procesos de intervención jurídica, principalmente durante la etapa de identificación y persecución penal del violador.

6. *Asegurar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.*
 - ❑ Difundir entre la población adolescente su derecho a recibir en todas las unidades de salud, servicios de consejería, orientación y acceso a métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia, de manera gratuita sin la presencia de una persona adulta.
 - ❑ Sensibilizar a padres y madres y a quienes ejerzan la tutela, autoridades comunitarias, escolares y municipales sobre el derecho al ejercicio responsable de la sexualidad, el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios de SSR para adolescentes mediante expresiones culturales y ferias de la salud u otro tipo de tipo de acciones comunitarias.
 - ❑ Impulsar que las escuelas secundarias y preparatorias programen en sus actividades una visita anual a una farmacia y a un centro de salud para pedir información sobre métodos anticonceptivos.
 - ❑ Realizar encuentros entre prestadores de servicios de salud y adolescentes en el ámbito local para diseñar conjuntamente estrategias que acerquen los servicios de SSR a las y los adolescentes.

7. *Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos.*
 - ❑ Impulsar la formación, capacitación de grupos, comités consultivos y redes de adolescentes y jóvenes en el ámbito comunitario para apoyar los procesos locales de planeación e implementación de las acciones de prevención del embarazo en adolescentes.
 - ❑ Desarrollar, probar e impulsar experiencias piloto de incidencia en el ámbito comunitario a través de las organizaciones de adolescentes y jóvenes y de las entidades que trabajan en temas de liderazgo, participación, democracia, derechos sexuales y reproductivos y desarrollo humano de adolescentes.
 - ❑ Promover el acceso de las y los adolescentes a los programas sociales y su participación en actividades de difusión para la prevención del embarazo en adolescentes.

8. *Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes.*
 - ❑ Emitir convocatorias de proyectos sociales que incorporen la perspectiva de género, a organizaciones civiles nacionales y comunitarias con perfil juvenil para articular estrategias en comunidades indígenas, rurales y urbanas marginadas, focalizadas en: a) adolescencia temprana (10-14 años) con madres y padres y b) para hombres y mujeres de 15-19 años. Los proyectos financiados pueden implementarse en escuelas, centros de salud, farmacias, espacios culturales, plazas públicas, etcétera.

9. *Financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.*
 - ❑ Emitir convocatorias dirigidas a instancias académicas y organizaciones con capacidad técnica para realizar estudios con diseños experimentales en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

Objetivo 3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad

La experiencia internacional demuestra que los métodos ARAP (DIU, SIUH hormonales e implantes) son aceptables para adolescentes, no están contraindicados, tienen alta continuidad y menores tasas de falla que otros métodos en su uso típico. Las relaciones sexuales en adolescentes se dan frecuentemente de manera inesperada y aun cuando se planean, existen barreras cognitivas, actitudinales, sociales, de acceso a servicios y económicas que pueden impedir la obtención y uso de los métodos. Los métodos de larga duración facilitan el resultado deseado de evitar el embarazo en las adolescentes al requerir mínimas acciones después de la obtención del método para continuar estando protegidas de un embarazo no planificado. Sin embargo, es indispensable asegurar la oferta integral de métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo la anticoncepción de emergencia (hormonal y con DIU) para asegurar la elección libre e informada. También se requiere seguir promoviendo el uso del condón, como parte de la doble protección, para prevenir embarazos no planificados e ITS, así como la corresponsabilidad de las mujeres y hombres adolescentes en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva.

Líneas de acción

10. Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP.

- ❑ Actualizar los protocolos de consejería en planificación familiar para adolescentes, asegurando que se trate el tema de la eficacia de los métodos y se incluyan como opciones de primera línea los métodos anticonceptivos reversibles incluyendo ARAP, en concordancia con la NOM-005-SSA2-1993 y con las directrices internacionales,¹⁶⁶ sin menoscabo de la promoción del condón como doble protección para prevenir ITS/VIH/SIDA.
- ❑ Las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementarán talleres de capacitación continua y/o cursos en línea para vencer barreras y garantizar la competencia técnica para la provisión de los métodos anticonceptivos reversibles e inserción de ARAP.

11. Garantizar el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente.

- ❑ Impulsar compras consolidadas nacionales para garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP, en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- ❑ Asegurar la asignación de un presupuesto específico para métodos anticonceptivos (incluyendo ARAP) para adolescentes.
- ❑ Apoyar la generación de un observatorio ciudadano para asegurar el abasto oportuno de anticonceptivos (incluyendo ARAP) en las unidades de salud, así como la aplicación de la normatividad en el consentimiento libre e informado.

¹⁶⁶ ACOG, Opinión del Comité, Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/Adolescents-and-Long-Acting-Reversible-Contraception>

12. *Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión.*

- ❑ Realizar estudios piloto con diseños rigurosos: 1) en colaboración con empresas farmacéuticas que prueben la oferta de servicios y métodos anticonceptivos incluyendo ARAP en farmacias a bajo costo; 2) de estrategias de capacitación a prestadores de servicios de clínicas y centros de salud en consejería y atención de métodos anticonceptivos incluyendo ARAP para adolescentes; y 3) de comunicación para adolescentes sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP.
- ❑ Capacitar al personal médico de farmacias, en caso de que los estudios piloto demuestren su eficacia, para garantizar la competencia técnica para la inserción de los métodos ARAP.

13. *Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos.*

- ❑ Generar e impulsar espacios de reflexión para las y los adolescentes en escuelas y en los ámbitos comunitarios sobre el uso de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, sobre la responsabilidad de ambos en la prevención del embarazo, y sobre la paternidad responsable y la construcción de nuevas masculinidades.

Objetivo 4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Se ha demostrado que las y los adolescentes aumentan el uso de los servicios de SSR cuando el personal de salud cumple con los criterios de trato digno, confidencialidad, no discriminación, capacitación y sensibilidad a las necesidades de las y los usuarios en instalaciones acogedoras. Asimismo, el uso de los servicios depende de que la población adolescente los conozca y confíe en ellos, y de que se dirijan mensajes a sus padres y madres.

Líneas de acción

14. *Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS.¹⁶⁷*

- ❑ Ampliar la cobertura de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes, progresivamente al 2018, en las unidades médicas del primer nivel de atención de todas las instituciones de salud. Los servicios amigables deberán cumplir con los criterios establecidos.
- ❑ Generar un mecanismo de capacitación continua para las y los proveedores de salud, especialmente las dependencias del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de elevar los estándares de calidad de atención en servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes, enfatizando en que esos servicios deben darse de forma autónoma e independiente, sin la mediación de la madre, padre o tutores. Se invitará a personal médico privado que labora en la localidad a los talleres para proveedoras/es de primer contacto.
- ❑ Generar lineamientos para fortalecer la supervisión del ámbito estatal al jurisdiccional y de éste a las unidades de salud para mantener la calidad y cobertura de servicios de SSR para adolescentes.
- ❑ Supervisar los servicios amigables de SSR para la población adolescente y generar acciones para la mejora continua de la calidad.

¹⁶⁷ OMS. (2009). Quality assessment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. Ginebra, Suiza. Accesible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf

- ❑ Fortalecer la consejería en SSR para adolescentes ofreciendo gratuitamente toda la gama de métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo los ARAP, con énfasis en el beneficio del uso continuo, la doble protección y de la efectividad de los mismos.
 - ❑ Capacitar a los prestadores de servicios para que puedan informar a las adolescentes en el primer trimestre del embarazo sobre las instancias en las que el aborto es legal, acompañando el proceso de solicitud en los casos procedentes.
 - ❑ Actualizar y difundir el marco jurídico que sustente la obligación del personal de salud para otorgar servicios de SSR, a la población adolescente.
 - ❑ Elaborar y asegurar la distribución de manuales de consejería individual y de educación sexual grupal, así como algoritmos de atención de adolescentes basados en evidencia y apropiados para los prestadores de servicios de SSR en diferentes unidades de atención clínicas y centros de salud, farmacias y hospitales.
 - ❑ Desarrollar y contribuir a la formación de un banco de materiales de consejería e informativos sobre SSR y métodos anticonceptivos elaborados por todas las instituciones para uso de quien los requiera (vinculación con nuevas tecnologías de la información).
 - ❑ Crear un modelo estandarizado de capacitación de prestadores de servicios para todas las instituciones de salud, incluyendo mecanismos de capacitación continua para elevar la calidad de atención en los servicios amigables de SSR para adolescentes, enfatizando que deben darse sin la mediación de madre, padre o tutores y considerando la diversidad cultural, social, étnica, lingüística y de capacidades de las personas adolescentes.
 - ❑ Establecer mecanismos de coordinación entre escuelas y centros de salud, clínicas y farmacias para familiarizar a las y los adolescentes con los servicios de SSR en el nivel local.
 - ❑ Coordinar, con las asociaciones privadas de farmacias, mecanismos para desarrollar y promocionar el concepto de farmacia amigable y líneas de productos dirigidos a la población adolescente.
 - ❑ Llevar a cabo investigación operativa con diseños rigurosos que permita identificar y expandir únicamente las estrategias más efectivas para identificar, atraer y atender a la población adolescente con necesidad de SSR.
15. *Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado) con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social.*
- ❑ Elaborar diagnósticos sobre las necesidades y preferencias de las y los adolescentes acerca de los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.
 - ❑ Colaborar, con base en diagnósticos, con la iniciativa privada para crear ambientes amigables y atractivos para las y los adolescentes en farmacias (con y sin servicio médico).
 - ❑ Diseñar e implementar un componente de promoción y entrega de la gama completa de métodos anticonceptivos reversibles, incluidos los ARAP, para las y los adolescentes en el programa Unidades Médicas Móviles.
 - ❑ Fortalecer la línea gratuita Planificatel 01 800 624 6464 y actualización y enriquecimiento de las páginas web existentes en materia de salud sexual y reproductiva que difundan los servicios de SSR públicos, sociales y privados en todo el país, que explique los beneficios de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, la doble protección, el condón y la anticoncepción de emergencia (hormonal y con DIU).
 - ❑ Promover entre la población adolescente los servicios amigables del sector salud, de las organizaciones de la sociedad civil y de las farmacias, así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos y de bajo costo, garantizando la gama completa, incluidos los métodos ARAP.

