PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“Las Políticas Públicas de Salud Reproductiva de las Adolescentes en México”

Paulina Lomelí García.

Febrero 2019

PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Contenido

I.- Introducción 2

II.- Justificación de la realización de la investigación 4

III.- Objetivo 5

IV.- Planteamiento y delimitación del problema 6

VI.- Problemática abordada y posibles soluciones 7

VII. Marco teórico y conceptual de referencia 8

VII.- Hipótesis 10

VIII.- Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis 11

IX.- Conclusiones y nueva agenda de investigación 27

X.- Bibliografía 29

Resumen: En el presente documento se analizarán las causas por las que México ocupa el primer lugar de embarazos adolescentes, respecto al resto de países de la OCDE, ya que cada año, más de 17 millones de niñas y adolescentes dan a luz, en el país. Asimismo, se señalará qué está faltando dentro de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, para impactar de forma significativa en esta cifra.

I.- Introducción

En la actualidad, dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el primer lugar en embarazos de adolescentes, ya que 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15, dan a luz cada año, lo cual para la OCDE es señal de una vida sexual activa a edad temprana sin responsabilidad debido a que, según este enfoque, cada persona es libre para decidir en qué momento debe tener un hijo, pero lo que se observa es que la mitad de los embarazos no son planeados.

Lo cierto es que la salud reproductiva se ha reconocido como un derecho en la mayoría de los países del mundo y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo.

Las políticas públicas de salud reproductiva, tal y como se han concebido, promueven la libertad absoluta de las personas a decidir sobre sus propios cuerpos, es decir, apoyan la idea de que cada persona decida cuándo reproducirse.

De acuerdo con el informe sobre maternidad en la niñez de la UNFPA "en países en desarrollo los embarazos en adolescentes son más probables entre niñas de hogares de bajos ingresos, bajo nivel de escolaridad y en hogares rurales.

Los estados con la mayor tasa de embarazos tempranos son Guerrero, Nuevo León, Chiapas, Coahuila, Durango. Los estados con menor incidencia son la Ciudad de México, Jalisco, Zacatecas, Guanajuato y Quintana Roo.

El objetivo del presente documento es el de analizar las políticas públicas de salud reproductiva a partir de sus supuestos y origen, señalando su grado de efectividad ante la realidad mexicana y la necesidad de que las adolescentes tengan una vida plena.

Las preguntas por resolver en el siguiente documento son:

¿Dónde surge el concepto de salud reproductiva?

¿Cuáles son las causas y consecuencias del embarazo adolescente en México?

¿En qué se basan las políticas públicas que defienden la salud reproductiva?

¿Cuál ha sido el grado de efectividad de esas políticas?

El orden de la presente investigación es el siguiente:

En la primera sección se describe el concepto de salud sexual y reproductiva, a continuación, se muestra la tasa de fecundidad nacional y se dan las razones por las cuales es elevada; más adelante, se describen las prioridades de los jóvenes según la Encuesta Nacional de Valores; después se dan cifras sobre el uso de anticonceptivos y a continuación se dan las razones por las cuales las cifras de embarazos adolescentes siguen siendo altos. Más adelante, se describen las Políticas Públicas sobre Salud Sexual y Reproductiva, después se muestran las consecuencias de los embarazos adolescentes y otras afectaciones. Por último, se dan algunas propuestas y en las conclusiones se señala si la hipótesis fue verdadera y se da la nueva agenda de investigación.

La presente investigación se realizará por medio de una metodología descriptiva que, además, haga uso de un análisis cualitativo y cuantitativo, a partir de datos del INEGI, OCDE, OMS, SSA, SEP, la Encuesta Nacional de Valores y la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica.

II.- Justificación de la realización de la investigación

Dado que México ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes dentro de los países de la OCDE es de suma importancia analizar la política de salud reproductiva a fin de señalar si efectivamente se están dando soluciones a este reto.

La relevancia de realizar este estudio se encuentra en dar argumentos sólidos ante la discusión de la agenda legislativa progresista, la cual se centra en la lucha por la total libertad para las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos. La propuesta estará encaminada a la educación en valores desde una edad temprana y en el desarrollo del carácter a fin de no ceder a presiones sociales o culturales.

Los beneficios esperados son:

Contar con insumos sólidos para nutrir el debate a favor de la vida.

Dar información adecuada para señalar por qué las políticas públicas en el tema de salud reproductiva no han funcionado.

Proporcionar alternativas para tener una política pública más integral y eficaz en materia de salud reproductiva.

La relevancia social consiste en analizar por qué no se ha reducido de forma significativa la tasa de embarazos adolescentes en México

Las aportaciones estarán encaminada a tener un enfoque integral y de largo plazo, a fin de crear mayor responsabilidad entre los jóvenes y los legisladores.

III.- Objetivo

El objetivo del presente documento es el de analizar las políticas públicas de salud reproductiva a partir de sus supuestos y origen, señalando su grado de efectividad ante la realidad mexicana y la necesidad de que las adolescentes tengan una vida plena.

IV.- Planteamiento y delimitación del problema

El problema que se plantea en la presente investigación es que las políticas públicas en el tema de salud reproductiva se han basado especialmente en la prevención del embarazo o en su interrupción (aborto); por lo que, se advierte que las cifras de embarazos adolescentes no han disminuido significativamente.

Las preguntas por resolver son las siguientes:

¿A qué se refiere el término de salud reproductiva?

¿Cuáles son las tasas de fecundidad en las adolescentes en México?

¿Por qué se embarazan las adolescentes?

¿Cuáles son las metas que piensan lograr los adolescentes?

¿Cuáles son las consecuencias de las relaciones sexuales en adolescentes?

¿Qué está fallando en las políticas públicas?

¿Cuáles son las propuestas?

El análisis será de tipo cualitativo y cuantitativo a partir de los últimos datos de INEGI, CONAPO, OCDE. OMS, SSA, Encuesta Nacional de Valores y Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica.

VI.- Problemática abordada y posibles soluciones

El problema que se analizará en la presente investigación es el hecho de que los embarazos en adolescentes, no esté disminuyendo a pesar de la instrumentación de políticas públicas en el tema de salud reproductiva basadas especialmente en la prevención del embarazo o en su interrupción (aborto). En ese sentido, se señalará qué es lo que se está dejando de lado para ser eficaz.

Las posibles soluciones estarán basadas en dar un enfoque más integral, tomando en cuenta factores culturales, educativos y psicológicos, entre otros, que es importante tomar en cuenta en esta etapa tan crucial como lo es la adolescencia. Sobre todo, en la educación en valores desde una edad temprana y en el desarrollo del carácter a fin de no ceder a presiones sociales o culturales.

VII. Marco teórico y conceptual de referencia

Salud reproductiva

Mucho se ha hablado de las políticas públicas que buscan promover la salud reproductiva, por ello resulta importante señalar de dónde proviene ese interés.

Lo que se vislumbra es que desde el siglo pasado se han impulsado iniciativas a nivel internacional para formular políticas públicas que pretenden proteger los llamados derechos reproductivos. Como en el caso de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, llevada a cabo en Teherán, Irán, en 1968, en dónde se reconoció el derecho de los padres a determinar libremente el número de hijos y el intervalo entre el nacimiento de los mimos. Asimismo, en la Conferencia Mundial de Población que se realizó en Bucarest, Rumania, en 1974 se sustituyó el término de "padres" por el de "parejas e individuos", otorgándoles el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento para tenerlos; esto último llevó a varios países a instrumentar políticas de planificación familiar.

