

# Prevenir embarazos no deseados en adolescentes

Recomendaciones para la mejora de los  
servicios de salud sexual y reproductiva

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA



Lo Público es Nuestro (LPEN) es una iniciativa de contraloría social del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB), la cual fortalece la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en 13 estados del país con el objetivo de hacer incidencia política, con base en evidencia, para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea).<sup>1</sup> La información y las recomendaciones que se presentan a continuación son producto del análisis y la investigación que han hecho el ILSB y sus redes aliadas durante los últimos cinco años.

## Embarazo en la adolescencia

*El embarazo en adolescentes de entre 12 y 19 años se considera un problema de salud pública por sus causas e impactos multidimensionales de corto, mediano y largo plazo para las y los adolescentes, sus familias, comunidades e incluso el Estado.*



Se estima que en México “una de cada diez mujeres adolescentes ha tenido hijos”.<sup>2</sup>



En México, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años para 2020 fue de 68.5<sup>4</sup>, es decir, **hubo casi 70 nacimientos por cada mil adolescentes**. Esta es la tasa más alta entre los países de la OCDE,<sup>5</sup> incluso está por encima de las tasas promedio de América Latina y el Caribe (66.5), y del mundo (46).<sup>6</sup>

El embarazo en la adolescencia tiene efectos adversos en la salud, ya que el cuerpo aún no está en condiciones aptas para el embarazo, lo cual puede llevar a discapacidades o fallecimientos en las adolescentes, además de afectaciones sociales como abandono escolar, bajo acceso a servicios de salud, incorporación tardía al mercado laboral, perpetuación del círculo de pobreza para estas adolescentes y sus hijas e hijos, entre otros.

Una de las posibles consecuencias de los embarazos en la adolescencia es **la muerte materna**, la cual, entre las **adolescentes de 15 a 19 años**, se incrementó de **32 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos**.<sup>7</sup>

El embarazo no deseado incrementa las posibilidades de practicarse un aborto en condiciones inseguras. En entidades como Ciudad de México, donde la interrupción del embarazo es legal, segura y gratuita, se han reportado cero muertes maternas por aborto en los servicios públicos desde 2007, cuando se despenalizó<sup>8</sup>



El embarazo en la adolescencia en muchas ocasiones es resultado de violencia sexual; de deficiente educación integral en sexualidad; de ausencia de estrategias de promoción de la corresponsabilidad de los hombres en torno a la sexualidad y la reproducción; de escaso e incluso nulo acceso a métodos anticonceptivos; de falta de enfoque intercultural en los servicios de salud, entre otras causas, todas estas con impactos diferenciados en diversos grupos de mujeres, entre ellos, el de las mujeres indígenas.

<sup>1</sup> La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes tiene como objetivo “reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente a los derechos sexuales y reproductivos.”; busca para 2030 reducir a “la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años”. En Conapo, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) [en línea], p. 17.

<sup>2</sup> Juárez, J., (18 de junio 2019), El embarazo adolescente, un problema de salud pública en México, [en línea] <https://quimica.unam.mx/el-embarazo-adolescente-un-problema-de-salud-publica-en-mexico/>

<sup>3</sup> SSA/Inegi, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018. Microdatos [en línea].

<sup>4</sup> Conapo, Sistema de indicadores para seguimiento y monitoreo de la Enapea [en línea].

<sup>5</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

<sup>6</sup> UNFPA México, “América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo” [en línea].

<sup>7</sup> Conapo, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) [en línea], p. 20. El incremento se dio de 2012 a 2013.

<sup>8</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2016 [en línea].

<sup>9</sup> Gobierno de la Ciudad de México, “CDMX continúa con cero muertes maternas por aborto en servicios públicos”, en Boletín 34:209, 2019 [en línea].

## Ejes de investigación

*Lo Público es Nuestro ha identificado en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva cuatro componentes que, de manera integral, son elementos sustantivos para la prevención de embarazos no deseados en la adolescencia:*

1.

Garantizar el abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos;

2.

Integrar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva;

3.

Implementar de manera adecuada la NOM-046-SSA2-2005 para la atención de casos de violencia sexual y familiar, y

4.

Fomentar la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

A continuación **presentamos recomendaciones específicas para cada uno de estos cuatro componentes, cuyo propósito es mejorar el acceso, la atención oportuna y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas**, incluyendo a adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas.

Estas recomendaciones están desarrolladas con base en las investigaciones realizadas por las redes del ILSB, y sustentadas en el marco normativo vigente, por lo que su implementación es obligatoria por parte de las instancias de gobierno.