- ❑ Promover los servicios de SSR para adolescentes en centros laborales y agrícolas a madres y padres para que puedan orientar y brindar la información a sus hijos e hijas.
- ❑ Instalar dispensadores públicos de condones masculinos y femeninos en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de bailes, plazas públicas), y ferias de la salud.
- ❑ Difundir la anticoncepción de emergencia y las causales de aborto legal entre la población adolescente en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de baile, plazas públicas) y ferias de la salud.

16. *Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes.*

- ❑ Fortalecer la calidad de la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos post–evento obstétrico para adolescentes en primer y segundo nivel de atención.
- ❑ Reforzar la consejería en planificación familiar post parto a madres adolescentes cuando asistan a citas de control de niño sano o niña sana en el primer nivel de atención.
- ❑ Incorporar a las guías de práctica clínica de la atención del embarazo y puerperio la consejería sobre anticoncepción durante la atención prenatal para adolescentes, con énfasis en las ventajas del espaciamiento de los embarazos y privilegiando la libre elección con la oferta de la gama completa de métodos, incluyendo los ARAP.

Objetivo 5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

La educación integral en sexualidad facilita que niños, niñas y adolescentes adquieran conocimientos, habilidades y valores que les permitan asumir responsablemente su vida sexual y prevenir los embarazos, las ITS y el abuso sexual. Los contenidos de la Educación integral en sexualidad deben ser culturalmente relevantes, científicamente rigurosos y apropiados a la edad.

Líneas de acción

17. *Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.*

- ❑ Homologar y difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el Estado de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna.
- ❑ Asegurar la impartición del contenido de los libros de textos gratuitos sobre la Educación integral en sexualidad, como se establece en los lineamientos oficiales.
- ❑ Crear un grupo de trabajo interinstitucional con investigadores/as especializados/as en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica para elaborar, revisar y proponer contenidos curriculares de educación integral en sexualidad en todos los tipos, niveles y modalidades del sistema educativo, así como para el fortalecimiento de la formación docente.
- ❑ Diseñar y aplicar estrategias para formar y capacitar adolescentes y jóvenes como multiplicadores de información sexual y reproductiva.

18. *Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad.*

- ❑ Sensibilizar y capacitar al personal docente sobre la importancia de promover y respetar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan los jóvenes.

- ❑ Establecer mecanismos para incentivar la participación del personal docente en la capacitación sobre Educación integral en sexualidad que ya ofrece la SEP.
 - ❑ Evaluar la forma en que el personal docente transmite en el aula los temas de Educación integral en sexualidad y buscar mecanismos para retroalimentar sus técnicas de enseñanza, eliminando los prejuicios y las omisiones al abordar estos temas.
19. *Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.*
- ❑ Capacitar al personal docente en el desarrollo de actividades de sensibilización dirigidas a madres y padres de adolescentes que asisten y no asisten a la escuela, que propicien la comunicación sobre relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.
 - ❑ Sensibilizar a la población sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes, del abuso sexual y de las desigualdades de género, utilizando los espacios y medios culturales (p. ej., teatro, títeres, cine, exposiciones, medios de transporte público, mantas, anuncios publicitarios, pintas de paredes y posters) para facilitar la apertura y discusión de estas problemáticas en el entorno comunitario, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.
 - ❑ Fortalecer en el espacio escolar la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres, padres y adolescentes en la educación sexual a partir de la primaria.
 - ❑ Implementar con padres, madres, quienes ejercen la tutela, y adolescentes, acciones educativas en el ámbito comunitario para alcanzar a adolescentes no escolarizados, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.
 - ❑ Implementar metodologías dirigidas a la participación activa de los varones en la ENAPEA.
 - ❑ Impulsar la apertura de espacios de consejería sobre SSR para adolescentes en las escuelas y en el ámbito comunitario, tomando en cuenta las recomendaciones de grupos de opinión conformados por adolescentes.
 - ❑ Promover y referir los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en los planteles educativos.

6.3 Metas

Reducir el embarazo en adolescentes es una de las principales metas de la ENAPEA. Para ello, se plantea disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (TEF15-19) para el año 2030, es decir, alcanzar una tasa de 32.9% nacimientos en el grupo de edad referida.

En el corto plazo, se proyecta una reducción a 63.1 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años para el 2018, considerando que las acciones emprendidas a partir de 2015 habrán de tener los resultados más significativos en un plazo más amplio.

Para establecer la meta de corto plazo en las adolescentes entre 15 y 19 años de edad se analizaron las fuentes de información más actualizadas y que pudieran proporcionar elementos sobre la tendencia de la TEF15-19. De este modo, se consideraron las estimaciones del CONAPO y las evidencias provenientes del registro de nacimientos. La meta de corto plazo, involucra el uso creciente de métodos anticonceptivos (prevalencia) y una escolaridad en aumento entre las y los adolescentes.

Uno de los factores fundamentales que inciden en el logro de la meta, es el acceso y permanencia de las personas jóvenes en el sistema escolar (educación media y media superior), factor que contribuye en la elaboración de un proyecto de vida y en el aumento de sus oportunidades, planteado en el objetivo 6.2.1 de la ENAPEA.

Otro factor determinante en el descenso de la tasa, es el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y la mezcla de éstos. En el objetivo 6.2.3 de esta estrategia se plantea asegurar la oferta de toda la gama de métodos anticonceptivos reversibles y del condón para que las(os) adolescentes puedan hacer uso de la doble protección (uso del condón al mismo tiempo que un método ARAP para evitar ITS/VIH/SIDA y embarazos no planeados). Las instituciones encargadas de proveer estos insumos deben asegurar el abasto y la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos para responder a la demanda que realicen las(os) adolescentes, además de contar con personal de salud actualizado y sensibilizado se debe garantizar la oferta a la población de acuerdo con sus diversas características y necesidades.

Dado el comportamiento sexual y reproductivo diferenciado entre las personas adolescentes unidas y no unidas, tal como se mencionó en el apartado de “Panorama en México” es necesario establecer, en la operación de las líneas de acción mencionadas, la distinción entre ambas situaciones para que se procure la atención ante la diversidad de requerimientos de estas poblaciones distintas en sus necesidades reproductivas y sexuales.

Es relevante mencionar que las líneas de acción que se establecen en este documento habrán de precisarse conforme se avance en su ejecución. Es decir, la estrategia debe considerar que las acciones son dinámicas y evolucionará de acuerdo con los resultados y obedecerá a las cambiantes necesidades que planteen los(as) adolescentes en el ejercicio libre, informado y responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

7. POLÍTICA INTERSECTORIAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN¹⁶⁸

El embarazo en adolescentes es un problema multifactorial cuya prevención y atención integral requiere de una respuesta intersectorial e interinstitucional coordinada para implementar intervenciones y solucionar los problemas existentes.

La ENAPEA en acuerdo con la organización política de los Estados Unidos Mexicanos plantea la construcción de consensos entre los diferentes niveles de gobierno a partir de la coordinación, cooperación y comunicación, en un escenario de sostenibilidad, lo que facilitará el cumplimiento de los cinco objetivos específicos que la estrategia busca alcanzar. El mecanismo de articulación que se propone prevé el acompañamiento y asistencia técnica a los ámbitos estatales, municipales y locales. La organización de la ENAPEA reconoce que tanto la estructura como la implementación deben ser flexibles y adaptables a las particularidades locales.

Con base en lo expuesto y en cumplimiento de las atribuciones que le confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley de Población, la Secretaría de Gobernación, a través del CONAPO, y el INMUJERES establecieron líneas de colaboración para el diseño de la ENAPEA, que tienen la finalidad de reducir la tasa de embarazo en este grupo etario en todo el país.

7.1 Nivel Federal

La implementación de la ENAPEA estará a cargo de un Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) que tendrá como objetivo establecer mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación que permitan la implementación de la Estrategia. El GIPEA estará integrado, a invitación del Secretario de Gobernación, por una coordinadora, que será la Secretaria General del CONAPO, una secretaria técnica, que será la presidenta del INMUJERES, así como por vocales, los cuales serán servidores públicos de alto nivel de las siguientes secretarías y dependencias de la Administración Pública Federal (APF): Secretaría de Gobernación (SEGOB) a través de la Secretaria General del CONAPO, INMUJERES, SEDESOL, SS, SEP, IMSS, ISSSTE, CNEGSR, CENSIDA, CENSIA, IMJUVE, SNDIF, CDI, INSP e invitados de la sociedad civil, organismos internacionales e integrantes de la academia. Los miembros del GIPEA tendrán voz y voto. A efecto de mejorar la

¹⁶⁸ Este apartado es una síntesis de los “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento Interno del Grupo de Trabajo Interinstitucional para la Operación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente” elaborado por el Consejo Nacional de Población.

coordinación entre las instituciones y dependencias que forman el Grupo, cada dependencia designará un/a representante de alto nivel que fungirá como vínculo directo entre éste y la secretaria técnica del Grupo.

Según la naturaleza de los asuntos a tratar, la Coordinación del GIPEA podrá invitar a participar a otros servidores y servidoras públicas de las dependencias y entidades de la APF, así como a miembros de OSC y organismos internacionales (OI).

7.2 Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

Las entidades federativas constituirán el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), tomando como modelo de referencia el Nacional, que podrá adecuarse respetando los arreglos institucionales en los estados.

En el ámbito estatal se considera prioritario apoyar a los contextos municipales y locales con procesos de capacitación y el asesoramiento para establecer los mecanismos de articulación con las demás dependencias, así como las gestiones que permitan destrabar obstáculos y mejorar el rendimiento local.