Fue a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, impartida en El Cairo, Egipto, en 1994, cuando el concepto de salud reproductiva pasó de ser una estrategia de control poblacional a partir de programas de control natal (o planificación familiar) a un enfoque con énfasis en necesidades y derechos sexuales, así como derechos reproductivos de las personas. En el caso de México, en 1975, año Internacional de la Mujer fue cuando se estableció el llamado derecho a la integridad corporal y el control de las mujeres sobre su reproducción. Un año antes, se reformó el artículo 4º Constitucional, reconociendo que toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre y responsable informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

Esto último, se enfatizó en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (en 1979); asimismo, en la Plataforma de Acción de Beijín, China (1995), se establece el derecho al control y libre decisión de las mujeres en cuestiones relacionadas a la sexualidad.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se habla y se promueve la llamada salud sexual y reproductiva de forma satisfactoria y responsable, incluyendo la perspectiva de género de forma transversal en los programas de gobierno. Asimismo, ya en el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (Proigualdad) se establece el interés de garantizar a las mujeres en edad fértil los servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva, lo cual da pie al impulso de esquemas y programas de salud que incluyan servicios de salud sexual y reproductiva, así como servicios de prevención de VIH.

Lo que aparentemente sigue, es un extenso debate respecto a la aprobación del aborto (despenalización sin importar la causa), tal y como ocurrió en la Ciudad de México y cuestiones de género (ruptura de lo que llaman estereotipos), esto último también ha sido considerada una herramienta de control de natalidad, en ese sentido existe un gran interés en los gobiernos en seguir promoviendo este tipo de iniciativas que tienen objetivos claros desde la infancia, denominándolas "progresistas".

Como se mencionó, existe un gran interés a nivel internacional, en asegurar que los estados parte de estas Convenciones internacionales promuevan una agenda legislativa que canalice recursos a políticas públicas que garanticen la total libertad de decisión sobre el cuerpo de las personas, en cuanto a sexualidad se refiere.

La finalidad de incluir este marco teórico es hacer un recuento de la aparición del concepto de salud reproductiva para analizar qué es lo que está ocurriendo en el país, lo cual no está aislado del contexto internacional, a fin de hacer una propuesta que siente las bases para asegurar una vida plena a las mujeres adolescentes.

VII.- Hipótesis

La hipótesis planteada es que el embarazo adolescente no ha disminuido de forma significativa en México debido a que las políticas de salud reproductiva están enfocadas a la libertad del uso de cuerpo en términos reproductivos, dejando a un lado factores de responsabilidad y visión hacia el futuro.

VIII.- Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis

Salud sexual y reproductiva en México

¿Qué es salud sexual y reproductiva (SSyR)? No es una simple modalidad en materia de salud sino un aspecto que requiere abordarse con mucha precisión. Pero antes, se debe recordar que, de acuerdo con el artículo 1º Bis de la *Ley General de Salud* o LGS de nuestro país, qué se entiende por el concepto de salud:

"se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".[1]

Cualquier revisión que se haga del concepto o conceptos relacionados con la salud sexual y reproductiva en México, pasa por esta definición. Es decir, el análisis de la salud sexual y reproductiva en nuestro país, debe comprender la integralidad del concepto para entender el bienestar físico, mental y social de los adolescentes de México en la materia, y de manera más exacta, de las adolescentes mujeres de nuestra nación.

Partiendo de la realidad vivida en el país en términos demográficos: una transición que dio paso a un paulatino envejecimiento de su población, incluyendo el que los muchos niños que existieron en décadas pasadas, hoy se han convertido en jóvenes que se sitúan en un rango de edad altamente productivo y reproductivo. Si se incluye, no obstante, a los niños y jóvenes de 10 a 19 años de nuestro país, es un grupo comprendido por 22 millones de personas.[2] A esta importante masa de población se debe dirigir el contenido del artículo 67 de la citada LGS, aunque en distintos niveles de información y diferentes formas de comunicación:

"la planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años".[3]

¿No se ha informado a los jóvenes sobre esta inconveniencia? Sí, hasta ahora no se ha dejado de informar, pero las tasas de fecundidad entre mujeres adolescentes en México continúan siendo elevadas. ¿Han fallado las políticas públicas en la materia, ¿son insuficientes?, ¿sus contenidos son erróneos? A continuación se analizará si hay algo de lo planteado y los por qué de esto.

[1] Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (1984), "Ley General de Salud", en Diario Oficial de la Federación, última reforma del 24-XII-2018, México, 303 p.
[2] Secretaría de Salud (2015), Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general sobre la salud poblacional, México, 200 p.
[3] Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (1984), op. cit.

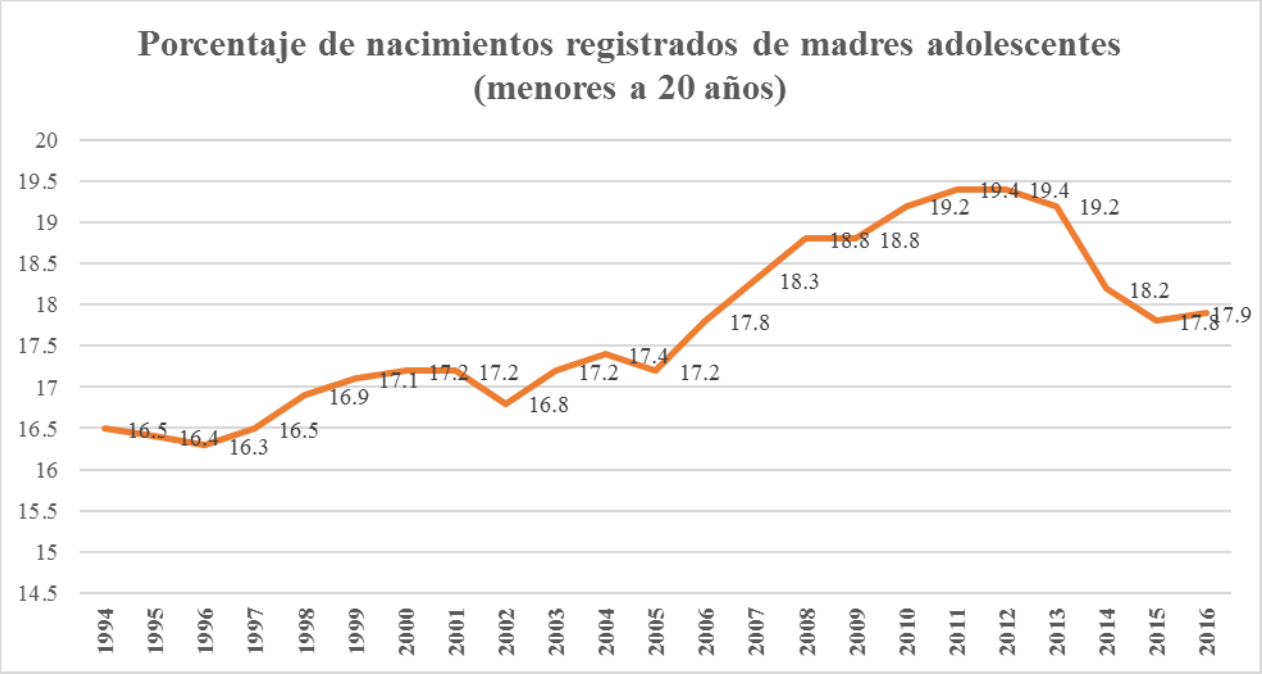
Comportamiento de la tasa de fecundidad en México

