



**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO



**Estudio del embarazo en adolescentes**  
en el Distrito Federal, desde un enfoque  
de género, 2005–2014

## Coordinador

**Dra. Ángela Beatriz Martínez**

Consejero Ciudadano del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

## Investigador

**Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez**

Profesora/Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

## Directorio

**Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa**

Jefe de Gobierno del Distrito Federal

**Mtro. José Ramón Amieva Gálvez**

Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal

**Mtro. José Arturo Cerón Vargas**

Director General del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

**Dra. (c) Eréndira Viveros Ballesteros**

Consejera Ciudadana del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

**Dr. Humberto Ríos Bolívar**

Consejero Ciudadano del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

**Dr. Ignacio Perrotini Hernández**

Consejero Ciudadano del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

**Dr. Kristiano Raccanello**

Consejero Ciudadano del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

**Dr. Oscar Alfonso Martínez Martínez**

Consejero Ciudadano del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal

# ÍNDICE

	Página
<b>Resumen Ejecutivo .....</b>	4
<b>Introducción.....</b>	9
<b>I. Antecedentes</b>	11
• El embarazo en adolescentes como asunto de interés público	11
• El abordaje del embarazo en adolescentes en México	14
<b>II. El enfoque de salud sexual y reproductiva</b>	16
<b>III. La situación del embarazo adolescente en la Ciudad de México: el contexto</b>	20
<b>IV. Metodología.....</b>	26
4.1 Diseño del estudio.....	26
4.2.1 Revisión documental y análisis descriptivo de datos estadísticos.....	27
4.2.2 Análisis de políticas y programas de prevención y atención del embarazo adolescente.....	29
4.2.3 Componente cualitativo del estudio (1): la perspectiva de los profesionales de salud.....	30
4.2.4 Componente cuantitativo: Encuesta de salud sexual y reproductiva .....	32
4.2.5 Componente cualitativo del estudio (2): entrevistas a adolescentes con experiencia de embarazo y maternidad.....	37
4.2.6 Aspectos éticos del estudio.....	38
<b>V. Resultados .....</b>	44
<b>5.1 Encuesta de salud sexual y reproductiva en adolescentes usuarias de los servicios de salud</b>	45
• Distribución de la muestra	
• Características socio-demográficas de las adolescentes	
• Pareja y formación familiar	
• Embarazo y escolaridad	
• Características socio-económicas y laborales	
• Atención a la salud	
• Derechos sexuales y reproductivos	
• VIH y otras ITS	
• Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos	
• Trayectoria reproductiva y atención del embarazo	

<b>5.2 Programas y estrategias para la prevención del embarazo adolescente en el espacio de los servicios de salud</b>	67
5.2.1 Antecedentes del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes</li> <li>• Programa En Buen Plan, Planifiquen</li> <li>• Programa de Acción para Atención a la Salud de las y los Adolescentes</li> <li>• Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: 2007-2012 y 2013-2018</li> </ul>	
5.2.2 Funcionamiento y alcances de los Servicios Amigables para Adolescentes en unidades de 1er nivel de SEDESA-DF	80
5.2.3 Funcionamiento y alcances de los servicios de planificación familiar y anticoncepción para adolescentes	86
<b>5.3 Acceso a servicios para la atención del embarazo en adolescentes: estudio de caso en tres jurisdicciones sanitarias</b>	93
5.3.1 La situación del embarazo adolescente en los servicios de salud	96
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectivas sobre la situación del EA en unidades hospitalarias</li> <li>• Perspectivas sobre la vulnerabilidad diferencial</li> <li>• Identificación de determinantes del EA</li> </ul>	
5.3.2 La salud materna: control prenatal y atención del parto y el puerperio	106
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutas de seguimiento y atención a la salud materna en adolescentes embarazadas</li> </ul>	
<b>VI. Conclusiones y sugerencias .....</b>	117
<b>VII. Bibliografía.....</b>	136
<b>VIII. Lista de siglas y Acrónimos .....</b>	144
<b>IX. Lista de anexos .....</b>	145

# Resumen ejecutivo

## Introducción y objetivos

En México, el embarazo en la adolescencia constituye uno de los temas de mayor relevancia en el campo de la salud pública, y ha ocupado un espacio importante en las áreas de población, educación, equidad de género y desarrollo socio-económico. En las últimas dos décadas se ha realizado un extenso esfuerzo de investigación sobre las características, determinantes y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Los resultados de investigación han contribuido a profundizar en la complejidad de un tema que se encuentra estrechamente vinculado con la desigualdad socioeconómica, la pobreza y las inequidades que persisten en el acceso a la salud y educación, así como con los contextos socioculturales y con las asimetrías de género y generacionales.

La diversidad de perspectivas y la complejidad que caracteriza al fenómeno han planteado grandes desafíos para la formulación de políticas públicas vinculadas con la prevención y atención del embarazo en la adolescencia. En este marco se ha evidenciado la necesidad de dar continuidad a la generación de información cuantitativa y cualitativa que contribuya a caracterizar y comprender el fenómeno en contextos sociales específicos, así como analizar alcances y retos de las estrategias y programas que se han implementado para atender la SSR de la población adolescente.

El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF) impulsó la realización del “*Estudio del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, desde un enfoque de género, 2005-2015*”. El estudio plantea como **objetivo general** conocer y analizar el panorama sociocultural, demográfico y de políticas públicas orientadas a la prevención y atención del embarazo en adolescentes (EA) en la Ciudad de México, a partir del reconocimiento de los derechos de salud sexual y reproductiva (DSR), y con una perspectiva de equidad de género.

El estudio parte del reconocimiento de que el Gobierno de la Ciudad de México tiene como prioridad generar políticas sociales que promuevan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, enfocándose en el desarrollo de intervenciones que contribuyan a la prevención y atención del embarazo, con un enfoque de género y derechos humanos. En la última década, se han desarrollado diversas estrategias orientadas a la promoción de los DSR de la población adolescente, la prevención de embarazos no planeados, la atención médica del embarazo en la adolescencia, y algunas iniciativas de desarrollo social para madres adolescentes. La implementación de estas iniciativas involucra a diferentes dependencias del GDF, entre las cuales figuran la Secretaría de Salud del DF (SEDESA), el Instituto de las Mujeres (INMUJERES), el Instituto de la Juventud (INJUVE) y el Fideicomiso de Educación Garantizada (FIDEGAR).

La Secretaría de Salud del DF es una de las instituciones con mayor influencia en el desarrollo de iniciativas importantes en materia de prevención y atención del embarazo en adolescentes. En este ámbito de la respuesta social destacan las iniciativas desarrolladas por los siguientes programas estratégicos de la SEDESA: el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente), el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, los servicios para la interrupción legal del embarazo y el Programa de Atención a la Salud Materna y Perinatal.

Evalúa DF, en colaboración con la SEDESA, propusieron focalizar el estudio del EA desde el campo de la salud pública. Desde esta perspectiva, se plantearon los **objetivos específicos del estudio**: 1) Realizar una revisión de los programas de salud orientados a la prevención y atención del EA, incluyendo la descripción de la demanda y disponibilidad de servicios; 2) Analizar determinantes y consecuencias del embarazo adolescente en distintos grupos sociales, y distinguiendo zona semi-rural y urbana; y, 3) Analizar las características socio-demográficas de adolescentes embarazadas y su relación con el acceso y uso de servicios para la atención de la salud materna y perinatal.

### **Metodología**

Se aplicó un método mixto de investigación bajo una lógica de complementariedad.

El componente cuantitativo se centró en la aplicación de una encuesta de SSR en una muestra no aleatoria conformada por 254 adolescentes usuarias de los servicios públicos de salud (1er nivel) de SEDESA, ubicados en las siguientes jurisdicciones sanitarias: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta. Particularmente, se seleccionaron los siguientes sitios clave para el levantamiento de la encuesta: Centro de salud TIII Dr. Rafael Carrillo y Centro de salud TIII Dr. Francisco Balmis (JS-Iztapalapa); Centro de Salud TII San Pablo Oztotepec (JS-Milpa Alta); y Centro de salud TIII Dr. Gabriel Garzón (JS-GAM).

La encuesta de SSR tuvo el propósito de generar información y analizar desde una perspectiva comparativa las condiciones socio-demográficas y las necesidades de salud de las adolescentes con y sin experiencia de embarazo, así como explorar los factores que influyen en el acceso y uso de servicios de SSR (planificación familiar y control prenatal) que se brindan en unidades (1er nivel) de la Secretaría de Salud del DF.

Por su parte, el componente cualitativo se basó en las siguientes técnicas y procedimientos: revisión documental (análisis bibliográfico, documentos de política pública y marco normativo); análisis de entrevistas semi-estructuradas a funcionarios y personal de salud de SEDESA-DF (n=17); entrevistas semi-estructuradas a mujeres adolescentes (n=12) usuarias de los servicios de 2º nivel de atención de SEDESA-DF; y observación no participante en los servicios de salud.

El componente cualitativo de la investigación tuvo el propósito de analizar las condiciones de acceso y uso de servicios para el control prenatal y salud materna de adolescentes que forman parte de diversos grupos sociales. Lo anterior implicó caracterizar los objetivos de las políticas, aspectos básicos de los servicios de salud y abordar las necesidades específicas de los sujetos y grupos poblacionales.

Se analizaron los programas, modalidades de organización y las prácticas que se han desarrollado desde el sector salud para dar respuesta a las necesidades de prevención del embarazo no planeado y de atención oportuna del embarazo-parto-puerperio en la población adolescente en la Ciudad de México.

Se aplicaron doce entrevistas semi-estructuras a adolescentes que acudieron a los servicios de salud para la atención del embarazo-parto-puerperio. Las adolescentes entrevistadas fueron captadas en dos unidades hospitalarias: 4 adolescentes en el Hospital Materno-Infantil de Topilejo (JS-Tlalpan) y 8 adolescentes en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtemoc (JS-GAM). Se buscó que las informantes describieran el conjunto de percepciones, prácticas, situaciones e interacciones relacionadas con la trayectoria de búsqueda, acceso y uso de servicios para el control prenatal y la atención del parto y puerperio.

## ➤ **Resultados**

Los resultados del estudio se estructuraron en cuatro apartados. El primer apartado tiene el objetivo de proporcionar un panorama general de la situación del fenómeno del embarazo en la adolescencia en la Ciudad de México. En el segundo apartado se presentan análisis de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en la que participaron 254 adolescentes usuarias de los servicios públicos de salud de SEDESA-DF. En el tercer apartado se describe la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los DSR y la prevención del EA. Particularmente, se caracterizan las acciones desarrolladas por el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente) y el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción. En el cuarto apartado se exploran las condiciones de acceso a servicios para el control prenatal y la salud materna de adolescentes embarazadas.

### ○ **El embarazo adolescente en la Ciudad de México**

El contexto sociocultural y de desigualdad social funciona como determinante del embarazo en adolescentes, lo cual contribuye a explicar la distribución diferencial del fenómeno asociada a las condiciones de vida de la población. En 2013, del total de nacimientos registrados en el Distrito Federal, 16.4% corresponde a madres adolescentes; y esta proporción está por debajo de la media nacional que para el mismo año fue de 19.4%.

La mayor parte de los embarazos se siguen concentrando en el grupo de 15-19 años (98.6% del total); pero aunque es baja la magnitud del embarazo en menores de 15 años, su importancia radica en que ellas representan un grupo social en situación de mayor vulnerabilidad. Iztapalapa y la Gustavo A Madero son las delegaciones que concentran el mayor número de nacimientos registrados de madres adolescentes de los dos grupos de edad (15-19 años y menores de 15 años). Por su parte, las delegaciones en las que se demarcan localidades semi-rurales presentan la mayor proporción de EA respecto al total de nacimientos registrados en cada demarcación: de Milpa Alta (21.8%), Xochimilco (19%) y Magdalena Contreras (19.2%).

En 2014 se registró un total de 8059 casos de adolescentes embarazadas que fueron atendidas en unidades hospitalarias de SEDESA. El Hospital General de Iztapalapa, el Hospital Materno-Infantil de Cuauhtépec y el Hospital General de Tláhuac concentraron el mayor número de casos de embarazadas adolescentes; en el año 2014, estas unidades hospitalarias atendieron un total de 761, 735 y 718 casos respectivamente. Los hospitales del Ajusco Medio e Inguarán se posicionaron en el cuarto y quinto lugar.

### ○ **Encuesta de salud sexual y reproductiva en adolescentes usuarias de los servicios de salud**

La encuesta de SSR contribuyó a caracterizar el perfil socio-demográfico y describir aspectos del contexto social en el que viven las adolescentes (vivienda, formación familiar, escolaridad, ingresos y actividad laboral), tanto de las que no tienen experiencias reproductivas como de las usuarias que son madres o que se encontraban embarazadas durante el trabajo de campo.

A continuación se resumen resultados del análisis poniendo énfasis en las adolescentes con ocurrencia de embarazo. Las usuarias con experiencia de embarazo tienen una edad promedio de 17.9 años. El 50% tiene estudios de secundaria; sin embargo, sólo 12% de las adolescentes continuaba en la escuela al momento de la encuesta. 43.3% de las adolescentes dejó de estudiar por la maternidad. La mayor parte vive en unión libre (63%)

o está casada (8.6%); el promedio de edad a la primera unión fue de 16.4 años y se estimó una diferencia de edad de 4.1 años entre los cónyuges. Sólo el 18.7% de las informantes contaba con un trabajo remunerado al momento de la encuesta; la mayoría indicó que el ingreso del hogar proviene principalmente de su pareja (66.9%); y 71.4% reportó contar con un ingreso menor a los \$2000 pesos mensuales.

El promedio de inicio de vida sexual activa es de 15.6 años y el promedio de edad a la primera unión conyugal fue de 16.4 años. 58.4% de estas adolescentes utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual; y para el caso de la última relación sexual esta proporción fue de 33%. El 46% de las adolescentes tiene conocimiento sobre el programa de Planificación Familiar de los servicios de salud del DF; y entre las que utilizan un método anticonceptivo, el 40.5% lo obtuvo en unidades de la SEDESA-DF.

71% del total de las adolescentes encuestadas refirieron haber estado embarazadas, al menos en una ocasión, con una media de 1.2 partos y 1.3 cesáreas. De ellas, 72% tiene sólo un hijo, 20% dos hijos y 4.5% tres hijos. El promedio de edad al nacimiento del 1er hijo fue de 16.6 años; 93.5% tuvo su primer hijo entre los 15 y 19 años, pero destaca que siete informantes se embarazaron entre los 11 y 14 años de edad.

Ochenta y siete adolescentes dijeron estar embarazadas (49.4%) al momento de contestar la encuesta, con una media de 5.9 meses de embarazo. En cuanto a los deseos reproductivos los datos indicaron que 44% de las adolescentes “quería esperar más tiempo”, 37% “quería embarazarse” y 19% “no quería embarazarse en este momento”.

44.7% de las adolescentes se encontraba en el segundo trimestre y 42.5% en el tercer trimestre de gestación, y sólo 12% cursaba por el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, 89.7% de las adolescentes reportó que sólo había acudido a 1 consulta (con anterioridad) para la atención prenatal (media de 1.1 consultas); y una proporción muy reducida (3%) registró dos o más consultas.

- **Programas y estrategias para la promoción de los DSR y la prevención del EA**

En este trabajo se analizó la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los DSR y la prevención del EA en la Ciudad de México. Particularmente, se caracterizaron las acciones desarrolladas por el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente).

Como parte del estudio se describen los antecedentes del programa de acción específico de salud sexual y reproductiva de adolescentes que se ha impulsado desde nivel federal. Desde esta perspectiva, se analizan los objetivos y componentes de cinco programas que han sido implementados en el periodo 1993-2015.

La revisión de los documentos de política pública muestra que algunas de las principales intervenciones que se han desarrollado como parte del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se encuentran los Servicios Amigables para Adolescentes. Dada la importancia que han tenido estas estrategias que operativamente están a cargo de los servicios de salud de SEDESA-DF, se describieron algunas generalidades respecto a tales servicios.

Los Servicios Amigables que han operado desde la década de los 90 se enfocan en desarrollar diversas estrategias de prevención para evitar embarazos no planeados entre adolescentes. No obstante, el peso otorgado a la prevención, no significa que la dimensión de la atención de adolescentes embarazadas quede excluida, y no se constituya como un aspecto a considerar para el funcionamiento de estos servicios. Sin

embargo, la información confirma que la mayor orientación se focaliza en la prevención y por tanto en la población adolescente no embarazada. En ese sentido, a pesar de que los Servicios Amigables están diseñados para brindar prevención y atención a todos los adolescentes que lo soliciten, en la práctica esto no necesariamente sucede así, lo cual genera contradicciones entre los principios del programa y su aplicación concreta.

- **Acceso a servicios de salud materna y control prenatal**

El acceso oportuno y adecuado al control prenatal y otros servicios de salud materna (atención del parto y puerperio) es la intervención de salud pública más efectiva para reducir la morbilidad materna y perinatal, y en este sentido se constituye como uno de los determinantes más importantes que definen la reducción de los riesgos del embarazo en las adolescentes.

En las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas donde se llevó a cabo el estudio se identificó un alto interés por fortalecer las estrategias dirigidas a mejorar la atención a las adolescentes embarazadas. Éste se sustenta en el alto número de casos que se atienden cotidianamente en 1º y 2º nivel, pero sobre todo en las preocupaciones que surgen al reconocer el perfil de vulnerabilidad que enfrentan buena parte de las adolescentes.

En el HMI-Cuautepec se identificaron las siguientes fortalezas: impulso a la investigación sobre el tema del EA; educación continua y fortalecimiento de las capacidades de los profesionales; y fortalecimiento de la capacidad instalada mediante la instalación de un cunero de transición, estrategia que surgió ante la necesidad de estabilizar a los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso, los cuales frecuentemente son hijos de madres adolescentes. En el HMI-Topilejo actualmente opera la Clínica de la Mujer. En el HG-Iztapalapa se sugiere implementar una Clínica de Atención a la Salud del Adolescente.

A pesar de los esfuerzos, en la red de servicios de SEDESA-DF, se reconoce la persistencia de barreras que obstaculizan el acceso oportuno a la atención prenatal, del parto y el puerperio entre las adolescentes embarazadas.

Se realizó un esfuerzo por reconstruir las rutas de atención para mujeres adolescentes embarazadas. Se identificaron tres lineamientos: 1) Un protocolo “formal” que describe y sintetiza los lineamientos normativos y operativos que se han consensado para garantizar la atención integral del embarazo en adolescentes; 2) Una ruta de atención que se caracteriza por el inicio tardío y bajo número de consultas de atención prenatal y por dificultades en la implementación del enfoque de riesgo y la aplicación oportuna de mecanismos de referencia y contrarreferencia; 3) Una trayectoria que se caracteriza por la demora en la búsqueda de los servicios de salud materna, así como en la provisión de servicios que se remiten a la atención del parto y la urgencia obstétrica.

## Introducción

El Gobierno del Distrito Federal tiene como prioridad generar políticas sociales que promuevan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. En este marco, se ha desarrollado un conjunto de políticas sociales y de salud orientado a mejorar las condiciones de vida y la salud sexual y reproductiva (SSR) de los y las adolescentes, donde la prevención del embarazo y la atención de sus consecuencias constituyen una prioridad en la agenda del GDF.

La formulación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas de SSR para adolescentes requiere contar con información que contribuya a la toma de decisiones. Por ello, el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del DF (Evalúa-DF) impulsó la realización del presente estudio, el cual plantea como objetivo general conocer y analizar el panorama sociocultural, demográfico y de políticas públicas orientadas a la prevención y atención del embarazo en adolescentes (EA) en la Ciudad de México, a partir del reconocimiento de los derechos de salud sexual y reproductiva (DSR) y con una perspectiva de equidad de género.

El diseño de la investigación se llevó a cabo en julio-agosto de 2015, periodo en el que se organizaron reuniones de presentación del estudio con funcionarios y prestadores de servicios de diferentes dependencias del Gobierno de la Ciudad de México. En este marco, Evalúa-DF convocó a tomadores de decisión de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud del DF (SEDESA), Instituto de las Mujeres (INMUJERES), Instituto de la Juventud (INJUVE) y el Fideicomiso de Educación Garantizada (FIDEGAR). En este ámbito de colaboración se compiló información sobre las distintas iniciativas que actualmente operan para promover el ejercicio de los DSR de la población adolescente.

Entre las iniciativas más destacadas están los programas de prevención y atención del embarazo en adolescentes que han sido impulsados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por ello, Evalúa-DF en colaboración con la SEDESA, propusieron abordar los objetivos del estudio desde el campo de la salud pública, poniendo especial énfasis en el reconocimiento de los alcances y retos de los programas de SSR que se han implementado para atender las necesidades en este campo.

En el presente informe técnico se presentan los resultados finales del “*Estudio del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, desde un enfoque de género, 2005-2015*”. A partir de la perspectiva que orientó la investigación, se plantearon tres objetivos específicos: 1) Realizar una revisión de los programas de salud orientados a la prevención

y atención del EA, incluyendo la descripción de la demanda y disponibilidad de servicios; 2) Analizar determinantes y consecuencias del embarazo adolescente en distintos grupos sociales; y, 3) Analizar las características socio-demográficas de adolescentes embarazadas y su relación con el acceso y uso de servicios para la atención de la salud materna y perinatal.

En los primeros apartados del informe técnico se presentan los antecedentes y el enfoque conceptual que sirvió de guía para el diseño de la investigación. Posteriormente, se caracteriza la situación del embarazo adolescente en el DF, destacando la importancia que tienen las demarcaciones y las unidades de salud de salud que se constituyeron como los contextos de estudio.

En el cuarto apartado se presenta el diseño y estrategia metodológica de la investigación. En dicho apartado se argumenta la necesidad de realizar un análisis comprehensivo de la situación del EA mediante la aplicación de un método mixto de investigación (cualitativo y cuantitativo). El componente cualitativo se basó en las siguientes técnicas y procedimientos: revisión documental (análisis bibliográfico, documentos de política pública y marco normativo); aplicación y análisis de entrevistas semi-estructuradas a funcionarios y personal de salud (n=17); entrevistas semi-estructuradas a mujeres adolescentes que cursan o han tenido un embarazo (n=12); y observación no participante en el espacio de los servicios de salud. Por su parte, el componente cuantitativo se centró en la aplicación de una encuesta de SSR en una muestra no aleatoria conformada por 254 adolescentes usuarias de los servicios públicos de salud (1er nivel) de SEDESA ubicados en las siguientes jurisdicciones sanitarias: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta.

En el quinto apartado se presentan los resultados del estudio, los cuales se estructuraron en tres ejes: a) Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes usuarias de los servicios de salud del DF; b) Programas y estrategias para la prevención del embarazo adolescente en el espacio de los servicios de salud; c) Condiciones de acceso a servicios para la atención del embarazo en adolescentes: estudio de caso en tres jurisdicciones sanitarias.

## **I. Antecedentes**

- **El embarazo en adolescentes como asunto de interés público**

El embarazo en la adolescencia se ha configurado como uno de los asuntos prioritarios de las políticas de población, educación, salud y desarrollo socio-económico. Se estima que alrededor de 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad se embarazan cada año; se ha documentado que 95% de esos nacimientos se producen en países en vías de desarrollo (OMS, 2012); y un número significativo de EA no son planificados (Guttmacher, 1996). Es relevante señalar que América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. En AL una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de éstas menores de 15 años (UNICEF, 2014).

El embarazo en la adolescencia se ha configurado como un fenómeno de interés público. Dicho interés se sustenta en las potenciales implicaciones de salud, psicológicas, sociales y económicas que afectan a la adolescente y a la niña o niño por nacer, con un costo personal, familiar y social alto. De acuerdo con la literatura científica su ocurrencia se asocia con la desigualdad y vulnerabilidad social, la precaria situación socioeconómica, las condiciones de vida y la insuficiente educación sexual.

La relación entre condiciones socioeconómicas y embarazos en adolescentes se muestra por la importante brecha en la maternidad adolescente entre países en desarrollo y desarrollados; en los primeros, el 10 por ciento de las menores alumbran cada año, comparado con el 2 por ciento en los países desarrollados. De igual manera, las adolescentes que habitan en áreas rurales y que provienen de los hogares más pobres presentan mayor probabilidad de tener su primer hijo antes de los 19 años, en comparación con las adolescentes que habitan en zonas urbanas y en hogares con mejor situación económica (Population Reference Bureau, 2010).

El análisis de la bibliografía especializada permite resumir algunos ejes analíticos que no sólo han contribuido a tener mayor comprensión del EA, sino a visibilizar este fenómeno como un asunto de interés público y a diseñar políticas apropiadas para su prevención y atención. Desde el primer eje analítico se ha planteado que el contexto sociocultural y de desigualdad social funciona como determinante del embarazo en adolescentes, por lo que se espera una distribución diferencial del fenómeno asociada a las condiciones de vida de la población. El segundo eje ha evidenciado que el EA puede contribuir a la reproducción

del círculo de la pobreza y la deserción escolar, obstaculizando la movilidad social de las adolescentes. El tercer eje analítico ha evidenciado que el EA además puede constituirse en un riesgo con implicaciones negativas en la salud de la madre y el niño

Una de las dimensiones más estudiadas del EA aborda las condiciones sociales y económicas en que éste se desarrolla, mostrando que el fenómeno se encuentra determinado por las condiciones de pobreza y marginación, por tanto el mayor número de EA se concentra en los grupos en mayor desventaja social (Stern C., 2003, 2007; Guttmacher Institute, 2006; CEPAL/AECID/SGI/OIS, 2008). En los países en desarrollo, las mayores tasas de EA se presentan en zonas de tipo rural y urbano-marginal (Stern, 1997; OPS, 2008).

Desde el campo de la economía y la sociología, uno de los argumentos que ha recibido mayor difusión y sustento científico es aquel que aborda al EA como un mecanismo que contribuye a la reproducción del círculo de la pobreza. Este supuesto se basa en el hecho de que alrededor del 95% de los partos de adolescentes entre 15 y 19 años ocurran en países con mejor desarrollo socio-económico y que este fenómeno tienda a concentrarse en los sectores de bajos y muy bajos ingresos (OMS, 2008). Desde esta perspectiva, se asume que las madres adolescentes son pobres, tienen un nivel educativo bajo y deficiencias en sus redes de protección social y familiar (Zeck, Bjelic-Radisic, Haas y Greimel, 2007; CEPAL/AECID/ SGI/OIS, 2008; OPS, 2008; Sagili, Pramy, Prabhu, Mascarenhas & Peddi, 2012).

El EA se considera como un evento que provoca alta deserción escolar y limita las oportunidades para obtener empleo mejor remunerado y el acceso a recursos y capacidades para un adecuado desarrollo de los hijos, y en consecuencia reduce las posibilidades de movilidad social (Buvinic M., et al. 1992, 1998; Castro T., y Juárez F., 1995). Este argumento es sustentado por algunos investigadores, mientras otros han asumido una posición crítica al respecto, debido a que algunas investigaciones sugieren que el abandono escolar puede anteceder al embarazo. Desde esta perspectiva, investigaciones cuantitativas y cualitativas han mostrado que si bien las mujeres adolescentes tienden a presentar una baja escolaridad, el embarazo no es el factor primordial para el abandono de los estudios a edades tempranas (Román R., 2000; Stern C., 2012).

Por ello, los estudios han propuesto analizar la relación EA-pobreza-escolaridad, tomando en cuenta los siguientes elementos: a) la carencia de recursos económicos en las familias

de los estratos populares que obstaculizan la sostenibilidad de la educación de las hijas; b) la valorización/desvalorización que puede tener la educación en términos del acceso a un mejor nivel de vida; c) los ambientes escolares, frecuentemente poco propicios para la estudiante embarazada relacionado con la actitud del personal docente, de las autoridades escolares e incluso de los grupos de pares (Román R., 2000:26).

El tema del EA también representa uno de los asuntos fundamentales en las agendas de salud pública de los países latinoamericanos. El interés por este fenómeno radica en sus implicaciones bio-psicosociales para la madre y el recién nacido, una mayor mortalidad materno-infantil, así como en la existencia de riesgos asociados como la elevada prevalencia de abortos (Welti, 1995; Raneri & Wiemann, 2007; Gogna, Binstock, Fernández, Ibarlucía & Zamberlin, 2008; Harper & Marcus, 2003).

Se ha estimado que las adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo de mortalidad materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, mientras que la tasa de mortalidad de los neonatos es aproximadamente un 50% mayor (OMS, 2009). Por otra parte, las adolescentes embarazadas sin acceso a una atención obstétrica de calidad presentan mayor probabilidad de muerte para la madre y el niño, así como con altas probabilidades de pérdida intrauterina (Menkes & Suárez, 2003).

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años (OMS, 2012). Además, el EA está relacionado con el aborto, el cual frecuentemente es realizado en malas condiciones de higiene y seguridad, lo cual pone en riesgo la vida de la mujer, y en algunos países ha constituido en una de las principales causas de mortalidad materna, afectando principalmente a mujeres de estratos socioeconómicos bajos (OMS, 2012; Conde A., Belizan J., Lammers C., 2004; Patton G., Coffey C., Sawyer S., et al. 2009). Desde esta perspectiva, el EA se constituye en un riesgo relacionado con la salud materno-infantil.

A pesar de que el embarazo en adolescentes es producto de las condiciones sociales, muchas regiones del mundo colocan la responsabilidad de prevenir embarazos en las adolescentes y en consecuencia enfocan las intervenciones hacia cambios de comportamientos, prestando menor atención en los determinantes sociales del fenómeno (pobreza, desigualdad de género, discriminación, falta de acceso a servicios de salud, entre otros).

- **El abordaje del embarazo en adolescentes en México**

Desde la década de los 90, el tema del embarazo adolescente se posicionó en la agenda de las políticas de población y de salud pública; y recibió un importante impulso en la Reunión de Monterrey, convocada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud. En este contexto se fortaleció la investigación y análisis de los determinantes sociales y las implicaciones del EA, lo cual ha contribuido a la formulación de políticas y programas gubernamentales, así como al desarrollo de diversas iniciativas impulsadas por las organizaciones sociales (Stern C., y Menkes C., 2012).

De esta manera, el embarazo en adolescentes se comenzó a plantear como un problema social y de salud reproductiva. Abordar el embarazo en población adolescente desde esta vertiente tiene implicaciones con otras líneas de investigación como: tasas de fecundidad, mortalidad materna, iniciación a la vida sexual, interrupción del embarazo, maternidad, paternidad, pobreza, vulnerabilidad social, dimensiones que se interrelacionan y es necesario remitirse a ella para entender el fenómeno en su totalidad (Menkes y Suárez, 2013).

Si bien el EA se ha constituido como uno de los asuntos de mayor relevancia en el campo de la salud sexual y reproductiva, en los últimos años se ha acrecentado el interés por estudiar este fenómeno. Desde diferentes instituciones y espacios académicos se ha hecho referencia a la magnitud y complejidad de la situación del EA en México. Particularmente, se ha enfatizado el porcentaje relativamente elevado del total de nacimientos que corresponde las mujeres de 15-19 años; aunque también se ha señalado que la situación pudiera agravarse en el futuro, debido a que los datos publicados sugieren un incremento de los embarazos en menores de quince años (SEGOB, 2015).

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México ocupa el primer lugar en madres adolescentes, registrando alrededor de un hijo nacido vivo por cada 15 niñas de 15 a 19 años de edad, lo cual representa un problema de salud pública (OCDE, 2009). El problema no se reduce únicamente al incremento de la maternidad de estas adolescentes, sino en la edad del embarazo que es cada vez menor. En este sentido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha señalado que para el caso de México, la maternidad infantil está aumentando en niñas de 10 a 14 años.

En México se ha evidenciado que el contexto sociocultural y de desigualdad social funciona como determinante del embarazo en adolescentes, lo cual contribuye a explicar la distribución diferencial del fenómeno asociada a las condiciones de vida de la población. Los resultados de investigación han evidenciado que en la distribución del embarazo en la adolescencia persisten grandes diferencias según distintas condicionantes sociales; siendo las adolescentes unidas, con menor escolaridad, que provienen de los hogares más pobres, que residen en el sur del país, las que presentan claramente un mayor nivel de embarazo (Stern C., y Menkes C., 2012; Menkes C., y Serrano O. 2010).

Asimismo, estudios sociológicos y antropológicos que se basan en el enfoque de la salud sexual y reproductiva, han mostrado que los determinantes, expresiones, significados e implicaciones del EA, difieren entre los grupos sociales y los diversos contextos socio-culturales (Stern C., 2003, 2012). De manera que, la comprensión del fenómeno del EA, necesariamente requiere explorar las características del contexto histórico y sociocultural en el que viven las adolescentes.

Desde esta perspectiva ha sido prioritario incorporar los ejes de diferenciación social más importantes que atraviesan la historia presente de la mayor parte de los países de América Latina: las dimensiones de las desigualdades socio-económicas, las relaciones de género y las desigualdades étnicas y generacionales (Lerner S., y Szasz I., 2008; Pantélides, 2004; Gipson, Koenig & Hindin, 2008; Álvarez, Pastor, Linares, Serrano & Rodríguez, 2012). En consecuencia, se considera que la interacción entre la clase, el género y la pertenencia étnica, así como las pautas socio-culturales, los valores religiosos y los estereotipos en las prácticas sexuales constituyen los determinantes fundamentales el EA.

## **II. El enfoque de la salud sexual y reproductiva**

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional y de salud, por lo cual, se incorpora en las políticas nacionales para el desarrollo adolescente. En el marco del presente estudio se parte de la premisa de que el embarazo y la maternidad adolescente deben ser abordados en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Es decir, facilitando que las adolescentes disfruten de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y que potencialicen sus capacidades para la toma de decisiones individual, responsable e informada en lo que concierne a la reproducción, teniendo la libertad para decidir embarazarse o no, cuándo y con qué frecuencia.

La salud sexual y reproductiva (SSR) emerge como un campo de estudio y de acción basado en un paradigma integral que recupera aspectos previamente abordados de manera independiente (planificación familiar, salud materno-infantil, la infertilidad y las ITS/VIH), al tiempo que propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre género, sexualidad, reproducción, salud y derechos humanos (Leyva R., y Quintino F., 2011; Langer A., 2003).

Dicho paradigma ha planteado la necesidad de comprender los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales que influyen en las motivaciones, decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos de las personas; de analizar los significados de la sexualidad en sus contextos sociales y de salud; y de tomar en cuenta las fuerzas sociales que moldean los derechos y la condición de la mujer en la sociedad, la comunidad y la familia, sin descuidar los derechos de los hombres en los mismos ámbitos (Salles V., 2001).

El enfoque de salud reproductiva tiene justamente como antecedente las críticas que el movimiento de mujeres realizó de la orientación, justificación y legitimidad de las políticas poblacionales, los programas de planificación familiar y sus consecuencias negativas en las mujeres, haciendo evidente la tensión entre las necesidades e intereses sociales o públicos versus los privados e individuales concernientes al uso de métodos anticonceptivos (Camarena R.M., y Lerner S., 2008).

El campo de la salud reproductiva experimentó un proceso de legitimación que se manifestó en los programas de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIDP) convocada por las Naciones Unidas en El Cairo (1994), así como de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Los programas de acción permitieron integrar un enfoque que sentó la base para que los derechos sexuales y reproductivos

(DSR) adquieran el estatus de derechos humanos fundamentales. Las discusiones generadas a partir de El Cairo y Beijing, no solo colocaron a la salud sexual y reproductiva en el espectro del derecho, sino que además pusieron de manifiesto su interdependencia con derechos inalienables, como son la vida, la libertad, la no discriminación y la igualdad.

En este marco, la plataforma de acción que surge del CIPD reconoce los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y adolescentes, desde un enfoque de derechos fundamentales que abarcan el respeto a la libertad en la toma de decisiones, la responsabilidad sobre el comportamiento sexual y la capacidad de ejercer una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Esto se traduce a su vez en el derecho a acceder a medios que posibiliten la toma de decisiones libres e informadas, sin discriminación, ni violencia; a embarazarse y decidir el número y espaciamiento de los hijos; a elegir y tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; a recibir atención a la salud para disfrutar de embarazos y partos sin riesgos; al acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase social, orientación sexual o estado civil.

### **Marco jurídico**

En el marco jurídico nacional, México se enfoca en la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en su Capítulo Octavo Del Derecho a la Salud, se encuentra el artículo 28 que menciona que “niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos” (Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 2010).

Siguiendo con el contexto nacional, México consolida el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes hasta el 2007, antes estuvo bajo el Programa de Planificación Familiar, especialmente en el Artículo 4 de la Constitución Mexicana menciona que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, sin embargo, Carlos Welti dice que esto no garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, aunque es un avance sustantivo pero insuficiente, especialmente para el caso de los jóvenes (Welti, 2014).

El Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se aprobó como una política rectora a observar en el sector salud. Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su objetivo 1 busca consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, dentro de su estrategia 1.5 está enfocada a Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables en sus primeras líneas de acción: 1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva y 1.5.2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente (DOF, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, 2013).

Actualmente el gobierno federal impulsa la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que busca erradicar el embarazo infantil, así como disminuir la incidencia de este problema que limita significativamente el desarrollo de las y los jóvenes, pero sobre todo en un marco de respeto a los derechos humanos y a la normatividad nacional e internacional.

El Distrito Federal es una entidad que se encuentra fundamentada con leyes acerca de los derechos humanos de las niñas y los niños, de la juventud y de las mujeres. El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 (PGD-DF 2013-2018) es el documento rector de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad, ya que establece áreas de oportunidad, objetivos, metas y líneas de acción que servirán de base para la definición e implementación de las políticas públicas de la Ciudad de México hasta el año 2018.

Este documento contiene en su Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano que tiene como prioridad a mujeres, niñas, niños y adolescentes como población discriminada, dentro de este eje existe el área de oportunidad 2 que corresponde a la Salud. En ella se enfoca a que el embarazo y la maternidad adolescente siguen siendo un problema que reclama atención, y lo representa explícitamente en el Objetivo 2, Meta 2 que busca mejorar la atención médica en los servicios de salud sexual y salud reproductiva de las personas y poblaciones altamente discriminadas, específicamente en sus dos primeras líneas de acción: Fortalecer las acciones de vigilancia durante el embarazo, parto y puerperio, y fortalecer las acciones para disminuir embarazos no planeados en adolescentes (PGD-DF 2013-2018).

Siguiendo con esta línea, el Gobierno del Distrito Federal prioriza a la niña y niño y lo define como todo ser humano menor de 18 años de edad en su artículo 3, apartado XVII

de la Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal. En esta misma ley, en el Capítulo III De la Secretaría de Salud, menciona en sus artículos 20, 21 y 22 la importancia que tiene las niñas embarazadas y la promoción de promover programas de educación sexual, respetando en todo su momento su integridad, así como políticas y programas de prevención de embarazos no deseados. Asimismo los convenios con instituciones públicas y privadas para la prestación de servicio gratuito en adolescentes embarazadas. (Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal, 2013).

El Distrito Federal mantiene también el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos estipulados en la Ley de las y los Jóvenes del Distrito Federal. En su Capítulo V hace referencia a los Derechos Sexuales y Reproductivos en los artículos 18, 19 y 20 (Gaceta Oficial del DF, 2000).

### **III. La situación del embarazo adolescente en la Ciudad de México**

En el país viven 22.4 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, 11.3 millones de ellos tienen entre 10 y 14 años y 11.1 millones de 15 a 19 años. En el 2014 en el Distrito Federal, habitan 2, 619, 589 jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa 24% de la población total; de los cuales 49.4% son hombres y 50.6% mujeres (INJUVE).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012, la vida sexual coital de las y los jóvenes mexicanos es iniciada en la adolescencia. La edad promedio al iniciar su vida sexual en las mujeres es a los 17 años, mientras que los hombres lo hacen antes, a los 16 años. El inicio de la vida sexual en las jóvenes del Distrito Federal es muy parecido a nivel nacional, la media es de 18 años (INJUVE-IIJ UNAM, 2012).

Por su parte, los datos censales del 2010 muestran que en el Distrito Federal existían 2.56 millones de mujeres en edad fértil, que representan al 55.3% de la población femenina total. El 14.3% de las mujeres en edad fértil se encuentra adolescentes de 15 a 19 años, en este grupo de edad tienen una especial atención de acuerdo al ejercicio de su vida sexual y reproductiva, por lo cual presenta desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad (Villagómez, 2011).