7.3 Ámbito municipal

La coordinación estatal impulsará en el ámbito municipal y en las comunidades locales los mecanismos para operar la ENAPEA:

1. Un coordinador de la ENAPEA, que tenga el liderazgo y la dirección estratégica de las acciones a seguir, y que será designado por la o el presidente municipal, a quien reportará.
2. La instalación de un grupo de trabajo en el ámbito local que garantice las funciones y el trabajo articulado y conjunto entre las instancias, mecanismos de referencia y canalización, la vinculación con programas sociales de diferente naturaleza (continuación de estudios, capacitación para la vida y el trabajo, proyectos productivos).
3. Este grupo será integrado por la persona responsable, funcionaria o funcionario del centro de salud, de los planteles de educación básica y media superior, del SMDIF y se invitará al menos a tres representantes de organizaciones de base comunitaria, dos representantes de la asociación de madres y padres de familia, y dos representantes de las y los adolescentes.

El grupo elaborará un plan de trabajo conforme a las necesidades locales y establecerá posibles intervenciones para articular la estrategia.

8. FOCALIZACIÓN

Un componente de primera importancia para el éxito de la ENAPEA es la focalización de actividades en las diversas etapas con el fin de aumentar la efectividad de las acciones y los recursos, concentrándola inicialmente en los municipios que tengan los mayores niveles de embarazos en adolescentes, en los que la población presente los mayores rezagos y donde se pueda obtener alta efectividad con los recursos existentes.

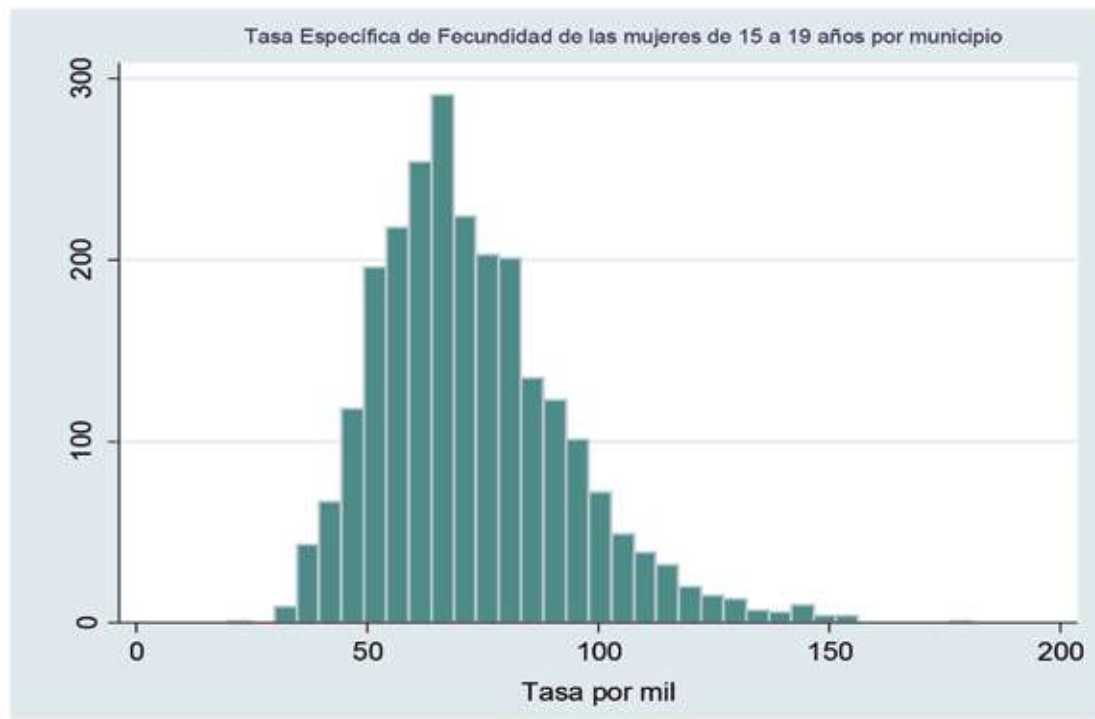
Para identificar estos municipios, se realizó un análisis exploratorio preliminar con la estimación de las tasas específicas de fecundidad de las mujeres entre los 15 a 19 años de edad (TEF15-19) a nivel municipal (CONAPO), que fue complementada con datos sobre marginación e indicadores del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 a nivel municipal, generada por el INEGI.

La Gráfica 8 muestra la distribución de los municipios del país según su TEF15-19. Bajo esta distribución, la mayor parte de los municipios tiene una TEF15-19 entre 50 y 80 por cada mil mujeres.

En la gráfica 9 se distinguen diferentes áreas para tres tamaños de población (1,000 a 14,999, 15,000 a 49,999 y 50,000 o más habitantes) y siete niveles de la TEF15-19 de tal forma que destaca como relevante la focalización de una posible acción intensiva en los municipios representados en color azul; y subsiguientes acciones en el resto de los segmentos.

Los municipios en este análisis exploratorio están divididos en tres segmentos: a) el primero incluye municipios que tienen más de 50,000 habitantes y una tasa por encima de la mediana nacional y en estos municipios ocurren 8.5% de los embarazos en adolescentes; b) el segundo segmento identifica municipios con poblaciones entre 15,000 y 49,999 habitantes y que tienen una TEF15-19 mayor a 90.2 por cada mil jóvenes.¹⁶⁹ c) el tercer segmento incluye a los municipios entre 1,000 y 14,999 habitantes y que tienen una TEF15-19 superior a 90.5 por mil.¹⁷⁰ Mediante esta segmentación se identifican los municipios donde ocurre una proporción elevada de los embarazos en adolescentes. Dentro de estos tres segmentos es posible identificar, a su vez, grupos de adolescentes que ya están casadas o unidas y grupos de adolescentes que ya no asisten a la escuela y, con ello, dirigir aún más el tipo de acciones a realizar en los municipios. Además, en la primera etapa sería recomendable incluir a los municipios que tengan más de 20% de población indígena y más de 1,000 habitantes de 3 años o más que hablan una lengua indígena, y una TEF15-19 por arriba de la mediana nacional. Estos incluyen municipios con 30% o más de población indígena y algunos municipios con una proporción de entre 20% y 29% de población indígena.

Gráfica 8. Tasas específicas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años por municipio. México 2010.

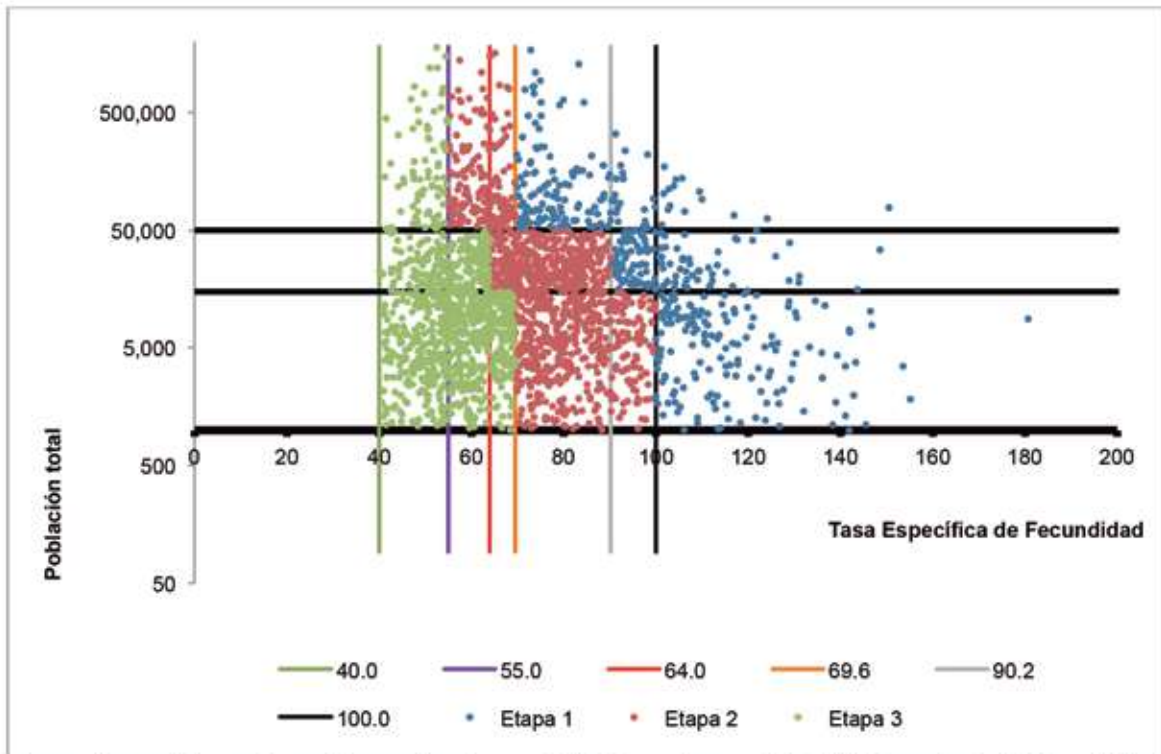


Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en INEGI, XIII Censo de Población y Vivienda 2010 y Estadísticas Vitales, nacimientos, 1990-2010.

Debe señalarse que la focalización definitiva deberá acordarse conjuntamente con las instituciones involucradas y considerando las necesidades y requerimientos que los propios gobiernos estatales y municipales manifiesten. La concentración de acciones intensivas en los municipios de focalización inicial no implica que no se vayan a realizar actividades en los municipios no incluidos. La duración de cada etapa estará condicionada por los avances que se tengan en la implementación, y los resultados que se reflejen en los indicadores.

