



Instituto Nacional de Salud Pública

**Escuela de Salud Pública de México
Especialidad en Promoción de la Salud**

Ciclo escolar 2013-2014

Estudio de caso que para obtener el grado de
Especialista en Promoción de la Salud

**Evaluación de coherencia interna de la política de salud sexual y reproductiva para
fomentar habilidades para la vida en los adolescentes frente a la problemática del
embarazo adolescente: Programa de Acción Específica Salud Sexual y Reproductiva
para Adolescentes 2013-2018**

Presenta:

ZAYRA TERESA LÓPEZ IXTA

Cuernavaca, Morelos. Agosto de 2015

A quienes confiaron,
gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Listado de siglas y acrónimos	3
Tabla de Cuadros	4
Introducción.....	5
Antecedentes.....	8
Normatividad internacional	8
Normatividad nacional.....	9
El contexto: la dimensión del problema y la respuesta del Estado	11
Problema que aborda el PAESSRA 2013-2015.....	15
Objetivos de la evaluación al PAESSRA 2013-2018.....	18
Justificación de la selección del PAESSRA 2013-2018.....	19
Fundamentos teóricos para el análisis de la coherencia interna del PAESSRA 2012-2018 con relación a la promoción de habilidades para la vida en población adolescente.....	22
Aspectos metodológicos.....	29
Limitaciones del estudio	31
Resultados o hallazgos	33
Descripción del Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018	33
Discusión: evaluación de coherencia	45
Análisis de suficiencia	45
Planteamiento del problema y situación deseada.....	46
Instrumentos.....	46
Análisis de pertinencia.....	48
Magnitud	49
Contexto institucional	49
Rasgos sociodemográficos de la población objetivo	50
Conclusiones	51
Aportaciones.....	53
Referencias bibliográficas.....	55
Anexo 1. Indicadores y metas del programa	60

Listado de siglas y acrónimos

ARAP	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GAIA	Grupo de Atención a la Salud de la Adolescencia
GISR	Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
NOM-005-SSA2-1993	Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
Pacto de San José	Convención Americana sobre Derechos Humanos
PAESSRA 2013-	Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva

2018	para Adolescentes
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RLGSMPSAM	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de la Marina-Armada de México
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Sistema Estatal de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSA	Secretaría de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Tabla de Cuadros

Cuadro 1. Dimensiones de análisis y sus categorías y definiciones operacionales para la evaluación.....	29
Cuadro 2. Organización del PAESSRA 2013-2018	40

Introducción

El embarazo adolescente es un problema que afecta al país de distintas maneras y también por variadas causas. La llegada de la maternidad o paternidad a la vida de los adolescentes supone diversos obstáculos para que la madre o el padre continúen desarrollándose en los distintos ámbitos de la vida y, como consecuencia, ello implica también desventajas para nuevos miembros. De esta manera, el embarazo adolescente se convierte en consecuencia y causa de fenómenos que aquejan a la población más vulnerable del país.

Como consecuencia, frente a una de las principales problemáticas de salud que enfrenta la población adolescente –el embarazo adolescente- se esperaría un énfasis especial en el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva (PAESSRA) 2013-2018 en los mecanismos que desde el sector facilitan y detonan procesos de desarrollo de habilidades para que los individuos en el rango de edad adolescente puedan modificar (o controlar) sus propias condiciones. De esta manera emergen las habilidades para la vida como un tipo de iniciativa que facilita el desarrollo de competencias socioemocionales en los sujetos para facilitar en ellos la toma de decisiones asertivas, esto es, a favor de su propio bienestar, es decir, su salud sexual y reproductiva.

Las habilidades para la vida se promueven en el seno de intervenciones interactivas que invitan a la reflexión para el entendimiento del otro y del propio ser. Por su naturaleza, éstas son más fácilmente promovidas desde el sector educativo puesto que pueden ser dirigidas por el personal docente en las aulas; no obstante, pueden ser promocionadas y reforzadas desde el sector salud a través de la interacción entre el personal y los usuarios. Al respecto, la literatura sugiere que es mediante la capacitación al personal de trato directo para el desarrollo de acciones de consejería y orientación para adolescentes que se puede estimular el desarrollo de competencias socioemocionales o relacionales en el grupo etario. Esto, dado que el personal capacitado debería contar con herramientas para

interactuar con los adolescentes en diversos momentos y circunstancias para contribuir a facilitar en ellos la toma de decisiones a favor de su propio bienestar.

En ese contexto, se presenta la evaluación al Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2013-2018. El PAESSRA 2013-2018 tiene como objetivo contribuir a encauzar los esfuerzos del sector salud hacia la provisión de los medios necesarios para que la población adolescente logre mejorar su salud sexual y reproductiva mediante diversas estrategias. Entre éstas destaca el fortalecimiento a las habilidades y capacidades de los sujetos para modificar sus propias condiciones de salud sexual y reproductiva (1). Así, en la evaluación se busca identificar el grado en que se promueve el desarrollo de habilidades para la vida desde el sector salud como parte de una estrategia para promover la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, a través del principal referente programático.

Dado que esta problemática del embarazo adolescente es multifactorial, puede ser intervenida desde el sector salud. En este sentido, se realizó un análisis de la coherencia del programa con relación a la promoción de habilidades para la vida en el campo de la salud sexual y reproductiva para adolescentes. Así, la evaluación de coherencia de la teoría causal se encuentra acotada a un factor. Las habilidades para la vida representan un enfoque particular que se puede promover desde el campo de la salud para resolver el problema del embarazo adolescente pues su fomento puede realizarse prácticamente a cualquier edad aunque los rendimientos esperados se incrementan conforme la edad disminuye.

El embarazo adolescente es el problema que motiva la realización de este análisis. Las iniciativas para contribuir a la salud sexual y reproductiva constituyen en sí mismas una vertiente de intervención para la resolución de dicho problema. En ese marco, el objetivo general del documento es *analizar la coherencia interna del PAESSRA 2013-2018 para promocionar las habilidades para la vida en el marco de la política de salud sexual y reproductiva para contribuir a disminuir el*

*embarazo no deseado y no planeado en adolescentes*¹. De esta manera, los objetivos específicos que se perseguirán son: 1) evaluar la suficiencia de las estrategias y líneas de acción planteadas en el PAESSRA 2013-2018 para promover el desarrollo de habilidades para la vida en los adolescentes mexicanos que se acercan a los servicios de salud, y 2) valorar la pertinencia de la(s) estrategia(s) para la promoción de las habilidades para la vida y sus líneas de acción, así como de los indicadores para su monitoreo, con relación al contexto actual de la problemática del embarazo adolescente.

¹ El embarazo no deseado es aquél en el que la madre manifiesta no haber querido que el fenómeno sucediera ni en tiempo presente, ni futuro; mientras que el no planeado se presenta en un momento no adecuado para el proyecto de vida de la madre pero ésta manifiesta sí haberlo deseado aunque en un tiempo futuro.

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que “para que la salud [sexual] se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”(2), asimismo, sucede con los derechos reproductivos (3). Las habilidades para la vida facultarían a los adolescentes para ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. No obstante, es importante destacar que el Estado² debe cumplir con un papel importante para asegurar las condiciones de respeto, protección y cumplimiento a las cuales refiere la OMS. Por ello, en este apartado se discuten los principales referentes normativos que constituyen el marco de referencia tanto de las obligaciones del Estado como de las garantías de los individuos en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos como medios institucionales para asegurar un entorno favorable a la salud sexual y reproductiva, particularmente de los adolescentes.

Normatividad internacional

A nivel internacional son diversos los tratados que promueven la intervención del Estado para posibilitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes como una categoría de derecho humano inalienable. En ese contexto, entre los tratados ratificados por México, en primera instancia destaca la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) firmado en 1969 que señaló que es derecho de las niñas y niños que se lleven a cabo medidas por parte de sus familias, sociedad y Estado, para proteger su condición de menor (4). Luego, en 1989, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoció como derechos de los menores de 18 años, los derechos a la salud, educación, desarrollo, y a no ser víctimas de ningún tipo de violencia sexual; además, en la CDN se hizo énfasis en la necesidad de que los estados

² En esta evaluación el Estado debe ser comprendido como el conjunto de órganos de decisión que realizan la función de administración, mediación y garantía de los derechos y soberanía de los individuos que integran un territorio en el que se comparten rasgos culturales y lingüísticos.

participantes ofrecieran información relacionada a la salud sexual y reproductiva a la población adolescente (5).

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), se planteó un programa de acción para promover el desarrollo de la población y, entre las medidas necesarias para lograr dicho objetivo se estableció la de mejorar de la salud sexual y reproductiva de toda la población, incluido el grupo adolescente. “En particular, [se estableció que] deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad”³. Así, entre las medidas propuestas destaca un exhorto a establecer “mecanismos de enseñanza y orientación de los adolescentes”⁴ en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y las relaciones entre los sexos (6).

Posteriormente, en 2008, mediante la firma de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación en el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA se ratificó el compromiso de garantizar el derecho a la salud y a la educación de calidad en ambientes libres de estigma, discriminación y violencia; condiciones todas ellas necesarias para el desarrollo de habilidades para la vida asociado al fomento de la salud sexual y reproductiva (7). Finalmente, en 2013 se firmó el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo a través del cual los países se comprometen a garantizar políticas públicas que aseguren la educación integral para la sexualidad reconociendo la afectividad desde la infancia y respetando la autonomía progresiva de la niña y niño, así como de las decisiones informadas de los adolescentes (8).

Normatividad nacional

³ Ver página 46 del informe.

⁴ Ver página 47 del informe.

Derivado de lo anterior, cabe advertir que es responsabilidad gubernamental garantizar un entorno de respeto, favorable al bienestar de la población adolescente y, por tanto, al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos por ser éstos una categoría de derechos humanos. De esa manera, en primera instancia es importante señalar que en el artículo 1ro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) se reconocen los derechos humanos de todas las personas. Así también, en el artículo 4to se reconoce el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres; el derecho a la protección social en salud y a la decisión libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos (9). Derechos que manifiestan garantías de protección a la salud en un sentido amplio, que por tanto abarca a la sexualidad y reproducción, en un marco de igualdad sustantiva.