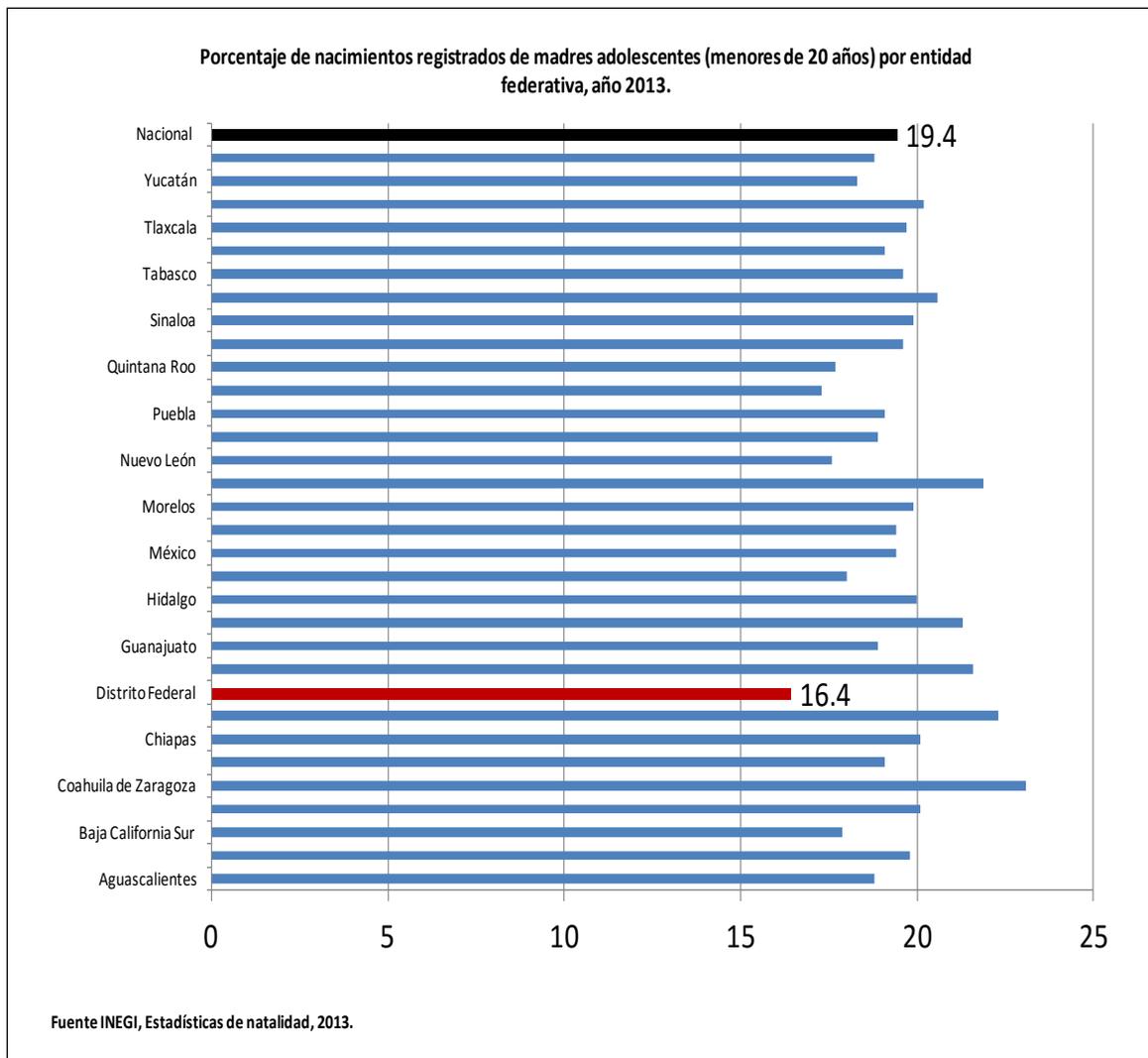
En su conjunto, las investigaciones han evidenciado que el logro educacional, el acceso al seguro médico, las perspectivas de vida para el futuro, así como la vida SSR de adolescentes y jóvenes en México están íntimamente relacionados con el hecho de que vivan en la Ciudad de México y en los estados más desarrollados y urbanizados del norte del país (Juárez F. et al., 2010).

Se han registrado avances relevantes en los indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente y joven de la Ciudad de México; sin embargo, aún se registran retos para las políticas y programas focalizados en la prevención del embarazo no planeado, en la atención médica integral para adolescentes embarazadas, así como para mejorar las condiciones de vida y la retención educativa de las madres adolescentes (Programa de Prevención del Embarazo en Adolescentes de la Ciudad de México, INJUVE, s.f).

El interés que despierta el tema del embarazo adolescente se relaciona con la elevada proporción del total de nacimientos que corresponde a mujeres de 15 a 19 años (Stern C.,

y Menkes C., 2007). Como se ha mencionado, el contexto sociocultural y de desigualdad social funciona como determinante del embarazo en adolescentes, lo cual contribuye a explicar la distribución diferencial del fenómeno asociada a las condiciones de vida de la población. Los datos disponibles a nivel nacional muestran que del total de nacimientos registrados en el año 2013, el 19.4% corresponde a madres adolescentes; sin embargo, los indicadores presentan proporciones variables entre las entidades federativas. En el mismo año, los estados de Campeche, Coahuila y Chiapas presentaron más del 19% de los nacimientos de madres adolescentes, a diferencia del Distrito Federal que presentó el 16.4% (INEGI, 2014).

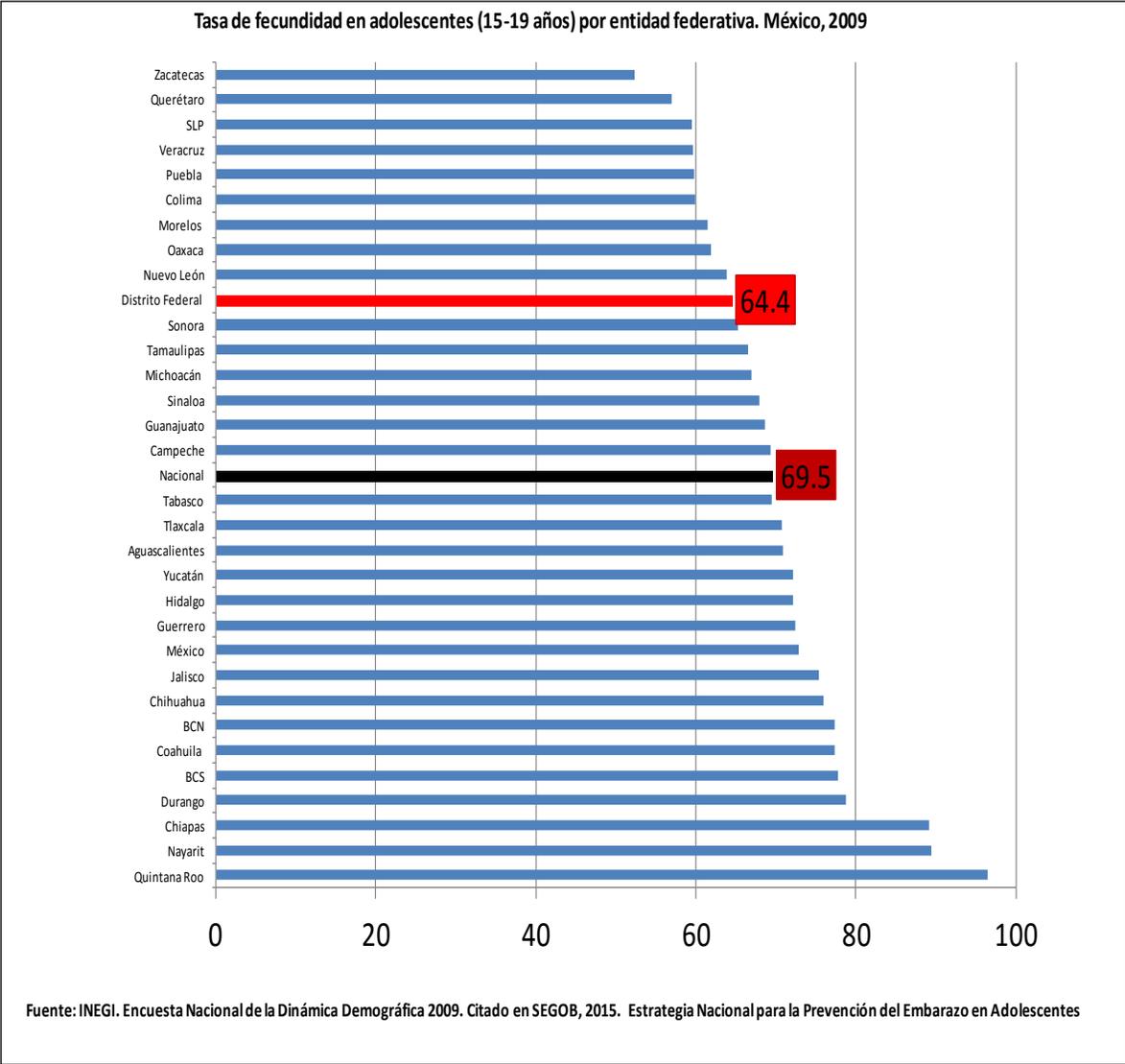
Gráfica 3.1



Aunque la tendencia general de la fecundidad y el embarazo observan un comportamiento a la baja, en el grupo de edad que ha observado un menor descenso es el de las mujeres adolescentes. De acuerdo con Menkes (2009), el embarazo de las jóvenes entre 15 y 19 años ha descendido alrededor del 30% entre los años 1982 y 2002, ya que la tasa específica pasó de 119 a 83 en ese lapso.

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 1000 mujeres (SEGOB, 2015). El Distrito Federal presenta además una tasa de fecundidad en adolescentes (64.2) y una tasa de mortalidad materna en mujeres de 15-19 años que están por debajo del promedio nacional.

Gráfica 3.2



El análisis de tendencias también muestra variabilidades regionales. Por ejemplo, se ha documentado que entre 1997 y 2006, la tasa específica de fecundidad de las mujeres adolescentes en el Distrito Federal, se modificó de 59 a 47 nacimientos por cada mil mujeres en el rango de edad de 15-19 años; mientras que en los estados del sur del país (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) la tasa bajó de un nivel relativamente alto de 91 a 70 por cada mil (Juárez F. et al., 2010).

A nivel delegacional, Iztapalapa es la que tiene mayor número de nacimientos de madres adolescentes registrados, seguida de la Gustavo A. Madero. En los últimos cuatro años (2010 al 2013), Iztapalapa es una de las delegaciones con mayor población en comparación con el resto, el número de registrados de 2010 fue de 5,936 y esta cifra se redujo a 5,329 para el 2013, el descenso ha sido casi de 600 nacimientos. En cambio la Gustavo A. Madero en 2010 registró 3,513 nacimientos, para el 2013 fue de 3,196, disminuyó 317 nacimientos. En cambio, la delegación más baja es Benito Juárez, registra sólo 293 nacimientos en 2010 y 236 en 2013 (SIMBAD, INEGI, 2013).

**Cuadro 3.1**  
**Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (12-19 años) en delegaciones del Distrito Federal. 2005-2013**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Azcapotzalco	13.1	11.4	12.9	13.5	13.6	14.5	14.6	14.6	15.0
Coyoacán	10.4	11.0	11.7	10.8	11.9	12.3	12.5	12.9	12.9
Cuajimalpa de Morelos	15.6	15.1	15.0	14.7	15.3	16.8	13.8	16.2	15.4
Gustavo A. Madero	14.0	14.2	14.6	15.3	15.5	15.7	16.4	15.9	16.2
Iztacalco	12.8	12.6	14.5	13.5	14.1	15.8	15.2	14.8	15.0
Iztapalapa	16.2	15.9	16.9	16.7	16.8	17.4	17.6	17.5	17.6
La Magdalena Contreras	16.1	16.5	17.0	15.7	17.7	17.5	18.5	17.8	19.2
Milpa Alta	17.2	17.8	19.6	20.6	21.0	17.3	20.5	21.6	21.8
Álvaro Obregón	14.4	14.7	15.3	16.2	15.7	16.8	17.1	16.7	17.0
Tláhuac	16.9	16.8	18.1	17.2	17.7	18.2	18.2	19.1	18.8
Tlalpan	14.0	14.1	14.4	14.4	15.8	16.9	16.6	16.7	15.9
Xochimilco	15.5	15.7	17.1	16.4	17.0	18.1	17.8	20.5	19.0
Benito Juárez	5.3	4.9	5.8	5.9	5.9	6.0	5.1	5.8	5.0
Cuauhtémoc	11.2	10.1	12.7	12.1	13.6	13.6	12.9	13.1	14.4
Miguel Hidalgo Venustiano Carranza	10.9	11.8	10.4	10.9	10.9	11.0	10.7	11.1	10.4
Carranza	13.9	14.6	15.5	15.4	15.6	16.3	15.6	15.9	15.4
No especificado	14.1	13.7	11.5	9.4	11.1	12.0	14.7	14.2	7.8
Total DF	13.9	13.8	14.8	14.7	15.1	15.7	15.7	15.9	15.9

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI, Estadísticas de natalidad. Actualización 18 de diciembre de 2014.

En el cuadro 3.1 se describe la proporción de nacimientos registrados de madres adolescentes de 12-19 años de edad. Al respecto, se observa para el año 2014, la delegación de Milpa Alta (21.8%), Xochimilco (19%) y Magdalena Contreras (19.2%) presentan la mayor proporción de EA respecto al total de nacimientos registrados en cada demarcación. Por su parte, Iztapalapa (17.6%) y Tláhuac (18.8%) son las otras dos delegaciones que registran una proporción por arriba de la media registrada a nivel del DF.

De acuerdo con datos del INEGI (2014), al observar la distribución del embarazo adolescente según grupos de edad, se corrobora que sólo en el año 2013, el 98.6% de los casos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, la delegación Iztapalapa (28.4%) fue la que concentró el mayor número de nacimientos registrados por adolescentes menos de 15 años, seguida por la GAM (13.2%) y Tlalpan (10%).

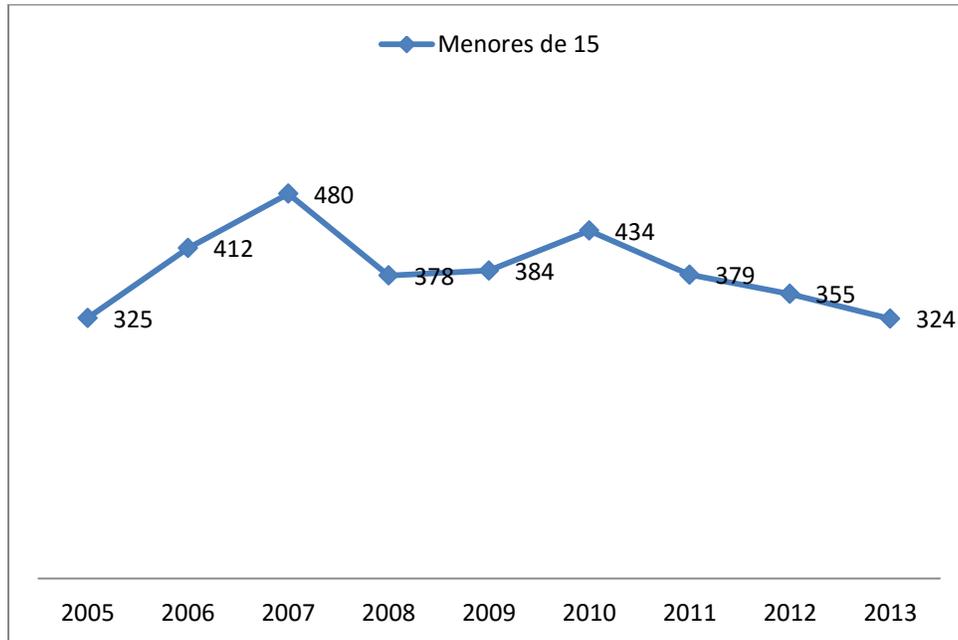
**Distribución de nacimientos registrados por edad de la madre adolescente, en delegaciones del Distrito Federal, 2013**

	Menor de 15 años		De 15 a 19 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
Azcapotzalco	14	4.32	963	4.24	977	4.24
Coyoacán	9	2.78	1,059	4.66	1068	4.63
Cuajimalpa de Morelos	8	2.47	520	2.29	528	2.29
Gustavo A. Madero	43	13.27	3,196	14.06	3239	14.05
Iztacalco	7	2.16	926	4.07	933	4.05
Iztapalapa	92	28.40	5,329	23.45	5421	23.52
Magdalena Contreras	5	1.54	765	3.37	770	3.34
Milpa Alta	10	3.09	568	2.50	578	2.51
Álvaro Obregón	16	4.94	1,949	8.58	1965	8.52
Tláhuac	13	4.01	1,166	5.13	1179	5.11
Tlalpan	33	10.19	1,594	7.01	1627	7.06
Xochimilco	19	5.86	1,330	5.85	1349	5.85
Benito Juárez	4	1.23	236	1.04	240	1.04
Cuauhtémoc	23	7.10	1,348	5.93	1371	5.95
Miguel Hidalgo Venustiano	10	3.09	595	2.62	605	2.62
Carranza	13	4.01	1,154	5.08	1167	5.06
No especificado	5	1.54	30	0.13	35	0.15
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>22728</b>	<b>100</b>	<b>23052</b>	<b>100</b>

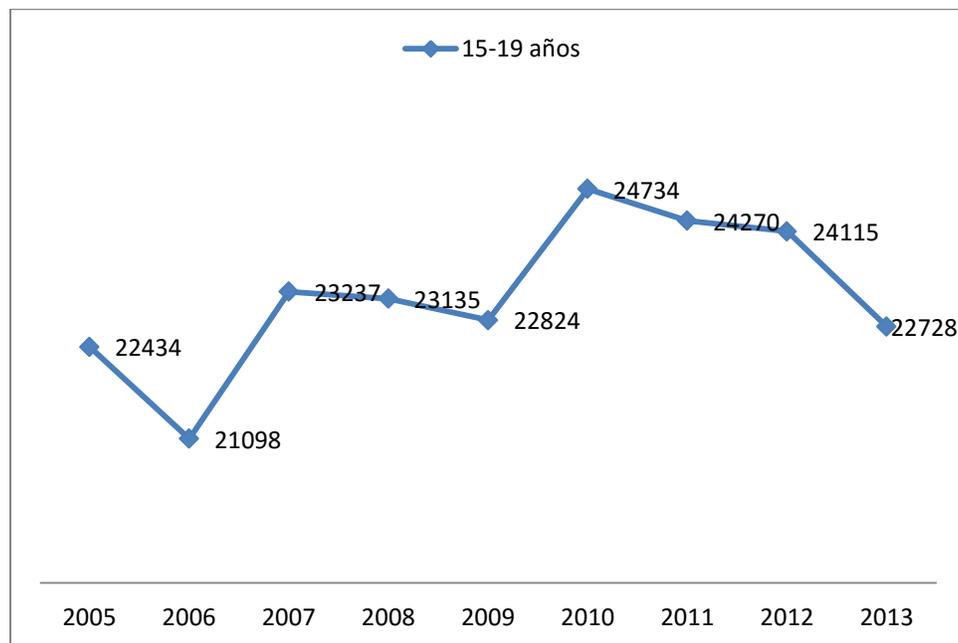
Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI, Estadísticas de natalidad. Actualización 18 de diciembre de 2014.

Las estadísticas de natalidad del INEGI (2014), permiten explorar de manera indirecta la frecuencia de los embarazos adolescentes en los dos grupos de edad, para el periodo 2005-2013. En la Gráfica 3.3 se observa que desde el año 2007 se registró un repunte en

el número de nacimientos registrados por madres adolescentes de los dos grupos de edad.



Fuente: INEGI, Estadísticas de natalidad. Actualización 18 de diciembre de 2014.



Fuente: INEGI, Estadísticas de natalidad. Actualización 18 de diciembre de 2014.

## **IV. Metodología**

### **4.1 Diseño del estudio**

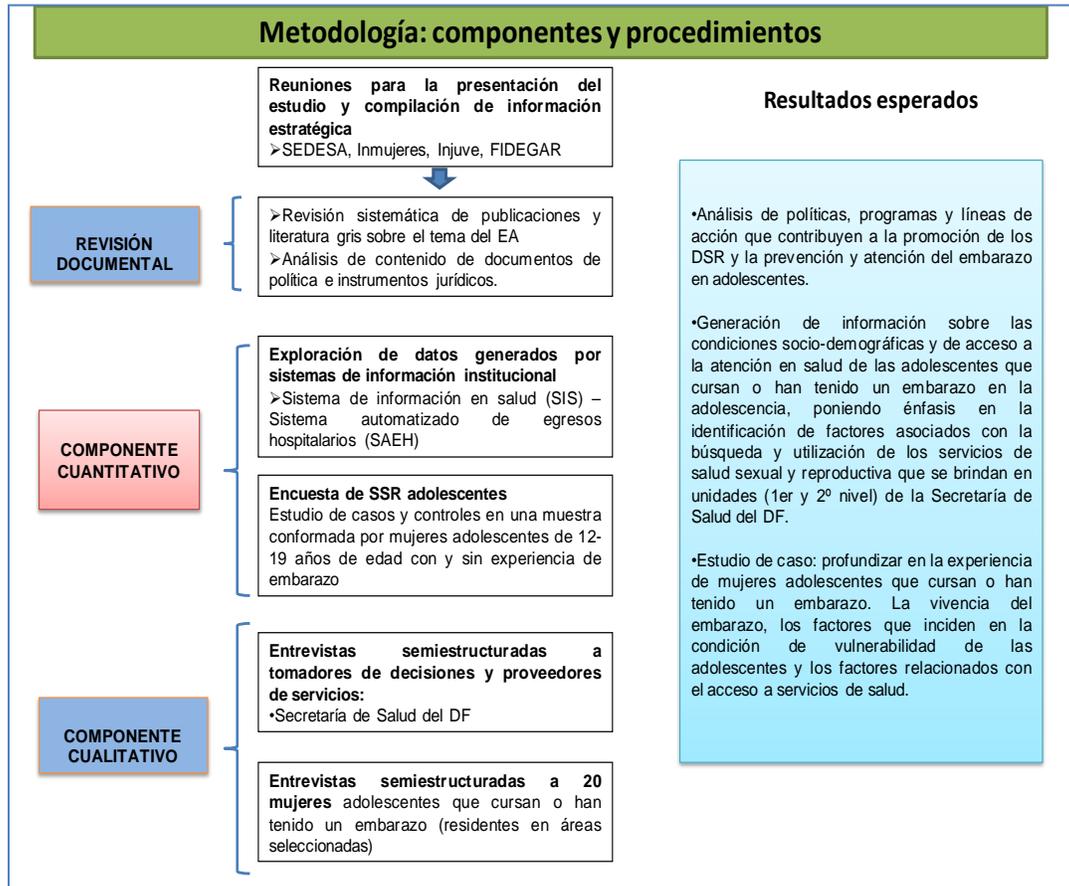
El enfoque metodológico está centrado en un modelo mixto de investigación centrado en la observación del fenómeno y en la exploración de factores asociados con la distribución del embarazo adolescente en distintos grupos sociales, así como en el análisis de determinantes sociales que influyen en la búsqueda, acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, se trata de un modelo observacional (no experimental), exploratorio, prospectivo (se captará al momento de estarse generando) y transversal.

Para realizar un análisis más comprehensivo de la situación del embarazo adolescente en el Distrito Federal, se aplicó un método mixto de investigación con la aplicación de enfoques cualitativos y cuantitativos, bajo una lógica de complementariedad desde la que se considera que cada método retroalimenta al otro y viceversa, permitiendo establecer un diálogo entre diferentes tipos de fuentes de datos (Newuman y Benz, 1998; Pacheco E., y Blanco M., 2003).

Como se muestra en la Figura 1, el componente cualitativo se basó en la aplicación de las siguientes técnicas y procedimientos de investigación: revisión documental (análisis bibliográfico, documentos de política pública y marco normativo); entrevistas semi-estructuradas a 17 funcionarios y personal de salud; entrevistas semiestructuradas a 20 mujeres adolescentes que cursan o han tenido un embarazo; y observación no participante en el espacio de los servicios de salud.

Por su parte, el componente cuantitativo se centró en el diseño de un estudio de casos y controles con adolescentes usuarias de los servicios públicos de salud (1er y 2º nivel) de SEDESA ubicados en las siguientes delegaciones del DF: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta. Para ello, se aplicó una encuesta en una muestra no aleatoria conformada por 250 adolescentes de 12-19 años de edad con y sin experiencia de embarazo. La encuesta tuvo el propósito de generar información y analizar desde una perspectiva comparativa las condiciones socio-demográficas y las necesidades de salud de las adolescentes con y sin experiencia de embarazo, así como explorar los factores que facilitan u obstaculizan el acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva (planificación familiar, atención prenatal y salud materna) que se brindan en unidades (1er y 2º nivel) de la Secretaría de Salud del DF.

Figura 1.



Fuente: Elaboración Propia

## 4.2 Componentes y procedimientos metodológicos

En este apartado se describe con mayor detalle los procedimientos metodológicos que se aplicaron para documentar y analizar la dimensión contextual del embarazo adolescente en la Ciudad de México, la respuesta social que se expresa en el panorama de las políticas y programas sobre la temática, así como las características socio-demográficas y las necesidades de SSR de las adolescentes que son usuarias de los servicios públicos de salud.

### 4.2.1 Revisión documental y análisis descriptivo de datos estadísticos

- Estudios sobre la situación del embarazo adolescente en el DF

La información generada en el marco de la revisión documental contribuyó a caracterizar la situación del embarazo adolescente en la Ciudad de México, poniendo especial énfasis en la descripción de la incidencia, tendencias y características de este fenómeno en

distintos grupos sociales, así como en la identificación de sus determinantes (socio-culturales y económicos) y consecuencias.

La revisión documental incluyó publicaciones científicas, artículos, literatura gris (tesis, ponencias, abstracts, etc.), informes técnicos, monografías, páginas y documentos institucionales consultados en internet. También se consultó información cuantitativa proveniente de diferentes encuestas (ENADID, Censo de Población y Encuesta de la Juventud) que contribuyen a mostrar las particularidades del fenómeno del embarazo adolescente en las delegaciones del Distrito Federal.

De igual manera, se realizó una revisión sistemática de publicaciones que aportan información sobre las condiciones y barreras de acceso a servicios de salud para la atención del embarazo en la población adolescente. Para ello, se realizó una revisión de artículos originales de investigación publicados en bases de datos internacionales (Medline-PubMed) y regionales (LILACS; IBECS) y se consultó la red pública.

- Análisis de sistemas de información en salud

Para contar con un panorama general sobre las condiciones de acceso a servicios de salud en la población adolescente en el DF, se propuso la compilación y análisis de datos estadísticos disponibles en los sistemas de información en salud generados por SEDESA-DF. Por medio de una solicitud de acceso a la información pública se buscó analizar información estratégica sobre tres ejes temáticos: Indicadores de los Sistemas de información en salud; Información sobre el Programa “El médico en tu casa”; e Información sobre protocolos de atención del embarazo en menores de 20 años. La descripción detallada de los indicadores que fueron solicitados se describe en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4.1**

Indicadores de los Sistemas de información en salud	<p>Se solicita información que permita caracterizar los servicios de prevención y atención otorgados a mujeres adolescentes (12-19 años) embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total de <u>nacimientos por partos de mujeres menores de 20 años según hospital</u> (SEDESA); en los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.</li> <li>• Total de <u>consultas de atención prenatal</u> a mujeres embarazadas menores de 20 años en unidades de salud (SEDESA) de las 16 delegaciones del DF; en los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.</li> <li>• Total de <u>consultas de atención prenatal</u> a mujeres embarazadas menores de 20 años <u>por trimestre gestacional</u> en unidades de salud de las 16 delegaciones del DF, en los años 2006, 2013 y 2014.</li> </ul>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total de hijos nacidos vivos de madres adolescentes <u>por tipo de procedimiento</u> en unidades hospitalarias de SEDESA, en los años 2006, 2013 y 2014.</li> <li>• Total de <u>detecciones de VIH</u> en mujeres embarazadas menores de 20 años, en los años 2006, 2012, 2013, 2014.</li> <li>• Total de <u>detecciones de sífilis</u> en mujeres embarazadas menores de 20 años, en los años 2006, 2012, 2013, 2014.</li> <li>• Total de consultas de <u>planificación familiar y métodos</u> entregados a mujeres adolescentes menores de 20 años de edad, en los años 2006, 2013 y 2014.</li> <li>• Principales <u>causas de egreso hospitalario</u> de pacientes mujeres adolescentes menores de 20 años de edad por hospital, en los años 2006, 2013 y 2014.</li> <li>• Principales causas de <u>mortalidad hospitalaria</u> en pacientes mujeres adolescentes menores de 20 años de edad, en los años 2006, 2013 y 2014.</li> </ul>
Información sobre el Programa “El médico en tu casa”	<p>Se solicita información sobre la estrategia operativa del Programa “El médico en tu casa”, poniendo especial énfasis en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificar si la estrategia incluye un mapeo que permita identificar a las mujeres embarazadas menores de edad.</li> <li>• Especificar si la estrategia incluye la aplicación de instrumentos de registro de información socio-demográfica y de los servicios otorgados.</li> <li>• Se solicita información sobre el total de atenciones otorgadas a mujeres embarazadas menores de edad; y especificar el tipo de servicios que se han brindado, incluyendo la implementación de mecanismos de referencia y contrarreferencia.</li> </ul>
Información sobre protocolos de atención del embarazo en menores de 20 años	<p>Se sabe que la NOM-007-SSA2-1993 regula la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. De igual manera, se pueden consultar manuales de atención del embarazo en los que se definen acciones específicas para reducir riesgos gineco-obstétricos en mujeres menores de 20 años. Además de estos referentes, se solicita información sobre cuál es el protocolo o lineamientos operativos (incluyendo mecanismos de referencia y contrarreferencia) que implementan los servicios de la Secretaría de Salud del DF, particularmente, en lo que se refiere a la atención del embarazo, parto y puerperio en mujeres menores de 20 años.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

#### **4.2.2 Análisis de políticas y programas de prevención y atención del embarazo adolescente**

Desde la década de los 90, el embarazo adolescente ha constituido uno de los temas de mayor relevancia en el campo de la salud sexual y reproductiva, pero también ha ocupado un espacio importante en la agenda pública de las áreas de población, educación y desarrollo socio-económico. En la actualidad, existen en el país diversas estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, de prevención de los embarazos no planeados, de atención del embarazo en la adolescencia, así como proyectos focalizados para el apoyo de madres adolescentes. En el marco del presente

estudio se realizará una revisión y análisis descriptivo de políticas y programas de salud dirigidos a atender las necesidades en este campo. Para acceder a los documentos de política pública se contó con el apoyo de Evalúa-DF, instancia que emitió las solicitudes de acceso a la información pública.

#### 4.2.3 Componente cualitativo del estudio (1): la perspectiva de los profesionales de salud

- **Grupo focal y entrevistas a tomadores de decisiones y profesionales de salud**

El componente cualitativo de la investigación tuvo el propósito de generar información que permitiera caracterizar las políticas, las modalidades de organización y las prácticas que han desarrollado desde el sector salud para dar respuesta a las necesidades de prevención del embarazo no planeado y de atención oportuna del embarazo-parto-puerperio en la población adolescente en el Distrito Federal.

Para recuperar la experiencia de trabajo de la Secretaría de Salud se organizaron dos grupos focales y se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a sus integrantes. De manera conjunta con el equipo de la coordinación del Evalúa DF, se elaboró un mapeo de actores clave y se identificó a los tomadores de decisiones (funcionarios) y a proveedores de servicios de salud que están directamente involucrados en la generación de respuestas al fenómeno del embarazo en la adolescencia. El perfil de los profesionales de salud que participaron en las entrevistas se describe en el siguiente cuadro.

**Cuadro 4.2  
Funcionarios y profesionales de salud entrevistados**

	Nombre del participante	Cargo	Área o Programa
1	Dra. Margarita Garza Ochoa	Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)
2	Dr. Patricio Sanhueza	Jefe de Salud Sexual y Reproductiva	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)
3	Dr. Luis Ortíz Velázquez	Responsable del Programa de Planificación Familiar	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)
4	Arabella Sánchez García	Responsable de Salud Materna y Perinatal	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)
5	Sandra Ivette Ávila Monroy	Responsable del Programa de Adolescencia, JS-GAM	Jurisdicción Sanitaria-GAM
6	Brenda Xalalpa Barrios	Responsable del Programa de Adolescencia, JS- MLP	Jurisdicción Sanitaria-MLP
7	Alba Martínez	Responsable del Programa de Adolescencia, JS- Izt	Jurisdicción Sanitaria-Izt
8	María Isabel Álvarez Montaña	Coordinación del Programa de SSR	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)

9	Alberto Gallardo	Responsable de la estrategia Médico en tu casa	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)
10	Lic. Liliana Bárcena	Promotora de salud sexual y reproductiva	Centro de Salud, San Pablo Oztotepec, Milpa Alta
11	Dra. Lezama	Subdirectora Médica, Hospital General de Iztapalapa	SEDESA
12	Dra. Mora	Gineco-obstetra del Hospital General de Iztapalapa	SEDESA
13	Dra. González	Subdirectora Médica del Hospital Materno-Infantil de Cuauhtémoc	SEDESA
14	Dr. Cantú	Gineco-obstetra Hospital Materno-Infantil de Cuauhtémoc	SEDESA
15	Dra. María de los Ángeles Soriano	Médico adscrito en servicios de ginecología, Hospital Materno-Infantil de Topilejo	SEDESA
16	Licenciada en trabajo social, Lic. Lilia Rivero	Trabajadora social, Hospital Materno-Infantil de Topilejo	SEDESA
17	Psicólogo José Luis Nieto Medina	Responsable del Programa de prevención y atención de la Violencia de Género; y Módulo de atención ciudadana, Hospital Materno-Infantil de Topilejo	SEDESA

Fuente: Elaboración Propia

Las entrevistas tuvieron un doble propósito. Por un lado, profundizar en el entendimiento de la manera cómo los funcionarios y profesionales perciben, interpretan y documentan la situación del embarazo adolescente en la Ciudad de México. Por otra, conocer la participación que éstos tienen en la construcción de estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, en particular, en lo que respecta a la prevención y atención del embarazo. Particularmente, se buscó conocer los procedimientos operativos (mecanismos de referencia y contrarreferencia) que se están implementando para brindar una atención integral a las adolescentes embarazadas en las delegaciones donde se circunscribe el presente estudio.

Las entrevistas son de carácter semi-estructurado, ya que esta técnica permite combinar los atributos de la entrevista en profundidad con una focalización de los temas de interés que se deben cubrir con cada informante (Castro R., y Bronfman M., 1995). Las entrevistas permitieron centrar el diálogo sin limitar la libertad de las respuestas, reduciendo el margen de dispersión y facilitando la sistematización de la información. Para aplicar esta técnica se diseñó, piloteó y aplicó una “Guía de entrevista para tomadores de decisiones y profesionales de salud” (Anexos 1.6 y 1.7); dicho instrumento será revisado y consensuado con el equipo de la coordinación del Evalúa, DF.

Los representantes institucionales son un grupo estratégico que define la respuesta social en salud a nivel de la red de servicios de la Secretaría de Salud del DF. Las entrevistas semi-estructuradas fueron analizadas tomando como base la aproximación interaccionista-simbólica. Dicha óptica retoma la dimensión del sentido subjetivo, rescata la acción social y asume que los actores se relacionan entre sí y con su entorno, en función del significado que tienen para ellos.

Todas las entrevistas fueron codificadas con la ayuda del software Atlas-ti. El procesamiento y análisis de estos datos se realizó de acuerdo con las categorías consideradas en la guía de entrevista y su contenido, incorporando nuevos conceptos y categorías conforme el material lo requiera, y clasificando la información por códigos.

La información recolectada mediante las entrevistas ha sido manejada exclusivamente por el equipo de investigación. Una vez realizadas las entrevistas estas se enviaron a un transcriptor que solamente tuvo como referencia para cada entrevista el código asignado por el equipo de investigación. Una vez transcritas las entrevistas, los audios originales así como las transcripciones pasaron al resguardo del investigador principal.

#### **4.2.4 Componente cuantitativo: Encuesta de salud sexual y reproductiva**

- **Diseño del estudio y estrategia de reclutamiento**

El estudio buscó reforzar la generación de información sobre las condiciones socio-demográficas y de acceso a la atención en salud de las adolescentes que cursan o han tenido un embarazo en la adolescencia, poniendo énfasis en la identificación de factores asociados con la búsqueda y utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva que se brindan en unidades de 1er nivel de la Secretaría de Salud del DF.

Para ello, se propuso realizar un estudio de casos y controles con usuarias de los servicios públicos de salud (1er nivel) de SEDESA ubicados en las siguientes delegaciones del DF: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta. Las unidades y delegaciones fueron seleccionadas debido a que concentran el mayor número de consultas a embarazadas menores de 20 años y el mayor número de nacimientos de madres adolescentes (SEDESA-SAEH, 2013). Para acceder a los espacios de atención en salud que facilitan el acceso a la población blanco, se contó con el apoyo de Evalúa-DF. Particularmente, se solicitó apoyo mediante la emisión de un oficio en el que se solicitó el apoyo para la realización del trabajo de campo. La lista de las unidades de salud seleccionadas se describe en el siguiente cuadro.

**Cuadro 4.3**  
**Unidades de salud seleccionadas**

Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero	- Centro de salud TIII Dr. Gabriel Garzón
Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa	- Centro de salud TIII Dr. Rafael Carrillo - Centro de salud TIII Dr. Francisco Balmis
Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta	- Centro de salud TII San Pablo Oztotepec

El componente cuantitativo corresponde a un estudio de casos y controles. Por tanto, se abordaron dos unidades de observación. El tipo de muestreo es determinístico, priorizando la conformación de una muestra intencional o por conveniencia.

Los casos se definieron como las mujeres adolescentes (12-19 años de edad) que cursan o tuvieron un embarazo que llegó a término (en el último año), que son residentes en la Ciudad de México y que utilizan los servicios de atención prenatal en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Se propuso reclutar una muestra definida de casos compuesta por 125 adolescentes que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: son mujeres adolescentes que tienen entre 12 y 19 años de edad cumplidos al momento de la encuesta; que cursan por el segundo o tercer trimestre de embarazo al momento del estudio o que tuvieron un embarazo que llegó a término en el último año previo al momento de la encuesta; que son residentes de la Ciudad de México; que son usuarias de las unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal; que aceptan participar de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado en el estudio; y que tienen el permiso de uno o ambos padres para participar en la investigación.

Se propuso que las adolescentes embarazadas y con experiencia de embarazo en el último año serían captadas antes o después de acudir a su consulta familiar que se brinda en las unidades de salud de 1er y 2º nivel de atención seleccionadas (ver cuadro 1). En las salas de espera las adolescentes serán invitadas a participar en el estudio contestando un cuestionario que aborda aspectos socio-demográficos y de salud sexual y reproductiva, incluyendo un apartado específico vinculado con la calidad de los servicios para la atención del embarazo.

Por su parte, el grupo control estuvo compuesto por las mujeres adolescentes (12-19 años de edad) que no cuentan con experiencia de embarazo y que son usuarias de los servicios de planificación familiar y los servicios amigables para adolescentes que se brindan en unidades de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Se propuso reclutar una muestra definida de controles compuesta por 125 adolescentes que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: son mujeres adolescentes que tienen entre 12 y 19 años de edad cumplidos al momento de la encuesta; que declaran no haber tenido ningún embarazo en su curso de vida; que son residentes de la Ciudad de México; que son usuarias de los servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; que aceptan participar de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado en el estudio; y que tienen el permiso de uno o ambos padres para participar en la investigación.

Las adolescentes sin experiencia de embarazo fueron captadas antes o después de acudir a su consulta familiar o alguna actividad vinculada con los servicios amigables para los adolescentes organizada en las unidades de 1er nivel de atención seleccionadas en el marco del estudio (cuadro 1). En el espacio de los servicios de salud, las adolescentes fueron invitadas a participar en el estudio contestando un cuestionario que aborda aspectos socio-demográficos y de salud sexual y reproductiva.

En el siguiente cuadro se resumen las características definitorias de los sujetos de estudio que constituyen las unidades de observación de este componente de la investigación.

**Cuadro 4.4**  
**Definición de unidades de observación**

Criterios de inclusión:	Los casos se definen como las mujeres adolescentes que tienen entre 12 y 19 años de edad cumplidos al momento de la encuesta; que cursan por el segundo o tercer trimestre de embarazo al momento del estudio o que tuvieron un embarazo que llegó a término en el último año previo al momento de la encuesta; que son residentes de la Ciudad de México; que son usuarias de las unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal; que aceptan participar de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado en el estudio; y que tienen el permiso de uno o ambos padres para participar en la investigación.	Los controles se definen como las mujeres adolescentes que tienen entre 12 y 19 años de edad cumplidos al momento de la encuesta; que declaran no haber tenido ningún embarazo en su curso de vida; que son residentes de la Ciudad de México; que son usuarias de los servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; que aceptan participar de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado en el estudio; y que tienen el permiso de uno o ambos padres para participar en la investigación.
-------------------------	--	--

<p> Criterios de no inclusión: </p>	<p> Que la informante presente un problema de salud; que no acepte participar de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado en el estudio; que no cuente con el permiso de uno o ambos padres para participar en la investigación; que haya ingerido alcohol u otras drogas; que tenga una discapacidad como sordera o discapacidad mental. </p>	<p> Que la informante presente un problema de salud; que no acepte participar de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado en el estudio; que no cuente con el permiso de uno o ambos padres para participar en la investigación; que haya ingerido alcohol u otras drogas; que tenga una discapacidad como sordera o discapacidad mental. </p>
<p> Criterios de interrupción: </p>	<p> Se interrumpirá la participación en el estudio (aplicación del cuestionario) si la informante decide desertar de manera voluntaria por sentirse incómoda con las preguntas contenidas en el instrumento o por el surgimiento de cualquier complicación en el espacio de los servicios de salud. </p>	<p> Se interrumpirá la participación en el estudio (aplicación del cuestionario) si la informante decide desertar de manera voluntaria por sentirse incómoda con las preguntas contenidas en el instrumento o por el surgimiento de cualquier complicación en el espacio de los servicios de salud. </p>
<p> Criterios de eliminación: </p>	<p> Por deserción voluntaria de la informante o por la emergencia de cualquier complicación en el espacio de los servicios de salud. </p>	<p> Por deserción voluntaria de la informante o por la emergencia de cualquier complicación en el espacio de los servicios de salud. </p>

Por lo tanto, el reclutamiento de las adolescentes con y sin experiencia de embarazo se realizó de manera personalizada. Durante la 1ª visita se realizó un sondeo rápido que nos permitió identificar los espacios y los horarios en los que se podían aplicar los cuestionarios.