Los trabajos que se realicen en torno a la focalización deben reflejar la necesidad de combinar criterios más amplios, donde las sinergias positivas entre las diversas áreas con responsabilidad en lo social pudieran ayudar a brindar una mejor y mayor cobertura a las poblaciones con carencias básicas. Puesto que la pobreza y la desigualdad que se entrelazan con la fecundidad adolescente no son conceptos simples ni de interpretaciones uniformes, aumenta la importancia de actuar combinando selectividad estratégica con principios de integración social que permitan una reducción de las brechas existentes.

Gráfica 9. Tasas específicas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años por municipio, según grupo de pertenencia. México 2010



Fuente: Elaboración propia con datos estimados por CONAPO con base en INEGI, XIII Censo de Población y Vivienda 2010 y Estadísticas Vitales. Nacimientos 1990-2010.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), formulará de manera articulada, coordinada e integrada un Plan de Monitoreo y Evaluación a partir de los datos de los sistemas de información institucionales y de programación de estudios e investigaciones.

Este Plan de Monitoreo y Evaluación hará referencia a la ENAPEA en su conjunto y no a intervenciones específicas de las dependencias involucradas.

9.1 Indicadores

El Plan de Monitoreo y Evaluación formulará tres tipos de indicadores: de proceso, de resultado y de impacto, que estén alineadas al objetivo general, los objetivos específicos y a las acciones.

El plan de monitoreo y evaluación se establecerá con un horizonte de corto plazo a 2018 con informes de avance anuales, lo que brindará elementos para mejorar de manera continua la operación de la Estrategia.

Debido a la cantidad de indicadores involucrados (por línea de acción en muchos casos) la presentación metodológica de cada uno de ellos, fuentes de datos, método de cálculo y periodicidad de actualización, así como los valores de referencia basales y las metas 2018, se revisarán y presentarán en el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Esto también permitirá determinar recomendaciones para dar continuidad a las acciones con horizontes de largo plazo (2030).

9.2 Necesidades de información

De acuerdo con el plan de monitoreo y evaluación inicial de la ENAPEA, será necesario generar información relevante y actualizada por diferentes fuentes de carácter cuantitativo y cualitativo, entre las que destacan las siguientes:

Estudios de investigación operativa que prueben con un diseño riguroso las intervenciones antes de su expansión. Se buscará que todas las instituciones participantes que antes de expandir sus estrategias, las prueben en pequeña escala y se aseguren que tienen el impacto deseado.

Encuestas específicas dirigidas a población de 10 a 14 años y de 15 a 19, ya que las actualmente disponibles presentan dificultades para indagar sobre las particularidades y necesidades de la población adolescente, dado que con frecuencia esta población mantiene relaciones de pareja inestables o tienen expectativas y necesidades diferentes respecto a la forma de experimentar su sexualidad, sobre los métodos anticonceptivos o la atención de los servicios de salud, entre otros. Estas encuestas permitirán construir los indicadores que permitirán el seguimiento de la estrategia, sobre todo para la población de 10 a 14 años de edad.

Una encuesta en población adulta sobre percepción, valores y actitudes respecto de la sexualidad adolescente que muestre cambios y permanencias culturales que impactan a las conductas de las y los adolescentes.

Otras evaluaciones cualitativas y cuantitativas sobre aspectos específicos para valorar la atención de la SSR de las y los adolescentes en los servicios de salud públicos, así como para alimentar la planeación y evaluación de las estrategias.

En adición, habrán de fortalecerse los sistemas de información institucionales que brinden información sobre los aspectos relacionados con la ENAPEA. De manera específica, habrá de asegurarse la mejora en la calidad de las estadísticas vitales de los nacimientos ya que éste será el instrumento que permita un monitoreo y evaluación puntual (año con año) de la meta de impacto de la estrategia.

Cuadro 3. Indicadores relacionados con los objetivos de la ENAPEA

Objetivo general	Indicador
Reducir el número de embarazos adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.	Tasa específica de fecundidad en adolescentes 15-19 años.
Objetivos específicos	Indicadores
Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.	Porcentaje de asistencia escolar de adolescentes de 10 a 19 años por sexo y por edad individual. Porcentaje de mujeres adolescentes de 10 a 19 años que no asisten a la escuela con al menos un hijo o hija nacido/a vivo/a.
Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.	Porcentaje del personal de salud que conoce y está de acuerdo en dar servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescente (10-19 años) con base en la normatividad aplicable y vigente. Número de códigos penales estatales homologados con la normatividad nacional e internacional en la materia, en sus artículos relativos a violencia y abusos sexuales de menores, y matrimonio forzado de niños, niñas y adolescentes.
Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 sexualmente activas. Prevalencia de uso de métodos reversibles (MR) en adolescentes de 15 a 19 sexualmente activas. Porcentaje de mujeres de 15-19 que no han tenido hijos o hijas y usan ARAP.
Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que refieren haber recibido de sus maestros y maestras educación integral en sexualidad, en violencia sexual y violencia en el noviazgo.

ANEXOS

Anexo 1. Características identificadas por la UNESCO de los currículos efectivos de educación sexual	
Características identificadas por la UNESCO de los currículos efectivos de educación sexual	
CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO	1. Involucra en el desarrollo curricular a investigadores e investigadoras especializadas en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica relacionada con estos temas.
	2. Evalúa los comportamientos y las necesidades de salud reproductiva de personas jóvenes como elementos para el desarrollo de un modelo lógico.
	3. Utiliza un modelo lógico que especifica los objetivos de salud, los tipos de comportamiento que inciden en estos objetivos, los factores de riesgo y protección que afectan a estos tipos de comportamiento y las actividades diseñadas para cambiar dichos factores.
	4. Diseña actividades sensibles a los valores comunitarios y coherentes con los recursos disponibles (por ejemplo, el tiempo disponible de los y las docentes, sus habilidades, espacios físicos y suministros).
	5. Administra una prueba piloto y obtiene una permanente retroalimentación de los educandos sobre cómo responde el programa ante sus necesidades.
CARACTERÍSTICAS DEL CURRÍCULO	6. Establece metas claras al momento de determinar el contenido, el enfoque y las actividades del currículo. Estas metas deben incluir la prevención del VIH, otras ITS y el embarazo no planificado.
	7. Se enfoca en comportamientos sexuales protectores específicos que conducen directamente a estas metas de salud.
	8. Aborda situaciones específicas que podrían llevar a mantener relaciones sexuales no consentidas o sin protección y cómo evitarlas y discontinuarlas.
	9. Entrega mensajes claros sobre comportamientos que conducen a reducir el riesgo asociado con las ITS o de embarazo.
	10. Se centra en factores específicos de riesgo y protección que inciden en ciertos comportamientos sexuales susceptibles de cambiar a través de la implementación de programas basados en el currículo (por ejemplo, conocimientos, valores, normas sociales, actitudes y habilidades).
	11. Emplea métodos pedagógicos basados en la activa participación de los y las estudiantes, ayudándolos a internalizar e integrar la información.
	12. Implementa actividades múltiples de carácter pedagógico diseñadas para cambiar cada factor de riesgo y protección fijado como objetivo.
	13. Proporciona información científicamente rigurosa sobre los riesgos asociados con la actividad sexual sin protección y la efectividad de cada método de protección.
	14. Aborda las percepciones de riesgo (particularmente la susceptibilidad de que ciertos hechos o situaciones ocurran).
	15. Aborda valores y percepciones personales adoptadas por la familia o el grupo de pares respecto a la decisión de mantener relaciones sexuales y/o mantener varias parejas sexuales.
	16. Aborda las actitudes personales y las normas de pares relativas al uso del condón y anticonceptivos.
	17. Aborda tanto las habilidades como la auto-eficacia en el uso de estas habilidades.
	18. Cubre temas siguiendo una secuencia lógica.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud, UNESCO, Paris, 2010. Web.<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>.

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 1

Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 1. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal			
Ampliar la cobertura y monto de las becas para adolescentes hasta el nivel medio superior del Programa Nacional de Becas de la SEP y del Programa de Inclusión Social de la SEDESOL (PROSPERA), o en su caso mantener las acciones afirmativas ya establecidas en sus reglas de operación, con la finalidad de evitar la deserción escolar (aumentando la reinserción y permanencia en los estudios).	SEP-Dirección General de Educación Indígena, y Subsecretaría de Educación Media Superior	Programa Sectorial de Educación-LA 3.6.2; 3.4.3	CDI-Programa especial de los pueblos indígenas 2014-2018 Inmujeres- PROIGUALDAD 2013-2018-LA 4.4.5 SEDESOL-PNDS-LA 2.3.4; PSDS-LA 1.1.3
Ampliar modalidades educativas para el cumplimiento de la obligatoriedad de la EMS en comunidades rurales apartadas, de acuerdo con la reforma educativa.	SEP- Subsecretaría de Educación Media Superior	Programa Sectorial de Educación-Estrategia 2.7	SEDESOL-PNDS-LA 2.1.3; 2.1.4; 3.2.3 y PSDS-LA 4.1.1 CDI- Programa especial de los pueblos indígenas 2014-2018-Estrategia 2.3
Generar estrategias para acercar a las y los estudiantes a localidades donde existan preparatorias u otras opciones de formación técnica al nivel medio superior con transporte escolar rural y albergues/internados	CDI	Programa especial de los pueblos indígenas 2014-2018-LA 2.1.2; 2.3.1; 2.3.2	SEP- Programa Sectorial de Educación-LA 3.4.4 SEDESOL- PNDS-LA 2.5.4
Promover y desarrollar programas escolares y comunitarios de orientación vocacional para sustentar proyectos de vida libres de condicionamientos de género para las y los adolescentes en educación básica y media superior.	SEP- Subsecretaría de Educación Media Superior	Programa Sectorial de Educación-LA 2.5.10	IMJUVE-Programa Nacional de Juventud 2014-2018-LA 1.4.5
Focalizar acciones para la regularización académica en estudiantes con menor rendimiento en planteles de secundaria y EMS, a fin de evitar el rezago y la deserción.	SEP- Subsecretaría de Educación Media Superior	Programa Sectorial de Educación LA: 1.6.4; 2.1.9; 2.1.10	SEDESOL- PNDS-LA: 2.3.3
Capacitar a los grupos de orientadores y tutores/as de los planteles de EMS para apoyar a las y los estudiantes a solucionar los problemas que obstaculicen la transición de primaria a secundaria y de secundaria a preparatoria.	SEP- Subsecretaría de Educación Media Superior	ENAPEA	IMJUVE-ENAPEA SEP, CONAFE SEP-Dirección General de Educación Indígena