No obstante, pese a que el texto constitucional establece dichas garantías, en las leyes federales/ generales y normatividad vigente éstas se desarrollan con mayor detalle con la finalidad de establecer los alcances de los derechos planteados en la CPEUM y las características de la intervención estatal para asegurar su respeto, protección y cumplimiento. Así destacan las siguientes leyes: 1) La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, en la que se establece que se debe promover la igualdad en el acceso a los derechos sociales y el pleno disfrute de ello entre hombres y mujeres (10). Al respecto, destaca que la salud es un derecho social y que, como se hizo mención, la faceta sexual y reproductiva de dicho derecho es parte fundamental y un tema de intervención prioritario con relación a la problemática que representa el embarazo adolescente. 2) La Ley General de Salud (LGS) que como se verá más adelante establece la obligación de proveer servicios de información y orientación al grupo etario como medio para garantizar la salud (11). 3) La Ley General de Población pues sus disposiciones tienen como objetivo regular los fenómenos poblacionales como el embarazo pues se ocupan del volumen, la dinámica, la estructura y la distribución (12).

En el terreno reglamentario, destacan: 1) El Reglamento de la Ley General de Población puesto que detalla los alcances y características de la política poblacional en México y, específicamente, la política de planificación familiar. Así, este reglamento señala que los servicios de planificación familiar deben estar integrados con los de salud y salud reproductiva además de que los servicios de información y educación relacionados son gratuitos, con especial atención en jóvenes y adolescentes (13). 2) El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSMPSAM) que indica que es obligación de las instituciones del sector salud proporcionar servicios de información y orientación para la planificación familiar (14).

Finalmente, entre las Normas Oficiales Mexicanas destaca la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar que establece que la información y educación para la planificación familiar debe comprender temas de sexualidad y reproducción⁵ y que en los servicios de consejería deberá prestarse especial atención a los adolescentes⁶ (15).

El contexto: la dimensión del problema y la respuesta del Estado

Pese a la existencia de dichos ordenamientos, en 2014, de acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en México se estimaba que cada año se presentan aproximadamente 500 mil embarazos no deseados en mujeres adolescentes y, por esta razón, el país aparece como el miembro de la OCDE con mayor número de casos (16). Muchas de estas madres no terminarán sus estudios y enfrentarán innumerables obstáculos que dificultarán su desarrollo y el de su descendencia. Las evidencias generadas en la literatura especializada muestran que el problema del embarazo adolescente es muy complejo puesto que son diversas las causas que lo generan y, así también, diversas son sus consecuencias. La deserción escolar, la pobreza, las bajas

⁵ Ver disposición 5.3, inciso a.

⁶ Ver disposición 5.2.2.5.

expectativas sobre el futuro laboral (y por tanto sobre la utilidad de la permanencia en el sistema escolar), son factores que afectan la toma de decisiones en la población adolescente abonando así a la constitución de barreras para el desarrollo a través de la perpetuación de las mismas condiciones.

En ese contexto, se han desarrollado diversas intervenciones en adolescentes⁷ con la intención de prevenir embarazos no deseados. Así, los antecedentes programáticos asociados a la política de salud para esta población más importantes se remontan a la “Declaración de Monterrey” de 1993 puesto que fue después de ésta que el gobierno federal desarrolló esfuerzos enfocados en la salud reproductiva de los adolescentes desde diversas trincheras a partir de una perspectiva integral de fomento de los estilos de vida saludables: higiene corporal, alimentación, vivienda, actividad física, combate a las adicciones y adecuado uso del tiempo libre (17). Así, se sumaron a ese esfuerzo diversas instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales para coadyuvar a atender los problemas de salud del grupo de edad.

Luego, en 1994 comenzaron a funcionar los “módulos amigables” como unidades de orientación en materia de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Asimismo, de forma paralela se desarrolló una campaña informativa sobre estos aspectos, y un año después, se constituyó un grupo de interinstitucional con representación de diversos sectores del ámbito público y privado: Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR) (1) para fungir como vigía de los procesos de provisión de servicios y, de igual forma, emitir recomendaciones que guiaran la mejora continua de ellos.

⁷ Que de acuerdo con el artículo 5 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en México los adolescentes corresponden a los individuos entre 12 y 18 años; no obstante, de acuerdo con la OMS son los individuos entre 10 y 19 años. Sin embargo, en el documento se referirá con el término a los sujetos entre 12 y 18 años de edad, de acuerdo con la legislación vigente en la materia para el país.

Alrededor del año 2000 comenzaron a implementarse estrategias novedosas a través de las cuales se intervino en las comunidades rurales y se llevaron a cabo encuentros para promocionar la salud reproductiva. En particular destacan la participación del programa IMSS-Oportunidades (hoy IMSS-Prospera) y su participación en el Programa de Educación, Salud y Alimentación del entonces Programa Progresá (18). En el año 2003, con la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), arrancó el programa de acción específico de “Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes” para direccionar la política asociada a esta temática (19).

En 2007 el programa de acción específico 2007-2012 se realizó en colaboración con expertos y representantes de la sociedad civil. En ese mismo año, se organizó el Primer Premio Nacional de Brigadistas y Promotores/as Juveniles 2007 para estimular los trabajos de acción comunitaria de los jóvenes. En 2009, se institucionalizó el Grupo de Atención a la Salud de la Adolescencia (GAIA) con la participación de dependencias de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para fortalecer, unificar y mejorar la coordinación de las diversas intervenciones que se llevaban a cabo desde el sector salud para la población adolescente (19). Finalmente, en 2013 se dieron los primeros pasos para conformar el Modelo de Atención Integral para la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; no obstante, el documento aún no es público aunque, con base en la información establecida en el PAESSRA 2013-2018, se sabe que éste tendrá aplicación en todo el Sistema Nacional de Salud y buscará mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Actualmente, la política de salud asociada a derechos sexuales y reproductivos para los adolescentes encuentra su referente programático más inmediato en el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. A través de dicho documento, la administración federal en turno se propone 1) “favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y

servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes”; 2) “reducir embarazos no planeados [y enfermedades de transmisión sexual] [...] en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población”, e 3) “incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente” (1). Objetivos interrelacionados y entre los que destaca la reducción de embarazos no deseados en la población adolescente.

Adicional a lo anterior, en enero de 2015 el presidente de México, Enrique Peña Nieto, anunció la elaboración de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes misma que se integra por 5 objetivos específicos, 19 líneas de acción y 90 actividades que involucran a actores de los tres órdenes de gobierno desde diferentes sectores con la intención de coordinar sus esfuerzos para lograr reducir los casos de embarazos no planeados entre la población que se encuentra en el rango de edad de 12 a 19 años. Así, en particular, en la estrategia se procura reducir la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 a 19 años y erradicar el fenómeno en menores de 15 años. Así, entre los 5 objetivos principales destacan los siguientes: objetivo tres, “asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad”; objetivo cuatro, “incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes”; y objetivo cinco, “garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente para recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada” (19). Todo lo cual sugiere que en lo que resta de la presente administración se redoblarán esfuerzos por atender la problemática con un probable énfasis en la generación de capacidades para la toma de decisiones y, por tanto, habría de esperarse la promoción del desarrollo de habilidades para la vida.

Problema que aborda el PAESSRA 2013-2015

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, en México la tasa de fecundidad adolescente se incrementó con respecto a 2009 en 6 puntos porcentuales al pasar de 70.9 a 77.0% (20). En 2011 se estimaba que 20% de los embarazos totales del país eran no planeados y 13.4% no deseados. No obstante, entre adolescentes estas cifras ascendieron a 27.3% y 23.4%, respectivamente. Como consecuencia, los datos sugieren que en el grupo de adolescentes la proporción de embarazos no planeados y no deseados asciende a 40.6% frente a 32.7% del grupo de las jóvenes (entre 18 y 35 años) y 37.1% del de las mujeres adultas (de 35 años y más) (21).

Asimismo, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, 33.4% de las mujeres adolescentes con vida sexual activa no utilizan método anticonceptivo en su primera relación sexual (22) y sólo 54.6% declaran hacer uso de anticonceptivos de forma regular (21) pese a que la encuesta mostró que el 78.5% de los adolescentes de 12 a 19 años del país sabían de la utilidad del condón para la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual, y 90% de ellos habían escuchado hablar de algún método anticonceptivo (1).

Lo anterior constituye un problema puesto que se relaciona a su vez con otra serie de fenómenos problemáticos que afectan el desarrollo de los adolescentes, sus perspectivas futuras y de su descendencia. Sin embargo, las causas y efectos del problema del embarazo adolescente se encuentran interrelacionadas de forma compleja y bidireccional. Como consecuencia, identificar asociaciones unívocas se vuelve un tarea difícil si no es que imposible. No obstante, en 2013 la Cámara de Diputados emitió un documento de investigación con información actualizada sobre las características y dimensiones de este problema en el país.

Entre las principales causas del problema se identificaron: “el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; la práctica

de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos; la presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales; el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción de la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada; carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y la falta de una buena educación sexual”(23).

Por otro lado, entre las principales consecuencias de este fenómeno se encontraron problemáticas de diversas naturalezas. En el campo de la salud, destaca el riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo y el parto; el incremento del riesgo de mortandad del producto, así como también de que éste experimente malformaciones congénitas y problemas de conducta y funcionamiento intelectual, y las reacciones depresivas en la madre adolescente durante el curso del embarazo. Por otro lado, en el terreno social se identificó la disminución de las oportunidades para mantenerse dentro del sistema educativo; las dificultades para la inserción en el mercado laboral; los problemas para alcanzar el pleno desarrollo social y cultural; y los problemas para consolidar una familia estable (23).

Con base en lo anterior, es evidente que el problema de los embarazos no deseados y no planeados afecta mayoritariamente al grupo de adolescentes y constituye un problema enorme pues es causa y efecto de diversas problemáticas. En ese contexto, las intervenciones para atender al problema deben actuar en diferentes niveles: promoción, prevención y atención. Con diferentes actores estratégicos. También deben tratar de incidir en diversas dimensiones: individual, comunitario, familiar y social. Sobre diversos aspectos temáticos: empleo, salud y educación, entre otras. Todo para facilitar en el individuo el desarrollo de las competencias socioemocionales para la toma asertiva de decisiones; es decir, la elección de factores y/o acciones que favorezcan su bienestar físico, emocional e intelectual. Sin embargo, desde el sector salud el PAESSRA 2013-2018 es el

documento rector que rige el desarrollo de las diversas acciones cuya finalidad es atender el problema del embarazo adolescente no deseado y no planeado. Así queda establecido en el segundo objetivo del programa, a saber, “reducir embarazos no planeados e ITS [Infecciones de Transmisión Sexual] en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población”⁸ (1).

⁸ Las ITS son infecciones que se propagan por contacto sexual.

Objetivos de la evaluación al PAESSRA 2013-2018

El **objetivo general** del documento es *analizar la coherencia interna del PAESSRA 2013-2018 para promocionar las habilidades para la vida en el marco de la política de salud sexual y reproductiva para contribuir a disminuir el embarazo no deseado y no planeado en adolescentes.*

Los **objetivos específicos** que se perseguirán son:

- 1) *evaluar la suficiencia de las estrategias y líneas de acción planteadas en el PAESSRA 2013-2018 para promover el desarrollo de habilidades para la vida en los adolescentes mexicanos que se acercan a los servicios de salud, y*
- 2) *valorar la pertinencia de la(s) estrategia(s) para la promoción de las habilidades para la vida y sus líneas de acción, así como de los indicadores para su monitoreo, con relación al contexto actual de la problemática del embarazo adolescente.*

Justificación de la selección del PAESSRA 2013-2018

Pese a los esfuerzos, como las estadísticas de las ENADID 2009 y 2014 indican, todavía una alta proporción de adolescentes enfrentan embarazos no deseados y no planeados. Hecho que manifiesta que aún es posible, y necesario, incidir en el fenómeno en sus diversas vertientes causales. Como se señaló, una de ellas es la perspectiva de la salud, específicamente a través de la salud sexual y reproductiva. No intervenir suficientemente desde esta trinchera puede tener efectos biológicos, sociales y económicos irreparables en los adolescentes.

La población adolescente enfrenta varias dificultades para ejercer sus derechos plenos, entre ellos los sexuales y reproductivos (24). En primera instancia, las desventajas sociales y económicas de su posición social inciden en la capacidad y los recursos con los que cuentan para informar sus decisiones. Asimismo, adicional a ese tipo de obstáculos se presentan las barreras culturales que son producto de los estereotipos construidos socialmente y que en no pocos casos restringen su autonomía; como ejemplo, en muchas sociedades se considera que los adolescentes no cuentan con la madurez para tomar decisiones por sí mismos. Como consecuencia, el adolescente se encuentra limitado en términos de recursos y capacidades para tomar decisiones que favorezcan su bienestar.

Particularmente, en el terreno de la salud sexual y reproductiva, un adolescente limitado –por cuestiones sociales, económicas o culturales- enfrenta barreras para acceder a conocimiento relacionado con la materia, métodos anticonceptivos y el apoyo necesario para desarrollar competencias socio-emocionales. El resultado de ello puede ser el embarazo no deseado o no planeado, así como la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. Con relación al primer fenómeno, resaltan efectos que aumentan el número de obstáculos que enfrenta el adolescente y que trascienden el terreno de la salud: deserción escolar, problemas para insertarse en el mercado laboral, problemas de salud materno-infantil (depresión materna, malformaciones congénitas en el neonato, entre

otras), estigmatización social, etcétera. En el segundo caso, la ya difícil situación del adolescente se deteriora si la enfermedad no tiene cura (como el VIH-SIDA) o si no tiene acceso o respuesta adecuada del sistema de salud. Asimismo, una vez atendido el adolescente, se pueden presentar problemas de apego al tratamiento y con ello posibles resistencias de virus y bacterias a los fármacos prescritos. No obstante, el grado de complejidad alcanzable de la situación de cada adolescente es afectado por las circunstancias previas de éste así como por la ocurrencia de cualquier de las dos consecuencias mencionadas, o de ambas a la vez.

En la encuesta para el “Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012”, elaborado por el INSP y publicado por el Inmujeres durante 2013, se documentó que en 67.2% de las unidades médicas del primer nivel de atención se ofertan anticonceptivos para las y los adolescentes. Situación que pone de manifiesto que aún persisten retos en materia de acceso en poco más de 32% del total de las unidades de salud. Empero, en 81.2% de las unidades se reportó proveer servicios de consejería u orientación sobre salud sexual y reproductiva, mientras que en sólo 12.1% se identificó la realización de actividades de educación sexual y reproductiva. Asimismo, destaca que en la encuesta sólo 6% del personal de dichas unidades reportó recibir 20 horas o más de capacitación para la consejería en salud sexual y reproductiva, 8% en derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y 6.4% en planificación familiar para adolescentes (25).

Con esos antecedentes, los datos sobre el sector salud sugieren que un alto porcentaje de los adolescentes cuentan con información; no obstante, cerca de la mitad hace uso de algún método anticonceptivo de forma regular y casi la mitad de los embarazos en adolescentes son, como consecuencia, no deseados o no planeados. Hechos que podrían indicar que la desinformación no es el principal problema que aqueja al grupo etario porque a pesar de que la mayoría de los adolescentes saben cómo cuidarse, poco menos de la mitad no lo hacen. Es decir, destaca que aunque un tercio de las unidades de primer nivel no están

proporcionando métodos anticonceptivos a adolescentes, la proporción de adolescentes que incurren en comportamientos de riesgo es mayor.

Una posible causa de la situación que enfrenta el sector salud frente al problema del embarazo adolescente puede deberse a las deficiencias formativas del personal a cargo de las consejerías puesto que poco más 90% de los consejeros u orientadores no reciben capacitación para desempeñar esta tarea. Por lo anterior, el problema del embarazo adolescente podría estarse descuidando desde esta vertiente y, particularmente, en lo que respecta a la promoción de habilidades para la vida. De esta manera, el sector salud podría estar perdiendo la oportunidad de incidir a través de la interacción entre el personal de los centros de salud con los adolescentes en el desarrollo de competencias socio-emocionales para fomentar la asertividad en la elección de los cursos de acción y, por tanto, contribuir a habilitar a estos individuos para ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva.

En ese contexto, destaca la relevancia de abordar la coherencia de la teoría causal del principal referente de las políticas públicas del sector en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes, para promover el desarrollo de competencias socioemocionales para la toma de decisiones asertivas. El PAESSRA2013-2018 es el documento programático que guía el actuar de la presente administración en materia de salud sexual y reproductiva para los adolescentes. Por ello, los programas que implementan las diferentes organizaciones del sector salud deben atender los criterios y lineamientos establecidos en dicho documento. Por esta razón es que se ha seleccionado dicho documento pues su análisis permitirá conocer si existe coherencia en la política de salud sexual y reproductiva para adolescentes en el marco de la administración federal 2013-2018. Esto, con relación a la promoción de habilidades para la vida y en términos de la teoría causal o cadena de medios que une al problema con sus fines, de acuerdo con lo establecido en el programa y en contraste con lo que se establece en la literatura especializada.

Fundamentos teóricos para el análisis de la coherencia interna del PAESSRA 2012-2018 con relación a la promoción de habilidades para la vida en población adolescente

El **PAESSRA 2013-2018** tiene como objetivo contribuir a encauzar los esfuerzos del sector salud hacia la provisión de los medios necesarios para que la población logre mejorar su salud mediante diversas medidas. En palabras del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, entre estas medidas destaca el fortalecimiento a las habilidades y capacidades de los sujetos para modificar sus propias condiciones⁹. No obstante, para comprender las implicaciones de este objetivo, en primera instancia se debe definir qué es una política pública así como establecer qué es la coherencia en el marco de la disciplina. En ese sentido, se tiene que una **política pública** es una acción u omisión deliberada para atender sistemáticamente un problema considerado como público (26). Como consecuencia, las acciones para promocionar la salud que desarrolla un gobierno pueden ser consideradas políticas públicas de promoción de la salud.

Sin embargo, las políticas públicas pueden no satisfacer en su diseño las necesidades del problema público que buscan resolver o del contexto en el cual se implementan para llevar a cabo su implementación. Asimismo, entre ellas pueden duplicar esfuerzos u obstaculizarse y, por tanto, resultar en un todo incoherente que poco abone al logro de los objetivos postulados en su diseño (26). Por ese motivo, Cejudo y Michel señalan que la **coherencia** de las políticas públicas puede ser analizada con base en tres niveles de análisis, a saber:

- 1) La coherencia en las políticas públicas;
- 2) la coherencia **entre** políticas públicas, y
- 3) la coherencia **entre espacios** de políticas públicas.

⁹ Ver el mensaje del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Pablo Antonio Kuri Morales, p. 9, PAESSRA 2013-2014.

En el primer caso la coherencia refiere a la congruencia de una intervención o iniciativa en términos de su teoría causal; es decir, internamente a partir de la articulación y lógica en: 1) la definición del problema que busca atender, 2) los instrumentos de política para su resolución y 3) la situación deseada. En el segundo caso, la coherencia entre políticas refiere a la capacidad de contribución y reforzamiento de un conjunto de intervenciones que pertenecen al mismo sector o espacio de políticas (por ejemplo salud, economía, desarrollos social, educación). En este caso, la coherencia entre políticas refiere a la capacidad de generar sinergias a partir de contribuciones diferenciadas a la solución de una situación colectiva problemática porque cuando hay coherencia la operación de las políticas no sólo logra los objetivos específicos de cada intervención sino un objetivo “más amplio”. Así, la literatura sugiere que el análisis “entre políticas” se debería realizar fundamentalmente con base en los instrumentos, las poblaciones objetivo y los objetivos de las políticas. Finalmente, la coherencia entre espacios de políticas supone la no incompatibilidad de objetivos entre políticas de espacios o sectores distintos (política energética y de economía, por ejemplo)(26).

En el terreno de las intervenciones de **promoción de la salud**, estas acciones deberían atender el objetivo de su constitución: crear opciones saludables para la población y empoderarla (27). Sin embargo, la literatura sugiere que esto no siempre sucede porque no es poco frecuente que las políticas públicas dupliquen esfuerzos, desatiendan poblaciones y aspectos problemáticos susceptibles de atención, e incluso se obstaculicen entre ellas. Por ese motivo el análisis de su coherencia, en los tres niveles y en las diversas etapas de su proceso, se vuelve un ejercicio necesario para asegurar las mejores condiciones para su implementación y mejora constante.

Particularmente, en el caso de la política de promoción de la salud el análisis desde la perspectiva de la coherencia de políticas públicas permite identificar el grado de congruencia que guardan las diversas intervenciones públicas con

respecto a una situación identificada como problema. Asimismo, aunque la Promoción de la Salud es un concepto relativamente reciente que ha sido definido de diversas formas ésta presenta en sus alcances prácticos algunos sentidos generales. Al respecto, Restrepo y Málaga sostienen que la promoción de la salud tiene como objeto lo saludable (no la enfermedad) para crear opciones sanas para la población y, de este modo, empoderar a los individuos con respecto a sus propias condiciones de salud. De ahí que el enfoque trascienda lo meramente biológico y abarque aspectos sociales que determinan los resultados alcanzados y alcanzables de los individuos en términos de su propia salud. Así también, los autores señalan que la población objetivo de este tipo de intervenciones son la población general, los grupos especiales y las condiciones que influyen en la calidad de vida de las personas (27).

En México, la legislación vigente define como **adolescentes** a todos aquellos individuos que se encuentran entre los 12 y los 18 años¹⁰ cumplidos (28). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como un período de vida en el que los individuos entre 10 y 19 años transitan de la niñez a la adultez y además adquieren capacidades para enfrentar las responsabilidades de la etapa adulta y, por ello, los factores que afectan el desarrollo del individuo adolescente afectan también el desarrollo de los futuros adultos (29). Sin embargo, con respecto al término, en este documento se refiere como adolescente a aquel individuo que se encuentran en el rango de edad que establece la normatividad vigente en México.

Los embarazos no planeados y no deseados en adolescentes son los embarazos de las mujeres que se encuentran en ese rango de edad. Como se hizo mención, existen diferencias conceptuales entre **embarazos planeados, no planeados y no deseados**; porque un embarazo puede o no ser planeado, pero en ambos casos éstos consideran deseados cuando la madre manifiesta haber querido

¹⁰ Ver artículo 5.

embarazarse en el presente o en un tiempo futuro. Los embarazos no deseados se caracterizan porque las mujeres en esa situación señalan no haber querido el embarazo en el presente o futuro (21).

Las políticas promotoras de la salud pueden cumplir con una función muy importante en la búsqueda de soluciones al problema del embarazo adolescente no planeado dado que idealmente promueve mejores condiciones para la toma de decisiones por parte de los individuos y los empodera a través de ello o de la divulgación de información. No obstante, generalmente las políticas presentan desperfectos desde su diseño y por tanto suelen traslaparse, obstaculizarse o simplemente desatienden aspectos medulares de un problema; es decir, presentan inconsistencias de coherencia. Esta situación se convierte en un problema en sí mismo puesto que no posibilita la atención del problema público planteado en los términos esperados.

Por ende, en la siguiente sección se llevará a cabo un análisis de coherencia para las políticas de promoción de la salud que buscan atender el problema del embarazo no planeado en adolescentes a partir de la revisión del principal instrumento programático en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes de la administración en curso, el PAESSRA 2013-2018. Esto, para identificar el grado de coherencia en la teoría causal establecida en el programa con relación a la promoción de las habilidades para la vida como un enfoque posible y deseable desde el sector salud para fomentar la salud sexual y reproductiva en los adolescentes y, por tanto, la disminución de los embarazos adolescentes.

De acuerdo con la OMS, la **salud sexual y reproductiva** es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y los procesos reproductivos. En el campo de la sexualidad, no es meramente la ausencia de enfermedad o disfunción sino además se requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia lo sexual y las relaciones sexuales, así como la

posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras libres de coerción, discriminación y violencia (2). Con relación a lo reproductivo, la salud supone que las personas son capaces de responsabilizarse y decidir cuándo y cómo reproducirse en el marco de una vida sexual segura y satisfactoria (3).

Las **habilidades para la vida** son competencias que permiten que la población adolescente sea capaz de autorregularse, conocerse y cuidar de sí misma para estar en condiciones de tomar las mejores decisiones (30). De acuerdo con Juan Carlos Melero, las habilidades para la vida suponen tres dimensiones del desarrollo personal: aprender a pensar, aprender a sentir y aprender a relacionarse (30). Así, las intervenciones para incrementar las habilidades para la vida representan un proceso y resultado de habilitación de las capacidades de acción internas de los sujetos. Las habilidades para la vida dotan de capacidad a los sujetos y en esa medida los empoderan para enfrentar sus realidades y transformarlas.

Las habilidades para la vida se complementan con las intervenciones de difusión de conocimiento. Esto último es muy importante dado que no es suficiente conocer porque es necesario contar con las capacidades para actuar. Conocimiento y capacidad de acción son un binomio complementario/sinérgico que facilita los comportamientos positivos/saludables en los individuos y, por ello, los empoderan efectivamente. Los beneficios de implementar una estrategia de generación de habilidades para la vida son altos puesto que complementan las acciones que se desarrollan desde otras perspectivas de la promoción de la salud.

Es generalmente reconocido que para que los servicios de salud sean amigables con la población adolescente deben fortalecerse las capacidades del personal de trato directo para posibilitar en ellos respuestas que favorezcan en los adolescentes elecciones con conocimiento, autonomía y asertividad (25). En el PAESSRA 2013-2018 los **servicios de salud amigables** son definidos como la *“atención en salud sexual y reproductiva que se brinda a la población adolescente,*

en un espacio que permite la privacidad y confidencialidad; por personal capacitado en la oferta del paquete básico de servicios, que sea empático y sensibilizado, para un trato digno, cordial, equitativo y respetuoso de sus derechos humanos, que contribuye a la toma de decisiones informada”¹¹.

Como se mencionó, la **consejería** es comprendida en el PAESSRA 2013-2018 como un “*proceso de comunicación mediante el cual alguien recibe ayuda para identificar sus necesidades de salud sexual y reproductiva, así como para tomar decisiones apropiadas acerca de cómo satisfacerlas. La consejería se caracteriza por un intercambio de información e ideas, análisis y deliberación*”¹². Para contribuir a la toma de decisiones las principales acciones disponibles para el personal de salud que se encuentra en las unidades médicas a las que se acercan los adolescentes son la consejería/orientación y actividades de aprendizaje de conocimientos y habilidades. No obstante, “[l]a selección y capacitación o actualización del personal de salud son elementos claves para este tipo de atención [...] La capacitación debe poner énfasis en el conocimiento, la sensibilización y las capacidades de comunicación”¹³ (25).

La capacitación en el contexto de la provisión de los servicios representa un medio idóneo para motivar, integrar, comprometer y generar aptitudes en los prestadores que les permitan enfrentarse a las condiciones de sus tareas cotidianas y, por tanto, a cumplir cabalmente sus tareas. La **capacitación** “consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa u organización y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador”¹⁴ (31). Empero, al respecto Siliceo señala que es responsabilidad de las organizaciones el facilitar este tipo de procesos. Por ello no sorprende que Senderowitz indique que es probable que la medida más importante que un programa de salud reproductiva para adultos jóvenes puede

¹¹ Ver página 87.

¹² Ver página 85.

¹³ Ver página 134.

¹⁴ Ver página 25.

adoptar es la de promover el desarrollo de habilidades interpersonales para mejorar la comunicación proveedor-cliente (32).

Se debe hacer notar que existen dos dimensiones a partir de las cuales el personal de los centros de salud puede promover las habilidades para la vida desde el sector salud. Estas dimensiones son la interna y externa, cuando se da el servicio al interior de la unidad de salud y cuando se realiza en el entorno comunitario, respectivamente. En el primer caso, destacan el de contacto directo de los prestadores que proveen consejerías/orientaciones y métodos anticonceptivos en una consulta de rutina (médicos, enfermeras, matronas) y el de atención psicológica que se da a través de intervenciones más especializadas con sesiones focalizadas en los procesos de reflexión. Sin embargo, esto no se hace evidente en el PAESSRA 2013-2018.

Aspectos metodológicos

Se realizó una investigación evaluativa de carácter cualitativo que consistió en realizar un análisis de gabinete para valorar el diseño de la teoría causal planteada en el programa con relación a la promoción de habilidades para la vida en el fomento de la salud sexual y reproductiva entre adolescentes.

Por ello, el análisis de coherencia en el PAESSRA se llevó a cabo con base en dos dimensiones, cada una con tres categorías analíticas. Las dos dimensiones son complementarias: suficiencia y pertinencia. Con relación la primera dimensión, se identificaron en la literatura tres categorías para el análisis: 1) la definición del problema que busca atender, 2) los instrumentos de política para su resolución y 3) la situación deseada. Con respecto a la segunda dimensión, se definieron tres categorías: 1) magnitud, 2) contexto institucional y 3) rasgos sociodemográficos de la población objetivo. El cuadro 1 muestra las definiciones operacionales de cada una de éstas.

Cuadro 1. Dimensiones de análisis y sus categorías y definiciones operacionales para la evaluación

Dimensiones	Definición operacional	Categorías	Definición operacional
Suficiencia	Refiere al grado de articulación y lógica que guardan los elementos de la teoría causal de una política o programa. En este sentido, la suficiencia refleja que en la lógica interna de la iniciativa o intervención se encuentran considerados todos los elementos necesarios para que el problema público sea transformado en la situación deseada	Definición de problema	Definido como una situación evitable e indeseada que identifica a la población afectada y la magnitud del problema
		Instrumentos	Medios a partir de los cuales se busca incidir en el problema público identificado
		Situación deseada	Definida como la situación alcanzable y deseable para la población afectada
Pertinencia	Refiere al grado de correspondencia que guardan	Magnitud	Tamaño o intensidad del

	los elementos de la teoría causal de una política o programa con respecto a su contexto.		problema
		Contexto institucional	Características de la provisión de los servicios
		Rasgos sociodemográficos de la población objetivo	Características de la población que presenta el problema

Fuente: elaboración propia.

Así, se hizo un análisis de gabinete del PAESRRA 2013-2018 para describirlo cabalmente y, posteriormente, elaborar notas analíticas en matrices codificadas de acuerdo con las tres categorías relevantes identificadas en cada dimensión. En el caso del análisis de suficiencia, en el análisis se buscó identificar los elementos relevantes y necesarios establecidos en la literatura especializada en habilidades para la vida y/o salud sexual y reproductiva, esperando que los instrumentos de política para la resolución del problema resultaran efectivamente suficientes para convertir la situación problema en la situación deseada. En contraste, con relación al análisis de pertinencia, la información obtenida en la revisión, descripción y codificación del PAESSRA 2013-2018 fue utilizada para valorar la idoneidad con respecto al contexto perfilado por los datos extraídos de las diversas fuentes que se consultaron en la materia; esto, con base en las tres categorías de análisis.

Además del PAESSRA 2013-2018, se llevó a cabo una revisión de documentos estadísticos, normativos y especializados en las distintas temáticas relacionadas con el objetivo del estudio propuesto. Al respecto, destacan los siguientes documentos normativos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículos 4 y 73)
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018
- Ley General de Salud
- Ley General de Población
- Reglamento de la Ley General de Población

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.

De modo adicional, el criterio para la búsqueda de la documentación de referencia fue la relación con las temáticas involucrados en el estudio: embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva para adolescentes y habilidades para la vida. Asimismo, y derivado de lo anterior, los criterios secundarios para la búsqueda aludieron a los conceptos de consejería, orientación y capacitación, puesto que de la revisión del marco teórico se generaron evidencias de la relevancia de ese tipo de intervenciones para fomentar la salud sexual y reproductiva mediante la promoción de habilidades para la vida.

Una vez revisados los documentos y/o categorizados en las dos dimensiones valorativas: suficiencia y pertinencia, se procedió a la etapa de disposición y transformación de la información para re-categorizar los hallazgos y organizar el planteamiento de las conclusiones del estudio y, por tanto, también la sección de aportaciones del documento final.

Limitaciones del estudio

Es importante destacar que se enfrentaron límites al análisis planteado. En primera instancia, aunque el análisis logró proporcionar información sobre la coherencia de este programa, quedaron sin responder cuestiones referentes a la consistencia entre políticas del sector y la coherencia de las políticas del sector salud y las políticas de otros sectores. No se exploró la relación con las políticas de atención (para la población que presenta el problema) y de prevención (para las poblaciones en riesgo) y tampoco se generó evidencia referente a aspectos distintos de la promoción de habilidades para la vida en el marco de la política de salud sexual y reproductiva. Finalmente, destaca que sólo se tuvo acceso a los

documentos de acceso público y no se realizaron entrevistas que permitieran que los funcionarios responsables del programa aportaran sus puntos de vista con respecto a los contenidos y sus alcances. Por ello, se considera que la visión que se presenta es parcial; no obstante, útil para informar la discusión con respecto a estos temas.

Resultados o hallazgos

Descripción del Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018

En el PAESSRA 2013-2018 el gobierno federal establece los lineamientos generales para el actuar de la administración pública federal correspondiente al sector salud en lo referente a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes con una vigencia de 2013 a 2018. El documento está estructurado en 8 secciones sustantivas en las cuales se plantea el marco conceptual y jurídico de partida, el diagnóstico sobre la situación que guardan los adolescentes en la materia, la alineación del propio programa con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, y los objetivos, estrategias y líneas de acción que guiarán durante todo el sexenio el actuar del sector salud federal; además de indicadores y metas para monitorear el avance en el logro de sus propósitos.

Con relación a su **marco conceptual** destaca el reconocimiento de tres áreas de desarrollo en el adolescente: físico, psicológico y social. Entendiendo por psicológico la combinación del desarrollo cognitivo y afectivo puesto que el comportamiento es comprendido como el producto de los modos tanto de pensar, como de sentir y relacionarse. Asimismo, en el documento se destaca que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, se definió a la salud sexual como “el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no solamente con la ausencia de enfermedad”¹⁵. También, en el programa se reconoce que la salud sexual y reproductiva requiere un enfoque de derecho en el que se respete y proteja el ejercicio de estos derechos.

“las políticas de salud dirigidas a la población adolescente, deben promover una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos entre la población general del país, así como conductas responsables, saludables e

¹⁵ Ver página 15 del documento.

informadas en cuanto a la sexualidad y la reproducción entre la población adolescente. Ello contribuirá a la reducción de embarazos e ITS en la adolescencia¹⁶.

En cuanto al **marco jurídico**, en el PAESSRA 2013-2018 se rescatan diversos referentes nacionales e internacionales que dan sustento al actuar del Estado en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes. En el documento se enlistan ordenamientos jurídicos que mandatan los aspectos que la prestación de servicios de salud debería cubrir para esta población. Entre estos documentos destacan la LGS y el RLGSMPSAM. Con respecto a la LGS se señala que los servicios de salud deben considerar la provisión de información y orientación para el grupo etario, asimismo, que en el marco de la planificación familiar se deben desarrollar programas de comunicación educativa en materia de educación sexual. Por otro lado, con relación al RLGSMPSAM se menciona la obligación por parte de todas las instituciones del sector, públicas o privadas, de proporcionar servicios de información, orientación y motivación para la planificación familiar.

De igual manera, aparece las normas oficiales mexicanas como instrumentos que aterrizan la normatividad derivada de las leyes generales y sus reglamentos y, por tanto, establecen las características específicas con las que deben cumplir los servicios de salud. Así, llama la atención la NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación, que indica que es obligación de los prestadores el proporcionar orientación y consejería a los adolescentes.

Por otro lado, con relación a las condiciones que dan sustento al programa, en el **diagnóstico** se señala que en México 19.1% de la población total es adolescente y que la cifra seguirá aumentando. Asimismo, se indica que casi 75% del grupo es urbano mientras que casi 6% es hablante de alguna lengua indígena. Los datos también muestran que 35% de esta población no cuenta con servicios de salud y que 8.3% de las mujeres adolescentes se encuentran casadas o en unión libre mientras que casi 4% de los hombres manifiestan la misma situación (1).

¹⁶ Ver página 16 del documento.

En ese contexto, 23.5% de la población entre 12 y 19 años había iniciado su vida sexual. Sin embargo, de acuerdo con datos de la ENSANUT 2012, del total de las adolescentes en dicha situación, 51.9% alguna vez estuvieron embarazadas. Razones por las cuales, en el PAESSRA se indica que el reto de salud más importante con relación al grupo etario es la prevención del embarazo adolescente; esto, en los siguientes términos:

“[...] 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”¹⁷.

No obstante, entre los retos identificados en el programa, el tema de las capacidades socioemocionales es planteado en términos tangenciales pues dicha necesidad no se hace explícita y se establece como:

“Desarrollar alianzas interinstitucionales, así como con organizaciones de la sociedad civil, para establecer estrategias de información, educación y comunicación acordes a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como para aumentar la cobertura del programa en poblaciones o áreas con mayor rezago, principalmente en comunidades rurales e indígenas”¹⁸.

Con respecto a la **alineación con las metas nacionales** del PND, en el PAESSRA se referencia a la meta nacional “México Incluyente”, particularmente con el tercer objetivo “asegurar el acceso a los servicios de salud” y su estrategia segunda, “hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”. De igual manera, se establece la alineación con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 por el objetivo “consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”; así como con su quinta estrategia “incrementar el

¹⁷ Ver página 44.

¹⁸ Ibidem.

acceso a la salud sexual y reproductiva con especial [énfasis] en adolescentes y poblaciones vulnerables”. Como consecuencia, en el PAESSRA se relacionan los objetivos con 6 de las líneas de acción de dicha estrategia del PROSESA, a saber: 1) “[d]iseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva”; 2) “[p]romover acciones para prevenir el embarazo adolescente”; 3) “[c]oordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad”; 4) “[p]romover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS”; 5) “[g]arantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS”, y 6) “[i]ncrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres”¹⁹.

Con base en lo anterior, la **organización del programa** parte de una estructura cuya base son tres objetivos de los que se desprenden 7 estrategias específicas y una estrategia transversal (perspectiva de género²⁰). Asimismo, de cada estrategia se derivan diversas líneas de acción. Como se puede observar en el cuadro 1, son tres los objetivos de los cuales se derivan las estrategias y las líneas de acción: 1) “[f]avorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes”; 2) “[r]educir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población”, e 3) “[i]ncidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente”.

Claramente, el segundo objetivo atiende al problema del embarazo adolescente pues propone su reducción “mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos”. Al respecto, destaca que en el mismo documento se define el acceso efectivo como “la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es,

¹⁹ Línea de acción 7.

²⁰ Sobre la cual se señala que refiere a la satisfacción de las “necesidades específicas de mujeres y hombres, indistintamente de sus preferencias sexuales” con enfoque de género para asegurar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

que una persona presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria”²¹. Por otra parte, calidad de la atención en salud es definida como la “atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva (mejora en resultados de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades), eficiente (con el mejor uso de los recursos), accesible (oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud), aceptable/centrada en él y la paciente (con base en las preferencias y expectativas de las y los usuarios y la cultura de las comunidades), equitativa (homogénea por género, raza, etnicidad, localización geográfica o nivel socioeconómico) y segura (con los mínimos riesgos y daño a los usuarios)”²².

De ese modo, el acceso es efectivo cuando no existen barreras para que un usuario, en este caso adolescente, se acerque a los servicios de salud; mientras que la atención recibida es de calidad si el usuario mejora su situación con base en sus necesidades, la intervención es accesible materialmente, se lleva a cabo haciendo el mejor uso posible de los recursos del sistema, se basa en las preferencias y expectativas del usuario con los mínimos riesgos de daño y se ejerce sin algún tipo de discriminación.

En ese marco, es que se propone la mejora de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (estrategia 2.2), para lo cual se considera necesario “[f]ortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes”. No obstante, en ningún apartado del documento se especifica qué se debe entender con los términos “competencia técnica” y “competencia humanista”, situación que permite un amplio abanico de interpretaciones.

²¹ Ver página 85 del documento.

²² Ibidem.

Por otro lado, es importante hacer notar que pese a que el primer objetivo del PAESSRA implica mejoras en las acciones de orientación para adolescentes, en las estrategias y líneas de acción asociadas a ese objetivo no se plantea claramente cómo se llevará a cabo dicha tarea. En específico, las tareas de orientación y consejería son evocadas en el documento con relación al objetivo 2, para reducir la fecundidad adolescente, y la estrategia 2.2 para mejorar la calidad de los servicios, pero, en el nivel de línea de acción su planteamiento queda sólo en la promoción de información con respecto a la problemática del VIH (línea de acción 2.2.7). Asimismo, también se debe señalar que en la línea de acción 2.2.3 “*Impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*²³ en instituciones públicas de salud”, no hay nada que describa o indique si la concepción de integralidad implica un énfasis especial en los servicios de consejería y si ello supone además un componente de capacitación.

En este punto, destaca que no fue posible localizar una copia del modelo en los portales de acceso público de la SSA; no obstante, es posible que el documento se esté elaborando considerando este aspecto. Sin embargo, de ser ése el caso, al ser el PAESRRA el documento marco que perfila los objetivos, estrategias y líneas de acción de la administración en turno, se esperaría que sus deficiencias impactarán el desarrollo de los documentos derivados de él, como es el caso del modelo.

En ese contexto, no hay nada que ligue a los aspectos de capacitación al personal en cuestiones técnicas y humanistas con las necesidades de orientación y consejería de la población adolescente en el PAESRRA 2013-2018. Pese a ello, las consejería es definida en el documento como un “*proceso de comunicación*

²³ Definido como un “documento normativo que establece los propósitos y lineamientos que contribuyen a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva dirigidos a la población desde una perspectiva de género e interculturalidad con pleno respecto [sic] a sus derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos. Es interinstitucional e incluye las recomendaciones internacionales relacionadas con la prestación de estos servicios, para su aplicación en el Sistema Nacional de Salud” (p. 87).

*mediante el cual alguien recibe ayuda para identificar sus necesidades de salud sexual y reproductiva, así como para tomar decisiones apropiadas acerca de cómo satisfacerlas. La consejería se caracteriza por un intercambio de información e ideas, análisis y deliberación*²⁴. Por otra parte, nada con respecto a la orientación es definido en el documento.

²⁴ Ver página 85.

Cuadro 2. Organización del PAESSRA 2013-2018

Objetivo	Estrategia	Línea de Acción
1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.	1.1. <i>Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural</i>	1.1.1. Difundir los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la diversidad sexual de la población adolescente
		1.1.2. <i>Promover la educación integral en sexualidad en coordinación con diversas instancias de la Secretaría de Educación Pública</i>
		1.1.3. Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en población adolescente
		1.1.4. <i>Establecer coordinación con instituciones de salud y educación para homologar los contenidos en la materia</i>
		1.1.5. Implementar tecnologías de información y comunicación de vanguardias para la difusión de mensajes educativos entre la población
	1.2. Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas	1.2.1. Implementar campañas de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva que atiendan las necesidades particulares de adolescentes.
		1.2.2. Promover la formación de redes comunitarias de promotores juveniles en materia de salud sexual y reproductiva
		1.2.3. Diseñar e instrumentar un modelo de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes indígenas, con perspectiva intercultural
		1.2.4. Fomentar la coordinación con OSC para prevenir embarazos no planeados e ITS, incluyendo el VIH en áreas rurales e indígenas
		1.2.5. Elaborar informes periódicos sobre la operación y avance del programa
2. Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población	2.1. Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	2.1.1. Generar diversas modalidades para brindar servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente
		2.1.2. Reducir las barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva
		2.1.3. Promover la disponibilidad de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud
		2.1.4. Desarrollar estrategias comunitarias para ampliar la cobertura del programa
		2.1.5. Fortalecer la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial, así como con OSC, en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Objetivo	Estrategia	Línea de Acción
	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	2.2.1. Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes 2.2.2. Fomentar la oferta de un paquete básico de salud sexual y reproductiva en los servicios de atención a adolescentes 2.2.3. Impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en instituciones públicas de salud 2.2.4. Mejorar el abasto de anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos e ITS 2.2.5. Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años 2.2.6. Fortalecer la infraestructura de servicios específicos para este tipo de población 2.2.7. Promover la prueba de VIH entre mujeres con factores de riesgo y fortalecer la orientación consejería en este tema
	2.3. Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes	2.3.1. Impulsar la implementación de sistemas de información institucionales homogéneos para monitorear y dar seguimiento a las acciones del programa 2.3.2. Favorecer la rendición de cuentas, así como la evaluación y seguimiento de compromisos nacionales e internacionales en la materia 2.3.3. Gestionar el desarrollo de proyectos de investigación para apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia científica 2.3.4. Establecer mecanismos de supervisión y asesoría continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes 2.3.5. Elaborar informes periódicos sobre la operación y avance del programa
3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente	3.1. <i>Fomentar una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.</i>	3.1.1. Sensibilizar a actores clave de la población para favorecer el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes 3.1.2. Capacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y en las mejores prácticas 3.1.3. Difundir el marco jurídico y normativo de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente 3.1.4. Favorecer la aplicación de leyes que regulan los usos y costumbres que transgreden los derechos humanos de la población adolescente

Objetivo	Estrategia	Línea de Acción
		3.1.5. Colaborar en acciones interinstitucionales para propiciar el desarrollo económico y social de la población adolescente
		3.1.6. <i>Impulsar la implementación de normas oficiales y lineamientos técnicos en la atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes</i>
	3.2. Participar en acciones intersectoriales para erradicar la violencia sexual contra de adolescentes	3.2.1. Fomentar la capacitación de docentes y personal de salud para identificar y referir casos de abuso y violencia sexual entre adolescentes
		3.2.2. Propiciar el acceso oportuno a métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia a toda adolescente en situación de violencia sexual
		3.2.3. Establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico, de conformidad con lo previsto en la ley
		3.2.4. Incentivar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en toda adolescente embarazada, principalmente en menores de 15 años de edad
		3.2.5. Impulsar la aplicación de la normatividad sobre violencia, en unidades que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes
		3.2.6. Promover la investigación sobre las formas de violencia sexual contra adolescentes

Fuente: elaboración propia con base en el PAESRRA 2013-2018.

Posterior al planteamiento de los objetivos, las estrategias y líneas de acción; en el documento se establecen **indicadores y metas** con la intención de sentar precedentes que permitan dar seguimiento a los logros de la administración con respecto a los tres objetivos comprometidos. Es así como se presentan 7 indicadores:

1. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que no usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.
2. *Porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva.*
3. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas de 15 a 19 años de edad.
4. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad.
5. Tasa de incidencia de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad.
6. *Porcentaje del personal de salud capacitado respecto al programado.*
7. Porcentaje de adolescentes menores de 15 años de edad con búsqueda intencionada de casos de violencia.

Sin embargo, con relación al sexto indicador “[p]orcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado” se observa, en la ficha correspondiente del anexo 1, que a éste se le asocia con el objetivo del PAESSRA “[i]ncidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente” y, por tanto, con la línea de acción “[c]apacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y en las mejores prácticas” y no con el objetivo 2 “[r]educir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población”, y con la línea de acción “[f]ortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes”.

Asimismo llama la atención el segundo indicador, disponible también en el anexo 1, puesto que en él se plantea la medición del “[p]orcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva”. Esto, dado que el paquete básico es definido en el documento como “otorgamiento y/o prescripción de métodos anticonceptivos, orientación consejería en sexualidad y salud reproductiva, anticoncepción de emergencia, manejo de la embarazada como de alto riesgo, anticoncepción de emergencia, vigilancia prenatal y puerperal. Adicionalmente incluye pláticas informativas, talleres y cursos sobre sexualidad y salud reproductiva, ferias y exposiciones de salud”²⁵. Sin embargo, al ser tan general, el indicador no permite distinguir si efectivamente se están llevando a cabo todas y cada una de las intervenciones o si existe(n) alguna(s) descuidada(s), lo que representa un obstáculo para la rendición de cuentas.

Por último, con relación a los indicadores, resalta que en el indicador 4, “[t]asa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad”, se establece el ideal de reducir los embarazos adolescentes y, por tanto, éste constituye en sí mismo un instrumento para el monitoreo del objetivo 2. Asimismo, la ficha técnica de ese indicador, disponible en el anexo 1, muestra que la administración planea pasar de 66 a 65 embarazos no planeados por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años.

Por otro lado, el PAESSRA contiene un apartado con una **matriz de corresponsabilidad** en la que se indica la participación de los diversos actores del sector (SSA, SESA, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, DIF y otros) para el logro de cada una de las líneas de acción establecidas en el documento. De esa manera destaca que, sea con relación a las competencias técnicas y/o humanistas o a evidencias científicas o mejores prácticas, todas las instituciones deberían verse involucradas en el proceso de capacitación que, vale la pena señalar, debe abarcar por lo menos al 90% del

²⁵ Ver página 87.

personal (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, entre otros) programado para recibir capacitaciones en un ejercicio fiscal. Finalmente, en la sección de **Transparencia** en el documento sólo se hace hincapié en la relevancia de los procesos de rendición de cuentas y se alude a los medios electrónicos donde se difunde la información relacionada con las intervenciones asociadas al programa.

Discusión: evaluación de coherencia

La evaluación de coherencia de la teoría causal de programa supone el análisis de suficiencia de los medios establecidos en el programa a través de los instrumentos de política pública para convertir el problema público que lo motiva en la situación deseada. De forma adicional, se realizó un análisis de pertinencia del contexto, a la luz de las necesidades perfiladas por las estadísticas del contexto. De ese modo, fue posible establecer qué tan coherente resultaba lo propuesto en el documento con relación a su objetivo asociado al embarazo adolescente en el entorno particular del país.

Análisis de suficiencia

Con relación a la suficiencia, en primera instancia se presenta la revisión con respecto a la situación problemática y la deseada puesto que ambas se derivan del mismo apartado del documento y constituyen contrapartes vinculadas. Luego, se presenta una revisión de los medios o instrumentos a partir de los cuales el programa busca convertir el problema en solución para, finalmente, determinar si dichos elementos son o no suficientes para lograr el propósito –situación deseada-. Esto, con relación al factor de análisis seleccionado: la promoción de habilidades para la vida en el marco de la política de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Planteamiento del problema y situación deseada

El programa plantea el problema y la situación deseada en el segundo de sus objetivos: “[r]educir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población”. Así, en el documento se reconoce como situación problemática a la alta tasa de embarazos adolescentes no planeados y la situación deseada es, por tanto, la reducción de éstos. En el momento en el que se redactó el programa, los datos indicaban que sucedían en México al año 66 embarazos no planeados por cada mil adolescentes, representando dicha cifra un problema. En contraste, la situación deseada es planteada como aquella en la que se reducen los embarazos no planeados a 65 por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años²⁶. Cabe destacar que esto en el marco de la obligación del Estado para proteger, respetar y hacer cumplir el derecho a la salud en el adolescente y, particularmente, el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Instrumentos

En el PAESSRA se propone impactar en la tasa de fecundidad a partir del incremento en la calidad de la provisión de los servicios. Los servicios de promoción que ofrecen son principalmente los de consejería y orientación. Lo anterior de acuerdo con la normatividad vigente en la materia, nacional e internacional. No obstante, menos de 10% de los prestadores de estos servicios reciben capacitación para desempeñar esta tarea y todavía en alrededor de 20% de las unidades médicas de primer nivel no se proporcionan dichos servicios.

En el programa las intervenciones para la atención de las necesidades de los adolescentes desde la perspectiva de la promoción de la salud son planteadas como “estrategias de información, educación y comunicación” adecuadas. Sin

1. ²⁶ Ver metas del indicador 4 del anexo 1, “Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad”.

embargo, el planteamiento es general y ello permite que pueda ser interpretado de muy diversas formas.

Hay dos objetivos del Programa que se relacionan con el tema de esta investigación: 1) “[f]avorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes”; 2) “[r]educir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población”. No obstante, en ninguno de los casos se hace explícita la necesidad de proporcionar consejería u orientación que promuevan la generación de habilidades psico-emocionales y, tampoco, un argumento que reconozca la importancia de capacitar al personal para mejorar sus propias habilidades relacionales y, por tanto, de incidencia en el adolescente.

Por otro lado, con relación al impulso de la implementación del “Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes” en el PAESSRA 2013-2018 no se hizo explícita la conceptualización de la integralidad y, por tanto, no fue posible identificar si la implementación del modelo supondría un énfasis en los aspectos relacionados con la consejería y, por ende, con las habilidades para la vida. Esto, se consideró como un aspecto problemático puesto que el PAESSRA es el documento que dirige el actuar de la administración en turno con respecto a la salud sexual y reproductiva para adolescentes. De forma similar, el documento no define el concepto de “orientación” pese a que también hace mención de él cuando refiere a la consejería.

Sobre los indicadores para el monitoreo de las acciones encaminadas al logro de la situación deseada, en la revisión realizada se encontró que éstos son también generales y no permiten distinguir los énfasis de la política. Así, el único indicador establecido en el programa que se asocia con la capacitación del personal de salud no define los temas prioritarios sobre los que habrá de versar la capacitación a lo largo del período de vigencia del programa. Por otro lado, también destaca

que el indicador “[p]orcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado” permitirá medir los avances con respecto a un ideal preestablecido en un ejercicio fiscal, con cualquier tipo de metodologías y criterios de priorización; pero no necesariamente con relación a necesidades específicas identificadas. Por tanto, se corre el riesgo de que el cumplimiento en las metas y un incremento en el logro reflejado no represente una mejora real en términos de capacidades técnicas del personal responsable de brindar los servicios de salud, y particularmente la consejería u orientación. Asimismo el indicador “[p]orcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva”, aunque relacionado con la temática, no permitirá identificar si existe descuido en las tareas de consejería puesto que la definición del paquete básico no hace explícita la obligación de su provisión y tampoco permite distinguir la evolución de los servicios.

En el PAESSRA tampoco se realiza una explicación sobre las atribuciones y funciones del personal de las distintas áreas de una unidad de salud. Aunque se establece la necesidad de basar las intervenciones en las necesidades de la población adolescente no se proporcionan líneas de acción generales que encuadren el actuar de la administración con relación a las habilidades para la vida. Sin embargo, se debe hacer notar que en la matriz de corresponsabilidad del documento se señala que todos los actores del sector deben participar, tanto en el fomento de competencias técnicas y/o humanistas –que no son definidas-, como en la capacitación en aspectos técnicos basados en evidencia y mejores prácticas.

Análisis de pertinencia

El análisis de pertinencia que aquí se presenta refiere al grado de correspondencia que entre los elementos postulados por el programa y el contexto en el cual se desarrolla el problema al que busca dar solución. Así, se seleccionaron tres categorías de análisis a partir de las cuales se exploran los resultados.

Magnitud

La mayor parte de los embarazos no deseados en México son reportados en adolescentes. La maternidad adolescente afecta a casi la mitad de las adolescentes que han comenzado su vida sexual pese a que 90% de los adolescentes habían escuchado hablar de algún método anticonceptivo. Además, destaca que entre 2009 y 2014 la proporción de adolescentes embarazadas aumentó en 6 puntos porcentuales. En consonancia con esto, en el PAESSRA 2013-2018 se identificó al embarazo adolescente como uno de los principales retos que enfrenta el sistema nacional de salud en ese grupo de edad y, así, quedó postulado en el segundo de sus objetivos. Por tanto, es posible afirmar que el documento refiere explícitamente a la magnitud del problema.

Contexto institucional

Las cifras de conocimiento y acceso generadas por las distintas encuestas y registros sugieren que las intervenciones enfocadas en proveer conocimientos y asegurar el acceso a los métodos anticonceptivos no serán suficientes. La mayor parte de los adolescentes parecen saber cómo prevenir un embarazo no deseado y los datos también sugieren que la mayoría tienen acceso a los métodos anticonceptivos; sin embargo, deciden no protegerse.

Poco más de tres quintos de los centros de salud proveen métodos anticonceptivos a los adolescentes y cuatro quintos, servicios de consejería. No obstante, para aconsejar a los adolescentes menos de un quinto recibe capacitación en la materia. Como consecuencia, es posible que los profesionales de la salud difícilmente cuenten con las herramientas necesarias para responder eficazmente a las necesidades de adolescentes desorientados en busca de apoyo. Pese a ello, aunque los datos recopilados mostraron cómo todavía persisten retos en la materia, en el PAESSRA 2013-2018 esta situación es apenas considerada en el documento.

Rasgos sociodemográficos de la población objetivo

Aunque el documento cuenta con una sección de diagnóstico que permite conocer los principales rasgos de la población adolescente; destaca que no se reportan datos puntuales asociados a la población que presenta el problema. Esto es, aunque se sabe que el 75% de la población adolescente es urbana, en el diagnóstico no se indica qué proporción de dicho grupo enfrenta este problema. Ello probablemente es consecuencia de las deficiencias informativas de los distintos sistemas de información que confluyen en la materia; no obstante, la focalización adecuada de los esfuerzos requiere información detallada de la población que presenta el problema. Para contribuir a la generación de capacidades socioemocionales que permitan que los adolescentes tomen decisiones autónomas a favor de su propio bienestar es necesario conocer su perfil.

Conclusiones

Para reducir, y eventualmente erradicar, los embarazos no deseados y no planeados entre adolescentes, las políticas públicas de promoción de la salud –del sector salud- pueden cumplir con una función complementaria a las intervenciones que desde otros sectores –por ejemplo el educativo- sean realizadas para contribuir a la generación de habilidades para la vida. El sector salud puede promover la toma de decisiones asertivas al mejorar las propias condiciones en las cuales se proveen los servicios de consultoría u orientación a los adolescentes. Para ello, la literatura sugiere que la capacitación al personal de contacto directo es relevante para posibilitar en ellos respuestas acertadas que se adapten a las necesidades de cada circunstancia que enfrente un adolescente en particular.

Pese a lo anterior, con relación a la coherencia para promover el desarrollo de habilidades para la vida, en primera instancia se debe señalar que aunque el PAESSRA 2013-2018 cuenta con la definición de un problema puntual y se establece una situación deseada, en él no se plantean claramente los instrumentos necesarios para que los implementadores desarrollen intervenciones que efectivamente promuevan el desarrollo de habilidades para la vida en la población adolescente. Así, con respecto a la suficiencia, destaca que el programa contiene ambigüedades y ello podría dificultar la misión de guía que tiene el documento. En este sentido, la teoría causal es insuficiente.

Sobre la pertinencia, las acciones planteadas y en los términos descritos parecieran insuficientes para incidir en un problema de las magnitudes de éste, pese a que en el documento se reconoce su importancia. En el PAESSRA 2013-2018 no se plantea con claridad el contexto institucional en el cual se insertarán las intervenciones ahí planteadas y, por otro lado, no se cuenta con información detallada que permita conocer el perfil de la adolescente embarazada.

Las habilidades para la vida parecen estar ausentes del radar de los tomadores de decisiones y, por tanto, del actuar de la presente administración. Como

consecuencia, habríamos de esperar que hacia 2018 -al final de esta administración- no existan resultados relacionados con esta dimensión del desarrollo de los individuos: lo socio-afectivo. En otras palabras, los embarazos en adolescentes debidos a la carencia de este tipo de competencias para tomar decisiones asertivas seguirán siendo un problema público puesto que no se incidirá suficientemente, en términos de los instrumentos, y de acuerdo con la magnitud y las características del problema (sea desde la perspectiva del implementador o de la población objetivo).

Sin embargo, estas conclusiones son producto sólo del análisis realizado al PAESRRA 2013-2018 como documento programático rector en la materia. En este sentido, es necesario todavía hacer una revisión de la coherencia interna de las políticas derivadas de este programa y, así también, de las políticas del sector y de éstas con otros sectores –intersectoriales-. Sólo así se podrá tener un panorama completo de la coherencia de la política para promover habilidades para la vida como un medio para disminuir o erradicar el embarazo adolescente y, contribuir de esa manera, a una sociedad con mayor bienestar.

Aportaciones

Con base en lo anterior, se plantean algunas recomendaciones para contribuir a disminuir las ambigüedades establecidas en el programa, ampliar los alcances de éste y, por ende, sus alcances:

1. Dado que de 2009 a 2014 hubo un incremento en la tasa de fecundidad adolescente y los datos muestran que el problema del embarazo en este grupo de edad aqueja a más de la mitad de las adolescentes con vida sexual activa, es necesario redoblar esfuerzos para incrementar los alcances de las intervenciones desde las diversas vertientes. En el campo de la salud, destaca la urgencia de mejorar las acciones para promover habilidades para vida.
2. Definir los conceptos que quedaron ambiguos en el PAESSRA 2013-2018: orientación; competencias técnicas y humanistas; estrategias de educación, comunicación y educación;
3. Acelerar la emisión del “Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes” y hacer explícita en ese documento la necesidad de que en las actividades de consejería y orientación se promueva el desarrollo de habilidades para la vida; así como también la relevancia de capacitar al personal para mejorar sus competencias relacionales.
4. Incrementar la cobertura de las acciones de capacitación relacionadas con materias que posibiliten que los prestadores de servicios de salud ofrezcan consejería y orientación de un modo adecuado, que responda a las necesidades de los adolescentes.
5. Establecer en los indicadores de seguimiento metas específicas que relacionen acciones concretas con contenidos específicos alineados con la materia y mínimos necesarios de cobertura entre el personal de salud. Estas acciones habrán de definirse entre los responsables del programa y

un grupo de expertos cuya opinión facilite la identificación de necesidades puntuales.

6. Hacer explícitas las expectativas asociadas a cada perfil profesional del personal que interactúa con los adolescentes en los centros de salud. Es decir, es necesario que se indique qué se espera de cada uno de los miembros del equipo de salud con la finalidad de ayudarlos a encauzar de una mejor manera sus esfuerzos.
7. Promover la recolección de información asociada al embarazo adolescente para posibilitar conocer el perfil de la población objetivo y, así, diseñar adecuadamente las intervenciones de capacitación para la consejería, entre otras

Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en:
http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf
2. Sexarchive.info [sitio de internet]. Organización Mundial de la Salud. El significado de la salud sexual 2002. Disponible en:
http://www.sexarchive.info/ECS5/definicion_4.html
3. Who.int [sitio de internet]. Organización Mundial de la Salud. Reproductive Health 2015. Disponible en:
http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.
4. Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Costa Rica: Organización de las Naciones Unidas, 1969. Disponible en:
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0001>
5. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Estados Unidos de América: Organización de las Naciones Unidas, 1989. Disponible en:
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0021>
6. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Organización de las Naciones Unidas, 1994. Disponible en:
http://www.unesco.org/education/nfsunesco/pdf/CAIRO_S.PDF
7. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, XVII Conferencia Internacional de SIDA. México: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2008. Disponible en:

<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

8. Comisión Económica para América Latina. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Uruguay: Comisión Económica para América Latina, 2013. Disponible en:
http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/0/50700/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf
9. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos DOF-10-07-2015. México: Cámara de Diputados, 2015. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
10. Congreso de la Unión. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres DOF-04-06-2015. México: Cámara de Diputados, 2015. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
11. Congreso de la Unión. Ley General de Salud DOF 04-06-2015. México: Cámara de Diputados, 2015. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
12. Congreso de la Unión. Ley General de Población DOF 19-05-2014. México: Cámara de Diputados, 2015. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
13. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Población DOF 14-04-2000. México: Cámara de Diputados, 2015. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla.htm>
14. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica DOF 14-05-1986. México: Cámara de Diputados, 2015. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla.htm>
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

16. Notimex. México, primer lugar de la OCDE en embarazos adolescentes. México: El Universal 2014 septiembre 24; Sección Sociedad. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/sociedad/2014/ocde-mexico-primer-lugar-adolescentes-1040781.html>
17. Red Mexicana de Municipios por la Salud. Carta compromiso de Monterrey 1993. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 1993. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/Carta_Compromiso_de_Monterrey_1993.pdf
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS-Oportunidades. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf
19. Gobierno de la República. Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: Consejo Nacional de Población, 2015. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Estrategia_Embarazo_en_Adolescentes/HTML/files/assets/basic-html/page-119.html
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014: principales resultados. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825495602>
22. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Oropeza C, Hernández M, ed. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales 2012. México:

Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

23. Gamboa C, Valdés S. El embarazo en Adolescentes, Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. México: Cámara de Diputados, LXII Legislatura, 2013. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
24. Chackiel J, Schkolnik S, Jaspers D, Winer O, Martínez J, Pemjean E, Rodríguez J, Villa M. Notas de Población, Año XXXLV, No. 85. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2007.
Disponible en:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37697/S0700540_es2.pdf?sequence=1
25. Allen B. Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. En: Valdivia R, Lombana J, Lazcano E, Rojas R, eds. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en:
http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreoMujeres.pdf
26. Cejudo G, Michel C. Coherencia y políticas públicas; Metas, instrumentos y poblaciones objetivo. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2014. Disponible en:
<http://www.libreriacide.com/librospdf/DTAP-284.pdf>
27. Restrepo H, Málaga H, eds. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Colombia: Editorial Panamericana, 2002. Disponible en:
https://books.google.com.mx/books?id=g4gU_P7vAEMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
28. Congreso de la Unión, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes DOF 04-12-2014. México: Cámara de Diputados, 2015.
Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla.htm>

29. Who.int [sitio de internet]. Organización Mundial de la Salud. Salud de los Adolescentes, 2015. Disponible en:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
30. Moreno K, ed. Habilidades para la vida, Guía práctica para educar con valores. México: Centros de Integración Juvenil A.C., 2006.
31. Siliceo A. Capacitación y desarrollo de personal. México: Limusa Editores, 2004. Disponible en:
<https://books.google.com.mx/books?id=CJhlsrSulMUC&printsec=frontcover&dq=Capacitaci%C3%B3n+y+desarrollo+de+personal.&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6wEwAGoVChMI67ip5sCdxwIVQnySCh1ZUQEZ#v=onepage&q=Capacitaci%C3%B3n%20y%20desarrollo%20de%20personal.&f=false>.
32. Senderowitz J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Washington: FOCUS on Young Adults, 1999. Disponible en:
<http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Haciendo-los-servicios-de-salud-reproductiva-amigables-para-la-juventud.pdf>

Anexo 1. Indicadores y metas del programa

Elemento	Características				
Indicador 1	Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que no usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual				
Objetivo PAE	Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes				
Descripción general	El indicador se refiere al porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que expresaron no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, respecto al total de adolescentes que iniciaron su vida sexual activa				
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de información y educación orientadas a lograr una vida sexual responsable e informada en adolescentes. Se obtiene el indicador a través de encuestas demográficas y de salud				
Periodicidad	Variable. El indicador se obtiene a través de Encuestas de Salud o Sociodemográficas				
Fuente	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT)				
Referencias adicionales	La ENADID 2009 generó una medida del porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que no usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual (38.5%). No obstante, esta encuesta sólo se aplica a mujeres				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
Hombres	13.10%	12.40%	11.60%	10.80%	10.00%
Mujeres	29.60%	27.70%	25.80%	23.90%	22.00%
Línea base 2012			Meta sexenal		
Hombres:	14.70%		Reducir en el año 2018 a 10.0% el porcentaje de hombres de 12 a 19 años de edad que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Reducir en el año 2018 a 22.0% el porcentaje de mujeres de 12 a 19 años de edad que no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual.		
Mujeres:	33.40%				
	(ENSANUT 2012)				

Elemento	Características				
Indicador 2	Porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva				
Objetivo PAE	Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes				
Descripción general	Este indicador corresponde al porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva acreditados conforme a un lineamiento técnico				
Observaciones	Este indicador es una forma de asegurar que la población adolescente pueda acceder a servicios de salud sexual y reproductiva acordes a sus necesidades específicas				
Periodicidad	Anual				
Fuente	Registros institucionales				
Referencias adicionales	CNEGSR / IMSS-Oportunidades				
Metas	2014	2015	2016	2017	2018

intermedias	-	25%	40%	70%	90%
Línea base 2012			Meta sexenal		
No disponible			Asegurar que al menos el 90% de los servicios específicos para adolescentes otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, acreditados conforme a la normatividad oficial		

Elemento	Características				
Indicador 3	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas de 15 a 19 años de edad				
Objetivo PAE	Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población				
Descripción general	El indicador se refiere al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que utilizan (o cuya pareja está usando) algún método anticonceptivo para regular fecundidad				
Observaciones	Este indicador es una medida de impacto de las acciones de salud reproductiva en el país dirigidas específicamente a adolescentes. Permite la comparación entre diferentes países.				
Periodicidad	Anual. El indicador se calcula a partir de la disponibilidad de una encuesta demográfica donde se pregunta por el uso de métodos anticonceptivos. La encuesta periódica más regular en este campo levanta cada 5 años, pero pueden existir otras encuestas en el tema. Se pretende dar estimaciones preliminares anuales a partir de logros de los programas de Planificación Familiar				
Fuente	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), y próxima a realizarse en 2014. Estimaciones preliminares anuales a partir de registros administrativos del sector salud				
Referencias adicionales	CONAPO / CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	50.10%	52.40%	54.60%	56.90%	59.30%
Línea base 2012			Meta sexenal		
44.40%			Incrementar en el año 2018 a 59.3% la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres unidas de 15 a 19 años de edad		

Elemento	Características				
Indicador 4	Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad				
Objetivo PAE	Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población				
Descripción general	La tasa se refiere al número de nacidos vivos de madres adolescentes (15 a 19 años de edad) por cada mil mujeres de este grupo de edad				
Observaciones	Este indicador es una medida del impacto de las acciones de salud reproductiva en el país dirigidas específicamente a adolescentes. Permite la comparación entre diferentes países				

Periodicidad	Anual				
Fuente	CONAPO: estimaciones de población				
Referencias adicionales	SSA, DGIS: Sistema de Información sobre Nacimientos /CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
(por mil)	65.7	65.5	65.4	65.2	65
Línea base 2012			Meta sexenal		
66			Reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes a 65 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad		

Elemento	Características				
Indicador 5	Tasa de incidencia de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad				
Objetivo PAE	Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población				
Descripción general	Se refiere al número de casos nuevos de ITS por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad				
Observaciones	Este indicador es una medida de impacto de las acciones de salud sexual y reproductiva en el país dirigidas específicamente a la reducción de ITS entre la población adolescente				
Periodicidad	Anual				
Fuente	SSA, Dirección General de Epidemiología; Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)				
Referencias adicionales	SSA, CONASIDA. Registros de casos de SIDA / CONAPO: estimaciones de población / CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
(por cien mil)	60	59.3	58.6	57.9	57.2
Línea base 2012			Meta sexenal		
61.4			Reducir el ritmo de crecimiento en la tasa de incidencia en adolescentes, de ITS a 57.2 casos nuevos por cada 100 mil adolescentes de 10 a 19 años de edad		

Elemento	Características				
Indicador 6	Porcentaje del personal de salud capacitado respecto al programado				
Objetivo PAE	Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente				
Descripción general	Se refiere al número de personas capacitadas (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, entre otros), en temas de salud sexual y reproductiva durante un año específico, respecto al número programado de personal a capacitar en ese año (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología,				

	entre otros).				
Observaciones	Este indicador permite valorar los esfuerzos que se realizan en cada institución para mejorar la capacidad técnica del personal que participa en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes				
Periodicidad	Anual				
Fuente	Sistemas de información de las instituciones públicas de salud				
Referencias adicionales	SSA / Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud / CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	90%	90%	90%	90%	90%
Línea base 2012			Meta sexenal		
No aplica			Capacitar en temas de salud sexual y reproductiva anualmente en al menos el 90% del personal programado		

Elemento	Características				
Indicador 7	Porcentaje de adolescentes menores de 15 años de edad con búsqueda intencionada de casos de violencia				
Objetivo PAE	Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente				
Descripción general	Se refiere al porcentaje de mujeres de 10 a 14 años de edad que están embarazadas o que tuvieron un evento obstétrico en el año, a las cuales se les realizó búsqueda intencionada de casos de violencia sexual				
Observaciones	Este indicador es una medida para contribuir a erradicar la violencia sexual entre adolescentes menores de 15 años de edad . Numerador: Mujeres de 10 a 14 años de edad embarazadas o atendidas de un evento obstétrico, a las cuales se les realizó búsqueda intencionada de casos de violencia. Denominador: mujeres de 10 a 14 años de edad embarazadas o atendidas de un evento obstétrico durante el año. El resultado se multiplica por 100				
Periodicidad	Anual				
Fuente	Registros institucionales				
Referencias adicionales	SSA. Sistema de Información en Salud (SIS) / Sistema Autorizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) / CNEGSR				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	ND	15%	30%	50%	60%
Línea base 2012			Meta sexenal		
No disponible			Incrementar en el 2018 la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en al menos el 60% de las adolescentes menores de 15 años de edad que tuvieron un evento obstétrico durante el año		