Posteriormente, se invitó personalmente a cada adolescente a participar en el estudio, explicitando los propósitos del mismo y enfatizando que su participación era completamente voluntaria y que en caso de negarse a participar no existirá ninguna repercusión. En caso de que la adolescente fuese acompañada de uno o ambos padres, se le explicaron (a sus progenitores o tutor) los propósitos del estudio y se solicitó su consentimiento informado para que la adolescente participe contestando el cuestionario. Una vez que la persona accedió a participar en el estudio se procedió a leer una tarjeta informativa y firmar la “Carta de Consentimiento Informado” (Anexo 1.2).

Independientemente de la respuesta de las informantes se llevó un registro de participación. Para identificar a las informantes que cumplían con los criterios definidos para conformar los casos y controles, se aplicó una “Cédula de identificación” con preguntas filtro que permitirán conocer la edad, la condición de embarazo actual y la experiencia de maternidad en el último año (Anexo 1.5).

Todas las adolescentes contestaron de manera anónima un cuestionario estructurado y piloteado previamente (Anexo 1.3). Las informantes participaron en el estudio de manera voluntaria asegurando la confidencialidad de la información y el anonimato de su persona mediante la asignación de un número al cuestionario y un código.

La encuesta se aplicó en el mes de noviembre de 2015, en centros de salud pertenecientes a SEDESA-DF. La recolección de datos cuantitativos y la aplicación de la encuesta y entrevistas estuvieron a cargo del equipo de investigación que cuenta con experiencia en el tema.

El equipo de trabajo estuvo integrado por Licenciados en Promoción de la Salud egresados de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Los integrantes del equipo de trabajo de campo fueron capacitados en el manejo ético y confidencial de la información y se les explicó con detenimiento los objetivos y la importancia del estudio. Los cuestionarios se realizaron de manera individual en espacios que reunieron las características de privacidad para hablar sobre temas sensibles. Los encuestadores explicaron claramente a los informantes el objetivo del estudio y sobre todo la importancia de su participación. Se les hizo saber que su participación era voluntaria y previa obtención de consentimiento informado.

A los cuestionarios realizados se les asignó un código que permitió salvaguardar la confidencialidad y el anonimato del informante durante todo el proceso de investigación: recolección de datos, captura, análisis y presentación de resultados. La información recolectada ha sido manejada exclusivamente por el equipo de investigación. Una vez realizados los cuestionarios éstos se enviaron a un capturista que solamente tuvo como referencia para cada cuestionario el código asignado por el equipo de investigación. Una vez capturados los cuestionarios, la información pasó al resguardo del investigador principal.

- **Instrumento**

Para generar información sobre las características socio-demográficas, el perfil de necesidades de SSR y las condiciones de acceso y utilización de servicios de salud de las adolescentes (con y sin experiencia de embarazo) que residen en las delegaciones seleccionadas, se aplicó una encuesta que puede ser consultada en el Anexo 1.3. El cuestionario consta de trece apartados:

- Lugar de aplicación

- Datos generales
- Vivienda y estructura familiar
- Pareja
- Escolaridad
- Actividad laboral
- Protección social en salud
- Derechos sexuales y reproductivos
- VIH/SIDA/ITS
- Anticoncepción
- Trayectoria reproductiva
- Sección para mujeres con embarazo actual

#### **4.2.7 Componente cualitativo del estudio (2): entrevistas a adolescentes con experiencia de embarazo**

La utilización de métodos cualitativos tuvo la finalidad de entender los fenómenos sociales desde el punto de vista de los actores que los han vivido, además de caracterizar las variaciones en el comportamiento de los individuos, e identificar los motivos, valoraciones y apreciaciones subjetivas, así como la lógica de las variaciones. Como ha señalado la bibliografía especializada, el valor de la investigación cualitativa no radica en la comprensión estadística de sus hallazgos, sino en la posibilidad de profundizar en la comprensión de los procesos sociales estudiados. Por lo tanto, el adoptar una metodología cualitativa implica asignar centralidad a la dimensión subjetiva de la acción social, adoptando técnicas e instrumentos de recolección y análisis que se centren en el punto de vista de los actores sociales involucrados para acceder a sus propias interpretaciones, intencionalidades y atribuciones de sentido (Castro R., y Bronfman M., 1995:58).

Desde esta perspectiva, el segundo componente de la investigación cualitativa busca profundizar en el análisis de las perspectivas que tienen las adolescentes sobre la atención médica recibida en los servicios públicos de salud de SEDESA-DF. Las entrevistas semiestructuradas se entienden como una técnica de investigación cualitativa que consiste en uno o varios encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, los cuales se orientan a entender las perspectivas que tienen los informantes

respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor y Bogdan 1992; Vela F., 2001).

Desde esta perspectiva, se aplicaron diez entrevistas semi-estructuras a adolescentes que acudieron a los servicios de salud para la atención del embarazo-parto-puerperio. Las adolescentes entrevistadas fueron captadas en dos unidades hospitalarias: 3 adolescentes en el Hospital Materno-Infantil de Topilejo (Jurisdicción Sanitaria Tlalpan) y 7 adolescentes en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac (Jurisdicción Sanitaria GAM). La identificación de las informantes se hizo con el apoyo brindado por representantes institucionales que cuentan con una jefatura en estas unidades hospitalarias.

Para recopilar la perspectiva de las adolescentes respecto a sus experiencias de acceso y uso de servicios de salud, se diseñó una “Guía de entrevista para adolescentes embarazadas” (Anexo 1.8). Dicho instrumento se estructuró en los siguientes ejes temáticos: 1) Datos socio-demográficos y condiciones de vida; 2) La atención del embarazo; 3) Redes sociales; 4) Salud sexual y reproductiva. Al interior de estos temas se buscó que las informantes describieran el conjunto de percepciones, prácticas, situaciones e interacciones relacionadas con la trayectoria de búsqueda, acceso y uso de servicios para el control prenatal y la atención del parto y puerperio.

La recolección de datos cualitativos estuvo a cargo del equipo de investigación que cuenta con experiencia en el tema. Los entrevistadores explicaron claramente a los informantes el objetivo del estudio y sobre todo la importancia de su participación. Se les hizo saber que su participación es voluntaria y previa obtención de consentimiento informado de manera verbal. A las entrevistas realizadas se les asignó un código que permitió salvaguardar la confidencialidad y el anonimato del informante durante todo el proceso de investigación. La información recolectada mediante las entrevistas ha sido manejada exclusivamente por el equipo de investigación.

#### **4.2.6 Aspectos éticos del estudio**

El componente cuantitativo corresponde a un estudio de casos y controles que tiene la particularidad de incluir a dos unidades de observación o grupos sociales que, desde el campo de la bioética, forman parte de las poblaciones protegidas porque están conformadas por sujetos en situación de vulnerabilidad, particularmente, aquellas informantes que son menores de edad (rango de 12-17 años).

En el presente estudio se parte del reconocimiento de que el concepto de vulnerabilidad de sujetos es crucial para la ética de la investigación y para la conformidad de la normativa. De acuerdo con la Declaración de Helsinki, se reconoce que algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional; que todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica; y que la investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Asimismo, la regulación internacional y nacional exige que “cuando sea probable que algunos o la totalidad de los sujetos sean vulnerables a coacción o a influencia indebida, se debe incluir protecciones adicionales al estudio para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos. Particularmente las regulaciones del DHHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos en los Estados Unidos), y las directrices de la Conferencia Internacional de la Armonización (ICH) proveen listas parciales de sujetos que deben considerarse vulnerables, entre ellos, figuran **los grupos integrados por sujetos menores de edad**.

Asimismo, la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Conductistas, tuvo el encargo de identificar los requisitos para el consentimiento informado para la participación de niños en investigaciones biomédicas o conductistas”. De acuerdo con el informe de esta Comisión se estableció que para “que un niño pueda participar en una investigación, se requiere el permiso de uno o ambos padres, y en la mayoría de los casos, también se requiere el asentimiento del niño. “Asentimiento” significa el acuerdo del niño de participar en una investigación.”

De acuerdo con el mismo informe, “la investigación debería clasificarse de acuerdo al riesgo y al beneficio directo al niño. Para ser aprobada, la investigación debe presentar nada más un riesgo mínimo al sujeto. Riesgo mínimo se define como la probabilidad y magnitud de daño físico o psicológico que se encuentra normalmente en la vida cotidiana, o en los exámenes médicos o psicológicos de rutina, de niños sanos; el riesgo mínimo se sopesa respecto a la vida normal de un niño saludable”.

El diseño de la estrategia metodológica propuesta para la presente investigación se apega estrictamente a los lineamientos considerados por el campo de la bioética. A continuación

se especifica el procedimiento para la observancia de principios éticos (invitación a participar en la introducción del instrumento) considerados para realizar la investigación con sujetos que forman parte de las poblaciones vulnerables.

- Como se ha descrito en el apartado metodológico, durante el trabajo de campo se establecerán todas las condiciones para asegurar el respeto a los derechos, la confidencialidad y la privacidad de las informantes.
- Las adolescentes embarazadas y con experiencia de embarazo en el último año serán captadas antes o después de acudir a su consulta familiar que se brinda en las unidades de salud de 1er y 2º nivel de atención seleccionadas. En las salas de espera las adolescentes serán invitadas a participar en el estudio contestando un cuestionario que aborda aspectos socio-demográficos y de salud sexual y reproductiva, incluyendo un apartado específico vinculado con la calidad de los servicios para la atención del embarazo.
- Las adolescentes sin experiencia de embarazo serán captadas antes o después de acudir a su consulta familiar o alguna actividad vinculada con los servicios amigables para los adolescentes organizada en las unidades de 1er nivel de atención seleccionadas en el marco del estudio. En el espacio de los servicios de salud, las adolescentes serán invitadas a participar en el estudio contestando un cuestionario que aborda aspectos socio-demográficos y de salud sexual y reproductiva.
- El reclutamiento de las adolescentes con y sin experiencia de embarazo se realizará de manera personalizada. Se invitará personalmente a cada adolescente a participar en el estudio, explicitando los propósitos del mismo y enfatizando que su participación es completamente voluntaria y que en caso de negarse a participar no existirá ninguna repercusión. En caso de que la adolescente vaya acompañada de uno o ambos padres, se le explicarán (a sus padres) los propósitos del estudio y se solicitará su consentimiento informado para que la adolescente participe contestando el cuestionario. En caso de que la adolescente no se encuentre acompañada de uno o ambos padres, se concertará una cita en una fecha posterior con el fin de garantizar la aprobación del padre o tutor. Una vez que la adolescente y su madre y /o padre accedan a participar en el estudio se procederá a leer una tarjeta informativa y firmar la “carta de consentimiento informado” (Anexo 1.2).

- Independientemente de la respuesta de las informantes se llevará un registro de participación. Dicho instrumento contribuirá a estimar la tasa de respuesta. Para identificar a las informantes que cumplen con los criterios definidos para conformar los casos y controles, se aplicará una “Cédula de identificación” con preguntas filtro que permitirán conocer la edad, la condición de embarazo actual y la experiencia de maternidad en el último año (Anexo 1.5).
- Las informantes contestarán de manera anónima un cuestionario estructurado y piloteado previamente; participarán en el estudio de manera voluntaria asegurando la confidencialidad de la información y el anonimato de su persona mediante la asignación de un número al cuestionario.
- La recolección de datos cuantitativos y la aplicación de la encuesta estará a cargo del equipo de investigación que cuenta con experiencia en el tema.
- El equipo de trabajo estará integrado por Licenciados en Promoción de la Salud. Los integrantes del equipo de trabajo de campo estarán capacitados en el manejo ético y confidencial de la información y se les explicará con detenimiento los objetivos y la importancia del estudio.
- Los cuestionarios se realizarán de manera individual en espacios que reúnan las características de privacidad para hablar sobre temas sensibles. Los encuestadores explicarán claramente a los informantes el objetivo del estudio y sobre todo la importancia de su participación. Se les hará saber que su participación es voluntaria y previa obtención de consentimiento informado. A los cuestionarios realizados se les asignará un código que permita salvaguardar la confidencialidad y el anonimato del informante durante todo el proceso de investigación: recolección de datos, captura, análisis y presentación de resultados.
- La información recolectada será manejada exclusivamente por el equipo de investigación. Una vez realizados los cuestionarios éstos se enviarán a un capturista que solamente tendrá como referencia para cada cuestionario el código asignado por el equipo de investigación. Una vez capturados los cuestionarios, la información pasará al resguardo del investigador principal.

En el presente estudio se parte del reconocimiento de que en México, los derechos reproductivos se establecen en diversos ordenamientos jurídicos. El Artículo 4º constitucional reconoce el derecho de “toda persona a decidir de manera libre,

responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. También se establecen los derechos la igualdad de varones y mujeres ante la ley a la protección de la salud, y se reconoce la obligación del Estado de proveer lo necesario para ejercer este último derecho. Estos elementos amplían las posibilidades del ejercicio de los derechos reproductivos. De acuerdo con el documento “Biótica y Mortalidad Materna” elaborado por la Comisión Nacional de Bioética (2013), la “Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes determina el derecho de los menores a recibir asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud, a la vez que asigna a las autoridades gubernamentales la tarea de impulsar programas de información y prevención de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo a edades tempranas. El mismo informe señala que otro de los aspectos a considerar es el alto porcentaje de embarazos en menores de 20 años, por lo que los servicios de salud deben tomar en cuenta de manera prioritaria a los adolescentes en el diseño de sus políticas de salud reproductiva.

El diseño de la estrategia metodológica propuesta para la presente investigación se apega estrictamente a los lineamientos considerados por el campo de la bioética. A continuación se especifica la justificación para clasificar a la investigación como de RIESGO MÍNIMO.

- La investigación se define como de riesgo mínimo porque la posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es baja ya que se basa en la aplicación de un procedimiento observacional, descriptivo y sin manipulación.
- Toda vez que parte de la población blanco está conformada por sujetos vulnerables (rango de edad de 12-17 años); y considerando que el cuestionario aborda temas sensibles vinculados con la salud sexual y reproductiva, se considera que la investigación debe ser definida como de riesgo mínimo. Sin embargo, se considera que la investigación supone beneficios para el informante en tanto permite construir un espacio óptimo para recibir consejería en temas vinculados con la salud sexual y reproductiva.
- La investigación supone también beneficio para el desarrollo científico y la toma de decisiones informadas en el campo de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva implementadas en el Distrito Federal, ya que pretende generar información estratégica sobre las características socio-demográficas, la situación socio-económica, el perfil de salud sexual y reproductiva y sobre los factores que inciden en el proceso de búsqueda y uso de los servicios de salud.

Medidas de bioseguridad para los sujetos de estudio:

- Garantiza a las participantes suspender su participación cuando lo deseen
- Se asegura la información al individuo sujeto de investigación, según el tipo de estudio
- Se respeta la dignidad, confidencialidad y privacidad de las participantes.
- Se prevé el respeto a los derechos del paciente.
- Se prevé la suspensión del estudio cuando se advierte un riesgo.

Medidas de bioseguridad para los investigadores o personal participante:

- La recolección de datos cuantitativos y la aplicación de la encuesta estará a cargo del equipo de investigación que cuenta con experiencia en el tema.
- El equipo de trabajo estará integrado por Licenciados en Promoción de la Salud que han sido capacitados en el abordaje de áreas estratégicas de la salud sexual y reproductiva (énfasis en anticoncepción, embarazo, prevención de VIH/ITS, derechos sexuales y reproductivos), así como en la aplicación del cuestionario y en el manejo ético y confidencial de la información.

## **V. Resultados**

Los resultados del estudio se estructuraron en tres apartados. En el primer apartado se presenta el análisis de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en la que participaron 254 adolescentes usuarias de los servicios públicos de salud de SEDESA-DF. En el tercer apartado se analiza la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los DSR y la prevención del EA; particularmente, se caracterizan las acciones desarrolladas por el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente) y el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción. En el cuarto apartado se presentan los resultados del análisis de las condiciones de acceso a servicios de control prenatal y salud materna de adolescentes que forman parte de diversos grupos sociales

## 5.1 Encuesta de salud sexual y reproductiva en adolescentes usuarias de los servicios de salud

El presente estudio buscó contribuir a la generación de conocimientos sobre las formas de vinculación que se establecen entre las condiciones de vida de las adolescentes y la salud sexual y reproductiva, así como la exploración de las necesidades de atención que se derivan de estos fenómenos. Para ello, en noviembre de 2015, se aplicó una encuesta de salud sexual y reproductiva en una muestra no aleatoria conformada por 254 adolescentes usuarias de los servicios de salud (1er nivel) de SEDESA-DF ubicados en las siguientes jurisdicciones: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta.

En estas jurisdicciones se seleccionaron los siguientes sitios clave para el levantamiento de la encuesta: Centro de salud TIII Dr. Rafael Carrillo y Centro de salud TIII Dr. Francisco Balmis (JS-Iztapalapa); Centro de Salud TII San Pablo Oztotepec (JS-Milpa Alta); y Centro de salud TIII Dr. Gabriel Garzón (JS-GAM). La distribución de la muestra alcanzada en cada jurisdicción y unidad de salud se describe en el Cuadro 1.

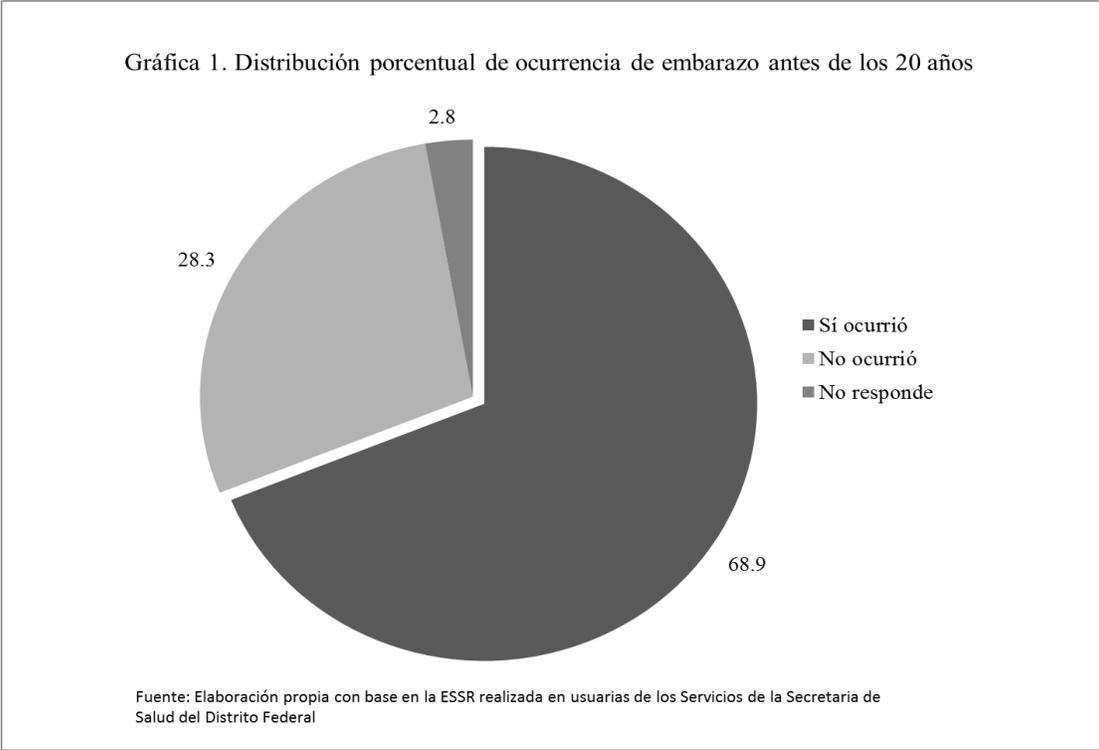
Cabe señalar que la identificación de las adolescentes que participaron en la encuesta estuvo precedida de las actividades de gestión que realizó Evalúa-DF, así como por la aprobación del Protocolo del estudio por parte de la Subcomisión de Investigación y Bioética de SEDESA-DF (Anexo 1.4). Estas actividades facilitaron el acceso a las usuarias que fueron captadas en las salas de espera del área de consulta externa, consulta especializada (atención prenatal y ginecología) y/o en los módulos de los servicios amigables de los centros de salud.

Cuadro 1. Distribución por edad y delegación de residencia de las usuarias adolescentes

Delegación	Edad				Total	
	12-14		15-19		n	%
	n	%	n	%		
Gustavo A. Madero	0	0.0	50	21.1	50	19.7
Iztapalapa	16	94.1	150	63.3	166	65.4
Milpa Alta	1	5.9	36	15.2	37	14.6
No especificado	0	0.0	1	0.4	1	0.4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

De esta manera, se conformó un muestreo no probabilístico o por conveniencia que permitió obtener información socio-demográfica y de SSR. En total, 254 adolescentes aceptaron participar en la encuesta con consentimiento informado, de las cuales, el 68.9% tiene experiencia de embarazo y 28.3% no cuenta con experiencia de embarazo en su trayectoria reproductiva; alrededor del 3% se negó a responder esta pregunta. Respecto a los grupos de edad, se observa que del total de adolescentes que participaron en la investigación, 6.7% tiene entre 12-14 años y 93.3% forma parte del grupo de 15 a 19 años de edad.



La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo por seis promotoras de salud, quienes fueron capacitadas en el manejo de los instrumentos, en aspectos éticos (respeto a la privacidad, confidencialidad, voluntariedad) y en consejería en materia de salud sexual y reproductiva. Los cuestionarios y cartas de consentimiento informado se llenaron de forma manual por los encuestadores; la versión impresa de estos documentos se encuentra bajo resguardo del investigador principal. La digitación, procesamiento y análisis de la información se hizo con apoyo del software de análisis estadístico SPSS versión 15.0; y la

base de datos generada puede ser consultada en el Anexo 3.1 adjunto al presente documento.

El análisis de los datos se realizó con base en un modelo descriptivo bivariado para explorar diferencias en las características de las adolescentes con y sin experiencia de embarazo. Se aplicaron pruebas de significancia estadística (Chi cuadrada en las variables categóricas y T de Student en las cuantitativas) para analizar los siguientes ejes: Características socio-demográficas y socio-económicas; Características de formación de la familia; Escolaridad por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años; Atención a la salud; Derechos sexuales y reproductivos; Comportamientos sexuales y adopción de medidas preventivas de ITS/VIH; Anticoncepción; Trayectoria reproductiva; y al final se describen los resultados vinculados con la atención del embarazo acceso a control prenatal (apartado exclusivo para mujeres embarazadas al momento de la encuesta).

- **Características socio-demográficas**

En el Cuadro 1 se presentan las características socio-demográficas de las adolescentes usuarias de los servicios de salud. Como se mencionó anteriormente, del total (n=254) de adolescentes encuestadas, 68.9% tiene experiencia de embarazo y 28.3% no cuenta con experiencia de embarazo en su trayectoria reproductiva. Cabe resaltar que la mayor parte de las informantes de ambos grupos (62% con ocurrencia de embarazo y 70% sin ocurrencia) fueron captadas en los centros de salud de la jurisdicción de Iztapalapa; una tercera parte en unidades de salud de la GAM; y en menor medida participaron adolescentes usuarias de centros de salud de Milpa Alta.

En el caso de las mujeres con experiencia de embarazo, destaca que la mayoría tiene entre 15 y 19 años, con una media de 17.9 años de edad. Alrededor del 5% reporta hablar una lengua indígena, particularmente, se trata de adolescentes que fueron atendidas en centros de salud de la GAM (n=6) e Iztapalapa (n=5). La mitad de las adolescentes vive en casa particular (53.4%), mientras que alrededor de una tercera parte (27%) menciona vivir en un cuarto y 17% en departamento. De ellas, una alta proporción reporta que la vivienda es propiedad de sus padres (40%), el 21.7% habita con suegros u otros familiares (9.7%); alrededor del 20% vive en casa de su pareja; y sólo 3% habita en vivienda propia. En cuanto a su estado civil, se observa que la mayoría (63%) de las adolescentes con experiencia de embarazo vive en unión libre y 8.6% está casada; alrededor del 23% es soltera y 6% separada o divorciada.

Cuadro 2. Características generales de las adolescentes según ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Si		No		Significancia
		n	%	n	%	
Edad	12-19	2	1.1	13	18.1	p<0.05
	15-19	173	98.9	59	81.9	
	Total	175	100.0	72	100.0	
Edad promedio	Media		17.95		16.39	p<0.05
	Mediana	175	18.0	72	17.0	
	Desv.Estandar.		1.28		2.08	
Lugar de nacimiento	Distrito Federal	148	86.0	63	87.5	p>0.05
	En otro estado	24	14.0	8	11.1	
	Otro país	0	0.0	1	1.4	
	Total	172	100.0	72	100.0	
Delegación de residencia	Gustavo A. Madero	30	18.0	20	29.0	p<0.05
	Iztapalapa	103	61.7	48	69.6	
	Milpa Alta	34	20.4	0	0.0	
	Otro	0	0.0	1	1.4	
	Total	167	100.0	69	100.0	
Habla lengua indígena	Si	10	5.7	2	2.8	p>0.05
	No	164	94.3	70	97.2	
	Total	174	100.0	72	100.0	
Tipo de vivienda	Cuarto	49	28.2	13	18.1	p>0.05
	Departamento	30	17.2	18	25.0	
	Casa particular	93	53.4	39	54.2	
	Otro	2	1.1	2	2.8	
	Total	174	100.0	72	100.0	
Vives en casa de...	Padres	69	39.4	54	75.0	p<0.05
	Suegros	38	21.7	1	1.4	
	Familiares	17	9.7	8	11.1	
	Amigos	3	1.7	1	1.4	
	Pareja	34	19.4	1	1.4	
	Casa propia	5	2.9	2	2.8	
	Otra	9	5.1	5	6.9	
	Total	175	100.0	72	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (con y sin ocurrencia de embarazo) en lo que respecta a la edad, el estado civil y las características de la unidad familiar. Las adolescentes sin ocurrencia de embarazo son más jóvenes (promedio de 16.3 años de edad); viven en casa de sus padres (75%) con otro familiar (11%); la gran mayoría son solteras (96%) y sólo tres informantes están casadas o viven en unión libre. En las características socio-demográficas generales restantes ambos grupos fueron homogéneos; es decir, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de lugar de nacimiento (alrededor de 86% nació en el Distrito Federal); promedio de escolaridad; habla de lengua indígena y características de la vivienda.

- **Pareja y formación familiar**

El embarazo adolescente puede ser considerado cualitativamente distinto, dependiendo del estado conyugal de la joven al momento del embarazo. En este sentido, se ha demostrado que en México la mayor parte de los embarazos adolescentes tiende a ocurrir en mujeres unidas o casadas (Stern C., y Menkes C., 2012). Como se ha mencionado, en el análisis del presente estudio se observa que 71.4% de las adolescentes con experiencia de embarazo está unida o casada. En este grupo de adolescentes se estimó que la edad promedio en la cual contrajeron su primera unión fue de 16.4 años, mientras que la edad de la pareja al momento de la primera unión fue de 20.5 años; lo cual implica una diferencia de edad de 4.1 años entre los cónyuges.

En la encuesta se preguntó directamente por la ocupación principal que desempeñaban las adolescentes al momento de la primera unión. Al respecto, se observa que 61.2% estudiaba al momento de unirse o casarse, 21% tenía un trabajo asalariado y 11% sólo estaba en su casa (no estudiaba ni trabajaba). Al explorar las razones por las que se unieron o casaron se muestra que 38% de las adolescentes indicó que fue “por amor” y 26% “por embarazo”.

Cuadro 3. Características de formación de familia en las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí			No			Total			Significancia	
		n	%	Media	n	%	Media	n	%	Media		
Situación conyugal actual	Casada	15	8.6		1	1.4		16	6.5		p<0.05	
	Unión libre	110	62.9		2	2.8		112	45.3			
	Separada/Divorciada	10	5.7		0	0.0		10	4.0			
	Soltera	40	22.9		69	95.8		109	44.1			
	Total	175	100.0		72	100.0		247	100.0			
Alguna vez ha estado unida o casada	Si	129	73.7		2	3.0		131	54.1		p<0.05	
	No	46	26.3		65	97.0		111	45.9			
	Total	175	100.0		67	100.0		242	100.0			
Edad a la primera unión				129		16.4		3		18.0		16.5
Edad de la pareja a la primera unión						20.5				23.7		20.6
Ocupación al momento de la primera unión	Estudiante	79	61.2		2	66.7		81	61.4			
	Trabajadora	27	20.9		1	33.3		28	21.2			
	Quehaceres del hogar	3	2.3		0	0.0		3	2.3			
	Estudiaba y trabajaba	5	3.9		0	0.0		5	3.8			
	Sólo estaba en casa	14	10.9		0	0.0		14	10.6			
	Otra	1	0.8		0	0.0		1	0.8			
	Total	129	100.0		3	100.0		132	100.0			
Razones por las cuales se unieron o casaron	Por amor	62	38.0		3	100.0		65	39.2			
	Decisión ambos	38	23.3		0	0.0		38	22.9			
	Por embarazo	42	25.8		0	0.0		42	25.3			
	Por formar una familia	16	9.8		0	0.0		16	9.6			
	Para salir de casa	4	2.5		0	0.0		4	2.4			
	Por presión de mis padres	1	0.6		0	0.0		1	0.6			
	Total	163	100.0		3	100.0		166	100.0			
¿Actualmente vives con su pareja?	Si	111	86.7		3	100.0		114	87.0			
	No	17	13.3		0	0.0		17	13.0			
	Total	128	100.0		3	100.0		131	100.0			

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

### • Embarazo y escolaridad

Los resultados de este trabajo indican que 50% de las adolescentes con experiencia de embarazo tienen estudios de secundaria y 38% había cursado un grado de preparatoria o bachillerato. Cabe señalar que no se estimaron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la escolaridad de las jóvenes con y sin ocurrencia de embarazo en la

adolescencia. Sin embargo, mientras que 68% de las adolescentes sin experiencia de embarazo se encontraba estudiando al momento de la encuesta, sólo 12% de las adolescentes con ocurrencia de embarazo continuaba en la escuela. A pesar de ello, las jóvenes de este último grupo reportaron interés por seguir estudiando, 28% aspiraba a concluir el bachillerato y alrededor del 48% quería estudiar una carrera universitaria.

Cuadro 4. Escolaridad en las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí			No			Total			Significancia
		n	%	Media	n	%	Media	n	%	Media	
Último año o grado que aprobado en la escuela	No estudió	0	0.0		1	1.4		1	0.4		p>0.05
	Primaria	14	8.0		3	4.2		17	6.9		
	Secundaria	86	49.1		32	44.4		118	47.8		
	Estudios técnicos o comerciales con secundaria	4	2.3		0	0.0		4	1.6		
	Preparatoria o bachillerato	66	37.7		34	47.2		100	40.5		
	Licenciatura o profesional	4	2.3		2	2.8		6	2.4		
	Otro	1	0.6		0	0.0		1	0.4		
	Total	175	100.0		72	100.0		247	100.0		
¿Actualmente vas a la escuela?	Sí	21	12.0		48	67.6		69	28.0		p<0.05
	No	154	88.0		23	32.4		177	72.0		
	Total	175	100.0		71	100.0		246	100.0		
Actualmente, ¿cuentas con alguna beca que te ayude a cubrir los gastos para tus estudios?	Sí	3	10.3		17	34.0		20	25.3		p<0.05
	No	26	89.7		33	66.0		59	74.7		
	Total	29	100.0		50	100.0		79	100.0		
¿A qué grado educativo aspiras llegar?	Secundaria	2	8.0		1	2.1		3	4.2		p<0.05
	Preparatoria	7	28.0		1	2.1		8	11.1		
	Técnico-Administrativo	1	4.0		1	2.1		2	2.8		
	Universitario	12	48.0		28	59.6		40	55.6		
	Maestría	1	4.0		6	12.8		7	9.7		
	Doctorado	2	8.0		10	21.3		12	16.7		
	Total	25	100.0		47	100.0		72	100.0		
¿A qué edad dejaste de estudiar?		154		16.0	22		15.9	179		16.02	p>0.05
Motivo por el cual dejaste de estudiar	Tenía que trabajar	13	8.3		3	13.6		16	8.9		
	No podría pagar la escuela	15	9.6		2	9.1		17	9.5		
	Reprobé varias materias	14	8.9		2	9.1		16	8.9		
	Por indisciplina	3	1.9		2	9.1		5	2.8		
	Por matrimonio o unión	14	8.9		0	0.0		14	7.8		
	Por maternidad	68	43.3		0	0.0		68	38.0		
	Porque no me aceptaron en la escuela	3	1.9		4	18.2		7	3.9		
	Mis compañeros me molestaban mucho	0	0.0		0	0.0		0	0.0		
	Porque me expulsaron de la escuela	0	0.0		1	4.5		1	0.6		
	Otro	27	17.2		8	36.4		35	19.6		
	Total	157	100.0		22	100.0		179	100.0		

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Como se señaló en el apartado de antecedentes, uno de los planteamientos que ha recibido mayor difusión es aquel que considera al embarazo como un evento que provoca una alta deserción escolar entre las adolescentes, contribuyendo a la reproducción del círculo de la pobreza. Al respecto, el análisis de diversas encuestas en México, ha

mostrado que el abandono escolar antecede en la mayor parte de los casos al embarazo en adolescentes de 15 a 19 años (Stern C., y Menkes, 2007).<sup>1</sup>

Sin embargo, los datos del presente estudio muestran que el 43.3% de las adolescentes reportó que el principal motivo por el cual dejó de estudiar fue por la maternidad; 9.6% porque no podía pagar la escuela, 8.9% por haber reprobado materias y 8.3% porque tenía que trabajar. Asimismo, entre las adolescentes con experiencia de embarazo se estima que la edad promedio de deserción escolar es de 16.0 años.

- **Características socio-económicas y laborales**

Los resultados de múltiples investigaciones han mostrado que el embarazo en adolescentes es un fenómeno que ocurre de manera más frecuente en los estratos más pobres de la población en México. En este trabajo también se evidencia la condición de pobreza de los hogares a los que pertenecen las adolescentes y la escasa estructura de oportunidades a la que tienen acceso. Particularmente, al explorar la situación socio-económica de las adolescentes se observa que 41% de las informantes reporta un ingreso menor a \$1000 pesos mensuales y 31.2% tiene un ingreso que oscila entre \$1000 y \$2000 pesos y 20% entre \$3000 y \$4000 pesos, sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Este perfil de ingresos muestra que el grueso de las adolescentes encuestadas forma parte de los grupos de la población adolescente y joven que perciben menos de un salario mínimo.

Cabe señalar que de acuerdo con los datos generados por el Instituto de la Juventud del DF (2012), en la delegación Iztapalapa el 33.64% de la población femenina de 15-29 años de edad percibe menos de un salario mínimo al mes; esta proporción asciende a 42.5% en la delegación Gustavo A. Madero, y se incrementa de forma significativa en la delegación Milpa Alta donde se registra una proporción de 71.4%.

En el presente estudio se identificaron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la fuente de ingresos. En el caso de las adolescentes con experiencia de embarazo reportan que el ingreso del hogar proviene principalmente de su pareja (66.9%), aunque 22.3% reporta el apoyo económico de sus padres y 8.6% mencionó que

---

<sup>1</sup> No obstante, las investigaciones también han mostrado que esta relación es más compleja, por lo que se requiere abordar a la pobreza no sólo como una consecuencia del embarazo en la adolescencia, sino como un determinante estructural que condiciona y limita las posibilidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes (Stern C., 2012).

la fuente de ingresos proviene de su propio salario. Por su parte, la mayor parte de las adolescentes sin ocurrencia de embarazo (84%) reporta que sus ingresos provienen de los recursos familiares y 12% menciona que de su propio salario.

Cuadro 5. Características laborales de las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí		No		Total		Significancia
		n	%	n	%	n	%	
¿La semana pasada realizaste?	Quehaceres del hogar	137	68.5	46	66.7	183	68.0	p>0.05
	Dio atención de niños, ancianos o enfermos sin pago alguno	45	22.5	12	17.4	57	21.2	
	Ayudó en algún negocio familiar	18	9.0	11	15.9	29	10.8	
	Total	200	100.0	69	100.0	269	100.0	
Ingresos mensuales	De 0 a 1000 pesos	69	40.4	26	43.3	95	41.1	p>0.05
	De 1000 a 2000 pesos	53	31	19	31.7	72	31.2	
	De 3000 a 4000 pesos	34	19.9	12	20	46	19.9	
	De 5000 a 7000 pesos	11	6.4	2	3.3	13	5.6	
	De 8000 o más pesos	4	2.3	1	1.7	5	2.2	
	Total	171	100.0	60	100.0	231	100.0	
Principalmente ¿De dónde proviene el ingreso?	Padres	39	22.3	57	83.8	96	39.5	p<0.05
	Otros familiares	3	1.7	0	0	3	1.2	
	Pareja	117	66.9	2	2.9	119	49.0	
	Amigos	0	0.0	0	0	0	0.0	
	Del trabajo propio	15	8.6	8	11.8	23	9.5	
	Beca del gobierno	0	0.0	0	0	0	0.0	
	Beca de otra institución	0	0.0	0	0	0	0.0	
	Otro	1	.6	1	1.5	2	0.8	
	Total	175	100.0	68	100.0	243	100.0	
Situación laboral actual	Estoy trabajando y percibo un salario	18	10.5	13	19.1	31	12.9	p>0.05
	Tengo mi propio negocio	12	7	4	5.9	16	6.7	
	Cuento con licencia de incapacidad por maternidad	2	1.2	0	0	2	0.8	
	Estoy buscando trabajo por 1ª vez	4	2.3	2	2.9	6	2.5	
	He trabajado pero actualmente estoy sin trabajo y en busca de uno	16	9.3	5	7.4	21	8.8	
	He trabajado y actualmente estoy sin trabajo y no estoy buscando uno	10	5.8	4	5.9	14	5.8	
	No trabajo pero estoy tratando de poner mi propio negocio	9	5.2	0	0	9	3.8	
	No trabajo y no estoy buscando trabajo	101	58.7	40	58.8	141	58.8	
	Total	172	100	68	100	240	100.0	
¿Trabajaste la Semana pasada sostener económicamente a la familia o para cubrir tus gastos?	Sí	30	29.1	12	30.0	42	29.4	p>0.05
	No	73	70.9	28	70.0	101	70.6	
	Total	103	100.0	40	100.0	143	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

## • Atención a la salud

Un aspecto central en este trabajo fue la exploración de la cobertura por alguna institución o seguro público de salud. En el Cuadro 6 se describe que 61.5% del total de adolescentes encuestadas reportó que para la atención de la enfermedad, generalmente acude a los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal; y 6.9% también acude a instituciones de seguridad social. Aunque la mayor parte busca atención en los servicios del sector público de salud, es relevante señalar que alrededor del 20% también frecuenta

los servicios médicos privados ubicados en farmacias. Una proporción reducida recurre a la automedicación (2.4%), dispensarios comunitarios (1.6%) y medicina alternativa (0.4%).

El 78.3% de las adolescentes reportó estar afiliada al Seguro Popular, con diferencias estadísticamente significativas entre las informantes con y sin ocurrencia de embarazo. El 84.4% de las adolescentes con experiencia de embarazo están afiliadas a este sistema, mientras que en el otro grupo esta proporción es de 63.4%. Cabe señalar que el 14% de las jóvenes sin embarazo cuentan con acceso a instituciones de seguridad social, lo cual puede estar asociado a la cobertura que se promueve desde el ámbito escolar.