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 1

Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Desarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas en un ambiente de no discriminación, sobre todo en secundaria y nivel medio superior.	SEP- Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas, Subsecretaría de Educación Media Superior y Dirección General de Educación Indígena	Programa Sectorial de Educación- Transversal 3.1	Inmujeres-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA CONAPRED-ENAPEA CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.7
Desarrollar mecanismos de búsqueda intencionada desde las escuelas y en coordinación con las autoridades municipales en el nivel local que permitan identificar estudiantes desértores/ras e incentivar su reinserción, con base en las necesidades específicas de cada caso.	SEP- Subsecretaría de Educación Básica y Subsecretaría de Educación Media Superior	ENAPEA	SEP, CONAFE y Telesecundaria SEP-Dirección General de Educación Indígena
Fortalecer los programas del INEA o crear nuevos mecanismos y programas que permitan la reinserción a la educación obligatoria y la inserción a la educación técnica para madres y padres adolescentes que no han terminado su educación básica.	INEA	Programa Sectorial de Educación LA: 3.7.2; 3.7.4	CDI-Programa Especial de los Pueblos Indígenas. LA: 2.4.2 SEP, CONAFE y Telesecundaria SEP-Dirección General de Educación Indígena IMJUVE-LA 1.1.2 y 1.1.8 SEDESOL-PNDS-LA:2.7.4; 2.7.5;2.7.6 Secretaría del Trabajo y Previsión Social-Programa Sectorial del Trabajo y Previsión Social 2013-2018-O2-LA transversal 2.1.5
Llevar a cabo investigación operativa que permita conocer las causas del abandono escolar de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y el desarrollo de intervenciones aleatorizadas que las disminuyan.	SEP- Todas las subsecretarías	ENAPEA	INEA-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA Programa Sectorial de Educación-LA 2.1.7 IMJUVE-Dirección de Investigación sobre Juventud
Línea de acción 2. Generar oportunidades laborales para la población adolescente acordadas a su edad y en marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.			
Ampliar y promover los sistemas duales de estudio y trabajo, en especial para los esquemas de preparatorias y carreras técnicas, similares al Modelo Mexicano de Formación Dual del CONALEP, con la colaboración de la iniciativa privada.	SEP- Subsecretaría de Educación Media Superior- Dirección General de Centros de Formación para el Trabajo	Programa Sectorial de Educación, Estrategia 2.5	IMJUVE Programa Nacional de Juventud 2014-2018-LA 1.4.1; 1.4.2 STPS-Programa Sectorial del Trabajo y Previsión Social 2013-2018-LA 1.5.2 STPS-Servicio Nacional de Empleo SEDESOL-PNDIPD-LA 1.6.3

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 1

Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Fortalecer los programas de capacitación para el trabajo del Servicio Nacional de Empleo (SNE), con especial énfasis en la población adolescente y joven no escolarizada.	Secretaría del Trabajo y Previsión Social -Servicio Nacional de Empleo	Programa Sectorial del Trabajo y Previsión Social 2013-2018-LA 1.2.1 y 1.5.2	IMJUVE Programa Nacional de Juventud 2014-2018-LA 1.5.6 y 1.5.10 SEDESOL-PNDIPD-LA 1.6.3
Generar mecanismos de incidencia política entre el sector productivo y el educativo para la creación de empleo juvenil.	SEDESOL-IMJUVE	Programa Nacional de Juventud 2014-2018-LA 1.4.7	SEP- Programa Sectorial de Educación-Línea transversal, estrategia 1 núm. 3, 18 Secretaría del Trabajo y Previsión Social-ENAPEA
Impulsar proyectos productivos para adolescentes de 18 años o más, con énfasis en adolescentes embarazadas o con hijos/as, enfocado a municipios de acuerdo al número de habitantes y la tasa específica de fecundidad de 1.5 a 1.9 años arriba de la mediana.	SE-ENAPEA	ENAPEA	Programa Nacional de Juventud 2014-2018-LA 1.5.9 y 1.5.5 SAGARPA SEMARNAT-ENAPEA STPS-Programa Sectorial del Trabajo y Previsión Social 2013-2018-O3-LA transversal 3.1.8
Promover programas de voluntariado y servicio social que incluyan pequeñas retribuciones económicas para las y los adolescentes y jóvenes que están por finalizar sus estudios.	SEDESOL-IMJUVE	PNDS -LA 2.6.5; PSDS-LA 4.1.2 Programa Nacional de Juventud 2014-2018 4.1.1. y 4.1.2	SEDESOL-PSDS-LA 4.1.2 CDI-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
<i>Línea de acción 3. Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como de los servicios amigables con perspectiva de género, visión intercultural y adaptada a las etapas de la adolescencia. Dichas campañas deberán estar basadas en evidencia científica y buenas prácticas e integrar intervenciones innovadoras, a través de redes sociales, teléfonos celulares, mensajes de texto, así como el acompañamiento con materiales impresos y otras actividades culturales, ferias y unidades médicas móviles.</i>			
Desarrollar investigaciones que sustenten todo esfuerzo de comunicación emprendido con evidencia actual o relevante de las características del público-meta.	CONAPO	ENAPEA	IMJUVE-PNJ-LA 4.1.9 IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA
Elaborar una campaña permanente de cobertura nacional en medios de comunicación masiva (radio, cine y televisión) dirigida a la población en general.	CONAPO	PNP-Estrategia 5.1 SEP	SEGOB-Programa Sectorial de Gobernación-LA 4.2.1 SS-PROSESA-LA 1.5.1 SEP-PSE-LA 1.7.8 IMJUVE-PNJ-LA 2.2.1; 2.2.5; 3.1.1 SEDESOL-PNDS-LA 3.2.2; 3.6.1 SNDIF-PONAS-LA 2.5.3 y Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA CENSA-ENAPEA PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICOS

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Desarrollar y dar seguimiento a la implementación de campañas permanentes en medios de comunicación estatales y locales (televisión, radiodifusoras comunitarias y perifoneo, así como otras intervenciones innovadoras) con la participación de adolescentes y jóvenes desde su diseño, focalizadas en segmentos de adolescentes en condiciones de desventaja social.	CONAPO	PNP-Estrategia 5.1	SEGOB-Programa Sectorial de Gobernación-LA 4.2.1 SS-PROSESA-LA 1.5.1 SEP-PSE-LA 1.7.8 IMJUVE-PNJ-LA 2.2.1; 2.2.5; 3.1.1 SEDESOL-PNDS-LA 3.2.2; 3.6.1 INMUJERES-ENAPEA CDI-ENAPEA IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CENSA-ENAPEA PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICOS
Promover con empresas de medios de comunicación la inclusión de contenidos educativos sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en programas de entretenimiento (telenovelas, reality shows, comedias, concursos).	CONAPO	PNP-LA: 2.4.5; 5.1.5; 5.1.6 Y ENAPEA	SS-PROSESA-LA: 1.5.2 SEDESOL-PNDS-LA: 3.6.2 IMJUVE-ENAPEA CDI-ENAPEA IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICOS
Incentivar proyectos socialmente responsables con la iniciativa privada para la prevención del embarazo en adolescentes en el marco de los derechos humanos.	CONAPO	ENAPEA	SS-PROSESA-ENAPEA SEDESOL-PNDS-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA CDI-ENAPEA IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICOS

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 4. Promover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, rapto, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados.			
Impulsar iniciativas de reforma legislativa en los congresos estatales para homologar los códigos penales y eliminar la violencia, abuso sexual y matrimonios forzados en la población adolescente.	INMUJERES	Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 LA 5.1.2; 1.1.2; 1.1.3; 1.1.7	SNIDIF-ENAPEA
Promover la búsqueda, intencionada, la persecución de oficio y sanción de delitos de violencia, abuso sexual y matrimonio forzado cometido contra niñas, niños y adolescentes.	INMUJERES	Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 LA: 2.1.7; 2.4.3 Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres-LA: 2.1.1; 2.1.3; 2.2.4	CNEGSR-PAE SSRA-LA: 3.2.1; 3.2.4 y 3.2.5 CONAVIM-ENAPEA SNIMH-ENAPEA SEGOB-ENAPEA PGR-ENAPEA
Línea de acción 5. Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.			
Sensibilizar a la comunidad sobre los efectos del abuso sexual mediante programas en las escuelas.	SEGOB-SEP	Programa Sectorial de Gobernación LA 3.4.4 Programa Sectorial de Educación-LA transversal-3.2.9	SNIDIF-ENAPEA INMUJERES- Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 LA 2.1.8 INDESOL-PAIMEF CDI-Proyecto Casas de la Mujer Indígena y Convocatorias de co-inversión social

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Capacitar al personal docente para reconocer los signos del abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.	SEP	Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018, la 2.1.1 Y 2.1.4 Programa Sectorial de Educación-LA transversal-3.2.9	INMUJERES- Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018-LA 2.1.5 CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.9
Realizar tamizajes anuales en las escuelas para identificar casos de violencia a niñas, niños y adolescentes y canalizarlos/as a instancias de apoyo.	SEP	Programa Sectorial de Educación. Estrategia transversal 3-LA 4	IMSS ISSSTE CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.9 SS-CNEGSR
Mejorar los sistemas de registro y seguimiento de casos de violencia sexual y/o abuso sexual en niñas, niños y adolescentes.	SS-SNDIF	ENAPEA y Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes,	INEGI-ENAPEA CONAPO-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA IMSS- PAE SSRA-LA 3.2.6 ISSSTE-PAE SSRA-LA 3.2.6 CNEGSR -PAE SSRA-LA 3.2.6 CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.9
Organizar talleres formales para madres y padres que contribuyan con la comunicación asertiva sobre el abuso sexual en el seno de las familias.	SNDIF	PONAS-ENAPEA	SS-PROESA-Estrategia 4.4 SEP-Programa Sectorial de Educación. LA 3.2.9 SEGOB- Programa Sectorial de Gobernación LA 3.4.4