## 1. Garantizar el abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos

*El desabasto, el acceso condicionado y limitado, y la falta de información y promoción de los métodos anticonceptivos llevan a que el uso de éstos sea muy limitado, por ello el INSP ha aseverado que esta situación es “inadmisible dada la magnitud del problema del embarazo adolescente en México”.<sup>10</sup>*



35.5%

de las y los adolescentes de 12 a 19 años sabe que el condón masculino se usa para prevenir un embarazo no deseado y la transmisión de ITS.<sup>14</sup>

La principal razón por la que las y los adolescentes de 12 a 19 años no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual fue porque no planeaban tener relaciones; la segunda fue por desconocimiento (no sabían cómo usarlos o dónde conseguirlos, o creían que no habría un embarazo); 31.4 y 25.5 %, respectivamente, de las y los jóvenes respondieron esto.<sup>12</sup>



33.4%

de las mujeres de 15 a 19 años, que hablan alguna lengua indígena indicaron que la principal razón por la que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual fue por desconocimiento.<sup>13</sup>



14.1%

de las adolescentes de 15 a 19 años usa algún método anticonceptivo actualmente.<sup>11</sup>

Considerando lo anterior, es urgente contar con acciones en salud pública que fortalezcan el abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos, mismas que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Salud Pública (2020). Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes, [en línea] <https://www.insp.mx/avisos/uso-de-metodos-anticonceptivos-entre-adolescentes>

<sup>12</sup> SSA/Inegi, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018.

<sup>13</sup> Inegi, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2018.

<sup>14</sup> SSA/Inegi, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018.

## Recomendaciones para garantizar el abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos<sup>15</sup>



**Garantizar la disponibilidad y provisión de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres** en todo su ciclo de vida.<sup>16</sup> La provisión de métodos anticonceptivos debe acompañarse de consejería y no estar condicionada.<sup>17</sup>



Contar con **presupuesto asignado y suficiente para materiales y campañas de promoción de la salud sexual y reproductiva<sup>22</sup>**, elaborados por personas expertas e integrar la perspectiva de género, de juventud e intercultural en sus contenidos.



Desarrollar e implementar **capacitaciones obligatorias anuales para el personal médico y de enfermería sobre la NOM-047-SSA2-2015,<sup>18</sup> la NOM-005-SSA2-1993<sup>19</sup> y el uso de métodos anticonceptivos**; las capacitaciones deben integrar la perspectiva de género, de juventud y el enfoque de interculturalidad en salud.<sup>20</sup>



Garantizar que las consejerías que brinda el personal de salud en los servicios de planificación familiar, detección de ITS y salud a adolescentes y jóvenes, cuenten con un **abordaje positivo de la sexualidad, así como del uso de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres**. La consejería debe integrar el enfoque de interculturalidad, así como el de ciclo de vida, para dar información específica a cada grupo etario en función de su autonomía progresiva.



**Promover la anticoncepción dual, es decir, el uso de condón junto con un método de acción prolongada**, especialmente los que no requieren adherencia diaria ni mantenimiento constante, como los implantes anticonceptivos o dispositivos intrauterinos.<sup>21</sup>



Desarrollar **materiales y campañas de promoción de la salud sexual y reproductiva, con pertinencia cultural y lingüística**, que brinden información sobre métodos anticonceptivos, así como información práctica para tener acceso a estos.



**Generar, recabar y transparentar información sobre la demanda de métodos anticonceptivos**, así como sobre su provisión.<sup>23</sup> La información debe estar desagregada por sexo, edad, pertenencia étnica, lugar de residencia y unidad de salud en la que se solicitaron y entregaron los métodos anticonceptivos, a fin de contar con información que permita satisfacer la demanda de éstos en cada unidad de salud.

<sup>15</sup> Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (art. 9), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como el Plan Sectorial de Salud 2019-2024. Se especifican aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales. <sup>16</sup> Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea).

<sup>17</sup> NOM-047-SSA2-2015.

<sup>18</sup> Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

<sup>19</sup> De los servicios de planificación familiar.

<sup>20</sup> Reglamento de capacitación de la Secretaría de Salud.

<sup>21</sup> Instituto Nacional de Salud Pública (2020), Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes, [en línea] <https://www.insp.mx/avisos/uso-de-metodos-anticonceptivos-entre-adolescentes>

<sup>22</sup> Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995.