Cuadro 6. Atención a la salud de las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí		No		Total		Significancia
		n	%	n	%	n	%	
¿Cuándo has estado enferma generalmente a dónde recurre?	Servicio de salud del GDF	111	63.4	41	56.9	152	61.5	p<0.05
	IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR	10	5.7	7	9.7	17	6.9	
	Servicio Médico de farmacias	30	17.1	17	23.6	47	19.0	
	Herbolaria, medicina alternativa	1	0.6	0	0.0	1	0.4	
	Dispensario comunitario	2	1.1	2	2.8	4	1.6	
	Automedicación	4	2.3	2	2.8	6	2.4	
	Ninguno	7	4.0	0	0.0	7	2.8	
	No sabe	10	5.7	3	4.2	13	5.3	
	Total	175	100.0	72	100.0	247	100.0	
¿Cuentas con seguro de salud de alguna de las siguientes instituciones?	Seguro Popular	146	84.4	45	63.4	191	78.3	p<0.05
	IMSS	8	4.6	10	14.1	18	7.4	
	ISSSTE	0	0.0	2	2.8	2	0.8	
	SEDENA-SEMAR	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	PEMEX	1	0.6	0	0.0	1	0.4	
	No tienen acceso a ningún servicio	15	8.7	12	16.9	27	11.1	
	Seguro Médico Privado	0	0.0	2	2.8	2	0.8	
	No sabe	3	1.7	0	0.0	3	1.2	
	Total	173	100.0	71	100.0	244	100.0	
¿Alguna vez has acudido a revisión ginecológica?	Sí	116	67.1	12	16.7	128	52.2	p<0.05
	No	57	32.9	60	83.3	117	47.8	
	Total	173	100	72	100	245	100.0	
¿En el último año has acudido algún servicio de salud para recibir atención ginecológica?	Sí	78	65.0	3	25.0	81	61.4	p<0.05
	No	42	35.0	9	75.0	51	38.6	
	Total	120	100.0	12	100.0	132	100.0	
¿A qué institución o consultorio acudiste para tu última revisión ginecológica?	Centro de salud del GDF	63	61.8	2	25.0	65	59.1	
	Clínica de salud GDF	2	2.0	0	0.0	2	1.8	
	Hospital del GDF	6	5.9	0	0.0	6	5.5	
	SSA, Seguro popular/ unidad	2	2.0	0	0.0	2	1.8	
	IMSS	5	4.9	0	0.0	5	4.5	
	ISSSTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	PEMEX	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	SEDENA SEMAR	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Institutos Nacionales	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Hospital o clínica privada	2	2.0	1	12.5	3	2.7	
	Consultorio medico privado	10	9.8	5	62.5	15	13.6	
	Casa de la partera	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Casa de la informante	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Otra Institución/ especifique	10	9.8	0	0.0	10	9.1	
	No responde	2	2.0	0	0.0	2	1.8	
	Total	102	100.0	8	100.0	110	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

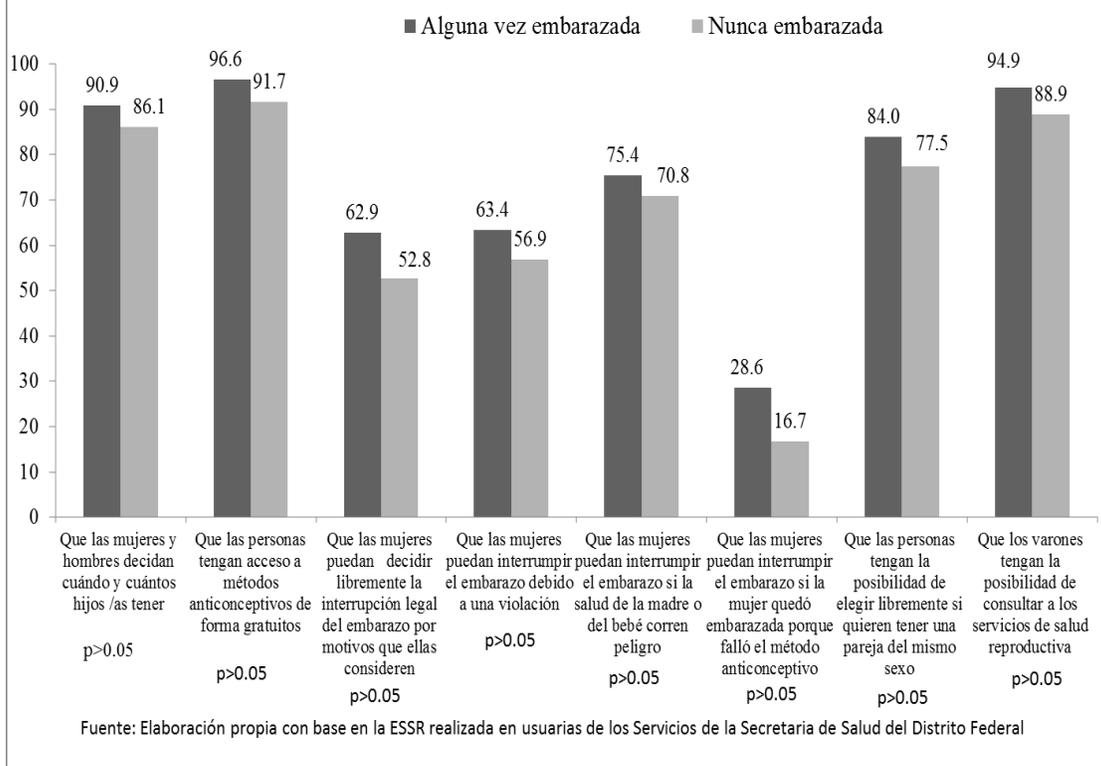
Del total de jóvenes encuestadas, 51.4% ha acudido alguna vez a revisión ginecológica, con diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de adolescentes. El 67% de las adolescentes con ocurrencia de embarazo ha acudido alguna vez al ginecológico; 65% acudió a un servicio de salud para recibir atención ginecológica en el último año; y la mayor parte (62%) recibió la atención ginecológica en un centro de salud del GDF. Mientras que 83.3% de las adolescentes sin experiencia de embarazo declara que nunca ha acudido al ginecólogo; y de las 12 informantes que si han acudido con este especialista, sólo 3 adolescentes (25%) lo hicieron en el último año.

- **Derechos sexuales y reproductivos**

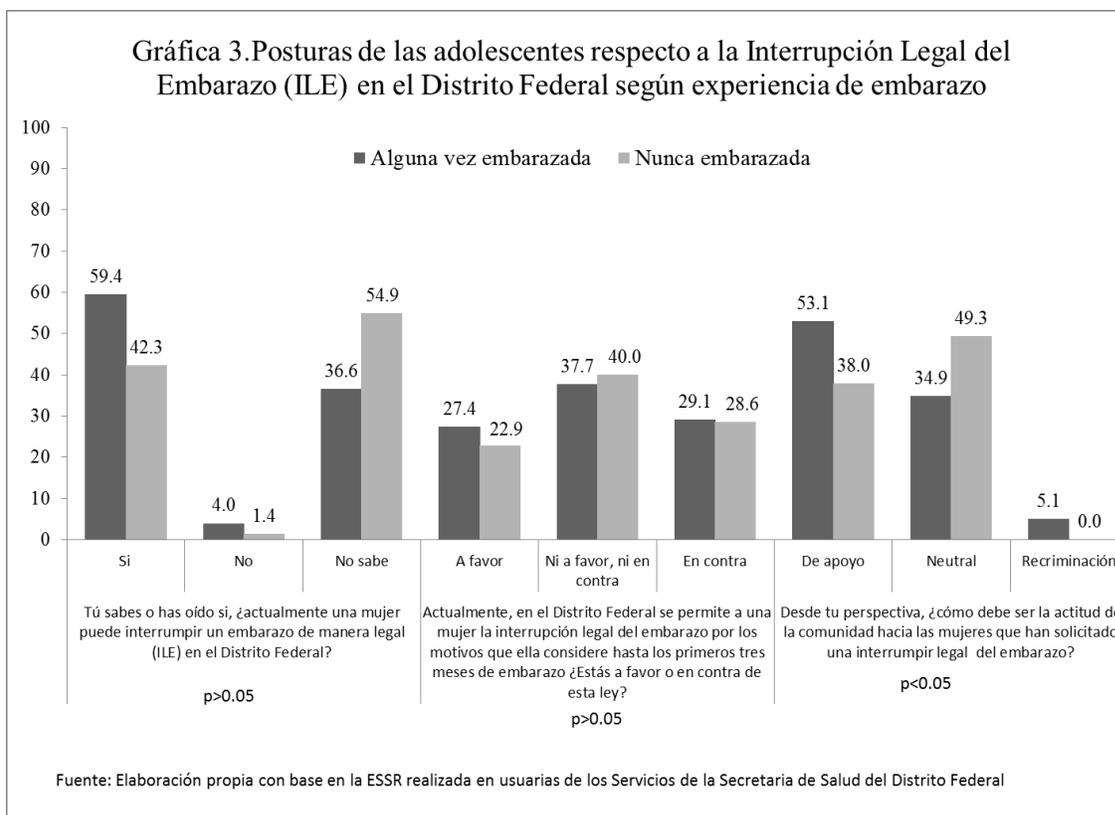
Uno de los aspectos clave en la encuesta es recuperar la opinión que tienen las adolescentes sobre sus derechos sexuales, reproductivos y sobre el ejercicio de los mismos. En términos generales en el discurso de las usuarias adolescentes existe un acuerdo sobre los derechos sexuales y reproductivos. Como se observa en la Gráfica 2, estos acuerdos (alrededor del 90%) se dan cuando se les pregunta sobre el derecho que tienen tanto hombres y mujeres de decidir sobre cuántos hijos tener, el uso de servicios de salud sexual, tener educación sexual, acceso gratuito a métodos anticonceptivos, así como sobre la posibilidad de que hombres y mujeres puedan escoger una pareja de su mismo sexo, entre los derechos más relevantes.

Sin embargo, estos porcentajes disminuyen cuando se abordan temas concretos en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos como el derecho a interrumpir el embarazo libremente por los motivos que las mujeres consideren (63% en adolescentes con ocurrencia de embarazo y 53% sin ocurrencia), así como ejercer la ILE debido a violación sexual (63.4% y 57%), falla de método anticonceptivo (28.6% y 16.7%) o cuando la vida de la madre o el producto este en riesgo (75.4% y 70.8%). Es relevante mencionar que en el tema de la perspectiva sobre la ILE no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las adolescente alguna vez embarazadas y la que no han vivido este evento reproductivo.

Gráfica 2. Posturas a favor de las adolescentes respecto a derechos sexuales y reproductivos según experiencia de embarazo



Los resultados de diversas encuestas han evidenciado que el conocimiento, las opiniones y el apoyo para la interrupción del embarazo tienden a ser variables de acuerdo con las diferentes causales y situaciones (GIRE, 2013). En el mismo sentido, los datos muestran 55% de las adolescentes sin antecedentes reproductivos y 37% de las adolescentes con eventos reproductivos aún desconoce que la interrupción del embarazo es legal en el DF (Gráfica 3). Alrededor del 40% de las informantes de ambos grupos considera que se debe adoptar una posición “neutral” (ni a favor ni en contra) respecto a esta ley. Sin embargo, la mitad de las adolescentes con ocurrencia de embarazo considera que se debe brindar apoyo a aquellas mujeres que ejercen su derecho a la ILE; y una proporción reducida (5%) considera que la respuesta social debe expresarse en recriminación.



- **VIH y otras infecciones de transmisión sexual**

Como se describe en el Cuadro 7, las adolescentes encuestadas cuentan con información sobre las formas de transmisión y estrategias de prevención del VIH y de otras ITS. En su mayoría, ellas identifican al método del condón masculino como la forma más efectiva de prevención (alrededor del 85%) del VIH/ITS. Del total de adolescentes que participaron en la encuesta, 51.3% refirió haber asistido a pláticas o talleres donde le brindaron información sobre SSR y prevención del VIH/ITS. En el caso de las adolescentes con experiencia de embarazo, la mayoría (58%) reporta que los servicios de salud constituyen uno de los espacios donde han asistido a estas estrategias preventivas; mientras que las adolescentes sin antecedentes reproductivos, reportan que la escuela (78%) es el ámbito de socialización donde han obtenido información sobre estas infecciones y otros temas de SSR. En esta variable y en el tema de la prueba de VIH se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Respecto a la prueba de VIH se observa que 66% de las adolescentes con evento de embarazo se ha realizado la prueba de VIH con anterioridad; 57% se aplicó la prueba en

el periodo 2014-2015; 50% reporta haber recibido consejería (información, orientación y apoyo) pre y post prueba; y 63% conocía los resultados del test. Esta situación representa, posiblemente uno de los efectos de los programas de SSR en la Ciudad de México que han estimulado la aplicación de la prueba de VIH como medio para reducir la transmisión perinatal. Por su parte, una proporción muy reducida (15%) de las adolescentes sin ocurrencia de embarazo, reportan haberse realizado la prueba de VIH; lo cual puede expresar algunas limitaciones en el acceso a este tipo de servicios entre las adolescentes que no tienen una necesidad de SSR específica.

Cuadro 7. Conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual de las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí		No		Total		Significancia
		n	%	n	%	n	%	
¿Tú conoces o has oído hablar sobre el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual?	Sí	170	97.1	70	97.2	240	97.2	p>0.05
	No	5	2.9	2	2.8	7	2.8	
	Total	175	100.0	72	100.0	247	100.0	
Desde tú perspectiva, ¿cuál es el mejor método para evitar una infección de transmisión sexual?	Usando Condones	146	85.9	58	85.3	204	85.7	p>0.05
	No tener relaciones sexuales	3	1.8	4	5.9	7	2.9	
	Tener relaciones sexuales sólo con tu pare	20	11.8	4	5.9	24	10.1	
	Otro	1	.6	1	1.5	2	0.8	
	No responde	0	0.0	1	1.5	1	0.4	
	Total	170	100.0	68	100.0	238	100.0	
¿En qué lugares o por qué medios has obtenido información sobre el VIH/SIDA y otras ITS?	Familia	49	15.8	16	12.8	65	14.9	
	Escuela	91	29.4	58	46.4	149	34.3	
	Servicios de salud	118	38.1	22	17.6	140	32.2	
	TV	28	9.0	18	14.4	46	10.6	
	radio	9	2.9	5	4.0	14	3.2	
	Total	310	100.0	125.0	100.0	435	100.0	
Alguna vez, ¿has asistido a pláticas o talleres donde te brindaron información sobre VIH/ITS y salud sexual y reproductiva?	Sí	91	53.5	32	45.7	123	51.3	p>0.05
	No	79	46.5	38	54.3	117	48.8	
	Total	170	100.0	70	100.0	240	100.0	
¿En dónde has asistido a estas pláticas o talleres informativos sobre VIH, ITS, SSR?	Escuela	34	37.8	25	78.1	59	48.4	p<0.05
	servicio de salud	52	57.8	6	18.8	58	47.5	
	Instituto de la Juventud	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Organizaciones de la Sociedad Civil	2	2.2	1	3.1	3	2.5	
	Espacios Comunitarios	1	1.1	0	0.0	1	0.8	
	Otro	1	1.1	0	0.0	1	0.8	
Total	90	100.0	32	100.0	122	100.0		
Alguna vez, ¿te has realizado una prueba de VIH?	Sí	115	65.7	11	15.3	126	51.0	p<0.05
	No	59	33.7	61	84.7	120	48.6	
	No responde	1	0.6	0	0.0	1	0.4	
	Total	175	100.0	72	100.0	247	100.0	
Recuerdas, ¿cuándo te hicieron la última prueba del VIH? (año)	2008	1	0.6	0	0.0	1	0.4	
	2011	1	0.6	1	1.4	2	0.8	
	2012	1	0.6	0	0.0	1	0.4	
	2013	7	4.0	1	1.4	8	3.2	
	2014	21	12.0	3	4.2	24	9.7	
	Total	175	100.0	72	100.0	247	100.0	
Cuando te aplicaron la última prueba de VIH ¿Recibiste consejería? (información, orientación, apoyo)	Sí	87	49.7	6	8.3	93	37.7	p>0.05
	No	26	14.9	5	6.9	31	12.6	
	Total	175	100.0	72	100.0	247	100.0	
¿Te entregaron los resultados de la prueba de VIH?	Sí	110	62.9	9	12.5	119	48.2	p>0.05
	No	5	2.9	2	2.8	7	2.8	
	Total	175	100.0	72	100.0	247	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

- **Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos**

Las principales características sobre el comportamiento sexual se presentan en el Cuadro 8. En el grupo de las adolescentes con experiencia de embarazo, el promedio de inicio de vida sexual activa es 15.6 años, mientras que en el segundo grupo es de 16.6 años, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En relación con el uso de anticonceptivos en la 1ª relación sexual, no se estimaron diferencias, siendo el condón masculino es método más utilizado por la pareja de las adolescentes encuestadas. Sin embargo, es menor la proporción de adolescentes con ocurrencia de embarazo que reporta haber utilizado este método en el inicio de la vida sexual activa (58.4% vs 71.4%).

Respecto al uso del condón en la última relación sexual, se estimaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Las adolescentes sin antecedentes reproductivos reportan un mayor uso de condón (79%) en comparación con las adolescentes con experiencia de embarazo (33%). En éste último grupo los motivos más frecuentemente reportados de no uso de condón son “la confianza en la pareja” (28.4%) y “porque no quiso usarlo”.

Cuadro 8. Comportamiento sexual de las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí		No		Total		Significancia
		Media	n	Media	n	Media	n	
Edad a la primera relación sexual		15.6	175	16.6	14	15.6	189	p<0.05
La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿qué hicieron o usaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una enfermedad?	DIU o T de cobre	0	0.0	0	0.0	0	0.0	p>0.05
	Pastillas	9	5.2	2	14.3	11	5.9	
	Inyecciones	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Diafragma	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Retiro	1	0.6	0	0.0	1	0.5	
	Ritmo, calendario, abstinencia periódica	4	2.3	0	0.0	4	2.1	
	Condón femenino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Condón masculino	101	58.4	10	71.4	111	59.4	
	Pastilla o píldora de emergencia o del día después	4	2.3	0	0.0	4	2.1	
	Óvulos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Nada	54	31.2	2	14.3	56	29.9		
Total		173	100.0	14	100.0	187	100.0	
La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja ¿utilizaste condón?	Sí	57	32.9	11	78.6	68	36.4	p<0.05
	No	116	67.1	3	21.4	119	63.6	
	Total	173	100.0	14	100.0	187	100.0	
En el caso de no haber utilizado el condón con su pareja, señale ¿Cuáles fueron sus razones?	El sexo se tiene mejor sin condón	6	5.5	0	0.0	6	5.4	p>0.05
	Tiene confianza en la fidelidad de su pareja	31	28.4	0	0.0	31	27.7	
	Su pareja se niega a usarlo	2	1.8	0	0.0	2	1.8	
	Le causa molestia o irritación	4	3.7	0	0.0	4	3.6	
	No había condón disponible	10	9.2	0	0.0	10	8.9	
	No era necesario porque usaba otro método anticonceptivo	7	6.4	1	33.3	8	7.1	
	Buscaba el embarazo	11	10.1	1	33.3	12	10.7	
	Porque no quiso usarlo	27	24.8	1	33.3	28	25.0	
	Otro	11	10.1	0	0.0	11	9.8	
Total	109	100.0	3	100.0	112	100.0		

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

En el Cuadro 9 se describen los resultados sobre el uso de otros métodos anticonceptivos. Al respecto, se observa que 41% de las adolescentes con antecedentes reproductivos utilizaba un método anticonceptivo al momento de la encuesta; principalmente, el DIU o T de cobre. Entre las adolescentes que no utilizaban un método destaca que 64% estaba embarazada, 5.3% no usaba porque no tiene pareja sentimental estable y 3.2% porque su pareja no está de acuerdo.

Cuadro 9. Uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes por ocurrencia de embarazo antes de los 20 años.

Variables	Categorías	Sí		No		Total		Significancia	
		n	%	n	%	n	%		
¿Alguna vez haz utilizado un método anticonceptivo?	Sí	145	83.3	9	60.0	154	81.5		
	No	29	16.7	6	40.0	35	18.5		
	Total	174	100.0	15	100.0	189	100.0		
¿Actualmente utilizas algún método anticonceptivo?	Sí	61	40.9	3	33.3	64	40.5		
	No	88	59.1	6	66.7	94	59.5		
	Total	149	100.0	9	100.0	158	100.0		
¿Por qué no está usando ( no ha utilizado) un método anticonceptivo?	Porque está embarazada	60	63.8	0	0.0	60	61.2		
	Porque no tiene pareja sentimental estable	5	5.3	3	75.0	8	8.2		
	Porque buscan el embarazo	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Por efectos secundarios de los anticonceptivos	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Por motivos religiosos	1	1.1	0	0.0	1	1.0		
	Porque su pareja no está de acuerdo	3	3.2	0	0.0	3	3.1		
	Por desconocimiento sobre métodos	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
¿Qué método anticonceptivo utiliza actualmente?	Por falta de acceso a métodos	4	4.3	0	0.0	4	4.1		
	Otro	21	22.3	1	25.0	22	22.4		
	Total	94	100.0	4	100.0	98	100.0		
	Diu o T de cobre	14	18.7	0	0.0	14	17.9		
	Pastillas	1	1.3	0	0.0	1	1.3		
	Inyecciones	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Diafragma	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Retiro	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
El método que utilizas actualmente ¿es el que fuiste a solicitar?	Ritmo, calendario, abstinencia periódica	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Condón femenino	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Condón masculino	9	12.0	1	33.3	10	12.8		
	Pastilla o píldora del día después	1	1.3	0	0.0	1	1.3		
	Óvulos	1	1.3	1	33.3	2	2.6		
	Otro	7	9.3	0	0.0	7	9.0		
	Nada	42	56.0	1	33.3	43	55.1		
	Total	75	100.0	3	100.0	78	100.0		
	¿En qué lugar obtuviste el anticonceptivo?	Sí	20	39.2	1	100.0	21	40.4	
		No	19	37.3	0	0.0	19	36.5	
No había solicitado ningún método		8	15.7	0	0.0	8	15.4		
Quería un método pero no había elegido cuál		4	7.8	0	0.0	4	7.7		
Total		51	100.0	1	100.0	52	100.0		
¿Conoces el programa de Planificación Familiar de los servicios de salud del Distrito Federal?	Unidad de planificación familiar GDF	7	18.9	0	0.0	7	18.4		
	Servicio de salud/ seguro popular	8	21.6	0	0.0	8	21.1		
	Unidad del IMSS, ISSSTE	6	16.2	0	0.0	6	15.8		
	Consultorio médico privado	2	5.4	0	0.0	2	5.3		
	ONG	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Auto medicación y compra en farmacia	9	24.3	1	100.0	10	26.3		
	Otro	5	13.5	0	0.0	5	13.2		
¿Conoces o has escuchado sobre alguno de los siguientes programas que son impulsados por diferentes instituciones del Gobierno del DF?	Total	37	100	1	100	38	100.0		
	Servicios amigables para los adolescentes de la Secretaría de Salud DF	27	22.9	22	36.1	49	27.4		
	Campañas y estrategias de promoción de la salud del INJUVE del DF	19	16.1	11	18.0	30	16.8		
	Programa "ya tengo 15" del INJUVE	13	11.0	1	1.6	14	7.8	p>0.05	
	Centros especializados para la interrupción legal del embarazo	34	28.8	17	27.9	51	28.5		
¿Conoces el programa de Planificación Familiar de los servicios de salud del Distrito Federal?	Clínica especializada Condesa para la prevención y atención del VIH/ITS	25	21.2	10	16.4	35	19.6		
	Total	118	100.0	61	100.0	179	100.0		

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

- **Trayectoria reproductiva y atención del embarazo**

La información que se presenta en este último apartado se centra en la trayectoria de salud reproductiva de las 175 adolescentes con ocurrencia de embarazo (Cuadro 10). Cabe recordar que los últimos apartados del cuestionario fueron exclusivos para este grupo; posteriormente, se pondrá énfasis en las mujeres que estaban embarazadas al momento de la encuesta (n=87).

Cuadro 10. Trayectoria reproductiva de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales

Variables	Categorías	n	%	Media	Mediana
¿Has estado o estás embarazada?	Si	175	70.9		
	No	72	29.1		
Actualmente, ¿estás embarazada?	Si	87	49.4		
	No	89	50.6		
En total, ¿Cuántos embarazos has tenido?	Uno	124	70.9	1.4	1.0
	Dos	41	23.4		
	Tres	7	4.0		
	Cuatro	3	1.7		
En total, ¿cuántos hijos/as vivos has tenido?	Ninguno	3	2.7	1.3	1.0
	Uno	79	71.8		
	Dos	22	20.0		
	Tres	5	4.5		
	Cuatro	1	0.9		
¿Cuántos partos has tenido?	Ninguno	1	1.3	1.2	1.0
	Uno	58	77.3		
	Dos	13	17.3		
	Tres	3	4.0		
¿Cuántas cesáreas has tenido?	Uno	35	83.3	1.3	10.0
	Dos	3	7.1		
	Tres	4	9.5		
¿Has tenido algún aborto?	Si	12	10.0		
	No	108	90.0		
¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer hijo?	11 años	1	0.9	16.6	17.0
	14 años	6	5.6		
	15 años	18	16.7		
	16 años	24	22.2		
	17 años	27	25.0		
	18 años	21	19.4		
	19 años	11	10.2		
¿Tus hijos/as viven contigo?	Si	108	100.0		
	No	0	0.0		
¿Tu pareja te apoya en el cuidado de tu(s) hijos?	Si	79	75.2		
	No	26	24.8		
¿Otros miembros de la familia te apoyan en el cuidado de tus hijos?	Si	88	83.0		
	No	18	17.0		
¿Quién es la persona que te brinda más apoyo en el cuidado de tus hijos?	Madre	57	57.6		
	Padre	8	8.1		
	Hermanas, Hermanos	10	10.1		
	Suegros u otros miembros de la familia política	15	15.2		
	Amigas	0	0.0		
	Otro	9	9.1		

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

De acuerdo con los datos que se presentan en el Cuadro 10, el 71% del total de las adolescentes encuestadas refieren haber estado embarazadas, al menos en una ocasión, con una media de 1.2 partos y 1.3 cesáreas. De ellas, 72% tiene sólo un hijo, 20% dos hijos y 4.5% tres hijos. El promedio de edad al nacimiento del 1er hijo fue de 16.6 años; 93.5% tuvo su primer hijo entre los 15 y 19 años, pero destaca que siete informantes se embarazaron entre los 11 y 14 años de edad. Todas las adolescentes viven con sus hijos, 75% reporta que su pareja y familiares (83%) la apoyan en el cuidado de las niñas/os.

Ochenta y siete adolescentes dijeron estar embarazadas (49.4%) al momento de contestar la encuesta, con una media de 5.9 meses de embarazo. En cuanto a los deseos reproductivos los datos indican que 44% de las adolescentes “quería esperar más tiempo”, 37% “quería embarazarse” y 19% “no quería embarazarse en este momento”.

En la literatura científica sobre el tema se ha señalado que la exploración sobre si el embarazo en la adolescencia es deseado debe realizarse con reserva, ya que se trata de una pregunta en la que pueden influir múltiples factores, tales como la situación en la que se encontraba la mujer al momento de la entrevista, las características del embarazo, del hijo, de la pareja, el apoyo de las redes sociales y familiares, entre otros aspectos (Menkes C., s.f).

Asimismo, los trabajos que han realizado esfuerzos por sistematizar las mejores prácticas en materia de prevención del EA, sugieren tomar en cuenta que una proporción relativamente alta de los embarazos son deseados. Por ello, las estrategias no sólo deben considerar el acceso a información y/o a servicios de SSR sino por la atención de las causas más profundas de la vulnerabilidad que propician los eventos reproductivos, tales como las normas de género, los vacíos afectivos, el reconocimiento social y otros factores culturales (Family Care International, 2008:7).

Cuadro 11. Atención a la salud de las adolescentes embarazadas actualmente

Variables	Categorías	n	%	Media	Mediana
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	Un mes	1	1.1	5.9	6.0
	Dos meses	4	4.6		
	Tres meses	6	6.9		
	Cuatro meses	9	10.3		
	Cinco meses	9	10.3		
	Seis meses	21	24.1		
	Siete meses	15	17.2		
	Ocho meses	22	25.3		
En el momento en que usted se embarazó:	Quería embarazarse	33	37.1		
	Quería esperar más tiempo	39	43.8		
	No quería embarazarse	17	19.1		
¿Has recibido atención para el cuidado del embarazo?	Si	84	93.3		
	No	6	6.7		
Motivos por los que no has recibido atención en el embarazo	Me enteré recientemente que estaba embarazada	2	33.3		
	No quería dar a conocer mi embarazo con mi familia	0	0.0		
	Mi pareja no quería que acudiéramos al servicio de salud	0	0.0		
	Falta de recursos económicos	0	0.0		
	Requisitos administrativos que me impedían recibir atención	2	33.3		
	Desconocimiento de la unidad de salud donde me podían brindar el servicio	1	16.7		
	Lejanía y falta de transporte hacia la unidad de salud	0	0.0		
	Por motivos laborales	0	0.0		
	Porque me apenaba compartir mi embarazo con el personal de salud	0	0.0		
	Otro	1	16.7		
¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?	Un mes	14	16.1	2.6	2.0
	Dos meses	34	39.1		
	Tres meses	27	31.0		
	Cuatro meses	4	4.6		
	Cinco meses	3	3.4		
	Seis meses	5	5.7		
	Siete meses	0	0.0		
	Ocho meses	0	0.0		
	Nueve meses	0	0.0		
	No recuerda	0	0.0		
En total ¿cuántas revisiones te han hecho en este embarazo?	Primer trimestre	75	86.2		
	Segundo trimestre	12	13.8		
	Tercer trimestre	0	0.0		
En total ¿cuántas revisiones te han hecho en este embarazo?	Ninguna	6	6.9	1.1	1.0
	Una	78	89.7		
	Dos	1	1.1		
	Cuatro	1	1.1		
	Siete	1	1.1		
¿En qué lugar te han revisado la mayoría de las veces en este embarazo?	Centro de salud de los servicios del GDF	67	77.0		
	Clinica de salud de los servicios del GDF	1	1.1		
	Hospital de los servicios del GDF	2	2.3		
	SSA, Seguro Popular, especifique la unidad de salud	2	2.3		
	IMSS	2	2.3		
	ISSSTE	0	0.0		
	PEMEX	0	0.0		
	SEDENA-SEMAR	0	0.0		
	INSTITUTOS NACIONALES	0	0.0		
	Hospital o clínica privada	1	1.1		
	Consultorio Médico	8	9.2		
	Casa de la Partera	0	0.0		
	Casa de la informante	0	0.0		
Otra institución	4	4.6			

Fuente: Elaboración propia con base en la ESR, realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

En otras investigaciones se ha documentado que las adolescentes tienden a comenzar la atención prenatal de manera más tardía y tener un menor número de citas prenatales que las embarazadas adultas; y que esta atención prenatal insuficiente es un factor que se

estima como el determinante principal del riesgo más alto del embarazo adolescente (Allen B., 2012).

No obstante, los resultados de la encuesta indican que 86.2% de las adolescentes reportó haber acudido a los servicios de salud en el primer trimestre de embarazo; principalmente han recibido atención en el centro de salud de SEDESA-DF. Las seis adolescentes que no habían recibido atención prenatal (hasta el momento de la encuesta) señalaron que “se enteró recientemente del embarazo”, “porque estaba arreglando trámites administrativos” y “por desconocimiento de la unidad donde podían brindar el servicio”.

Sin embargo, los datos señalan un bajo número de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Como se describe en el Cuadro 11, 44.7% de las adolescentes se encontraba en el segundo trimestre y 42.5% en el tercer trimestre de gestación, sólo 12% cursaba por el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, 89.7% de las adolescentes reportó que sólo había acudido a 1 consulta (con anterioridad) para la atención prenatal (media de 1.1 consultas); y una proporción muy reducida (3%) registró dos o más consultas. En su conjunto, los datos sugieren que las adolescentes se aproximan a los servicios de salud para confirmar el embarazo e iniciar control prenatal. Sin embargo, en el transcurso parece registrarse una discontinuidad en las visitas a los servicios públicos de primer nivel de atención.

La información proporcionada por las adolescentes indica que durante la consulta prenatal les han brindado los servicios básicos especificados en la NOM-007 y en los protocolos de atención a la salud materna. Particularmente, se observa que más del 90% de las entrevistadas reportó que durante las revisiones médicas la pesaron, le tomaron la presión, le hicieron ultrasonido, le recetaron complementos vitamínicos y prescribieron vacunas y exámenes de sangre y orina. Asimismo, alrededor del 70% le aplicaron la prueba de VIH y el 60% exámenes de detección de otras ITS. En general, las informantes reportan que todos los servicios mencionados fueron gratuitos, sólo 10% indicó haber pagado algún examen clínico o de gabinete.

Respecto a la presencia de signos de alarma en el embarazo, 35% indicó haber presentado flujo vaginal, 54% cefalea, 17% zumbido de oídos, 14% sangrado, 15% contracciones antes de tiempo y 9% movimientos disminuidos del bebé. Estos datos sugieren que entre las adolescentes es frecuente identificar factores que coadyuvan a clasificar el embarazo como de alto riesgo. No obstante, el 89% de las jóvenes indicó que el personal de salud ha contribuido a manejar adecuadamente estos síntomas.

Los protocolos de salud materna indican que la edad menor de 20 años sumada a la presencia de otros signos y síntomas de alarma, son indicadores que orientan la clasificación del embarazo como de alto riesgo. Sin embargo, en el caso de las adolescentes encuestadas sólo 15% había recibido esta notificación por parte de un profesional de salud; de éstas, a más de la mitad (60%) se le consideró como un embarazo de alto riesgo por su edad y en una proporción menor (8%) por haber presentado amenazas de aborto.

Cuadro 12. Revisiones en las adolescentes embarazadas actualmente

Variables	Categorías	n	%
¿Durante las revisiones de este embarazo?	Te pesaron	82	94.3
	Te tomaron la presión	83	95.4
	Te revisaron el abdomen	83	95.4
	Te hicieron algún ultrasonido	79	90.8
	Te realizaron algún examen de sangre	80	92.0
	Te realizaron un examen general de orina	81	93.1
	Te aplicaron vacuna contra el tétanos	62	72.1
	Te recetaron ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico	84	96.6
	Te ofrecieron realizarte alguna prueba de detección del VIH/SIDA	62	71.3
Te ofrecieron realizarte alguna prueba de detección de otra ITS	50	57.5	
¿Has pagado para recibir esta atención?	Si	9	10.7
¿Durante tu embarazo te han recetado algún medicamento?	Si	49	57.6
Durante tu embarazo has presentado alguno de los siguientes síntomas:	Sangrado	11	14.1
	Fiebre	6	7.6
	Salida de líquido vaginal	28	35.0
	Contracciones antes de tiempo	12	15.2
	Dolor de cabeza	47	54.0
	Movimientos del bebé disminuidos o ausentes	7	8.9
	Zumbidos de oídos	13	16.9
¿El personal te ha brindado atención para solucionar este(estos) síntomas?	Si	63	88.7
	No	8	11.3
¿El personal de salud considera que tu embarazo es de riesgo?	Si	13	15.3
	No	72	84.7
¿Te han informado los motivos para considerar un embarazo de riesgo?	Si	12	70.6
	No	5	29.4
¿Por qué consideran el embarazo de riesgo?	Por mi edad	8	61.5
	Porque he presentado síntomas de riesgo	0	0.0
	Porque he presentado amenazas de aborto	1	7.7
	Por los resultados de los exámenes de gabinete y clínicos	0	0.0
	Otro	4	30.8
¿Te han programado para terminar tu embarazo mediante parto natural o cesárea?	Sí, me han dicho que será vía cesárea	5	9.3
	Sí, me han dicho que será mediante parto natural	10	18.5
	No sabe	39	72.2
¿Te explicaron los motivos por los que han programado una cesárea?	Si	9	60.0
	No	6	40.0
En esta ocasión, ¿cuál es el principal motivo por el que acude al servicio de salud?	Revisión mensual para atención del embarazo	69	79.3
	Aplicación de exámenes clínicos	2	2.3
	Para atender una enfermedad	2	2.3
	Otro	14	16.1
En este servicio de salud ¿en algún momento pidieron autorización de tus padres para brindarte la atención médica?	Si	27	30.0
	No	63	70.0
Cuando has acudido al servicio de salud ¿te has sentido presionada u ofendida por el personal de salud?	Si	4	4.4
	No	86	95.6
Cuando has acudido al servicio de salud alguna vez ¿te has sentido discriminada, rechazada o excluida?	Si	1	1.1
	No	89	98.9

Fuente: Elaboración propia con base en la ESSR realizada en usuarias de los Servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Hasta el momento de la encuesta, a la mayoría de las adolescentes no se le había podido determinar la viabilidad del parto o cesárea, ya que en la mayor parte de los casos esta decisión se confirma en la valoración especializada que se realiza en el nivel hospitalario.

Por otra parte, en este estudio se consideró que en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, se ha mencionado que actualmente se encuentra en revisión la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2010 para la Atención a la Salud del Grupo etario de 10-19 años de edad; ya que su publicación será fundamental para facilitar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sin la presencia de un adulto o tutor. Por ello, se buscó indagar en torno a las barreras administrativas o normativas que enfrentan las adolescentes embarazadas en el espacio de los servicios de salud. Al respecto se identificó que el 30% de las adolescentes encuestadas reportó que para acceder al primer nivel de atención, les solicitaron requisitos administrativos que incluyeron la autorización del padre/madre/tutor.

En cuanto a la calidad de la atención recibida en el control prenatal, se identificó que 4.4% de las adolescentes se ha sentido presionada y ofendida por el personal de salud. También prácticamente nula la proporción de mujeres que reportan discriminación, rechazo o exclusión.

## **5.2 Programas y estrategias para la prevención del embarazo adolescente en el espacio de los servicios de salud**

En este capítulo se analiza la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente en la Ciudad de México. Particularmente, se caracterizan las acciones desarrolladas desde dos áreas estratégicas de la Secretaría de Salud: el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente) y el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción. Dichas instancias regulan la funcionalidad de los programas directamente relacionados con los temas eje del estudio.

En un primer apartado, se describen los antecedentes y componentes del programa de acción específico de salud sexual y reproductiva que se ha impulsado desde nivel federal. Esta descripción se realizó a partir de la revisión de documentos de política pública, informes técnicos, resultados de evaluaciones y de la consulta bibliográfica vinculada con la temática.

En los siguientes apartados, se exponen los resultados del funcionamiento y alcance de los Servicios Amigables para el adolescente y de los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción en las unidades de la Secretaría de Salud del DF. Dicho apartado se basa en el análisis de la información compilada mediante la aplicación de entrevistas a 17 representantes institucionales y profesionales de salud.

Se destaca que en su sentido más general, los Servicios Amigables para Adolescentes y las acciones desarrolladas por los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción tienen el objetivo de romper las barreras de acceso a los SSR a las cuales se enfrenta la población adolescente. Estas barreras son de tres tipos: accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud. Además de romper con dichas barreras, se busca que estos servicios sean apropiados y efectivos.

## 5.2.1 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

- **Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA)**

A finales de la década de los 80, el tema del embarazo adolescente se posicionó en la agenda de las políticas de población y de salud pública. En ese periodo, el Consejo Nacional de Población diseñó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar (1976-1982) que incluía entre sus líneas de acción la atención a adolescentes; en 1981, el IMSS impulsó la constitución del Departamento de Orientación y Educación Sexual para Adolescentes; y en 1984, la Secretaría de Salud capacitó a profesionales de salud que brindaban servicios de atención primaria en la Ciudad de México para que proporcionaran orientación en sexualidad y planificación familiar a la población adolescente (SEGOB, 2015:47). A partir de ello, la atención de la salud reproductiva de la población adolescente recibió una atención prioritaria, junto con la salud perinatal, la planificación familiar y la salud de la mujer.

El abordaje de la salud reproductiva de adolescentes recibió un importante impulso en la Reunión de Monterrey que fue convocada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud<sup>2</sup>. En 1993 se convocó a las principales instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales para discutir el propósito y definir las perspectivas y componentes del primer Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA). En este marco se promulgó la Declaración de Monterrey (1993), documento que sentó las bases del programa, estableciendo que la misión principal que persigue la atención a la salud reproductiva de los adolescentes es *“la de proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de este grupo de la población a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables que les permita asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgo, así como incrementar su autoestima”*.

El PNASRA centró su atención en el componente de prevención, implementado estrategias de información y educación de manera interpersonal, en medios masivos de

---

<sup>2</sup> En el año 1983, como resultados de las acciones de descentralización de la vida nacional, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se reorganiza de manera que el Programa de Planificación Familiar en sus aspectos de planeación, normatividad, control y evaluación queda bajo la responsabilidad de la entonces denominada Subsecretaría de Salubridad, a través de una Dirección general de Salud Materno-infantil y Planificación Familiar. En 1994, se volvieron a integrar la Dirección general de Planificación Familiar y la Dirección General de Atención Materno Infantil, creando la Dirección General de Salud Reproductiva.

comunicación y en módulos itinerantes. A través de estas estrategias se buscó fomentar el posponer la edad del primer embarazo, evitar embarazos no planeados y no deseados, ITS/VIH/SIDA y fomentar estilos de vida sanos (Stern C., y Reartes D., 2012).

La Declaración de Monterrey y el Programa de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, tuvieron una coincidencia en la temporalidad y en el planteamiento; ya que las dos plataformas concedieron a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes un rol no sólo fundamental sino estratégico. Particularmente, en la CIPD se enfatizó que hasta los años 90 *“los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo (...) En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados (...) Esta actividad es especialmente importante para la salud de las jóvenes y de sus hijos (...), ya que la maternidad a una edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna superior a la media”* (UNFPA, 2004: 68)

De esta manera, la Declaración de Monterrey y el Programa de Acción del CIPD impulsaron el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes, como derechos humanos y fundamentales que abarcan el acceso voluntario y universal a los servicios de salud, así como a recursos para la prevención de las ITS/VIH/SIDA; el derecho a disfrutar plenamente la vida sexual y la libertad reproductiva; y el derecho a tener información completa, científica y laica sobre la sexualidad (UNFPA, 2004).

Desde esta perspectiva, en México se planteó la necesidad de realizar cambios en la política de salud y en la normatividad oficial. Particularmente, se modificó el marco legal para respaldar la atención perinatal en las adolescentes embarazadas. A partir de ello, el PNASRA (Secretaría de Salud, 1999: 17) enfatizó la necesidad de brindar información sobre salud, incluyendo sexualidad, así como implementar los mecanismos de referencia a centros de atención que deberían cumplir con las siguientes características:

*“Contar con personal debidamente capacitado –con una actitud comprensiva y de gran sensibilidad- para la atención de los jóvenes. Asimismo, se enfatizó que el propósito de la atención prenatal de las adolescentes es el de asegurar una “maternidad sin riesgos y evitar secuelas psicosociales que frecuentemente plantean los embarazos no planeados, así como generar un espacio para la difusión de información y consejería sobre la*

*conveniencia de adoptar un método anticonceptivo post-evento obstétrico. De igual manera, se explicitó que en el 2º nivel de atención también se debería contar con personal capacitado en la atención del parto y del puerperio en la adolescente embarazada; y aprovechar el espacio para fortalecer la consejería en materia de anticoncepción en un marco de respeto a la decisión responsable e informada de la madre adolescente”. Como acciones de apoyo se buscó fortalecer el sistema de información a través del diseño de instrumentos específicos como la historia clínica del adolescente (Secretaría de Salud, 1999: 14).*

- **Programa En Buen Plan, Planifiquen**

Para dar continuidad al PNASRA se adoptó el lema “En Buen Plan, Planifiquen”, nombre del programa que operó hasta el año 2000. Como se describe en el Cuadro, el programa En Buen Plan planteó el objetivo de *“proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva, con una visión integral dirigida a fomentar actitudes y conductas responsables y que les permita asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos”*.