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Organizar espacios de diálogo y reflexión para niñas y niños que les permita reconocer e identificar situaciones de violencia sexual y/o de abuso sexual.	SNDIF	PONAS-LA 2.5.1 y 2.5.8 y Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes,	SS-PAE SSRA-LA-ENAPEA IMJUVE- PNJ-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA IMSS-ENAPEA CDI-ENAPEA CENSIA-ENAPEA SNDIF-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA SEP- Programa Sectorial de Educación-LA 3.2.7; 3.2.9
Generar espacios de sensibilización con adolescentes sobre los tipos y modalidades de violencia contra las niñas, los niños y las adolescentes.	SNDIF	PONAS-LA 2.5.1 y 2.5.8 y Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes,	SS-PAE SSRA-ENAPEA IMJUVE- PNJ-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA IMSS-ENAPEA CDI-ENAPEA CENSIA-ENAPEA SNDIF-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA SEDESOL-PSDS-LA 4.1.5 SEP- Programa Sectorial de Educación-LA 3.2.7; 3.2.9
Diseñar y promover la aplicación de lineamientos para la prevención de la violencia en las escuelas y en el entorno comunitario, que faciliten la detección, canalización y denuncia en casos violencia sexual.	SEP	Programa Sectorial de Educación-Objetivo 1-LA transversal 3: LA 3 y 4	SS-PAE SSRA-LA 3.2.4 IMJUVE- PNJ-LA 2.6.1 ISSSTE-ENAPEA IMSS-ENAPEA CDI-ENAPEA CENSIA-ENAPEA SNDIF-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.9 CNEGSR

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Desarrollar acciones informativas en el ámbito comunitario dirigidas a la población adulta y población adolescente sobre la ruta de respuesta ante la violencia y abuso sexual.	SNDIF	PONAS-LA 2.5.1; 2.5.8	SS-PAE SSRA-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA IMSS-ENAPEA CDI-ENAPEA CENESIA-ENAPEA INMUJERES- Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 LA 3.2.6 SEP- Programa Sectorial de Educación-Objetivo 1, LA transversal 3: 6
Fortalecer a los equipos de atención primaria a la salud para la detección del abuso sexual y una respuesta integral médica y psicosocial frente a los embarazos forzados.	SS	ENAPEA	CENESIA CNEGSR IMSS ISSSTE IMSS Prospera SNDIF
Incluir en los protocolos de análisis del contexto familiar la detección de abuso o agresión sexual hacia las niñas, niños y adolescentes en el hogar.	SS-SNDIF	PONAS	INMUJERES
Crear y referir a instancias de apoyo (que incluyan hospedaje, alimentación y terapia psicológica) para restaurar los daños de la violencia y violencia sexual para las y los adolescentes.	SS-SNDIF	Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018	CONAVIM INMUJERES- Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018-Estrategia 3.1 CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.9

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Asegurar la protección de niñas, niños y adolescentes en los procesos de intervención jurídica, principalmente durante la etapa de identificación y persecución penal de las personas acusadas de violación.	SS-SNDIF	PONAS Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018	INMUJERES PGJ
Línea de acción 6. Asegurar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.			
Difundir entre la población adolescente su derecho a recibir en todas las unidades de salud, servicios de consejería, orientación y acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, de manera gratuita sin la presencia de una persona adulta.	SS	PROSESA-LA 1.5.1 PAE SSRA-LA 3.1.3 y 2.1.2 ENAPEA	CENSIA- ENAPEA CNEGSR- ENAPEA IMSS- PROSESA-LA 1.5.1; PAE SSRA-LA 3.1.3 y 2.1.2; ENAPEA IMSS Prospera- PROSESA-LA 1.5.1; PAE SSRA-LA 3.1.3 y 2.1.2; ENAPEA ISSSTE- PROSESA-LA 1.5.1; PAE SSRA-LA 3.1.3 y 2.1.2; ENAPEA INMUJERES- ENAPEA CDI-ENAPEA SEDESOL-ENAPEA CONAPO-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA
Sensibilizar a padres y madres o a quienes ejerzan la tutela, autoridades comunitarias, escolares, municipales sobre el derecho al ejercicio responsable de la sexualidad, el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios de SSR para adolescentes mediante expresiones culturales y ferias de la salud u otro tipo de acciones comunitarias..	SS-SNDIF	PONAS-ENAPEA y Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes	SS-PROSESA-LA 1.1.5 CNEGSR-PAE SRA-LA: 3.1.1 IMJUVE- PNJ-LA: 4.1.5; 4.1.6 CDI-ENAPEA SEF-ENAPEA CONAPO-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA SEDESOL-PNDIPD-LA 2.4.7

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Impulsar que las escuelas secundarias y preparatorias programen en sus actividades una visita anual a una farmacia y a un centro de salud para pedir información sobre métodos anticonceptivos.	SEP	ENAPEA	SS-ENAPEA IMSS-ENAPEA IMSS Prospera-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA
Realizar encuentros entre prestadores de servicios de salud y adolescentes en el ámbito local para diseñar conjuntamente estrategias que acerquen los servicios de SSR a las y los adolescentes.	SS	ENAPEA	IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA SNDIF- Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes CENSIA-ENAPEA
Línea de acción 7. Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos.			
Impulsar la formación, capacitación de grupos, comités consultivos y redes de adolescentes y jóvenes en el ámbito comunitario para apoyar los procesos locales de planeación e implementación de las acciones de prevención del embarazo en adolescentes.	SEDESOL-IMIJUVE	PNJ-LA 4.7.1.0; 2.4.8; 3.2.4; 3.2.7; 3.3.4;3.3.5; 3.7.5 SEDESOL-LA 4.1.5	CDI-ENAPEA SNDIF-ENAPEA y Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes CONAPO-ENAPEA SS-ENAPEA IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CENSIA-ENAPEA CNEGSR-PAE SSRA-LA: 1.2.2
Desarrollar, probar e impulsar experiencias piloto de incidencia en el ámbito comunitario a través de las organizaciones de adolescentes y jóvenes y de las entidades que trabajan en temas de liderazgo, participación, democracia, derechos sexuales y reproductivos y desarrollo humano de adolescentes.	SEDESOL-IMIJUVE	PNJ-LA: 2.4.7 PSDS-LA 4.1.5	INDESOL-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA CNEGSR-PAE SSRA 1.2.2 CENSIA-ENAPEA CDI-ENAPEA INDESOL-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 2

Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo

Actividades	Dependencia a cargo	Existente o nueva	Colaboración interinstitucional
Promover el acceso de las y los adolescentes a los programas sociales y su participación en actividades de difusión para la prevención del embarazo en adolescentes.	SEDESOL	Nueva CCM PSDS-LA 4.1.5	SEP SS INMUJERES CONAVIM CDI
Línea de acción 8. Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes.			
Emitir convocatorias de proyectos sociales que incorporen la perspectiva de género a organizaciones civiles nacionales y comunitarias con perfil juvenil para articular estrategias en comunidades indígenas, rurales y urbanas marginadas, focalizadas en: a) adolescencia temprana (10-14 años) con madres y padres y b) para hombres y mujeres de 15-19 años. Los proyectos financiados podrán implementarse en escuelas, centros de salud, farmacias, espacios culturales, plazas públicas, etc.	INDESOL	ENAPEA	INMUJERES IMJUVE CNEGSR-PAE SSRA CDI SS- Dirección General (Municipios Saludables) ENAPEA CENSIDA-ENAPEA
Línea de acción 9. Financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.			
Emitir convocatorias dirigidas a instancias académicas y organizaciones con capacidad técnica para realizar estudios con diseños experimentales en materia de prevención del embarazo en adolescentes.	SS-CNEGSR	PAE SSRA-LA 2.3.3	IMSS- PAE SSRA-LA 2.3.3 ISSSTE- PAE SSRA-LA 2.3.3 SEP- ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 3

Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 10. Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP.			
Actualizar los protocolos de consejería en métodos anticonceptivos para adolescentes, asegurando que se trate el tema de la eficacia de los métodos y se incluyan como opciones de primera línea los métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo ARAP, en concordancia con la NOM-005-SSA2-1993 y con las directrices internacionales, sin menoscabo de la promoción del condón como doble protección para prevenir VIH/SIDA/ITS.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 2.2.5 PAE SSRA-LA 3.1.6	IMSS- PAE SSRA-LA 3.1.6 ISSSTE- PAE SSRA-LA 3.1.6 CENSIDA
Las instituciones del SNS implementarán talleres de capacitación continua y/o curso en línea para vencer barreras culturales y garantizar la competencia técnica en la provisión métodos anticonceptivos reversibles e inserción de ARAP.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 5.1.3 PAE SSRA-LA 3.1.2; 2.2.1	IMSS- PAE SSRA-LA 3.1.2; 2.2.1 ISSSTE- PAE SSRA-LA 3.1.2; 2.2.1
Línea de acción 11. Garantizar el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente.			
Impulsar compras consolidadas nacionales de manera conjunta con el Seguro Popular para garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.5 PAE PF-LA 1.2.1 y ENAPEA	IMSS- PROSESA-LA 1.5.5; PAE SSRA-LA 2.2.4; PAE PF-LA 1.2.1 y ENAPEA ISSSTE- PROSESA-LA 1.5.5; PAE SSRA-LA 2.2.4; PAE PF-LA 1.2.1 y ENAPEA
Asegurar la asignación de un presupuesto específico para métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP para adolescentes proporcional a la tasa de fecundidad correspondiente a la entidad federativa.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.5 PAE SSRA-LA 2.2.4 PAE PF-LA 1.2.1 ENAPEA	IMSS- PROSESA-LA 1.5.5; PAE SSRA-LA 2.2.4; PAE PF-LA 1.2.1 IMSS Prospera-PROSESA-LA 1.5.5; PAE SSRA-LA 2.2.4; PAE PF-LA 1.2.1; ISSSTE-PROSESA-LA 1.5.5; PAE SSRA-LA 2.2.4; PAE PF-LA 1.2.1; ENAPEA- PROSESA-LA 1.5.5; PAE SSRA-LA 2.2.4; PAE PF-LA 1.2.1
Apoyar la generación de un observatorio ciudadano para asegurar el abasto oportuno de anticonceptivos (incluyendo ARAP) en las unidades de salud, así como la aplicación de la normatividad en el consentimiento libre e informado.	SS- CNEGSR	PROSESA-Estrategia 6.3 y ENAPEA	IMSS- PAE SSRA, V.2 Estrategias transversales: Gobierno cercano y moderno y ENAPEA ISSSTE- PAE SSRA, V.2 Estrategias transversales: Gobierno cercano y moderno y ENAPEA CNEGSR-GISR-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 3

Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de anticonceptivos; incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 12. Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión			
Realizar estudios piloto con diseños rigurosos 1) en colaboración con empresas farmacéuticas, que pruebe la oferta de servicios métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP, en farmacias a bajo costo; 2) de estrategias de capacitación para prestadores de servicios en clínicas y centros de salud sobre consejería y atención de métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP para adolescentes; y 3) de comunicación para adolescentes sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP.	SS- CNEGSR	ENAPEA	IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA
Capacitar al personal médico de farmacias, en caso de que los estudios piloto demuestren su eficacia, para garantizar la competencia técnica para la inserción de ARAP.	SS- CNEGSR	ENAPEA	IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA
Línea de acción 13. Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos			
Generar e impulsar espacios de reflexión para las y los adolescentes en escuelas y en los ámbitos comunitarios sobre el uso de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres. Así como su responsabilidad de ambos en la prevención del embarazo, la paternidad responsable y la construcción de nuevas masculinidades.	SS SEP	PAE SRA-LA 2.1.4 PAE PF-LA 3.1.1 PAE SMP-LA 1.1.2 ENAPEA	SEDESOL-PSDS-LA 5.1.1; PNDS-LA 3.2.4 INDESOL PSDS-LA 5.1.1; PNDS-LA 3.2.4 SNDIF IMSS PAE SRA-LA 2.1.4 Y ENAPEA IMSS Prospera PAE SRA-LA 2.1.4 Y ENAPEA ISSSTE PAE SRA-LA 2.1.4 Y ENAPEA SEP-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 4

Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 14. Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS.			
Ampliar la cobertura de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes, progresivamente al 2018, en todas las unidades médicas del primer nivel de atención de todas las instituciones de salud. Los servicios amigables deberán cumplir con los criterios establecidos.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.7 PAE SSRA LA 2.1.4	IMSS- PROSESA-LA 1.5.7 Y PAE SSRA LA 2.1.4 ISSSTE-PROSESA-LA 1.5.7 Y PAE SSRA LA 2.1.4
Generar un mecanismo de capacitación continua para las y los proveedores de salud, especialmente las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de elevar los estándares de calidad de atención en servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes, enfatizando en que esos servicios deben darse de forma autónoma e independiente sin la mediación de la madre, padre o tutores. Se invitará a personal médico privado que trabaja en la localidad a los talleres para proveedoras/res de primer contacto.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 5.1.3 PAE SSRA LA 2.2.1; 3.1.2	IMSS- PROSESA-LA 5.1.3 Y PAE SSRA-LA 3.1.2; 2.2.1 ISSSTE-PROSESA-LA 5.1.3 Y PAE SSRA-LA 3.1.2; 2.2.1
Generar lineamientos para fortalecer la supervisión del ámbito estatal al jurisdiccional y de éste a las unidades de salud, para mantener la calidad y cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 2.6.6 PAE SSRA LA 3.1.6	IMSS- PROSESA-LA 2.2.6 Y PAE SSRA-LA 3.1.6 ISSSTE- PROSESA-LA 2.2.6 Y PAE SSRA-LA 3.1.6
Supervisar los servicios amigables de SSR para la población adolescente y generar acciones para la mejora continua de la calidad.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 3.1.1 PAE SSRA LA 2.3.4	IMSS- PROSESA-LA 3.1.1 Y PAE SSRA-LA 2.3.4 ISSSTE- PROSESA-LA 3.1.1 Y PAE SSRA-LA 2.3.4
Fortalecer la consejería en SSR para adolescentes ofreciendo toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, con énfasis en el beneficio del uso continuo, la doble protección y de la efectividad de los mismos.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 4.2.4 PAE SSRA LA 3.1.6 PAE SMP-LA 4.2.4	IMSS- PROSESA-LA 4.2.4 Y PAE SSRA-LA 3.1.6 ISSSTE- PROSESA-LA 4.2.4 Y PAE SSRA-LA 3.1.6 SNDIF-MNPAENA-LA Formación Comunitaria y Atención Integral

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 4

Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Capacitar a prestadores de servicios para que puedan informar a los adolescentes sobre los casos en los que el aborto no es punible, orientándoles sobre las instancias de orientación de atención a víctimas que pueden acompañarla.	SS	PAE SSRA LA 3.2.3 ENAPEA	INMUJERES-ENAPEA CONAVIM-ENAPEA SNDIF- MINPAENA-ENAPEA IMSS- PAE SSRA LA 3.2.3 y ENAPEA IMSS Prospera- PAE SSRA LA 3.2.3 y ENAPEA ISSSTE PAE SSRA LA 3.2.3 y ENAPEA CNEGSR- PAE SSRA LA 3.2.3 CENSIA-ENAPEA
Elaborar y difundir una guía de práctica clínica que sustente la obligación legal del personal de salud médico y no médico para otorgar servicios de salud sexual y reproductiva al grupo etario de 10 a 19 años.	SS	PROESA 2.2.6 y ENAPEA	CNEGSR-ENAPEA INMUJERES-ENAPEA IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CENSIA-ENAPEA
Elaborar y asegurar la distribución de manuales de consejería individual y de educación sexual grupal, así como algoritmos de atención de adolescentes basados en evidencia y apropiados para los prestadores de servicios de SSR en diferentes unidades de atención; clínicas y centros de salud, farmacias y hospitales.	SS	ENAPEA	INMUJERES-ENAPEA SNDIF- MINPAENA IMSS-ENAPEA IMSS Prospera-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CNEGSR-ENAPEA; CENSIA-ENAPEA
Desarrollar y contribuir a la formación de un banco de materiales de consejería e informativos sobre SSR y métodos anticonceptivos elaborados por todas las instituciones para uso de quien los requiera (vinculación con nuevas tecnologías de la información).	SS-CNEGSR	PROESA-LA: 1.5.1 PAE SSRA-LA: 1.1.1; 3.1.3	IMJUVE-PNJ-LA: 3.1.2 SEDESOL-PNDS-LA: 3.6.1; 3.6.4 IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CONAPO-ENAPEA SNDIF-PONAS-ENAPEA CENSIA-ENAPEA CDI-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 4

Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Crear un modelo estandarizado de capacitación de prestadores de servicios para todas las instituciones de salud, incluyendo mecanismos de capacitación continua para elevar la calidad de atención en los servicios amigables de SSR para adolescentes, enfatizando que éstos deben darse sin la mediación de la madre, padre o tutores y considerando la diversidad cultural, social, étnica, lingüística y de capacidades de las personas adolescentes.	SS- CNEGSR	ENAPEA	IMSS-ENAPEA IMSS Prospera-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CNEGSR-ENAPEA SNDIF-ENAPEA CENSIA-ENAPEA
Establecer mecanismos de coordinación entre escuelas y centros de salud, clínicas y farmacias para familiarizar a las y los adolescentes con los servicios de SSR en el nivel local.	SS- CNEGSR	ENAPEA	IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA SNDIF- MINPAENA -LA de Coordinación Institucional
Coordinar con las asociaciones privadas de farmacias mecanismos para desarrollar y promocionar el concepto de farmacia amigable y líneas de productos dirigidos a la población adolescente.	SS- CNEGSR	ENAPEA	IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA
Llevar a cabo investigación operativa con diseños rigurosos que permita identificar y expandir únicamente las estrategias más efectivas para identificar, atraer y atender a la población adolescente con necesidad de SSR.	SS- CNEGSR	PAE PF-LA 1.1.4 ENAPEA	IMSS-ENAPEA IMSS Prospera-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CNEGSR-ENAPEA SNDIF-ENAPEA CENSIA-ENAPEA Iniciativa privada (responsabilidad social) Iniciativa social (consultoría)
Línea de acción 15. Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente, de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado), con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social.			
Elaborar diagnósticos sobre las necesidades y preferencias de las y los adolescentes acerca de los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.2 PAE PF LA 2.3.4	IMSS- PROSESA-LA 1.5.2 PAE PF LA 2.3.4 ISSSTE-PROSESA-LA 1.5.2 PAE PF LA 2.3.4