<sup>23</sup> Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

## 2. Integrar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>24</sup>

*La interculturalidad, en cuanto a los servicios de salud, considera el entorno cultural, la diversidad y el respeto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad.<sup>25</sup>*



17.2%

de las **adolescentes indígenas de 12 a 19 años** que declararon haber sido **discriminadas** entre 2016 y 2017 lo fueron **en los servicios médicos** (consultorios, clínicas u hospitales).<sup>26</sup>



35.1%

de las **adolescentes indígenas no conoce ningún método anticonceptivo**, casi 30 puntos más que quienes no hablan lengua indígena (6.3%).<sup>27</sup>



70.4%

de las **adolescentes que hablan lengua indígena y han iniciado su vida sexual, ha estado embarazada alguna vez**; esta cifra es casi 25 puntos mayor que la de las adolescentes que no hablan alguna lengua indígena (45.5%).<sup>28</sup>

Las personas indígenas continúan enfrentando, de manera cotidiana, barreras para tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ello, son urgentes acciones desde el Estado para proveer servicios de salud que cumplan con el enfoque de interculturalidad y con los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

<sup>24</sup> El enfoque de interculturalidad se refiere a la "interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>

<sup>25</sup> Secretaría de Salud. (s.f.). Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes, [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>

<sup>26</sup> Inegi/Conapred, Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Tabulados básicos con precisiones estadísticas [en línea].

<sup>27</sup> Inegi/SSA, Encuesta Nacional de Salud (Ensanut) 2018 [en línea].

<sup>28</sup> Inegi/SSA, Encuesta Nacional de Salud (Ensanut) 2018 [en línea].

## Recomendaciones para integrar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud<sup>29</sup>



**Garantizar la disponibilidad de personal médico bilingüe y de promotores hablantes de lengua indígena** (PHILI) en las unidades de salud que dan atención en comunidades indígenas, sobre todo, en los estados donde 10% de la población hable lengua indígena y no hable español, como Chiapas (27.2 %), Guerrero (21.6 %), Durango (18 %), Nayarit (16.6 %) y Oaxaca (10.9%).<sup>30 31</sup>



Adoptar e implementar en todos los ámbitos, en especial en las unidades médicas rurales, los **lineamientos del enfoque de interculturalidad en salud** emitidos por la Subdirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.<sup>32</sup>



Hacer **pública la ruta para la elaboración, difusión, distribución y, en su caso, solicitud de los materiales para la promoción de la salud** en diversos formatos.



Desarrollar e implementar **capacitaciones obligatorias anuales para el personal médico y de enfermería** sobre el enfoque de interculturalidad en salud.<sup>33</sup>



**Generar, recabar y transparentar información sobre las personas indígenas**, en todo su ciclo de vida, relacionada con el ejercicio de su sexualidad y su reproducción, con el objetivo de diseñar e implementar acciones que respondan a sus realidades y necesidades.<sup>36</sup>



Contar con una **ruta clara, y conocida por el personal de salud, y por las y los usuarios para la solicitud de atención de personal médico bilingüe** en las unidades de salud de primer nivel.<sup>34</sup>



Contar con **presupuesto asignado y suficiente para la elaboración de materiales de promoción de la salud sexual y reproductiva** con enfoque de interculturalidad en español y en lenguas indígenas, elaborados por personas expertas. Dando prioridad al desarrollo de materiales audiovisuales, spots en audio y materiales impresos.<sup>35</sup>

<sup>29</sup> Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, así como el Plan Sectorial de Salud 2019-2024. Se especifican aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

<sup>30</sup> Inegi, Encuesta Intercensal 2015, principales resultados [en línea], p. 75. El fundamento legal para esta recomendación se encuentra en el reglamento interior de la Secretaría de Salud.

<sup>31</sup> Ley General de Salud, arts. 51° bis 1, 54° y 67, y reglamento interior de la Secretaría de Salud.

<sup>32</sup> Ley General de Salud, art.93, y reglamento Interior de la Secretaría de Salud, art. 25°.

<sup>33</sup> Reglamento de capacitación de la Secretaría de Salud.

<sup>34</sup> Ley General de Salud, art. 51° bis 1.

<sup>35</sup> CPEUM, art. 2°, y Ley General de Salud, arts. 67° y 93°.