La tasa de fecundidad se refiere al número de nacimientos que se dan, en promedio, entre mujeres en edad reproductiva o fértil (aquellas que tienen entre 15 y 49 años de edad). Una típica manera de representar a los grupos de población por sexo y edad de un país, es por medio de una pirámide, con las más diversas formas y representaciones. En el caso de México, si se consideran las pirámides de población registradas entre 1940 y 1970, se puede detectar una base ancha, lo cual delata una población con elevados niveles de fecundidad y muchos niños.[4]

Para la década siguiente (1980) comienza a registrarse una disminución de la fecundidad que provoca que los primeros grupos de edad disminuyan su participación relativa en el total de la población. Este proceso se confirma para 1990,[5] y sin duda se repite en 2000 y 2010.[6]

Las estadísticas oficiales muestran que la tasa de fecundidad ha disminuido en México con el paso del tiempo, ya que las mujeres en edad fértil, han pasado de tener un promedio de 3.4 hijos en 1990, a uno de 2.2 en el año de 2013.[7] Sin embargo, entre la población adolescente de México, ésta tasa más bien no ha descendido y continúa siendo elevada: mientras que en mujeres que van de los 35 a los 39 años es de 41 hijos nacidos vivos por cada mil mujeres; entre las mujeres adolescentes, o sea entre mujeres que van de los 15 a los 19 años, es de 70 hijos nacidos vivos por cada mil mujeres.[8] El comportamiento del porcentaje de niños nacidos vivos entre las mujeres en edad fértil, de menos de 20 años, de 1994 a 2016, se muestra en la siguiente gráfica:

[4] Ver el enlace https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv
[5] Welti-Chanes, C. (2012), "Análisis de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010", en Papeles de Población No. 73, CIEAP-UAEM, julio/septiembre de 2012, 31 p.
[6] Ver el enlace https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv
[7] Secretaría de Salud (2015), op. cit., p. 26.
[8] Campero Cuenca, L. y Erika E. Atienzo, Leticia Suárez López, Bernardo Hernández Prado y Aremis Villalobos Hernández (2013), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México:
evidencias y propuestas", en Gaceta Médica de México, Núm. 149, páginas 299-307.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/

Aún más, si se analiza la situación de las adolescentes que carecen de escolaridad o ésta es mínima, su tasa de fecundidad es todavía más alta, ya que presentan la elevada cifra de 180 hijos nacidos vivos por cada mil mujeres.[9] ¿A qué se debe este fenómeno?

Razones de la elevada tasa de fecundidad de las adolescentes en nuestro país

La respuesta puede incluir razones de tipo cultural o una mezcla de escasa preparación educativa y condiciones de pobreza, tanto en contextos rurales como urbanos. Al principio del siglo XXI, las mujeres indígenas tenían en México una tasa de fecundidad promedio de 5 hijos y las no indígenas una de 3.2,[10] y ya en un ámbito más regional, esto es, a nivel latinoamericano dentro del cual también se ubica nuestro país, se identificaba que el quintil de personas más pobres incluía mujeres con tasas de fecundidad cinco veces superior al quintil menos pobre.[11] Sin embargo, se ha visto que el tener hijos entre los 15 y 19 años no es exclusivo de las mujeres adolescentes más pobres o que se sitúen dentro de contextos rurales mucho más apegados a tradiciones que no suelen acoplarse con procesos de planificación familiar, pues también se da en contextos urbanos. Se analizará, entonces algunos otros motivos y razones que nos pueden ayudar a entender el problema.

[9] Ibid, p. 300.
[10] Secretaría de Educación Pública – SEP (2012), Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven, México, 185 p.
[11] Ibid, p. 23.

En términos normales y actuales, los adolescentes no planean tener hijos, y no lo hacen porque ellos no se encuentran en una fase de su vida en la que realmente les interese planear tener hijos y mucho menos tenerlos. Existen evidencia de que aproximadamente el 40-30% de las mujeres que se embarazan en esta etapa de su vida, *no planearon o no hubieran deseado embarazarse en ese momento*.[12]

Mujeres embarazadas por grupos de edad (2009 y 2014)						
Grupos de edad	Planeado		No planeado		No deseado	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	66.5	63.6	20.1	21	13.3	15.5
15-19	59.6	51.5	27.5	30.6	12.9	17.8
20-24	67.4	61.7	23.4	25.8	9.3	12.6
25-29	71.1	68.3	18.9	16.7	10	15.1
30-34	71	73.1	14.7	15.9	14.3	10.9
35 y más	62.7	69.9	5.2	3.8	32.1	27.4

Fuente: Estimaciones de la CONAPO con base en INEGI y ENADID (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009, 2014).

Sin embargo, parece conservadora esta cifra, en virtud de que las mujeres adolescentes tienen en consideración planes muy distintos a un embarazo o piensan en otras metas en su vida para ese momento, antes que embarazarse, no obstante que si pueden tener el anhelo de ser madres más adelante (precisamente cuando ya hayan alcanzado ciertas metas). A decir verdad, no son muchas las mujeres que actualmente piensen o deseen poner su futuro en manos de su pareja, es decir, vivir en dependencia con respecto a su pareja, como lo delatan algunas expresiones que se mencionarán un poco más adelante.

Según datos arrojados por la **Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012**, 97.3% de los jóvenes encuestados se dedicaba a estudiar o por lo menos alguna vez en esta etapa de su vida habían estudiado; asimismo, 53.5% de estos jóvenes opinó que la educación les daría acceso a un buen trabajo y 56.9% consideró que lo más importante para obtener un buen trabajo era la educación; para concluir en relación a este tema, que el 93.9% de los encuestados afirmaban que sí valía la pena estudiar una carrera profesional en ese momento. Por tanto, se detecta que estudiar y de manera específica, estudiar una carrera profesional (97.3 y 93.9%), son prioridades de los jóvenes en el México de tan sólo hace algunos años, siendo muy probable que estas prioridades no se han modificado de manera significativa en la actualidad; y de igual modo, las aspiraciones a futuro de estos jóvenes que consistían en obtener un buen trabajo, descansaban en su preparación o en la educación que tuvieran (53.5-56.9%), de manera muy probable también se puede afirmar que las aspiraciones de los jóvenes de hoy no son muy diferentes a las de entonces.

[12] Campero Cuenca, L. et al, op cit, cif. en p. 300.

Tan es así que las mujeres adolescentes y aún algunos varones desaprueban en un 64.1% y 62%, de manera respectiva, frases como el "tener un empleo es más importante para el hombre que para la mujer" o que "el hombre debe ser el único responsable de mantener el hogar".[13]

Además de estas preguntas que en materia de educación hace la citada Encuesta, entre otras, le acompañan una serie de preguntas en materia de actividad sexual. Al respecto, se consulta "a qué edad tuvieron su primera relación sexual" y el 70% de los jóvenes encuestados afirmó que esto ocurrió entre los 15 y 19 años. Por otra parte, el 66% de los jóvenes encuestados que tuvieron relaciones sexuales o iniciaron su vida sexual, *aparentemente* utilizaron métodos anticonceptivos. Del resto de los jóvenes encuestados que tuvieron relaciones sexuales, no los utilizaron, pero sólo el 2.8% afirmó que por razones de procreación no los utilizaban.

Si se toma como referencia la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, para los años de 2009 y 2014, los datos son los siguientes de acuerdo al grupo de edad y lo que se observa es que sí ha habido un aumento en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, para todos los rangos de edad.