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 4

Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Colaborar con la iniciativa privada para crear ambientes amigables y atractivos con base en diagnósticos para las y los adolescentes en farmacias (con y sin servicio médico).	SS- CNEGSR	PAE PF LA 1.1.3	IMSS- PAE PF LA 1.1.3 ISSSTE- PAE PF LA 1.1.3
Diseñar e implementar un componente de promoción y entrega de la gama completa de métodos anticonceptivos reversibles, incluidos los ARAP, para las y los adolescentes en el Programa Unidades Médicas Móviles.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.2 y 1.5.7	IMSS- PROSESA-LA 1.5.2 y 1.5.7 ISSSTE- PROSESA-LA 1.5.2 y 1.5.7
Fortalecer la línea gratuita Planificatel 01 800 624 6464 y actualización y enriquecimiento de las páginas web existentes en materia de salud sexual y reproductiva, que difunda los servicios de SSR públicos, sociales y privados en todo el país, que explique los beneficios de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, la doble protección, el condón y la anticoncepción de emergencia (hormonal y con DIU).	SS- CNEGSR CONAPO	ENAPEA	IMSS ISSSTE
Promover entre la población adolescente los servicios médicos amigables del sector salud, de las organizaciones de la sociedad civil y de las farmacias, así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos y de bajo costo, garantizando la gama completa, incluidos los métodos ARAP.	PSS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.2 y 1.5.4	IMSS- PROSESA-LA 1.5.2 y 1.5.4 ISSSTE- PROSESA-LA 1.5.2 y 1.5.4
Promover los servicios de SSR para adolescentes en centros laborales y agrícolas a madres y padres para que puedan orientar y brindar la información a sus hijos e hijas.	SS- CNEGSR	ENAPEA	STPS-ENAPEA SAGARPA-ENAPEA
Instalar dispensadores públicos de condones masculinos y femeninos en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de bailes, plazas públicas), y ferias de la salud.	SS- CNEGSR	PROSESA-Estrategia 1.5.2; 1.5.4 y 1.5.5 PAE PF LA 3.1.2	IMSS- PROSESA-Estrategia 1.5.2; 1.5.4 y 1.5.5 PAE PF LA 3.1.2 ISSSTE- PROSESA-Estrategia 1.5.2; 1.5.4 y 1.5.5 PAE PF LA 3.1.2
Difundir la anticoncepción de emergencia y las causales de aborto no punible, entre la población adolescente en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de bailes, plazas públicas), y ferias de la salud.	SS- CNEGSR	PROSESA-LA 1.5.1 PAE PF LA 1.2.1 ENAPEA	INMUJERES-ENAPEA CONAVIM-ENAPEA SNDIF-ENAPEA IMSS-ENAPEA IMSS Prospera-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CENSIA-ENAPEA CONAPO-PNP-LA 5.1.2

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 4

Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 16. Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes			
Fortalecer la calidad de la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico para adolescentes en el primer y segundo nivel de atención.	SS- CNEGSR	PROSESA 4.2.4 PAE PF LA 1.2.6	IMSS- PROSESA 4.2.4 PAE PF LA 1.2.6 ISSSTE- PROSESA 4.2.4 PAE PF LA 1.2.6 CONAPO PNP LA 5.2.6
Reforzar la consejería en planificación familiar post parto a madres adolescentes cuando asistan a citas de control de niño sano en el primer nivel de atención.	SS- CNEGSR	PROSESA 4.2.4 PAE PF LA 1.2.6	IMSS- PROSESA 4.2.4 PAE PF LA 1.2.6 ISSSTE- PROSESA 4.2.4 PAE PF LA 1.2.6 CONAPO PNP LA 5.2.6
Incorporar a las guías de práctica clínica de la atención del embarazo y puerperio la consejería sobre anticoncepción durante la atención prenatal para adolescentes, con énfasis en las ventajas del espaciamiento de los embarazos y privilegiando la libre elección con la oferta de la gama completa de métodos, incluyendo los ARAP.	SS-CNEGSR	ENAPEA	IMSS-ENAPEA IMSS Prospera-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA CENSIA-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 5

Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 17. Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares			
Homologar y difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el Estado de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna.	SEP- Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas	PROSEDU LA Estrategia 3 LA 18	IMSS ISSSTE SS PAE SSRA LA 3.1.3 CONAPO
Asegurar la impartición del contenido de los libros de texto gratuitos sobre la Educación Integral en Sexualidad, como lo establece en los lineamientos oficiales.	SEP Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas	PROSEDU Objetivo 3-Estrategia 3 LA 18	IMSS-ENAPEA ISSSTE-ENAPEA SS-ENAPEA CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.8
Crear un grupo de trabajo interinstitucional con investigadoras/es especializadas/os en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica para elaborar, revisar y proponer contenidos curriculares de Educación Integral de la Sexualidad en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, así como para el fortalecimiento de la formación docente.	SEP- Subsecretaría de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas	ENAPEA	IMSS ISSSTE IMJUVE PAE SSRA LA 1.1.2 CONAPO PNP LA 2.2.4
Diseñar y aplicar estrategias para formar y capacitar adolescentes y jóvenes que multipliquen sobre información sexual y reproductiva.	SS - CNEGSR	PAE SSRA LA 1.2.2 y ENAPEA	IMSS-ENAPEA; ISSSTE-ENAPEA SEP-ENAPEA CONAFE-ENAPEA CDI-ENAPEA; INDESOL-ENAPEA SEDESOL-LA-Programa Sectorial de Desarrollo Social-LA 4.1.5 IMJUVE-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 5

Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Línea de acción 18. Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de Educación Integral en Sexualidad			
Sensibilizar y capacitar al personal docente sobre la importancia de promover y respetar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participen jóvenes.	SEP-Subsecretaría de Educación Básica y Media Superior	ENAPEA	CONAPO PNP LA 5.2.3 SEP-Dirección General de Formación Continua de Maestros en Servicio-ENAPEA
Establecer mecanismos para incentivar la participación del personal docente en la capacitación sobre Educación Integral en Sexualidad que ya ofrece la SEP.	SEP-Subsecretaría de Educación Básica	PROSEDU Objetivo 3- Estrategia 3 LA 18	CONAPO PNP LA 5.2.3 SEP-Dirección General de Formación Continua de Maestros en Servicio-ENAPEA
Evaluar la forma en que el personal docente transmite en el aula los temas de Educación Integral en Sexualidad y buscar mecanismos para retroalimentar sus técnicas de enseñanza, eliminando los prejuicios y las omisiones al abordar estos temas.	SEP-INEE	ENAPEA	Subsecretaría de Educación Básica y Media Superior-ENAPEA
Línea de acción 19. Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la Educación Integral en Sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia			
Capacitar a docentes en el desarrollo de actividades de sensibilización dirigidas a madres y padres de adolescentes que asisten y no asisten a la escuela, que propicien la comunicación sobre relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.	SEP- Subsecretaría de Educación Básica y Subsecretaría de Educación Media Superior	ENAPEA	SEDESOL-ENAPEA INDESOL- ENAPEA IMJUVE-ENAPEA CNEGSR- ENAPEA CENSIA- ENAPEA IMSS- ENAPEA IMSS Prospera- ENAPEA ISSSTE- ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 5

Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Sensibilizar a la población sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes, el abuso sexual y las desigualdades de género utilizando los espacios y medios culturales disponibles en la comunidad (p. ej., teatro, títeres, cine, exposiciones) para facilitar la apertura y discusión de estas problemáticas en el entorno comunitario, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.	SEP-Subsecretaría de Educación Básica y Subsecretaría de Educación Media Superior	PROSEDU Estrategia 1.7	CONAFE- PROSEDU Estrategia 1.7 Telesecundaria- PROSEDU Estrategia 1.7 SEP-Dirección General de Educación Indígena- PROSEDU Estrategia 1.7 SS, IMSS, ISSSTE-PAE PF-LA 1.3.2; 2.1.1 y ENAPEA INDESOL-5 Enfoques integrales de la política social nacional-2 Perspectiva de género LA 2 DIF-MNPAENA-LA Formación comunitaria CNDH-Programa Nacional de Derechos Humanos-LA 2.2.5
Fortalecer en el espacio escolar la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres, padres y adolescentes en la educación sexual a partir de la primaria.	SEP-Subsecretaría de Educación Básica y Subsecretaría de Educación Media Superior	PROSEDU Estrategia 1.7	CONAFE- PROSEDU Estrategia 1.7 Telesecundaria- PROSEDU Estrategia 1.7 SEP-Dirección General de Educación Indígena- PROSEDU Estrategia 1.7 SS, IMSS, ISSSTE-ENAPEA INDESOL-5 Enfoques integrales de la política social nacional-2 Perspectiva de género LA 2
Implementar con padres, madres, quienes ejerzan la tutela y adolescentes acciones educativas en el ámbito comunitario para alcanzar a adolescentes no escolarizados, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.	SEP	ENAPEA	IMJUVE-ENAPEA SEP-ENAPEA SS, IMSS, ISSSTE-ENAPEA INDESOL-5 Enfoques integrales de la política social nacional-2 Perspectiva de género LA 2 DIF-Modelo Nacional para la prevención y atención del Embarazo en niñas y adolescentes-LA Formación Comunitaria
Implementar metodologías dirigidas a la participación activa de los varones en la ENAPEA.	SEP-INMUJERES	ENAPEA	INMUJERES-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA CENSIA-ENAPEA CDI-ENAPEA INDESOL-ENAPEA

Anexo 2. Marco intersectorial de la ENAPEA por dependencia

Objetivo 5

Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada

Actividades	Dependencia a cargo	Programa o plan	Colaboración interinstitucional
Impulsar la apertura de espacios de consejería sobre SSR para adolescentes en las escuelas y en el ámbito comunitario, tomando en cuenta las recomendaciones de grupos de opinión conformados por adolescentes.	SEP-Subsecretaría de Educación Básica y Subsecretaría de Educación Media Superior	ENAPEA	SEDESOL-ENAPEA INDESOL-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA CNEGRS- ENAPEA CENSA- ENAPEA IMSS- ENAPEA IMSS Prospera- ENAPEA ISSSTE- ENAPEA
Promover y referir los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en los planteles educativos.	SEP-Subsecretaría de Educación Básica y Subsecretaría de Educación Media Superior	ENAPEA	SEDESOL-ENAPEA INDESOL-ENAPEA IMJUVE-ENAPEA CNEGRS- ENAPEA CENSA- ENAPEA IMSS- ENAPEA IMSS Prospera- ENAPEA ISSSTE- ENAPEA