Este programa siguió operando con módulos ubicados en unidades de 1er y 2º nivel de la Secretaría de Salud (en 1999, se contaba con 179 módulos en centros de salud y 80 en hospitales); enfatizando la provisión de servicios médicos, psicológicos y de consejería (Stern C., y Reartes D., 2012:286). Entre 1994 y el año 2000, se instalaron y operaron 16 módulos de atención, uno en cada jurisdicción sanitaria del DF. A partir de septiembre de 1998, se reestructuró el concepto de “Módulo” por el de “*Servicios especializados de salud sexual y reproductiva para la población adolescente*”, los cuales fueron operados por la Dirección de Servicios de Salud Pública del GDF (Secretaría de Salud, 1999: 17).

Las evaluaciones internas evidenciaron que En Buen Plan fue un programa que logró tener un impacto positivo en la difusión de información y sensibilización; sin embargo, las evaluaciones también mostraron las dificultades para incidir en el cambio de actitudes, valores y prácticas de los adolescentes; y a la vez se documentó que la mayor parte de los servicios correspondían a consultas de atención prenatal a adolescentes embarazadas (SEGOB, 2015).

Por su parte, una evaluación externa realizada por investigadores de El Colegio de México (Stern C., y Reartes D., 2001), permitió identificar retos y recomendaciones al programa En Buen Plan: a) se sugirió que dicha estrategia debía partir del reconocimiento

de la influencia que tiene el contexto familiar y comunitario en los comportamientos de los adolescentes, poniendo especial énfasis en la detección de aquellos factores que favorecen y obstaculizan comportamientos de riesgo; b) también se recomendó desarrollar un enfoque integral para la promoción de la SSR, orientando a los adolescentes y sus familiares, sus pares y su entorno comunitario; c) se recomendó adoptar una concepción de prevención ampliada, incluyendo actividades de recreación, autoestima, toma de decisiones, asertividad y adquisición de distintas competencias. Respecto al fortalecimiento de los servicios se propuso ampliar los días y horarios de atención; incrementar la difusión a los servicios ofreciendo direcciones, horarios de atención y haciendo hincapié en la privacidad y confidencialidad de sus datos; mejorar la organización en la entrega de los turnos con el objetivo de disminuir los tiempos de espera; incrementar la prevención, detección y el tratamiento de ITS; y promover la anticoncepción de emergencia y la doble protección mediante una consejería adecuada y el entrenamiento de los proveedores.

- **Programa de Acción para Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA)**

En julio de 2001 se conformó el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA, antes CONAVA), el cual involucró al sector salud en México con el fin de atender y promover la salud de este grupo poblacional. En 2002, el CeNSIA impulsó el Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA), el cual estuvo basado en un enfoque de factores de riesgo y de factores protectores de la salud; perspectiva desde la que se sustentó el desarrollo de acciones vinculadas a la promoción y atención de la salud.

Dicho programa planteó la misión de *“aplicar acciones esenciales de salud para adolescentes; lograr por medio de la autodeterminación y el autocuidado que los adolescentes sean agentes de cambio para elevar su calidad de vida, mediante acciones de prevención de enfermedades, utilizando la red de servicios para la referencia de problemas de SSR, de salud mental, adicciones y manejo de otras complicaciones que requieran hospitalización como accidentes y cáncer” (PASA, 2002:13).*

Este programa estuvo integrado por 17 programas de acción, atendiendo temas de SSR, 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. Sin embargo, en su instrumentación, el programa

puso especial atención en el motivo de consulta, la consejería integral y la referencia y canalización de las personas de 10 a 19 años, incluyendo aquellos para orientación sexual y reproductiva. En total se capacitaron a 145 profesionales de salud en aspectos de género y sexualidad en ocho entidades federativas y en 75 jurisdicciones sanitarias del país, y en adolescentes sobre aspectos de sexualidad y prevención de ITS (SEGOB, 2015:49).

- **Programas de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2007-2012**

El 1º de septiembre de 2003 se crea como un órgano desconcentrado el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) como resultado de la fusión de dos unidades administrativas centralizadas de la Secretaría de Salud existentes previamente: la Dirección General de Salud Reproductiva y el Programa de Mujer y Salud. Desde entonces, el CNEGySR estableció la misión de *incorporar la perspectiva de género en salud y mejorar la SSR de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos.*

Las líneas de acción que quedaron a cargo del nuevo Centro nacional fueron los diferentes programas de las unidades que se fusionaron, tales como, igualdad de género y salud, violencia de género y salud reproductiva que incluye Arranque Parejo en la Vida (salud materna y perinatal), cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, planificación familiar, salud reproductiva del adolescente y la salud durante la peri y postmenopausia. De esta forma, el CNEGySR se estructuró como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de SSR en población general, incluyendo a los y las adolescentes (Secretaría de Salud, 2012).

En 2006, el CNEGySR, en conjunto con otras dependencias de la Secretaría de Salud y de organizaciones de la sociedad civil con amplia experiencia en la temática, diseñó e impulsó el primer **“Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012”**. Éste buscó recuperar las experiencias nacionales obtenidas por las instituciones (entre ellas el Programa En Buen Plan)<sup>3</sup>, además de la

---

<sup>3</sup> “En 2004, se realizó un diagnóstico situacional de los Servicios Amigables en las 32 entidades federativas. Como resultado se reestructuró el modelo de atención modificando horarios de atención, integración del equipo

revisión de las prácticas exitosas de varias organizaciones internacionales de programas semejantes en América Latina, con el propósito de proporcionar atención fundamentada en un modelo de servicios estandarizados orientados a cubrir las necesidades y expectativas de esta población.

Como se muestra en el Cuadro, el objetivo general del PAESSRA fue el de *“contribuir al desarrollo y bienestar de las y adolescentes, promoviendo no sólo su salud reproductiva sino también mejorando la salud sexual, incluyendo la disminución de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual”*. Para ello, se enfatizó el desarrollo de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales y promover el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.

Por lo tanto, el tema del embarazo adolescente ocupó un lugar prioritario en este programa de acción, ya que se estimaba que “en 2006 ocurrieron en el país cerca de 321 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representó el 16.1% del total de nacimientos; a pesar de que durante los últimos seis años este fenómeno se redujo en más de 20%, la prevención del embarazo no planeado en la adolescencia continúa siendo uno de los principales desafíos en el área de salud reproductiva” (Secretaría de Salud, 2008:22).

El programa 2007-2012 planteó el desarrollo de las siguientes líneas estratégicas:

- 1) Promover acciones de información, educación y comunicación (IEC) para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención, la adopción de conductas saludables en SSR para disminuir riesgos que tienen al tener prácticas sexuales sin protección y difundir los derechos sexuales y reproductivos.
- 2) Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de SSR.
- 3) Sensibilizar y mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud para la atención de la SSR de los adolescentes.
- 4) Mejorar la calidad de los sistemas de información en SSR del adolescente con el fin de monitorear y evaluar el alcance de las estrategias.

---

multidisciplinario, así como cambios en el área física. Aunado a esto se realizó una evaluación externa del “Modelo educativo para la Atención de la Salud Reproductiva en comunidades indígenas, en el cual se identifica como una estrategia innovadora el trabajo que realizan las Brigadas Juveniles” (Secretaría de Salud, Programa Específico de SSR para adolescentes 2013-2018; 2014: 25).

En un estudio elaborado por Fátima Estrada (2013) se analizó el funcionamiento de las líneas estratégicas planteadas por el PAESSRA 2007-2012; y como parte de los hallazgos se evidenció que el fortalecimiento e incremento de los *“Servicios Amigables para Adolescentes”* que venían operando desde 1993, constituyó una línea de acción prioritaria, la cual permitió articular las estrategias vinculadas con el mejoramiento de los servicios de SSR, la capacitación de los profesionales de salud y con el desarrollo de los sistemas de información. Dicho estudio señala que los Servicios Amigables se definen como: *“espacios o consultorios o estrategias innovadoras, suficientemente agradables y de trato sensible, diferenciado de la consulta general y fuera del área física de la atención médica (con acceso diferente), con personal capacitado y sensibilizado específicamente para proporcionar la atención en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes”* (Estrada F., 2013:77).

Por su parte, el Informe de rendición de cuentas del CNEGySR (Secretaría de Salud, 2012: 60), señala que los Servicios Amigables para la atención de la población adolescente aumentaron de 668 en 2006 a 731 en 2007 y la anticoncepción postevento obstétrico en adolescentes se incrementó a 47.4 por ciento frente a 38.2 por ciento observado un año antes. Asimismo, en este periodo se dio continuidad al proceso de formación de capacitadores estatales de salud sexual y reproductiva, a fin de evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, y se distribuyeron 1 581 ejemplares de folletos informativos entre el personal de salud responsable de la atención a adolescentes. Asimismo, en otro documento de la Secretaría de Salud (2014: 43), se señala que en el periodo 2006-2012, aumentó de 731 a 1095 el número de Servicios Amigables para adolescentes, lo que representó un incremento de 49.8%.

En su mayoría los Servicios Amigables están ubicados en centros de salud y son pocos los que operan en unidades hospitalarias. De acuerdo con Estrada (2013), aunque se parte de un modelo común, estos servicios se han implementado de manera heterogénea a nivel nacional y local. Por lo que se identifican cuatro modalidades (servicio específico, mixto, horizontal y el itinerante o móvil) definidas en función del financiamiento, la capacidad instalada y recursos humanos de cada unidad de salud. Los servicios específicos son aquellos que tienen un espacio asignado y cuentan con personal que se dedica exclusivamente a brindar orientación en SSR a la población blanco; el servicio mixto es aquel que cuenta con uno o dos núcleos básicos que se designan para atender al adolescente; el servicio amigable horizontal consiste en que todos los núcleos básicos

o todos los consultorios dan atención al adolescente; y el móvil corresponde a los servicios en el que una persona del centro de salud se apoya en promotores o brigadistas que trabajan sobre todo en zonas rurales para promover los derechos sexuales y reproductivos y difundir información preventiva.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres (Allen B., 2013) realizaron una evaluación del funcionamiento de los servicios de SSR de las y los adolescentes, incluyendo el análisis del modelo de los Servicios Amigables que son operados en unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Los resultados muestran que este modelo operativo centra sus acciones en el componente preventivo, principalmente en la provisión de servicios de consejería u orientación sobre SSR, poniendo especial énfasis en la prevención del VIH/ITS y en la difusión de información sobre anticoncepción.

En términos globales, los resultados de esta evaluación muestran que la gama de servicios que se proporcionan es adecuada. Por ejemplo, se identificó un buen nivel en el ámbito de la consejería, así como en la difusión de información sobre el sexo protegido y distribución del condón masculino. No obstante, se observó que han sido insuficientes las acciones orientadas a promover la doble protección a las y los adolescentes; en el caso de los SESA, sólo 17% de los profesionales encuestados promueve rutinariamente el uso de anticonceptivos y a la vez del condón. Asimismo, en los SESA se encontró que 64.5% del personal encuestado refiriere que en la unidad médica donde laboran –regularmente– se ofertan anticonceptivos; sin embargo, sólo 20.4% de los profesionales reportaron la oferta la anticoncepción de emergencia, ya que la PAE se tiende a proporcionar sólo a libre demanda (cuando los y las adolescentes los solicitan). Otro resultado se expresa en las diferencias por género que se identifican en la manera en que los prestadores proporcionan información sobre anticonceptivos: a los varones se les informa sobre el condón frecuentemente, pero en menor medida sobre métodos anticonceptivos; y entre las mujeres se difunde información de manera inversa (Allen B., 2013).

- **Programas de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2013-2018**

En 2009 se estableció el Grupo de Atención a la Salud de la Adolescencia (GAIA) conformado por diversas dependencias pertenecientes a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Su objetivo fue la coordinación de las diversas acciones en salud; y en 2013 se comienza la institucionalización del Modelo de Atención Integral para

la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescente, consensuado en las distintas instituciones del sector salud, y el cual establece los criterios mínimos de atención en este rubro.

Para continuidad a la respuesta en el campo de la SSR para adolescentes se elaboró el “Programa de Acción Específica de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”, en el cual se integraron las observaciones y recomendaciones de instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, población usuaria de los servicios y personas interesadas en el tema.<sup>4</sup> Este programa plantea lograr tres objetivos específicos en este periodo: 1) Favorecer el acceso universal a información, educación e información en SSR para adolescentes; 2) Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad; 3) Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente (Secretaría de Salud, 2014).

En este programa se considera que el reto más importante en materia de salud reproductiva es prevenir el embarazo en la adolescencia, para lo cual se requiere promover la equidad de género y el acceso a métodos anticonceptivos, impulsar el uso de tecnologías de información y comunicación de vanguardia y mejorar la calidad de los servicios.

El programa 2013-2018 plantea el desarrollo de tres líneas estratégicas, entre las que destacan:

1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación y sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural.
2. Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas.
3. Impulsar el acceso efectivo a servicios de SSR para adolescentes; mejorar la calidad de los servicios; e instrumentar sistemas de evaluación y rendición de cuentas.

---

<sup>4</sup> El primer acercamiento se realizó mediante el Foro Nacional de Consulta para la Elaboración de los Programas de Acción Específico 2013-2018 celebrado en noviembre de 2013.

**Cuadro. Antecedentes de la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en México**

<b>Estrategias iniciales</b>				
1980-1990	-IMSS -SSA -DIF	<p>-En 1981, el IMSS creó el Departamento de Orientación y Educación Sexual para Adolescentes.</p> <p>-En 1984, la SSA capacitó a personal de atención primaria para que proporcionaran orientación en sexualidad y planificación familiar.</p> <p>-En 1989, el DIF estructuró el Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA)</p> <p>-En unidades de 2º nivel también se promovieron servicios que brindan atención a la población adolescente, tales como: la Clínica Piloto de Orientación Sexual y Vida Familiar para la Atención del Adolescente del Hospital Infantil Inguarán; y el Servicio Educativo y de Atención Integral del Hospital General Doctor Manuel Gea González.</p>		
<b>Fecha</b>	<b>Instancias participantes</b>	<b>Políticas y programas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Componentes y principales alcances</b>
1994	SSA-Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR)	Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA)	<p>-Convocar a los principales grupos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales dedicados a la salud de los adolescentes a una reunión. De este encuentro surgió la Declaración de Monterrey (GAAPP, 1995), documento que sienta las bases para iniciar y legitimar el programa.</p> <p>-Ampliar la cobertura de información, educación y servicios específicos para la atención de la salud integral, con énfasis en salud reproductiva.</p> <p>-Prevenir los embarazos no planeados y no deseados, el aborto, las ETS, incluyendo el VIH/SIDA y promover el uso del condón.</p> <p>-Proporcionar información y servicios de alta calidad para las adolescentes embarazadas con especial atención en la anticoncepción postevento obstétrico.</p>	<p>-Con la Declaración de Monterrey se dio el impulso definitivo a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes; muchas instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales emprendieron la tarea de coadyuvar a la solución de problemas que enfrentan y, particularmente en lo que concierne a su salud integral.</p> <p>-El programa recuperó los planteamientos de la plataforma de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994. En la plataforma se buscó 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 basados en un marco de derechos humanos.</p>
1994	SSA	Programa Nacional de Adolescentes "En Buen Plan, Planifiquen"	<p>-Su objetivo principal es proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva, con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que les permita asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos.</p>	<p>-El Programa operó con módulos ubicados en unidades de 1er y 2º nivel de la SSA; enfatizando la provisión de servicios médicos, psicológicos y de consejería.</p> <p>-Los módulos fueron atendidos por un equipo multidisciplinario compuesto por un médico, psicólogo, enfermera y trabajadora social.</p> <p>-Las acciones se centran en: 1) educación, información y comunicación; 2) atención médica dirigida a la atención prenatal, prevención de embarazos no planeados y consejería en SSR y anticoncepción; 3) atención médica en hospitales para la madre y el recién nacido; 4) investigación y evaluación.</p>
1994	SSA- Dirección de Servicios de Salud Pública del DF	Programa de Adolescentes "En Buen Plan, Planifiquen" en el DF	<p>-Desde 1995, el programa fue operado por la Dirección de Servicios de Salud Pública del DF</p>	<p>-Desde 1994 hasta el año 2000 (fecha en que finalizó el programa), se instalaron y operaron 16 módulos de atención, uno en cada jurisdicción sanitaria del DF.</p>

Cuadro. P

Fecha	Instituciones participantes	Política/Programa	Objetivo General	Objetivos específicos	Componentes y líneas de acción
2001-2015	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)	Programa de Acción para Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA)	PASA 2002: Desarrollar acciones integrales para la salud de las y los adolescentes en el 1er nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, con énfasis en SR, promoción de la salud, servicios personales de salud y prevención de daños con enfoque de género y resiliencia, para cambiar el paradigma de riesgo y daño por el de fortaleza y desafío.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover acciones integradas de salud enfocadas a la familia, la comunidad y la escuela, consideradas como redes de apoyo.</li> <li>-Mejorar la cobertura de servicios personales de salud, a través de la promoción de la demanda inicialmente en las escuelas, el servicio militar y los centros de trabajo, así como en población migrante.</li> <li>-Mejorar la coordinación interinstitucional.</li> <li>-Capacitar a los prestadores de servicios para la aplicación de las acciones esenciales con un enfoque de desarrollo humano, resiliencia y género.</li> </ul>	El programa estuvo integrado por 17 programas de acción, atendiendo temas de SSR, 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.
2007-2012	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012	Contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover en los adolescentes la adquisición del conocimiento y las capacidades necesarias, la información sobre DSR y los beneficios sobre su ejercicio en la SSR.</li> <li>-Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, favoreciendo el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.</li> <li>-Contribuir a que la población tenga acceso y tenga servicios de SSR acordes a sus necesidades en todo el país.</li> <li>-Contribuir a la disminución de ITS/VIH en población adolescente.</li> <li>-Sensibilizar a los prestadores de servicios para atender las necesidades de las y los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. esta es una estrategia en la que se encuentra integrado en una de</li> </ul>	-El programa tiene diversas líneas de acción concentradas en las siguientes estrategias: 1) Promoción de acciones de información, educación y comunicación, 2) Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de SSR; 3) Sensibilizar y mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud para la atención de la SSR de los adolescentes; 4) Mejorar los sistemas de información.

				sus líneas de acción los servicios amigables para el adolescente.	
2013-2018	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018	Contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.	Objetivo 1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Objetivo 2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población. En este se sitúan los servicios amigables. Objetivo 3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.	1.1 Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural. 1.2 Diseñar e instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas. 2.1 Impulsar el acceso efectivo a servicios de SSR para adolescentes. 2.2 Mejorar la calidad de los servicios de SSR para adolescentes. 2.3 Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de SSR para adolescentes. 3.1 Fomentar una cultura de respeto a los DRS de la población adolescente. 3.2 Participar en acciones multisectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de adolescentes.

Fuente: Elaboración Propia.

### **5.2.2 FUNCIONAMIENTO Y ALCANCES DE LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DF**

Como se ha señalado en la revisión de los documentos de política pública, algunas de las principales intervenciones que se han desarrollado como parte del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se encuentra la creación de los Servicios Amigables para Adolescentes. En este apartado se pretende mostrar algunas generalidades respecto a tales servicios: en qué consisten, cuál es su funcionamiento en la red de servicios de la Secretaría de Salud del DF, qué finalidad tienen, y cuáles han sido algunos de sus posibles alcances en torno a la problemática del embarazo adolescente.

En un sentido general, los Servicios Amigables para Adolescentes tienen el objetivo de romper las barreras de acceso a los SSR a las cuales se enfrenta la población adolescente. Estas barreras son de tres tipos: accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud.<sup>5</sup> Además de romper con dichas barreras, se busca que estos servicios sean apropiados y efectivos (SEGOB, ENAPEA, 2015). Bajo esa lógica, los Servicios Amigables “ofrecen servicios preventivos y curativos de salud sexual y reproductiva específicamente diseñados para ser accesibles, aceptables y del agrado de adolescentes de ambos géneros, incluyendo también a adolescentes embarazadas durante el período gestacional, en el momento del parto y el período posparto inmediato” (Allen, 2012: 133).

A lo largo de este apartado se irá viendo cómo es que estos preceptos se hacen operativos, de acuerdo a la perspectiva tanto de tomadores de decisiones como de prestadores de servicios de salud.

#### **El criterio de la accesibilidad y el énfasis en el componente preventivo**

En la red de servicios de SEDESA-DF, los Servicios Amigables se han establecido en lugares estratégicos que permiten establecer un contacto más cercano con las adolescentes. Es por ello que éstos operan en el primer nivel de atención, es decir, en

---

<sup>5</sup> La accesibilidad se refiere a la posibilidad de poder obtener servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, en lugares, horarios y costos al alcance de los jóvenes. La aceptabilidad tiene que ver con que los jóvenes estén dispuestos a utilizar servicios “atendidos por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales, con instalaciones atractivas e higiénicas”. Por último, la equidad se refiere a que todos los adolescentes sin importar el grupo social al que pertenezcan puedan acceder a los servicios (ENAPEA, 2015:37).

los centros de salud. Sin embargo, su campo de acción no se limita a dicho lugar, sino que se extiende hacia otros espacios en donde las adolescentes se desenvuelven, y en los cuales resulta más fácil generar un acercamiento. Uno de los espacios sociales fundamentales para lograr contacto con esta población son las escuelas. Al respecto es interesante aludir al modo de operación, ya que a pesar de que éstos forman parte de los servicios que se ofrecen en algunos centros de salud, no se encuentran establecidos de forma fija en un módulo o en algún consultorio. Por el contrario, se considera esencial para su funcionamiento la intervención activa, es decir, que los promotores de salud acudan a escuelas u otro tipo de instancias de interacción de las jóvenes:

“Lo que estamos haciendo nosotros es ir a buscar al adolescente, promocionando los servicios amigables, para que vayan a los servicios de salud, entonces eso es una realidad, ante esas pláticas, esas escuelas que nos están permitiendo la entrada estamos llegando a ellos” (SEDESA-03).

Esta intervención resulta relevante en términos de un primer acercamiento con esta población. Es, sobre todo, una actividad pensada en generar una lógica preventiva entre jóvenes no embarazadas:

“Mi campo de acción, yo voy a las escuelas a invitarlos a que vengan al centro de salud y hablar sobre esta parte de los servicios amigables; se les invita a que vengan al centro de salud, que pueden venir sin la compañía de un adulto, todo con el fin de que se cuiden, y se les habla mucho de que si van a ejercer su vida sexual sea de manera responsable, se les habla sobre los riesgos de embarazos durante la adolescencia” (SEDESA-04).

En estos encuentros se promueve información sobre SSR, y se propicia el acercamiento de los jóvenes a los centros de salud, con la idea de que éstos acudan en búsqueda de métodos anticonceptivos que prevengan los embarazos no planeados. En términos generales, los fines más amplios de tales encuentros son, por un lado, informar a los jóvenes sobre el respeto a sus derechos, decisiones y autonomía en términos de SSR; y por otro, hacer ver a esta población que como parte de esos derechos se encuentra la posibilidad de acceder a servicios clínicos de SSR, algo que contribuye a romper la idea generalizada en este rango de edad, de que la accesibilidad a éstos es sumamente complicada, tanto en términos de tiempo como de costos.

En relación a la presencia actual de los Servicios Amigables, cabe señalar que por el momento solamente se encuentran en doce centros de salud, mismos que en conjunto abarcan cuatro jurisdicciones sanitarias. No obstante, la intención es que, paulatinamente, se abarque el total de las jurisdicciones (SEDESA-03). Igualmente, se pretende que en el transcurso del año 2016 se implementen Servicios Amigables dentro de una Clínica para Adolescentes que se busca conformar en el Hospital General de Iztapalapa, el cual pese a ser de segundo nivel es un punto estratégico en la atención y prevención al EA debido a que es el hospital de la Secretaría de Salud del DF que tiene más nacimientos al año.

En tal sentido, la incorporación de los Servicios Amigables a un hospital de segundo nivel como el HGI, permitiría no sólo establecer estrategias preventivas, el núcleo duro de estos servicios, sino que también incluiría un protocolo que trascendiera el componente preventivo, y que también incluyera la atención prenatal, así como la atención al parto. Es decir, se podría brindar un servicio más integral dentro de un mismo servicio de salud:

“Estamos tratando de incorporar uno de esos servicios amigables en el hospital Emiliano Zapata en Iztapalapa (...) Si estamos muy interesados de que se tenga ese servicio, primero porque Iztapalapa es una zona donde el embarazo en adolescentes es muy frecuente; queremos que reciban la atención y porque de alguna manera esas jovencitas sí podrían ser atendidas y ahí sí establecer un protocolo específico de atención, se llevaría la atención prenatal en el mismo hospital con apoyo psicológico, apoyo nutricional.” (SEDESA-01)

Los Servicios Amigables para Adolescentes se desarrollan dentro de una línea de acción que se preocupa por proporcionar el acceso justo, efectivo y oportuno en materia de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, en donde se aborden temáticas no sólo vinculadas al uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo, sino también referentes al riesgo de contraer alguna ITS. Como ya se mencionó, éstos se crearon como una forma estratégica de ofrecer de manera gratuita diversos servicios vinculados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, sin importar la condición socioeconómica, étnica o de género de los mismos, y de ese modo lograr una equidad en la provisión de servicios de salud.

Tal como se ha venido esbozando hasta el momento, es importante subrayar que los Servicios Amigables se enfocan en desarrollar diversas estrategias de prevención para evitar embarazos no planeados entre adolescentes. No obstante, es pertinente abreviar

que el peso otorgado a la prevención, no significa que la dimensión de la atención quede excluida, y no se constituya como un aspecto a considerar para el funcionamiento de estos servicios. Sin embargo, tras analizar la información proporcionada por tomadores de decisiones y personal de salud, sí resulta evidente que hay una mayor orientación hacia la prevención:

“Los servicios amigables para adolescentes (...) se enfocan y forman clubes nada más para dar información (...) esos grupos de acción son de jóvenes no embarazadas, ya cuando se embarazan ya pasan a otro nivel, digamos, pero esos están enfocados 100% a la prevención en educación, fundamentalmente” (SEDESA-02).

Además, resulta llamativo pensar que al ser un programa con predominio preventivo, su foco de atención radica en la población adolescente no embarazada. En ese sentido, a pesar de que los Servicios Amigables están diseñados para brindar prevención y atención a todos los adolescentes que lo soliciten, en la práctica esto no necesariamente sucede así, lo cual genera contradicciones entre los principios del programa y su aplicación concreta.

### **Aceptabilidad y equidad en la provisión de los servicios de salud**

Asimismo, otra de las barreras a las que se enfrenta la población adolescente se refiere a la aceptabilidad. Romper esta barrera es un objetivo central para los Servicios Amigables. Una estrategia para llevarlo a cabo implica promover una dinámica de respeto y garantía de la protección de la confidencialidad (ENAPEA, 2014), un elemento sumamente relevante si se toma en cuenta que una de las causas principales por las cuales las jóvenes no acuden a los servicios preventivos y de atención al embarazo tienen que ver con el temor de ser expuestas públicamente, ya sea ante su núcleo doméstico, vecinal o de amistades.

Es por ello que una labor fundamental de los promotores de salud implica comunicar a los y las jóvenes que tienen la posibilidad de recibir orientación preventiva, así como de acudir en búsqueda de atención médica en los centros de salud, ya sea para obtener algún método anticonceptivo o, incluso cuando la adolescente ya se encuentra embarazada, para que sepa de la importancia de realizarse chequeos prenatales. Pero lo que es sustancial de esto, es que estén informados de que pueden hacerlo sin necesidad de ir acompañados por un adulto. Por tanto, resulta de suma importancia generar un

ambiente de privacidad hacia los adolescentes, el cual les haga sentir confianza y en donde, en todo momento, se respeten sus decisiones: “lo que se pretende con el servicio y el objetivo es como generar un ambiente de privacidad, de confiabilidad para el adolescente” (SEDESA-03)

Asimismo, como parte de las líneas de acción de los Servicios Amigables para lograr una aceptabilidad entre la población adolescente, se encuentra la capacitación de los proveedores de servicios de salud que atienden a los jóvenes, un hecho que resultó ser frecuentemente citado entre los tomadores de decisiones y personal de salud entrevistado. Por varios de ellos, este punto resultó como una medida necesaria para ir eliminando barreras en el acceso a la atención médica:

“Para disminuir esta barrera de la prestación de servicios pues se ha sensibilizado y capacitado al personal para que tengas la seguridad de otorgar en este caso, bueno con métodos anticonceptivos y a su vez el servicio en materia de salud sexual y reproductiva” (SEDESA-03).

Por consecuencia, “la capacitación, orientación y supervisión del personal de salud (...) son necesarias para garantizar el cumplimiento de las normas y componentes que debe ser puestos en práctica por el personal” (Allen, 2012: 134), siendo uno de los elementos fundamentales de la capacitación el énfasis en “el conocimiento, la sensibilización y las capacidades de comunicación” (Allen, 2012:134).

Además, de enfocarse en los aspectos antes señalados, la capacitación del personal de salud implica que éstos tomen cursos de actualización en torno a temas como preconcepción, control prenatal y planificación familiar. En última instancia, la finalidad es que éstos tengan las herramientas suficientes para acercarse y brindar orientación a las jóvenes de una forma empática y respetuosa, tal como se observa en el siguiente fragmento:

“Una de las primeras estrategias que se implementaron, por lo menos en mi jurisdicción, fue sensibilizar al personal de salud, porque finalmente si era una barrera, no puedo decir que ya al 100% o que están totalmente sensibilizados, porque cuesta trabajo de repente quitarle los introyectos a las personas adultas,” (SEDESA-03).

Justamente, este punto fue señalado como uno de los obstáculos que en algunos casos ha impedido el adecuado funcionamiento de los Servicios Amigables: la falta de sensibilización del personal de salud al momento de prestar un servicio, lo cual muestra una incongruencia con los objetivos y líneas de acción de los servicios, y que, en última instancia, puede tener efectos en la búsqueda de atención de los jóvenes en futuras ocasiones. A continuación se muestra un ejemplo de ello:

“(…) considero importante que se les mencione a todos los médicos, no solamente a los de servicios amigables (…) cuál es la manera de trabajar, porque hay veces, por ejemplo a mí, hay un caso que vinieron las adolescentes y la encargada de servicios amigables no estaba (…) entonces yo acudí con otros médicos, para llevarles a las adolescentes y me dice una chica, pues que yo fui y si me atendió el médico, pero me dijo que para ponerme un dispositivo, me tenían que hacer el Papanicolaou primero, dice, pero me pedían el consentimiento de mi mamá, y bueno esas son algunas contradicciones que se encuentran porque dices, bueno ellas están viniendo y saben que hay atención sin la compañía de un adulto y por eso están acudiendo, pero ¿Qué pasa si nosotros acudimos con otro médico para que nos otorgue el servicio y no está el encargado? bueno los demás no tienen el conocimiento y les piden el permiso de los papás, y obviamente no lo van a traer y con eso exponemos a los adolescentes a que tengan un embarazo porque ya no regresan” (SEDESA-04).

Se ha concluido con este testimonio debido a que resulta significativo para dar una idea sobre los posibles alcances que los Servicios Amigables han tenido. A partir del fragmento citado se puede pensar en la brecha existente entre estos servicios, en tanto programa con objetivos y líneas de acción definidas, y la forma en que éstos se operativizan en la realidad, lo cual termina por ser incongruente con lo que el programa plantea. Esto se constituye como un nudo problemático en la medida en que da como resultado que las barreras de accesibilidad, aceptabilidad y equidad sigan estando presentes, y que las adolescentes continúen sin desarrollar estrategias preventivas, sin acudir en búsqueda de atención médica, y por ende, se sigan presentando embarazos adolescentes no planeados.

### 5.2.3 FUNCIONAMIENTO Y ALCANCES DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN PARA ADOLESCENTES

Un componente esencial de los servicios de salud reproductiva, y en particular, como parte de las acciones enfocadas a la prevención de embarazos adolescentes no planeados, se refiere al uso y promoción de métodos anticonceptivos. Es sobre esta cuestión que se hará referencia en este apartado, a partir de presentar cuáles son las principales acciones orientadas hacia la prevención de embarazos no planeados, con base en la información proporcionada por los tomadores de decisiones y prestadores de servicios de salud entrevistados. En un primer momento, se aborda el tema de los Programas de Planificación Familiar; y en un segundo momento, se hace referencia a la promoción del uso de anticonceptivos en el post-parto.

**Cuadro 1. Métodos entregados a mujeres menores de 20 años, 2008-2014**

Método	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pastillas	486	10.0	285	8.2	358	9.1	404	9.1	327	7.2	148	3.0	191	4.1	
Inyectable mensual	505	10.4	406	11.7	520	13.2	457	10.3	523	11.6	192	3.9	251	5.4	
Inyectable bimestral	84	1.7	57	1.6	51	1.3	135	3.0	119	2.6	165	3.4	111	2.4	
Implante sub	142	2.9	107	3.1	200	5.1	715	16.1	617	13.6	1325	26.9	1863	39.9	
DIU	1441	29.7	1115	32.0	1091	27.8	960	21.6	862	19.0	605	12.3	308	6.6	
Quirúrgico	32	0.7	17	0.5	9	0.2	14	0.3	6	0.1	6	0.1	0	0.0	
Preservativo masculino	1492	30.8	1179	33.9	1330	33.9	1108	24.9	1066	23.5	1159	23.6	813	17.4	
Preservativo femenino	<i>sd</i>	64	1.3	76	1.6										
Diu medicado	<i>sd</i>	<i>sd</i>	<i>sd</i>	<i>sd</i>	57	1.5	60	1.3	82	1.8	181	3.7	225	4.8	
Parche	<i>sd</i>	<i>sd</i>	<i>sd</i>	<i>sd</i>	65	1.7	283	6.4	410	9.1	527	10.7	527	11.3	
AE	<i>sd</i>	<i>sd</i>	<i>sd</i>	<i>sd</i>	76	1.9	139	3.1	373	8.2	401	8.2	142	3.0	
Otro	221	4.6	82	2.4	170	4.3	172	3.9	143	3.2	147	3.0	168	3.6	
Ninguno en consulta de la vez	446	9.2	231	6.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Total	4849	100	3479	100	3927	100	4447	100	4528	100	4920	100	4675	100	

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SIS, Subsistema de información en salud 2008-2014.

#### **Acciones para la prevención de embarazos no planeados y algunas barreras a vencer.**

El tema de la prevención de embarazos no planeados se vislumbra como una problemática compleja que abarca factores de diversa índole, tanto socioeconómicos como culturales. Los entrevistados precisan que es un tema que requiere de algo más que políticas públicas que operen dentro de los servicios de salud, sino que también requiere generar estrategias de intervención que permitan el acercamiento directo con los jóvenes. Una forma de hacerlo es incidiendo en sus espacios cotidianos de interacción

social como el hogar, las escuelas o los lugares recreativos. Dentro de esta línea de acción se encuentran los Servicios Amigables para Adolescentes.

Debido a que hay un entramado de factores que entran en juego en las acciones de prevención, hay varias cuestiones a considerar para que las estrategias puestas en práctica tengan efecto. Una de ellas consiste en promover la aceptación de los métodos anticonceptivos entre todos los miembros que constituyen la red social de los jóvenes, en especial los padres, ya que a diferencia de lo que podría pensarse, en ocasiones éstos pueden jugar un rol negativo en la toma de decisión del joven para usar un método, en tanto que estigmatizan su uso. De hecho, la postura que los jóvenes adopten ante el uso de anticonceptivos tiene fuerte relación con los hábitos y costumbres de sus familiares (Allen, 2012: 148), por ello es importante crear formas para acercarse también a los padres:

“Pues yo pienso (...) que si tendría que a lo mejor empezarse a trabajar con los papás, porque estamos hablando de a lo mejor una apertura social a los métodos de planificación familiar (...) y para esto hay que empezar a trabajar con los papás, para arrancar de raíz ese estigma, que menciona, y que ya no tengan así como que están vetados (...) y que si ya hay papás que empiezan a ser muy abiertos en esta situación, pero son muy pocos, yo pienso que esa parte es también algo que está afectando y que está dando pie a los embarazos en la adolescencia, porque no hay la confianza de padres a hijos” (SEDESA-O4).

De aquí se deriva otra problemática, ya que desde la perspectiva institucional, las adolescentes reciben una escasa educación sexual, no tienen información actualizada, crecen dentro de una cultura de discriminación a los jóvenes y una falta de comprensión de lo que es la sexualidad, así como una falta de comunicación entre padres y madres con sus hijos/hijas acerca de temas vinculados con la sexualidad, el enfoque de género y la maternidad y paternidad (ENAPEA, 2014: 32). Tal como se ha dicho, esto sucede en dos de los principales espacios en los que los jóvenes desenvuelven: las escuelas y los hogares. En última instancia, estas condicionantes pueden conducir a prejuicios, desconocimiento y, por consecuencia, un limitado uso de métodos anticonceptivos:

“No tienen una educación sexual adecuada, no conocen de métodos anticonceptivos, no saben y pues toda la parte social, yo creo que ahí influyen muchas cosas, que también los roles que los padres tienen ahora, que también jornadas de trabajo tan largas de la madre, del padre, donde muchos de ellos

refieren haberse quedado mucho tiempo solos por largas horas en el día al cuidado de la abuela, del vecino, o de ellos mismos” (HOSP-07).

Justo como se acaba de señalar, una de las consecuencias de la falta de información sobre salud sexual y reproductiva tanto a nivel del hogar como de la escuela, es el desconocimiento sobre el uso de los métodos conceptivos por parte de los adolescentes. Al respecto resulta interesante plantearse por qué más allá de un acceso limitado a la información en torno a estas cuestiones en la familia o en la escuela, se genera tal desconocimiento, sobre todo si se considera el papel que tienen las campañas promocionadas en los medios de comunicación masiva respecto al uso de anticonceptivos:

“La otra es el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, aunque parezca increíble o que estén bombardeados por todos lados con el internet y con todo lo que hay, ya si usted va a la pregunta individual, muchas de ellas, algunas si conocen varios, métodos, otras no conocen ninguno” (HOSP-07).

Sin embargo, esto no es algo generalizado, pues en muchos casos se reportó que los jóvenes tienen conocimiento sobre los anticonceptivos, y saben de la relevancia de utilizarlos como método de prevención. Incluso, muestran interés por acceder a los mismos por lo cual acuden al centro de salud, pero es justo en ese momento que se encuentran con trabas de todo tipo, desde administrativas hasta relacionadas con la propia atención médica, pues resulta que algunos médicos les piden asistir con algún adulto o que, por cualquier otra razón, se les termina negando el servicio o se les brinda un servicio poco respetuoso hacia sus decisiones:

“Sabemos que muchos adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, saben que existen, saben cuáles son, para algunos hasta saben su forma de actuar de cada método, ya tienen idea de que método es el ideal de acuerdo a sus expectativas reproductivas, pero al momento de llegar a solicitarlo a un servicio de salud, ahí empiezan o están todas las barreras que han estado mencionando, entonces como mencionan las doctoras, pues lo principal es el cambio de actitud, desde el policía, como dice la doctora, hasta el médico” (SEDESA-03).

Aquí se toca un punto central, y es que las barreras en cuanto a la promoción y uso de anticonceptivos no sólo involucran a los adolescentes y a su red social. También los profesionales de salud tienen un papel preponderante al respecto. De hecho, uno de los

ejes de los Servicios Amigables para Adolescentes ha sido promocionar una capacitación de los prestadores de salud, misma que implica una sensibilización hacia su quehacer, y en concreto, hacia la población con la cual trabajan: los adolescentes. Tal sensibilización no sólo conlleva adoptar un trato más empático y cordial, sino que también significa aceptar que una joven de 14 años puede tener una vida sexual, y que tiene el mismo derecho que una mujer de 30 a recibir información para ejercer una sexualidad segura y plena. Es decir, se trata de modificar representaciones socialmente compartidas sobre la sexualidad adolescente, tanto por quiénes atienden con las jóvenes como por quiénes interactúan diariamente con ellas:

“Tratar de fortalecer por ejemplo el desarrollo humano, es lo que hemos tratado de hacer, porque no es tanto que la gente sepa cómo es que se va dando, te voy a dar un ejemplo: los condones, los condones históricamente, los tenían guardados en el escritorio del médico, y esto era un capital de poder, o sea yo te doy a ti pero, qué se yo en chicas, entonces los condones se echaban a perder a veces, primero que no había, y cuando había, si el doctor le pasaba a esta niña de 14 años. ¿Cómo es que lo interpreta la sociedad? no sabes, y si te doy este, le estoy dando un ejemplo de la práctica clínica, sin tanto rollo, hay doctor como es que le está dando tantos condones, si tienes 15 años y tienes 8 parejas sexuales, todos los fines de semana tienen fiestas” (SEDESA-O2)

Ya que han sido visibilizadas estas barreras, el desafío consiste en tratar de erradicarlas. Para ello, conviene recuperar el planteamiento de uno de los tomadores de decisiones entrevistados, quien apunta hacia la necesidad de generar otro tipo de políticas públicas orientadas a la prevención del embarazo adolescente no planeado. Éstas deben partir de crear otras estrategias de acercamiento hacia la población adolescente y a su entorno social inmediato, así como proponerse reunir equipos multidisciplinarios que se enfoquen en promover la salud sexual y reproductiva desde una mirada más integral:

“Yo creo que yo cambiaría la pregunta y la haría: ¿Qué haríamos para fortalecer los servicios preventivos en los adolescentes? (...)yo creo que si seguimos pensando en servicios asistenciales paternalistas, vamos a estar mal, yo creo que si no nos enfocamos realmente a hacer un trabajo transversal, ok, multidisciplinario, que no solamente los médicos, no es capital del médico, hasta cuándo, que el médico es responsable de lo que pasa en todas las habitaciones de toda la ciudad de México, hay que llevar educación a las casas y hay que tratar de hacer prevención, en ese

sentido yo creo que se debería de enfocar ahí es donde están las necesidades, y eso así como el médico en tu casa hay que poner el médico en tu colegio, en tu escuela, llegar y hablarles muy bien, hay que hacer unos muy bueno programas de salud sexual y reproductiva con conocimiento de la gente” (SEDESA-02).