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que en su primera relación sexual usó anticonceptivos		
Grupos de edad	2009	2014
Total	19.5	34.3
15-19	37.6	54.8
20-24	33.2	54
25-29	24.6	45.1
30-34	18.7	34.5
35-39	14.9	27.4
40-44	11	21.2
45-49	9.1	17.1

Fuente: Estimaciones hechas por CONAPO con cifras de INEGI y ENADID (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009, 2014)

En la siguiente tabla se muestra que independientemente del nivel de instrucción, el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual aumentó entre 2009 y 2014

[13] Gobierno Federal – SEP – IMJUVE – Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2012), Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012. Resultados generales, México, 57 p.

Porcentaje de mujeres en edad fertil que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, por nivel de instrucción		
	2009	2014
Sin escolaridad	2.2	4.1
Primaria incompleta	3.6	7.7
Prinaria incompleta	6.3	13.1
Secundaria y más	26	41.7

Fuente: Estimaciones hechas por CONAPO con cifras de INEGI y ENADID (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009, 2014)

Asimismo, en el siguiente cuadro se muestran las razones por las que una mujer en edad fértil no usó anticonceptivos:

% de mujeres en edad fértil y razones por las que no usó anticonceptivos (2014)	
	2014
Ella o su pareja no están de acuerdo	3.6
Otra razóm	4
No creyó embarazarse	12.8
No planeaba tener relaciones	22.9
Quería embarazarse	28
No conocía.	28.6

Fuente: Estimaciones hechas por CONAPO con cifras de INEGI y ENADID (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009, 2014)

Del total de mujeres en edad fértil, el 28% que tuvo relaciones sexuales y resultó embarazada, planeaba embarazarse, pero el resto no lo pensaba.

¿Por qué sigue siendo alta la cifra de embarazo adolescente?

Inmadurez y escasa preparación. Los adolescentes que sostienen relaciones sexuales, desde luego, no advierten la posibilidad de tener hijos o de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual porque este no es su propósito (tener hijos o enfermase), sino únicamente la cercanía con la pareja. Prueba de ello es que 32.4% de los jóvenes que participaron en la Encuesta de referencia, manifestaron no haber utilizado métodos anticonceptivos.

De manera más contundente, el Fondo Nacional de Población (UNFPA) afirma que aunque el 97% de los adolescentes en México conocen los métodos anticonceptivos, más del 50% de ellos no los utilizan en su primera relación.[14] No sorprende entonces, que una de cada dos adolescentes con vida sexual activa, se ha embarazado por lo menos una vez.[15] Los adolescentes no logran o no quieren ver lo que viene a futuro, y no porque ignoren que al relacionarse sexualmente podrían tener hijos o adquirir alguna enfermedad, pues en la escuela, entre la propia familia u otras fuentes, han recibido esta información. El asunto es que los adolescentes no están mental ni psicológicamente preparados para encargarse del cuidado de los hijos, porque la adolescencia no es una etapa para criar bebes, es una etapa para estudiar o practicar deporte y/o para afirmarse en principios, conocimientos y aun para divertirse y desarrollar pasatiempos. Por ello, no ven muy real la posibilidad de tener hijos, sólo por el hecho de que no desean tenerlos en ese momento. Ligado a esto, la gran mayoría de los adolescentes tampoco están preparados en lo económico para dar respuesta a una situación de este tipo y tampoco cuentan, muchos de ellos, con los medios de atención médica que les permitan responder a esta situación. Se ha reportado que más del 35% de los adolescentes carecen de servicios de salud,[16] y seguramente muchos de los que tienen es por causa de sus padres. En caso de adquirir una enfermedad de transmisión sexual esto significará una verdadera calamidad o tragedia para este grupo de población.

Necesidad de amor y/o afecto, búsqueda de afirmación o audacia y temeridad. Los adolescentes gustan y buscan obtener, frecuentemente, oportunidades para la autoafirmación. Una de estas formas es la famosa *prueba de amor* que piden muchos jóvenes a sus novias, donde existen señalamientos como el de "tener un hijo es la mejor prueba de amor que puede dar la mujer a un hombre",[17] y si no se da ésta, suele generarse un conflicto emocional en las adolescentes por la posibilidad de perder la relación con su pareja. En ocasiones, los jóvenes se ven presionados por sus propios amigos y compañeros de escuela o de trabajo para hacer esta *proeza*. Una encuesta que organizó la Secretaría de Salud en 1988, "concluyó" cuál era el fin de que los jóvenes de nuestro país tuvieran relaciones sexuales en esa etapa. De los resultados obtenidos por esta encuesta, no es sorprendente advertir que sólo un 12% de los adolescentes consultados consideró que las relaciones sexuales son para tener hijos.

[14] Cif. en SEP (2012), op. cit., p. 41.
[15] Secretaría de Salud – Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, s/f, IV.- Embarazo en la adolescencia (infografía), 2 p.
[16] Secretaría de Salud (2014), Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, México, 94 p.
[17] En este caso, 65.30% de los jóvenes manifestaron estar de acuerdo con esa afirmación. Si bien se trata de una encuesta sobre patrones de masculinidad y paternidad dirigida a jóvenes centroamericanos. Cif. en SEP (2012), op. cit., p. 36.

Pero el principal objetivo reportado es lograr una mayor comunicación entre las jóvenes parejas, en especial, por parte de las mujeres; y en menor grado quedó el recibir meramente placer sexual, sobre todo por parte de los hombres.[18]

También se da un aspecto emocional, entre los adolescentes, referido a la temeridad y suficiencia en el sentido de pensar que *por ser jóvenes tienen derecho a hacer lo que quieran sin tener que dar cuentas a nadie* o que pueden resolver sin dificultad los problemas que se les presenten, o sin ayuda de los demás, pero es obvio que esto no es así. Por ello, es importante romper con patrones culturales de una autoafirmación malentendida, en el sentido de que los jóvenes no tienen por qué embarazar a sus parejas para *sentirse hombres*, y menos si al enterarse de que éstas se encuentran embarazadas, pongan en duda si ellos son los padres o que opten por salir huyendo una vez cometida su *travesura*.

Vacío en el hogar y en la persona. En muchos hogares de nuestro país se delata un fuerte sentimiento de impotencia por parte de los jóvenes por las condiciones de violencia, desamor o soledad que viven en ellos. Si su hogar es un caos, está desunido y carece de armonía, su vida también será así. Un hogar donde no existen suficientes relaciones amorosas produce hijos inseguros y sin saber cómo enfrentarse a la vida. Esto les lleva a un constante enfrentamiento contra sus padres y la dinámica del hogar puede convertirse en un tormento del cual quieren escapar. Una manera de *escapar* a todo esto es hacerse de su propia familia pero sin advertir los serios problemas a los que se enfrentará los adolescentes por tener hijos sin estar lo suficientemente preparados.[19] El vacío que experimentan los propios adolescentes es otra de las razones que les puede llevar a buscar en las relaciones sexuales la felicidad o satisfacción aunque sea momentánea. Lo más tremendo de esto es que las relaciones que practican los adolescentes no siempre involucran algún tipo de compromiso, con la consecuente ruptura de la pareja, en caso de no haber concebido hijos y esto puede ahondar en un mayor vacío, para uno de los dos o para ambos. En caso de presentarse los hijos, la situación puede acompañarse de un fuerte sentimiento de frustración para la pareja adolescente, por haber asumido un rol que no deseaban en ese momento, siempre que se mantenga unida dicha pareja y el varón no abandone a la madre, como ocurre en algunos casos. En este último supuesto, la frustración de la madre adolescente será mucho mayor, así como el sentimiento de indefensión, etc.