<sup>36</sup> Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

### 3. Implementar de manera adecuada la NOM-046-SSA2-2005,<sup>37</sup> para la atención de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La NOM-046-SSA2-2005 (NOM-046) establece “los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud [...] involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos”.<sup>38</sup>



**41.3%**  
de las mujeres de 15 años o más en México **ha sufrido al menos un incidente de violencia sexual** a lo largo de su vida.<sup>39</sup>

**433, 983**  
**casos de violencia sexual y familiar se reportaron** de enero de 2009 a junio de 2016 por el personal de salud al ministerio público. **De ellos, más de 10% eran víctimas menores de edad.**<sup>41</sup>

**111, 413**  
**denuncias por violación sexual recibidas** en las procuradurías generales de justicia locales y en la PGR de enero de 2009 a junio de 2016, pero sólo se reportaron 63 procedimientos de aborto por violación en las secretarías de salud locales, IMSS e ISSSTE. En ese mismo periodo, **sólo 18 estados reportaron haber entregado pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) a 8,729 mujeres víctimas de violación;** otros dos reportaron no haber entregado y el resto no cuenta con información.<sup>42</sup>

Las cifras anteriores evidencian cómo la atención para las personas que vivieron violencia sexual, como acceso a anticoncepción de emergencia, interrupción voluntaria del embarazo, entre otras medidas, se brindan de manera limitada, en relación con la cantidad de casos de violencia sexual de los que se tiene registro. Por ello son urgentes acciones desde el Estado para implementar efectivamente la normatividad y proveer servicios de salud que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

<sup>37</sup> Esta norma es de observancia obligatoria para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento da origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

<sup>38</sup> Idem.

<sup>39</sup> Inegi, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016, principales resultados [en línea], p. 8.

<sup>40</sup> Con el formato núm. 1 de la NOM-046-SSA2-2005.

<sup>41</sup> GIRE, “Violencia sin interrupción” (informe), 2017 [en línea].

<sup>42</sup> Idem.

## Recomendaciones para garantizar la atención de casos de violencia sexual y familiar<sup>43</sup>



Desarrollar e implementar **capacitaciones obligatorias anuales para el personal médico y de enfermería sobre la NOM-046** y su adecuada implementación. En los contenidos de las capacitaciones deben incluirse, entre otras cuestiones, los criterios para tener acceso a profilaxis post-exposición (PPE), anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo, así como la garantía de que no haya repercusiones legales o administrativas para el personal médico y de enfermería que dé esta atención.



Proveer y **difundir las directrices y mecanismos internos necesarios al personal médico y de enfermería para la adecuada implementación de la NOM-046**, entre ellas el manual de procedimientos apropiado y la ruta crítica para la atención a las personas víctimas de violencia sexual o familiar.



Dar a conocer a las y los usuarios su **derecho a la atención**, aun si hay personal objetor de conciencia, y la obligación de la clínica de garantizar este acceso.



Garantizar la disponibilidad y **provisión de los insumos requeridos para dar atención oportuna y de calidad a las víctimas de violencia sexual**, como profilaxis post-exposición a VIH y anticoncepción de emergencia, principalmente.<sup>44</sup>



Crear un **registro del personal objetor de conciencia por jurisdicción sanitaria y unidad de salud**, así como un procedimiento claro para el personal médico sobre cómo registrarse como objetor de conciencia y cómo referir a las y los usuarios con el personal médico no objetor de conciencia para recibir atención oportuna y de calidad.



Brindar **consejería, con pertinencia cultural, que proporcione información a las y los usuarios sobre alternativas de atención y apoyo en los casos de violencia sexual y familiar**; comunicándoles su derecho a denunciar los hechos, pero sin obligación de hacerlo, así como información sobre los centros de atención y apoyo a víctimas en sus comunidades.<sup>45</sup>



Realizar y notificar el **registro de los casos de violencia sexual atendidos**, así como el tipo de atención que se dio a la víctima y su seguimiento, a la Dirección General de Información en Salud.



Garantizar la **presencia de personal médico y de enfermería no objetor de conciencia en las unidades de salud**, así como de traductores e intérpretes en lenguas indígenas.<sup>46</sup>



**Desarrollar campañas o materiales de promoción de la salud, con pertinencia cultural y lingüística, para el personal médico**, así como para las y los usuarios, que les permita conocer los servicios que se brindan como parte de la atención a la violencia sexual y familiar.

<sup>43</sup> Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Ley General de Víctimas, el Plan Sectorial de Salud 2019-2024, así como la NOM-046-SSA2-2005. Se especifican aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

<sup>44</sup> NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

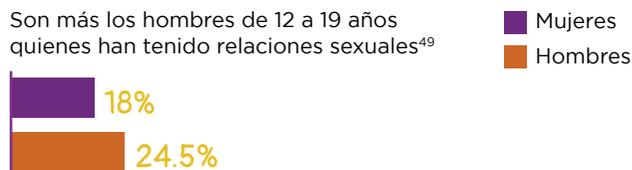
<sup>45</sup> Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, art. 9, fracción VI.

<sup>46</sup> Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, art. 52.