Junto a esa propuesta más integral, también se tiene el propósito de incorporar dentro de los programas de planificación familiar a las parejas de las adolescentes como actores no sólo secundarios, sino primarios en la toma de decisiones respecto a la prevención de embarazos. En ese sentido, se trata de promover entre la población masculina la importancia del uso del condón, pero no sólo eso, sino también se busca fomentar la idea de que las decisiones en torno a la sexualidad tomadas por la mujer, también lo implican a él directamente. En resumen, se trata de una estrategia que busca generar una mayor equidad de género respecto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes:

“se está tratando de que el hombre también participe en estas decisiones reproductivas, no nada más usando el condón, o ya en los adultos jóvenes realizándose la vasectomía, sino también apoyando a la pareja para el uso de los métodos y la decisión de que método elegir es muy particular de acuerdo a cada caso” (SEDESA-03)

En otro orden de ideas, los profesionales de salud indicaron que los tipos de anticonceptivos que más se promueven son los de larga duración, pues resultan los más efectivos en tanto que impiden que las jóvenes se embaracen durante los tres o cinco años próximos que éstos tengan efecto:

“(....) de larga duración. Es lo que estamos pretendiendo porque las jóvenes son jóvenes. En sí mismo lo llevan se les olvida tomar la píldora, se les olvida poner el parche, se les olvidan. Entonces para que se despreocupen. Si, y obviamente no podemos utilizar el método definitivo no. Si estas son jóvenes que se van a embarazar o que algún día querrán tener una familia entonces tienen que ser algo temporal pero de larga duración” (SEDESA-01)

De hecho, el tipo de anticonceptivo que más se está utilizando es el implante subdérmico, el cual es el más demandado por las jóvenes. Algunas razones por las cuales este método tiene alta demanda por las adolescentes son porque, en primera, es de larga duración; en segunda, no se ve, por lo cual la familia no tiene porque enterarse de que la joven está usando algún método, una preocupación común entre varias de ellas; y en

tercera, no es necesario adoptar un hábito cotidiano que implique estar pendiente del mismo, como ocurre en el caso de las pastillas.

No obstante, los entrevistados dejan claro que aunque las jóvenes tienen derecho a elegir el método anticonceptivo que más se adapte a sus necesidades, es sumamente importante que dicha decisión sea valorada por el médico, debido a que hay que tomar en cuenta diversos factores: “expectativas reproductiva (...), sus condiciones de salud, sus antecedentes, desde los familiares y los personales, citológicos y patológicos” (SEDESA-03).

### **Promoción del uso de anticonceptivos en el post-parto**

El uso de anticonceptivos post evento obstétrico es un tema que adquiere relevancia para varios de los profesionales de salud, dado que uno de los problemas a los que éstos se enfrentan consiste en que atienden adolescentes que tras su primer embarazo no utilizaron métodos anticonceptivos, y que por tanto, pese a tener 16 años llegan con un segundo o tercer embarazo. Es por eso que todos los tomadores de decisiones y personal de salud entrevistados pusieron mucho énfasis en la importancia de la anticoncepción post-parto. De acuerdo a algunos de los informantes, esta estrategia ha tenido buena aceptación entre las jóvenes, por lo cual cada vez son más los casos que salen del evento obstétrico con algún tipo de método:

“actualmente ya casi todas salen con su método, es rara la que ya no sale con su método anticonceptivo, todavía a lo mejor hace seis meses o más era poca la aceptación, actualmente ya no, la mayoría ya sale con su método anticonceptivo, es rara la que sale sin nada, implante, DUI o lo que sea, pasa a enfermería, pasan los médicos, pasamos nosotros y las tratamos de sensibilizar (...) o mínimo se llevan condones” (HOSP-07).

Los informantes mencionan que a todas las mujeres, y en especial a las adolescentes que acaban de tener un parto, se le informa sobre varias opciones de métodos anticonceptivos que son recomendables para ellas:

“Nosotros (...) firmamos el egreso de la paciente, siempre tratamos de persuadirlas, para que se lleven algún método de anticoncepción, siempre y más en adolescentes, porque, para que no se generen periodos intergenésicos, cortos, o sea que les intentamos hacer conciencia de que se van a volver a embarazar, y de

que es mejor si ellas aceptan un método, tratamos en lo posible de explicar las opciones que tenemos en el hospital, y ya en concientizar y si en general si se van muchas (HOSP-06).

Este servicio de planificación familiar post evento obstétrico es llevado a cabo por enfermeras capacitadas para explicar a las jóvenes puérperas sobre opciones de métodos anticonceptivos con los cuales puedan egresar del hospital. A pesar de que se ofrece dicho servicio, no es obligatorio que las adolescentes adopten un método, sino que depende de su decisión:

“Hay un servicio de planificación, lo lleva a cabo una enfermera, y ella pasa cama por cama para ofrecer métodos anticonceptivos, opcionales por persona (...) a todas se les ofrece algún método, ya luego es cuestión de las pacientes de que no lo acepten, pero se les ofrecen, se les ofrecen” (HOSP-06)

De este modo, es una labor central ofrecer información sobre métodos anticonceptivos a las jóvenes que acaban de parir: “el Hospital ha trabajado arduamente y que en un 99.9% tenemos a la mayoría de las pacientes que van con un anticonceptivo definitivo o no definitivo” (HOSP-07).

En conclusión, se observa cuáles son algunas de las estrategias implementadas para evitar embarazos posteriores a un evento obstétrico, así como la aceptación de las jóvenes hacia dicha política. Se deduce también que, paulatinamente, se va dando un mayor acercamiento de las adolescentes no embarazadas hacia los programas de planificación familiar, y por tanto, al uso de métodos anticonceptivos, mismos que cada vez son más variados y se adaptan mejor a las necesidades de las jóvenes, tal como sucede con el caso del implante sub-dérmico. Sin embargo, esto no necesariamente significa que se esté resolviendo la problemática del embarazo adolescente tanto en el campo de la prevención como de la atención. A pesar de que se trata de acciones e intervenciones útiles, hay una serie de factores estructurales y socioculturales que tienen una incidencia considerable respecto a dicha situación, los cuales requieren ser revisados a detalles para poder llevar a cabo una política pública para la prevención del EA realmente integral.

### **5.3 Acceso a servicios para la atención del embarazo en adolescentes: estudio de caso en tres jurisdicciones sanitarias**

Como se señaló en el apartado de antecedentes del presente documento, una de las dimensiones más relevantes del embarazo adolescente se circunscribe en el campo de la salud pública. El embarazo en adolescentes es considerado como un asunto de salud pública debido a las potenciales implicaciones bio-psicosociales para la madre y el recién nacido, a los riesgos asociados con la alta prevalencia de abortos peligrosos, además de que frecuentemente se trata de embarazos no planificados (OMS, 2014).

La literatura especializada y las revisiones sistemáticas sobre el tema han mostrado que la mayor parte de los estudios que caracterizan al embarazo adolescente como problema de salud pública, se sustentan en la disciplina epidemiológica, poniendo énfasis en los impactos que puede tener este evento reproductivo en la salud de las jóvenes y de sus hijas(os) (De Jesús D., y González E., 2014). Particularmente, se señala que este evento es de alto riesgo por la incidencia de complicaciones obstétricas que se registran, comparadas con mujeres de otros grupos de edad, lo que conlleva a una alta tasa de mortalidad materna, partos laboriosos, hemorragias, así como riesgos de preeclampsia, eclampsia, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte neonatal (Allen B., 2012). Además se ha estimado que el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las adolescentes quedan embarazadas antes de los 15 años (UNICEF, 2014:20; OMS, 2014).

Sin embargo, otras vertientes de investigación también han señalado que hay que tener cuidado con imputar (de manera directa) estos problemas de salud a la edad en que se tiene el embarazo, porque en esta morbi-mortalidad más elevada tienen un peso mucho mayor los factores asociados con la salud de la madre, que, a su vez está directamente determinada por las condiciones socioeconómicas y culturales de la familia a la que pertenece y del contexto donde se desenvuelve. Sin dejar de lado los riesgos a la salud que implica el embarazo a edades muy tempranas (por debajo de los 16 años), se debe considerar que una proporción muy alta de los embarazos se concentra en los grupos que se encuentran en condiciones económicas, sociales y culturales más desventajosas y que, por tanto, tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud (Stern C., 2012).

En este sentido, se ha evidenciado que una proporción del riesgo para la salud del embarazo no depende tanto de la edad de la adolescente en sí misma, sino de otros factores básicos como el estado de nutrición y condición de salud de las jóvenes; y

también del hecho de que el acceso a una atención de salud materna de calidad para estos grupos de edad es mucho más limitado por barreras de tipo económico, geográfico, cultural y legal (Family Care International, 2008:7). Por lo tanto, la desigualdad social y las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se traducen en inequidades (injustas, innecesarias y evitables) que tienen efectos adversos en la situación de salud de las adolescentes. En este marco, las adolescentes embarazadas sin acceso a una atención obstétrica de calidad, presentan mayor probabilidad de muerte para la madre y el niño, así como con altas probabilidades de pérdida intrauterina (Menkes & Suárez, 2003).

En México se ha otorgado gran importancia al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas mediante esfuerzos dirigidos tanto a la mejora y calidad de la atención como a la ampliación de la cobertura por parte de los servicios institucionales de salud. La importancia del control prenatal se fundamenta en una amplia gama de estudios que reportan, entre las mujeres que la reciben, menor riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto, así como menor probabilidad de muerte materna (Aguilar M., et al. 2006). Estos efectos protectores se encuentran en función no sólo del hecho de acudir o no a la atención prenatal, sino al inicio de éstas y del número de consultas recibidas durante la gestación (Jiménez A. et al. 2012).

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, señala que “la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención (...); por lo que la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación (Secretaría de Salud, 1993: 6).

En México, se reconoce ampliamente la persistencia de barreras que obstaculizan el acceso a la atención prenatal. Particularmente, en el caso de las adolescentes se ha documentado un comienzo de la atención de manera más tardía y un menor número de citas prenatales en comparación con embarazadas adultas; y estos factores se estiman como uno de los determinantes más importantes que definen los riesgos del embarazo en este grupo de edad (Allen B., 2012).

En este marco, es que adquiere relevancia la exploración de las condiciones de acceso a servicios de salud materna de adolescentes que forman parte de diversos grupos sociales, así la identificación de factores que influyen en la utilización de estos servicios

en las mujeres que cursan un embarazo en la adolescencia. El presente trabajo buscó contribuir a este esfuerzo a través de la elaboración de un estudio de caso focalizado en el análisis de aspectos básicos de los servicios de salud materna (incluyendo control prenatal y atención del parto) para adolescentes usuarias de las unidades de primer y segundo nivel (seleccionados en el trabajo de campo) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Los resultados que se presentan en este apartado se basan en la sistematización y análisis del material cualitativo que se generó mediante la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a 17 representantes institucionales y personal de salud que labora en SEDESA-DF. De manera complementaria se incluyen datos del sistema de información en salud proporcionados por SEDESA mediante solicitud de información pública. Para complementar o contrastar la información cualitativa se analiza la experiencia y perspectivas sobre la atención para la salud materna de las 12 adolescentes que fueron entrevistadas en las unidades hospitalarias de las jurisdicciones sanitarias seleccionadas.

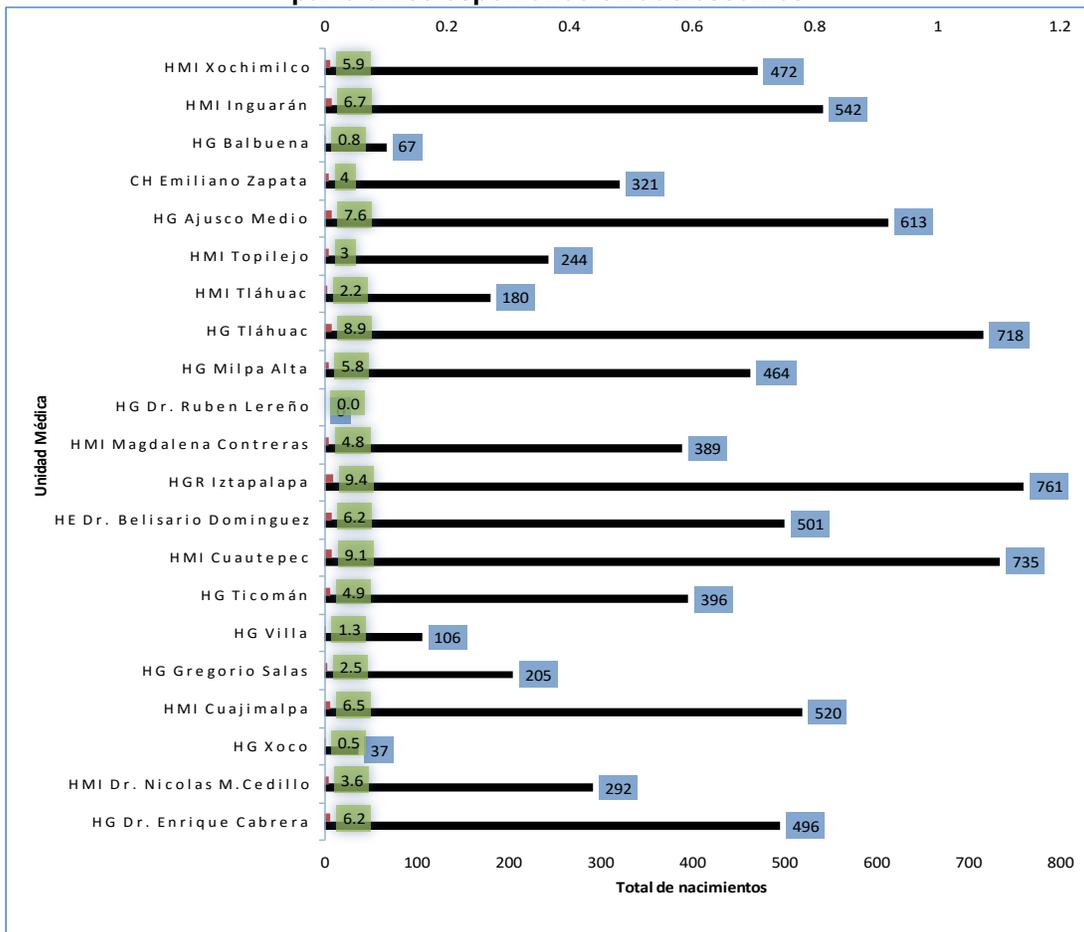
El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo de acuerdo con las guías de la entrevista y su contenido, se incorporaron nuevos conceptos y categorías según lo requiriera el material y se clasificó la información por códigos. En el caso de las entrevistas a profesionales de salud, se propusieron dos grandes categorías de análisis. La primera categoría corresponde a la “situación del embarazo en adolescentes” en los servicios de salud de tres jurisdicciones sanitarias (Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Tlalpan); los códigos que conforman esta categoría son: la distribución del EA con base en los datos generados por el sistema de información en salud; las perspectivas sobre la situación y determinantes sociales del embarazo adolescente a nivel jurisdiccional. La segunda categoría de análisis se centra en el tema de la “atención integral del embarazo, parto y puerperio para las adolescentes”, e incluye los siguientes ejes: perspectiva clínica sobre los factores de riesgo; la atención integral del embarazo, parto y puerperio para las adolescentes; caracterización de los servicios básicos que se brindan en el control prenatal (1er nivel de atención); caracterización de los servicios básicos que se brindan en la atención del parto y puerperio (2º nivel de atención); reconstrucción de las rutas de atención (flujogramas) para mujeres adolescentes embarazadas; áreas de oportunidad y perspectivas.

### 5.3.1 La situación del embarazo adolescente en los servicios de salud

#### La distribución del EA

De acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría de Salud del DF (Figura 3.1), en el año 2014 se registró un total de 8059 casos de adolescentes embarazadas que fueron atendidas en unidades hospitalarias. El Hospital General de Iztapalapa, el Hospital Materno-Infantil de Cuauhtepc y el Hospital General de Tláhuac concentran el mayor número de casos de embarazadas adolescentes (27.5% del total de casos), en 2014, estas unidades hospitalarias atendieron 761, 735 y 718 casos respectivamente. Los hospitales del Ajusco Medio e Inguarán se posicionan en el cuarto y quinto lugar.

**Figura**  
**Causas de egresos hospitalarios, 2014:**  
**parto único espontáneo en adolescentes**



Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. SEDESA-DF. 2014

Durante la aplicación de entrevistas a representantes institucionales y personal de salud se revisaron los datos proporcionados por la Secretaría de Salud. Todos los

profesionales de salud entrevistados corroboraron el promedio de egresos hospitalarios por parto en mujeres menores de 20 años. Los indicadores reportados en las unidades de salud donde se realizó el trabajo de campo se describen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

<p>En 2013, aquí en el Hospital Materno Infantil de Milpa Alta, se registraron <b>490 egresos hospitalarios</b> por parto en mujeres menores de 20 años; y este indicador fue similar en 2014 año en el que se registraron <b>464 egresos hospitalarios</b> por parto en este grupo de edad. Aproximadamente están atendiendo un promedio de <b>38-40 adolescentes por mes</b></p>	<p>En 2013, aquí en el Hospital General de Iztapalapa, se registraron <b>881 egresos hospitalarios</b> por parto en mujeres menores de 20 años; y este indicador fue similar en 2014 año en el que se registraron <b>761 egresos hospitalarios</b> por parto en este grupo de edad. Aproximadamente están atendiendo un promedio de <b>74 adolescentes por mes</b></p>	<p>En 2013, aquí en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc se registraron <b>816 egresos hospitalarios</b> por parto en mujeres menores de 20 años; y este indicador fue similar en 2014 año en el que se registraron <b>735 egresos hospitalarios</b> por parto en este grupo de edad. Aproximadamente están atendiendo un promedio de <b>68 adolescentes por mes</b></p>	<p>En 2014, aquí en el Hospital Materno Infantil de Topilejo se registraron <b>244 egresos hospitalarios</b> por parto en mujeres menores de 20 años. Aproximadamente están atendiendo un promedio de <b>20 adolescentes por mes</b></p>
--	--	--	--

Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. SEDESA-DF. 2014

### **Perspectivas sobre la situación del embarazo adolescente**

En el estudio se recuperó la experiencia de subdirectores médicos y gineco-obstetras que laboran en unidades de segundo nivel (Hospital General de Iztapalapa y Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc) donde se ha concentrado el mayor número de embarazos en adolescentes de 12-19 años de edad. Con el propósito de ampliar la perspectiva de análisis, se realizó trabajo de campo en una unidad hospitalaria que presta servicios a población que vive en un contexto semi-rural (Hospital Materno-Infantil de Topilejo).

A partir del trabajo de campo realizado se identifica que el personal de salud que labora en unidades hospitalarias manifiesta un alto interés en torno al tema del embarazo en adolescentes. Este interés se sustenta en el alto número de casos que se atienden cotidianamente, pero sobre todo en las preocupaciones que surgen al reconocer el perfil de vulnerabilidad que enfrentan buena parte de las adolescentes, por los riesgos y potenciales daños a la salud materno-infantil, así como por los retos que este fenómeno impone para los servicios locales de salud.

De acuerdo con el personal de salud de los hospitales de Iztapalapa y Cuauhtémoc, en estas unidades no sólo se mantiene una alta tasa de embarazo en adolescentes sino también se percibe que es un fenómeno que se ha incrementado en los últimos años. Cabe señalar que entre el personal de salud existe consenso en señalar que la densidad poblacional entrelazada con las condiciones de pobreza, marginación y el recrudecimiento de la violencia constituyen determinantes estructurales que contribuyen a explicar la concentración del fenómeno entre la población usuaria de los servicios ubicados en estas jurisdicciones sanitarias. Al respecto, una informante señaló:

“Es muy sencillo explicar la concentración del mayor número de embarazos adolescentes: son las jurisdicciones más grandes. Pero además con otra situación. Que en estas dos áreas tenemos, sobre todo en GAM, está abierta a la llegada de muchas personas del Estado de México que no tienen servicios más cercanos que los del D. F., o sea les cuesta menos trabajo ir a Cuauhtémoc que buscar dónde las van a atender en el Estado de México. Además hay zonas muy depauperadas, de muy bajo nivel socioeconómico. En ese sentido, yo creo que podríamos hablar de que hay menos educación, hay menos información y que entonces las jóvenes son pues más susceptibles, por falta de información y de educación para evitar embarazarse. No tienen a su mano los medios para evitar el embarazo en un momento dado o porque también son áreas donde las jóvenes están más sujetas a riesgo de violación y de pandillerismo” (SEDESA-01).

En el caso del HMI-Cuauhtémoc, el embarazo en la adolescencia ha llegado a constituirse en un rasgo característico del perfil de la población que demanda atención del parto en esta unidad hospitalaria. Incluso desde la experiencia de los profesionales se afirma que entre 6-7 de cada diez mujeres que egresan por atención del parto, son adolescentes. :

“Desafortunadamente si, las estadísticas nos lo dicen y pues vamos a la alza, las políticas sociales que se han implementado tanto a nivel local como federal, internacional, no han sido suficientes. En este hospital (Cuauhtémoc) tenemos una alta demanda, una situación sui generis porque la densidad poblacional se acentúa con la colindancia que mantenemos con los municipios del Estado de México. Aquí los embarazos en adolescentes tienen un alto índice, yo creo que estamos hablando que el 70% de la población que el Hospital atiende, son adolescentes” (Hosp-07).

“En cuanto al Hospital materno infantil aquí en Cuauhtépec tenemos muchos embarazos en adolescentes, es muy alta nuestra tasa de embarazos. Estamos hablando que arriba de, aproximadamente, en un porcentaje de 10 pacientes que ingresan, alrededor de un 60%, unas seis son embarazadas adolescentes (Hosp-08)”

En el caso del Hospital General de Iztapalapa se estima que las adolescentes representan cerca de una tercera parte del total de mujeres que acuden para la atención del parto. Los profesionales que laboran en esta unidad también coincidieron en señalar que la densidad poblacional y las características del contexto socio-económico contribuyen a explicar la distribución del fenómeno en esta jurisdicción.

“Si, el embarazo adolescente se ha incrementado, definitivamente en los últimos años. Estamos en una delegación, en una de las más grandes del Distrito Federal, donde la atención o la cantidad, el número de pacientes que se encuentran captadas en este hospital, pues son pacientes que no tienen derechohabencia a otras instituciones, como sería seguro, ISSSTE y que entonces acuden aquí, son pacientes con poca escolaridad, pacientes adolescentes que generalmente vienen acompañadas, son hijas de familia, que continúan con sus papás, son familias grandes, en donde a veces la situación económica que viven en su casa es precaria.” (Hosp-05).

Sí, por supuesto, nosotros aquí tratamos a muchísima paciente adolescente, en los últimos años, yo creo que un tercio si no es que más, las pacientes con las que tenemos contacto si son adolescentes y son las que más tienen riesgo de complicarse o las que se complican (Hosp-06).

### **Perspectivas sobre la vulnerabilidad diferencial de las adolescentes de 15-19 años y las menores de 15 años**

La experiencia de los profesionales de salud entrevistados permite ejemplificar algunas de las complicaciones y riesgos más frecuentes que pueden enfrentar las adolescentes durante el embarazo; así como visibilizar los retos que enfrentan los servicios para poder intervenir en la reducción de riesgos y daños en salud.

“Pues este es un grave problema para nosotros, ha representado todo un reto para la administración, porque los Hospitales no están diseñados para atender madres adolescentes, sino para atender embarazadas en general. Las adolescentes se

consideran de 10 a 19 años, y pues ellas no han terminado de desarrollarse como niñas, cuando ya están siendo mamás, y entonces tienen muchas complicaciones durante el embarazo, hay ocasiones que en muchos de los casos nos vemos limitados en atender, y hay que trasladar a la paciente, productos muy pequeños, problemas de sangrado, toda una serie de factores que a nosotros nos han limitado (Hosp-07).

“Hay mujeres que son de 14 años, que al año se vuelven a embarazar, estamos hablando que tienen 14 y a los 15 ya están otra vez embarazadas. Entonces esta situación del poco espaciamiento de los embarazos acentúa mucho los riesgos. Si de alguna manera ellas se fueran con algún método anticonceptivo, obviamente que ese riesgo y esa morbilidad bajaría y la paciente a lo mejor espaciaría más sus embarazos, igual si tuvo su embarazo a los 15 años, va a tener otro a los 20 (HOSP-08).

La percepción de los profesionales de salud respecto a la situación de embarazo en los grupos de 15 a 19 años y de menores de 15 años tiene bastantes similitudes en las tres jurisdicciones sanitarias: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Tlalpan (Topilejo). En general, coinciden en que, a partir de su experiencia profesional, han notado un incremento en el EA en general. Las opiniones respecto al aumento en embarazos de menores de 15 años difieren s, pues mientras que algunos afirman que éste es considerable, para otros resulta no tan evidente:

“Pues incluso en menores de 15, aunque digo no es mucha la cantidad, hablando en números, pero antes a lo mejor no había tantas menores de 15 años, y ahora ya hay a veces de 13, de 14 que llegan embarazadas” (HOSP-05).

“Le estoy hablando que sí se está incrementando en menores de 15. Ahora se ha visto entre niñas, entre los 10 y 12 años, hoy en la mañana tuve una pequeñita de 12 años embarazada, haciendo cola, esperando que le tomaran el laboratorio” (HOSP-07).

Sin embargo, sí hay similitud en cuanto a que se atienden más embarazadas en el rango de 15 a 19 años que en el otro: “yo creo que son más entre 15 y 20 años, menores de 15 años son pocas mujeres pero si las hay” (HOSP-06). No obstante, algunos entrevistados afirman que los datos que sustentan el incremento en el embarazo de menores de 15 años tiene más que ver no con el hecho de que realmente se haya incrementado la

cantidad, sino con que se han mejorado las formas de registro y eso ha posibilitado tener datos más próximos a la situación: “los mecanismos de registro han mejorado, y entonces a veces si había casos que no se estaban reportando, por lo tanto se minimizaba esta situación” (SEDESA-03).

Las principales diferencias que los profesionales de salud detectan entre el grupo de 15 a 19 años y el de menores de 15 años son de diversa índole: fisiológicas, psicológicas, económicas, sociales y culturales. Éstas hacen que una joven menor de 15 años se encuentre en una situación de mayor vulnerabilidad. Asimismo, sus factores de riesgo son más altos, no sólo debido a las características fisiológicas propias de su edad, sino por cómo intervienen las condiciones psicológicas, sociales, económicas y culturales.

De tal modo, entran en juego factores como el hecho de intentar vivir un embarazo a escondidas de la familia por miedo a comunicar su estado, lo que termina impidiendo que éstas lleven a cabo chequeos prenatales:

“Son las que miedo tienen en comentarles a los papás, son pacientes que a lo mejor viven con los papás y les da miedo decirles que están embarazadas, imagino y por eso todo se desencadena en que no tengan un buen control prenatal, que no acudan a las consultas, que si tiene algún factor de riesgo se identifique a tiempo” (HOSP-06).

Esto es algo reiterativo en varias de las entrevistas realizadas. Es decir, se argumenta que las jóvenes no se acercan a los servicios de salud debido a que evitan llamar la atención de su familia: “(...) ellas no solicitan la atención aunque estén embarazadas porque, por todo el rol que llevan al interior de la familia” (SEDESA-03).

Otro factor que influye en la búsqueda de atención médica de las jóvenes menores de 15 años es que al momento de acudir a consulta pueden enfrentarse con mayores obstáculos para recibir atención que una adolescente mayor. De ese modo, se han dado casos de médicos que solicitan a las jóvenes que asistan con una persona mayor edad para que se les brinde servicio:

“También en algunas ocasiones están los médicos que los ponen como el “pero”, de que un adolescente vaya sin acompañamiento a recibir la consulta, porque se consideran menores de edad y no pueden pasar directamente a la consulta” (SEDESA-03).

Igualmente, puede suceder que el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico o la composición familiar, entre otras cuestiones, influya en cómo la joven afronta el embarazo, y posteriormente, la maternidad. Estos factores, aunados a situaciones concretas de violencia o abuso sexual, suelen ser más decisivos y menos favorecedores cuando la joven es menor de 15 años: “las niñas menores de 15 años son las que menos control prenatal tienen, porque, porque son embarazos que se ocultan, porque, porque están relacionados con violencia (...) no quiero decir que todas las niñas se embarazan por producto de violencia, pero creo que si hay un número muy importante” (SEDESA-03).

### **Las características socio-demográficas y económicas de las adolescentes**

En relación con la percepción de los profesionales de salud respecto a las características socio-demográficas y económicas de las adolescentes que se atienden en los servicios de salud de las jurisdicciones sanitarias de GAM, Iztapalapa y Topilejo, son tres los aspectos que están más presentes en las narrativas: el bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, así como la composición del grupo familiar:

“Yo creo que la pobreza, ¿no?, no sé. Porque está ahí desde mi perspectiva esta condición, debe de haber más adolescentes; y segundo por menos recursos, que me imagino que viven condiciones de hacinamiento, tal vez menos cuidados, tienen menos información” (SEDESA-02).

En este sentido, los profesionales deducen que el perfil socio-demográfico y económico de las jóvenes incide en la falta de prevención de embarazos no planeados, así como en el bajo control prenatal, lo cual tiene como consecuencia que éstas lleguen a los servicios de salud cuando su embarazo está muy avanzado, o cuando van a parir:

“(...) Son pacientes con carencias, tanto económicas como de servicios públicos, no asisten a control prenatal, muchas de ellas desconocen de su embarazo hasta que ya está avanzado el embarazo, no llevan control prenatal, por miedo también a los papás, no les dicen del embarazo hasta que ya están muy avanzados” (HOSP-06).

Por otro lado, se señalan otros aspectos que constituyen las características socio-demográficas de las jóvenes: generalmente, no tienen derechohabencia a alguna institución como ISSSTE o IMSS; suelen ser dependientes económicas; y es usual que vivan en casa de los padres o algún otro mayor de edad. Estos factores junto con las condiciones económicas precarias y el bajo nivel educativo, propician que la joven recurra

al embarazo como una forma de salir de una dinámica de vida que puede resultar complicada:

“A veces lo toman como un escape, irse con el amigo, con el novio y quedar embarazadas, no tienen mucha escolaridad, entonces también, pues a lo mejor no tienen todos los conocimientos que debían de tener para poder utilizar métodos de planificación familiar en un momento dado” (HOSP-05).

De acuerdo a los profesionales de salud, el componente familiar es un hecho que puede generar que las jóvenes se embaracen más temprano. Frecuentemente, éstos indican que el entorno familiar suele ser poco favorecedor, en la medida que a veces presenta desintegración, hay poca comunicación entre padres e hijos, e incluso puede haber situaciones de violencia:

“La mayoría de las familias, creo yo, que habitan en Iztapalapa son familias amalgamadas, desunidas, de padres divorciados, a veces las chicas son las que crían al resto de los hermanitos y que de alguna manera están buscando una manera de fuga, el frecuentar otras personas, adultas, más grandes y que finalmente ellas pues quedan embarazadas, cayendo en la misma situación, teniendo nuevamente familias del mismo tipo” (HOSP-05)

En resumen, se observa que los entrevistados consideran las problemáticas económicas, la falta de acceso a la educación, el pertenecer a núcleos familiares disfuncionales, así como estar expuestas a episodios de violencia y abuso sexual intrafamiliar o en otros espacios, como los factores principales que provocan los embarazos de las adolescentes de las delegaciones Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta.

### **Identificación de determinantes del embarazo adolescente**

Los determinantes sociales referidos por los profesionales de salud son de carácter estructural como las condiciones materiales de vida de las jóvenes, así como factores socioculturales que moldean las concepciones que se tiene sobre el embarazo dentro del ámbito social de la adolescente. En relación a lo estructural, se presenta como algo determinante la precariedad económica de la mayor parte de las pacientes atendidas en los servicios de salud de las tres jurisdicciones.

Por otro lado, se encuentran las determinantes socioculturales, las cuales difieren de una delegación a otra. De ese modo, se tiene el caso de Topilejo, en donde las

representaciones sociales sobre el embarazo adolescente no tienen una connotación negativa, sino que forma parte del “deber ser” de la mujer cuando cumple cierta edad. De cierta forma, es un evento socialmente esperado por la colectividad. Asimismo, en tal delegación se hizo mayor referencia a cuestiones como el machismo, el cual se considera un determinante en tanto que se vuelve un impedimento para que los varones no usen métodos anticonceptivos.

Otra cuestión que es señalada en varias ocasiones, consiste en las situaciones de violencia intrafamiliar y con la pareja que viven las adolescentes, algo que propicia tanto la incidencia de embarazo como la falta de atención médica. Aquí se ha tocado un punto importante, es decir, el rol tanto de la familia como de la pareja. Al respecto, hay diferencias en los testimonios de los profesionales de salud, pues algunos comentan que los varones asumen la responsabilidad de acompañar a la pareja durante el embarazo y el parto, como se observa en el siguiente fragmento:

“La mayoría no viene sola, no son niñas violadas, no son niñas abandonadas, son adolescentes con pareja y vienen sus adolescentes de pareja y ves aquí niños que no tienen trabajo, que los mantienen sus papás, pero vienen con ellas, entonces a nosotros” (HOSP-07).

Por el contrario, entre los profesionales de salud de Cuatepec se refiere que buena parte de las adolescentes enfrentan la falta de apoyo de las parejas, y del resto de la familia. Al grado de que éstas tienen que acudir solas a los servicios de salud:

“Desafortunadamente yo en las encuestas que llevo, he hecho unas 110, el 98% vienen solas, ni siquiera con la mamá, ni siquiera con el papá, realmente esa parte es como lastimosa porque vienen solas (...) la mayoría de las veces a la consulta a los laboratorios vienen solas (...) son muy pocas las que vienen con su pareja” (HOSP-07).

La percepción de varios profesionales de salud parte de que las adolescentes no tienen una pareja estable, y que en muchos casos, el joven también se encuentra en situación de precariedad económica, de desempleo, y por consiguiente, con pocas posibilidades de ser un apoyo para su pareja. Del mismo modo, hay ciertas variaciones en cuanto a la opinión de los entrevistados respecto al papel de los padres, ya que mientras algunos niegan que éstos estén al pendiente de las hijas durante el embarazo, otros afirman que

son la compañía más habitual durante los chequeos prenatales y los partos, más incluso que la pareja:

“Vienen con la mamá, pero creo que es ya cuando se ponen mal y la mamá es la primera que salta obviamente, es raro cuando viene con la pareja, si llegan a venir con la pareja, si y es cuando te das cuenta que la pareja es un niño, igual que ella” (HOSP-06).

En términos generales, es preciso concluir que las principales determinantes descritas por los tomadores de decisiones y los prestadores de servicios de salud se vinculan directamente con la condición de pobreza y marginación en las que se desenvuelven la mayoría de las adolescentes embarazadas que se atienden en el primero y segundo nivel de atención de las tres delegaciones. A esto se suman situaciones específicas que favorecen el embarazo adolescente, como la violencia, familias desintegradas y ciertas concepciones culturales en torno al mismo.

### **5.3.2 La salud materna: control prenatal y atención del parto y puerperio**

El Programa de Atención a la Salud Materna y Perinatal tiene el propósito de realizar acciones para promover una maternidad saludable y reducir los riesgos en las mujeres de todos los grupos de edad, contribuyendo a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Las estrategias y acciones están dirigidas a la vigilancia del embarazo, a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones del embarazo (preeclampsia, eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y complicaciones de aborto); la atención del parto y puerperio, así como en manejo integral del recién nacido (Secretaría de Salud, 2001).

La atención de este proceso necesariamente involucra a diferentes áreas y niveles de atención. El seguimiento del embarazo y control prenatal comprende un conjunto de acciones y servicios que se brindan en el primer nivel de atención; y la atención del parto y puerperio, y el manejo al recién nacido son servicios que se brindan en el segundo nivel de atención. Este procedimiento se encuentra unificado a nivel nacional, pero presenta singularidades de acuerdo a la estructura organizacional de la red de servicios disponible a nivel local.

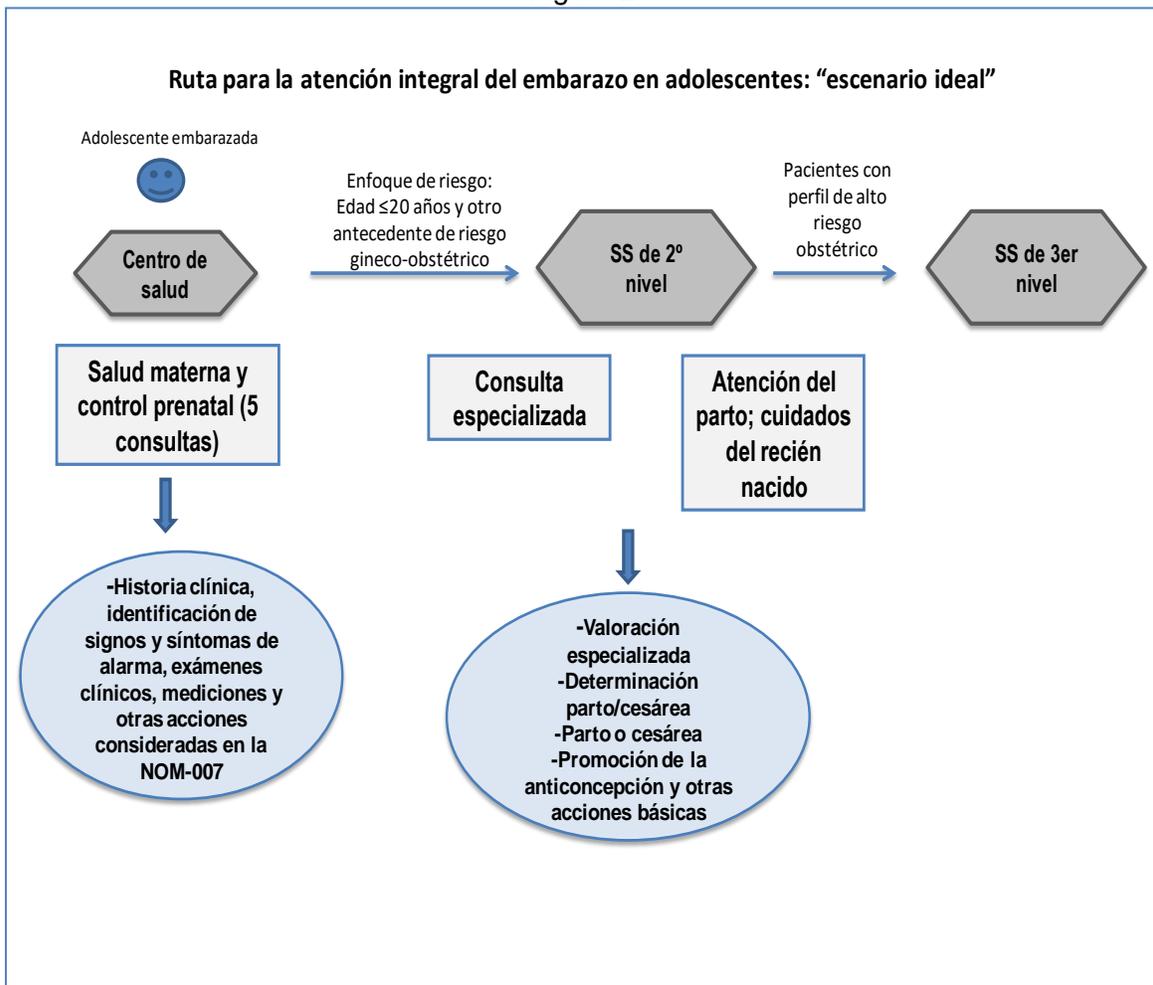
En el caso de la Secretaría de Salud del DF, la Coordinación de Salud Reproductiva tiene entre sus principales funciones la planeación y supervisión de los servicios hospitalarios para la atención del parto, mientras que los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) coordinan las acciones de salud materna y control prenatal, así como las actividades de promoción de SSR y prevención. Esta estructura se describe a grandes rasgos en la narrativa de uno de los representantes institucionales entrevistados:

“Nosotros no tenemos nada que ver con la coordinación de acciones de atención prenatal, ni con las actividades de prevención, sino exclusivamente con la atención de parto porque ni siquiera vigilamos puerperio; todo lo que es ambulatorio lo maneja Salud pública. En el D.F están separadas las dos áreas. El área de Salud pública sigue recibiendo el presupuesto del área federal; y el área de hospitales lo recibe de la Asamblea Legislativa. Entonces esta es una situación que define la respuesta y estructura del sistema. En lo que respecta a lo que propiamente se llama la Secretaría de Salud incluye también a los Servicios de Salud pública y el señor Secretario es el jefe de ellos y de nosotros. Consultas de atención para la planificación familiar que también es una actividad ambulatoria la llevan los servicios de Salud pública; al igual que la atención prenatal, detecciones de VIH, detecciones

de sífilis. El médico en su casa también lo maneja Salud pública. Nosotros entonces nos focalizamos en atención del parto y en las acciones vinculadas con la interrupción legal del embarazo (SEDESA-01)

Tomando en consideración las singularidades de la estructura organizacional de SEDESA-DF, particularmente en lo que respecta a la salud materna, en este trabajo se realizó un esfuerzo por reconstruir la ruta de atención para mujeres adolescentes embarazadas; y, posteriormente se buscó observar algunas particularidades del procedimiento a nivel jurisdiccional. En la Figura 1 se describe el “escenario ideal” que busca sintetizar los lineamientos normativos y operativos que se han consensuado para garantizar la atención integral del embarazo.