[18] Juárez, F. y Cecilia Gayet (2005), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", Papeles de Población Núm. 45, CIEAP/UAEM, México, julio-septiembre de 2005, pp. 177-219.

[19] Es probable que la unión conyugal sea una opción para jóvenes de 15 a19 años, porque les permite cambiar sus condiciones vitales e insertarse en un modo de vida "adulto", con el que adquieren otro rol social. Cif en Bermúdez-Lobera, J. (2014), "Las transiciones a la adultez de los jóvenes que no estudian ni trabajan (ninis) en México, 2010", Papeles de Población, vol. 20, núm. 79, enero-marzo, 2014, pp. 243-279, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

La cuestión es preguntarse, ¿por qué este vacío entre los adolescentes? a pesar de que muchos padres se han esforzado en la educación de sus hijos u otros satisfactores, o aún pudieron darles buenos principios o valores, también alertarlos sobre el daño de las drogas o que el sexo antes del matrimonio conlleva el riesgo de contraer enfermedades venéreas o embarazos no deseados. Lo cierto es que los jóvenes siempre tomarán sus propias decisiones, con base en lo que han visto o escuchado sobre cada tema que les interesa realmente (el de las relaciones sexuales sin duda es uno de ellos, pues están despertando a esto). Nadie toma decisiones en solitario, por lo que ellos decidirán si escuchan a sus maestros, amigos, padres u otros familiares, televisión o incluso internet. No siempre es sencillo que inquietudes de este tipo que hay en el corazón de los adolescentes, las planteen a sus padres, quienes en teoría son los que más los conocen y aman, o debieran hacerlo, pero lo cierto es que los jóvenes no siempre tienen confianza para hablar de estos temas con ellos.[20] Sin embargo, es pertinente señalar que tanto los padres tienen que aprender a dirigirse en mejor forma y con más amor con sus hijos como los hijos deben aprender a confiar más en sus padres. El diseño de una política pública que abunde en esto no va a ser fácil, pero si va a contribuir realmente a resolver muchos problemas. Es pues necesario darle un nuevo matiz a las mismas.

Políticas públicas en materia de SSyR para adolescentes

Hasta ahora, las políticas públicas en esta materia prácticamente han descansado en la aplicación o provisión de métodos anticonceptivos para encauzar la planificación familiar de la población en general, incluyendo a los jóvenes que inician su vida sexual o la continúan practicando, pero con resultados muy variables y parcialmente efectivos para cada grupo de edad que la compone.[21] Entre las adolescentes, a pesar de que pueden conocer diversos métodos en algunos casos, no siempre saben cómo utilizarlos.[22] Llama la atención que a excepción del condón masculino y la pastilla de emergencia, los demás métodos son prácticamente desconocidos o se ignora cómo usarlos. ¿Escasa difusión?, ¿desinterés?, ¿fallas en la comunicación? o simplemente, falta de integralidad en la formulación de políticas públicas.

Si la juventud es el futuro de nuestro país, ¿no valdría la pena formular políticas más integrales y de

[20] SEP (2012), op. cit., p. 53.

[21] Justo es reconocer que entre las razones más comentadas por las mujeres para no haber hecho uso de algún método en su primera relación sexual es por desconocimiento sobre el lugar o lugares en dónde obtenerlo y la manera de cómo utilizarlo. Ver en Hernández, Ma. Felipa y Ma. de la Cruz Muradás y Miguel Sánchez (2015), "Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014", La situación demográfica de México 2015, CONAPO, México, pp. 43-72, última modificación el jueves 4 de febrero de 2016 a las 12:24:59, en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2015

[22] En el caso de las mujeres adolescentes, y muy probablemente esto sea muy similar en el caso de los varones, varía mucho el porcentaje entre saber que existe un método anticonceptivo y conocer su funcionamiento real. Los métodos que más identifican son el condón masculino, las pastillas, el parche anticonceptivo y la pastilla de emergencia y, un poco menos las inyecciones y el condón femenino. Pero un 17.3% de las adolescentes no sabe cómo usar el condón masculino, 85.3% ignora cuándo debe tomar las pastillas o qué debe hacer cuando se olvide tomarlas, 85.6% desconoce en qué parte del cuerpo se coloca un parche anticonceptivo o cada cuándo debe sustituirlo; y en cuanto a la pastilla de emergencia, un 26.0% no sabe cómo tomarla. Ibid, pp. 53-55.

contenido más estratégico y profundo?

En lo específico, las políticas públicas el Estado Mexicano en esta materia se pueden resumir en dos grandes aspectos: promover el uso del condón como método de prevención de VIH/sida[23] y el uso de los métodos de planificación familiar para evitar embarazos tempranos.[24] Ejemplo de ello es que en 2015 se formuló la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), teniendo como objetivo general "reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos".[25] Los expertos en la materia afirman que: "toda política pública para propiciar la SSyR en adolescentes debe basarse en el marco del respeto a sus derechos; los adolescentes y jóvenes deben ser reconocidos como seres con autonomía capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar".[26] Cualquier política que persiga la SSyR requiere poner énfasis en el respeto a los derechos, es decir, no se debe imponer nada, y menos si es un tema tan íntimo y personal como la sexualidad; sin embargo, no puede omitirse la opinión de otros actores, como lo señalan también estos expertos, al precisar que: "un marco de respeto a los derechos supone que sus necesidades sean consideradas por encima de otras figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; esto les permitirá ejercer su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable".[27] Respecto a estas dos afirmaciones que verdaderamente trazan los principios de la política pública en la materia, se puede sostener sin prejuicio alguno que se puede y se debe considerar a *los adolescentes y jóvenes como seres con autonomía capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar*, como lo afirman los expertos, pero no como una simple afirmación; sino que es necesario que los jóvenes y adolescentes cuenten con información adecuada y los temas necesarios para formarse un mejor criterio, pues no siempre se les plantean este tipo de aspectos cuando se habla de ello, como se aportarán algunos ejemplos en la siguiente sección.

Asimismo, considerar que por estar *encima de otras figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; esto les permitirá* (a los jóvenes y adolescentes) *ejercer su*

[23] La prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años en nuestro país (sin poder distinguir cabalmente al grupo de estudio), pasó de casi 45 mil personas infectadas de SIDA en el año 2000 a 136,303 en 2014; y en el caso de personas infectadas con VIH, pasó de 3,297 casos a poco más de 47 mil, en los mismos años. Ver en Secretaría de Salud (2015), op cit, p. 72.
[24] Juárez, F. y Cecilia Gayet (2005), op. cit., p. 200.
[25] Gobierno de la República – INMUJERES (2016), Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2016, México, 157 p.
[26] Campero Cuenca, L. et al, op cit, p. 303.
[27] Ibid, pp. 303-304.

sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable, es una verdad a medias porque como se dijo antes, nadie toma decisiones en solitario, y si los maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres, dejan de ser autoridad en materia de sexualidad, alguien se convertirá en la nueva autoridad para los adolescentes y jóvenes: internet, Secretaría de Salud con políticas públicas estrechas, Televisión, amigos, etc. Los adolescentes pueden elegir libremente y ciertamente deben hacerlo; pero nadie puede ni debe quitar la autoridad a maestros, proveedores de servicios de salud ni a los padres, para influir en un tema tan delicado por las consecuencias sociales, económicas, de salud física y psicológica que tiene dicho tema sobre sus alumnos, pacientes, y sobre todo, para sus hijos.

