

Recomendaciones para prevenir el embarazo en adolescentes por medio de los servicios de salud sexual y reproductiva en Quintana Roo

CENTRO DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA



20
ILSB
años

LO PÚBLICO
ES NUESTRO

REDefine
MÉXICO
aplicate y pasa la voz



Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C.

ELABORADO POR:

**Programa de Innovación Social
y Participación Ciudadana**

Tania Martínez
Aída Bustos
Ana Laura Flores

DIRECCIÓN

Friné Salguero
DIRECTORA

Eugenia Likar
SUBDIRECTORA

COORDINACIÓN EDITORIAL

Arabella Jiménez
DISEÑO: Murcio Editores

AGRADECIMIENTOS:

Al Programa de Mujeres Indígenas (Promui), al Programa de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDefine) y a activistas de la segunda generación de Lo Público es Nuestro, por acompañar la elaboración de este documento mediante la generación de insumos y la revisión del mismo.

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C.
Tabasco 68, int. 3, colonia Roma, Cuauhtémoc
06700 Ciudad de México
www.ilsb.org.mx

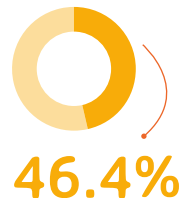
Lo Público es Nuestro (LPEN) es una iniciativa de contraloría social del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB), la cual fortalece la participación ciudadana de jóvenes y mujeres indígenas en 13 estados del país con el objetivo de hacer incidencia política, con base en evidencia, para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea).¹ La información y las recomendaciones que se presentan a continuación son producto del análisis y la investigación que han hecho el ILSB y REDefine Quintana Roo durante los últimos dos 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”**.²



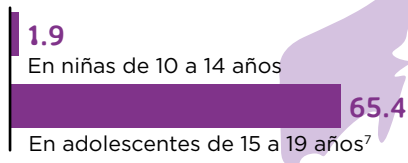
46.4%

de las **adolescentes** que ya iniciaron su vida sexual **ha estado embarazada al menos una vez**.³

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

Quintana Roo 2020

Tasa de fecundidad específica por cada mil habitantes



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 otras.

¹ 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 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.

² 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/>

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

⁴ Conapo, “Sistema de indicadores para seguimiento y monitoreo de la Enapea” [en línea].

⁵ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

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

⁷ Consejo Nacional de Población (Conapo), “Sistema de indicadores para monitoreo y seguimiento de la Enapea”.

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**.⁸

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.⁹



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

En Quintana Roo, Lo Público es Nuestro concentra su trabajo en dos ejes de investigación y acción, los cuales responden al contexto y las necesidades identificadas por el ILSB y REDefine Quintana Roo. Así, al garantizar el abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos, e implementar de manera adecuada la NOM-046-SSA2-2005 para la atención de casos de violencia sexual y familiar, se fortalece el acceso, así como la atención oportuna y de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas, incluyendo a adolescentes, jóvenes y mujeres indígenas.

⁸ Conapo, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) [en línea], p. 20. El incremento se dio de 2012 a 2013.

⁹ Gobierno de la Ciudad de México, "CDMX continúa con cero muertes maternas por aborto en servicios públicos", en Boletín 34:209, 2019 [en línea].

¹⁰ Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2016 [en línea].

Abasto, acceso y promoción de métodos anticonceptivos



14.1%
De las adolescentes de 15 a 19 años **usa algún método anticonceptivo.**¹¹



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.**¹²



24.6%
De las mujeres de 15 a 24 años en Quintana Roo, **tiene una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.**¹³



35.3%
De las usuarias actuales de métodos anticonceptivos, de 15 a 19 años, en el estado, **recibió un "servicio de calidad"**¹⁴ cuando éstos les fueron entregados.¹⁵

Durante la investigación de campo se observaron inconsistencias en la consejería sobre métodos anticonceptivos, pues el personal de salud no indicaba el uso adecuado de éstos ni cuáles previenen también infecciones de transmisión sexual (ITS).

El desabasto, el acceso condicionado y limitado, y la falta de información y promoción de los métodos anticonceptivos llevan a que su uso sea muy limitado; el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha aseverado que esta situación es inadmisibles "dada la magnitud del problema del embarazo adolescente en México".¹⁶ Por ello son urgentes acciones en salud pública que fortalezcan el abasto, el acceso y la promoción de métodos anticonceptivos, que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

¹¹ Inegi, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2018.

¹² Idem.

¹³ Conapo, "Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años)".

¹⁴ Le explicaron sobre los métodos que podía usar y las molestias que podría tener, le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia, le dedicaron suficiente tiempo a la explicación, le aclararon todas las dudas respecto al método y, en el caso de métodos permanentes, le informaron que ya no podría embarazarse.

¹⁵ Inegi, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2018.