## 4. Fomentar la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción<sup>47</sup>

*Es el involucramiento y la participación de los hombres en el mantenimiento de un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción. Las desigualdades de género son aún una barrera importante para abordar estos temas; las normas y actitudes de género perjudiciales tienen una influencia negativa en la salud y el bienestar de mujeres y hombres, además de que configuran el comportamiento de ellos, lo que influye directamente en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de sus parejas, sus familias y ellos mismos.<sup>48</sup>*

Son más los hombres de 12 a 19 años quienes han tenido relaciones sexuales<sup>49</sup>



Pero son las mujeres quienes tienen mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos



**Los métodos anticonceptivos desarrollados para hombres actualmente son únicamente dos: el condón masculino y la vasectomía (con o sin bisturí).**

**PARA LAS MUJERES EXISTEN MÁS DE 15.**



**8%** de las mujeres de 12 a 19 años dijo no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual **porque su pareja se opuso, o a ella le dio pena o temor decirle.<sup>50</sup>**

No se cuenta con datos e información suficiente sobre la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, esto como consecuencia del sesgo de género que hay en las encuestas oficiales relacionadas con estos temas, pues la mayoría de las preguntas están dirigidas únicamente a mujeres, con lo que se perpetúa la idea de que sólo ellas son responsables de la sexualidad, reproducción y planificación familiar.

Considerando lo anterior, es urgente contar con acciones en salud pública que fomenten la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad y que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

<sup>47</sup> Se refiere al involucramiento y la participación de los hombres en el mantenimiento de un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia.

<sup>48</sup> Greene, M.E., Berger, B.O., Hakobyan, L., Stiefvater, E., and Levitov, R.G. (2019). Getting to Equal: Men, Gender Equality, and Sexual and Reproductive Health and Rights. Washington, DC: Promundo-US. [en línea] [https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2018/08/ACallToAction\\_015\\_web.pdf](https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2018/08/ACallToAction_015_web.pdf)

<sup>49</sup> Inegi/SSA. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018.

<sup>50</sup> Idem.

## Recomendaciones para fortalecer el enfoque de corresponsabilidad en los servicios de salud<sup>51</sup>



Contar con **presupuesto asignado y suficiente para la elaboración de materiales de promoción de la salud** que aborden la corresponsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva; deben ser elaborados por personas expertas e integrar la perspectiva de género, de juventud e intercultural en sus contenidos.



Generar y difundir **campañas que brinden información actualizada, certera y clara para los hombres sobre el uso de métodos anticonceptivos**, así como información práctica para tener acceso a éstos.



Desarrollar e implementar **capacitaciones para el personal que labora en las unidades de salud de primer nivel sobre corresponsabilidad del hombre en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción**, en las que se aborden temas como el uso de métodos anticonceptivos, la planificación familiar y la paternidad responsable, e integrando en ellas la perspectiva de género, de juventud y el enfoque de interculturalidad en salud.<sup>52</sup>



**Garantizar que las consejerías que brinda el personal de salud** en los servicios de planificación familiar, detección de ITS y salud a adolescentes y jóvenes cuenten con un **abordaje positivo sobre el involucramiento y la participación de los hombres en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción**, así como con un enfoque de ciclo de vida que permita dar información específica a cada grupo etario en función de su autonomía progresiva.<sup>53</sup>



**Generar, recabar y transparentar información sobre los hombres y el ejercicio de su sexualidad y reproducción**, con el objetivo de diseñar e implementar acciones que respondan a sus realidades y necesidades, para dejar de perpetuar la idea de que sólo las mujeres son responsables de la sexualidad, reproducción y planificación familiar.<sup>54</sup>

<sup>51</sup> Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará", OEA, 1994), el Plan Sectorial de Salud 2019-2024, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, el reglamento de la Ley General de Población, la NOM-005-SSA2-1993, la NOM-047-SSA2-2015 y la NOM-007-SSA2-2016. Se especifican aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

<sup>52</sup> Reglamento de capacitación de la Secretaría de Salud.

<sup>53</sup> Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, art. 6°, fracción IX; NOM-039-SSA2-2014, numeral 7.1.1, y NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

<sup>54</sup> Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Lo Público es Nuestro, a través de la contraloría social liderada por juventudes y mujeres indígenas, ha logrado identificar criterios para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva que, aunque ya están considerados en el marco legal y programático mexicano, en muchas ocasiones se omiten. Con base en el trabajo de investigación y análisis hacemos las recomendaciones anteriores para incrementar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas, mejorar su calidad y contribuir así a la prevención del embarazo en adolescentes, como lo establecen las metas de la Enapea.