Para un adecuado tratamiento del tema, se requiere una visión integral, la cual, no puede excluir el ingrediente de los valores; y éstos, para que prosperen, se deben trabajar desde etapas tempranas (educación básica), promoviendo el aprendizaje de contenidos que permitan estimar a las personas y a las cosas, para apreciarlas y amarlas,[28] y no sólo para "usarlas" o "utilizarlas". Asimismo, la integralidad de algunos programas en la materia puede contribuir a: retardar el inicio de la actividad sexual; reducir la frecuencia de actividad sexual sin protección, reducir el número de parejas sexuales y fomentar el uso de métodos de protección contra el embarazo y contra las enfermedades de transmisión sexual durante el acto sexual.[29] Esto es en esencia lo que debe perseguir una política pública integral: dar atención a diversos puntos de vista pero sin prejuzgar y sin hacer depender todo de una sola opción.

Consecuencias de embarazos entre adolescentes y otras afectaciones

Entre las complicaciones más importantes que presentan las jóvenes entre 15 y 19 años que tienen un embarazo y en la fase de concepción de sus hijos, figuran las siguientes:

1) **Violencia de género y coacción sexual**, a las que se ven sometidas las adolescentes y frente a lo cual suelen experimentar sentimientos de impotencia y frustración, ante amenazas abiertas o veladas de distintos actores (de desconocidos, amistades, la propia pareja y aún familiares o parientes) o más sutiles, de su propia pareja como son las *pruebas de amor* o amenazas de ruptura de la relación.

   Por ello es necesario realizar ejercicios de empoderamiento para que las adolescentes aprendan a protegerse a sí mismas, o para solicitar y/u obtener asistencia eficaz que les permita fortalecer su

[28] Cubas Barragán, P. (2010), "Bienestar y educación: una investigación sobre la Educación basada en valores" (segundo lugar en la categoría: mejor investigación) Una mirada hacia la infancia y la adolescencia en México (Segundo Premio UNICEF 2009), México, pp. 91-170.

[29] Secretaría de Salud – Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016), Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, México, 314 p.

autoestima o desarrollar habilidades y talentos. En fin, todo aquello que ayude a las adolescentes a no permitir relaciones sexuales no deseadas. Los adolescentes varones también deben contribuir a poner alto a la violencia de género y a la coacción sexual sobre las mujeres adolescentes. Es fundamental que los jóvenes dejen de ver estas prácticas deleznables como algo normal, por lo que es recomendable cambiar sus actitudes y abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos,[30] y también influir para bien entre sus amistades y conocidos para que tampoco las tengan ellos.

2) **Complicaciones en materia de salud**, mismas que se presentan en el embarazo y parto,[31] de ahí que constituyan algunas de las causas principales de muerte entre las adolescentes y asimismo se estima que en 2008 se produjeron unos tres millones de abortos inseguros entre las adolescentes de países con un nivel de desarrollo similar al nuestro, por lo que constituye un factor de riesgo para ellas, ya que esto también pone en peligro sus vidas.[32] De igual modo, estas complicaciones en materia de salud de las madres adolescentes suelen extenderse a sus hijos, ya que los riesgos de muerte perinatal,[33] son 50% más elevados entre bebés nacidos de madres menores de 20 años que aquellos nacidos de madres mayores a esta edad.[34] También es elevado el riesgo, entre las madres adolescentes, presentar nacimientos prematuros o hijos con bajo peso y malnutrición, o acaso con mayores posibilidades de muertes prematuras para los infantes.[35] Así que vale la pena que se detengan las adolescentes, piensen un poco y consideren ¿qué calidad de vida querrían para sus

[30] Organización Mundial de la Salud – OMS (2012), Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo, 8 p.

[31] El punto 6.8.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, establece que: "en el caso de embarazo o sospecha de ello, éste será definido como de alto riesgo".

[32] En la mayoría de los países del mundo (76%), se pueden practicar abortos bajo distintas causas, pero en poco menos de la mitad de los países del mundo se puede considerar que esta intervención ocurre mediante procedimientos completamente seguros. Sin embargo, las historias de mujeres que han llevado a cabo estas prácticas, aun por razones clínicas, se detectan secuelas de corte psicológico y traumas que pueden llevar de por vida como la historia de algunas mujeres de países desarrollados, donde sí es *seguro* practicar el aborto; como la de una dama australiana quien tuvo que practicarse un aborto para *evitarle sufrimientos* a su bebé por malformaciones genéticas que se le descubrieron: "fue una experiencia traumática que me cambió para siempre -señala. Yo siempre estuve a favor de la libre elección, pero jamás pensé que sería yo quien tendría que tomarla"; o una dama danesa quien afirma no habérselo contado a sus padres porque era muy joven, si bien todos sus amigos la apoyaron mucho, pero concluye que para ella *no fue la gran cosa*, por lo que no habla mucho al respecto. Finalmente, una inglesa señala que: "nadie me dijo lo mal que me sentiría después. Incluso contemplé el suicidio. Una amiga cristiana me apoyó durante el proceso de recuperación. Fue un proceso largo y sigo extrañando a mi bebé". Ver a Sedgwick, J. (2018), "'No podía decirle a nadie': mujeres cuentan sus historias de aborto", en The New York Times Es, 11 de julio de 2018.

[33] Es muy doloroso, pero es necesario manejar el concepto de *mortalidad perinatal*. En España este concepto designa el número de muertes que se producen desde la semana 28 de gestación hasta los primeros siete días de vida por cada mil nacidos vivos y muertos. El concepto y las definiciones varían por país, lo que complica los comparativos. En otros países se entiende como el número de muertes que se producen desde la semana 22 de gestación o neonatos con más de 500gr. de peso hasta la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos y muertos, por citar sólo algunos casos. La OMS lo establece de esta misma forma. Ver Umamanita y El Parto es Nuestro, s/f, Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal, con el apoyo especial de La Liga de La Leche, en https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf

[34] OMS (2012), op cit, p. 1.

[35] SEP, op. cit., p. 22.

hijos?, si una calidad buena como a lo mejor ellas tuvieron u otra que no sea así. Siempre será mejor esperar, detenerse y pensar y las cosas se darán mejor.

3) La maternidad en edades tempranas también **limita las posibilidades de completar una educación sólida** para las adolescentes, con lo que las posibilidades de acceder a buenos puestos de trabajo o ingreso se ven muy reducidas. Al respecto, muchas de estas jóvenes realizarán labores domésticas como actividad principal y con reducidas capacidades para aportar a la canasta familiar. Se ha mencionado además que los hijos de madres adolescentes tienen altas probabilidades de permanecer en condiciones de pobreza, en relación a hijos concebidos en otros momentos y en otras condiciones; por lo que son muchos más los beneficios para las adolescentes de esperar antes que unirse tempranamente en matrimonio o conseguir un embarazo no planeado.[36] Por eso es muy positivo que hoy, como nunca, sean muchas las niñas que asistan a la escuela. Educar a las niñas tiene efectos positivos sobre su salud y la de sus futuros hijos. Asimismo, las niñas que asisten a la escuela tienen menos probabilidad de casarse a edades tempranas,[37] ya que al enfocarse en la educación existen menos distractores para el desarrollo pleno no sólo de las niñas, sino también de las adolescentes. Este fomento a la educación de las niñas y adolescentes forma parte también de una política pública integral en la materia.