Figura 2



Fuente: Elaboración propia con base en los criterios descritos en el Manual de Atención del embarazo saludable. Parto y puerperio seguros, y salud del recién nacido. Secretaría de Salud 2002.

Los profesionales entrevistados coinciden en señalar que no existe un protocolo específico para la adolescente embarazada; sin embargo, los lineamientos vigentes incluyen criterios que consideran a las mujeres que forman parte de este grupo etario. De acuerdo con la ruta de atención vigente se esperaría que las adolescentes llegaran a los centros de salud en el primer trimestre del embarazo con el propósito de recibir atención prenatal. El Control Prenatal se ha definido como un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en consultas regulares o visitas programadas con el personal de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos en este proceso (Jiménez A., 2012:82). En la NOM-007 se especifican los servicios y prácticas que deben aplicarse en el marco de la atención prenatal, y éstos pueden ser revisados en el Cuadro 2.

**Cuadro 2**  
**Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993**

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: elaboración de historia clínica; identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales); medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración; valoración del riesgo obstétrico; valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D $\mu$ ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos; examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad; prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo); aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada; promoción de la lactancia materna exclusiva; promoción y orientación sobre planificación familiar; medidas de autocuidado de la salud; establecimiento del diagnóstico integral.

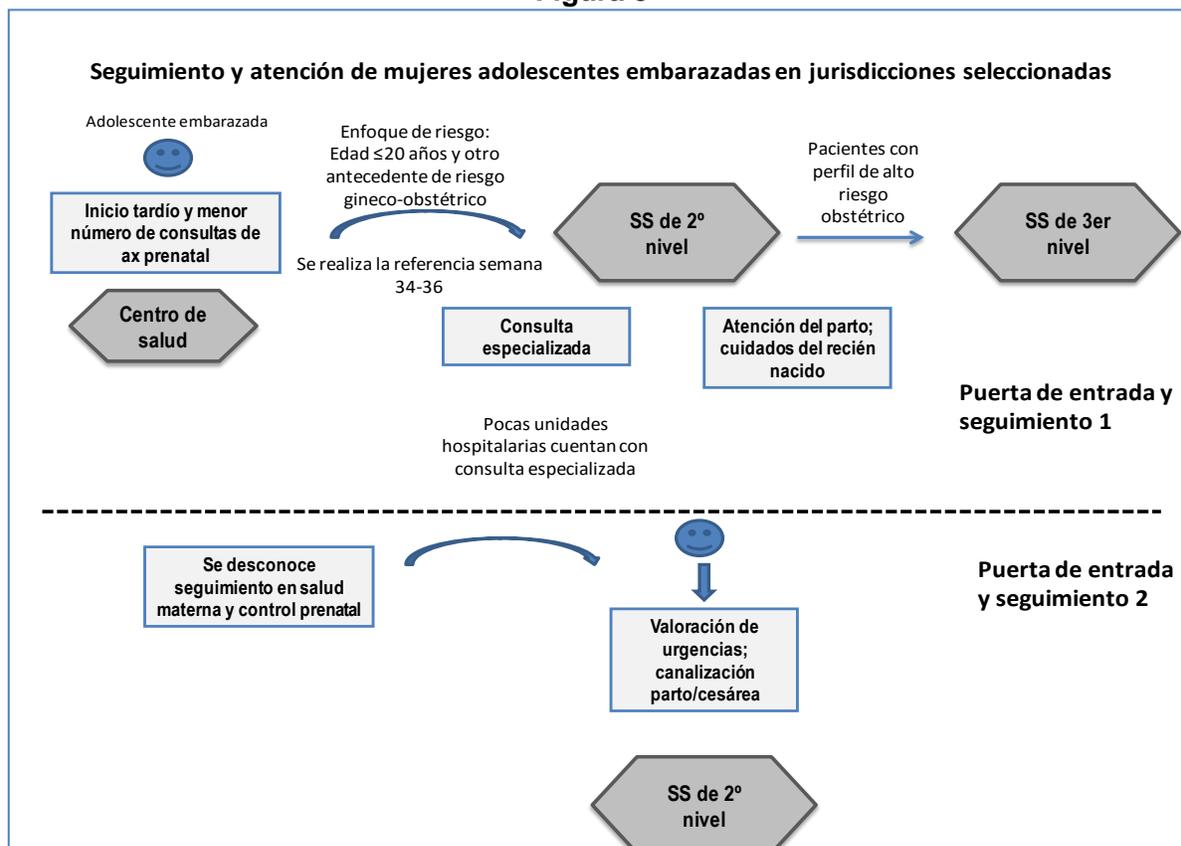
Fuente: Secretaría de Salud.

Una acción fundamental de este programa es la atención prenatal con enfoque de riesgo, el cual busca identificar oportunamente en las áreas obstétrica y perinatal el nivel de atención más idóneo para el adecuado control médico de la gestante y de su hijo/a. De acuerdo con los criterios normativos y operativos vigentes, si la mujer embarazada tiene

edad menor de 20 años y presenta otro antecedente ginecoobstétrico de riesgo, entonces su caso debe ser manejado como un “embarazo de alto riesgo obstétrico” (Secretaría de Salud, 2001:20). En este escenario, la adolescente embarazada debería ser referida a la consulta especializada que se programa en el segundo nivel o en los módulos especializados; y en caso de obtener una valoración que indique una acentuación de los factores de riesgo se deriva a la paciente al 3er nivel de atención.

Como se ha mencionado, estos lineamientos de atención buscan unificar las estrategias y los criterios de operación para la provisión de servicios integrales esenciales de atención de la mujer para un embarazo saludable, parto y puerperio seguros y de la salud del recién nacido. Sin embargo, en el nivel operativo se redefinen estos criterios de acuerdo a las especificidades de la red de servicios a nivel local y con base a las características y necesidades de la población usuaria. En este sentido, se identifica que el acceso (vertical y horizontal) de las adolescentes a servicios de salud materna se establece a través de dos procedimientos y puertas de entrada, los cuales se describen en la Figura 3.3.

**Figura 3**



Fuente: Elaboración propia con base en material cualitativo compilado en entrevistas a profesionales de salud que participaron en el estudio.

De acuerdo con los profesionales de salud entrevistados, el punto de entrada y ruta de atención más frecuente se caracteriza por los siguientes aspectos: el inicio tardío y el menor número de consultas de atención prenatal (de las que se establecen en la NOM-007), las cuales generalmente se brindan en el primer nivel, ya que son escasas las unidades hospitalarias que cuentan con consulta externa especializada y aún se requiere fortalecer la infraestructura de los módulos especializados; por la entrega de pases médicos y mecanismos de referencia al segundo nivel cuando la adolescente se encuentra entre la semana 34-36 del embarazo; por la provisión de servicios para la atención del puerperio (retiro de puntos y vigilancia) y orientación para la anticoncepción post-parto; y por la atención y seguimiento del recién nacido. El análisis del material cualitativo indica que este procedimiento y puerta de entrada se puede identificar en las unidades hospitalarias de Topilejo (JS-Tlalpan), en el Hospital Materno-Infantil de Cuauhtepac (JS-GAM) y con menor frecuencia en el Hospital General de Iztapalapa. A continuación se presentan algunos fragmentos de entrevista que contribuyeron a reconstruir esta ruta de vinculación entre las adolescentes embarazadas y los servicios de salud:

“No en todos los hospitales hay consulta prenatal, es más, en su mayoría no hay. Son muy pocos los hospitales que tienen esta consulta especializada. Se busca que las mujeres acudan al hospital, pero al mismo tiempo se siguen controlando en el centro de salud” (SEDESA-01)

“Para todas las adolescentes es igual, porque finalmente el apego a la norma es para todas las mujeres que están embarazadas, si sabemos que por edad corresponde ya a un embarazo de alto riesgo y se les refiere al segundo nivel; el problema que tenemos es que no todo el segundo nivel tiene consulta externa para recibirlas, para darles seguimiento, entonces se continúa con el seguimiento en el primer nivel para que estas mujeres tengan oportunidad de tener control prenatal (SEDESA-03).

“De hecho ya cuando nos mandan a una paciente adolescente, es un embarazo de alto riesgo y tiene que ser enviada desde que se capte, la primera consulta, enviarla con nosotros, pero a veces no lo hacen. Hay ocasiones en que nos las mandan entre la semana 32 y otras hasta las 36, entonces eso también eso es muy importante tenerlo en cuenta. Si tiene que haber una buena comunicación entre en el primero y el segundo nivel, para que ese tipo de pacientes no pierdan y se les

brinde una atención oportuna y adecuada; que la atención especializada no sea en una etapa inoportuna, sino que tiene que ser en etapas tempranas, entonces eso es bien importante” (HOSP-08)

“Las adolescentes que estamos atendiendo en este hospital por lo general si tienen expediente clínico y acudieron a la atención prenatal. Si hay información porque ya el embarazo hace que sean un poquito más responsables, a veces por consejo del familiar, de la pareja, estamos atendiendo así, es muy poco frecuente que no tengan ninguna consulta.” (HOSP-07).

“Hay pacientes algunas que vienen referidas de su centro de salud y que si en un momento dado están identificadas como menores de edad, las mandan porque ya con el simple hecho de que son menores adolescentes, pues ya es un factor de riesgo (HOSP-05).

“Las pacientes con las que tenemos contacto si son adolescentes y son las que más tienen riesgo de complicarse o las que se complican. Esto es por los factores de riesgo, simplemente la edad, el estado a veces socioeconómico, no asisten a control prenatal, muchas de ellas desconocen de su embarazo hasta que ya está avanzado el embarazo” (HOSP-06).

“Dentro de tu interrogatorio de la paciente, identificas los factores de riesgo, o sea las preguntas, si han llevado control del embarazo, la edad los antecedentes ginecológicos obstétricos que tenga, el contacto o los antecedentes personales de las pacientes los tienes que interrogar es forzosamente para la consulta, y hay veces que te das cuenta de las carencias que tiene” (HOSP-06)

“Nosotros tenemos consulta externa de primera vez y consulta de especialidad. En la consulta externa de primera vez atendemos a todas aquellas embarazadas que nos mandan de los centros de salud y que entonces llegan con el primer filtro que es el médico general. Éste les abre su expediente les hace su historia clínica y las pasa con el ginecólogo, lo ideal es que ellas tengan, por lo menos que vengan referidas de un centro de salud, cuando por lo menos con cinco consultas previas y que lleguen aquí pues con laboratorios y demás estudios; y que el gineco ya decida si va ser un parto normal, si va tener una resolución diferente a lo mejor la programan para una cesárea, es decir la detectan, cuando la paciente referida de alguna unidad de primer nivel” (HOSP-07).

Lo que pasa es que como este es un Hospital de segundo nivel, ellas vienen referidas de los centros de salud, de primer nivel, y de ahí hay un convenio pre-establecido, que ellas deben de ser referidas a la semana 34, para venir a consulta y estar un mes antes del término de su gestación, un mes y medio o dos antes de su gestación. Para mí esa no es la política más adecuada, porque siendo embarazadas ellas tendrían que haber llegado desde, yo las consideraría como embarazo de alto riesgo por el simple hecho de ser adolescentes, yo diría que los centros de salud nos la deberían de mandar por ahí de la semana 12 ó 14” (HOSP-07).

El segundo punto de entrada y ruta se caracteriza por brindar una atención reactiva que consiste en los siguientes aspectos: la adolescente embarazada llega con labor de parto al área de urgencias de la unidad de 2º nivel, se aplica triage obstétrico para clasificar la urgencia obstétrica, se complementa la valoración especializada mediante exámenes clínicos de rutina y se determina parto o cesárea.

“Ojalá las jóvenes llegaran o las mujeres adultas, las que fueran, las embarazadas en el primer trimestre, pero ¡no llegan! Desde los servicios de salud pública se sabe que no llegan. Cuando nosotros vemos a las jóvenes es porque hay que atenderles el evento obstétrico y eso quiere decir que ya se embarazaron ya sea parto, aborto o cesárea. Tan no llegaban que el médico en su casa va a buscarlas y ahí las descubre, que ya tienen tres o cuatro meses y están embarazadas. Entonces, dicen “no, usted véngase, le vamos a controlar su embarazo en el centro de salud y le vamos a dar una dispensa y vamos a, a hacerles sus estudios para que todo vaya muy bien.” (SEDESA-01)

“El modulo mater es algo que digamos que nos ayuda a identificar la urgencia obstétrica, nosotros no lo tenemos porque simplemente, es en un Hospital general, porque es un grupo multidisciplinario, el internista, el pediatra, el intensivista, el anestesiólogo, nosotros no tenemos ni terapia, ni tenemos algunas cosas, entonces lo que hacemos nosotros, hacemos un Triage, que es una manera en donde nosotros clasificamos la urgencia de la paciente” (HOSP-07).

“Las pacientes que nosotros manejamos desafortunadamente son pacientes que no llevan un control prenatal adecuado, que ya cuando llegan aquí es prácticamente porque ya llevan un embarazo de término y que no llevaron ningún control prenatal, hay pacientes algunas que vienen referidas de su centro de salud y que si en un

momento dado están identificadas como menores de edad, las mandan porque ya con el simple hecho de que son menores adolescentes, pues ya es un factor de riesgo”. (HOSP-05)

“Esto es por los factores de riesgo, simplemente la edad, el estado a veces socioeconómico, hay que tener en cuenta que aquí el Hospital no estamos en una zona de alto nivel socio económico, son pacientes con carencias, tanto económicas como de servicios públicos, no asisten a control prenatal, muchas de ellas desconocen de su embarazo hasta que éste ya está avanzado, no llevan control prenatal, por miedo también a los papás, no les dicen del embarazo hasta que ya están muy avanzados”. HOSP-06

### **¿Qué estrategias se están implementando? ¿Cuáles son las áreas de oportunidad?**

En las tres unidades hospitalarias donde se llevó a cabo el estudio se identificó un alto interés por desarrollar estrategias que contribuyan a mejorar la atención integral de las adolescentes embarazadas. Algunos profesionales de salud consideran que es relevante mejorar los sistemas de información y generar evidencias científicas que sirvan como un insumo para la toma de decisiones. En este sentido, se identificó que en la unidad hospitalaria de Cuauhtémoc se está desarrollando una investigación con adolescentes que acuden para la atención del parto. Al respecto, una representante institucional comentó:

“Pues estamos en la investigación, estamos muy interesados en saber que está pasando, porque me preocupan las adolescentes y me ocupa el hecho de que sean tan jovencitas, que vengan y se les complique y que nazcan productos chiquitos. Es relevante saber lo que transcurre en el embarazo y lo que pasa después con ellas. Cuando transcurren el embarazo y tuvieron la suerte, la fortuna de acercarse a un Hospital donde les están llevando su control prenatal y demás, pues son afortunadas pero muchas de ellas; pero otras llegan cuando ya se complicó el asunto, cuando podemos ofrecer poco al complejo embarazo que tuvieron (HOSP-07)”.

Por otra parte, en las tres unidades hospitalarias se planteó la necesidad de formular o de reforzar las estrategias que pueden coadyuvar a la mejoría de la atención a la salud materna de las adolescentes. En el caso del Hospital Materno-Infantil de Cuauhtémoc se registran avances relevantes que se expresan en la continua capacitación del personal; y el fortalecimiento de la capacidad instalada. En lo que concierne a la capacitación se ha buscado fortalecer las capacidades de los profesionales en lo que concierne al manejo de

los principales riesgos de muerte materna (trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias durante el evento obstétrico, sepsis y otras infecciones puerperales); y se considera que estos procesos de educación continua tienen particular importancia para mejorar la atención que se brinda a las adolescentes. Al respecto una informante señaló:

“Pues mira hay tres cosas que yo creo que el Hospital nos han funcionado, la primera es la capacitación del personal. Para nosotros es muy importante, como no tenemos banco de sangre, es importante que los médicos vayan a practicar, aprender, a llenarse de todas esas técnicas que sin tener banco de sangre puedan aplicar para el manejo del riesgo obstétrico. Para ellos es básico que sepan aplicar medidas para una paciente que está sangrando, que sepan manejar las hemorragias obstétricas. Hemos tratado de fortalecer la capacitación del personal, en las áreas estratégicas: en el área de urgencias, en el área quirúrgica y en el área clínica, y el área médica que los médicos de primer nivel, puedan tener los médicos generales” (HOSP-07).

Además del componente de capacitación, en el HMI de Cuatepec se ha buscado fortalecer la capacidad instalada mediante la instalación de un cunero de transición. De acuerdo con la experiencia de los representantes de esta unidad, esta estrategia surgió ante la necesidad de estabilizar a los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso, los cuales frecuentemente son hijos de madres adolescentes. El cunero ha funcionado por tres años y hasta el momento ha permitido brindar atención a 1200 bebés. Por ello, como parte de las estrategias que se sugieren para atender el tema de EA, se coloca el fortalecimiento de las capacidades del cunero de transición, básicamente se requieren más recursos humanos, material y equipo. En este sentido, una informante señaló:

“Empezamos a tener, pues bebés bien pequeñitos, prematuros, que no podíamos trasladar, resulta que tuvimos que abrir un cunero de transición, es un modelo que se utiliza mucho en los países latinoamericanos. Son como cuneros donde los bebés nacen se estabilizan 72 Hrs y los envían. Nosotros hicimos exactamente lo mismo porque no es ni un cunero patológico ni es un Nausin, es un cunero de transición. Tenemos capacidad para siete bebés. El cunero tiene tres años que lo implementamos, por esto porque nos llegaban tantas chiquillas, pues un bebé aquí, otro bebé acá porque de aquí a que lo trasladábamos, de aquí a que nos lo recibían, pues tiene 32 semanas, tiene 34 semanas, pues tiene 35 semanas. Vas a los antecedentes de la mamá y tiene 17 años, y vas al antecedente de la otra y tiene 16

años y 19 y era imposible. Como resultado tuve que hacer un cunero de transición. ¿Qué quiero ahora? que el cunero me lo pongan en mejores condiciones. Hasta el momento hemos atendido 1200 bebés” (HOSP-07).

En el caso del HG de Iztapalapa se planteó la necesidad de replicar el modelo de atención que se basa en la denominada “Clínica de Atención del Adolescente”. Dicho modelo actualmente opera en el Hospital Materno Infantil Inguarán. En el presente estudio no se programaron actividades en esa unidad hospitalaria; sin embargo, en las narrativas de los profesionales frecuentemente se hace referencia a la eficacia y calidad de los servicios especializados que se brindan en la clínica a la cual acuden adolescentes que son referidos por el médico tratante del 2º nivel de atención. Al respecto, una representante institucional comentó la viabilidad de este proyecto:

“Como reconocemos que es ya un factor de riesgo la edad, pero justamente estamos ahorita iniciando un protocolo para poder tener una clínica de las embarazadas adolescentes. Es un proyecto que buscamos implementar para este 2016. Creo que está bien fundamentada la necesidad, primero por el número, el porcentaje que estamos comentando, incluso el número de pacientes adolescentes que se ven mensualmente. En segunda brindarle a estas pacientes apoyo, desde el apoyo educacional, hablando de nutrición y de prevención, porque bueno ya están embarazadas pero para prevenir enfermedades, el prevenir algunas situaciones que hagan que los bebés nazcan antes de tiempo, porque va relacionado a partos prematuros, por la falta de atención, entonces evitar todo esto, darles una salud integral y darles pláticas orientación, desde con trabajo social, psicólogas, médicos, para atender esta situación” (HOSP-05).

En el caso del Hospital Materno-Infantil de Topilejo también se identificaron estrategias y esfuerzos muy relevantes en lo que concierne a la salud materna. Es importante señalar que esta es la única unidad hospitalaria que cuenta con la “Clínica de la Mujer”, en la cual, se ha buscado promover el embarazo saludable y la maternidad responsable mediante estrategias de información, educación y comunicación. En esta clínica que forma integral del servicio hospitalario, se brinda atención a toda mujer embarazada que acude a consulta externa. Si bien estos servicios se proporcionan a todas las usuarias que tienen este perfil, buena parte de las beneficiarias son adolescentes embarazadas. Respecto a esta experiencia se señaló:

“Algo con lo que si se cuenta es con la Clínica de la mujer, que también atiende a pacientes adolescentes que llegan embarazadas. Se atienden con la idea de que conozcan los cuidados prenatales, natales y post natales, en lactancia materna que es uno de nuestras metas, así como métodos de planificación familiar, parto natural, cesáreas, que son diferentes temas que se llevan a cabo en la semana. Una vez que están con nosotros, toda usuaria que está internada recibe la visita, por lo tanto todas reciben la información sobre planificación familiar, la mayoría de ellas, solicita un método de planificación, porque ya le estoy informando, pero si alguna de ellas se resiste, respeto esa decisión y le entrego su dotación de preservativos y le doy una cita abierta a planificación familiar” (HOSP-09).

En el marco de los talleres y pláticas se generan procesos de comunicación y socialización entre los profesionales de salud y las adolescentes, sus parejas, madres, padres y otros familiares que acompañan la vivencia del embarazo. En este sentido se señalan experiencias positivas

Con las adolescentes, por el tipo de pacientes que nosotros manejamos en esta región la mayoría de las adolescentes si desean ese embarazo. Cuando las chicas son tratadas aquí en su control prenatal, todas ellas pasan a la Clínica de la Mujer donde les damos un taller de educación perinatal, las preparamos para la atención de su parto, y ellas vienen, asisten y asisten con su pareja, hay algunas chiquitas que llegan a venir con sus papás y papá hombre, algunas vienen a veces hasta con sus abuelos. Nuestro tipo de atención para con las adolescentes, es una experiencia muy agradable porque ellas son muy cooperadoras. Se les invita, primero es un grupo de embarazadas adolescentes, niñas de 15, 16, 17 y bueno antes de los 18, afortunadamente vinieron a tres sesiones, donde invite a la psicóloga, invite a la nutrióloga e invite a la ginecóloga. Sí, le digo que nosotros tuvimos la experiencia de con estas niñas y platicábamos, se formó un grupo muy bonito; todas exponían del por qué y cómo se habían embarazado con quien vivían, que sentían, fue una experiencia bonita y le digo que nos apoya el personal.”

## **VI. Conclusiones y sugerencias**

El Gobierno de la Ciudad de México tiene como prioridad generar políticas sociales que promuevan y garanticen los derechos de las y los adolescentes, enfocándose en el desarrollo de intervenciones que contribuyan a la prevención y atención del embarazo, con un enfoque de género y derechos humanos. La política social del GDF tiene entre sus objetivos la mejora en la calidad de vida y la reducción de las brechas de la desigualdad, lo cual se espera lograr tomando en cuenta las especificidades particulares de cada sector y las estrategias generales de atención, cobertura, calidad y pertinencia, de equidad y participación social. Entre los grupos prioritarios están considerados las y los adolescentes, para quienes se ha buscado establecer políticas y programas sociales y de salud que contribuyan a atender sus problemas coyunturales de corto y mediano plazo y sienten bases para la resolución de aquellas de naturaleza estructural (Jusidman C., 2000).

Desde esta perspectiva, se ha reconocido que uno de los problemas que enfrenta la población adolescente en la Ciudad de México es el alto índice de embarazos, muchos de ellos, no planeados. Como se ha evidenciado en este trabajo, un embarazo en la adolescencia puede tener implicaciones de salud, psicológicas, sociales y económicas que afectan a la mujer y al niño o niña por nacer, con un costo individual, familiar y social alto. De ahí la importancia que ha tenido el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, incluyendo la toma de decisiones individual, responsable e informada en lo que concierne al ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 (PGD-DF 2013-2018) es el documento rector de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad, ya que establece áreas de oportunidad, objetivos, metas y líneas de acción que sirven de base para la definición e implementación de las políticas públicas hasta el año 2018. Este documento contiene en su Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano, en el cual se define a la población adolescente como vulnerable y prioritaria. Dentro de este eje existe el área de oportunidad 2 que corresponde a la salud; en ella se enfatiza el embarazo y la maternidad adolescente como un problema que reclama atención (PGD-DF 2013-2018).

En la Ciudad de México, se han desarrollado diversas estrategias de promoción de los DSR de las y los adolescentes, de prevención de los embarazos no planeados, de atención médica del embarazo en la adolescencia, así como proyectos de desarrollo social para madres adolescentes. La implementación de estas iniciativas involucra a diferentes dependencias del Gobierno de la Ciudad de México, entre las cuales figuran: la Secretaría de Salud del DF (SEDESA), el Instituto de la Juventud (INJUVE), el Instituto de las Mujeres (INMUJERES) y el Fideicomiso de Educación Garantizada (FIDEGAR).

El presente estudio partió del reconocimiento de que la Secretaría de Salud del DF es una de las instituciones gubernamentales con mayor influencia en el desarrollo de iniciativas destacadas en materia de prevención y atención del embarazo en adolescentes. Cabe señalar que “la SEDESA tiene la misión de garantizar el derecho a la protección de la salud otorgando servicios médicos organizados en una red de atención médica, ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, con el propósito de abatir la desigualdad social y lograr que la población que no cuenta con la protección de la seguridad social, residente el Distrito Federal, tenga acceso a servicios de salud gratuitos, universales y orientados a la prevención y atención, definiendo políticas, estrategias, normas y procedimientos que deben orientar los servicios, con programas de formación y capacitación de recursos humanos, y llevar a cabo la coordinación de las políticas de salud y la coordinación interinstitucional (SEDESA: 2015: 30).

Desde la década de los 90, los servicios gubernamentales de salud han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente en la Ciudad de México. En este ámbito de la respuesta institucional en salud destacan las iniciativas desarrolladas por los siguientes programas estratégicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal: el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente), el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, los servicios para la interrupción legal del embarazo y el Programa de Atención a la Salud Materna y Perinatal. Dichas instancias regulan la funcionalidad de las acciones directamente relacionadas con el tema eje del estudio. Por ello, en este trabajo se buscó reconocer los alcances y retos de los programas de salud que se han implementado para atender las necesidades en este campo. En su conjunto, los programas colocan al embarazo adolescente como un problema de salud pública que se vincula con las condiciones de desigualdad socio-

económica y con las inequidades que persisten en el acceso y uso de los servicios de salud.

### **El embarazo adolescente en la Ciudad de México**

En el presente estudio se enfatizó que el contexto sociocultural y de desigualdad social funciona como determinante del embarazo en adolescentes, lo cual contribuye a explicar la distribución diferencial del fenómeno asociada a las condiciones de vida de la población. La literatura especializada ha permitido generar evidencias de las grandes diferencias entre clases, estratos o grupos sociales en lo referente a la incidencia y distribución del embarazo en la adolescencia. Por ejemplo, en México se han documentado diferencias en las tasas específicas de fecundidad adolescente según el nivel educativo de la madre (Menkes C., y Serrano O., s.f); se han visibilizado las desigualdades persistentes que se expresan en la distribución diferencial de las tasas de embarazo adolescente entre los distintos estratos sociales (Stern, C., 2012); y se ha mostrado la mayor incidencia de la reproducción temprana en las zonas rurales más que en las urbanas, así como la concentración de los nacimientos que corresponden a adolescentes de diferentes grupos de edad en las regiones que registran un menor desarrollo socio-económico (Juárez F., et al. 2010).

En México el interés por estudiar el EA se ha acrecentado en las últimas décadas. Las investigaciones socio-demográficas más relevantes en torno al tema, muestran que si bien la tendencia general de la fecundidad y el embarazo observan un comportamiento a la baja, en el grupo de edad que ha observado un menor descenso es el de las mujeres adolescentes. De acuerdo con Menkes C., (2009), el embarazo de las jóvenes entre 15 y 19 años ha descendido alrededor del 30% entre los años 1982 y 2002, ya que la tasa específica pasó de 119 a 83 en ese lapso. En el mismo sentido, el estudio de Juárez F., (2010), muestra que entre 1997 y 2006, la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes declinó a nivel nacional de 82 a 63 nacimientos por cada mil mujeres en el rango 15-19 años, lo cual representa un decremento de 24% y como resultado de esta disminución general de la tasa de fecundidad adolescente, el número absoluto de nacimientos en este grupo de edad descendió de 413, 000 en 1997 a 321,000 en 2006.

Los datos disponibles muestran que, en el año 2013, del total de nacimientos registrados en el Distrito Federal, el 16.4% corresponde a madres adolescentes; y esta proporción está por debajo de la media nacional que para el mismo año fue de 19.4%. El Distrito Federal presenta además una tasa de fecundidad adolescente (64.2) y una tasa de

mortalidad materna en mujeres de 15-19 años, que están por debajo del promedio nacional (SEGOB, 2015). La mayor parte de los embarazos se siguen concentrando en el grupo de 15-19 años (98.6% del total de casos registrados en 2013); pero aunque es baja la magnitud del embarazo en menores de 15 años, su importancia radica en que ellas representan un grupo social en situación de mayor vulnerabilidad.

Al interior del Distrito Federal también se identificaron variabilidades en la distribución del fenómeno del EA. Por ejemplo, el análisis de los indicadores generados por INEGI (2014) mostró que Iztapalapa y la Gustavo A Madero son las delegaciones que concentran el mayor número de nacimientos registrados de madres adolescentes de los dos grupos de edad (15-19 años y menores de 15 años). Por su parte, las delegaciones en las que se demarcan localidades semi-rurales presentan la mayor proporción de EA respecto al total de nacimientos registrados en cada demarcación: de Milpa Alta (21.8%), Xochimilco (19%) y Magdalena Contreras (19.2%).

Asimismo, los datos proporcionados por la Secretaría de Salud del DF indicaron que en el año 2014 se registró un total de 8059 casos de adolescentes embarazadas que fueron atendidas en unidades hospitalarias. El Hospital General de Iztapalapa, el Hospital Materno-Infantil de Cuauhtépec y el Hospital General de Tláhuac concentraron el mayor número de casos de embarazadas adolescentes; en el año 2014, estas unidades hospitalarias atendieron un total de 761, 735 y 718 casos respectivamente. Los hospitales del Ajusco Medio e Inguarán se posicionaron en el cuarto y quinto lugar.

Por su parte, los diferentes actores institucionales que participaron en el estudio coincidieron en señalar que la densidad poblacional entrelazada con las condiciones de desigualdad, pobreza, violencia, constituyen determinantes estructurales que explican la concentración del fenómeno del embarazo adolescente en los servicios de salud ubicados en las jurisdicciones sanitarias de Iztapalapa y la GAM.

Cabe recordar que Iztapalapa concentra el 20.3% de la población general del DF, 22.9% de la población sin seguridad social y el 16% de la población usuaria de los servicios de las unidades de la SEDESA; seguida de la Gustavo A. Madero que concentra el 13.2% de la población total de la entidad, el 11.7% de la población sin seguridad social y el 11.8% de la población usuaria. Asimismo, Milpa Alta está entre las delegaciones políticas con porcentajes mayores de población carente de seguridad social, con relación a su población total (SEDESA, 2015). De igual manera, en estudios del Evalúa-DF, se sitúa a Iztapalapa y Milpa Alta como parte de las delegaciones que presentan menor grado de

desarrollo social en el DF. Por ello, se propuso centrar la presente investigación en las jurisdicciones sanitarias y unidades de salud que han concentrado la mayor incidencia de embarazo en adolescentes.

### **Condiciones de vida y salud sexual y reproductiva en adolescentes usuarias de los servicios públicos de salud**

La literatura científica ha evidenciado que la vulnerabilidad social y la pobreza constituyen determinantes que subyacen en la incidencia y distribución diferencial de los embarazos en la adolescencia; sin embargo, estas causas estructurales no operan de la misma manera en los distintos contextos sociales, sino que es la interacción de varios factores y circunstancias lo que explica una mayor tendencia del EA (Stern, C., 2012; Román R., 2000).

El presente estudio permitió explorar las condiciones de vida y necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes usuarias de los servicios de salud (SEDESA-DF). Particularmente, la encuesta de salud sexual y reproductiva realizada en el marco del estudio, contribuyó a caracterizar el perfil socio-demográfico y describir aspectos del contexto social en el que viven las adolescentes (vivienda, formación familiar, escolaridad, ingresos y actividad laboral), tanto de las que no tienen experiencias reproductivas como de las usuarias que son madres o que se encontraban embarazadas durante el trabajo de campo.

En este marco, se documentó que las adolescentes sin ocurrencia de embarazo son más jóvenes (promedio de 16.3 años de edad), viven en casa de sus padres (75%), la gran mayoría son solteras (96%) y el 68% se encontraba estudiando al momento de la encuesta; en estas variables se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al otro grupo. En las características socio-demográficas restantes ambos grupos fueron homogéneos; es decir, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de lugar de nacimiento, habla de idioma indígena, características de la vivienda y nivel de escolaridad. Tampoco se estimaron diferencias significativas en lo que respecta a la situación socio-económica en este grupo de adolescentes.

Por su parte, las usuarias con experiencia de embarazo en la adolescencia, tienen una edad promedio de 17.9 años. Alrededor del 50% tiene estudios de secundaria y 38% había cursado un grado de preparatoria o bachillerato; sin embargo, sólo 12% de las adolescentes continuaba en la escuela al momento de la encuesta. El 43.3% de las

adolescentes reportó que el principal motivo por el cual dejó de estudiar fue por la maternidad; 9.6% porque no podía pagar la escuela, 8.9% por haber reprobado materias y 8.3% porque tenía que trabajar. La mayor parte refiere vivir en unión libre (63%) o estar casada (8.6%); el promedio de edad a la primera unión fue de 16.4 años y se estimó una diferencia de edad de 4.1 años entre los cónyuges. En general, la vivienda donde habitan las adolescentes es propiedad de sus padres (40%), suegros (21.7%) o de su pareja (20%); y en este ámbito familiar colaboran con las actividades reproductivas (quehaceres del hogar y cuidado de familiares). Sólo el 18.7% de las informantes contaba con un trabajo remunerado al momento de la encuesta. La mayor parte indicó que el ingreso del hogar proviene principalmente de su pareja (66.9%); y el grueso de las informantes (71.4%) reportó contar con un ingreso menor a los \$2000 pesos mensuales.

De esta forma, los hallazgos coinciden con la información reportada en diversas investigaciones donde se ha evidenciado que en México, la mayor parte de los embarazos en la adolescencia tiende a ocurrir en mujeres unidas o casadas, las cuales, enfrentan una escasa estructura de oportunidades, presentan bajo nivel de escolaridad, provienen de los hogares más pobres, forman parte de los estratos más desfavorecidos de la población y en general, habitan en zonas urbanas de alta marginación (Stern C., y Menkes C., 2012; Menkes C., y Serrano O. 2010; Chávez A., et al. 2010; Campero L., et al. 2013).

Por otra parte, la metodología cuantitativa desarrollada en esta investigación también contribuyó a generar información e indicadores vinculados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; los comportamientos sexuales y la adopción de medidas preventivas de ITS/VIH; así como analizar el uso de servicios de salud sexual y reproductiva.

En este trabajo se partió del reconocimiento de que el inicio de las relaciones sexuales influye trascendentalmente en el proyecto de vida de las y los adolescentes. En este sentido, se observó que en el grupo de las adolescentes con experiencia de embarazo el promedio de inicio de vida sexual activa es de 15.6 años; mientras que en el segundo grupo es de 16.6 años, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

De esta manera, las adolescentes que son madres o estaban embarazadas al momento de la encuesta, reportan haber iniciado su vida sexual a una edad que se sitúa ligeramente por debajo del promedio estimado a nivel nacional. Cabe señalar, que la

ENADID 2009, documentó que “el promedio de edad al inicio de las relaciones sexuales en las mujeres adolescentes es de 15.9 años, y que la mitad de estas adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 15.4 años. Estos indicadores plantean la necesidad de intensificar las acciones de información orientadas a favorecer el ejercicio responsable, informado y protegido de la sexualidad desde la adolescencia temprana (Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico, SSR para adolescentes, 2013: 31).

El estudio también permitió evidenciar que entre las adolescentes con experiencia de embarazo, el promedio de edad a la primera unión conyugal fue de 16.4 años. Este dato indica una brecha reducida entre la media de edad a la primera relación sexual y la edad promedio a la primera unión, revelando un lapso de ocho meses. Esta brecha mantiene importantes diferencias con los indicadores que se han estimado en la Ciudad de México. Particularmente, en el estudio de Fátima Juárez y colaboradores (2010:11) se estimó con base en datos de la ENADID 2006, que en el caso del DF, la comparación entre estos dos eventos fue de seis años; mientras que en los estados del país con menor desarrollo socio-económico (Guerrero y Oaxaca) se estimó una brecha menor a dos años y en el caso de Chiapas este lapso fue de sólo un año (Juárez F., et al. 2010: 11).

Otro de los aspectos clave del estudio fue recuperar la opinión que tienen las adolescentes sobre sus derechos sexuales, reproductivos y sobre el ejercicio de los mismos. En su mayoría, las adolescentes encuestadas tienen conocimiento y afirman estar de acuerdo con los derechos a decidir sobre cuántos hijos tener, al uso de servicios de salud y educación sexual, así como al acceso gratuito a métodos anticonceptivos.

Al indagar en torno al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se identificó que 58.4% de estas adolescentes indicaron haber utilizado un método anticonceptivo (condón masculino en su calidad anticonceptiva) en su primera relación sexual; y para el caso de la última relación sexual esta proporción fue de 33%. Asimismo, el 46% de las adolescentes de este grupo reportó tener conocimiento sobre el programa de Planificación Familiar de los servicios de salud del DF; y entre las que utilizan un método anticonceptivo, el 40.5% lo obtuvo en unidades de la SEDESA-DF.

Los resultados en materia de anticoncepción concuerdan con la información reportada en otros trabajos que se han interesado por documentar las necesidades de SSR de adolescentes embarazadas que son usuarias de los servicios estatales de salud. Por ejemplo, en el estudio de Cueva y colaboradores (2005), se documentó que las adolescentes embarazadas que acudieron a un módulo de alto riesgo ubicado en un

hospital general, presentaron un promedio de inicio de vida sexual activa de 15 años, en su mayoría (85%) tenían información sobre métodos de planificación familiar, y alrededor del 50% los usaron en su primera relación sexual.

En el presente trabajo también se reconoció la importancia que tiene el derecho a la interrupción legal del embarazo para las adolescentes. Uno de los rasgos distintivos del modelo de salud sexual y reproductiva que se ha impulsado desde las instituciones del GDF, se expresa en la responsabilidad de atender las solicitudes de interrupción del embarazo hasta la semana doce de gestación. Por lo tanto, en esta entidad, la línea política en materia de SSR asume el respeto a los derechos de las mujeres a ejercer la libertad sobre su cuerpo y la maternidad. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, desde el año 2007 a enero de 2016, en la red de servicios se han realizado un total de 9,605 interrupciones legales del embarazo a menores de 18 años, representando el 6.23% del total (n=154,071) de ILEs realizadas en DF; el 0.7% corresponde a adolescentes de 11-14 años y 4.9% a las adolescentes de 15-17 años (GIRE, 2016).

El análisis sobre los factores asociados a la búsqueda del servicio de ILE en la población adolescente de la Ciudad de México, trasciende los objetivos planteados por el presente estudio. Sin embargo, la encuesta realizada en el marco de la investigación permitió explorar la perspectiva que tienen las adolescentes usuarias de los servicios sobre la ILE. En este sentido, los resultados coinciden con la información generada mediante diversas encuestas donde se ha evidenciado que el conocimiento, las opiniones y el apoyo para la ILE tienden a ser variables de acuerdo con las diferentes causales y situaciones (GIRE, 2013). Particularmente, se evidenció que el 63% de las adolescentes con ocurrencia de embarazo y 53% sin antecedentes reproductivos, están de acuerdo con el derecho a interrumpir el embarazo libremente por los motivos que las mujeres consideren; y la perspectiva favorable respecto al ILE se incrementa cuando se considera que “la vida de la madre o el producto esté en riesgo” (75.4% y 70.8%). Aunque más de la mitad de las mujeres están de acuerdo con el ejercicio de este derecho, también se evidenció que el 55% de las adolescentes sin antecedentes reproductivos y 37% de las adolescentes con eventos reproductivos aún desconoce que la interrupción del embarazo es legal en la Ciudad de México, lo cual plantea la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de los DSR entre las adolescentes usuarias de los servicios de la Secretaría de Salud.

Los resultados del análisis también evidenciaron la persistencia de necesidades insatisfechas en otras áreas estratégicas de la SSR. En el estudio se observó que las

adolescentes con experiencia de embarazo afirman la necesidad del acceso voluntario, universal y gratuito a los servicios de SSR. Sin embargo, se identificó un vacío en las capacidades y recursos individuales para acceder a servicios de salud materna, así como algunas dificultades estructurales para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El último apartado de la encuesta permitió recopilar información sobre los antecedentes gineco-obstétricos de 175 adolescentes con experiencia de embarazo, así como generar información sobre el uso de servicios para el control prenatal de 87 adolescentes que estaban embarazadas cuando se realizó el trabajo de campo.

Al respecto, se documentó que 71% del total de las adolescentes encuestadas refirieron haber estado embarazadas, al menos en una ocasión, con una media de 1.2 partos y 1.3 cesáreas. De ellas, 72% tiene sólo un hijo, 20% dos hijos y 4.5% tres hijos. El promedio de edad al nacimiento del 1er hijo fue de 16.6 años; 93.5% tuvo su primer hijo entre los 15 y 19 años, pero destaca que siete informantes se embarazaron entre los 11 y 14 años de edad.

Ochenta y siete adolescentes dijeron estar embarazadas (49.4%) al momento de contestar la encuesta, con una media de 5.9 meses de embarazo. En cuanto a los deseos reproductivos los datos indicaron que 44% de las adolescentes “quería esperar más tiempo”, 37% “quería embarazarse” y 19% “no quería embarazarse en este momento”.

Los resultados de la encuesta indican que 86.2% de las adolescentes reportó haber acudido a los servicios de salud en el primer trimestre de embarazo; principalmente han recibido atención en el centro de salud de SEDESA-DF. Las seis adolescentes que no habían recibido atención prenatal (hasta el momento de la encuesta) señalaron que “se enteró recientemente del embarazo”, “porque estaba arreglando trámites administrativos” y “por desconocimiento de la unidad donde podían brindar el servicio”.

Aunque las adolescentes reportaron una búsqueda oportuna de los servicios de salud materna, los datos también señalaron un bajo número de consultas prenatales a lo largo del embarazo. 44.7% de las adolescentes se encontraba en el segundo trimestre y 42.5% en el tercer trimestre de gestación, y sólo 12% cursaba por el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, 89.7% de las adolescentes reportó que sólo había acudido a 1 consulta (con anterioridad) para la atención prenatal (media de 1.1 consultas); y una proporción muy reducida (3%) registró dos o más consultas.

## **Programas y estrategias de promoción de los DSR y prevención del EA**

En este trabajo se analizó la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que han participado en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de los DSR y la prevención del EA en la Ciudad de México. Particularmente, se caracterizaron las acciones desarrolladas por el Programa de Salud del Adolescente (Servicios Amigables para el Adolescente).

Como parte del estudio se describieron los antecedentes del programa de acción específico de salud sexual y reproductiva de adolescentes que se ha impulsado desde nivel federal. Desde esta perspectiva, se analizaron los objetivos y componentes de cinco programas que han sido implementados en el periodo 1993-2015. La revisión de los documentos de política pública mostró que algunas de las principales intervenciones que se han desarrollado como parte del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes se encuentran los Servicios Amigables para Adolescentes. Dada la importancia que han tenido estas estrategias que operativamente están a cargo de los servicios de salud de SEDESA-DF, se mostraron algunas generalidades respecto a tales servicios: en qué consisten, cuál es su funcionamiento en la red de servicios de la Secretaría de Salud del DF, qué finalidad tienen, y cuáles han sido algunos de sus posibles alcances en torno a la problemática del embarazo adolescente.

El análisis mostró que, en un sentido general, los Servicios Amigables para Adolescentes tienen el objetivo de romper las barreras de acceso a los SSR a las cuales se enfrenta la población adolescente. Estas barreras son de tres tipos: accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud.

En la red de servicios de SEDESA-DF, los Servicios Amigables se han establecido en lugares estratégicos que permiten establecer un contacto más cercano con las adolescentes. Es por ello que éstos operan en el primer nivel de atención, es decir, en los centros de salud. Sin embargo, su campo de acción no se limita a dicho lugar, sino que se extiende hacia otros espacios en donde las adolescentes se desenvuelven, y en los cuales resulta más fácil generar un acercamiento. Cabe señalar que por el momento, los Servicios Amigables solamente se encuentran en doce centros de salud, mismos que en conjunto abarcan cuatro jurisdicciones sanitarias. No obstante, la intención es que, paulatinamente, se abarque el total de las jurisdicciones.

Asimismo, otra de las barreras a las que se enfrenta la población adolescente se refiere a la aceptabilidad. Romper esta barrera es un objetivo central para los Servicios Amigables. Una estrategia para llevarlo a cabo implica promover una dinámica de respeto y garantía de la protección de la confidencialidad, un elemento sumamente relevante si se toma en cuenta que una de las causas principales por las cuales las jóvenes no acuden a los servicios preventivos y de atención al embarazo tienen que ver con el temor de ser expuestas públicamente, ya sea ante su núcleo doméstico, vecinal o de amistades. Es por ello que una labor fundamental de los promotores de salud implica comunicar a los y las jóvenes que tienen la posibilidad de recibir orientación preventiva, así como de acudir en búsqueda de atención médica en los centros de salud, ya sea para obtener algún método anticonceptivo o, incluso cuando la adolescente ya se encuentra embarazada, para que fortalezca la percepción sobre los beneficios que tiene el realizarse chequeos prenatales.

Se enfatizó que los Servicios Amigables se enfocan en desarrollar diversas estrategias de prevención para evitar embarazos no planeados entre adolescentes. No obstante, el peso otorgado a la prevención, no significa que la dimensión de la atención de adolescentes embarazadas quede excluida, y no se constituya como un aspecto a considerar para el funcionamiento de estos servicios. Sin embargo, tras analizar la información proporcionada por tomadores de decisiones y personal de salud, sí resulta evidente que hay una mayor orientación hacia la prevención. Además, al ser un programa con predominio preventivo, su foco de atención radica en la población adolescente no embarazada. En ese sentido, a pesar de que los Servicios Amigables están diseñados para brindar prevención y atención a todos los adolescentes que lo soliciten, en la práctica esto no necesariamente sucede así, lo cual genera contradicciones entre los principios del programa y su aplicación concreta.

### **Acceso a servicios de salud materna y control prenatal**

Como se señaló en este trabajo, uno de los planteamientos más relevantes es aquel que considera al embarazo adolescente como un asunto de salud pública, el cual debe atenderse debido a las potenciales implicaciones bio-psicosociales para la madre y el recién nacido. Existe una amplia gama de estudios epidemiológicos que han evidenciado que el EA es de alto riesgo por la incidencia de complicaciones obstétricas que se registran, comparadas con mujeres de otros grupos de edad, lo que conlleva a una alta tasa de mortalidad materna, partos laboriosos, hemorragias, así como riesgos de

preeclampsia, eclampsia, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte neonatal (UNICEF, 2014:20; OMS, 2014; Allen B., 2012).

No obstante, las investigaciones también han mostrado que esta relación es muy compleja, por lo que se sugiere tener cuidado con imputar (de manera directa) estos problemas de salud a la edad en que se tiene el embarazo, ya que en esta morbilidad más elevada tienen un peso mucho mayor los factores asociados con las condiciones de vida y la situación de salud de la madre, así como con el acceso y uso de los servicios de salud (Stern C., 2012; Family Care International, 2008; Menkes & Suárez, 2003). Existe consenso en que el acceso oportuno y adecuado al control prenatal y otros servicios de salud materna (atención del parto y puerperio) es la intervención de salud pública más efectiva para reducir la morbimortalidad materna y perinatal, y en este sentido se constituye como uno de los determinantes más importantes que definen la reducción de los riesgos del embarazo en las adolescentes (Jiménez A. et al. 2012; Allen B., 2012).

En la Ciudad de México se ha otorgado gran importancia al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas mediante esfuerzos dirigidos tanto a la mejora y calidad de la atención como a la ampliación de la cobertura por parte de los servicios de la Secretaría de Salud del DF. El control prenatal se realiza en unidades de primer (consulta general) y segundo nivel (consulta especializada) de atención e incluye una amplia gama de servicios y acciones médicas y asistenciales que son gratuitas para las beneficiarias del sistema público de salud. Asimismo, la SEDESA-DF ha desarrollado diversos programas que incluyen innovaciones en gestión hospitalaria, diversas acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención de las mujeres durante el parto y puerperio, la implementación de medidas para resolver oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas, así como la provisión de servicios integrales y especializados del neonato.

En las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas donde se llevó a cabo el estudio se identificó un alto interés por fortalecer las estrategias dirigidas a mejorar la atención a las adolescentes embarazadas. Este interés se sustentó en el alto número de casos que se atienden cotidianamente en unidades de primer y segundo nivel, pero sobre todo en las preocupaciones que surgen al reconocer el perfil de vulnerabilidad que enfrentan buena parte de las adolescentes, por los riesgos y potenciales daños a la salud materno-infantil, así como por los retos que este fenómeno impone para los servicios locales de salud.

En el caso del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc se han implementado las siguientes estrategias para mejorar la atención del embarazo en la población adolescente: impulso a

la investigación y generación de evidencias científicas que sirvan para la toma de decisiones; educación continua y fortalecimiento de las capacidades de los profesionales en lo que concierne al embarazo en adolescentes, al manejo de riesgo y urgencia obstétrica; y fortalecimiento de la capacidad instalada mediante la instalación de un cunero de transición, estrategia que surgió ante la necesidad de estabilizar a los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso, los cuales frecuentemente son hijos de madres adolescentes.

En el caso del Hospital General de Iztapalapa se ha sugerido replicar el modelo de atención que se ha implementado en el Hospital Materno Infantil Inguarán y que corresponde a la operación de la “Clínica de Atención del Adolescente”. Por su parte, en el Hospital Materno-Infantil de Topilejo actualmente opera la Clínica de la Mujer”, en la cual, se ha buscado promover el embarazo saludable y la maternidad responsable mediante estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a toda mujer embarazada que acude a consulta externa. Si bien los servicios de la Clínica de la Mujer se proporcionan a todas las usuarias que tienen este perfil, buena parte de las beneficiarias son adolescentes embarazadas.

A pesar de los esfuerzos, en la red de servicios de SEDESA-DF, se reconoce la persistencia de barreras que obstaculizan el acceso oportuno a la atención prenatal, del parto y el puerperio entre las adolescentes embarazadas. De acuerdo con los resultados del análisis cualitativo realizado en este trabajo, y particularmente desde la perspectiva de los profesionales de salud, en el caso de las adolescentes embarazadas se ha observado un comienzo más tardío de la atención y un menor número de citas prenatales en comparación con las mujeres de otros grupos de edad, así como un número importante de casos con trayectorias de demora en la búsqueda de servicios hospitalarios para la atención del parto.

De acuerdo con los resultados del análisis presentando en este estudio, en los servicios públicos de salud no existe un protocolo específico para la adolescente embarazada; sin embargo, los lineamientos y normativa vigente incluyen criterios que consideran la implementación de medidas específicas para las mujeres que forman parte de este grupo etario. En este trabajo se realizó un esfuerzo por reconstruir las rutas de atención para mujeres adolescentes embarazadas; y, posteriormente se buscó observar algunas particularidades del procedimiento a nivel jurisdiccional. Se identificaron tres lineamientos:

- 1) Un protocolo “formal” que describe y sintetiza los lineamientos normativos y operativos

que se han consensuado para garantizar la atención integral del embarazo en adolescentes; 2) Una ruta de atención que se caracteriza por el inicio tardío y bajo número de consultas de atención prenatal y por dificultades en la implementación del enfoque de riesgo y la aplicación oportuna de mecanismos de referencia y contrarreferencia; 3) Una trayectoria que se caracteriza por la demora en la búsqueda de los servicios de salud materna, así como en la provisión de servicios que se remiten a la atención del parto y la urgencia obstétrica.

De acuerdo con los lineamientos normativos y operativos vigentes, en la ruta de atención “formal” se esperaría que las adolescentes lleguen a los centros de salud en el primer trimestre del embarazo; reciban por lo menos cinco consultas de control prenatal durante la gestación; y en este marco se garantice el acceso gratuito, oportuno e integral a los servicios y se apliquen los mecanismos de referencia y contrarreferencia de acuerdo con el enfoque de riesgo. En este escenario, la adolescente embarazada debería ser referida a la consulta que se programa en el segundo nivel o en los módulos especializados; y en caso de obtener una valoración que indique una acentuación de los factores de riesgo se deriva a la paciente al 3er nivel de atención. Asimismo, la adolescente debería contar con una atención del parto humanizado y con acceso a métodos anticonceptivos desde un marco que garantice sus derechos sexuales y reproductivos. No obstante, en el nivel operativo se redefinen estos lineamientos de acuerdo a las especificidades de la red de servicios a nivel local y con base a las características y necesidades de la población usuaria.

El análisis del material cualitativo indicó que en las unidades hospitalarias de Topilejo (JS-Tlalpan) y Cuauhtepac, y en menor medida en el Hospital General de Iztapalapa, el punto de entrada y ruta de atención más frecuente para el caso de las adolescentes embarazadas se caracteriza por los siguientes aspectos: el inicio tardío y el menor número de consultas de atención prenatal (de las que se establecen en la NOM-007), las cuales generalmente se brindan en el primer nivel, ya que son escasas las unidades hospitalarias que cuentan con consulta externa especializada y aún se requiere fortalecer la infraestructura de los módulos especializados; por la entrega de pases médicos y mecanismos de referencia al segundo nivel cuando la adolescente se encuentra entre la semana 34-36 del embarazo; por la provisión de servicios para la atención del puerperio (retiro de puntos y vigilancia) y orientación para la anticoncepción post-parto; y por la atención y seguimiento del recién nacido.

El tercer punto de entrada y ruta se caracteriza por brindar una atención reactiva que consiste en los siguientes aspectos: la adolescente embarazada llega con labor de parto al área de urgencias de la unidad de 2º nivel, se aplica triage obstétrico para clasificar la urgencia obstétrica, se complementa la valoración especializada mediante exámenes clínicos de rutina y se determina parto o cesárea. Se identificó que esta ruta es más frecuente en el caso de las unidades hospitalarias de Iztapalapa.

- **Sugerencias para fortalecer las estrategias de prevención y atención del embarazo en adolescentes**

Con base en los resultados del análisis se identificaron diferentes aportes y sugerencias que pueden tomarse como referencia para fortalecer las estrategias de prevención y atención del EA y para facilitar la vinculación de las adolescentes con los servicios públicos de salud de la Ciudad de México.

- El tema del embarazo en adolescentes se debe analizar en función de sus parámetros más generales, como son la desigualdad social, la pobreza, el entorno socio-cultural, político e ideológico, para comprender sus determinantes, consecuencias y los alcances y límites de las intervenciones (Stern., 2012).

Los resultados del presente estudio coinciden con la información reportada en otras investigaciones en donde se señala que la mayor parte de los embarazos en la adolescencia tiende a ocurrir en mujeres unidas o casadas, las cuales, enfrentan una escasa estructura de oportunidades, presentan bajo nivel de escolaridad, provienen de los hogares más pobres, forman parte de los estratos más desfavorecidos de la población y en general, habitan en zonas urbanas de alta marginación.

La prevención y atención del EA es una prioridad para el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los DSR, con importantes implicaciones para el desarrollo social y la salud pública que impactan en la salud de las madres adolescentes y de sus hijos/as, particularmente, de aquellas que forman parte de los grupos más vulnerables. Es por ello, que se trata de una problemática que no sólo impacta en el ámbito de la salud sino que se vincula a ciertos determinantes sociales y evidencia importantes inequidades sociales y de género.

Desde esta perspectiva se considera fundamental dar continuidad a la política social del GDF dirigida a mejorar la calidad de vida y la reducción de las brechas de la

desigualdad, incluyendo a la población adolescente como parte de los grupos prioritarios, para quienes se ha buscado establecer programas sociales y de salud que contribuyan a atender sus problemas coyunturales de corto y mediano plazo y sentar bases para la resolución de aquellas de naturaleza estructural. Desde esta óptica, la prevención y atención del EA -desde el enfoque de los derechos humanos y dentro del marco de la SSR- constituye un eje transversal de las políticas públicas que focalizan sus acciones en la población adolescente y joven, además de constituir un componente prioritario en las políticas sectoriales de salud.

- En las unidades hospitalarias donde se llevó a cabo el estudio se identificó un alto interés por fortalecer las estrategias dirigidas a mejorar la atención médica brindada a las adolescentes embarazadas. Las tres unidades hospitalarias presentan alcances en lo que respecta a la atención integral del embarazo en adolescentes. Sin embargo, se considera que puede fortalecerse la respuesta institucional para disponer de recursos humanos y materiales necesarios que contribuyan a facilitar el acceso a los servicios de salud materna (control prenatal en consulta especializada y atención del parto-puerperio) y del recién nacido.

En el caso del HMI-Cuauhtepic se propone apoyar las iniciativas que ya se están implementando de manera regular en esta unidad hospitalaria, entre las cuales figuran la generación de investigación sobre el tema del EA, la educación continua y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales; así como realizar un esfuerzo para fortalecer la capacidad instalada mediante el equipamiento del cunero de transición, estrategia que surgió ante la necesidad de estabilizar a los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso, los cuales frecuentemente son hijos de madres adolescentes. En el caso del HMI-Topilejo se propone seguir apoyando las actividades desarrolladas por la Clínica de la Mujer; actualmente este servicio brinda atención a mujeres embarazadas de todos los grupos de edad, y presenta una alta potencialidad para desarrollar estrategias focalizadas en las necesidades específicas de las adolescentes embarazadas. Por su parte, en el caso del HG-Iztapalapa se propone realizar las estimaciones, diagnósticos y protocolos correspondientes para valorar las posibilidades de implementación de una Clínica de Atención a la Salud del Adolescente.

- A partir de las entrevistas realizadas a tomadores de decisiones y personal médico de SEDESA-DF, se realizó un esfuerzo por reconstruir las rutas de atención para adolescentes embarazadas; y, posteriormente se buscó observar algunas particularidades del procedimiento a nivel jurisdiccional. Se identificaron tres lineamientos: 1) Un protocolo “formal” que describe y sintetiza los lineamientos normativos y operativos vigentes para garantizar la atención integral de embarazos desde el enfoque de riesgo, incluyendo la atención a mujeres adolescentes; 2) Una ruta de atención que se caracteriza por el inicio tardío y bajo número de consultas de atención prenatal y por dificultades en la implementación del enfoque de riesgo y la aplicación oportuna de mecanismos de referencia y contrarreferencia; 3) Una trayectoria que se caracteriza por la demora en la búsqueda de los servicios de salud materna, así como en la provisión de servicios que se remiten a la atención del parto y la urgencia obstétrica.

Se considera que la (re)elaboración y revisión de este tipo de rutas y protocolos de atención puede constituirse como una herramienta metodológica relevante para los tomadores de decisiones y personal médico involucrado en la generación de estrategias dirigidas a mejorar la accesibilidad, uso y calidad de los servicios para adolescentes embarazadas. Las autoridades jurisdiccionales podrían valorar la pertinencia de elaborar un protocolo y mecanismos de referencia-contrarreferencia específicos para mejorar la atención de la adolescente embarazada, definido en función de las singularidades que se identifican en la capacidad instalada y la organización de los servicios a nivel jurisdiccional.

- La literatura especializada señala que las adolescentes tienden a comenzar la atención prenatal de manera más tardía y tener un menor número de citas prenatales que las embarazadas adultas; esta atención prenatal insuficiente es un determinante principal de los riesgos del embarazo en la adolescencia (Allen B., 2012). La metodología cuantitativa y cualitativa aplicada en el presente estudio permitió abordar esta temática. Al respecto los profesionales de salud entrevistados coincidieron en señalar que los servicios de salud enfrentan importantes retos en materia de EA, particularmente, se identifica que una proporción importante de las adolescentes embarazadas no acude a control prenatal o llegan a los servicios en el último trimestre del embarazo, e incluso muchas sólo llegan a las unidades hospitalarias para la solicitar atención del parto.

No obstante, el análisis cualitativo indica que la tendencia de búsqueda tardía de la atención prenatal presenta variabilidades jurisdiccionales, siendo las unidades hospitalarias de Iztapalapa las que reportan un mayor número de pacientes que carecen de seguimiento médico durante el embarazo. Tomando en consideración estos hallazgos se sugiere realizar una revisión exhaustiva de los indicadores del sistema de información en salud de SEDESA-DF, así como un análisis de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas con el propósito de generar datos estadísticamente representativos y profundizar en el análisis de las trayectorias de acceso y uso de servicios (1er y 2º nivel) de las usuarias de 12-19 años de edad.

De igual manera, se considera que las estrategias recientes que está impulsando la SEDESA-DF, particularmente la iniciativa de “El médico en tu casa”, constituye una iniciativa que puede fortalecer las acciones de prevención y atención del EA, además puede coadyuvar a diseñar una metodología que permita generar información e indicadores georreferenciados sobre la población de las adolescentes embarazadas.

Asimismo, los resultados de la encuesta realizada en el marco del estudio indican que 86.2% de las adolescentes reportó haber acudido a los servicios de salud en el primer trimestre de embarazo, principalmente recibieron atención en el centro de salud de SEDESA-DF. Sin embargo, los datos también indicaron un bajo número de consultas prenatales a lo largo del embarazo, ya que 89.7% de las adolescentes reportó que sólo había acudido a 1 consulta (con anterioridad) para la atención prenatal (media de 1.1 consultas); y una proporción muy reducida (3%) registró dos o más consultas. En su conjunto, los datos sugieren que las adolescentes se aproximan a los servicios de salud para confirmar el embarazo e iniciar control prenatal. Sin embargo, en el transcurso del embarazo parece registrarse una discontinuidad en las visitas a los servicios públicos de primer nivel de atención. A partir de estos hallazgos se considera que el primer contacto con los servicios de primer nivel constituye un episodio y área de oportunidad que puede aprovecharse para fortalecer la aceptabilidad y reconocimiento de los beneficios percibidos por la adolescente embarazada respecto al control prenatal.

En este sentido, los Servicios Amigables para el Adolescente en colaboración con las áreas de salud materna que operan en el primer nivel podrían intensificar la

implementación de intervenciones que contribuyan a favorecer la aceptabilidad y seguimiento de las adolescentes embarazadas. En este sentido, la presente investigación enfatizó que los Servicios Amigables se enfocan en desarrollar diversas estrategias de prevención para evitar embarazos no planeados entre adolescentes. No obstante, el peso otorgado a la prevención, no significa que la dimensión de la atención de adolescentes embarazadas quede excluida, y no se constituya como un aspecto a considerar para el funcionamiento de estos servicios. Sin embargo, tras analizar la información proporcionada resultó evidente que hay una mayor orientación hacia la prevención, y por lo tanto su foco de atención radica en la población adolescente no embarazada. En ese sentido, a pesar de que los Servicios Amigables están diseñados para brindar prevención y atención a todos los adolescentes que lo soliciten, en la práctica esto no necesariamente sucede así, lo cual genera contradicciones entre los principios del programa y su aplicación concreta.

Por otra, parte, se considera que las áreas de consulta especializada ubicadas en las unidades hospitalarias constituyen un espacio que presenta una alta potencialidad para mejorar la atención a las adolescentes embarazadas. Asimismo, se considera que el fortalecimiento de la colaboración entre las áreas y niveles (1er y 2º nivel) que están involucrados en la provisión de servicios de control prenatal y salud materna en adolescentes embarazadas, facilitaría la implementación de estrategias de monitoreo y evaluación, incluyendo el seguimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se aplican en la red de servicios de las distintas jurisdicciones sanitarias.

## Bibliografía

1. Aguilar Margarita, et al. (2006). Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas. Población y Salud en Mesoamérica. Vol. 4 No.1, julio-diciembre de 2006. Pp 2-20.
2. Alan-Gutmacher I. (1996) *Risks and Realities of Early Childbearing*
3. Allen Betania (2012), "Salud sexual y reproductiva de adolescentes". En Instituto Nacional de Salud Pública-Instituto Nacional de las Mujeres. *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. Pp 133-152. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101228.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101228.pdf)
4. Buvinick, M., et al. (1998). La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. En B. Schmukler (comp.). Familias y relaciones de género en transformación. México: The Population Council, Edamex.
5. Buvinik, M. (1992). "Families of Adolescent Mothers and Intergenerational Poverty in Latin America and Caribbean". Information Bulletin, International Center for Research on Women. p.5.
6. Camarena R.M., y Lerner S., (2008). Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural. En Lerner S., y Szasz I., Salud reproductiva y condiciones de vida en México. El Colegio de México. Pp 117-216.
7. Cameron, A.C & Trivedi, P.K. 2009. Microeconometrics Using Stata. College Station, Texas: Stata Press.
8. Campero-Cuenca L, Atienzo EE, Suárez-López L, Hernández-Prado B, Villalobos-Hernández A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gac. Med. Mex [serie de internet] 2013 [consultado 2015 septiembre]; 149: 299-307.
9. Castro R, Bronfman Ma. (1995), "Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco". En *Nigenda, G y Langer A.* (editores). *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. México, Instituto Nacional de Salud Pública: 53-68.
10. Castro, R. (2004) *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. México, CRIM-UNAM, pp. 427.
11. Chávez A. M., et al. (2010). Estudio diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y jóvenes embarazadas en relación con la educación básica. CRIM-UNAM.
12. Collado M. Elena y Col. *Embarazo no deseado y aborto en adolescentes en Género y Salud: Un reto y una responsabilidad colectiva* en Género y Salud en Cifras Vol. 6, No. 2 Secretaría de Salud, Gobierno Federal, 2008.
13. *Consecuencias psicológicas del aborto: Mitos y realidades (2010)*. Hojas Informativas. Grupo de Información elegida, A.C.
14. Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México, 2013*, México, CONAPO, 2013.
15. Consejo Nacional de Población. *Cuadernos de Salud Reproductiva*. México, DF: Consejo Nacional de Población; 2000.

16. Consejo Nacional de Población. Perfiles de salud reproductiva Distrito Federal. [monografía en internet] México D. F: CONAPO, 2011. [consultado 2015 septiembre]. 81 Pp. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>.
17. Cruz-Martínez Á, Poy Solano L. "Al alza, embarazos de adolescentes en México", *La Jornada*, en línea <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/09/24/imss-lanza-campana-contra-embarazos-no-deseados-2837.html>.
18. Cueva-Arana V, Olvera-Guerra JF, Chumacera-López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med. IMSS* [serie de internet] 2005 [consultado 2015 septiembre]; 43(2): 267-271.
19. De Jesús David y González Esmeralda (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*. No17, agosto 2014, pp 98-123.
20. Diario Oficial de la Federación de México (2013, 12 de diciembre). Programa Sectorial de Salud 2013-2018, [en línea]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013) [2015, 11 mayo].
21. *Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales*. Demos. Carta Demográfica sobre México 1995; 8:11-12.
22. Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012, México, IMJUVE-IIJ, UNAM, 2012.
23. Estrada-Márquez F. Implementación del programa de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en México: Un análisis de gobernanza desde el enfoque de redes (Tesis). FLACSO México: 2013. 286 Pp.
24. Family Care International (2008). Buenas prácticas en material de prevención del embarazo adolescente. Marco conceptual-documento de trabajo.
25. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004). Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994. Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf)
26. Flórez CE, Soto VE. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Estudio a profundidad. ENDS-1990/2010 [serie de internet] 2013 [consultado 2015 septiembre]; 1-67.
27. Galende E. (1997) (2008). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
28. Gayet C, Solís P. Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. *Salud pública Méx* [serie de internet] [consultado 2015 septiembre]; 49, edición especial, XII Congreso de investigación en salud pública: E47-E51.
29. Giberti, Eva (1989). Mujer, enfermedad y violencia en medicina: su relación con cuadros psicosomáticos. En *La mujer y la violencia invisible*. Eva Giberti y Ana M. Fernández (Eds.) Págs. 71-120. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
30. Grupo de Información en Reproducción Elegida (2013). State legislation. Retrieved from: [https://gire.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=409&Itemid=1154&lang=en](https://gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=409&Itemid=1154&lang=en) on October 1, 2013
31. Grupo de Información en Reproducción Elegida (2016). Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. Abril de 2007-31 de

enero de 2016. Disponible en:  
[http://www.gire.org.mx/images/stories/com/EstadistLE\\_ene16.pdf](http://www.gire.org.mx/images/stories/com/EstadistLE_ene16.pdf)

32. Gobierno de la República (2015), Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, SEGOB, México.
33. González-Galbán H. Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Rev Frontera Norte*. [Serie en internet] 2000 [consultado 2015 septiembre]; 12(23): 65-85.
34. Guinsberg E. (1996). *Normalidad, conflicto psíquico, control social*, Plaza y Valdés/UAM-Xochimilco, México, 1ª ed. 1990, 2ª ed. 1996.
35. Hernández S. "Sin contenerse, embarazos adolescentes en el DF", *El Universal*, 1 de marzo de 2015.
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014), "Estadísticas a propósito del... Día Internacional de la Juventud (12 de agosto)", México, INEGI.
37. Instituto de la Juventud del DF (2012). Encuesta INJUVE, 2012. Resultados generales.
38. Iñaki L. (2004). *La salud reproductiva: datos y reflexiones*. Gaceta Sanitaria. Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava. España.
39. IPAS salud. Acceso. Derechos. Violencia sexual y embarazo no deseado: protegiendo los derechos humanos de las adolescentes y las mujeres jóvenes. [sitio de internet] 2013 [consultado 2015 septiembre]; 1-2. Disponible en: [www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/SVUPYS13.ashx](http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/SVUPYS13.ashx).
40. Issler JR. (2001). "Embarazo en la adolescencia", *Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina*, n.107.
41. Jiménez Aída, et al. (2012) "Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal". En *Revista Ciencia*. Universidad Autónoma de Nuevo León. No. 57, enero-marzo, 2012. Pp 81-92.
42. Juárez F. et al., *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2013.
43. Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Red de Rev científicas de AL Y C Papeles de población CIEAP/UAEM*. [serie de internet] 2005 [consultado 2015 septiembre]; 45: 177-219.
44. Juárez F, Palma JL, Singh S, Bankole A. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: Retos y oportunidades. Guttmacher Institute [serie de internet] 2010 [consultado en 2015 septiembre]; 1-36.
45. Jusidman Clara (2000), La prevención del embarazo adolescente entre las y los jóvenes de la Ciudad de México. Por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, Afluentes. Disponible en: [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev\\_embarazo\\_jovenes.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_embarazo_jovenes.pdf)
46. Kendall, T. & Langer, A. (2006). VIH/SIDA y Migración México-Estados Unidos: Evidencias para enfocar la prevención. In *Los mexicanos de aquí y de allá: problemas comunes*, Memoria del Segundo Foro de Reflexión Binacional (pp. 139-153). Mexico City, Mexico: Fundación Solidaridad Mexicano Americana, A.C. y Senado de la República.

47. Kendall, T. Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. Submitted to Reproductive Health Matters.
48. La situación actual de los jóvenes en México. Secretaría General del CONAPO. Enlace <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/SINTESIS.pdf>
49. Lamas, M. (2003) *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, Editorial Porrúa, pp. 9–19.
50. Langer A. (2002). *El embarazo no deseado y el aborto inseguro: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe*. Rev. Panam. Salud Pública, 2002; 11(3):192-204.
51. Langer A. Salud Sexual y Reproductiva: Donde estamos a casi de una década después de El Cairo”. En: Bronfman M, et al. Salud Reproductiva. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
52. Lara MA, Letechipía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2013 Jul 28]; 32(5): 381-387. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es).
53. Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal, publicación inicial: 31/01/2000. Vigente al 10/Sep/2013, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
54. Mancilla-Ramírez J. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Perinatol Reprod Hum [serie de internet] 2012 [consultado 2015 septiembre]; 26(1): 5-7. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cqibin/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTICULO=35732&IDPUBLICACION=3802>.
55. Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 69, 237-270.
56. Menkes C, Serrano O. Condiciones Sociodemográficos del embarazo adolescente en México. Consultado en: [http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/M\\_8\\_1.pdf](http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/M_8_1.pdf).
57. Menkes K, Suárez-López L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. CIEAP/UAEM Papeles de población [serie de internet] 2003 [consultado 2015 septiembre]; 9(35): 233-263. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511>.
58. Mercado F., Alcántara, E. y Lara, N. (2002). La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. *Revista Española de Salud, Pública*, 76(5), 461-471.
59. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barríos C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Mex [serie de internet] 2003 [consultado 2015 septiembre]; 45 supl 1: s92-s102.
60. Observatorio de violencia social y de género de Baja California Sur. Diagnóstico de embarazo adolescente en Baja California Sur. [serie de internet] [consultado 2015 septiembre]; Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/BCS/bcs12.pdf>.
61. OCDE (2009), México, Country Highlights, DoingBetterforChildren.

62. OMS (2014). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva. [serie de internet] [consultado 2016 enero]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
63. OMS, "Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!", Francia, OMS, 2005.
64. OMS. (1998). *Salud Familiar y Reproductiva OPS*, División de Salud y Desarrollo. Violencia Contra la Mujer. Un Tema De Salud Prioritario. Washington. OMS/OPS.
65. ONU-UNFPA (2010), "Presentan en México informe del UNFPA sobre embarazo infantil. En línea <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=28075#.VSapwtyG8dU>.
66. ONU-UNFPA (2013), "Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes", En línea [http://www.unfpa.org/mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org/mx/ssr_adolescentes.php)
67. Ordorika. T. (2009). *Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres*. Revista Mexicana de Sociología. Vol., No. 004
68. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006) Integración de los Derechos Humanos de la Mujer y la Perspectiva de Género: La Violencia contra la Mujer. Informe de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, sus causa y consecuencias, YakinErtürk, Consejo Económico y Social, Comisión de Derechos Humanos 62º periodo de sesiones, E/CN.4/61/Add.4.
69. Organización de las Naciones Unidas-Guttmacher Institute. (2012). Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo. URL: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-SP.pdf>.
70. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Mortalidad materna. Nota descriptiva No. 348. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
71. Pantelides EA, Manzelli H. Investigación reciente sobre sexualidad y salud reproductiva de las/los adolescentes en América Latina: Qué hemos alcanzado, qué falta hacer, cuáles son nuestras falencias. [serie de internet] 2003 [consultado 2015 septiembre]; 1-16. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/265509292\\_Investigacin\\_reciente\\_sobre\\_sexualidad\\_y\\_salud\\_reproductiva\\_de\\_laslos\\_adolescentes\\_en\\_Amrica\\_Latina\\_qu\\_hemos\\_alcanzado\\_qu\\_falta\\_hacer\\_cules\\_son\\_nuestras\\_falencias](http://www.researchgate.net/publication/265509292_Investigacin_reciente_sobre_sexualidad_y_salud_reproductiva_de_laslos_adolescentes_en_Amrica_Latina_qu_hemos_alcanzado_qu_falta_hacer_cules_son_nuestras_falencias).
72. Pantélides, E.A. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Notas de población, 78, 7-330. CEPAL. URL: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/22069/P22069.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl>.
73. Peláez-Mendoza J. (1997). "Adolescente embarazada: características y riesgos, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, v. 23, n.1.
74. Penagos-Velázquez GS, Restrepo-Suaza AM, Correa-Gil E, González-Palacio V, Bedoya-Mira P, Restrepo AZ. "et al". Cambios en la vida de los mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/os nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín. Red de prevención Medellín, 2007, 184 Pp.
75. Pérez-Segura J, Torres A. *Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescencia*. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:380-397.

76. Perinatología y reproducción humana. 3er Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Embarazo en adolescentes, vidas en riesgo 29 Reunión Anual Instituto Nacional de Perinatología 29-31 agosto 2012. Resúmenes de trabajos libres [serie de internet] 2012 [consultado en 2015 septiembre]; 27(1): 56-70. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/inper>.
77. Pick de Weiss S, Atkin L, Kartchmer S. *¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general?* En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:448-486.
78. Pick S, Givaudan M. Embarazo no deseado. En: Pérez FCJ, Rubio AE, editores. Antología de la sexualidad humana. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa; [serie de internet] 1994 [consultado 2015 septiembre]; Tomo III: 81-104. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II\\_SPC\\_44\\_7-458.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_SPC_44_7-458.pdf).
79. Quiroz J, Atienzo EE, Campero L, Suárez-López L. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. Salud Pública Méx [serie de internet] 2014 [consultado 2015 septiembre]; 56(2): 180-188. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v56n2/v56n2a5.pdf>.
80. R.J. Cook y col. (2006). *La salud mental de la mujer como indicación para el aborto legal*.
81. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM [serie de internet] 2004 [consultado 2015 septiembre]; 47(1): 24-27.
82. Reyes DJ, Gonzáles AE. Sexualidad, salud y sociedad. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Rev. Latinoamericana [serie de internet] 2014 [consultado 2015 septiembre]; Núm. 17: 98-123. Disponible en: <http://www.sexualidadsaludysociedad.org>.
83. Román, P. R. (2000). Del primer vals al primer bebé, vivencias del embarazo en las jóvenes. Instituto Mexicano de la Juventud. Colección Jóvenes 9. México.
84. Salles V, Tuirán R. El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En: Stern C. y Figueroa J. (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación. D. F.: El Colegio de México, 2001.
85. Secretaría de Salud del DF (2015). Plan de trabajo 2015. Disponible en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia\\_portal/Archivos/a14f24/PT2015.pdf](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f24/PT2015.pdf)
86. Secretaría de Salud (2014). Programa de Salud Específico para Adolescentes, 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
87. Secretaría de Salud (2008). Programa de Salud Específico para Adolescentes, 2007-2012. Programa Sectorial de Salud. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes>
88. Secretaría de Salud (2001). Embarazo saludable, parto y puerperio seguros. Recién Nacido. Manual de Atención.
89. Secretaría de Salud (1999). Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes. En Buen Plan, Planifiquen. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/5908.pdf>

90. Secretaría de Salud (2010). "Panorama de la muerte materna 2010", Reunión Nacional APV, Diciembre 2010. En línea <http://omm.org.mx/images/stories/documentos/Panoramadelamuertematerna.pdf>
91. Secretaría de Salud, Informe de Rendición de Cuentas para la Administración Pública Federal 2006-2012. Consultado el 02/01/16. Disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendicion\\_de\\_cuentas/pdf/irc\\_ss\\_1.pdf](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendicion_de_cuentas/pdf/irc_ss_1.pdf)
92. Secretaría de Salud (1993). Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
93. Serrano-Sánchez OV, Menkes-Bancet C. Modelos de regresión Cox, Estimación de riesgos en el embarazo adolescente, según características sociodemográficas El caso México. CRIM.UNAM [serie de internet] [consultado 2015 septiembre]; 1-7. publicado en: <http://www.fcfm.buap.mx/sne/trabajos/Carteles/Olga%20Serrano.pdf>.
94. Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos, *Nacimientos registrados a la edad de la madre (15 a 19 años)*, INEGI, 2013.
95. Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano-Treviño LR, Reysoo F. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* [serie de internet] 2003 [consultado 2015 septiembre]; 45 supl 1: s34-s43.
96. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población CIEAP/UAEM* [serie de internet] 2004 [consultado 2015 septiembre]; 39: 129-158.
97. Stern, C. (2003). Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. *Estudios Sociológicos*, 21(63), 725-745. URL: <http://www.jstor.org/stable/40420800>.
98. Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios sociológicos*, Año XXV, (1), 105-129.
99. Stern, C. (2012). El "problema" embarazo en la adolescencia, contribución a un debate. El Colegio de México. Primera edición 2012.
100. Stern, C. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. *Salud Pública Méx* 1997; Vol. 39(2):137-143.
101. Taylor S., y Bogdan R., (1990), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós
102. Téllez, M. (2014), "Frenan embarazo 121 mil mujeres", *El Universal*, En línea <http://www.eluniversal.com.mx/periodismo-datos/2014/frenan-embarazo-121-mil-mujeres-94042.html>.
103. Tolbert K. La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. *La psicología en el ámbito perinatal*. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:398-425
104. Trejo-Lucero H, Torrez-Pérez J, Medina-Jiménez MA, Briones-Garduño JC, Meneses-Calderón J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Rev Mex Ped*. [serie de internet] 2009 [consultado 2015 septiembre]; 76(1): 9-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf>.

105. Tuñón Pablos, *Esperanza Embarazo en adolescentes del sureste de México*. Revista Papeles de Población abril-junio, numero 048 Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. Pp.141-154.
106. Tuñón-Pablos E. Adolescent pregnancy in South-Eastern Mexico. CIEAP/UAEM [serie de internet] 2006 [consultado 2015 septiembre]; (48): 124-136.
107. Unicef (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Unicef-Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
108. Villagómez-Ornelas P, y Valencia-Rodríguez JA. (Coords.), *Perfiles de Salud Reproductiva. Distrito Federal*, Distrito Federal, CONAPO, 2011.
109. Villagómez-Ornelas P, y Valencia-Rodríguez JA. (Coords.), *Perfiles de Salud Reproductiva. Distrito Federal*, Distrito Federal, CONAPO, 2011.
110. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Mex* [serie de internet] 2015 [consultado 2015 septiembre]; 57(2): 135-143.
111. Welti C. *La fecundidad adolescente en México*. En: Muñoz H, ed. *Población y sociedad en México*. México, D.F.: Porrúa & UNAM, 1992:55-79.
112. Welti, C. (1995). Fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad. *Demos, Carta Demográfica sobre México*, No. 8: 9-10.
113. Welti, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de Población*, vol. 6, núm 26, pp 43-87. *Worldwide*. [Temas breves]. Nueva York, NY: The Institute.

## Lista de siglas y acrónimos

DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
EA	Embarazo Adolescente
FIDEGAR	Fideicomiso de Educación Garantizada
GAM	Gustavo A. Madero
HG	Hospital General
HMI	Hospital Materno-Infantil
INMUJERES-DF	Instituto de las Mujeres del DF
INJUVE	Instituto de la Juventud del DF
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JS	Jurisdicción Sanitaria
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
SEDESA-DF	Secretaría de Salud del DF
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Lista de Anexos

Carpeta	Número de anexo	Nombre del documento
<b>Carpeta 1 Protocolo e instrumentos</b>	Anexo 1.1	Protocolo del estudio en formato requerido por SEDESA-DF
	Anexo 1.2	Carta de consentimiento informado
	Anexo 1.3	Cuestionario de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva
	Anexo 1.4	Carta de entrega del protocolo a Evalúa
	Anexo 1.5	Cédula de identificación encuesta
	Anexo 1.6	Guía de entrevista funcionarios de servicios de salud
	Anexo 1.7	Guía de entrevista para personal de 2º nivel de atención
	Anexo 1.8	Guía de entrevista para adolescentes embarazadas usuarias de los servicios de salud
<b>Carpeta 2 Entrevistas</b>	Anexo 2.1	Transcripciones del personal de salud
	Anexo 2.2	Transcripciones de adolescentes embarazadas usuarias de los servicios de salud
<b>Carpeta 3</b>	Anexo 3.1	Base de datos de la Encuesta de SSR en SPSS
	Anexo 3.2	Cuadros del informe final en Excel