¹⁶ 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>

Recomendaciones¹⁷



Garantizar la disponibilidad y provisión de métodos anticonceptivos a hombres y mujeres en todo su ciclo de vida¹⁸. La provisión de métodos anticonceptivos debe acompañarse de consejería y no estar condicionada.¹⁹



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 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.²⁰



Desarrollar e implementar capacitaciones obligatorias anuales para el personal médico y de enfermería sobre la NOM-047-SSA2-2015,²¹ la NOM 005-SSA2-1993²² y el uso de métodos anticonceptivos; las capacitaciones deben integrar la perspectiva de género, de juventud y el enfoque de interculturalidad en salud.²³



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 son implantes anticonceptivos o dispositivos intrauterinos.²⁴



Contar con presupuesto asignado y suficiente para la elaboración de materiales y campañas de promoción de la salud sexual y reproductiva, elaboradas por personas expertas y que integren la perspectiva de género, de juventud e intercultural en sus contenidos.



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



Generar, recabar y transparentar información sobre la demanda de métodos anticonceptivos, así como sobre su provisión²⁵. La información debe desagregarse por sexo, edad, pertenencia étnica, lugar de residencia y unidad de salud en la que se solicitaron y entregaron los métodos anticonceptivos, con el objetivo de contar con información que permita satisfacer la demanda de éstos en cada unidad de salud.

¹⁷ Estas recomendaciones se sustentan en el marco normativo vigente, por lo que su implementación es obligatoria por parte de las instancias de gobierno. Todas tienen como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la 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. Por lo que se especifican aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

¹⁸ Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea).

¹⁹ NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años.

²⁰ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Art. 6º, fr. IX; NOM-039-SSA2-2014, # numeral 7.1.1; [en línea] y NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana [en línea].

²¹ Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años.

²² De los servicios de planificación familiar.

²³ Reglamento de capacitación de la Secretaría de Salud.

²⁴ 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>

²⁵ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005²⁶

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”.²⁷



41.3%

De las mujeres de 15 años en adelante ha sufrido al menos un incidente de violencia sexual a lo largo de su vida,²⁸ para las mujeres que se autoadscriben indígenas, este dato es de 37.8 por ciento.²⁹



49.8%

De las adolescentes de 15 a 19 años en Quintana Roo ha sufrido algún tipo de violencia sexual;³⁰ para las adolescentes indígenas, la cifra es de 49.6 por ciento.³⁰

De enero de 2009 a junio de 2016, en Quintana Roo se reportó una sola interrupción legal del embarazo (ILE) por violación, sin embargo, en este mismo periodo hubo 979 avisos al ministerio público bajo el apéndice informativo núm. 1 de la NOM-046-SSA2-2005.³²

En la investigación de campo se constató que **el personal de salud se negó a dar acompañamiento a las víctimas de violencia sexual en tanto no hicieran una denuncia previa ante el ministerio público, cuestión que no es necesaria ni debería solicitarse como requisito para la atención** médica de calidad, según la NOM-046-SSA2-2005.

Las cifras anteriores evidencian cómo la atención para las personas que vivieron violencia sexual, tales 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 lo que son urgentes acciones desde el Estado para proveer servicios de salud que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, para proteger la vida, los derechos y las oportunidades de las y los adolescentes.

²⁶ 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.

²⁷ Idem.

²⁸ Inegi, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016, Principales Resultados [en línea], p. 8.

²⁹ Inegi, Endireh 2016, microdatos [en línea].

³⁰ Le han hecho sentir miedo de ser atacada o abusada sexualmente; le han dicho piropos groseros u ofensivos de tipo sexual o sobre su cuerpo; le han enviado mensajes o publicado comentarios con insinuaciones sexuales, insultos u ofensas; le han levantado la falda, el vestido, o le han jaloneado la ropa para ver sus partes íntimas o su ropa interior; la han manoseado, tocado, besado o se le han arrimado, recargado en ella o encimado sin su consentimiento; alguna persona le mostró sus partes íntimas o se las manoseo enfrente de ella; la han obligado a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos; ha sido violada o la han intentado violar.

³¹ Inegi, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016.

³² Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), “Violencia sin interrupción” [en línea], 2017.

Recomendaciones³³



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 acceder a profilaxis post-exposición (PPE), anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo, así como la garantía de que no hay 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.



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.³⁴



Crear un registro del personal objetor de conciencia por jurisdicción sanitaria y unidad de salud, así como establecer 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.³⁵



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



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 a garantizar este acceso.



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.³⁶



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



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.**³⁷

³³ 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. Por lo que es específica aquellas que, además, están comprendidas en otros instrumentos legales.

³⁴ NOM-047-SSA2-2015.

³⁵ Convención Americana sobre Derechos Humanos, art. 3°; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 18

³⁶ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, art. 52.

³⁷ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, art. 9, fracción VI.

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. Es con base en ese trabajo de investigación y análisis que hacemos las recomendaciones anteriores para incrementar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres indígenas, mejorar su calidad y contribuir así a la prevención del embarazo en adolescentes, como lo establecen las metas de la Enapea.

Contacto REDefine Quintana Roo:

Celular: **+55 8061 9591**

Correo electrónico: **redefinequintanaroo@gmail.com**

20 ILSB años

LO PÚBLICO ES NUESTRO

REDefine MÉXICO
aplicate y pasa la voz