4) **Sufrimientos de corte emocional y psicológico** que se desbordan en la madre adolescente, por la situación *inesperada* que las rebasa por completo, además de los cambios físicos que acompañan el periodo de embarazo y que hacen entrar en juego más cuestiones de corte emocional; por lo que requieren del apoyo considerable de sus padres, hermanos y familiares, de la propia pareja y de sus amistades, especialmente en momentos en los que la madre pasa por momentos de depresión. Sin embargo, habrá casos en los que no encuentren el apoyo de sus familiares y/o de la pareja, por lo que puede desarrollarse una depresión aún más profunda.[38]

Asimismo, las parejas de adolescentes o la madre en condiciones de "soltería", suelen integrarse a alguno de los hogares de sus progenitores, en donde **también pueden llegar a presentarse condiciones de estrechez económica**; y esto, no sólo en contextos rurales que son en los que se

[36] Secretaría de Salud – Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016), op cit, p. 81.
[37] OMS (2012), op. cit., p. 2.
[38] SEP, op. cit., p. 45.

piensa erróneamente predominan estas prácticas,[39] sino que también se da en contextos urbanos y periurbanos, entre segmentos de la población desfavorecida económicamente y segmentos de clase media, básicamente.

Con lo que se fortalecen las posibilidades de encontrarse en condiciones de hacinamiento o sobreocupación de la vivienda.[40] Es significativo que el estado de Guerrero sea la entidad federativa de nuestro país con una de las mayores tasas de embarazos tempranos y que asimismo, presente la tasa más elevada de hacinamiento en el país (27.6%), siendo de 9.4% el promedio a nivel nacional.[41] No obstante, la relación no es mecánica entre un concepto y otro, en virtud de que Nuevo León es otro de los estados con mayores tasas de embarazos tempranos en el país, y una tasa de hacinamiento de tan sólo 3.1%,[42] que es la más baja del país. Las diferencias en el nivel de desarrollo entre el estado de Guerrero y el de Nuevo León son considerables, en el primero son de las más bajas del país y el segundo se caracteriza por ser uno de los de mayor desarrollo, por eso es explicable la baja tasa de hacinamiento en este último y muy elevada en el primero. Sin embargo, es de notarse que lo expresado en el informe sobre maternidad en la niñez de la UNFPA de que "en países en desarrollo los embarazos en adolescentes son más probables entre niñas de hogares de bajos ingresos, bajo nivel de escolaridad y en hogares rurales, o en otras afirmaciones similares que se han revisado, esto desde luego no es tan mecánico sin duda, pues se da también en otros contextos sociales y económicos.

Seguramente hay muchos más aspectos y aristas que considerar, pero esto pone en claro que el tema debe ser abordado desde diversos ángulos y por ello su solución debe ser integral, no unívoca.

[39] Ibid, p. 51.
[40] El hacinamiento corresponde a la razón mayor o igual a 2.5, entre los residentes de una vivienda y el número de cuartos de que dispone la misma. Ver INEGI (2018), Encuesta Nacional de Hogares 2017, comunicado de prensa núm. 251/18, del 28 de mayo de 2018.
[41] Ibid, p. 9.
[42] Ibid.

Propuestas

Se deben formular campañas abiertas sobre la importancia de ser responsable en el cuidado de la vida de los más vulnerables, es decir, en el respeto de los seres humanos en gestación. Esta campaña es muy fácil de diseñar ya que basta con que cada escuela secundaria vea un video en donde se practique un aborto y se entreviste a una joven sobre las consecuencias físicas y psicológicas padecidas, como los casos de algunas mujeres de otros países que se detectaron. Una forma más de desarrollar conciencia, aunque muy similar a lo antes dicho, es invitar a los jóvenes a hacer servicio social en las casas cuna, con la finalidad de que se sensibilicen y realmente piensen canalizar su talento para ayudar y ser útiles y no para afectar vidas desde su concepción. Otra forma de incidir en el respecto a cuerpo propio y al del otro, es invitar a los legisladores pro-aborto a entrevistar jóvenes a las que se les haya practicado un aborto, a fin de hacerlos más sensibles y conscientes de las consecuencias.

Respecto a las enfermedades venéreas, es urgente dar más información sobre el riesgo de la promiscuidad y el buscar una pareja sólo para satisfacer una necesidad, sin responsabilidad o compromiso alguno. Es muy importante señalar que la actividad sexual sin amor sólo ahondará el vacío que padecen los jóvenes que lo practican, a pesar de que con esto estén intentando llenar ese vacío.

Otro tipo de política pública que ayudaría a prevenir embarazos adolescentes es la de apoyar a las familias con asesorías, ejercicios y talleres donde los padres aprendan a dirigirse en mejor forma y con más amor a sus hijos, así como los hijos aprendan a confiar más en sus padres, con la finalidad de que los y las jóvenes no busquen la aceptación en una pareja aun inmadura para vivir como adultos u otros actores igualmente inmaduros como ellos, como los amigos, que no necesariamente los conocen lo suficiente.

Se necesitan más y mejores espacios públicos para recrearse, a fin de fomentar la unión familiar, en donde prevalezca un ambiente de armonía y seguridad, así como de facilidad para el acceso.

Respecto a la paternidad o la maternidad, lo que se puede afirmar es que es un privilegio que recae sobre personas maduras, ya que la responsabilidad es muy fuerte y para ello, deben existir bases sólidas para el sustento económico y afectivo de un hogar: un empleo, el compromiso, el tiempo de la crianza, el ejemplo y la educación.

Las políticas de salud reproductiva actuales, al estar centradas en la libertad absoluta para el uso del cuerpo, lo que han propiciado es empujar a los jóvenes a querer los privilegios de un adulto, pero sin compromiso y con las consecuencias cargadas o dirigidas únicamente o prácticamente hacia la mujer. Esta última afirmación se deriva del hecho de que es la mujer la que aborta, la que sufre y la que realmente asume toda responsabilidad, especialmente si el varón abandona a la mujer en su estado de embarazo.

También se debe desarrollar un programa que tenga como propósito trabajar "Por una adolescencia en plenitud" en donde exista una partida presupuestaria especial para "empujar" a la juventud a planear su futuro. Es decir, en donde reciban pláticas sobre la forma de construir un patrimonio con responsabilidad, planteándose metas financieras en el corto y mediano plazos. Todo ello, con la finalidad de informarles, que es necesario invertir fuerza y talento en esa etapa de su vida para realmente ver por su futuro e insertarse en el mercado laboral de forma competitiva.

De igual manera, es necesario impulsar y financiar en mayor medida el deporte (de alto rendimiento, inclusive), las artes (con más concursos), la educación técnica y profesional (con más becas, pero bien fundamentadas), a fin de equipar y preparar de mejor forma a la juventud del país, por medio de programas intensivos de regularización e impulso de sus talentos educativos, científicos y tecnológicos, entre otros, canalizando todo este esfuerzo a la competencia con jóvenes de otras partes del mundo (como los concursos de robótica que hay a nivel internacional y donde les ha ido muy bien a los jóvenes mexicanos).

Es importante señalar que las políticas de salud reproductiva no han funcionado como se esperaría dado que culturalmente México presenta sus diferencias. Es decir, existen valores arraigados que reflejan que las personas, aun los adolescentes, anhelan una pareja estable y por ello, el uso de anticonceptivos no es muy común. Por ello, lo que se requiere es una mayor sensibilidad hacia los bebés en gestación y un mayor grado de responsabilidad en la planeación de una vida, así como en la formación del patrimonio para en un futuro formar una familia.

La integralidad de las políticas públicas en la materia, viendo esto mismo como otra política de gran impulso, debe contribuir y/o fortalecer el desarrollo de acciones que:

1) retarden el inicio de la actividad sexual en un marco de respeto, pero fomentando valores como la práctica de las relaciones sexuales con responsabilidad y fidelidad, el amor a la vida y la sensibilidad por los seres más indefensos como son los bebes nacidos y en gestación;

2) reduzcan al máximo la frecuencia de actividad sexual sin protección, no sólo por usar más y/o mejores métodos anticonceptivos, sino también por conciencia de los daños y consecuencias de los embarazos entre adolescentes (complicaciones en la salud, posibilidades de muertes perinatales, estrechez económica, falta de oportunidades educativas y laborales, depresión, hacinamiento, abortos peligrosos, desconocimiento de cómo se producen enfermedades de transmisión sexual durante el acto sexual etc.), y

3) reduzcan también el número de parejas sexuales, como una forma de protección contra embarazos no deseados, si se entiende que el valor principal de las parejas sea el amor y que los jóvenes sean más conscientes del daño o daños que esta condición puede generar en sus parejas.

IX.- Conclusiones y nueva agenda de investigación

A partir de la información proporcionada en el presente documento se puede afirmar que hay evidencia de que el embarazo adolescente no ha disminuido de forma significativa en México debido a que las políticas de salud reproductiva están enfocadas a la libertad del uso de cuerpo en términos reproductivos, dejando a un lado factores de responsabilidad y visión a futuro.

La política de salud reproductiva en nuestro país trata de apoyar una visión de vivir y disfrutar el momento, pero sin advertir las consecuencias probables de ello, lo cual, es una postura muy atractiva para prácticamente cualquier joven. Sin embargo, esto puede llevarlo a tomar una decisión por impulso únicamente y sin responsabilidad, lo cual tiene consecuencias sobre terceros y en ese sentido, es importante advertirle, a fin de hacerlo más consciente de la situación.

México es el país integrante de la OCDE que presenta el mayor número de embarazos entre adolescentes, por lo que ante esta situación, han surgido políticas públicas reactivas que no sólo han mantenido la idea de seguir poniendo énfasis en la plena libertad del uso del cuerpo mediante el uso de métodos anticonceptivos, pero al haber consecuencias como son los embarazos no deseados o *inesperados*, se ha instrumentado la práctica del aborto en las entidades federativas del país por diversas razones, aunque sólo en la Ciudad de México se permite practicarlo hasta las 12 semanas de gestación del bebé, como un derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

Respecto a este último punto se debe resaltar la importancia que tiene el haber aprobado la despenalización del aborto en la Ciudad de México, siendo de inspiración para otras entidades federativas de nuestro país, frente a otras estrategias o acompañamientos que no se han promovido con mayor fuerza como es el tener una mejor visión a futuro y un mayor respeto hacia la vida, como por ejemplo: mantener la vida del bebé y dotar de apoyos psicológicos o laborales (tanto a la madre como al padre adolescentes), brindar apoyos para continuar con sus estudios, dar en adopción a los bebés (como caso extremo) o incluso apoyar a los padres de los adolescentes que son, muchas veces, quienes se terminan encargando del cuidado de los bebés. Es decir, se plantea una política pública sobre el tema mucho más integral de las que se han formulado hasta ahora.

En conclusión, lo que se observa es que las políticas de salud sexual y reproductiva de nuestro país han estado enfocadas principalmente en la libertad para que cada mujer elija sobre su propio cuerpo, lo cual ha llevado a poner como metas la reducción del embarazo y la interrupción del embarazo, cuando así lo desee la madre. Para ello, se han impulsado campañas de uso de anticonceptivos y han aumentado las partidas

presupuestales para promover que las legislaturas locales aprueben la interrupción del embarazo.

En vez de desarrollar esta estrategia fallida, es importante promover una mayor comunicación entre padres e hijos, a fin de los padres busquen ser referentes y los mejores consejeros para sus hijos.

La nueva agenda de investigación estará dirigida al análisis de las políticas públicas a favor de la vida y aquellas que estén dirigidas a la interrupción del embarazo, con la finalidad de contrastarlas y dar recomendaciones que ayuden a la reducción del embarazo adolescente sin tener que recurrir a la interrupción del embarazo, con sus muy probables consecuencias traumáticas y riesgosas para las adolescentes de México, principalmente.

X.- Bibliografía

BERMÚDEZ-LOBERA, J. (2014), "Las transiciones a la adultez de los jóvenes que no estudian ni trabajan (ninis) en México, 2010", Papeles de Población, vol. 20, núm. 79, enero-marzo, 2014, pp. 243-279, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN (1984), "Ley General de Salud", en Diario Oficial de la Federación, última reforma del 24-XII-2018, México, 303 p.

CAMPERO CUENCA, L. Y ERIKA E. ATIENZO, LETICIA SUÁREZ LÓPEZ, BERNARDO HERNÁNDEZ PRADO Y AREMIS VILLALOBOS HERNÁNDEZ (2013), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas", en Gaceta Médica de México, Núm. 149, páginas 299-307.

CUBAS BARRAGÁN, P. (2010), "Bienestar y educación: una investigación sobre la Educación basada en valores" (segundo lugar en la categoría: mejor investigación) Una mirada hacia la infancia y la adolescencia en México (Segundo Premio UNICEF 2009), México, pp. 91-170.

GOBIERNO FEDERAL – SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA – INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD – INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS DE LA UNAM (2012), Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012. Resultados generales, México, 57 p.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA (2013), Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, México, 184 p.

_____ (2013), Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, México, 112 p.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA – INMUJERES (2015), Salud reproductiva. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, México, 30 p.

_____ (2016), Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2016, México, 157 p.

INEGI (2018), Encuesta Nacional de Hogares 2017, comunicado de prensa núm. 251/18, del 28 de mayo de 2018.

INEGI – CONAPO (2011), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados, México, 94 p.

INEGI – CONAPO (2016), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Marco de referencia, México, 79 p.

JUÁREZ, F. Y CECILIA GAYET (2005), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", Papeles de Población Núm. 45, CIEAP/UAEM, México, julio-septiembre de 2005, pp. 177-219.

MA. FELIPA Y MA. DE LA CRUZ MURADÁS Y MIGUEL SÁNCHEZ (2015), "Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014", La situación demográfica de México 2015, CONAPO, México, pp. 43-72, última modificación el jueves 4 de febrero de 2016 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2015

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (2012), Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo, 8 p.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA – SEP (2012), Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven, México, 185 p.

SECRETARÍA DE SALUD (2014), Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, México, 94 p.

_____ (2015), Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general sobre la salud poblacional, México, 200 p.

_____ (2015), Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la

salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad,
SECRETARÍA DE SALUD – CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, s/f, IV.- Embarazo en la adolescencia (infografía), 2 p.
_____ (2016), Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, México, 314 p.
SEDGWICK, J. (2018), "'No podía decirle a nadie': mujeres cuentan sus historias de aborto", en The New York Times Es, 11 de julio de 2018.
UMAMANITA Y EL PARTO ES NUESTRO, s/f, Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal, con el apoyo especial de La Liga de La Leche, en https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf
WELTI-CHANES, C. (2012), "Análisis de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010", en Papeles de Población No. 73, CIEAP-UAEM, julio/septiembre de 2012, 31 p.

Sitios web

http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/
https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv