

# MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

VERSIÓN DIGITAL



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN  
Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

CENTRO NACIONAL  
DE EQUIDAD DE GÉNERO  
Y SALUD REPRODUCTIVA

ISBN: 978-607-460-510-5



**MODELO DE ATENCIÓN  
INTEGRAL EN SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA PARA  
ADOLESCENTES**

edición **2015**

D. R. © Secretaría de Salud

Centro Nacional de Equidad de Género  
y Salud Reproductiva  
Homero No. 213, 5to. piso,  
Col. Chapultepec Morales,  
Delegación Miguel Hidalgo,  
C. P. 11570, México, D. F.

[cnegsr.salud.gob.mx](http://cnegsr.salud.gob.mx)

Primera edición: 2015

ISBN: 978-607-460-510-5

Impreso en México.

Citación sugerida: Centro Nacional de Equidad  
de Género y Salud Reproductiva. Modelo de  
Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva  
para Adolescentes.

Se permite la reproducción total o parcial sin  
fines comerciales, citando la fuente.

La impresión de este documento fue  
financiada con recursos del **Fondo de Población  
de las Naciones Unidas.**

# DIRECTORIO

---

## Secretaría de Salud

---

María de las Mercedes Martha Juan López

**Secretaria de Salud**

Eduardo González Pier

**Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud**

Pablo Antonio Kuri Morales

**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Marcela Guillermina Velasco González

**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Fernando Gutiérrez Domínguez

**Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos**

Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos

**Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales  
y Hospitales de Alta Especialidad**

## Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

---

Ricardo Juan García Cavazos

**Director General**

Aurora del Rio Zolezzi

**Directora General Adjunta de Equidad de Género**

Nazarea Herrera Maldonado

**Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal**

Rufino Luna Gordillo

**Director General Adjunto de Salud Reproductiva**

Yolanda Varela Chávez

**Directora de Planificación Familiar**

## **Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva**

---

### **Instituciones del Gobierno Federal**

#### **Secretaría de Salud**

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social-Prospera**

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

#### **Secretaría de Educación Pública**

#### **Consejo Nacional de Población**

#### **Instituto Nacional de las Mujeres**

#### **Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas**

#### **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia**

Dirección General de Protección a la Infancia

#### **Secretaría de Marina**

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

Dirección General de Sanidad

#### **Petróleos Mexicanos**

Subdirección de Servicios de Salud

## DIRECTORIO

---

### **Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva**

---

#### **Organizaciones de la Sociedad Civil**

**Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C.**

**Ipas México, A.C.**

**Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos A.C.**

**AFLUENTES S.C.**

**Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.**

**Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C.**

**Centro de Orientación para Adolescentes y Jóvenes A.C.**

#### **Invitado Especial**

**Fondo de Población de las Naciones Unidas en México**





---

## **AGRADECIMIENTOS**

---

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva expresa un sincero agradecimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas en México por su valiosa colaboración en el diseño e integración de este documento, particularmente al Dr. Javier Domínguez Del Olmo, Oficial Nacional de Programas y Jefe de Salud Sexual y Reproductiva, y a la Mtra. Gabriela Rivera Reyes, Asociada Nacional de Programas en Salud Sexual y Reproductiva, Juventud y Poblaciones Vulnerables. Especial reconocimiento se hace patente a la Mtra. María Clara Arango por su entusiasta y valiosa participación en la sistematización de la información contenida en este documento.

También se agradece la entusiasta colaboración de las instituciones públicas de salud y de las organizaciones de la sociedad civil que conforman el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, quienes participaron en la revisión de las diferentes versiones del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes que aquí se presenta. Las observaciones y recomendaciones que emitieron sobre este documento, permitieron enriquecer su contenido.

Asimismo, se agradece la colaboración del personal de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva: Mario Zárate Ramírez, Quinatzin Hernández Villamares, Analy Cerón Amezcua, Susana Ocampo Cruz, Juan Pérez Sánchez, Alejandro Rosas Solís, Karina Jiménez Vicario, Elizabeth Arteaga Avendaño, Humberto Maya Vázquez, Martha Angélica Vázquez Gutiérrez, Rossana González Osorno, Alicia Solís López.

---

## **PREFACIO**

---

Hoy más que nunca en México, la salud sexual y reproductiva de la población adolescente representa un inmenso desafío para los sectores de gobierno tanto federales, como estatales y locales. Este grupo etario, cada vez más numeroso, se halla inmerso en realidades muy diversas y cambiantes en las que sus derechos, intereses y necesidades, por lo regular, se ven desatendidas.

En el área de la salud sexual y reproductiva, las y los adolescentes crecen sin los elementos necesarios para asumir su sexualidad en un marco de autoconocimiento, derechos e igualdad. Tal situación les restringe el paso hacia la posibilidad de tomar decisiones responsables e informadas en esta materia.

La desinformación, las inequidades de género, las normas sociales que limitan el desarrollo de la autonomía personal y otros factores, impulsan a las y los adolescentes a adoptar conductas que conllevan riesgos, aun para su vida. La situación que presentan algunos indicadores relacionados con los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual, –incluyendo el VPH y el VIH/SIDA–, la violencia de género y la mortalidad materna, dan cuenta de un vacío muy grande en la atención integral de la salud de este grupo etario, que frustra sus aspiraciones y trunca sus proyectos de vida con consecuencias que afectan tanto a los individuos como al conjunto social.

La atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente constituye una necesidad inaplazable. Desde una perspectiva completa –enmarcada en el reconocimiento de la interculturalidad, la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos–, tal atención requiere acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios integrales y sin barreras. Para ésto, es indispensable que los servicios de salud generen espacios y formas de atención diferencial capaces de dar respuesta a las necesidades de salud que afectan a la población entre 10 y 19 años.

La opción para dar respuesta a esta necesidad está en los servicios amigables y específicos para adolescentes, ya que en estos espacios pueden encontrar oportunidades para cuidar su salud. Se reconoce que este grupo está conformado por individuos fundamentalmente sanos que requieren ser atendidos en consonancia con esta condición y que sus motivos de consulta están relacionados principalmente con situaciones de la vida cotidiana y vinculados con la salud sexual y reproductiva. Sus

demandas en este campo, por tanto, requieren una atención interdisciplinaria, cálida y respetuosa que garantice las condiciones de privacidad y confidencialidad obligadas para cualquier intervención en el ámbito de la salud.

Tomando en cuenta lo anterior, el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes constituye un esfuerzo para trazar los lineamientos que estandaricen –en lo básico–, las acciones relacionadas con este tipo de atención y es resultado de la experticia, empeño y compromiso del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C.

Este modelo reúne los aportes provenientes de diversos organismos–gubernamentales y de la sociedad civil–, comprometidos con este tema y con amplia experiencia en esta área, y atiende a las principales recomendaciones internacionales relacionadas con la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para este grupo.

El Modelo representa un trabajo consensuado con las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las organizaciones de la sociedad civil líderes en esta materia, y sus principios y acciones están alineadas con los programas nacionales del sector salud. En tal sentido, retoma los compromisos del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, así como de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, presentada el 23 de enero del 2015. Además, vale resaltar su sólida inserción en el marco legal del país y en los conceptos éticos de la titularidad de derechos, la igualdad de género y la interculturalidad.

La estructura del Modelo reúne dos secciones, la primera de carácter conceptual busca la construcción de un lenguaje común y el análisis de los diversos argumentos que sustentan la propuesta. El punto de partida del Modelo es el reconocimiento de que las y los adolescentes son sujetos de derechos, entendiendo que a medida que la niña o el niño va creciendo y desarrollando su madurez y capacidad de discernimiento, aumenta su capacidad de ejercer sus derechos autónomamente. En el área de la salud sexual y reproductiva, esto incluye la implementación de servicios integrales y amigables que respondan a las necesidades de este grupo poblacional, considerando su desarrollo biológico, psicológico y social.

La segunda parte, de carácter técnico y operativo, guía los procesos de gestión necesarios para organizar las acciones que faciliten el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por otra parte, ayuda a ordenar los recursos y procesos hacia el logro de los propósitos trazados en un ciclo de mejoramiento continuo de la calidad y la eficiencia. Además, plantea algunas propuestas para fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial necesarias para la consolidación de los servicios y aporta pautas metodológicas para involucrar a las comunidades e impulsar la participación activa de las y los adolescentes en las actividades de los servicios, la cual es una condición necesaria para su empoderamiento.

Asimismo, para el mejoramiento de la competencia técnica de gerentes y prestadoras/es, se impulsan acciones que ayuden a desarrollar y fortalecer en estos grupos algunos conocimientos y habilidades específicas para que atiendan a las personas adolescentes en forma idónea.

Por último, conviene mencionar que el Modelo tiene la flexibilidad necesaria para adecuarse a situaciones diferentes y responder a la heterogeneidad de este grupo y su entorno.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene la plena convicción de que este Modelo es una contribución efectiva para que las y los adolescentes:

- Se acerquen a los servicios específicos de salud sexual y reproductiva con la seguridad de que serán tratadas/os de manera digna y respetuosa, independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, estado civil y condición familiar, social, económica, cultural o étnica.
- Reciban una información y atención oportuna y apropiada, haciendo valer sus derechos y buscando su bienestar.
- Se involucren activamente en los servicios ejerciendo su capacidad de opinión, decisión y acción en lo concerniente al cuidado de su salud sexual y reproductiva.

# ÍNDICE

---

15	<b>Introducción</b>
19	<b>Antecedentes</b> La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en México
23	<b>PRIMERA SECCIÓN: FUNDAMENTOS</b>
25	<b>1. Conceptos y definiciones</b>
35	<b>2. Las y los adolescentes</b>
37	2.1 Perspectivas y acotaciones
40	2.2 Etapas de la adolescencia y acciones por parte de los servicios amigables
52	2.3 Adolescencia: heterogeneidad y proceso
53	2.4 Adolescentes y titularidad de los derechos sexuales y reproductivos
57	<b>3. Adolescencia-salud sexual y reproductiva</b>
59	3.1 Cultura y negación
60	3.2 Características de las y los adolescentes vinculadas con la salud sexual y reproductiva
65	<b>4. Educación integral de la sexualidad</b>
67	4.1 Evidencias
70	4.2 Concepto de educación integral de la sexualidad
73	<b>5. Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente en México</b>
75	5.1 Aclaración preliminar
76	5.2 La situación actual
83	<b>6. ¿Por qué invertir en la salud sexual y reproductiva de adolescentes?</b>
86	6.1 La garantía de los derechos humanos es una obligación
87	6.2 La coyuntura demográfica actual es una gran oportunidad para impulsar el desarrollo
88	6.3 La adolescencia es una época que combina riesgos y oportunidades
89	6.4 La salud sexual y reproductiva es parte de la salud integral

## ÍNDICE

---

91	6.5	El combate a inequidades etarias en género y salud beneficia a las adolescentes y su entorno
92	6.6	La desatención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente es un factor de reproducción de la pobreza
93	6.7	La prevención puede evitar afecciones graves a la salud y reducir el gasto generado en atenderlas
95	6.8	La adolescencia temprana no puede ser descarrilada por la maternidad
96	6.9	Existen compromisos nacionales y de la comunidad internacional para actuar en interés de los grupos adolescentes
97	6.10	Las demandas y voces de las personas adolescentes están definiendo el mundo que quieren tener
<b>99</b>	<b>7.</b>	<b>Marco jurídico para la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes</b>
101	7.1	Organización del marco jurídico nacional
101	7.2	Organización del marco jurídico internacional
103	7.3	Relación de instrumentos legales relacionados con la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en México
107	7.4	Revisión de los principales instrumentos nacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva de adolescentes
111	7.5	Revisión de los principales instrumentos internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva de adolescentes
137	7.6	Implicaciones operativas
<b>141</b>	<b>8.</b>	<b>Servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes</b>
143	8.1	¿Por qué la población adolescente necesita servicios diferenciados?
144	8.2	¿Por qué si hay servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva, las y los adolescentes no acuden?

# ÍNDICE

---

146	8.3 ¿Qué características debería tener un servicio amigable de salud sexual y reproductiva?
<b>151</b>	<b>SEGUNDA SECCIÓN: EL MODELO</b>
<b>153</b>	<b>Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes</b>
155	Propósito
155	Objetivos
155	Componentes
<b>157</b>	<b>1. Gestión de servicios</b>
160	1.1 Planeación
168	1.2 Coordinación
171	1.3 Monitoreo o seguimiento y evaluación
177	1.4 Mejoramiento continuo de la calidad
<b>189</b>	<b>2. Oferta de servicios</b>
192	2.1 Modalidades
194	2.2 Principios rectores
196	2.3 Paquete integral de servicios
203	2.4 Información, educación y comunicación (IEC)
215	2.5 Accesibilidad
217	2.6 Personal-nivel operativo
<b>221</b>	<b>3. Participación</b>
224	3.1 Participación adolescente
236	3.2 Participación comunitaria
<b>243</b>	<b>4. Fortalecimiento de capacidades</b>
247	4.1 Los procesos de formación
255	4.2 Necesidades de capacitación
258	4.3 Elementos de un programa educativo
271	4.4 Ejes temáticos
<b>278</b>	<b>Acrónimos y siglas</b>
<b>282</b>	<b>Bibliografía</b>





---

## INTRODUCCIÓN

---

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA)<sup>1</sup> 2013-2018 incluye objetivos, estrategias y líneas de acción que siguen los principios relativos a los derechos humanos, la equidad de género y la interculturalidad y posiciona como asunto central la necesidad de los grupos adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (Estrategia 1.5), destacando la importancia de desarrollar modelos y servicios de salud que fortalezcan las acciones de prevención y la adopción de conductas saludables por parte de este grupo etario (Estrategia 1.6).

Asimismo, expresa la voluntad de cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos (Estrategia 6.6, Línea de acción 6.6.4) y, como parte de la estrategia transversal *Perspectiva de Género*, se despliegan diversas líneas de trabajo relacionadas con la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, cuyos derechos sexuales y reproductivos exhortan a difundir e impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva que garanticen la prevención y la atención en este campo, la realización de campañas de prevención de ITS, del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de embarazos no planeados, el acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) y el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 005-SSA2-1993 en todo el sistema de salud.

El Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA)<sup>2</sup> 2013-2018, que está alineado con el PROSESA 2013-2018, hace un énfasis especial en la necesidad de dirigir mayores esfuerzos y recursos para poner en marcha acciones ajustadas a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes del país.

En congruencia, el PAESSRA 2013-2018 está orientado a mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (Estrategia 2.2) e impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (en adelante, el Modelo) en instituciones públicas de salud (Línea de acción 2.2.3).

En conjunto, dicho programa de acción plantea una ruta de trabajo para abordar asuntos relacionados con el acceso de la población adolescente a información y a

---

<sup>1</sup> SSA (2013).

<sup>2</sup> SSA (2014).

servicios de salud con calidad y calidez; la búsqueda de un contrapeso a determinados prejuicios que desvirtúan los derechos de este grupo; la importancia de difundir el marco legal que sustenta y reclama la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente; la necesidad de un fortalecimiento del trabajo coordinado entre sectores e instituciones con un enfoque de corresponsabilidad que posibilite, a la vez, un abordaje integral de sus necesidades específicas en materia de atención y educación en salud sexual y reproductiva. Por su parte, el objetivo cuatro de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia está orientado a incrementar la demanda y la calidad de la atención de los servicios para la población adolescente.

Todas estas acciones, si bien no se agotan en el Modelo, son parte constitutiva del mismo. En tal sentido, es conducente resaltar el papel central que la implementación de este modelo juega en el programa global, a fin de que los servicios que se ofrezcan y otorguen a este grupo etario respondan a sus necesidades específicas.

El Modelo establece los propósitos y lineamientos que contribuyen a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva de la población adolescente desde una perspectiva de equidad de género e interculturalidad y con pleno respeto a sus derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

El Modelo toma en consideración las principales recomendaciones internacionales relacionadas con la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y es el producto de un trabajo fundado en una consulta amplia a las instituciones del Sistema Nacional de Salud y organizaciones de la sociedad civil (OSC) con amplia experiencia en áreas relacionadas con este tema. Además, al estar fundamentado en las mejores prácticas nacionales y en la experiencia de instituciones e individuos ampliamente comprometidos con esta área de interés, tiene la posibilidad de adecuarse a situaciones diferentes y de responder a características particulares de los diversos grupos adolescentes y su entorno.

Los componentes conceptuales y operativos del Modelo cuentan con el consenso de dichas instituciones y, de esta manera, se dispone ya de algunos de los mecanismos que se requieren para su instrumentación interinstitucional.

Estos dos atributos del Modelo, ser *consensuado e interinstitucional*, contribuyen a que los diversos empeños que coexisten en el país en esta materia estén alineados con los programas nacionales, lo cual reviste gran importancia puesto que en un sistema de salud descentralizado como el de México, en el que participan múltiples instituciones y niveles de gobierno, es fundamental contar con directrices y acciones coordinadas que permitan que los esfuerzos de todos los actores involucrados estén alineados con los programas nacionales.

El Modelo asume que, para responder adecuadamente a las necesidades de la población adolescente en este campo, es indispensable la participación decidida y coordinada de diversas instituciones sociales y, en congruencia con el PROSESA (Línea de acción 1.5.3), promueve la coordinación con el sector educativo para la educación integral de la sexualidad (EIS). En este esfuerzo, el sector salud representa un espacio privilegiado para encaminar las acciones y para que el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente logre transitar del discurso a la práctica.

El CNEGSR, en su carácter de órgano rector, es responsable de la coordinación general, la gerencia y el monitoreo de este modelo en las unidades de salud bajo su jurisdicción. Otras instituciones pueden tomarlo también como orientación.

En términos generales, el Modelo reúne una serie de características que a la vez son requisitos para facilitar el acceso de las y los adolescentes a servicios de calidad; esto implica que embonen con las necesidades de cada individuo o grupo adolescente considerando su heterogeneidad; que se reconozcan y superen las barreras que dificultan el acceso de este grupo a los servicios, y viceversa; que incorporen el distintivo de ser *amigables*, con todas las implicaciones que esto conlleva, para que influya en las instituciones de salud y las comunidades respectivas; que sean eficientes en la atención que brindan en las áreas médica, de consejería, educación y promoción de la salud; que potencien su trabajo mediante una colaboración eficiente de tipo intra e inter sectorial e institucional, y que integren mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan incorporar ajustes de manera oportuna para obtener los resultados esperados y encaminarse progresivamente –cuanto antes mejor– a su consolidación institucional.

Vale aclarar que aunque los servicios amigables propiamente dichos corresponden a la SSA, el distintivo amigable también debe reflejarse y ser parte de los Servicios

Específicos en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes que ofrece el Sistema Nacional de Salud y, por tal motivo, todos deben darse por aludidos en los planteamientos que contiene este documento.

El Modelo está diseñado en función de su población beneficiaria: mexicanas y mexicanos entre 10 y 19 años de edad, a quienes se considera sujetos de las acciones que se proponen y, por tanto, se les impulsa a participar activamente en las decisiones que atañen a su salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta la evolución de sus facultades y sus necesidades como púberes o adolescentes.

Un elemento clave para alcanzar los objetivos planteados es el personal de las instituciones de salud, al que hay que atender para que pueda tener el desempeño que se espera de él. Esta es la razón de que dicho personal sea el destinatario del presente documento, que contempla acciones tanto en el ámbito de la planeación, como de la operación.

El documento establece, de manera puntual, los requerimientos y las orientaciones que constituyen los mínimos irreductibles en cuanto a actividades específicas, estructura, personal y otros insumos para los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Cada servicio podrá contextualizar y adecuar las acciones a la heterogeneidad intrínseca del grupo al que se dirige, puesto que dentro de la población adolescente las diferencias de género, generación, origen étnico y estratificación socioeconómica pesan de manera notable en su comportamiento sexual y reproductivo.

Con el fin de ilustrar cómo llevar a cabo dichas adecuaciones, se presentan algunas prácticas nacionales que han demostrado que la creatividad, junto con la voluntad y la decisión política, pueden encontrar soluciones frente a los obstáculos que enfrentan algunas iniciativas en favor de la salud sexual y reproductiva de este grupo etario.

Como complemento del Modelo, se cuenta con una “Caja de Herramientas” que contiene algunos documentos operativos y de reflexión pertinentes para el fortalecimiento del trabajo en cada uno de los componentes que integran el esquema del mismo Modelo. El personal responsable de implementarlo (gerencial y operativo) contará también con dos guías prácticas que especifican sus funciones en estas áreas. Existe, además, un paquete didáctico que contiene dos manuales y los apoyos educativos para el desarrollo de talleres de capacitación adecuados a las necesidades de prestadoras y prestadores de servicios y de gerentes, según sea el caso.

---

## **ANTECEDENTES**

### **LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN MÉXICO**

---

La Secretaría de Salud (SSA) tiene una amplia trayectoria de oferta de servicios de salud diferenciados a la población adolescente en el campo de la salud sexual y reproductiva, la cual fue considerada en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Las bases se establecieron desde 1993, a partir de la “*Declaración de Monterrey*”, que sentó el precedente para iniciar un Programa de Atención a la Salud Integral en Adolescentes, con énfasis en salud reproductiva. Un año después, en 1994, dentro de las unidades de la SSA comenzó a funcionar una estrategia de servicios especializados para adolescentes con el eslogan “en buen plan... planifiquen”, cuya meta principal era proporcionar consejería y orientación sobre planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no planeados y no deseados, así como otorgar atención perinatal a adolescentes embarazadas, en espacios diferenciados. De la misma manera, se lanzó una campaña permanente de información, educación y comunicación (IEC) con el lema antes mencionado y la incorporación de la perspectiva de género en todas y cada una de las actividades del Programa.

En 1995 concluye una etapa de capacitación del personal especializado para las acciones de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva de este grupo etario e inician, como parte de las estrategias de trabajo, talleres de capacitación-sensibilización en Salud Sexual y Reproductiva dirigidos a personal de salud de la Secretaría. Asimismo, se instituye el concepto de *Servicio Especializado de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente*, con espacios en unidades de salud plenamente identificados y señalizados, que permitan otorgar servicios con privacidad, confidencialidad y perspectiva de género. De tal forma que para 1999 ya se cuenta con 259 servicios especializados en todo el país (en 179 centros de salud y 80 hospitales). En respuesta a las nuevas exigencias en cuanto a calidad de servicios en 2001, se establece un modelo de “Servicios Amigables para Adolescentes”, con las modalidades de servicios de tipo exclusivo, horizontal y mixto, teniendo para su operación equipos de salud multidisciplinarios.

A partir de la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en 2003, desde la perspectiva de la Dirección de Planificación Familiar se implementa el Programa *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes*, vinculado al Programa de Planificación Familiar 2002-2006, y en 2007 se crea el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (2007-2012),

con la misión de contribuir a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población mediante acciones sustentadas en evidencias científicas, con un sentido humanitario y de compromiso social.

En 2004, como parte de las estrategias de información y difusión, se establece un portal en internet: *www.yquesexo.com*, dirigido a población de 10 a 19 años de edad, en el que periódicamente se emiten actualizaciones de los contenidos, de acuerdo con las nuevas evidencias científicas. En 2005 se lanza la campaña nacional *¿Piensas en sexo? Piensa en condón*.

En 2007 se elabora el Paquete Básico de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, que forma parte de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud, cuyo objetivo es “Garantizar acciones efectivas de promoción y prevención para cada uno de los grupos de la población independientemente de su afiliación a una institución de salud, garantizando así su portabilidad a todo el Sistema Nacional de Salud”.

En 2009 se establece el Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA), conformado por dependencias pertenecientes a la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud cuyas funciones tuvieran alguna atribución en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con el objeto de sumar y conjuntar esfuerzos. Su objetivo es la participación en acciones de salud dirigidas a este grupo, particularmente en la prevención del embarazo no planificado. A partir de este momento, se participa cada año en la “Semana Nacional de Salud de la Adolescencia”, cuyo objetivo es conjuntar estrategias y acciones para otorgar atención integral a la población adolescente, así como integrarse en la estrategia de “Noviembre Mes de la Salud Reproductiva”.

En 2011 se realiza una campaña masiva en radio y televisión sobre prevención del embarazo no planeado y prevención de ITS en adolescentes, con el título *Que lo digan todos*. Este mismo año se establece una relación de trabajo con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para la actualización de la Sala de “Reproducción y Sexualidad”, que es una exposición permanente del Museo de Ciencias “Universum” a la que se denominó “Sexualidad: vivirla en plenitud es tu derecho”. Por otra parte, se fortalece la coordinación entre el CNEGSR y el Grupo Interinstitucional de Salud

Reproductiva (GISR) para realizar proyectos de colaboración, como es la instauración del “Día Nacional para la Prevención del Embarazo no planeado en Adolescentes” mediante decreto del Honorable Congreso de la Unión de 26 de septiembre de 2011.

En 2012, con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se estructuró el presente Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, el cual establece los criterios básicos de atención en este rubro y fue consensuado por las distintas instituciones del sector salud.

En 2013 inició, a través de foros regionales y estatales, el proceso de institucionalización de este Modelo en todos los estados donde operan los servicios amigables de la SSA. A finales de dicho año, se contaba con aproximadamente 1,095 servicios amigables que ofrecían la atención en áreas urbanas, rurales e indígenas.





---

**PRIMERA SECCIÓN**  
**FUNDAMENTOS**

---



# PRIMERA SECCIÓN FUNDAMENTOS



## CONCEPTOS Y DEFINICIONES



En este apartado se definen algunos términos de uso recurrente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva y de los servicios amigables para adolescentes.

**AMIGABLE.** Alude al conjunto de características que se aplican a los servicios de salud de adolescentes con el fin de hacer contrapeso a la incomodidad y la hostilidad, reales o percibidas, provenientes del entorno clínico y del personal de salud. La búsqueda y la consolidación de servicios amigables de salud sexual y reproductiva para los adolescentes de uno y otro sexo tienen la intención de acercar los servicios a estos grupos o que los grupos se acerquen a los servicios con la seguridad de que serán tratados de manera digna y respetuosa, haciendo valer sus derechos y buscando su bienestar.

**BASE EN EVIDENCIA CIENTÍFICA.** Se refiere a que cualquier juicio o toma de decisiones que se genere respecto a una política de salud, un programa social o un proyecto comunitario tome como base la mejor evidencia disponible relativa a los efectos de la intervención en cuestión sobre la salud y sus determinantes. De esta manera, las ideas infundadas dan paso a la investigación científica para sustentar las actividades de prevención y atención. Esta exigencia tiene como finalidad mejorar la calidad y la atención de la salud sexual y reproductiva, en este caso, tanto de los individuos como de la sociedad.

**CALIDAD.** Definir calidad no es tarea fácil. Mientras que muchos profesionales destacan la importancia de los aspectos científico-técnicos, la gente joven señala habitualmente los aspectos psicosociales del proceso de atención. Frente a estas dificultades, una propuesta de variables para el análisis de calidad de servicios para adolescentes podría tomar en cuenta la efectividad, la eficiencia, la accesibilidad, la adecuación, el nivel científico-técnico, el grado de satisfacción de quienes usan los servicios, la participación, el compromiso del personal de salud y la garantía de que la prestación de los servicios médicos se otorgue en un marco de calidez, oportunidad, equidad y seguridad para la usuaria o el usuario.

**DERECHOS REPRODUCTIVOS.** Abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobados por consenso.

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello y del derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.<sup>3</sup>

**DERECHOS SEXUALES.** Son derechos humanos universales basados en la libertad, la dignidad y la igualdad inherentes a todos los seres humanos. Puesto que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y fomenta los derechos sexuales.<sup>4</sup>

Con frecuencia suele emplearse la expresión derechos sexuales y reproductivos “como si se tratara de un mismo universo de derechos, lo que ha provocado que los derechos sexuales sean considerados como un subconjunto de los derechos reproductivos. Sin embargo, aunque en ocasiones los derechos sexuales pueden estar relacionados con los derechos reproductivos, no necesariamente la sexualidad se vincula con la reproducción”.<sup>5</sup>

**DIVERSIDAD SEXUAL.** Este término está en construcción y hay maneras distintas de entenderlo. En este documento se utiliza como un concepto que engloba las diferentes posibilidades de expresión y prácticas de la sexualidad, y que, desde una perspectiva política, es reivindicatorio de las manifestaciones de la sexualidad no heterosexual y supone el reconocimiento de que todos los cuerpos, las sensaciones y los deseos tienen derecho a existir y a manifestarse, sin más límite que el respeto a los derechos de las otras personas. Así, el personal encargado de aplicar el Modelo deberá tomar en consideración las necesidades específicas de los diversos grupos, para que las acciones en prevención y educación para la salud sexual y reproductiva respondan efectivamente a aquéllas.

---

<sup>3</sup> Párrafo 7.3 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 1994. Véase UNFPA (1994).

<sup>4</sup> WAS (2008).

<sup>5</sup> IIDH (2008).

**EMPODERAMIENTO.** Se define como “la expansión de la libertad de escoger y de actuar. Significa aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida”.<sup>6</sup> Están asociados al concepto de empoderamiento la inclusión social, la autonomía, la visibilidad y movilidad, el agenciamiento (que es la capacidad de hacer uso de los activos de que se dispone), y la autoeficiencia (que es la confianza en las competencias que le son propias a un individuo).

El empoderamiento implica, por un lado, impulsar de la manera más amplia posible todas las habilidades y el potencial de las personas, y, por otro, desarticular las construcciones sociales negativas, de manera que los individuos en desventaja por su condición social, económica, cultural o de otro tipo, puedan concebirse como poseedores de la capacidad y el derecho a actuar y tener influencia en su vida y su entorno.

Para el caso de las adolescentes, el empoderamiento se define como el proceso personal, social y político que genera y fortalece sus capacidades y les permite organizarse para ejercer plenamente sus derechos con un sentido de corresponsabilidad. Dicho empoderamiento se expresa mediante la habilidad, la determinación y la agencia para tomar decisiones informadas y realizar cambios que afecten su vida y la vida de otras personas, ya sean adolescentes, jóvenes y/o adultas.<sup>7</sup>

En relación con la salud sexual y reproductiva, el empoderamiento de los individuos adolescentes promueve un proceso de reflexión para reconocerse sujetos de derechos, valorar sus potencialidades y ejercer su capacidad de decisión. Se manifiesta en acciones en su beneficio, en elecciones informadas y en la capacidad de tomar decisiones sobre prácticas sexuales que sean placenteras, seguras y no perjudiciales.

**EQUIDAD.** Con frecuencia, los términos igualdad y equidad se utilizan indistintamente. La igualdad se refiere a una noción de equivalencia, mientras que la equidad se refiere a un trato imparcial, a lo que corresponde por justicia. De este modo, no toda desigualdad es considerada una inequidad. “La igualdad es un concepto empírico y la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado a principios de justicia social y garantía de los derechos humanos”.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Banco Mundial (2006).

<sup>7</sup> Este concepto fue ampliamente discutido durante la Reunión de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes, efectuada en Ciudad de Guatemala, Guatemala, del 6 al 8 de marzo de 2008. Véase OPS (2009).

<sup>8</sup> Gómez, E. (2001).

**EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD.** Hace referencia a una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres de modo que unas y otros tengan iguales oportunidades de gozar de buena salud y de rehuir “enfermedades, discapacidades o muertes por causas injustas y evitables”.<sup>9</sup>

Las diferencias en cuanto a necesidades de salud, acceso y control de los recursos generan desequilibrios que pueden observarse en los perfiles epidemiológicos de hombres y mujeres. Tales diferencias se exacerban cuando se entrelazan con otras variables de exclusión como la etnia, la edad y la pobreza. En el caso particular de las adolescentes, por ejemplo, la desigualdad y la discriminación de género las hace más vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, y al abuso físico y psicológico; también limitan su acceso a la atención de la salud. En el caso de los adolescentes, los estereotipos culturales de masculinidad restringen su acceso a la información sobre el cuidado de la salud general, y sexual en lo particular. Esos estereotipos ejercen presión sobre su conducta, exponiéndolos a situaciones inseguras que afectan su salud, inhiben su autonomía y obstruyen el ejercicio de sus derechos, incluido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Para hacer prevalecer la equidad, tales diferencias pueden y deben corregirse.

La equidad de género en ningún caso supone un modelo único para todas las culturas, sino que refleja la preocupación de que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades y puedan tomar decisiones vitales.<sup>10</sup>

**EQUIDAD EN SALUD.** Al hablar de equidad en salud,

conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico y social de las personas; mientras tanto, la atención de la salud es sólo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, utilización, calidad, asignación de recursos y financiamiento.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> OPS (2005a).

<sup>10</sup> OCDE (1998).

<sup>11</sup> Gómez, E. (2001).



En términos operacionales, la equidad en salud se traduciría en minimizar disparidades evitables entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. La equidad en el estado de salud de las personas apunta al logro del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos, mientras que la equidad en la atención implica que los recursos y servicios se asignen/reciban según la necesidad, y que el pago por ellos se haga en función de la capacidad económica de las usuarias o usuarios.

**INTERCULTURALIDAD.** La interculturalidad es una relación que establecen dos o más culturas por medio de personas, grupos o comunidades y el intercambio de sus productos culturales. La interculturalidad que se busca propiciar es una relación que ocurre en el marco de las leyes vigentes para todas y todos, y que se establece en condiciones de inclusión y horizontalidad, con reciprocidad y con respeto a la otra o al otro a quien se reconoce como ser humano digno de ejercer todos los derechos humanos, con empatía y con solidaridad. Es, además, una relación mediada por el uso de una lengua común que dominan las partes que se relacionan o por la participación de un intérprete calificado. “Es una relación entre partes que reconocen el derecho que todas y todos tenemos a ser diversos, que valoran la diversidad como riqueza potencial, que están abiertos a la alteridad, que conocen su identidad y pueden manifestarla ante los otros, y reconocen la manifestación de la identidad de los demás.”<sup>12</sup>

**NO DISCRIMINACIÓN.** La no discriminación es un derecho humano básico, es decir, un derecho inherente a las personas, no exclusivo de los grupos en situación de vulnerabilidad. Hace referencia tanto a las acciones que anulan las libertades y derechos como a las limitaciones de acceso a oportunidades socialmente disponibles para el grueso de la población.<sup>13</sup>

**PARTICIPACIÓN.** Constituye una característica ineludible en el ámbito de los servicios específicos para adolescentes, ya que sólo mediante su participación es posible hacer coincidir sus intereses con los esfuerzos del sector salud para cuidar su salud sexual y reproductiva. Es, sin duda, el mecanismo más importante de todos para cerrar la brecha entre las necesidades de este grupo etario y la oferta de servicios, así como

---

<sup>12</sup> CONAPO (s/f).

<sup>13</sup> Véase Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2014).

para lograr que las beneficiarias y beneficiarios de éstos sean tratados seriamente como sujetos y no como objetos receptivos y pasivos de acciones que no reconocen como necesarias y que están lejos de sus expectativas.

**PERSPECTIVA DE GÉNERO.** El género es una categoría analítica que permite visibilizar las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres en un contexto dado y exponer la distribución social del poder, que en la mayoría de las culturas se manifiesta de manera asimétrica y jerárquica: lo masculino es valorado positivamente y lo femenino es devaluado y le está subordinado.

Los roles de género, culturalmente adscritos, hacen que algunas mujeres se apeguen a un modelo que las relega a un plano inferior en las relaciones sociales. Se espera de ellas que se muestren débiles, dependientes, pasivas y serviciales. En los hombres, por el contrario, se refuerzan los mensajes que les permiten verse como seres capaces, fuertes, independientes, inteligentes y activos, que les indican que a ellos corresponde controlar las relaciones sociales –tanto en la intimidad como en otros ámbitos– y que se vale ejercer la fuerza y la violencia para demostrar su superioridad. Estas influencias llevan a que las adolescentes, con mucha frecuencia, tengan un acceso más restringido a la información y un papel desigual y más pasivo al momento de tomar decisiones en relación con su sexualidad.

Nuestra cultura plantea normas diferentes para las y los adolescentes según sean hombres o mujeres, en cuanto a las formas en que deben expresar sus sentimientos, el momento esperado de su iniciación sexual y la responsabilidad de tomar medidas de protección si se tienen relaciones sexuales coitales. La reproducción, en muchos casos, sigue siendo una imposición, y aun habiendo anticonceptivos disponibles, su uso no es generalizado por no existir en las mujeres la convicción de que ellas son dueñas de su cuerpo. Asimismo, la negación del placer como un derecho –y más aún el placer que una mujer pudiera sentir– interfiere para que la sexualidad pueda asumirse fuera del ámbito reproductivo.

La perspectiva de género en el campo de la salud sexual y reproductiva muestra las inequidades entre mujeres y hombres, y permite, entre otros avances, realizar intervenciones que promuevan el empoderamiento de las mujeres, la equidad en

la toma de decisiones, la responsabilidad sobre la salud propia y la de la pareja, la corresponsabilidad de los hombres durante la gestación y en la crianza de los hijos. Esta nueva perspectiva también promueve la participación del hombre en la decisión de la interrupción de un embarazo no planeado, sin presiones ni imposiciones de ningún tipo hacia la mujer.<sup>14</sup>

**SALUD REPRODUCTIVA.** Con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994,<sup>15</sup> se dio un sólido sustento a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general, y de la vida de las personas durante todo su ciclo vital. El capítulo VII, *Derechos reproductivos y salud reproductiva*, explica:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” [...] La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual.

---

<sup>14</sup> ANDAR (2005).

<sup>15</sup> UNFPA (1994).

**SALUD SEXUAL.** Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.<sup>16</sup>

**SEXUALIDAD.** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana es,

un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida, y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.<sup>17</sup>

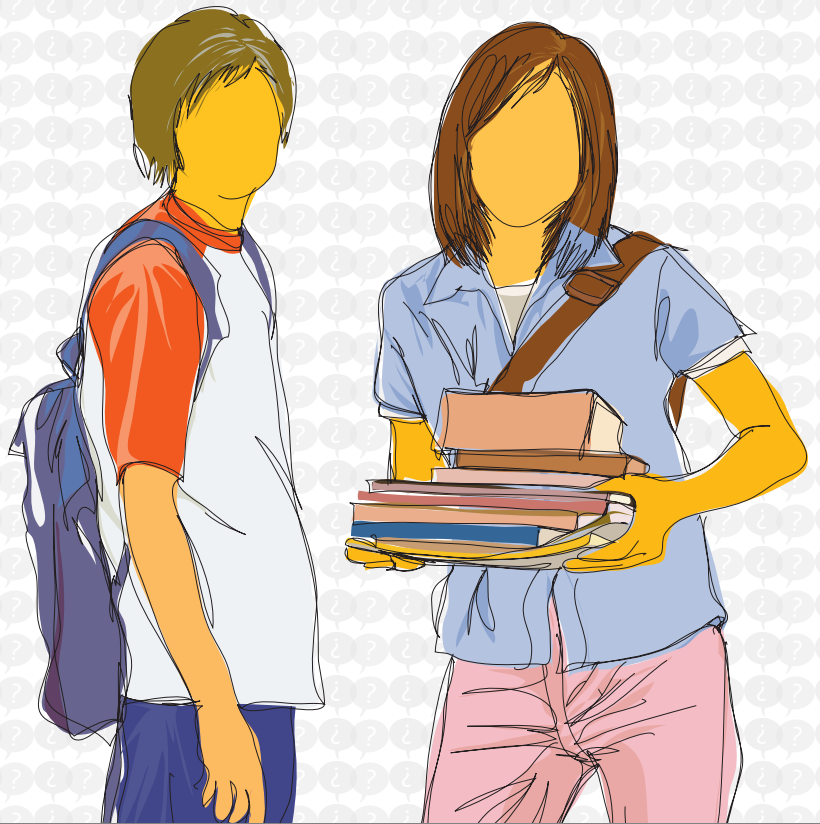
**SERVICIO AMIGABLE.** Es la atención en salud sexual y reproductiva que se brinda a la población adolescente y que incluye la oferta de un paquete básico de servicios. La interacción ocurre en un espacio que permite la privacidad y la confidencialidad. La atención es otorgada por personal capacitado y sensibilizado para un trato digno, empático, cordial, equitativo y respetuoso de los derechos humanos, que contribuye a la toma de decisiones informadas por parte de las usuarias y usuarios, quienes hacen uso de los servicios.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> OPS, OMS (2000).

<sup>17</sup> WHO (2006).

<sup>18</sup> PAESSRA (2013-2018).



**LAS Y LOS ADOLESCENTES**



## 2.1 PERSPECTIVAS Y ACOTACIONES

Por ser la adolescencia una etapa de la vida que todo ser humano transita, la mayor parte de la gente tiene alguna idea en cuanto a su significado y sus características. Sin embargo, antes de iniciar cualquier acción con ese sector poblacional, es preciso definir con claridad quiénes son esas personas a las que se van a ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva.

La adolescencia es una etapa del ciclo de vida en la cual se hace la transición de la niñez a la vida adulta. De acuerdo con el UNFPA, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se extiende de los 10 a los 19 años y se caracteriza porque en ella ocurren cambios intensos de orden físico, emocional, mental y social que a la vez inciden en la forma como se asume y vive la sexualidad.<sup>19</sup>

Es un periodo de continuos cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicosociales caracterizados por el aumento en los niveles de la autonomía individual, un mayor sentido de la identidad y de la autoestima y una independencia progresiva hacia la edad adulta.<sup>20</sup>

A medida que las niñas y niños llegan a la adolescencia y ganan experiencias de vida, tienen, cada vez más, una mayor capacidad para tomar decisiones importantes de manera independiente. Corresponde a la sociedad en su conjunto impulsar esta progresión hacia su autonomía adaptando las intervenciones para que estén acordes con su nivel de madurez, experiencia y desarrollo.

Es fundamental, entonces, que las y los adolescentes sean respetados durante todo el proceso de evolución de sus facultades, ya que se trata de un proceso paulatino, que conlleva la capacidad de formarse un juicio propio y que demanda el desarrollo de la habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin ser objeto de imposiciones o manipulaciones. Asimismo, es necesario respetar la capacidad de este grupo etario de comprender cuáles son las opciones disponibles, manifestar sus preferencias, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas que considere pertinentes.

---

<sup>19</sup> OMS, FNUAP, UNICEF (1999).

<sup>20</sup> Mitchel, K. et al. (2009).

El desarrollo de sus capacidades depende de la existencia de un entorno adecuado que les permita transitar satisfactoriamente la adolescencia, etapa durante la cual, además de adquirir nuevas capacidades, enfrentan situaciones que pueden propiciar su desarrollo o frenarlo, dependiendo de las condiciones de fortaleza o vulnerabilidad que tengan para hacer frente a los riesgos que acechan su salud y bienestar.

Millones de adolescentes, niñas y varones, sueñan con tener vidas plenas, felices y en condiciones de seguridad; no obstante, una vasta mayoría de ellos recibe escasa información fidedigna con respecto a cuestiones de sexo, sexualidad o género. Las consecuencias son bien conocidas: al carecer de acceso a una educación integral sobre sexualidad y a servicios de salud sexual y reproductiva, los jóvenes –especialmente las niñas– son más vulnerables a atroces problemas de salud reproductiva y sexual.<sup>21</sup>

La adolescencia es larga y, debido a que es un proceso que reviste especificidades y diferencias, se han hecho subdivisiones analíticas con el fin de atender las particularidades de crecimiento y desarrollo de las y los adolescentes. Si bien dichas subdivisiones pueden haber sido arbitrariamente definidas, lo cierto es que proporcionan un encuadre para facilitar la planeación y el impacto efectivo de los servicios amigables de atención integral a adolescentes, puesto que ayudan a diferenciar las acciones según las necesidades más características de cada subgrupo etario.

En la medida en que se logra caracterizar más adecuadamente a este grupo, crece la posibilidad de obtener una mejor comprensión de sus necesidades y de los medios para atenderlas. Obviamente, tal caracterización no puede ser exhaustiva. Puede, a lo sumo, trazar una silueta del grupo que se irá completando y adquiriendo rasgos específicos en las interacciones que el personal de salud establezca con estas personas.

Existen diversas acepciones de adolescencia, desde las convencionales planteadas por organismos internacionales basadas en un criterio cronológico, hasta las que hacen énfasis en cuestiones sociológicas y sostienen que la adolescencia es un concepto histórico y culturalmente construido en el que cada sociedad y cada sector social

---

<sup>21</sup> Consulta Mundial acerca de Educación sobre Sexualidad realizada en Bogotá, Colombia, en diciembre de 2010 citado en UNFPA (2011a).



regula los modelos y las formas de ser adolescente o joven, sobre la base de una moratoria social de que gozan estos grupos antes de asumir las implicaciones de la independencia de la vida adulta.

En sociedades como la mexicana, en donde se presenta una enorme heterogeneidad en las condiciones de vida de diversos grupos sociales, ocurre que la vida de jóvenes de comunidades indígenas sureñas del país –Chiapas, Guerrero y Oaxaca– entre 13 y 19 años, tiene poco que ver con lo que acontece a los jóvenes de un sector medio urbano metropolitano. Existen comunidades, como áreas rurales o zonas indígenas en México, que niños y niñas adquieren responsabilidades de adultos sin pasar por lo que se conoce convencionalmente como adolescencia. Pero no por ellos podemos afirmar que no existen los jóvenes y adolescentes rurales e indígenas, ya que cada sociedad organiza, de manera determinada, la transición de la infancia a la vida adulta, aun cuando las formas y contenidos sean muy variables.<sup>22</sup>

La definición cronológica, más ampliamente aceptada, establece la adolescencia como la etapa que comprende las edades entre los 10 y los 19 años, es decir, la segunda década de la vida. Tal periodo, a su vez, se divide en dos subetapas: adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).

Otras definiciones, que pretenden abarcar distintos aspectos además de la variable edad, han incorporado el concepto de proceso y describen a la adolescencia como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizado por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Desde esta acepción, la adolescencia es una realidad incluyente de todos los grupos –urbanos, rurales e indígenas– y su abordaje reconoce el papel que juega la cultura, el género, el nivel educativo, la familia, el entorno social y otros factores en el desarrollo de las y los adolescentes.

---

<sup>22</sup> Arillo, G. (2008).

### **2.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y ACCIONES POR PARTE DE LOS SERVICIOS AMIGABLES**

#### **2.2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA**

Durante esta etapa, situada entre los 10 y los 14 años, el y la adolescente se ajustan a los cambios puberales que de manera progresiva van llevando hacia el desarrollo de la capacidad reproductiva. Los cambios corporales generan curiosidad, y tanto ellos como ellas tienen interés en saber por qué ocurren y qué más va a suceder. También, en muchos casos, sienten la necesidad de reafirmar que los cambios que viven están dentro de los parámetros considerados “normales” y que nadie experimenta estos cambios de la misma forma ni en el mismo momento.

El aprendizaje del respeto a las diferencias encuentra en esta época múltiples ocasiones para reforzarse. En el terreno biológico, es importante que las personas de esta edad entiendan que las diferencias entre las mujeres y los hombres son algo natural y esperado; sin embargo, también hay que marcar la diferencia entre sexo y género. El abordaje de los temas de género desde temprana edad es una oportunidad para explorar nuevos papeles que enriquecen la acción e interacción entre mujeres y hombres, y ayuda a poner en entredicho muchas normas culturales que refuerzan la discriminación.

Los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes, al ser amigables, constituyen un lugar muy apropiado para que las y los adolescentes puedan informarse acerca de la anatomía y la fisiología de los aparatos genitales masculino y femenino, de la higiene, del desarrollo sexual y del ciclo menstrual y su relación con la fertilidad. Las explicaciones oportunas y claras permiten una mejor aceptación de la etapa que están viviendo, favorecen el interés por conocerse y cuidarse, y ayudan a desarrollar estilos de vida saludables y comportamientos sexuales responsables.

Por otra parte, los descubrimientos que van haciendo acerca de su propia persona, aunados a los cambios hormonales y las influencias del contexto social, les ayudan a explorar su cuerpo y sus sensaciones, y a encontrar una variedad de hechos y circunstancias que pueden constituir un estímulo sexual. Podrán notar que su capacidad de respuesta sexual tiene una cantidad enorme de variaciones y encontrar en el autoerotismo una fuente de placer.

Sin embargo, en ocasiones, la falta de una educación que disipe los temores y tabúes que rodean a las experiencias sexuales, provoca que éstas se vivan con culpa y miedo. Aclarar las dudas sobre este tema contribuye a que las y los adolescentes comprendan que la sexualidad se expresa de distintas maneras, que estas expresiones son placenteras y que han de vivirse de modo responsable, teniendo presente el respeto hacia la otra persona. Conviene, además, revisar con ellas y ellos que la respuesta sexual humana, en apariencia automática, es el resultado de una serie de aprendizajes culturales y de múltiples experiencias personales iniciadas en la niñez; que dicha respuesta depende de los códigos que mujeres y hombres poseen por influencia del ambiente y de su aprendizaje cultural; que al existir una doble moral sexual, las mujeres se han visto en mayor desventaja que los hombres para descifrar qué las estimula sexualmente y conocer las respuestas que pueden generarse.

Estos aprendizajes, a su vez, pueden tener como resultado una mejor comprensión de los derechos sexuales y reproductivos y un ejercicio reflexivo de éstos. Saberse y reconocerse como sujetos de derecho ayuda a las y los adolescentes a evitar las presiones grupales, a desarrollar la asertividad y a comunicarse más fácilmente en caso de estar viviendo alguna situación de abuso.

En esta etapa temprana de la adolescencia, mujeres y hombres buscan forjar una identidad propia y exploran nuevas formas de ser, pensar y comportarse; desarrollan nuevos intereses, reclaman una mayor independencia y autonomía, cuestionan lo que sucede en su entorno y dan mucha importancia a sus amistades; se enamoran por primera vez y se enfrentan a situaciones que pueden ocasionarles felicidad o tristeza.

Las maneras de experimentar los cambios ocurridos en la adolescencia son diversas; dependen de la perspectiva que el entorno social tiene frente a las y los adolescentes, de las opiniones y actitudes de la familia, amistades y maestros. Los cambios pueden constituir una oportunidad para disfrutar nuevas experiencias, pero, también, pueden ser motivo de conflicto y malestar, por lo cual es importante ayudarles a comprender y manejar sus emociones. Tal manejo involucra el reconocimiento de lo que sienten, la identificación de la situación, persona o hecho que las genera y el planteamiento de posibles opciones para enfrentarlas. El dominio y uso de esta habilidad constituye una herramienta para discernir adecuadamente situaciones que pueden comprometer su salud sexual y reproductiva.

Por razones culturales –o debido al propio crecimiento y desarrollo–, las y los adolescentes buscan “fuera de su casa” el apoyo y la comprensión que requieren. Depositán su confianza en amigos y amigas y en algunas figuras adultas sensibles a su situación. En este contexto, los servicios amigables pueden ser los aliados que les ayuden a comprender que la sexualidad está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y relaciones; que existen mitos y prejuicios sobre la sexualidad, ampliamente compartidos y carentes de fundamento; que las decisiones sexuales les pertenecen y que deben aprender a cuidar su salud sexual y reproductiva. La intervención del personal de salud puede ser decisiva en la adopción de prácticas saludables y en la concurrencia a los servicios.

Los cambios cognitivos que ellas y ellos experimentan durante la adolescencia temprana abren posibilidades nuevas de aprendizaje, puesto que desarrollan un pensamiento cada vez más abstracto y lógico y se vuelven más analíticos frente a la realidad, planteándose muchas preguntas sobre las causas y las consecuencias de distintos hechos. Esto les permite descubrir algunas relaciones lógicas y causales para anticipar situaciones futuras, prever las consecuencias que pueden tener sus actuaciones y, en este sentido, comprender que saber tomar decisiones es una habilidad de indiscutible importancia.

Teniendo en mente las características de esta etapa, el personal que presta los servicios de salud puede tener la certeza de que las y los adolescentes sí pueden expresar sus necesidades y entender las explicaciones que se les proporcionen, siempre y cuando éstas sean acordes con su edad, se ajusten a sus necesidades de información y tengan rigor científico.

Así, quienes están a cargo de la prestación de los servicios diferenciados y amigables de salud sexual y reproductiva, no deben dudar en informar con anticipación a las y los adolescentes sobre todo lo relativo a las relaciones sexuales y en darles a conocer las precauciones que pueden tomar para evitar consecuencias adversas, una vez que decidan tenerlas.

La autonomía que las y los adolescentes van logrando debe ir acompañada por la valoración de su capacidad de tomar decisiones y el respeto por sus nuevos intereses, formas de pensar y sentir, así como por su privacidad. Esto implica que las familias y personas que están a su alrededor apoyen su independencia y construyan nuevas

formas de relacionarse con ellas y ellos, escuchen sus necesidades y apoyen sus decisiones. Resulta claro que, para ser eficaces, las intervenciones deben ser integrales, comenzar tempranamente, incorporar a la familia y facilitar los vínculos con la escuela y otros servicios sociales.

Otro aspecto que se debe considerar es el hecho de que las y los adolescentes son sujetos en formación y, por lo tanto, las estrategias que aseguran sus oportunidades de desarrollo integral resultan más efectivas para el logro de los derechos y la salud sexual y reproductiva, así como para el ejercicio de una ciudadanía plena.

Para fortalecer su desarrollo, cualquiera que sea la etapa de la adolescencia en que estos individuos se encuentren, el UNFPA ha elaborado un marco de acción compuesto por cuatro llaves para guiar y afianzar el trabajo en pro del bienestar de las y los adolescentes. La segunda de estas llaves plantea lo siguiente:

El fortalecimiento de una educación basada en habilidades para la vida, que favorezca desde la niñez las potencialidades de hombres y mujeres para poner en práctica conocimientos, valores y actitudes, fundamentalmente relacionados con el ejercicio de su sexualidad y sus derechos. El desarrollo de habilidades incluye: las sociales (para las relaciones interpersonales, la comunicación, la empatía, la cooperación y el trabajo en equipo); de pensamiento (autocuidado, toma de decisiones, pensamiento crítico y creativo, elaboración de planes y metas) y de negociación (manejo y socialización de emociones y sentimientos, asertividad en la construcción de consensos, manejo de la presión de grupo). Un tratamiento igualitario y equitativo de niños y niñas es fundamental para la construcción de sexualidades sanas y enriquecedoras, que favorezcan relaciones positivas y constructivas entre los géneros. Es vital que la educación impulse herramientas pedagógicas para el empoderamiento de las niñas en el reconocimiento y ejercicio de sus derechos, así como la construcción de masculinidades en los niños, que estén basadas en el respeto a los derechos y la igualdad de hombres y mujeres.<sup>24</sup>

Entre los grupos adolescentes de menor edad, las oportunidades de interactuar con el personal de salud dentro de los servicios son escasas, y este espacio de orientación suele estar en manos del sector educativo –al menos para quienes acuden a algún

---

<sup>24</sup> UNFPA (2008).

centro escolar—. Sin embargo, cuando las y los adolescentes de menor edad dejan la escuela, se vuelven casi inaccesibles; viven en la periferia de las ciudades o en comunidades rurales alejadas de los servicios sociales y de salud. En el caso de las adolescentes que dejan la escuela, la situación es más grave pues carecen de espacios públicos seguros para reunirse y de redes de apoyo. “Son estas adolescentes las que presentan mayores probabilidades/mayor cantidad de hijos no planeados, que están expuestas a riesgos de salud para ellas y sus hijos así como a la falta de cuidados, abandono y maltratos”.<sup>25</sup>

Ante estos escenarios, los servicios amigables deben buscar estrategias en ámbitos diversos para llegar hasta donde están las y los adolescentes.

En los centros escolares, se debe trabajar en coordinación con su personal a fin de brindar, con carácter preventivo, la educación necesaria para que este grupo etario esté en las mejores condiciones para decidir de manera informada y responsable sobre su sexualidad, conozca sus derechos y esté enterado de los servicios de salud que puede requerir y solicitar. Asimismo, las escuelas deberán trabajar con los padres y las madres de familia para disipar dudas y temores acerca de los servicios de salud sexual y reproductiva, puesto que en numerosas ocasiones, habiendo servicios diferenciados, las y los adolescentes más jóvenes no acuden debido a que sus progenitores no se lo permiten.

### **2.2.2 ADOLESCENCIA TARDÍA**

En esta etapa, que va de los 15 a los 19 años, los cambios físicos tienen importancia en la configuración de la autoimagen y la autoestima. Como los cambios físicos y psicológicos transcurren rápidamente, las y los adolescentes, al comenzar esta etapa, pueden experimentar dificultades para modificar su imagen corporal en función de cómo se sienten y cómo se perciben. Esto puede generarles una sensación de extrañeza con respecto a su propio cuerpo y su ser. Por eso, muestran gran curiosidad por su apariencia, pasan mucho tiempo observándose en el espejo y se preocupan por saber cómo son percibidos y percibidas por las demás personas.

La manera como las y los adolescentes ven y valoran su apariencia física y su forma de ser está influida por los comentarios y opiniones de las personas de su entorno y los

---

<sup>25</sup> Gomes, C. (2007).

medios de comunicación. Si reconocen su crecimiento de manera positiva y respetuosa, pueden construir una imagen propia adecuada, y desarrollar una autoestima positiva. Sin embargo, si reciben mensajes negativos, su autoimagen y su autoestima podrán verse disminuidas. Al tomar en cuenta estas influencias, los servicios amigables pueden orientar el trabajo con adolescentes hacia el logro de su autoaceptación como seres únicos y hacia el desarrollo de una actitud crítica ante prácticas nocivas para la salud, promovidas en distintos medios como maneras efectivas de obtener la aceptación en el grupo social.

Para poder desarrollar una autoestima positiva, es necesario que las y los adolescentes vayan conociendo su propia manera de ser, sus cualidades y defectos, sus nuevas habilidades, capacidades e intereses en este momento particular de su desarrollo. También es importante que entiendan que están en un proceso de cambio, y que muchos atributos personales van a seguir desarrollándose en los próximos años. En la medida en que se conozcan mejor y obtengan reconocimiento por parte de las personas de su entorno, podrán valorar sus cualidades y sentirse orgullosos y orgullosos por ello. En este contexto, las posibilidades de participación que los servicios amigables les brinden, constituirán un espacio de crecimiento personal con un indudable beneficio social.

En este proceso de desarrollo bio-psico-social, la identidad de género –es decir, la manera como cada persona se define e identifica a sí misma como hombre o como mujer, apropiándose de las definiciones que una cultura y una sociedad determinada ofrecen o imponen– merece atención especial. La identidad de género es parte importante de cómo se define cada persona como ser humano único, y está relacionada con los roles de género y la expresión de la sexualidad. Los estereotipos de género llevan a las mujeres a un estado de “indefensión aprendida” y pasividad en relación con las decisiones que atañen a su vida. Los hombres, por su parte, aprenden a subvalorar a las mujeres y a comportarse de una manera impositiva e indiferente ante sus deseos y necesidades. Dichos estereotipos influyen de manera lamentable en las relaciones entre unas y otros y tienen efectos perjudiciales sobre la salud sexual y reproductiva. La desigualdad y la discriminación de género constituyen un obstáculo para la salud de las mujeres. En el caso particular de las adolescentes, las hace más vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección.

El trabajo de los servicios amigables a partir de una perspectiva de género es decisivo para ayudar a las y los adolescentes a reflexionar sobre estas pautas de conducta y cuestionarlas. La posibilidad de comprender que hay otras maneras posibles de pensar y de actuar, que los estereotipos de género son nocivos, que los derechos sexuales y reproductivos sólo pueden ejercerse en un marco de respeto y equidad, les ofrece una perspectiva de cambio.

En cuanto a los cambios sociales que ocurren en esta etapa, se observa el distanciamiento afectivo con respecto al padre y a la madre, y el frecuente conflicto en las relaciones intergeneracionales. Las y los adolescentes exploran diferentes modelos para expresarse y para ser reconocidos en la sociedad a la que pertenecen; buscan y establecen nuevos vínculos para obtener el reconocimiento social y cultural que en ocasiones dan por resultado acciones colectivas creativas y enriquecedoras, y en otras, prácticas riesgosas para su seguridad y bienestar.

Es frecuente que las y los adolescentes obtengan información imprecisa por parte de sus amistades, de los medios de comunicación, de Internet y de algunas personas adultas. Una tarea importante del profesional de salud en los servicios amigables consiste en brindar información exacta, con base en evidencia científica, de una manera clara y concisa. Si las y los adolescentes logran comprender una situación o tema podrán disipar dudas, temores y ansiedades, y tomar una decisión informada. Para ofrecer información exacta se requiere escuchar atentamente las inquietudes y necesidades expresadas por la o el adolescente.

En esta etapa, el grupo de amistades comienza a ser muy importante: se pasa de tener uno o dos mejores amigas o amigos a formar grupos más grandes. Al inicio, los grupos suelen estar constituidos por personas del mismo sexo. El grupo de amigas o amigos cumple un papel fundamental en el desarrollo de las y los adolescentes, ya que les permite reconocer sus habilidades, desarrollar nuevas destrezas, conocer sus cualidades y defectos, explorar nuevas formas de actuar, solucionar sus inquietudes y problemas, entre otros beneficios. Además, el grupo brinda un soporte afectivo, ya que es un espacio donde sus integrantes se sienten valorados, escuchados y comprendidos. La confianza en sus pares permite a las y los adolescentes compartir algunas inquietudes en relación con su desarrollo sexual, la atracción física y/o sexual y sus primeras experiencias de enamoramiento.



Los servicios amigables pueden apoyarse en este valor que el grupo tiene para las y los adolescentes. Al estar en condiciones de ofrecerles un espacio seguro para compartir y expresar sus inquietudes, el personal de salud podrá con más facilidad acercarse a ellas y ellos, ganar su confianza y atender mejor sus demandas. A la vez, este trabajo se verá enriquecido –y los resultados potenciados– en virtud de que el intercambio educativo entre adolescentes favorece su autonomía progresiva y su desarrollo saludable. Por otra parte, estos grupos pueden servir de puente entre los servicios de salud y adolescentes que aún no los frecuentan.

En la adolescencia, el desarrollo físico y sexual genera cambios en las expresiones de la sexualidad. Al inicio, las y los adolescentes suelen retraerse en sí mismos y se muestran menos expresivos con las personas de su entorno. Los cambios físicos hacen que la cercanía corporal pueda despertar ansiedades o temores. Sin embargo, conforme van desarrollando una autoimagen más clara y fortalecen su identidad, se da un mayor acercamiento con otras y otros adolescentes. En esta etapa experimentan atracción sexual hacia personas del mismo sexo o de otro, identifican más claramente cuál es el sexo que les atrae, tienen relaciones de pareja más íntimas y suelen iniciar relaciones sexuales.

En los servicios amigables, el personal de salud deberá indagar acerca de cualquier situación de discriminación que pueda estar viviendo alguna o algún adolescente debido a su orientación sexual, ante lo cual le brindará apoyo demostrándole respeto y aceptación.

En el caso de adolescentes que ya hayan iniciado relaciones sexuales, quien esté prestando el servicio habrá de revisar con ellas y ellos los factores de riesgo existentes y les brindará asesoría sobre las medidas que pueden tomar para minimizar la posibilidad de embarazos no planeados y prevenir la transmisión de ITS, incluido el VIH.

La decisión de tener relaciones sexuales es un derecho de las y los adolescentes, y la posibilidad de plantearlo abiertamente, sin tapujos ni falsos pudores, puede ayudarles a tener una vida sexual consciente y responsable, a buscar asesoría cuando lo requieran y a no sentirse que están “contra el mundo y que el mundo está en contra de ellas y ellos”. Sacar el tema de la clandestinidad en que ha permanecido por años les ayudará a plantearse de una manera desprejuiciada varios aspectos, como son:

*qué tan preparada o preparado estoy; qué más debo saber; qué puedo hacer en caso de...* entre otros.

Respecto a las relaciones sexuales, el personal de salud puede ayudar a cada adolescente a evaluar los siguientes aspectos:

- Si tiene la capacidad de decidir de manera autónoma y con responsabilidad.
- Si se siente con la preparación necesaria para tener relaciones sexuales y no está siendo objeto de presiones de parte de la pareja, las amistades, la familia, etc., para iniciarse sexualmente.
- Si posee la información adecuada sobre las relaciones sexuales y sus posibles consecuencias.
- Si conoce los medios de protección existentes, así como su forma de uso, para evitar la transmisión de ITS/VIH y para prevenir un embarazo no planeado.
- Si ha hablado con su pareja sobre los riesgos de tener relaciones sexuales, y si han decidido sobre las medidas de protección que usarán.
- Si ha comunicado a su pareja las experiencias sexuales previas, especialmente las relaciones de riesgo.
- En caso de que uno o ambos miembros de la pareja haya tenido experiencias sexuales de alto riesgo, determinar si se han realizado los chequeos médicos adecuados.
- Si ha platicado con su pareja sobre los temores, dudas o preocupaciones y el deseo de tener relaciones.
- Si conoce la atención que puede obtener en los servicios amigables para proteger la salud sexual y reproductiva y qué inconvenientes tendría para acudir.

Responder a las preguntas anteriores y disipar las dudas que puedan surgir demanda tiempo. Implica, además de obtener información, aclarar una serie de valores con respecto a la sexualidad, al género y al ejercicio de los derechos que no siempre son fáciles de dilucidar. Requiere, también, disponer de habilidades para tomar decisiones, comunicarlas con asertividad, negociar el uso del condón, hacer frente a las presiones y hacer valer los derechos.

El personal que presta los servicios también deberá considerar que, independientemente de la orientación sexual, las y los adolescentes suelen tener inquietudes sobre el amor, las expresiones de afecto y la sexualidad en las relaciones de pareja, sobre la forma de dialogar acerca de los sentimientos que les ocasiona tener o no relaciones sexuales, sobre las precauciones que deben tomar y otros asuntos relacionados. Un diálogo abierto, individual o grupal, permitirá al personal de salud dar asesoría sobre cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar en una relación de pareja; los patrones culturales que interfieren para que haya equidad y un trato respetuoso en las relaciones entre mujeres y hombres; los riesgos de diversas prácticas sexuales y cómo prevenirlos; habilidades para enfrentar las presiones de los pares, la pareja y/o los familiares; uso de opciones anticonceptivas existentes; prevención de ITS, VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); y formas de enfrentar el abuso sexual y la violencia.

Los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva pueden contribuir a que las y los adolescentes comprendan de qué manera las expectativas sobre mujeres y hombres en función de los roles de género menoscaban su salud y, en este sentido, pueden darles confianza para que resistan esos patrones de conducta. La perspectiva de género se puede aplicar en diversas situaciones, como las decisiones sobre el proyecto de vida, las relaciones de pareja y las decisiones sexuales y reproductivas.

Otra importante adquisición en esta etapa es el desarrollo del pensamiento lógico abstracto. Las y los adolescentes toman conciencia de la propia capacidad de pensar diferente y, si se les permite, expresan sus ideas con gusto y vehemencia. El acceso a información fidedigna les facilita el análisis de las ventajas y desventajas de cada decisión posible en el marco de un proyecto de vida.

Le llamamos proyecto de vida a todo aquello que tiene que ver con uno mismo, con lo que es y lo que quiere ser y hacer, pero sobre todo con aquello que deseamos para nuestro

futuro y que incluye los esfuerzos y la disposición para su construcción, así como los compromisos y la constancia para su logro.

El proyecto de vida es diferente en cada uno de nosotros, ya que tiene que ver con la historia de vida, las ilusiones y deseos así como con las expectativas que tenemos para nosotros mismos en el futuro.

De igual manera, los sueños son necesarios en la construcción del proyecto, pero para poderlos cumplir debemos enfocarnos en ellos y, fundamentalmente, poner la acción para que puedan convertirse en realidad. Nuestros proyectos pueden constituirse de muchos sueños, sin embargo, para poderlos llevar a un feliz término deberemos soñar en algo factible, es decir, ubicarlos en la realidad.

Por otro lado, los ideales también son fundamentales para la construcción del proyecto de vida, ya que se convierten en los principales motores que nos impulsan a alcanzar las metas que nos hemos propuesto.<sup>26</sup>

Hacia los últimos años de la adolescencia, se está en mayor capacidad de afianzar las opiniones propias, definir opciones y avanzar en el dominio de habilidades para la vida. Las y los adolescentes viven una etapa de búsqueda activa, de replanteamiento y consolidación de los intereses vocacionales. La situación de tener o no una pareja se posiciona en las inquietudes como una cuestión importante.

Esta etapa de la vida es un momento importante para que los servicios amigables refuercen la idea de la necesidad de un plan de vida y se revisen los elementos que ayudarían a lograrlo. Es el momento de alentar a las y los adolescentes a definir y hacer valer sus decisiones. De esta manera, la reflexión acerca de su proyecto de vida se coloca en el primer plano y, desde ahí, las y los adolescentes pueden entender mejor la importancia de las decisiones que toman y la relación que existe entre el logro de sus metas y el desarrollo de estilos de vida saludables. Un paso en falso, una concesión, una mala información, una aventura fugaz, una cándida ilusión, una acción realizada “cruzando los dedos” para que nada malo ocurra, son factores que –cada uno por sí solo– tienen la capacidad de afectar negativamente cualquier proyecto de vida.

---

<sup>26</sup> Instituto Aguascalentense de las Mujeres (s/f).

En este contexto, es muy importante que las y los adolescentes tengan el tiempo y los espacios para poder aclarar y analizar los factores que promueven una sexualidad sana, responsable y placentera. El personal de los servicios de salud puede propiciar encuentros para que ellas y ellos platicuen, abiertamente y con la frecuencia que requieran, sobre temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva. La actitud receptiva y propositiva del personal de salud ayudará a comprender la sexualidad como un espacio de desarrollo personal donde resulta esencial combinar responsabilidad, prevención y placer. Asimismo, estarán en mayor posibilidad de establecer relaciones de pareja basadas en el respeto, el amor y la igualdad.

El personal de los servicios amigables puede ayudar a las y los adolescentes a:

- Comprender que toda persona tiene derecho de elegir la manera de expresar su sexualidad, siempre y cuando no dañe su propia integridad o la de otras personas;
- Desarrollar una visión positiva de la sexualidad, valorando la posibilidad de disfrutar de sus relaciones con las personas, de manera autónoma y satisfactoria;
- Razonar que toda persona tiene el deber de respetar las decisiones sexuales de las otras; especialmente, cuando una dice que no desea un contacto físico;
- Descubrir que pueden expresar su sexualidad de múltiples maneras.

Si bien las y los adolescentes mayores pueden tomar decisiones de manera independiente –pueden trabajar, e incluso establecer una pareja más estable y formar una familia–, todavía necesitan de estructuras familiares y sociales que les ayuden a completar la transición hacia la juventud y la adultez.

Los servicios amigables pueden influir y ayudar a las y los adolescentes a protegerse y mejorar su salud actual, a comprender su sexualidad y sus necesidades de salud sexual y reproductiva, a responsabilizarse activamente y tomar decisiones informadas, apoyadas en orientaciones claras y oportunas. Dichos servicios no sólo ayudan, sino que son indispensables, para que las y los adolescentes puedan poner en práctica sus decisiones y materializarlas. En las unidades de salud se debe procurar que cada ocasión en que una o un adolescente acude se convierta en una oportunidad para

brindarle orientación acerca de su salud sexual y reproductiva y promover su asistencia frecuente a los servicios diferenciados en este ámbito de la salud.

En este sentido, es importante recordar que la información acerca de cómo proteger y cuidar la salud varía de un individuo a otro, y lo mismo sucede con el acceso a los servicios de salud y su uso.

Aparte de la información que promueve factores protectores de la salud integral, mediante los servicios específicos, también se detectan factores de riesgo relacionados con el embarazo temprano, la violencia sexual, el VIH y otras ITS, y se realizan intervenciones dirigidas a eliminarlos o reducirlos.

Las y los adolescentes no frecuentan los servicios de salud. En general, se considera que son personas sanas y que los servicios están para atender a gente con algún tipo de padecimiento. Por estos motivos, los servicios deben extenderse hacia los espacios comunitarios en los que se reúnen grupos adolescentes, identificar sus necesidades, promover su asistencia a los servicios amigables, orientarlos y proporcionarles la información y los medios para que eviten riesgos que experimentan en el ejercicio de su sexualidad.

Del mismo modo, en comunidades remotas donde hay adolescentes, inclusive en unión, que no han podido acceder a servicios de información ni de atención a su salud sexual y reproductiva, se les debe buscar e informar sobre los servicios disponibles y sobre el derecho que tienen de acceso a éstos.

### **2.3 ADOLESCENCIA: HETEROGENEIDAD Y PROCESO**

Además de ser un periodo constitutivo de la vida, la adolescencia es un proceso multidimensional y multidireccional que abarca al ser humano en su integralidad y sigue en cada individuo un ritmo y una dirección propios, según su trayecto y los factores socioeconómicos y culturales que lo rodean.

La población adolescente está lejos de constituir un conjunto homogéneo. La conforman mujeres y hombres, mayores unas/os que otras/os, con diversas orientaciones o preferencias sexuales, dependientes en mayor o menor medida, plenamente competentes para participar en amplias áreas de la vida social y asumir con responsabilidad y autonomía su vida y su sexualidad.

Al ser una etapa que se transita y no a la que se llega, puede esperarse que la capacidad para tomar decisiones importantes de quienes atraviesan por ella, aumente con la edad y la experiencia. Un signo de madurez de las y los adolescentes es su comprensión de la necesidad de proteger su salud sexual y reproductiva y su demanda de métodos anticonceptivos cuando tienen actividad sexual o están a punto de tenerla. Un signo de la madurez de la sociedad, es brindarles la información que requieren para adoptar decisiones de manera responsable.

#### **2.4 ADOLESCENTES Y TITULARIDAD DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Considerados inmaduros para tomar decisiones responsables en su vida sexual, las y los adolescentes han quedado excluidos de la información y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, las disposiciones constitucionales y legislativas mexicanas referentes a los derechos sexuales y reproductivos abarcan a todas las personas en edad reproductiva, es decir, incluyen también a este grupo.

Las y los adolescentes pueden disfrutar y ejercer de manera plena y legítima los derechos sexuales y reproductivos. El ejercicio de estos derechos debe estar basado en una información adecuada que propicie la mayor autonomía posible en las decisiones concernientes a estos ámbitos. Vivir la sexualidad de manera placentera y en libertad es parte del desarrollo de las facultades humanas de las personas adolescentes cuando tiene como base decisiones responsables y fundadas en información adecuada.<sup>27</sup>

#### **¿CUÁLES SON LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?**

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos universales. Su construcción conceptual ha sido impulsada desde la interdependencia que guardan con los derechos a la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas, ya reconocidos en las leyes nacionales y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos. En las últimas décadas, concretamente después de la CIPD, se ha procurado articular explícitamente el contenido de estos derechos con el resto de los derechos humanos. Esta labor está vigente y contribuye a que haya un mayor y mejor reconocimiento de que la salud sexual y reproductiva de todas las personas es un asunto de justicia social y que la salud plena de mujeres y hombres sólo se puede alcanzar desde una perspectiva integral, que tome en cuenta la defensa y protección de los derechos sexuales y reproductivos, como parte de los derechos humanos.

---

<sup>27</sup> ANDAR (2005).

Así, si se toma en consideración que el contenido de tales derechos está en proceso de construcción, se entiende mejor que existan varias declaraciones sobre este tema que ponen énfasis en algún grupo en particular: mujeres, personas con VIH, adolescentes, jóvenes, personas con alguna discapacidad, hombres, y otros. Sin embargo, en todas ellas subyace el mismo interés: visibilizar los derechos sexuales y reproductivos en contextos diversos para que sean reconocidos y respetados.<sup>28</sup>

La descripción que se presenta a continuación tiene dos cualidades útiles para la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, revisa cada uno de los dos grupos de derechos por separado y, por el otro, hace un desglose suficiente de los derechos que integran cada conjunto.<sup>29</sup>

### **LOS DERECHOS SEXUALES**

Los derechos sexuales comprenden la capacidad de mujeres y hombres de expresar y disfrutar de manera autónoma y responsable su sexualidad, sin riesgo de infecciones transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación. Los derechos sexuales permiten a los seres humanos construir y ejercer libremente múltiples identidades sexuales de acuerdo con sus intereses, convicciones y proyecto de vida, como requisito para la libertad.

Estos derechos se apoyan básicamente en los siguientes preceptos:

- La capacidad de hombres y mujeres de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias.
- La ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso.
- El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

---

<sup>28</sup> En relación con los derechos de los grupos de adolescentes, es pertinente mencionar que en México se cuenta con la Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes, respaldada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Red Democracia y Sexualidad (DEMYSEX), Equidad de Género, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), Salud Integral para la Mujer A. C. (SIPAM), Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual, A. C. (SISEX), Ave de México y 111 organizaciones más. Véase [www.cndh.org.mx/node/594](http://www.cndh.org.mx/node/594)

<sup>29</sup> Basado en Profamilia (2006).



- El reconocimiento de la independencia entre sexualidad y reproducción.

Los derechos sexuales incluyen, entre otros:

1. El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
2. El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
3. El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros, factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
4. El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
5. El derecho a escoger a las y/o los compañeros sexuales.
6. El derecho al pleno respeto por la integridad física y sus expresiones sexuales.
7. El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o no.
8. El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
9. El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.
10. El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
11. El derecho a protegerse del embarazo y de las ITS.
12. El derecho a tener acceso a servicios de calidad en salud sexual. Los criterios básicos de calidad son: buen trato, eficiencia, confidencialidad, accesibilidad geográfica y económica.
13. El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductivo femenino y el masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir por medio de las relaciones sexuales.

### **LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS**

Los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, regular la fecundidad y disponer de la información y los medios para ello. También incluyen el derecho de tener acceso a

servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y el tratamiento de dolencias del aparato reproductivo.

Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales:

- Autodeterminación reproductiva, entendida como el derecho básico de todas las personas a decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia.
- Atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos para la infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos y programas de atención de cáncer uterino, de mamas y de próstata.

Los derechos reproductivos incluyen específicamente los siguientes:

1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijas o hijos y su espaciamiento, y a disponer de la información, la educación y los medios para lograrlo.
2. El derecho de mujeres y hombres a decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser madres o padres.
3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
4. El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces.
5. El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, el trabajo o dentro de la familia.
6. El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, brindando así las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.
7. El derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar autonomía reproductiva.
8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades según los mejores estándares de calidad.

3



**ADOLESCENCIA - SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA**



### **3.1 CULTURA Y NEGACIÓN**

Las y los adolescentes deben ir familiarizándose con los cambios físicos y su nueva imagen corporal; tienen que ganar independencia y desarrollar intereses y relaciones que les abran nuevas posibilidades de interacción social. Es un proceso de varios años que reúne experiencias y necesidades muy diversas según el momento que se esté viviendo, y esto es muy importante cuando se piensa en servicios de salud sexual y reproductiva.

Las necesidades de una adolescente de 10 años que aún no ha tenido la menarquia difieren de las de una de 19 años que teme quedar embarazada. Del mismo modo, un adolescente de 11 años que ya quiere rasurarse tiene necesidades que no se comparan con las de uno de 18 años que cree que su pareja puede ofenderse si él propone usar condón. En esta etapa, las diferencias etarias son muy grandes y, por lo mismo, las necesidades de salud sexual y reproductiva varían de manera considerable.

A medida que las y los adolescentes avanzan en esta etapa, crece su interés por los aspectos sexuales, toman en consideración las relaciones sexuales, y la calidad de las decisiones que adoptan tienen un efecto importante en el rumbo de su vida.

Sus decisiones están influidas por el contexto en que han crecido y se desenvuelven; tienen el sello de su cultura y de la educación en sexualidad que hayan recibido. Muchas veces, una “educación sexual” parcial, errónea y prejuiciosa no les permite tomar decisiones bien informadas y fundamentadas. Con frecuencia, la autonomía cede el paso a las presiones, al azar, al desconocimiento y a señales que se consideran signos de madurez (por ejemplo, casarse, ser madre, adquirir alguna ITS, y otros).

También se da el caso de adolescentes que toman decisiones con base en hechos objetivos y con el fin de proteger la salud propia y la de su pareja, gracias a que tuvieron una educación sexual que contribuyó al desarrollo de saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad y de sus derechos.

Desafortunadamente, la primera situación es la más frecuente, y aunque el clamor social expresa que las y los adolescentes deben ser responsables en su vida sexual, lo cierto es que no resulta nada fácil desarrollar dicha responsabilidad, por una conjunción de factores que se alían en su contra.

Estas dificultades, personales o sociales, o ambas a la vez, tienen que ver con una concepción reduccionista de la sexualidad; con un doble estándar moral en cuanto a género y edad; con la incomodidad de un cuerpo cambiante que no se tiene permiso de hacer propio y que en la adolescencia, a veces, se percibe ajeno e inadecuado, según unos patrones de belleza estereotipada, y, en última instancia, con un mandato sociocultural que repudia y niega el deseo de la gente adolescente, especialmente el de las mujeres.

El ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes ha estado inmerso en el imaginario social como parte del *no deber ser* y ha “suscitado la oposición de grupos y/o individuos que se consideran autorizados para determinar lo que debe o no permitirse a estas personas”.<sup>30</sup>

No obstante, la sexualidad adolescente, a diferencia del acné, no se puede tapar ni controlar. Lo que sí se puede y se debe hacer es educar a este grupo.

#### **3.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES VINCULADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**<sup>31</sup>

En este apartado se identifican algunas actitudes, ideas y creencias características de la adolescencia que pueden influir en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de este grupo de población, en particular aquellas que tienen mayor relación con el embarazo y las ITS.

##### **a) Falta de conocimientos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.**

Si bien la información es sólo una parte de la EIS, lo cierto es que ésta es una base indispensable para que las personas puedan elegir con conocimiento de causa y actuar con responsabilidad. Al carecer de conocimientos suficientes con respecto al propio cuerpo, a la manera como ocurre la reproducción, a los métodos anticonceptivos disponibles, a la prevención de ITS y otros, las y los adolescentes no reúnen las condiciones para tener un cuidado efectivo de su salud sexual y reproductiva.

- **Sobre el propio cuerpo.** Una de las preocupaciones comunes de este grupo es saber si su desarrollo corporal es “normal”. Las preguntas de la población adolescente

---

<sup>30</sup> ANDAR (2005).

<sup>31</sup> Tomado de Rivera, G. y Arango, M.C. (1999).

expresan una necesidad de contar con mayor información al respecto, sobre todo para quienes se encuentran en la pubertad. Por ejemplo, no todas las púberes poseen la información suficiente acerca de la menstruación antes de que ésta se presente.

- **Acerca de la reproducción.** Para evitar un embarazo no planeado, se requiere tener conocimientos básicos sobre la manera como ocurre la reproducción, y sobre al menos un método para regular la fecundidad. La mayoría de las y los adolescentes posee un conocimiento muy limitado respecto a este tema, en especial, en lo relativo a la ubicación precisa del periodo fértil. Por lo regular, su información se limita a una serie de mitos e ideas erróneas sobre los días del ciclo reproductivo en los que es más probable que pueda producirse un embarazo.

- **Acerca de la metodología anticonceptiva.** Entre quienes están transitando por la adolescencia suele encontrarse alguna noción distorsionada sobre la forma de uso, el mecanismo de acción y los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. En más de una ocasión estas ideas se adquirieron de fuentes poco confiables: revistas populares, amistades, vecinos/as, etcétera. Por ejemplo, pueden saber que existen las pastillas anticonceptivas, pero desconocer cuándo se las deben empezar a tomar y qué hacer en caso de olvidar tomarla una o más veces.

- **Acerca de las infecciones de transmisión sexual.** El conocimiento de los signos y síntomas de estas infecciones, así como de la manera de prevenirlas, son elementos que sin duda intervienen en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de este grupo. La falta de conocimientos para identificar si se padece una ITS, aunada al hecho de que la autoexploración del cuerpo no es una práctica aprobada y extendida socialmente, obstaculiza la posibilidad de detectar estos padecimientos y recibir tratamiento.

**b) Sensación de invulnerabilidad frente al peligro.** En esta edad suele existir un sentido de omnipotencia e invulnerabilidad frente a los peligros, lo cual explica en parte los comportamientos de riesgo, como es el exponerse a accidentes y a situaciones violentas. En el terreno de la salud sexual y reproductiva, a pesar de conocer o enterarse de casos de personas que han vivido un embarazo no planeado o que padecen una ITS, la o el adolescente piensa que a ella o a él no le va a pasar. Esta sensación de invulnerabilidad dificulta la adopción de medidas preventivas, más aún cuando se combina con el uso de drogas y/o alcohol.

**c) Temores a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos y actitudes de rechazo hacia la toma de medicamentos.** Entre la población en general, pero en particular entre la adolescente, circulan ideas erróneas acerca de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, las cuales desalientan su empleo. Por ejemplo, que las pastillas ocasionan cáncer, que el dispositivo intrauterino se “encarna”, se “pega” en el bebé, se “pierde” en el interior del organismo, entre otras ideas. En lo que se refiere a los efectos secundarios de los métodos hormonales, vale la pena tener presente el peso que pueden tener las preocupaciones por los aspectos estéticos propias de la adolescencia. Algunas de las creencias que pueden impedir el uso de los métodos anticonceptivos modernos son la posibilidad de engordar, de que aparezca acné o manchas en la cara, o la idea de que “las hormonas” pueden interferir con el crecimiento. Por otra parte, entre adolescentes, más que en las personas adultas, con frecuencia se rechaza la toma de medicamentos, hay inconstancia para seguir los tratamientos y se tiene muy poca tolerancia a sus efectos colaterales.

**d) Fantasías asociadas al embarazo y la vida en pareja.** En la posibilidad de que ocurra un embarazo temprano pueden influir, entre otros factores, tres características del proceso adolescente: la búsqueda de identidad, la definición de un proyecto de vida y la necesidad de separarse de los padres. El embarazo en la adolescencia está asociado con la exigencia de resolver el conflicto que impone el abandono del cuerpo y la identidad infantiles. Dejar la niñez enfrenta a las personas a nuevas tareas y responsabilidades que implican tomar decisiones que no eran necesarias en la infancia o que anteriormente eran tomadas por los padres u otras figuras de autoridad. Definir un proyecto de vida personal puede generar angustia, y una forma de tratar de resolverla es por medio de la maternidad/paternidad. En otras palabras, convertirse en madre o padre significa, para algunas y algunos adolescentes, una alternativa ante la angustia que representa tener que decidir qué estudiar, a qué dedicarse, en qué trabajar, en qué ocupar el tiempo libre, por ejemplo. De igual manera, en el embarazo suelen depositarse expectativas de vida en pareja y de mayor libertad e independencia respecto de los padres y del núcleo familiar. Hay adolescentes que ven en el inicio de la vida en pareja una vía para la adquisición de mayor libertad (por ejemplo, en cuanto a horarios y actividades), y, en muchos casos, la única posibilidad de iniciar la vida en pareja es a partir de un embarazo. Es importante considerar que la motivación para evitar o postergar un embarazo dependerá en gran medida de las opciones de vida

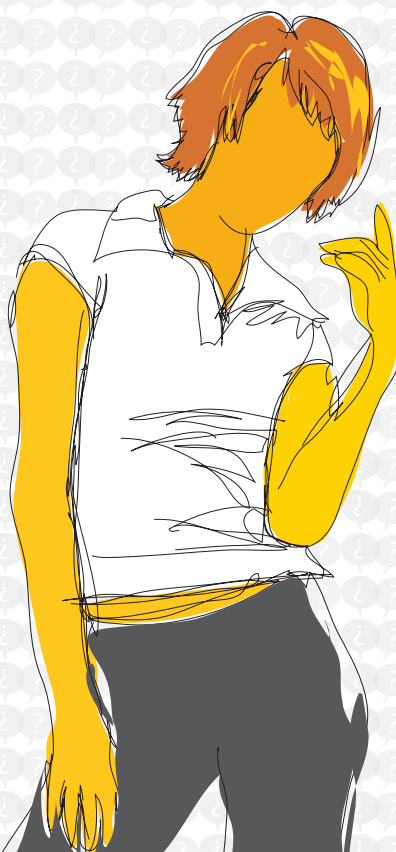


que se perciban y que se tengan en la realidad. Por ejemplo, si una adolescente puede acceder a grados más elevados de escolaridad y si esta perspectiva le es atractiva, probablemente perciba la posibilidad de un embarazo temprano como algo indeseable y esté dispuesta a llevar a cabo acciones para evitarlo.

**e) Sentimientos de culpa frente a las relaciones sexuales.** La falta de programación y la espontaneidad son elementos que pueden servir como “atenuantes” de la culpa frente al ejercicio sexual entre la población adolescente. Planear las relaciones sexuales puede ocasionar culpa si se considera que son algo censurable. El uso de algún método anticonceptivo implica cierto grado de premeditación, lo cual lo vuelve difícil de llevar a la práctica si el ejercicio de la sexualidad se percibe como algo indebido. La asociación del sexo con el concepto de pecado o con la transgresión de la norma se encuentra aún fuertemente arraigada, en especial si las relaciones sexuales se inician durante la adolescencia y fuera del matrimonio; más aún, si esto ocurre con la finalidad de obtener placer y desligado de la reproducción. En este contexto, las consecuencias indeseables de las relaciones sexuales, como un embarazo no planeado, un aborto inducido o el contagio de una infección, se pueden vivir como un castigo merecido; como la manera de expiar la culpa provocada por la realización de algo prohibido. Es importante que la y el adolescente perciban el ejercicio sexual como una práctica sobre la que se puede decidir y que se tiene el derecho de disfrutar, y no como algo que simplemente “ocurre”, o como un hecho que merece castigo.



4



**EDUCACIÓN INTEGRAL DE  
LA SEXUALIDAD**



#### **4.1 EVIDENCIAS**

En México, la población adolescente de 10-19 años de edad representa 20.2% de la población total.<sup>32</sup> En muchos ámbitos, este grupo etario constituye una población prioritaria, y también lo es en el de la salud sexual y reproductiva, dadas algunas características –biológicas, psicológicas y sociales– que lo colocan en situación de vulnerabilidad.

En la actualidad, son muy pocas las personas adolescentes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual, y este hecho las hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no planeado y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Sobre este particular, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), refiere que en 2012, a nivel mundial, sólo cerca de 30% de las personas jóvenes entre las edades de 15 y 24 años tenía conocimientos actualizados sobre las distintas formas de transmisión y prevención del VIH<sup>33</sup> y, a la vez, registra que los jóvenes constituían 40% del total de los nuevos adultos infectados por el VIH.

Por otra parte, algunos estudios nacionales –dispersos y de diverso alcance y metodología–, reseñados por Campero y colaboradores (2013),<sup>34</sup> acerca de los conocimientos de determinados grupos adolescentes sobre aspectos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, las ITS y el VIH/SIDA permiten establecer la carencia de una base de conocimientos que alimente los procesos de toma de decisiones de una manera informada.

Al respecto, estos mismos autores plantean que los indicadores de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes del país reflejan las consecuencias de una insuficiente educación sexual, puesto que,

a excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de

---

<sup>32</sup> INSP (2012).

<sup>33</sup> UNAIDS (2012).

<sup>34</sup> Campero, L. et al. (2013).

---

#### 4. EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD |

---

prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.<sup>35</sup>

También puede añadirse que existe una carencia de información basada en evidencia científica, relevante y actualizada, por lo que es urgente informar a las y los adolescentes. Al decir de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO):

Debemos decidir: o dejamos a los niños y niñas encontrar su propio camino en la nebulosa de información parcial, la desinformación y la explotación que podrían encontrar en los medios de comunicación, Internet, grupos de pares o personas inescrupulosas; o aceptamos la tarea de proporcionar una educación en sexualidad clara, informada, sustentada en hechos científicos e inspirada en los valores universales de respeto y derechos humanos.<sup>36</sup>

Para algunos individuos, la adolescencia puede estar marcada por una buena salud, circunstancias familiares estables, acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento y educación; sin embargo, para otros este periodo puede ser de alta vulnerabilidad por la pobreza, exclusiones, incorporación temprana a la vida laboral, estigmatización de la sexualidad, desconocimiento social de las y los adolescentes como titulares de derecho –especialmente en relación con los derechos sexuales y reproductivos–, falta de asistencia a la escuela, condiciones de violencia doméstica o pública y otras situaciones que erosionan las redes tradicionales de seguridad e incrementan su vulnerabilidad.

La heterogeneidad en normas y oportunidades existentes para este grupo poblacional en el país, propicia diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social. Las valoraciones culturales con respecto al género, los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo, el acceso a las tecnologías de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social y, en general, los determinantes sociales –educación, familia, empleo, migración–, se vinculan directamente con las necesidades educativas de los diversos segmentos de la población adolescente.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> UNESCO (2010).

<sup>37</sup> Campero, L. et al. (2013).

En esta perspectiva, la EIS para adolescentes debe adecuarse a cada contexto y contener información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y adecuada a su edad. También debe brindarles oportunidades estructuradas, dentro y fuera del sector educativo, que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones y para elegir de manera informada la forma como desean conducir su vida sexual.

La EIS puede tener un impacto positivo en las y los adolescentes antes de que inicien su actividad sexual, y, en el caso de quienes ya lo han hecho, puede contribuir no sólo a que adopten medidas de prevención de embarazos e ITS, sino a que haya respeto y equidad en estas relaciones y a que efectivamente las disfruten. Por otra parte, una educación efectiva en sexualidad representa un elemento vital en la prevención del VIH y es esencial para el cumplimiento de las metas de acceso universal a la salud reproductiva y a la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo ante el VIH.<sup>38</sup>

Diversos estudios de investigación, descritos por la UNESCO,<sup>39</sup> muestran que un programa efectivo debería tener la capacidad de:

- Reducir la información incorrecta.
- Aumentar el conocimiento y el manejo de información correcta.
- Clarificar y consolidar valores y actitudes positivas.
- Fortalecer las competencias necesarias para tomar decisiones fundamentadas y la capacidad de actuar en función de ellas.
- Mejorar las percepciones acerca de los grupos de pares y las normas sociales.
- Aumentar y mejorar la comunicación con padres, madres y otras personas adultas de confianza.

---

<sup>38</sup> UNAIDS (2012).

<sup>39</sup> UNESCO (2010).

Asimismo, investigaciones recientes, reseñadas por el UNFPA,<sup>40</sup> demuestran que los programas que comparten ciertas características de integralidad y ofrecen información basada en evidencia científica, pueden contribuir a:

- Retardar el inicio de la actividad sexual.
- Reducir la frecuencia de actividad sexual sin protección.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Fomentar el uso de métodos de protección contra el embarazo y las ITS durante el acto sexual.

### 4.2 CONCEPTO DE EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD

En la actualidad existen varios términos distintos que expresan conceptos similares acordes con una educación integral de la sexualidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la educación de la sexualidad en los siguientes términos:<sup>41</sup>

El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso.

Por su parte, la OMS señala:

La educación sexual debe buscar la promoción de la salud y el bienestar al igual que los derechos sexuales. Debe extenderse a todos los sectores, reconociendo que no todos los niños asisten a las escuelas. Se requieren abordajes diferentes en ámbitos distintos.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> UNFPA (2011a).

<sup>41</sup> Véase Rosas, F. et al. (1998).

<sup>42</sup> WHO (2006).



En la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”,<sup>43</sup> que se aprobó en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, 30 ministerios de salud y 26 ministerios de educación se comprometieron con la siguiente conceptualización de educación de la sexualidad:

La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

En síntesis, es posible afirmar que son varios los criterios que están generalmente presentes cuando se trata de la educación integral de la sexualidad, a saber:

- Está basada en la evidencia científica y ofrece información rigurosa, realista y sin juicios de valor.
- Se enmarca en los derechos humanos universales y en los derechos sexuales y reproductivos, con respeto por la pluralidad y la diferencia.
- Integra la perspectiva de género.
- Ocurre a lo largo del ciclo vital, adecuándose a las edades de los grupos y a los contextos de la educación formal y no formal.
- Fomenta conductas saludables y la conformación de entornos seguros para el aprendizaje.
- Promueve cambios de actitudes, conductas y valores sobre la sexualidad humana.

---

<sup>43</sup> SSA, SEP, SRE (2008).

---

#### 4. EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD |

---

- Ayuda, por medio del aprendizaje participativo, a que las personas aprehendan la información y refuercen sus habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de pensamiento crítico.
- Integra una visión global y positiva de la sexualidad humana que incluye el elemento del placer.
- Abarca múltiples dimensiones: físicas, psíquicas, sociales y culturales.
- Involucra a los grupos participantes en la planeación de las actividades a fin de considerar sus necesidades particulares y la heterogeneidad de cada colectivo.

Toma en cuenta que la adolescencia, por ejemplo, no es igual para todas las mujeres ni para todos los hombres. Las experiencias difieren según la familia y el estilo de vida individual, clase social, etnia, cultura, edad, preferencia sexual y creencias religiosas.

- Promueve la participación y el ejercicio de la ciudadanía.
- Establece vínculos con otros programas o iniciativas que promueven la igualdad y la equidad de género, los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva.
- Reúne un “conjunto de herramientas conceptuales, actitudinales, comunicativas y valorativas que permiten a las y los adolescentes tomar decisiones en relación con su sexualidad que se correspondan con lo que quieren, sueñan y esperan de su realidad, (...) y que impulse la consolidación de ciudadanos y ciudadanas que ejerzan todos sus derechos, entre ellos, los sexuales y reproductivos”.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Palacios, D. (2008).

5



**PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN  
ADOLESCENTE EN MÉXICO**



## 5.1 ACLARACIÓN PRELIMINAR

Este capítulo tiene la intención de presentar un panorama de los principales indicadores de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en el país, a fin de conocer el contexto en el que se inserta el Modelo.<sup>45</sup> Sin embargo, la información que aquí se consigna no es definitiva ni estará siempre vigente, puesto que las instituciones y las personas estudiosas de estos temas generan y publican nuevos datos periódicamente. Ante este panorama, es conveniente que se consulten de manera habitual fuentes como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)<sup>46</sup>, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)<sup>47</sup>, el Consejo Nacional de Población (CONAPO)<sup>48</sup> y el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)<sup>49</sup> para mantener actualizada la información sobre los indicadores antes referidos. Asimismo, es recomendable desagregar por sexo toda la información sobre adolescentes, para poder identificar necesidades y proponer acciones sensibles al género.

Cabe mencionar que la mayor parte del análisis se refiere a las mujeres adolescentes y jóvenes, dada su predominancia en las fuentes de información especializadas en temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Sin duda, es pertinente incluir a los hombres en los instrumentos de captación de información sobre estos fenómenos, para favorecer el análisis y el diseño de acciones construidas desde una perspectiva integral del tema.

Por otra parte, hay que remarcar que existe un problema en el registro de información que es generado por la diversidad de criterios de las instituciones del Sistema Nacional de Salud o las encuestas nacionales, que utilizan, por ejemplo, diferentes criterios para la edad de definición de la adolescencia o para las variables de seguimiento, lo que obstaculiza un proceso de evaluación que refleje el panorama nacional y permita la toma de decisiones.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> En el anexo I puede verse un resumen de los datos expuestos en este apartado.

<sup>46</sup> [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

<sup>47</sup> [www.insp.mx](http://www.insp.mx)

<sup>48</sup> [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

<sup>49</sup> [pda.salud.gob.mx/cubos/](http://pda.salud.gob.mx/cubos/)

<sup>50</sup> Campero, L. et al. (2013).

## **5.2 LA SITUACIÓN ACTUAL**

Considerando adolescentes a las personas que tienen entre 10 y 19 años de edad, las *Proyecciones de la población de México 2010-2050* del CONAPO (2012)<sup>51</sup> establecieron que para el año 2014 la población adolescente la integrarían 22,422,564 individuos, de los cuales 50.7% serían hombres y 49.3% serían mujeres.

Analizar el comportamiento sexual y reproductivo entre adolescentes y jóvenes resulta fundamental por, al menos, dos razones. La primera es que en estas etapas de la vida ocurren transiciones sumamente significativas (la primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo, así como el inicio de la trayectoria anticonceptiva). La segunda razón es la heterogeneidad de circunstancias en las que dichas transiciones ocurren, en ocasiones colocando a las y los adolescentes en situaciones de riesgo a experimentar consecuencias no esperadas ni deseadas de la vida sexual.<sup>52</sup>

El CONAPO (2010)<sup>53</sup> plantea, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID, 2009), que en México, aunque con algunas variaciones en el tiempo, el inicio de la vida sexual se encuentra estrechamente vinculado con el inicio de la trayectoria reproductiva, por lo regular dentro del marco de la primera unión. Existe evidencia que permite señalar una tendencia aún incipiente a disociar la actividad sexual de la reproductiva y, todavía más, de la vida conyugal. Sin embargo, en el conjunto de la población, ambos hechos siguen siendo muy cercanos en el tiempo y ocurren precisamente entre las etapas finales de la juventud y los primeros años de la adultez.

La información de la ENADID (2009) indicó que, en el caso de las mujeres de 15 a 19 años, la edad promedio del inicio de relaciones sexuales era 15.9 años; y la mediana, 15.4 años. Asimismo, también mostró que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual no es una práctica extendida entre la población adolescente mexicana. En 2009, sólo cuatro de cada diez mujeres entre 15 y 19 años utilizaron algún tipo de anticonceptivo en el primer encuentro sexual, el condón para hombres fue el más empleado, seguido de los hormonales orales. Datos recientes de la

---

<sup>51</sup> CONAPO (2012).

<sup>52</sup> CONAPO (2010).

<sup>53</sup> *Ibid.*

ENSANUT (2012), que incluye en su estudio a mujeres adolescentes entre los 12 y los 19 años, indica que una de cada tres adolescentes que tienen vida sexual activa no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y que casi 37% tampoco lo usó en su última relación sexual.

En cuanto a los hombres, esta misma fuente estableció que 15 de cada 100 adolescentes sexualmente activos no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y cerca de 17% tampoco lo hizo en su última relación sexual.

La tasa de fecundidad adolescente muestra una tendencia descendente a lo largo del tiempo, pero disminuye a menor velocidad que en otros grupos de edad. Según las *Proyecciones de la población de México 2010-2050* del CONAPO (2012),<sup>54</sup> la tasa global de fecundidad para México en 2015 será, en promedio, de 2.19 hijos por mujer. Asimismo, se estima que la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años en el mismo periodo será de 65.6 hijos por cada mil adolescentes, lo cual hablaría de una posible reducción, pequeña pero significativa, de la fecundidad adolescente en comparación con la registrada en 2010, que fue de 66.8.

En conjunto, 17.6% de los nacimientos ocurridos en 2012 en México corresponde a mujeres menores de 20 años, lo que da como resultado, aproximadamente, 400 mil nacimientos.<sup>55</sup> Es decir, prácticamente uno de cada cinco niños y niñas que nacen tiene como madre a una adolescente.

Dos aspectos llaman la atención al respecto. En primer lugar, es necesario destacar que a menor edad de la mujer en su primer embarazo, mayor es la probabilidad de que tenga más hijos a lo largo de su vida. En segundo lugar, debe mencionarse el frecuente carácter involuntario de la reproducción en la adolescencia que observó la ENADID (2009). Según esta fuente, se estimó que uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años no fue planeado, mientras que uno de cada diez tampoco fue deseado.

---

<sup>54</sup> CONAPO (2012).

<sup>55</sup> Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2012*. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. [http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std\\_nacimientos.html](http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html)

---

## 5. PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO

---

Lo anterior resulta más controvertido toda vez que este grupo de mujeres es el de menos acceso a métodos de anticoncepción, tanto para espaciar los embarazos como para evitarlos. Al respecto, el CONAPO (2011)<sup>56</sup> reportó un bajo uso de métodos anticonceptivos (44.4%) entre mujeres adolescentes unidas y una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA) de 24.8%. Es decir, una de cada cuatro adolescentes unidas que desea evitar o espaciar sus embarazos no tiene acceso a métodos de anticoncepción.

Esta cifra indica que las adolescentes encuentran diferentes obstáculos para ejercer una sexualidad libre de consecuencias no esperadas ni deseadas. Entre estas dificultades se encuentran razones tan variadas y complejas como la incapacidad de aplicar los conocimientos que se tienen sobre métodos anticonceptivos (90% conoce uno al menos<sup>57</sup>), la falta de acceso a éstos o el temor a efectos colaterales, miedo que frecuentemente se nutre de prejuicios y de la falta de una información basada en evidencia científica.

Esta situación se presenta de una manera más acentuada entre los grupos con menor escolaridad y hablantes de lenguas indígenas. Las mayores condiciones de vulnerabilidad en que están las adolescentes rurales e indígenas ameritan estrategias distintas a las que tienden a funcionar en el resto de la población.

Para la población adolescente, el embarazo en esta etapa de la vida implica enfrentar el abandono escolar, escasas oportunidades de desarrollo personal y difícil acceso a mejores condiciones de vida, situaciones que fortalecen la reproducción del círculo de la pobreza e incrementan el riesgo de sufrir violencia en cualquiera de sus expresiones. Es pertinente mencionar al respecto los siguientes datos:

- La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)<sup>58</sup> refiere que, en 2011, las mujeres unidas que tuvieron a su primer hijo en la adolescencia (15 a 19 años) experimentaron mayor violencia de su última pareja (49.7%) que aquellas que lo tuvieron a mayor edad (45.6%).

---

<sup>56</sup> CONAPO (2011).

<sup>57</sup> ENSANUT (2012).

<sup>58</sup> INEGI (2012).



- La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2009),<sup>59</sup> reportó que entre las mujeres mayores de 12 años y económicamente activas –es decir, que durante la semana anterior a la entrevista trabajaron o buscaron trabajo–, el embarazo, matrimonio y unión figura como la segunda causa de abandono escolar, después de la insuficiencia de dinero para pagar la escuela.

Cabe destacar también los riesgos para la salud que están implicados en los embarazos que ocurren en edades tempranas. Manifiesta el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CTESIODM):

Un aspecto importante en el análisis de la mortalidad materna es la edad de la mujer. En general, las mujeres jóvenes presentan menor riesgo de morir que las adultas, sin embargo, casi el 15 por ciento de las muertes maternas de 2011 ocurrieron en menores de 20 años; lo que se vincula en parte, a que los embarazos a esa edad transcurren en condiciones de alto riesgo.<sup>60</sup>

Según expertos de la OMS (2009a),<sup>61</sup> en comparación con mujeres de otras edades, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es de aproximadamente 50%.

Asimismo, los registros nacionales<sup>62</sup> indican que en 2012 la razón de mortalidad materna (RMM) en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años fue de 31.1 por cada 100 mil nacidos vivos en el país, y que para el grupo de 10 a 14 años fue de 18.9. Al respecto, el CTESIODM (2013), menciona que debe tenerse en consideración que el número de embarazos entre las adolescentes es cada vez mayor y, con ello, también es mayor el incremento del riesgo de fallecer por condiciones maternas.

En México, la mortalidad asociada con el parto representa la cuarta causa de muerte en este grupo etario; y el parto normal y la atención del aborto inseguro fueron las

---

<sup>59</sup> INEGI (2009).

<sup>60</sup> CTESIODM (2013).

<sup>61</sup> OMS (2009a).

<sup>62</sup> INEGI/SALUD, SINAIS: Defunciones de la población de México, 1990-2012. Disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/>

---

## 5. PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO

---

principales causas de egresos hospitalarios en mujeres de 10 a 19 años. Asimismo, la RMM por aborto de adolescentes de 15 a 19 años en 2012 fue de 2.8 por cada 100,000 nacidos vivos. En 2011, para este mismo grupo fue de 2.3.<sup>63</sup>

Investigaciones vigentes plantean que, en el mundo, más de 33% de las enfermedades que se presentan en la edad adulta y 60% de las causas de mortalidad de este grupo están asociadas con conductas de riesgo iniciadas en la adolescencia, entre las que destacan el tabaquismo, el consumo de alcohol y las prácticas sexuales inseguras. (González-Garza et al., citados en WHO, UNFPA, 2006).<sup>64</sup>

En lo que respecta a las ITS en México, los datos de la SSA<sup>65</sup> indican que en 2012, para el grupo de edad de 10 a 14 años, la infección más común es la producida por el virus del papiloma humano (VPH), con 36 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.32 por 100,000 habitantes de dichas edades. A esta infección le sigue el Chancro, con 23 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.20. Finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la Infección Gonocócica, con 20 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.18.

En el grupo etario de 15 a 19 años, la infección más frecuente es también la producida por el VPH, con 1,753 nuevos casos y una tasa de incidencia de 15.76 por 100,000 habitantes de dichas edades. Le sigue, en orden de frecuencia, la Infección Asintomática por VIH, con 361 casos y una tasa de 3.24 y, en tercer lugar, la Sífilis Adquirida, con 282 casos y una tasa de 2.53.

De la información anterior, sobresale la cifra de adolescentes asintomáticos con VIH. El dato pone de relieve la pertinencia de las actividades de difusión de información sobre los riesgos del VIH y su prevención –que se realizan desde los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes–, y la importancia de contrarrestar influencias culturales que impiden una apropiación de dicha información e incrementan la exposición al riesgo.

---

<sup>63</sup> Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos>.

<sup>64</sup> WHO, UNFPA (2006).

<sup>65</sup> SUIVE/DGE/Secretaría de Salud, 2012.

En relación con el SIDA, los sistemas de información de la Secretaría de Salud<sup>66</sup> tienen registrados 3,651 casos entre 1983 y 2013 en la población de 10 a 19 años de edad, y en el grupo de 15 a 19 años está 87% de esos casos. Del total, 33% corresponde a mujeres, por lo que vale la pena subrayar que

en muchos casos la falta de empoderamiento de las adolescentes mujeres tiene un impacto directo en su salud y bienestar, especialmente en su salud sexual y reproductiva. Con frecuencia, las normas sociales y culturales de género restringen el acceso a la información básica, prescriben un rol desigual y pasivo en las decisiones de la sexualidad y reproducción, disminuyen la autonomía y las expone a coerción sexual, aumentando el riesgo de infección por VIH y de violencia basada en el género.<sup>67</sup>

La situación anteriormente expuesta da cuenta de una manera breve de las diversas necesidades que los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes deben abordar. Aparte de las características e infraestructura de dichos servicios y de las capacidades técnicas y actitudinales del personal de salud, es fundamental diseñar estrategias diferenciadas para mujeres y hombres que incidan en las normas y estereotipos de género que afectan la salud, a fin de lograr el empoderamiento de las mujeres y el involucramiento de los hombres en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, especialmente en la prevención de los embarazos no planeados y del VIH y otras ITS.

Asimismo, las acciones de IEC deben adaptarse a cada contexto sociocultural y hacer esfuerzos especiales que consideren a la población rural e indígena. Esto implica involucrar de manera activa a las y los adolescentes para que, mediante su participación, los contenidos y los materiales logren la pertinencia necesaria y lleguen a los grupos adolescentes más desatendidos.

---

<sup>66</sup> SUIVE/DGE/Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Procesó: Dirección General de Epidemiología/SSA.

<sup>67</sup> OPS (2009).



6



**¿POR QUÉ INVERTIR EN LA SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES?**



Es imprescindible dar prioridad a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, puesto que será imposible lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) si no se invierten recursos y se toman medidas eficaces dirigidas a este grupo etario. Existe evidencia de la necesidad de incrementar la difusión de información y de educar en materia de salud sexual y reproductiva desde edades muy tempranas, así como de disponer en estas áreas de servicios de salud específicos para adolescentes, a fin de garantizarles el acceso a una salud integral, a una educación de calidad, oportuna y pertinente, y a una vida digna, y de esta manera aumentar sus posibilidades de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo.

El planteamiento de estas cuestiones desde una perspectiva de derechos humanos puede contribuir a profundizar el análisis y a identificar acciones eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que sobre la base de las normas jurídicas en materia de derechos humanos se haga todo lo que sea necesario para dismantelar las barreras que obstaculizan el acceso de las y los adolescentes a la salud sexual y reproductiva.<sup>68</sup>

En este contexto, toda inversión que propicie la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes tiene como base el respeto a los derechos humanos y constituye una condición ineludible para el logro de un futuro sostenible con dignidad para todos y todas, como se delinea en la nueva agenda internacional para el desarrollo y lo expresa el secretario general de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon:

Al acercarse el mundo a 2015, la fecha límite para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se ha iniciado un proceso de reflexión sobre el futuro del desarrollo mundial. La definición de la “agenda posterior a 2015” es una oportunidad para marcar el comienzo de una nueva era en el desarrollo internacional: una que logre erradicar la pobreza extrema y nos lleve a un mundo de paz, prosperidad, sostenibilidad, equidad y dignidad para todos.<sup>69</sup>

Las razones para invertir en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente están ampliamente fundamentadas y se relacionan, de manera particular, con los siguientes argumentos.

---

<sup>68</sup> Morlachetti, A. (2007).

<sup>69</sup> ONU (2013).

### 6.1 LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS ES UNA OBLIGACIÓN

“Un modesto precio para la dignidad humana y la equidad”.<sup>70</sup> En el marco de derechos humanos establecido y aceptado por la comunidad mundial, algunos derechos son particularmente pertinentes a los grupos adolescentes, entre ellos el derecho a la igualdad de género y los derechos a la educación –que incluye la educación integral de la sexualidad– y a la salud –que incluye la salud sexual y reproductiva–. También son importantes el derecho a la no discriminación, a la participación y a la toma de decisiones en todos los aspectos que se relacionan con su vida y su entorno, en un mundo libre de violencia y de pobreza. El potencial para el cambio y el desarrollo que tienen las personas adolescentes sólo puede materializarse si gozan de todos estos derechos. La promoción del ejercicio responsable de éstos debe prestar plena atención al fomento de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres adolescentes.

El respeto y la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes aumenta la probabilidad de que un día sean económicamente independientes, tomen decisiones sobre relaciones sexuales con conocimiento de causa, participen en los asuntos comunitarios y cívicos y estén mejor equipados para obtener un empleo productivo que les ayude a romper el círculo de la pobreza. Como personas adultas, contarán con una mejor preparación para gestionar los desafíos globales que enfrenta su generación.<sup>71</sup>

El tránsito seguro y exitoso de la adolescencia a la edad adulta es el derecho de toda niña y niño. Este derecho sólo puede cumplirse si las familias y las sociedades hacen inversiones focalizadas y proporcionan las oportunidades para asegurar que las y los adolescentes logren desarrollar progresivamente los conocimientos, las habilidades y la resiliencia necesarios para una vida sana, productiva y satisfactoria. Las inversiones para atender las necesidades de las y los adolescentes de hoy son del interés general y es responsabilidad de todos: familias, líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales, gobiernos, sector privado, comunidad internacional, y otros por igual.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> UNFPA (2005a).

<sup>71</sup> UNICEF (2011).

<sup>72</sup> UNFPA (2013a).



Según Thoraya Obaid, exdirectora ejecutiva del UNFPA,

un mundo adaptado a los adolescentes y jóvenes es un mundo en el cual sus derechos son promovidos y protegidos. Es un mundo donde los jóvenes y las jóvenes tienen iguales y óptimas oportunidades para desarrollar sus plenos potenciales, para expresarse libremente por sí mismos y ver sus opiniones respetadas, y para vivir libres de la pobreza, de la discriminación y de la violencia.<sup>73</sup>

## **6.2 LA COYUNTURA DEMOGRÁFICA ACTUAL ES UNA GRAN OPORTUNIDAD PARA IMPULSAR EL DESARROLLO**

La mayor generación de adolescentes registrada en la historia de la humanidad se está preparando para ingresar en la juventud y la vida adulta, en un mundo globalizado que cambia con rapidez. Su nivel educacional, su estado de salud, su disposición a asumir papeles de mayor alcance y responsabilidad, dependen del apoyo que reciben de su familia, su comunidad y el gobierno; tales apoyos determinarán su futuro y el del país.<sup>74</sup> En naciones como México, “el periodo en que podrán contar con una amplia población activa de personas jóvenes para impulsar el desarrollo puede ser efímero y es preciso que los gobiernos y las entidades del sector privado no titubeen en actuar sin tardanza y preparen a las y los jóvenes a fin de que asuman sus papeles productivos”.<sup>75</sup> Tal periodo, llamado bono demográfico, constituye una ventana de oportunidades para aprovechar la inversión en capital humano, lo que implica mejorar desde ahora y seguir mejorando sus oportunidades de educación y empleo, que no son ajenas a sus opciones reproductivas y de planes de vida. “Al invertir en las necesidades de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes la futura población económicamente activa estará sana y esto fortalecerá la economía”.<sup>76</sup>

De acuerdo con el Marco de Acción del UNFPA para Guiar y Fortalecer el Trabajo en pro del Bienestar de los y las Adolescentes,<sup>77</sup> invertir en programas y servicios que contribuyen a retrasar la edad de unión y el primer embarazo y nacimiento tienen un impacto directo en la salud reproductiva y en la dinámica de la población. Debido a que la actual generación de adolescentes supera en número a la que la antecede y a la que

---

<sup>73</sup> UNFPA (2008).

<sup>74</sup> UNFPA (2003).

<sup>75</sup> UNFPA (2011a).

<sup>76</sup> Gribble, J. (2010).

<sup>77</sup> UNFPA (2007a).

le sigue, la inversión en servicios sociales para las y los adolescentes augura el acceso a una mejor educación, la posibilidad de un retraso en la edad en que formen una familia y un acceso más justo al trabajo remunerado. Dicha generación estará mejor preparada que sus progenitores para enfrentar la pobreza.

La inversión en las personas más jóvenes, permite a éstas, conseguir habilidades importantes para el desarrollo social y las ubica en una posición en la cual han de ser consideradas como valores y no como problemas, en escenarios en los que confluyen compromisos sociales diversos.

Debe tomarse en cuenta, también, que este tipo de inversiones es esencial para lograr las aspiraciones del mundo, según lo expresado en los ODM y en otros marcos de desarrollo posterior a 2015, en los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y en nuestra búsqueda común de la paz y la seguridad.<sup>78</sup>

### **6.3 LA ADOLESCENCIA ES UNA ÉPOCA QUE COMBINA RIESGOS Y OPORTUNIDADES**

Ofrecer a los grupos adolescentes información suficiente, oportunidades, recursos y apoyos que orienten sus decisiones en aspectos sexuales y reproductivos tiene un carácter estratégico. Las opciones que eligen las y los adolescentes, las metas que se plantean y las oportunidades que se les ofrecen no son simplemente preparatorias; al contrario, constituyen una parte significativa e importante de su vida. Las decisiones que toman en la adolescencia pueden determinar su ubicación en derroteros que les resulten benéficos o perjudiciales, tanto a ellas y ellos, como a su familia y a su comunidad.<sup>79</sup>

Por otra parte, el inicio de la vida sexual durante la adolescencia puede conducir a situaciones favorables o contraproducentes para el desarrollo afectivo y social de los individuos. En gran medida, el resultado depende de la educación de cada miembro de la pareja, la equidad de género en las decisiones, las precauciones tomadas para evitar consecuencias no esperadas ni deseadas –como el embarazo o la transmisión de infecciones de tipo sexual– y la existencia de condiciones necesarias para que la experiencia pueda ser placentera.<sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> UNFPA (2013a).

<sup>79</sup> UNFPA (2003).

<sup>80</sup> CONAPO (2010).

Una transición exitosa a la edad adulta necesita capacidades y condiciones para estructurar un pensamiento crítico, y también el desarrollo de habilidades sociales y de negociación para reaccionar ante experiencias de vida –positivas y negativas– y, en consecuencia, tomar decisiones y resolver dilemas de la vida diaria, incluyendo la vivencia cotidiana de la sexualidad.<sup>81</sup>

Cuando se enseña a los grupos adolescentes destrezas para la vida (como adquirir conceptos básicos de salud sexual y reproductiva, aprender a tomar decisiones, desarrollar la estima personal, ser autoeficaces y saber comunicarse), aumentan sus probabilidades de posponer el matrimonio y usar los servicios de salud que les permiten tanto a ellos y ellas como a su familia mantenerse más sanos.<sup>82</sup>

La salud sexual y reproductiva y el disfrute pleno de los derechos humanos asociados se encuentran en el corazón mismo de la transición de las y los adolescentes a la edad adulta: juegan una parte vital en la identidad, la salud, el bienestar y la realización personal a lo largo de su vida. Las opciones y las decisiones que ellas y ellos toman hoy en día –o se ven obligados a tomar por otros– sobre su sexualidad, las relaciones de pareja, el matrimonio y la maternidad influyen de manera crítica en su posibilidad de aprovechar al máximo las oportunidades de educación, empleo y participación política.

Al respecto, Babatunde Osotimehin, director ejecutivo del UNFPA, sostiene que la inversión en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, especialmente de las mujeres púberes, es crucial para poder mejorar la vida de las personas y el bienestar de su sociedad.<sup>83</sup>

#### **6.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ES PARTE DE LA SALUD INTEGRAL**

Para ejercer el derecho a la salud, las y los adolescentes deben tener acceso a información y a servicios apropiados para su edad, sus capacidades y sus circunstancias.<sup>84</sup> La salud sexual y reproductiva es un componente esencial del potencial de estos individuos de tornarse en miembros equilibrados, responsables y productivos de la sociedad.<sup>85</sup>

---

<sup>81</sup> UNFPA (2007a).

<sup>82</sup> Gribble, J. (2010).

<sup>83</sup> UNFPA (2013a).

<sup>84</sup> UNFPA (2005a).

<sup>85</sup> ONU (2002).

El Programa de Acción de la CIPD plantea que:

“Se deberían preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes que entrañen la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios”. Asimismo, establece que “se deberían elaborar programas innovadores para que todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. (...) Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual”.<sup>86</sup>

Las inversiones insuficientes para prevenir embarazos no planeados, abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual –incluido el VIH–, violencia de género, y asegurar el acceso a servicios de atención médica apropiados, restringen las oportunidades y exponen a las y los adolescentes a riesgos innecesarios, mientras que las inversiones suficientes pueden arrojar utilidades copiosas.<sup>87</sup>

El acceso a un paquete esencial de servicios de salud sexual y reproductiva y de insumos que incluyan, por lo menos, la disponibilidad y el acceso universal a anticonceptivos, a la prevención del VIH y a los servicios de salud materna, acompañados con procesos de asesoría y consejería adecuados a las necesidades y expectativas de las y los adolescentes, es una inversión con efectos positivos sobre este sector de población y beneficios para su familia y la sociedad en su conjunto. El compromiso por hacer de los servicios de salud espacios amigables para adolescentes debe ser impulsado por las instituciones del Estado, como garante de los derechos sexuales y reproductivos, y por la propia población adolescente como titular de estos derechos.<sup>88</sup>

Adolescentes sanas/os, en los aspectos sexual y reproductivo, pueden acceder a un mayor bienestar en otros ámbitos. La educación integral de la sexualidad basada en un enfoque de

---

<sup>86</sup> UNFPA (1994).

<sup>87</sup> UNFPA (2003).

<sup>88</sup> UNFPA (2007a).

género y habilidades para la vida y el acceso universal a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, brinda oportunidades a los y a las adolescentes para decidir de manera responsable sobre su sexualidad, y contar con los medios adecuados para reducir los embarazos no planeados y la expansión del VIH pero también para que puedan desarrollarse como ciudadanos y ciudadanas en todos los aspectos de su vida y contribuir al desarrollo de sus países.<sup>89</sup>

Así, la educación integral de la sexualidad posibilita una mejor inserción social en la etapa adulta, ya que elimina riesgos que pueden impedir a las y los adolescentes desarrollar sus capacidades durante esta etapa de su vida.<sup>90</sup>

### **6.5 EL COMBATE A INEQUIDADES ETARIAS EN GÉNERO Y SALUD BENEFICIA A LAS ADOLESCENTES Y SU ENTORNO**

La exclusión que enfrentan las mujeres adolescentes afecta su bienestar y su salud, restringe el desarrollo de su potencial humano y el ejercicio de sus derechos y frena su participación social. La desatención de su salud sexual y reproductiva puede ser la continuación de una espiral de privaciones y marginación que dure toda su vida.

Las desigualdades sociales existentes se reflejan de manera contundente en la salud sexual y reproductiva de los grupos de mujeres adolescentes más desfavorecidos. La falta de acceso a educación, insumos y servicios de salud sexual y reproductiva impide su empoderamiento y las vuelve vulnerables frente a las relaciones sexuales, los embarazos a una edad temprana, los partos, los abortos inseguros, la violencia, las ITS y el VIH. Las desigualdades etarias y de género se observan en las condiciones de la salud materna entre las adolescentes: las probabilidades de perder la vida por causas relativas al embarazo entre las que tienen de 15 a 19 años de edad son el doble de las que afectan a las mujeres entre 20 y 29 años; y para las menores de 15 años, cinco veces superiores.<sup>91</sup> Además de las cuestiones biológicas se suman otros aspectos como los relacionados con el contexto social en el que estos embarazos suceden (dentro de relaciones poco estables o en relaciones violentas).

---

<sup>89</sup> Suazo, M. (2009).

<sup>90</sup> UNICEF (2011).

<sup>91</sup> WHO, UNFPA (2006).

Por otra parte, las normas de género socialmente arraigadas pueden limitar el control de las adolescentes sobre su vida sexual y reproductiva haciéndolas especialmente vulnerables a los riesgos que conllevan las actividades sexuales sin protección.

La mayor parte de las adolescentes tienen escasas oportunidades de tomar decisiones en su hogar y en el medio en que se desarrollan, y a menudo carecen de control sobre las propias opciones de vida. Estas situaciones de subordinación las afectan en diversos planos: su preparación es limitada, su inserción laboral ocurre en desventaja, su salud está más expuesta a riesgos y su contribución social suele verse disminuida o ser invisible. Si se subvierten estas inequidades de género y etarias, los beneficios se podrán ver en el corto y el largo plazo y se extenderán al conjunto del entorno en que interactúen las que logren empoderarse. “Un mejor estado de salud de los y las adolescentes incrementa los índices de matrícula y permanencia en los centros de enseñanza, mejora el rendimiento cognitivo y se traduce en una mayor productividad y participación en la toma de decisiones dentro de su sociedad”.<sup>92</sup>

### **6.6 LA DESATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ES UN FACTOR DE REPRODUCCIÓN DE LA POBREZA**

Si la definición de pobreza no sólo incluye la falta de ingresos, sino bajos niveles de educación y de salud, insuficiente voz política y social, y falta de poder, entonces las personas jóvenes, incluidos los y las adolescentes, son el grupo más desfavorecido de la población mundial.<sup>93</sup> Los grupos más pobres y en condiciones de mayor vulnerabilidad son a menudo los que pertenecen a las minorías indígenas y étnicas, los que viven en hogares encabezados por mujeres y/o los que viven en comunidades rurales. El bienestar de las mujeres adolescentes es vital para el desarrollo económico y social.<sup>94</sup> Las decisiones que tomen las mujeres adolescentes de esta generación definirán su vida, y también la de los niños y las niñas de las generaciones futuras. “Que hoy los países se ocupen de la salud sexual y reproductiva, la educación y el empoderamiento de las adolescentes significa que ellas adquieran herramientas que puedan reinvertir de vuelta en su familia, comunidad y sociedad”.<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup> Burt, M. (1998).

<sup>93</sup> Banco Mundial citado en Roses, M. (s/f).

<sup>94</sup> Levine, R. et al. (2008).

<sup>95</sup> OPS (2009).

El estado de salud reproductiva de una madre tiene efectos sobre la vida de sus hijos e hijas, incluida la salud. Los bebés de adolescentes presentan un mayor riesgo de insuficiencia ponderal y muerte.<sup>96</sup> Asimismo, el riesgo asociado al embarazo a edades tempranas es mayor que en cualquier otro grupo etario, como ya se mencionó.

En adición a lo anterior, es importante resaltar que varios estudios muestran la relación entre el embarazo adolescente y la transmisión intergeneracional de la pobreza.<sup>97</sup> Es decir, los hijos e hijas de una madre adolescente (con más dificultades para culminar sus estudios o realizarlos satisfactoriamente y con menor capacidad de aportar a la canasta familiar) tienen más probabilidades de permanecer en similares condiciones de pobreza.

Los beneficios de postergar la edad de unión y de procreación en las adolescentes exceden largamente el costo humano de un embarazo no planeado a esa edad.<sup>98</sup> Es preciso brindar a las y los adolescentes información y servicios que los faculten para considerar opciones responsables y saludables en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Las inversiones en el bienestar de esta generación de adolescentes y las medidas para asegurar su participación arrojarán beneficios a lo largo de muchas generaciones en el futuro.<sup>99</sup>

En este contexto, toda inversión que conduzca a la formación de adolescentes y jóvenes educados, comprometidos, saludables y productivos puede ayudar a romper el círculo multigeneracional de la pobreza y hacer que, como ciudadanos y ciudadanas con la debida capacitación e información, ellos y ellas puedan contribuir eficazmente al fortalecimiento de su comunidad y de su nación.<sup>100</sup>

### **6.7 LA PREVENCIÓN PUEDE EVITAR AFECCIONES GRAVES A LA SALUD Y REDUCIR EL GASTO GENERADO EN ATENDERLAS**

Las acciones encaminadas a la prevención son más efectivas cuando se dirigen a adolescentes. Si se realizan de manera oportuna, pueden ayudar a evitar situaciones graves que comprometen la salud; muertes prematuras por complicaciones de un

<sup>96</sup> UNFPA (2005a), Martínez, R. y Fernández, A. (2006) y OMS (2011).

<sup>97</sup> UNFPA (2013), Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2011), Rodríguez-Vignoli, J. (2008) y ONU (2007).

<sup>98</sup> UNICEF (2011).

<sup>99</sup> Singh, S. et al. (2009).

<sup>100</sup> UNFPA (2013a).

embarazo demasiado temprano o un aborto en condiciones de riesgo e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, que ocurren con mucha mayor frecuencia en esta edad. Además, toda contribución que se haga para apoyar la toma de decisiones informadas también implica aprender a evaluar los riesgos de ciertas prácticas y, muy seguramente, a evitarlas o modificarlas cuando representan algún daño. Independientemente del ahorro que supone la prevención, se debe recordar que el goce del grado máximo de salud es un derecho humano de las y los adolescentes.

El empoderamiento y el progreso de las niñas y adolescentes es fundamental para eliminar las desigualdades. Invertir en su educación, salud y participación, y garantizar sus derechos –incluidos sexuales y reproductivos– es una vía más expedita hacia el desarrollo y el crecimiento económico inclusivo.

Al emprender acciones concertadas e integrales para abordar los retos que enfrenta este grupo etario, los gobiernos pueden dar cumplimiento a sus compromisos y alcanzar las metas internacionales de desarrollo, además de otorgar más esperanzas a la mayor generación de adolescentes que haya existido.

Las y los adolescentes de hoy tienen diversas experiencias, habida cuenta de las diferentes realidades políticas, económicas, sociales y culturales existentes en sus comunidades. No obstante, hay en las vidas de todos ellos un factor común: la esperanza de un futuro mejor.<sup>101</sup>

Esta esperanza es reforzada al invertir en la salud sexual y reproductiva de este grupo y contribuye a lograr los ODM de promover la equidad de género, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA.

Por otra parte, la inversión social en este grupo protege las inversiones efectuadas en la niñez, facilita la productividad y el crecimiento económico y vela por la salud de la futura población adulta.<sup>102</sup>

---

<sup>101</sup> UNFPA (2003).

<sup>102</sup> OPS (2008).



### **6.8 LA ADOLESCENCIA TEMPRANA NO PUEDE SER DESCARRILADA POR LA MATERNIDAD**

De acuerdo a la publicación Maternidad en la niñez 2013, el efecto que se genera de una adolescente en etapa temprana que se convierte en madre, puede repercutir en su hijo, modificando el ciclo intergeneracional en forma negativa.

Cuando una niña queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia.<sup>103</sup>

Tal aseveración tiene varias implicaciones que apuntalan la necesidad de invertir en la salud sexual y reproductiva de este grupo y de promover algunos cambios culturales que sirvan para mejorar su salud sexual y reproductiva.

Es necesario, por una parte, hacer un abordaje especial de las necesidades de las niñas y de las adolescentes más jóvenes –particularmente las de menos de 14 años–, puesto que en esas edades el embarazo no es el resultado de una decisión deliberada, sino consecuencia de la ausencia de poder de decisión y de circunstancias que están fuera de su control. El embarazo a temprana edad refleja las situaciones de desigualdad y de pobreza de las niñas, y en muchas ocasiones es el resultado de la violencia y la coacción sexual que ejercen compañeros, familiares, parejas y comunidades.

También, es de primordial importancia la instrumentación de programas de prevención y empoderamiento diferenciados para las niñas y adolescentes que se desarrollen dentro y fuera del ámbito escolar. Si los programas de educación de la sexualidad se instrumentan sólo en escuelas, no tendrán el alcance suficiente para llegar a las menores de edad que están fuera del sistema educativo.

El embarazo en adolescentes es producto de diversos factores sociales y económicos subyacentes, por lo que la prevención requiere estrategias multidimensionales orientadas a la ampliación de los medios de acción de las adolescentes de menos edad y adaptadas a cada población en particular, especialmente a las marginadas, cuya situación es de mayor vulnerabilidad.

---

<sup>103</sup> UNFPA (2013b).

Para mantener a las menores de edad seguras y saludables y reafirmar su trayectoria de vida, se necesitan inversiones integrales, estratégicas y con objetivos que hagan posible abordar las múltiples fuentes de vulnerabilidades, que varían según la edad, capacidades, grupos de ingresos, lugares de residencia y muchos otros factores. Asimismo, se necesitan programas multisectoriales a fin de crear recursos globales en salud, educación y bienestar para las niñas y adolescentes, y también para facultarlas a través de redes de seguridad social y mejorar su posición en el hogar, en la familia y en la comunidad.

Las niñas necesitan acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva, así como un alivio con respecto a las presiones económicas y sociales que a menudo conducen al embarazo y a la pobreza, la salud precaria y el potencial humano frustrado que de él resultan. Se deben realizar esfuerzos adicionales para llegar a las adolescentes de menos de 14 años, cuyas necesidades y vulnerabilidades son particularmente importantes y complejas.

Por otra parte, como concluye el informe del UNFPA sobre el estado de la población mundial en 2013, “la niñez no puede ser descarrilada por la maternidad” y, en tal sentido, es crucial brindar atención médica y educativa a las adolescentes que ya son madres, además de buscar comprender los enormes desafíos que ellas enfrentan y darles una respuesta.

### **6.9 EXISTEN COMPROMISOS NACIONALES Y DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL PARA ACTUAR EN INTERÉS DE LOS GRUPOS ADOLESCENTES**

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas han hecho compromisos claros para actuar en interés de la población adolescente y joven, siendo el más reciente la Resolución 2014/1 de las Naciones Unidas en 2014 sobre Población y Desarrollo.<sup>104</sup> La resolución representa un compromiso de los Estados para la implementación de la Plataforma de Acción de El Cairo y, como tal, debe traducirse en acciones, programas y políticas públicas.

Esta resolución insta a los gobiernos a proteger los derechos humanos de adolescentes y jóvenes y a promover el derecho de estas personas a decidir libre y responsablemente

---

<sup>104</sup> ONU (2014a).

en asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva y a vivir su sexualidad libre de violencia, discriminación y coerción.

En tal sentido, se hace un exhorto para proveer a las personas adolescentes y jóvenes de acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, con privacidad y confidencialidad; proporcionar a estos grupos una educación integral de la sexualidad enmarcada en los derechos humanos y la igualdad de género, y eliminar todas las formas de discriminación contra las niñas y las mujeres jóvenes.

Esta resolución se basa en muchos otros acuerdos intergubernamentales y tratados y hace hincapié en la necesidad imperiosa de invertir en la población adolescente y joven.

#### **6.10 LAS DEMANDAS Y VOCES DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES ESTÁN DEFINIENDO EL MUNDO QUE QUIEREN TENER**

Cada vez más, las personas adolescentes y jóvenes expresan sus intereses y plantean sus demandas para configurar el mundo en el que desean vivir.

Al invertir en la salud sexual y reproductiva de este grupo, se atiende a sus voces que están pidiendo y queriendo participar en las decisiones que inciden en su vida. Adolescentes y jóvenes de ambos sexos deben sentirse empoderados para promover la igualdad y la equidad de género, combatir el VIH/SIDA y encauzar las respuestas a sus necesidades de salud sexual y reproductiva de manera tal de legitimar plenamente estas acciones y, sobre todo, de participar en su implementación y monitoreo. Por otra parte, no es posible ignorar sus deseos y expectativas, puesto que definen el mundo que quieren tener.

Recientemente, el Llamado Global de la Juventud<sup>105</sup> convoca a los Estados Parte de la ONU a integrar en la Agenda de Desarrollo acciones encaminadas a:

- Mejorar la salud física, social y mental de la población adolescente y joven, promover comportamientos saludables para reducir el riesgo de enfermedades y el abuso de sustancias, y aumentar el acceso a medicamentos asequibles, aceptables y seguros, así como a servicios de salud e información para adolescentes y jóvenes que aseguren ser de calidad y amigables.

---

<sup>105</sup> ONU (2014b).

---

## 6. ¿POR QUÉ INVERTIR EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES? |

---

- Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la protección de los derechos en esta materia para la prevención y atención del VIH; el acceso a métodos modernos de anticoncepción y el acceso a la educación integral de la sexualidad humana, con especial atención a las niñas adolescentes.
- Promover los derechos humanos, la igualdad de género y eliminar todas las formas de violencia y discriminación en contra de adolescentes y jóvenes – incluyendo a púberes, adolescentes y mujeres más jóvenes–, para erradicar los matrimonios precoces y forzados y otras prácticas nocivas.
- Fortalecer la recolección y el análisis de datos sobre los grupos de adolescentes y jóvenes, desglosados por edad, sexo y estado civil, para promover el monitoreo, la evaluación, la rendición de cuentas y la transparencia y apoyar la defensa y la formulación de políticas.

En resumen, invertir en el fomento de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes significa:<sup>106</sup>

- Promover los derechos humanos y combatir las desigualdades de género prevalentes.
- Empoderar a las adolescentes de manera que crezcan sanas, ampliando su potencial y opciones de desarrollo personal y social.
- Salvar vidas por medio de intervenciones que coadyuven a reducir enfermedades y muertes maternas e infantiles, que son injustas, innecesarias y prevenibles.
- Mejorar el potencial económico de las familias contribuyendo a romper el círculo intergeneracional de transmisión de la pobreza.

---

<sup>106</sup> UNFPA (2007b).

7



**MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN  
DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
DE ADOLESCENTES**



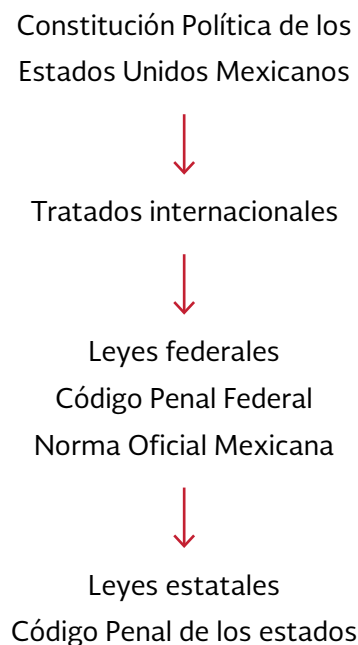
La intervención del sector salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes se fundamenta en un marco legal de derechos humanos, nacional e internacional, que establece las atribuciones y las obligaciones en la materia.

### 7.1 ORGANIZACIÓN DEL MARCO JURÍDICO NACIONAL

Como se explica en otros documentos de la SSA,<sup>107</sup> el sistema jurídico o sistema de leyes en México se organiza jerárquicamente. Respecto a la jerarquía entre estas leyes consideradas supremas, el Artículo 133 Constitucional establece la supremacía de la Constitución, los tratados internacionales signados y ratificados por México y las leyes constitucionales por encima de las leyes estatales.

#### ESQUEMA 1

#### JERARQUÍA DE LAS LEYES Y NORMAS



### 7.2 ORGANIZACIÓN DEL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

De acuerdo con el Derecho Internacional, los instrumentos internacionales de derechos humanos se clasifican en dos categorías: convencionales y declarativos. La diferencia entre unos y otros radica en que los primeros (convencionales) son vinculantes, mientras que los segundos no lo son.

<sup>107</sup> Véase SSA (2004).

Entre el grupo de los convencionales están los convenios, convenciones, pactos y tratados o protocolos. Son acuerdos que, emanados de organismos mundiales o regionales y firmados por los países miembros, gozan de fuerza jurídica obligatoria; esto es, comprometen legalmente a los gobiernos de los Estados a garantizar los derechos humanos en sus países e incluyen sanciones jurídicas en caso de que no cumplan. La firma del titular del ejecutivo, sin embargo, no es suficiente para que esas leyes internacionales tengan efecto. Se requiere que sean ratificadas por el poder legislativo de cada país, que en el caso de México es el Congreso de la Unión. En este sentido, el Artículo 133 Constitucional, indica que “(...) todos los tratados que estén de acuerdo con la misma [la Constitución], celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión (...)”. Lo anterior significa que los documentos convencionales firmados y ratificados por el Estado mexicano poseen peso legal tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

Los documentos declarativos o no vinculantes –como los programas, planes o plataformas de acción resultado de alguna conferencia, convención o reunión internacional– son documentos adoptados por los Estados firmantes como un compromiso moral en el ámbito internacional o como una promesa de colaboración internacional para lograr un objetivo. Sin embargo, no tienen fuerza de ley en el ámbito internacional o nacional y carecen de efecto jurídico obligatorio. A pesar de lo anterior, estos documentos son compromisos morales que los gobiernos firmantes adquieren en esos foros internacionales y, por lo tanto, también implican la promesa internacional de respetar y hacer efectivo lo que establecen.<sup>108</sup>

El gobierno mexicano ha firmado dos documentos declarativos esenciales en el desarrollo y conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos:

- Programa de Acción de la CIPD, celebrada en El Cairo en 1994.
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMM), llevada a cabo en Beijing en 1995.

---

<sup>108</sup> Hernández, H. (2005).



Si bien esta diferenciación entre los instrumentos vinculantes y los no vinculantes puede aclarar algunas inquietudes que se presentan frecuentemente; lo cierto es que *la validez de los derechos sexuales y reproductivos en el país no está en duda*. Es importante advertir que el derecho reproductivo básico y el conjunto de los derechos humanos interdependientes tienen vigencia en México, ya sea mediante su consignación en la Constitución Política o mediante la ratificación de los tratados internacionales por el Senado de la República, con apego al Artículo 133 Constitucional.<sup>109</sup>

### **7.3 RELACIÓN DE INSTRUMENTOS LEGALES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES EN MÉXICO**

Siguiendo el orden jerárquico descrito anteriormente, a continuación se enuncian los instrumentos legales más relevantes referidos a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en México.

#### **7.3.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

#### **7.3.2 TRATADOS INTERNACIONALES**

- Declaración Universal de Derechos Humanos, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Referente ético de la constitución nacional, otros documentos de la ONU y documentos regionales de derechos humanos.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica, 1969. Vinculante.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979. Vinculante.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Entrado en vigor en México en 1981. Vinculante.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Entrado en vigor en México en 1981. Vinculante.

---

<sup>109</sup> ANDAR (2005).

---

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador, 1988. Vinculante.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1990. Vinculante.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en El Cairo en 1994 y sus procesos subsiguientes de revisión (+5, +10, +15 y más allá de 2014).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, en Belem Do Pará en 1994. Vinculante.
- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing en 1995 (y sus procesos subsiguientes de revisión).
- Declaración del Milenio, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000.
- Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe 2007, Consenso de Quito.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ), 2005.

### 7.3.3 LEYES

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Última Reforma, DOF 20-03-2014.
- Ley General de Salud. Última Reforma, Diario Oficial de la Federación (DOF) 04-06-2014.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Última Reforma, DOF 02-04-2014.

- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Última Reforma, DOF 04-12-2014.
- Ley General de Población. Última Reforma, DOF 19-05-2014.

#### **7.3.4 REGLAMENTOS**

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Última Reforma, DOF 24-03-2014.
- Reglamento de la Ley General de Población. Última Reforma, DOF 28-09-2012.

#### **7.3.5 NORMAS** <sup>110</sup>

- NOM-005-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. DOF 21-01-2004.
- NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. DOF 16-04-2009.
- NOM-010-SSA-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. DOF 21-06-2000.
- Norma Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Caso de Infección por VIH. (Adaptada de OMS,1993).

#### **7.3.6 ACUERDOS**

- Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”. México, 2008.
- Declaración de Guanajuato. Conferencia Mundial de la Juventud. México, 2010

---

<sup>110</sup> Véase <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>

**7.3.7 PROGRAMAS NACIONALES Y SECTORIALES <sup>111</sup>**

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Programa Nacional de Población 2014-2018.
- Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018.
- Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014-2018.
- Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Programa Sectorial de Educación 2013-2018.
- Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018.

**7.3.8 PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICOS**

- Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018.
- Igualdad de Género en Salud 2013-2018.
- Prevención y Atención a la Violencia 2013-2018.
- Cáncer de Mama 2013-2018.
- Cáncer Cérvico Uterino 2013-2018.
- Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018.

---

<sup>111</sup> Véase <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html>

- En respuesta al VIH/SIDA e ITS 2013-2018.
- Plan de acción del Programa de País entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

### **7.3.9 RECOMENDACIONES**

- Recomendaciones para la atención integral de salud de las y los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.<sup>112</sup>
- Consejería orientada a los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea.<sup>113</sup>
- Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos. Un pilar de la OMS para la Planificación Familiar.<sup>114</sup>

## **7.4 REVISIÓN DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS NACIONALES RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES**

La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** declara que toda persona, por naturaleza, tiene la misma dignidad y los mismos derechos. El principio de igualdad sustenta a los demás derechos humanos e implica reconocer la dignidad humana más allá de cualquier diferencia. El Artículo 1 prohíbe toda discriminación que atente contra la dignidad humana y menoscabe los derechos y las libertades de las personas, independientemente de su origen, género, edad, capacidades diferentes, condición social o de salud, opinión, religión, preferencia sexual, estado civil y otras. El Artículo 4 reconoce el derecho de toda persona, independientemente de su edad, a decidir de manera libre, responsable e informada sobre su comportamiento reproductivo. Tal información, según el Artículo 3, será laica, científica y “alejada de cualquier doctrina religiosa”.

---

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

**Artículo 4°**

---

<sup>112</sup> OPS, UNFPA y CENEP (2000).

<sup>113</sup> OPS (2005b).

<sup>114</sup> OMS (2009b).

---

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

Este derecho lo reitera el **Reglamento de la Ley General de Población** (Artículo 13). De acuerdo con éste, los organismos gubernamentales que integran el CONAPO están obligados a proporcionar información y educación sobre planificación familiar, especialmente a personas adolescentes y jóvenes (Artículo 18).

La SSA es el órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescente.

La **Ley General de Salud** menciona que los servicios de planificación familiar deben integrar acciones educativas a la atención, a fin de contribuir al ejercicio de los derechos reproductivos.

---

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 o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

**Ley General de Salud**  
**Artículo 67**

---

Es importante resaltar que la SSA tiene la obligación de promover y apoyar la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que trabajen a favor de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. (Artículo 47, Reglamento de la Ley General de Salud).

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014) reconoce a estas personas como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; y garantiza el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano

forma parte (Artículo 1). Corrobora el derecho a la salud (Artículo 50) y a la educación sexual integral de niñas, niños y adolescentes (Artículo 58) y convoca a las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, a la coordinación de acciones, relacionadas varias de ellas con la salud sexual y reproductiva. Dichas autoridades se mantendrán coordinadas, entre otros fines, para:

- Ofrecer atención pre y post natal a las madres, garantizando el acceso a los métodos anticonceptivos.
- Impulsar programas de prevención y orientación sobre las ITS y el VIH/SIDA.
- Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- Asegurar que la prestación de servicios de atención médica sea respetuosa, efectiva e integral.
- Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva.

**Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**  
**Capítulo Noveno - Artículo 50**

La **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2014)** considera que es discriminatoria toda conducta que niegue o limite información sobre derechos reproductivos o que impida el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos (Artículo 9 VI); también considera discriminatorio “negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios” (Artículo 9 VII).

Es discriminatoria toda conducta que niegue o limite información sobre derechos reproductivos o que impida el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos.

**Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación**  
**Artículo 9 VI**

La **Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar -NOM-005-SSA2-1993**. Esta Norma cumple el objetivo de “uniformar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basado en la aplicación del enfoque integral de la salud reproductiva”.

---

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

Este documento normativo establece que la planificación familiar es un derecho de toda persona, independientemente del género, edad, paridad, estado civil, orientación sexual, situación social o condición legal, y en él están consignadas las disposiciones generales y las especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en el país.

En relación con las y los adolescentes, la NOM-005-SSA2-1993 eliminó las restricciones al uso de cualquiera de los anticonceptivos basadas en exclusivos criterios de edad o paridad. Así, los diversos métodos anticonceptivos “...están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes” (6.1.1.4, 6.1.2.4, 6.2.1.4, 6.2.2.4, 6.3.4, 6.4.4, 6.5.3, 6.4.4, 6.5.3, 6.7.2.4). Con la resolución, publicada en enero de 2004, que modifica los contenidos de la NOM para incluir la AE y el condón femenino, no sólo se confirma la eliminación de restricciones; también se amplía la oferta de métodos anticonceptivos para toda mujer, incluidas las adolescentes.

Queda claro que la edad no constituye una contraindicación médica para otorgar métodos anticonceptivos a las y los adolescentes. Todos los métodos –temporales, naturales, de emergencia, además de los métodos permanentes–, pueden ser apropiados para este grupo.

---

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Se respetarán las decisiones individuales con respecto a los ideales reproductivos, se promoverá la participación activa del hombre y su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva y se respetará la diversidad cultural y étnica de las personas.

NOM-005-SSA2-1993

Introducción

---



Por otra parte, la NOM señala que los servicios de planificación familiar –promoción y difusión, información y educación, consejería, selección, prescripción y aplicación de todos los métodos anticonceptivos– deben ofrecerse, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de estos servicios, a todas las personas en edad reproductiva, *incluyendo a las y los adolescentes*.

En relación con los servicios de consejería en materia de planificación familiar, la NOM subraya la importancia de que ésta la brinde personal debidamente capacitado, con especial atención a la población adolescente, con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al ejercicio del consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos (apartado 4.4.1).

## **7.5 REVISIÓN DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES**

En el conjunto de instrumentos internacionales relacionados con los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos se encuentran importantes llamados y recordatorios para que los gobiernos, al formular sus políticas y programas, asuman su compromiso de respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos de las y los adolescentes. Algunos de estos instrumentos son jurídicamente vinculantes para los países firmantes y, junto con el resto, establecen pautas específicas para que la acción de los gobiernos como garantes de dichos derechos cierre la brecha entre su proclamación y su cumplimiento. La revisión que se presenta a continuación extrae los pronunciamientos más relevantes y explícitos para las acciones que abarca el Modelo.

### **7.5.1 CARTA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece, como ideal común por el que todos los pueblos y las naciones deben esforzarse, lo siguiente: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (Artículo 1º).

Los derechos humanos responden a las necesidades de las personas, los grupos y las sociedades, y garantizarlos promueve el ejercicio de la dignidad. Los derechos humanos pertenecen a todas las personas, independientemente de su sexo, edad,

posición social, partido político, creencia religiosa, origen familiar, etnia o condición económica. Los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes.<sup>115</sup>

### **7.5.2 CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)**

La CEDAW<sup>116</sup> (1979), a menudo se describe como la declaración de derechos internacionales para las mujeres y las niñas. Se orienta en dos principios fundamentales: la igualdad sustantiva y la no discriminación, entendida ésta como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, con objeto de menoscabar o anular el reconocimiento de la mujer o el ejercicio de sus derechos, independientemente de su estado civil” (Artículo 1).

La CEDAW afirma que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico (Artículo 12). Enfatiza, particularmente, que la mujer tiene los mismos derechos que el hombre a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos (Artículos 10 y 16). La CEDAW es el único tratado de derechos humanos que afirma los derechos reproductivos de la mujer y señala a la cultura y la tradición como fuerzas influyentes que moldean los roles de género y las relaciones familiares.

---

La CEDAW exhorta a los Estados Parte a garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.

**Recomendación general sobre la salud de las mujeres No. 24, 1999**

**Art. 12 (18)**

---

---

<sup>115</sup> La adhesión de México al compromiso de respetar y garantizar las libertades y derechos humanos quedó plasmada en la ratificación en 1981 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y en la del Protocolo de San Salvador (Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos), en 1996.

<sup>116</sup> Por sus siglas en inglés. Este instrumento entró en vigor el 3 de septiembre de 1981. La lista de los países que han ratificado esta convención está disponible en:  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/states.html>

La última sesión del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en febrero de 2014, dedica su atención a revisar la situación de los derechos sexuales y reproductivos para incidir en la agenda de revisión del plan de acción de la CIPD Post 2014.

De acuerdo con el Comité<sup>117</sup>, la protección de los derechos humanos relativos a la salud sexual y reproductiva requiere que “todos los servicios sean consistentes con los derechos humanos de las mujeres, incluyendo los derechos de autonomía, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y elección”. El derecho de autonomía requiere medidas que garanticen el acto de decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de los hijos y el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva con el consentimiento del individuo solamente. El derecho de autonomía incluye, también, eliminar la práctica del matrimonio forzado en niñas, el cual con frecuencia conduce a embarazos tempranos que ponen en riesgo su vida y su salud.

El Comité convoca a los Estados a implementar acciones para cambiar las relaciones de poder entre hombres y mujeres que a menudo impiden la autonomía de éstas, especialmente en el ejercicio de la elección de prácticas sexuales seguras y responsables. Insiste en que el respeto de los derechos sexuales y reproductivos debe concretarse en la oferta de información amplia e integral sobre la sexualidad humana, junto con la provisión de servicios integrales de salud que dispongan de un amplio rango de anticonceptivos, incluida la AE, para posibilitar a las mujeres la prevención de embarazos no deseados. Además, menciona la necesidad de que se eliminen los estereotipos y actitudes discriminatorias en relación con la sexualidad de las y los adolescentes, con vistas a asegurar que no interfieran con el acceso a la información sobre derechos, salud y educación sexual y reproductiva.

Por otra parte, menciona la necesidad de que los servicios incluyan diagnóstico y tratamiento temprano de ITS/VIH, atención del embarazo, diagnóstico temprano de cáncer de mama y ginecológico y cuidados del aborto y posaborto, especialmente en

---

<sup>117</sup> Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on Sexual and Reproductive Health and Rights: Beyond 2014 ICPD Review. Véase <http://adibs-feminista.org/wp-content/uploads/2014/03/CEDAW-SRHR-26Feb2014.pdf>

caso de complicaciones por aborto inseguro. Insta a los Estados a eliminar las medidas punitivas contra las mujeres que se hayan practicado un aborto y a organizar los servicios de salud de modo que la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo a los servicios de salud reproductiva, incluyendo el aborto y la atención posaborto.

### **7.5.3 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC)**

Es un instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud. El Artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y establece que el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden, entre otras, la disponibilidad garantizada de servicios de salud. Entre las medidas que se deben adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figuran las necesarias para la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños y las niñas; el mejoramiento del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole, y la lucha contra ellas, así como la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Para hacer operativas dichas medidas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud,<sup>118</sup> en la que se señala que éste no sólo abarca la atención oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, entre los que menciona el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la sexual y reproductiva.

Los apartados 23 y 24, sobre los niños, niñas y adolescentes, hacen referencia al derecho de este grupo etario a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva que les proporcionen información y orientación para comprender su sexualidad. Los beneficios de la educación permitirán el ejercicio de una sexualidad plena y el surgimiento de las condiciones indispensables para la autonomía y el desarrollo personal.

---

<sup>118</sup> Observación general 14 (2000).

- 
- Los Estados Parte deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.
  - La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

**PIDESC**

**Observación general No. 14 al Artículo 12, 2000**

---

El personal de los servicios de salud debe otorgar una atención de calidad en un clima de respeto que tenga siempre presente el interés superior del niño, niña o adolescente y que garantice sus derechos a la privacidad y confidencialidad como elementos indispensables para el cuidado de su integridad.

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad. Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios, insumos y medicamentos.
- Accesibilidad. Eliminar cualquier discriminación y favorecer el acceso físico y económico a los servicios; eliminar barreras para el acceso a la información.
- Aceptabilidad. Respetar la ética médica, ser culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- Calidad. Ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y humano.

#### **7.5.4 CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)**

La CDN<sup>119</sup> define como niña o niño, a todo ser humano menor de 18 años. En consecuencia, las y los adolescentes son titulares de todos los derechos y las medidas especiales de protección que en esta Convención se consagran con implicaciones concretas en su salud y desarrollo (Artículo 24).

---

#### **ARTÍCULOS DE LA CDN APLICABLES A LA PRÁCTICA EN SALUD**

##### **Artículo 5**

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

##### **Artículo 12**

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

##### **Artículo 16**

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

---

La CDN establece que toda persona menor de 18 años tiene derechos y tiene capacidad para ejercerlos, de acuerdo con la evolución de sus capacidades. Los padres y las madres, las escuelas y la sociedad juegan un rol fundamental en este proceso, y están obligados a proporcionar dirección y orientación a este grupo en el ejercicio de sus derechos, a

---

<sup>119</sup> Este instrumento entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y fue ratificado por México, entre otros países.

brindarles posibilidades reales de expresar libremente su opinión y tenerla en cuenta, conforme a su edad y madurez, y a proporcionarles un entorno seguro y propicio para su desarrollo.

---

Ello implica que padres y madres están obligados a preservar el interés superior de las niñas y los niños y de las y los adolescentes, al punto de evitar “injerencias arbitrarias o ilegales” que lesionen sus intereses o afecten sus decisiones. En este contexto, la patria potestad adquiere un carácter instrumental y queda delimitada por el reconocimiento del interés superior de las y los adolescentes. Incluso, los padres han de privilegiar el derecho de sus hijas e hijos a disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos por sobre sus convicciones religiosas e ideológicas, y por sobre su derecho a transmitírselas.

Pedro Morales-Aché<sup>120</sup>

---

Por su parte, el personal de salud tiene la obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las y los adolescentes, divulgando la información sólo con su consentimiento, o bajo los mismos requisitos que se apliquen en el caso de la confidencialidad de las personas adultas (Artículo 16).

Lo anterior es particularmente importante en el área de atención de la salud sexual y reproductiva, porque muchas veces en el proceso de atención de la salud de adolescentes se viola el derecho a la confidencialidad, aludiendo a la “incapacidad” e “inmadurez” del o la menor para tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo: iniciar su vida sexual, utilizar algún método anticonceptivo, interrumpir un embarazo, etcétera.<sup>121</sup>

La Observación general N° 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes (2003), menciona de manera explícita, a la luz de los Artículos 3, 17 y 24, el derecho de las mujeres adolescentes al acceso a información sexual y reproductiva, en la que se incluyan la planificación familiar, los métodos anticonceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de las ITS. Hace además un llamado para que los Estados Parte garanticen el acceso a información adecuada, independientemente del estado civil y de tener o no el consentimiento de su madre, padre o tutora/or.

---

<sup>120</sup> Citado en ANDAR (2005).

<sup>121</sup> IPAS (2004).

---

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

Para el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la salud y el desarrollo de las y los adolescentes, convoca a los Estados Parte a tomar todo tipo de medidas adecuadas de orden legislativo, administrativo o de otra índole para dar cumplimiento y supervisar los derechos de las y los adolescentes a la salud y el desarrollo, como se reconoce en la Convención.

Las siguientes medidas se relacionan de manera específica con la atención de la salud sexual y reproductiva:

- 
- Garantizar el acceso de los adolescentes a la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud (en especial mediante un consentimiento fundamentado y el derecho a la confidencialidad), la adquisición de experiencia, la obtención de información adecuada y apropiada para su edad y la elección de comportamientos de salud adecuados.
  - Garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de calidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes.
  - Garantizar que todas las niñas y niños adolescentes tengan la oportunidad de participar activamente en la planificación y programación de su propia salud y desarrollo.

CDN

Observación general N° 4, 2003

---

### 7.5.5 CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO (CIPD)

Esta conferencia, convocada por la ONU, fue definitiva para encauzar las estrategias dirigidas a crear las condiciones que permitirían a adolescentes y jóvenes disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos. Se examinó ampliamente la sexualidad adolescente y se la enmarcó en el concepto de salud sexual y reproductiva; se analizó, asimismo, la situación de la adolescencia en el contexto de las estructuras de género, familiares, comunitarias y sociales que la originan o condicionan.

---

Se planteó la necesidad de brindar información y servicios de salud para que los y las adolescentes fueran capaces de decidir responsablemente acerca de su vida sexual y reproductiva. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a



alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación.

**Programa de Acción CIPD (1994)**

**- Párrafo 7.41**

Para dar seguimiento al avance del Programa de Acción de la CIPD y monitorear el cumplimiento de los compromisos firmados, se llevaron a cabo reuniones regionales e internacionales, denominadas en su conjunto “Cairo +5”, “Cairo +10”, “Cairo + 15” y “Cairo más allá del 2014”. En todas las reuniones se hizo una mención específica a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

**CIPD +5**

Esta reunión se celebró en el Foro de La Haya, Países Bajos, en febrero de 1999. En su informe final menciona que se debe hacer todo lo posible para aplicar el Programa de Acción en lo relativo a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, con el objeto de “proteger y promover el derecho de éstos al disfrute de los más altos niveles de salud, proporcionar servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso, para atender de manera eficaz sus necesidades de salud reproductiva y sexual, incluyendo educación, información y asesoramiento sobre estos rubros y estrategias de promoción de la salud”.<sup>122</sup>

El informe destaca también la protección de los derechos de las y los adolescentes como un elemento indispensable en la prestación de los servicios de atención a la salud de esta población, así como procurar su confidencialidad.

**CIPD +10**

En Santiago, Chile, la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se reunió

<sup>122</sup> ONU (1999).

---

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

el 10 y 11 de marzo de 2004 para revisar los acuerdos de la CIPD al cabo de 10 años de haberse adoptado el Programa de Acción.<sup>123</sup>

Los representantes de 40 países de América Latina y del Caribe afirmaron que es necesario:

---

Promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, salvaguardando el derecho de adolescentes y jóvenes a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas.

**Cairo + 10**

---

La revisión de los 10 años reveló que, aunque algunos países habían hecho avances en algunas áreas, las principales dificultades para la ejecución persistían. Entre ellas figuraban la falta y la disminución de los recursos para salud sexual y reproductiva, la discriminación basada en el género, la aplicación de enfoques poco efectivos al VIH/SIDA y la falta de sistemas adecuados de recolección y análisis de datos.

### **CIPD +15**

La revisión del Programa de Acción de la CIPD a quince años de su formulación estableció que los objetivos y metas en relación con la salud sexual y reproductiva han sustentado la prestación de información y servicios en esta área durante ese periodo.

Sin embargo, las desigualdades en cuanto al acceso y calidad de los servicios observadas en algunos países condujo a la formulación de una serie de recomendaciones encaminadas a asegurar que aquéllos fueran adecuados y accesibles. En tal sentido, se planteó la urgencia de fortalecer los sistemas de salud a fin de poder garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con calidad y sensibilidad con respecto a las cuestiones de género. Se marcó, además, la importancia de identificar y superar las barreras que restringían los derechos de las mujeres y los grupos adolescentes y su acceso a la salud sexual y reproductiva.<sup>124</sup>

---

<sup>123</sup> UNFPA (2005b).

<sup>124</sup> UNFPA (2011b).

Se instó a los países a cuidar los avances logrados y evitar cualquier retroceso en cuanto a calidad, disponibilidad, acceso y pertinencia cultural de los servicios de salud.

#### **CIPD + 20 MÁS ALLÁ DE 2014**

En 2014 se cumplen veinte años de haber sido acordado el Programa de Acción de la CIPD realizada en El Cairo. La conferencia ha significado el más importante acuerdo internacional en materia de población y desarrollo hasta hoy, pues concibió la relación entre ambos factores a partir de los derechos y las necesidades individuales, más que de objetivos demográficos.

El panorama mundial ha cambiado desde entonces: hoy somos más de 7 mil millones de personas con derechos a una vida digna y plena, lo cual demanda acciones más efectivas en términos de desarrollo y oportunidades; tenemos un planeta amenazado por el cambio climático y la degradación de sus recursos naturales; las sociedades humanas en diversas partes del mundo replantean sus modelos de organización política, económica y social. Las personas se encuentran más interconectadas que nunca, a través de las tecnologías de la información y la comunicación, y participan de manera más activa en el destino de su pueblo y su nación.

Es urgente revisar entonces qué se ha logrado de aquel Programa de Acción de la CIPD, qué falta por hacer y cuáles son los nuevos desafíos en términos de población y desarrollo en estos tiempos.

Desde hace unos años, el UNFPA ha venido facilitando el proceso de revisión de la implementación del Programa de Acción de la CIPD a nivel mundial, de acuerdo con la Resolución 65/234 de la Asamblea General de la ONU, con el fin de presentar un informe mundial en la 69ª Sesión Especial de la Asamblea General en septiembre de 2014.

Este proceso ha reunido una amplia participación de gobiernos nacionales y organizaciones de la sociedad civil con representatividad de grupos de mujeres, jóvenes, afrodescendientes, poblaciones indígenas, entre otros.

Esta revisión de su implementación constituye el más completo panorama del estado de la población y el desarrollo en 2014 y en adelante, y busca convertirse en el principal punto de referencia para la discusión, la implementación y el monitoreo de las políticas y los programas de población y desarrollo en los años sucesivos.

Como parte del trabajo de consulta de la CIPD más allá de 2014, resaltan por su cercanía con el tema de los derechos sexuales y reproductivos la Declaración del Foro Mundial de la Juventud de Bali (2012) y la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe 2013, de donde emanó el Consenso de Montevideo.

### **a) Declaración del Foro Mundial de la Juventud de Bali**

El Foro Mundial de la Juventud se llevó a cabo en la ciudad de Bali, Indonesia, del 4 al 6 de diciembre de 2012, con el objeto de incorporar las opiniones y propuestas de la población joven en el proceso de revisión del Programa de Acción de la IV CIPD (El Cairo, 1994), que se lleva a cabo en el marco de la preparación para la CIPD por desarrollarse en 2014.<sup>125</sup>

Las y los jóvenes participantes, en alianza con las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de las Naciones Unidas, el sector privado y la sociedad civil, exhortan a los gobiernos a garantizar el ejercicio de derechos de las personas jóvenes.

Para garantizar estos derechos, los integrantes del Foro emitieron una Declaración que contiene recomendaciones en cinco áreas temáticas específicas: a) Mantenernos sanos; b) Educación integral; c) Las familias, los derechos de las personas jóvenes, el bienestar y la sexualidad; d) El derecho a un trabajo decente; e) Liderazgo y participación fructífera de las personas jóvenes.

En la temática Mantenernos Sanos se destacan las recomendaciones a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes, con especial atención a aquellas poblaciones que enfrentan alguna vulnerabilidad particular, entre las que se cuentan jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, trans, queer e intersexuales, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, las personas consumidoras de drogas, las poblaciones rurales, las y los jóvenes no escolarizados, las y los trabajadores sexuales, las poblaciones indígenas y las afrodescendientes, las personas migrantes y refugiadas, las y los jóvenes en situaciones de conflictos y de emergencia, las personas adolescentes, las personas con discapacidad y las personas jóvenes que viven con el VIH o el SIDA.

---

<sup>125</sup> Véase [http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/1334148s\\_spanish.pdf](http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/1334148s_spanish.pdf)

En este tema, también se incluyen recomendaciones en torno a la necesidad de disponer de información confiable y periódica sobre este grupo etario, información que se desglose por edad (10-14, 15-19, 20-24), género y otras variables relevantes, para apoyar las políticas y los programas sectoriales.

Se contempla, también, la necesidad de proporcionar a las personas adolescentes y jóvenes un acceso universal a los servicios de salud, particularmente referidos a la salud sexual y a la salud reproductiva, diseñados especialmente para estas franjas etarias, de alta calidad, con profesionales capacitados, integrados, equitativos, integrales, basados en necesidades y derechos, accesibles, aceptables, confidenciales, libres de estigmatización y discriminación. Se señala, además, la necesidad de que estos grupos participen en el desarrollo de políticas y la asignación de recursos para la salud.

En lo que respecta a la EIS, se recomienda que sea parte de la educación en salud, que esté libre de discriminación y prejuicios, basada en derechos, apropiada para la edad, con perspectiva de género, con base científica y adecuada al contexto.

Para la garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, se hace un llamado a los países para que se eliminen los obstáculos jurídicos, normativos y de reglamentación que dificultan la participación, el empoderamiento y el ejercicio como titulares de derechos a las personas adolescentes y jóvenes.

Se plantea la necesidad de abordar las violaciones de derechos basadas en prácticas tradicionales tales como el matrimonio precoz y forzado, la violencia basada en género, la discriminación por orientación sexual y otros. Se insta a los gobiernos a reconocer, promover y proteger los derechos sexuales de las personas jóvenes, atendiendo los principios de los derechos humanos, la no discriminación, el respeto, la igualdad y la inclusividad, con un enfoque de género, intercultural y secular.

---

**Apartado 2.12.** Es preciso ofrecer educación sobre salud libre de discriminación o prejuicios, basada en derechos, apropiada para las diferentes edades y con perspectiva de género que incluya una educación sexual integral, dirigida a los jóvenes y con base empírica adecuada al contexto.

**Apartado 2.13.** Los gobiernos deben establecer políticas y entornos propicios para garantizar el acceso de los jóvenes a la educación sexual integral, en contextos académicos y no académicos, mediante la eliminación de los obstáculos y la asignación de presupuestos.

**Apartado 3.10.** Los gobiernos deben garantizar que todos los jóvenes, incluidos los LGBTQI [lesbiana, gay, bisexual, trans, queer e intersexo], puedan acceder en pie de igualdad a un conjunto completo de servicios de salud sexual y reproductiva con base empírica, basados en derechos y dirigidos a los jóvenes, así como a una educación sexual integral que respete el derecho de los jóvenes a dar su consentimiento informado.

**Apartado 3.11.** Los servicios deben ser confidenciales y accesibles e incluir un conjunto completo de métodos contraceptivos modernos, inocuos, efectivos y asequibles y servicios de planificación de la familia y productos para ese fin que, entre otros aspectos, abarquen los cuidados prenatales y posteriores al parto. Se debe desarrollar la educación sexual integral en colaboración con los jóvenes, y dicha educación debe incluir información sobre orientación sexual e identidades de género libre de intolerancia religiosa.

**Declaración del Foro Mundial de la Juventud de Bali, 2012**

---

### **b) Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe**

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, producto de la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe –celebrada en Montevideo, Uruguay, en octubre de 2013–, es la principal aportación de la región para el proceso global de revisión operativa de la CIPD más allá de 2014.

En dicha conferencia, 38 países latinoamericanos y caribeños aprobaron el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo,<sup>126</sup> el cual plantea como desafío central la integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos.

A partir de ese acuerdo, el documento establece ocho grandes temas, y en el que se refiere a los *derechos de la niñez, adolescencia y juventud* hace un llamado a los gobiernos “a proteger los derechos humanos de adolescentes y jóvenes a tener el control y decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia y les exhorta a proveerles una educación integral para la sexualidad, los derechos humanos y la igualdad de género”.<sup>127</sup>

---

<sup>126</sup> CEPAL (2013).

<sup>127</sup> Ibid.

En tal sentido, los 38 países participantes, entre ellos México, acordaron lo siguiente:

- 
11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;
  12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;
  13. Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes;
  14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos;
  15. Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia.

**Consenso de Montevideo, 2013**

**Apartado B. Derechos, Necesidades, Responsabilidades y Demandas de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes**

---

Asociado con lo anterior, el Consenso hace un reconocimiento de la Declaración de Bali (2012), emanada del Foro Mundial de la Juventud, en que se insta a los gobiernos a proteger los derechos humanos de adolescentes y jóvenes a tener el control y decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia y los exhorta a proveerles una educación integral para la sexualidad, los derechos humanos y la igualdad de género.

También, formula un llamado a que se fortalezca la inversión en la juventud y se incrementen los esfuerzos de articulación de las acciones relacionadas con el acceso a educación de calidad, incluyendo la educación integral en sexualidad, la igualdad de género, y el acceso a los servicios de salud de calidad, incluidas la salud sexual y la salud reproductiva.

**7.5.6 CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, “CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ”<sup>128</sup>**

La Región de las Américas es la única en el mundo que cuenta con una convención particular para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

La Convención reconoce que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida.

---

La Convención define a la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

**Convención de Belém do Pará, 1995**

**Artículo 1**

---

El texto menciona específicamente que la violencia contra la mujer puede ocurrir en la familia y en la comunidad, incluyendo el lugar de trabajo, las instituciones educativas, los establecimientos de salud, o cualquier otro lugar (Artículo 2).

Los Estados Parte tienen el deber de tomar en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueden sufrir las mujeres por ser adolescentes, estar embarazadas, o por estar en una situación socioeconómica desfavorable, por su raza o su condición étnica, entre otras (Artículo 9).

---

<sup>128</sup> Este instrumento entró en vigor el 5 de marzo de 1995. La lista de los países que han ratificado esta convención está disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-61.html>



La Convención establece un programa de acción nacional para acabar con dicha discriminación (Artículo 7) y, en caso de que se haya violado lo establecido en este artículo, permite la presentación individual de peticiones o quejas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Artículo 12).

#### **7.5.7 CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (BEIJING, 1995)**

En esta Conferencia, las representantes de 189 gobiernos adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que está encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada.

En Beijing se obtuvo el reconocimiento de la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad, así como todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tenían que ser reevaluadas. Únicamente mediante esa reestructuración fundamental de la sociedad y sus instituciones sería posible potenciar plenamente el papel de las mujeres para que ocuparan el lugar que les correspondía como participantes en pie de igualdad con los hombres en todos los aspectos de la vida. Este cambio reafirmó que los derechos de las mujeres eran derechos humanos y que la equidad de género era una cuestión de interés universal y de beneficio para todas y todos.

En esta conferencia se hizo referencia a la relación existente entre los derechos reproductivos y otros derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en documentos pertinentes de la ONU aprobados por consenso (párrafo 95).

Se definió la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

---

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de

las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (párrafo 94).

**Plataforma de Acción Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995**

---

Después de Beijing, en 2000, la Asamblea General de la ONU encargó a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer que integrara en su programa de trabajo un proceso de seguimiento para la Conferencia, el que permitiría examinar periódicamente las esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción de Beijing.

Cinco años después, la evaluación a la que se dio el nombre de “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”, tuvo lugar en Nueva York, y de ella resultaron una declaración política y nuevas medidas e iniciativas para la superación de obstáculos que afectaban la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing.

En 2005, en el marco del 49º periodo de sesiones de la Comisión, se llevó a cabo un examen y una evaluación decenal de la Plataforma de Acción de Beijing. Los delegados aprobaron una declaración que subraya que la aplicación plena y eficaz de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing es esencial para la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los contenidos en la Declaración del Milenio. Se exhortó a todas las partes interesadas a que se comprometieran plenamente e intensificaran sus esfuerzos en orden a la aplicación. El pronunciamiento reconoció también que la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y la CEDAW se reforzaban mutuamente en lo referente al logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.

En 2010, el examen al cabo de quince años de la Plataforma de Acción de Beijing se realizó durante el 54º periodo de sesiones de la Comisión. Los Estados Miembros aprobaron una declaración en la que acogían con beneplácito los progresos realizados en las acciones emprendidas para lograr la igualdad de género y se comprometían a adoptar nuevas medidas para garantizar la aplicación integral y acelerada de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, con el fin de superar los obstáculos todavía existentes y los nuevos desafíos, incluidos los relacionados con los ODM.

Si bien las conclusiones convenidas se centraron en determinados temas prioritarios, se pusieron de manifiesto varias cuestiones de alcance general. Por ejemplo, la importancia de la incorporación del género como estrategia clave para lograr el empoderamiento de la mujer y el reconocimiento de que la aplicación en cada una de las esferas críticas se impulsaría mediante la promoción y protección de los derechos humanos de la mujer.

En relación con la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, se hicieron varias recomendaciones sobre el derecho a la educación sexual y a los servicios de salud para prevenir el embarazo temprano no planeado y las ITS/VIH. Asimismo, se planteó la necesidad de que tales servicios fueran inclusivos, respetuosos y acordes con las necesidades de la población adolescente.

Especial énfasis se puso en el trato que requerían las adolescentes embarazadas para que sus necesidades de salud fueran atendidas con respeto y su proceso de desarrollo personal no se viera truncado.<sup>129</sup>

---

Facilitar a los adolescentes de ambos sexos un amplio acceso a la información y al asesoramiento, en particular en la esfera de las relaciones humanas, la salud reproductiva y genésica, las enfermedades transmisibles sexualmente y el embarazo en la adolescencia, y que éstos sean de carácter confidencial y fácilmente obtenibles y hagan hincapié en que los jóvenes de ambos sexos tienen las mismas responsabilidades.

#### **Necesidades de las niñas en materia de salud**

Formular y ejecutar programas con la plena participación de los adolescentes, según corresponda, para proporcionarles sin discriminación alguna educación, información y servicios adecuados, concretos, accesibles y de fácil comprensión a fin de atender eficazmente sus necesidades reproductivas y sexuales, teniendo en cuenta su derecho a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado.

#### **La Mujer y la Salud**

#### **Evaluación Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 2010**

---

A mediados de 2013, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas pidió a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer examinar y evaluar en 2015 la aplicación de la Plataforma de Acción en una sesión conocida como Beijing+20.

---

<sup>129</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales - ONU (2010).

---

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

Para informar las deliberaciones, el Consejo exhortó también a los Estados Miembros de la ONU a realizar exhaustivas evaluaciones nacionales, y alentó a las comisiones regionales a llevar a cabo exámenes regionales. La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing continúa siendo el marco normativo mundial para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

### 7.5.8 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

La Declaración del Milenio, firmada por más de 150 líderes mundiales, identifica la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres como una condición para reducir la pobreza y mejorar la salud y el bienestar de las personas.

Los ocho ODM representan un conjunto de metas básicas de desarrollo en materia de pobreza, educación, género, mortalidad infantil, salud materna, enfermedades epidémicas, sostenibilidad del medio ambiente y financiación del desarrollo. La mayoría de los objetivos están interrelacionados y dirigidos a mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres, por lo que será difícil progresar en unos sin hacer progresos en los otros. Invertir en la equidad de género, la autonomía de las y los adolescentes y su empoderamiento es fundamental para alcanzar los ocho objetivos.

---

La importancia de los derechos sexuales y reproductivos en términos de cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo ha sido cada vez más admitida por la comunidad internacional. Por ejemplo, destaca la inclusión del acceso universal a la salud reproductiva como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los derechos sexuales y reproductivos se reconocen no sólo como fines valiosos en sí mismos, sino que también como esenciales para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza.

CELADE, 2013

---

En octubre de 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta al quinto objetivo del milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en 2015.

Desde agosto de 2012, el sistema de las Naciones Unidas ha facilitado una serie de consultas sin precedentes con personas de todo el mundo para conocer sus opiniones sobre la nueva agenda de desarrollo a construir sobre la evaluación de los ODM.

Este diálogo global responde a un creciente llamado de las sociedades por una participación activa en moldear “El Futuro que Queremos para Todos”.<sup>130</sup> Las consultas, acontecidas antes de que los gobiernos se sienten a negociar y a finalizar la nueva agenda, buscan proporcionarles evidencias y perspectivas sobre los retos que enfrentan las personas para mejorar su vida y la de su familia y su comunidad.

En el tema de los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes y jóvenes, sobresalen tres acciones:

- La vinculación de la Agenda Post 2015 con Cairo Post 2014.
- La Conferencia Mundial sobre la Juventud (CMJ) 2014, Declaración de Colombo.
- El Foro Regional de Juventudes de América Latina y el Caribe, Quito 2014.

#### **a) Vinculación de la Agenda Post 2015 con Cairo Post 2014**

Varios de los temas vinculados con la población, igualdad de género, empoderamiento de la mujer y las personas jóvenes, forman parte del debate en el marco del Grupo de Trabajo de la Asamblea General sobre la Agenda de Desarrollo después de 2015.<sup>131</sup>

En 2012 se establece el Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la CIPD, con el propósito de movilizar apoyo político para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y asegurar que los esfuerzos dirigidos al desarrollo internacional asignen prioridad a las inversiones en esta materia. Esto incluye programas y políticas que promueven la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y la salud y los derechos de la gente joven en todo el mundo. Se define al Grupo como “un órgano independiente, compuesto por 26 personalidades, líderes eminentes y distinguidos que sirven en su capacidad individual, reconocidos por su contribución a los derechos humanos y al desarrollo, a la igualdad de género, a los derechos y la salud sexual y reproductiva y a los derechos de las personas jóvenes y adolescentes”.

El Grupo de Trabajo, que es el único panel de alto nivel para el proceso de la CIPD (Cairo+ 20) y para vincular este proceso con el de la Agenda de Desarrollo Post 2015; afirma que:

<sup>130</sup> Véase [www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam\\_undf/executive%20summary\\_spanish.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/executive%20summary_spanish.pdf)

<sup>131</sup> Véase [www.icpdtaskforce.org](http://www.icpdtaskforce.org)

---

la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, así como los derechos y el empoderamiento de adolescentes y jóvenes deben estar situados como elemento central del desarrollo sostenible. Estos son fines trascendentales en sí mismos, obligaciones a cumplir por el Estado y claves para lograr la erradicación de la pobreza, la justicia social, así como los objetivos en materia educativa, sanitaria, económica y de desarrollo sostenible. Estos fines radican en el centro mismo del desarrollo humano como cimientos para fortalecer la capacidad de resistencia de las personas y comunidades, así como para impulsar sociedades vibrantes y prósperas. Son, por lo tanto, prioridades esenciales para conformar una agenda global post-2015 sensata y efectiva, enraizada en los derechos humanos y la dignidad.

**Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la CIPD, 2012**

---

Para lograr un avance equitativo e incluyente, el Grupo de Trabajo recomienda considerar los siguientes aspectos:

- Fomento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la totalidad de mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes.
- Fomento del empoderamiento de las mujeres y de la igualdad de género.
- Fomento de los derechos humanos y del empoderamiento de adolescentes y jóvenes mediante acciones para proveer acceso a la educación integral en sexualidad –dentro y fuera de las escuelas– y a los servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de permitirles planificar su vida; comprender su sexualidad y tomar decisiones informadas al respecto; autoprotgerse del VIH y de las ITS, y mantener a las niñas en la escuela mediante la prevención del embarazo precoz y no planeado.
- Establecimiento de un marco de rendición de cuentas sustentado en derechos humanos y principios de igualdad y equidad.

### **b) Conferencia Mundial sobre la Juventud (CMJ) 2014, Declaración de Colombo**

A fin de fortalecer a la población joven para hacer frente a los desafíos globales en la próxima década, se llevó a cabo la Conferencia Mundial de Juventud 2014, en

Colombo, Sri Lanka, del 6 al 10 de mayo, bajo el tema: “Integración de la Juventud en la Agenda de Desarrollo Post-2015”.<sup>132</sup> La CMJ, organizada por la ONU, concluyó con la adopción de la Declaración de Colombo, que puso un énfasis especial en el desarrollo de los jóvenes en la era post 2015.

La Declaración de Colombo reconoce la diversidad de vida de las juventudes y sus diferentes condiciones sociales, étnicas, culturales, religiosas, de identidad, políticas, socioeconómicas y, además, hace énfasis en la importancia de la participación de todos los actores para un desarrollo integral. Indica que la participación de las y los jóvenes en su sociedad debe ser un pilar fuerte en todos los marcos de desarrollo actuales y futuros y, en tal sentido, pide un papel mejorado y activo para las y los jóvenes en la formulación de políticas y la implementación y evaluación de los procesos relacionados con los programas de desarrollo.

La Declaración pide a la comunidad internacional y los países buscar una mayor inclusión social y terminar con algunas desigualdades sistémicas en cuanto al género, la sexualidad, la cultura, la salud, la educación, el empleo y otras.

La CMJ hace un reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos plasmados en documentos como el Plan de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing y otros pronunciamientos afines.

Promueve el acceso universal de la población adolescente y joven a servicios de salud sexual y reproductiva que tomen en cuenta su participación y que se oferten con base en principios de igualdad y no discriminación, salvaguardando sus derechos a la confidencialidad, privacidad, respeto y consentimiento informado. Plantea la necesidad de que se marque un énfasis particular en las mujeres, las personas con alguna discapacidad y los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Asimismo, reconoce la necesidad de proveer a los grupos de adolescentes y jóvenes de una educación sexual de carácter integral basada en información precisa y de acuerdo con las características de su desarrollo evolutivo.

---

<sup>132</sup> Véase <http://wcy2014.com/pdf/zero-draft-spanish.pdf>

También insta a los Estados Miembros a promover estilos de vida saludables, la igualdad y la equidad de género y la eliminación de toda forma de violencia hacia los grupos de adolescentes y jóvenes en los ámbitos públicos y privados.

**c) Foro Regional de Juventudes de América Latina y el Caribe-Quito**

El Foro Regional de Juventudes de América Latina y el Caribe 2014 facilitó un espacio de diálogo entre los adolescentes y jóvenes de ambos sexos y los sectores interesados en la Agenda de Desarrollo Global post 2014.

Las personas jóvenes, así como las organizaciones y redes juveniles, se expresaron en torno a los temas de empleo, salud –incluyendo salud sexual y reproductiva–, educación, violencia y participación juvenil, e hicieron recomendaciones para asegurar el respeto a sus derechos.

En el ámbito de la salud, solicitaron que los Estados garanticen el nivel más alto y la integralidad en los servicios de salud pública. Remarcaron la importancia de que los servicios de salud sexual y reproductiva se organicen de manera diferenciada y amigable y se otorguen con un enfoque de derechos humanos, interculturalidad, pertinencia lingüística, género y generaciones, asegurando el acceso a métodos anticonceptivos modernos que incluyan la AE.

Plantearon también el reconocimiento y la garantía del pleno ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos, la inclusión de la diversidad sexual y la erradicación del estigma y la discriminación por cuestiones de identidad u orientación sexual. Así mismo, reconocieron la diversidad de las juventudes en materia de VIH y plantearon la necesidad de asegurar una respuesta multisectorial que asegure el acceso a insumos.

En el campo de la educación, recomendaron a los Estados incrementar las inversiones para garantizar el derecho a la educación de calidad, pública y gratuita, así como laica, intercultural y con enfoque de género. Se pronunciaron por una educación sexual integral laica, en todos los niveles educativos, basada en evidencias, con enfoque intercultural y pertinencia lingüística, como medida para disminuir el embarazo adolescente y para erradicar todo tipo de violencia, incluida la sexual.



En el tema de violencia, recomendaron impulsar políticas públicas para la eliminación de toda forma de violencia hacia la mujer mediante programas y procesos de prevención y educación, y reconocer al feminicidio como expresión máxima de la violencia hacia las mujeres y como un delito para ser tipificado en las legislaciones.

En el apartado de la participación, las recomendaciones apuntaron hacia la necesidad de asegurar la presencia e involucramiento de adolescentes y jóvenes en la formulación, ejecución, vigilancia y validación de políticas públicas multisectoriales a todo nivel, con presupuestos sostenibles y considerando contextos y realidades particulares.

#### **7.5.9 LA CONVENCIÓN IBEROAMERICANA DE LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES (CIDJ)**

La CIDJ<sup>133</sup> reconoce explícitamente a las personas que tienen entre 15 y 24 años de edad como sujetos y titulares de derechos, sin perjuicio de los derechos que igualmente benefician a los menores de edad por la aplicación de la CDN.

La Convención Iberoamericana reconoce que las y los jóvenes conforman un sector social que tiene características singulares en razón de factores psicosociales, físicos y de identidad, y que requiere una atención especial por tratarse de un periodo de la vida en el que se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro.

En su Artículo 23, la CIDJ menciona explícitamente el derecho a la educación sexual –que debe ser impartida en todos los niveles educativos– y la importante función de la familia para fomentar conductas responsables en el ejercicio de la sexualidad y prevenir las ITS, el VIH/SIDA, los embarazos no planeados y el abuso o la violencia sexual.

---

Los Estados Parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa a la reproducción y sus consecuencias.

**CIDJ, 2005-Artículo 23**

---

---

<sup>133</sup> Este instrumento entró en vigor el 1 de marzo de 2008. A la fecha, ha sido ratificado por siete países: Costa Rica, Ecuador, Honduras, República Dominicana, Uruguay, Bolivia y España. Véase [http://www.oij.org/es\\_ES/publicacion/convencion-iberoamericana-de-derechos-de-los-jovenes](http://www.oij.org/es_ES/publicacion/convencion-iberoamericana-de-derechos-de-los-jovenes)

**7.5.10 DECLARACIÓN MINISTERIAL “PREVENIR CON EDUCACIÓN”**

En 2008, el Gobierno de México convocó a la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en América Latina y el Caribe efectuada en el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre SIDA. De esta reunión surgió la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” en la que los ministros de salud y de educación de América Latina y el Caribe afirman “su compromiso con el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, a la educación, a la no discriminación, y al bienestar de las generaciones futuras” (Preámbulo). La Declaración busca que los esfuerzos de prevención del VIH se fortalezcan asegurando a la población adolescente y joven el acceso a una educación integral de la sexualidad—que maneje contenidos y metodología basados en la evidencia científica— y a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Las necesidades de quienes se encuentran en mayor riesgo figuran prominentemente en los objetivos de la Declaración.

---

Asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH; atención integral de ITS; condones y educación sobre su uso correcto y consistente; orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH, así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, para todas las personas, especialmente las y los adolescentes y jóvenes.

**Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, 2008-Acuerdo 3.8**

---

Este instrumento busca impulsar la igualdad y combatir la discriminación, incluida la basada en el estado de VIH de las personas, su orientación sexual o identidad de género.

La Declaración llama a una sinergia entre los sectores de Salud y Educación, y a la participación de otros sectores clave para revertir la epidemia del VIH/SIDA, promover estilos de vida saludables y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los grupos adolescentes y jóvenes.

**7.5.11 DECLARACIÓN DE GUANAJUATO**

En 2010, los ministros de Juventud y otros representantes de los gobiernos participantes en la CMJ, reunidos en la ciudad de León, Guanajuato, México, reafirmaron su compromiso para promover y proteger todos los derechos humanos de las personas jóvenes, como los consagran la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales.

Entre las prioridades para la acción, la número 14 –correspondiente al campo de la salud– plantea:

---

Establecer políticas públicas que garanticen el acceso de las personas jóvenes a la salud sin discriminación e incrementar la calidad y cobertura de los sistemas de salud y servicios de atención a la salud, incluidos aquellos para la sexualidad y salud reproductiva, reducir la mortalidad y morbilidad maternas, e impulsar la prevención, atención, tratamiento y asesoría para las personas jóvenes con el fin de detener y revertir la diseminación del VIH y el SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, malaria y otras enfermedades, incluidas las enfermedades no contagiosas.

**Declaración de Guanajuato, 2010**

**Prioridad para la Acción N° 14**

---

En lo que respecta a equidad de género, en las prioridades se formula la necesidad de fortalecer los esfuerzos para alcanzar el ODM 3 e integrar la perspectiva de género en el diseño, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de todas las políticas públicas y programas relativos a las personas jóvenes con el fin de superar toda forma de discriminación por razones de género, en particular la discriminación contra las mujeres jóvenes.

### **7.6 IMPLICACIONES OPERATIVAS<sup>134</sup>**

En México, los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente están resguardados por el marco jurídico vigente en el país.

Dicho marco reconoce a las mujeres y hombres adolescentes como sujetos plenos de derechos y establece la obligación de las personas adultas y de las instituciones de tomarlas y tomarlos en cuenta como titulares de los mismos, y no como entes pasivos ante las acciones que conciernen a su desarrollo integral. Tal obligación incluye respetar y hacer valer su derecho a participar de una manera protagónica en todo aquello que se relaciona con su salud sexual y reproductiva. En términos prácticos, conlleva el deber de la sociedad de poner a su alcance los medios y recursos para el acceso oportuno a información confiable y a servicios de salud de calidad que aseguren su derecho a vivir la sexualidad de una manera informada, consentida, segura y placentera.

---

<sup>134</sup> El contenido de este apartado se detalla con mayor precisión en el anexo 2.

## 7. MARCO JURÍDICO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

---

En el país, los instrumentos que protegen el acceso de las y los adolescentes a la información, a la orientación-consejería y a servicios de salud permiten al personal que atiende la salud sexual y reproductiva de este grupo tener certeza sobre las responsabilidades y los límites de su actuación. En una primera instancia, el personal de salud debe tener claro que brindar este tipo de atención a una o un adolescente no es una opción para considerar ni un favor que se hace; es un derecho de la población adolescente consagrado en la legislación que el personal de salud tiene la obligación de respetar.

Este personal debe, adicionalmente, considerar lo siguiente:

- 
1. Los servicios de salud representan una vía muy valiosa e insustituible para garantizar a las y los adolescentes el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Es obligación brindarlos, promoverlos, facilitar su acceso y que sean de calidad.
  2. Es responsabilidad de las instituciones y de los prestadores y prestadoras de servicios organizar y ofertarles servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a las características y necesidades específicas de estos grupos; su compromiso consiste en algo más que darles entrada a los servicios existentes para las personas adultas.
  3. Ningún adolescente, mujer u hombre, requiere la autorización de su madre, padre o de una tutora/or legal para que le den consulta, le otorguen el anticonceptivo que ella o él elija, y acceda a información sobre sexualidad.
  4. La capacidad de autonomía de estas personas, indispensable para tomar decisiones responsables en materia de sexualidad y reproducción, exige que se las oriente y guíe apropiadamente; esto es, de manera objetiva, científica, libre de prejuicios, respetando sus derechos a la libertad de conciencia y al consentimiento informado.
  5. Ningún adolescente, mujer u hombre, puede ser discriminado en los servicios de salud por razones de edad, etnia, orientación sexual, estado civil, ni cualquier otra. Más aún, la oferta de servicios disponible debe considerar la diversidad junto con la pluralidad de necesidades que de ahí se deriva, y responder a ella de forma efectiva y respetuosa.
  6. Los servicios de salud deben asegurar la integridad física y moral de las y los adolescentes que acuden a ellos. Esto implica respetar su derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
  7. Las actitudes del personal de salud no deben limitar las oportunidades de acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las creencias de algunos prestadores y prestadoras, producto de una educación restrictiva con respecto a la sexualidad, no los exime del cumplimiento de la normatividad existente y están obligados a que tales prejuicios no se filtren en la atención que otorgan.

8. El personal de salud que tiene la voluntad de actuar en forma propositiva por una mejor salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes está amparado por la normatividad y tiene en ésta un aval para su actuación.

9. Cualquier agravio a los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes puede calificarse de discriminación en su contra. Tal situación ocurre, por ejemplo, cuando no pueden obtener servicios oportunos de salud reproductiva, se les niega la prescripción de métodos anticonceptivos, se les estigmatiza por alguna preferencia sexual, se les niega la información apropiada para que sus decisiones estén fundamentadas en información científica, se les restringe el beneficio de gozar de los avances tecnológicos que pueden contribuir a una vida sexual y reproductiva más segura, o cuando se reprueba que tengan relaciones sexuales y se les inculca vergüenza y/o temor.

10. La ignorancia de la ley y de la normatividad no exime a los prestadores y prestadoras de servicios de salud de su cumplimiento.

---



8



**SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES**





### **8.1 ¿POR QUÉ LA POBLACIÓN ADOLESCENTE NECESITA SERVICIOS DIFERENCIADOS?**

- La adolescencia es una fase del desarrollo que tiene características propias y amerita un enfoque específico de sus necesidades; las inquietudes y carencias de las y los adolescentes no son las de una niña o niño ni las de una persona adulta.
- La adolescencia no es un periodo transitorio efímero sino una etapa tan larga e importante como la infancia.
- Las y los adolescentes son seres sexuales y tienen derecho a vivir su sexualidad de manera informada y libre.
- El tabú de la sexualidad los despoja de sus derechos y esto afecta su salud.
- Disfrutar la sexualidad y proteger la propia salud son dos caras de una misma moneda.
- La capacidad de deslindar la sexualidad de la reproducción se ve obstruida al no haber acceso a los medios anticonceptivos necesarios para hacerlo. Tal interferencia ocasiona daños en la salud.
- El proyecto de vida de las y los adolescentes se puede ver truncado por la desinformación, que conduce a decisiones desafortunadas en materia sexual y reproductiva.
- El ejercicio de la sexualidad entre adolescentes, la mayor parte de las veces no ocurre, dentro de los patrones hegemónicos de una pareja estable con un proyecto de familia; inclusive, algunas de estas personas casadas o unidas se ven privadas, muchas veces, de la opción de escoger si desean retrasar el primer embarazo y de decidir cuántas hijas o hijos tener y cuándo.
- El cuerpo de las adolescentes presenta una mayor vulnerabilidad al contagio de ITS y al embarazo, parto y aborto.
- En esta etapa de la vida, el enfoque de prevención puede redituarse más que en cualquier otra época del curso vital.

- La oferta y el acceso a servicios de salud que se diseñan y otorgan en función de las necesidades particulares de las y los adolescentes permiten saldar, en parte, una deuda pendiente que la sociedad tiene con este grupo.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes promueven cambios culturales relacionados con el cuestionamiento de la hegemonía masculina en las decisiones sexuales y la ampliación de los límites impuestos a la sexualidad femenina que la restringen a eventos obstétricos.
- Las consecuencias de una mala salud reproductiva en la adolescencia, como las derivadas de un embarazo precoz y no planificado o de haber adquirido una ITS o el VIH, tienen serias implicaciones para el futuro y el presente de este grupo poblacional. Por esta razón, los servicios de salud necesitan encontrar formas prácticas para evaluar sus estrategias actuales y tomar medidas para asegurarse que son amigables para este grupo etario.<sup>135</sup>

### **8.2 ¿POR QUÉ SI HAY SERVICIOS DIFERENCIADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, LAS Y LOS ADOLESCENTES NO ACUDEN?**

Son diversas las barreras que interfieren con el acceso de este grupo a los servicios de salud sexual y reproductiva. En investigaciones recientes,<sup>136 137</sup> la población adolescente estudiada menciona que los servicios de salud sexual y reproductiva están dirigidos a personas adultas y que sienten rechazo cuando asisten. También han expresado preocupaciones relacionadas con la privacidad, la confidencialidad e, incluso, la actitud hostil del personal de salud. Aunado a lo anterior, el desconocimiento de los procedimientos médicos les infunde miedo, especialmente los exámenes ginecológicos en las mujeres.

Por otra parte, muchas y muchos adolescentes no tienen información suficiente para reconocer el riesgo de embarazo, los síntomas de las ITS, y no saben cuándo deben buscar atención; no tienen información sobre dónde están ubicados los servicios de salud sexual y reproductiva, cuáles son sus prestaciones (que incluyen el acceso a

---

<sup>135</sup> Senderowitz, J. (1999).

<sup>136</sup> Franco, S. et al. (2005).

<sup>137</sup> Allen, B. (2013).

anticonceptivos), desconocen el horario de atención o éste no les resulta conveniente y desconocen qué tipos de servicios ofrecen. Finalmente, el costo sobrepasa sus posibilidades económicas.<sup>138</sup>

Indagaciones realizadas en el país sobre la opinión de las y los adolescentes en relación con algunos de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, indican la existencia de barreras relacionadas con las instituciones, el personal de salud, las familias, las comunidades y ellos mismos.

**BARRERAS A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE IDENTIFICAN LAS Y LOS ADOLESCENTES**

<b>Institucionales</b>	<p>Accesibilidad geográfica: las distancias son importantes; se generan costos de transporte.</p> <p>Promoción: es limitada la difusión de los servicios y escasa la sensibilización en la comunidad.</p> <p>Horarios: son poco convenientes o, siendo adecuados, no se cumplen.</p> <p>Tiempo de espera: son largos.</p> <p>Materiales de IEC: no se renuevan y se pierde el interés por ellos; los temas a veces no coinciden con los intereses de las y los adolescentes; el lenguaje no siempre es accesible para ellos.</p> <p>Personal: la rotación de personal en las clínicas resta confianza y estabilidad a los servicios.</p>
<b>Características del personal de salud</b>	<p>Actitud: en ocasiones, el personal que atiende a este grupo los recibe fríamente y con desconfianza.</p> <p>Comunicación: el uso de tecnicismos impide que las y los adolescentes comprendan el padecimiento que tienen, por qué lo tienen, cómo va actuar el medicamento que se les recetó y qué pueden esperar en los próximos días respecto a su molestia. Las explicaciones son limitadas e insuficientes, y no resuelven las dudas.</p>

<sup>138</sup> OPS, UNFPA, CENEP (2000).

## 8. SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

<b>Las familias</b>	Desconfían de los servicios. Tienen temor a la información que pueden recibir sus hijas o hijos. Se muestran desinteresadas y no dan apoyo. Expresan creencias restrictivas y opuestas a los derechos sexuales y reproductivos. Imponen prohibiciones a sus hijas o hijos para que no acudan.
<b>Comunidades</b>	Manifiestan prejuicios en torno a la sexualidad. Desconocen los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. Expresan valores que defienden el machismo y la discriminación.
<b>Adolescentes</b>	Desconocimiento: no tienen información precisa sobre sus derechos sexuales y reproductivos; falta comprensión sobre la importancia de hacer uso de los servicios. Actitudes: tienen temor o vergüenza de acudir; falta credibilidad. Comunicación: dificultad para abordar temas de sexualidad con otras personas. Familiares: no cuentan con la aprobación de su madre o padre.

Fuente: UNFPA (2011). Relatoría del encuentro con adolescentes del Encuentro Nacional de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) y de un grupo de los Servicios Amigables de la SSA (Guerrero, Tlaxcala y Puebla).

### 8.3 ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEBERÍA TENER UN SERVICIO AMIGABLE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

*Servicio Amigo* no implica que los profesionales deban ser amigos de las y los adolescentes; ellos deben ser referentes capaces de brindar, además de la atención necesaria, calidez y contención. El término amigo fue definido como un principio internalizado que se expresa en una actitud de servicio.<sup>139</sup>

Los servicios de salud amigables para adolescentes deben ser accesibles, equitativos, aceptados, apropiados, comprensivos, efectivos y eficientes. Se recomienda tener en cuenta e implementar tales características a nivel nacional, desde una perspectiva

<sup>139</sup> Dr. Daniel Fiszman, citado en Pasqualini, D. y Llorens, A. (comps.) (2010).

general hasta los aspectos concretos de la prestación del servicio en terreno, de acuerdo con el contexto social, cultural, económico y político de cada lugar.<sup>140</sup> La capacitación, la orientación y la supervisión del equipo de salud son necesarias para garantizar el cumplimiento de las normas y los componentes que deben ser puestos en práctica por el personal. Las actividades de actualización deben poner énfasis en el conocimiento y la sensibilización para comprender las necesidades diversas de las y los adolescentes, y en las capacidades de comunicación para promover entre ellas y ellos actitudes y valores favorables para el cuidado de su salud sexual y reproductiva.<sup>141</sup>

Un conjunto esencial de servicios e insumos de salud sexual y reproductiva para adolescentes debe garantizar el acceso universal a la anticoncepción; a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de ITS/VIH o la canalización a estos servicios, y la derivación a los servicios de salud materna. A su vez, estos servicios deben complementarse con actividades de IEC y de orientación-consejería acordes con las características de los diversos individuos y grupos.

Las características de los servicios amigables deben incluir accesibilidad en cuanto al horario y la ubicación, un ambiente y un trato que no sea amenazante sino que incorpore el respeto a los derechos, las decisiones y la autonomía de las y los adolescentes e incorporar la participación de jóvenes y otros miembros de la comunidad. Deben ofrecer una gama de servicios preventivos, que comprende la disponibilidad de anticonceptivos, incluyendo condones y anticoncepción de emergencia, así como consejería y actividades de aprendizaje de conocimientos y habilidades, servicios curativos como detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo atención o referencias, la detección del VIH, el embarazo y el aborto inducido.<sup>142</sup>

El cuadro siguiente enuncia y describe las características principales de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes:

---

<sup>140</sup> WHO (2002). Véase también cuadro 21 en UNFPA (2003) y la llave 2 en UNFPA (2007a).

<sup>141</sup> Department of Health (2011).

<sup>142</sup> Allen, B. (2013).

**LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES**

<b>Características</b>	<b>Descripción</b>
<b>Políticas de salud amigables</b>	Basadas en los derechos de las y los adolescentes; integran las necesidades particulares de los diversos grupos de la población, incluidos los que están en condiciones de mayor vulnerabilidad; rechazan la discriminación por género, raza, religión, etnia, edad, orientación sexual, y otros; respetan la privacidad y la confidencialidad; facilitan el acceso o gratuidad; tienen un enfoque de género, de derechos humanos y de interculturalidad.
<b>Establecimiento de salud amigable</b>	La unidad de salud está ubicada en un lugar de fácil acceso para la población adolescente. Cuenta con horarios convenientes para este grupo etario y con espacios que permiten brindar atención con respeto, privacidad y confidencialidad. El entorno es seguro, confortable y acogedor, y se diferencia de un entorno francamente infantil o adulto. Tiene material educativo disponible. Está adaptado a la cultura del lugar y cuenta con la señalización correspondiente.
<b>Profesionales amigables</b>	El equipo de profesionales de salud es técnicamente competente en promoción, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva; tiene habilidades de comunicación; reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y los trata con respeto, confidencialidad e igualdad; entiende que su rol es apoyarlos en las decisiones que tomen para satisfacer sus necesidades de desarrollo y salud integral. Logra obtener su confianza.
<b>Atención amigable</b>	Los protocolos de atención son flexibles. Hay una resolución efectiva y eficiente de la consulta espontánea; referencia y contrarreferencia expeditas. La atención es oportuna. Cuenta con un sistema de seguimiento al adolescente que haya requerido el servicio.

<p><b>Procedimientos administrativos amigables</b></p>	<p>El procedimiento previo a la atención es fluido, el tiempo de espera es corto; los registros son confidenciales.</p> <p>El trato a las y los adolescentes se da en un marco de respeto y privacidad.</p> <p>Todo el personal está sensibilizado y en capacidad de brindarles orientación acerca de los servicios.</p> <p>La recepción es amigable y está a cargo de personal competente, capaz de atender o referir a la o el adolescente en caso de no ser posible su atención inmediata.</p>
<p><b>Disponibilidad de una amplia gama de servicios</b></p>	<p>Los servicios (atención, orientación y promoción) son apropiados y comprehensivos y se ofrecen de manera integral y multidisciplinaria.</p> <p>Se aplican protocolos y guías basados en evidencias.</p> <p>Se asegura un abasto apropiado de anticonceptivos acompañado de información al respecto.</p>
<p><b>Participación comunitaria</b></p>	<p>El establecimiento de salud se reconoce a sí mismo como un actor más de la comunidad. Promueve la realización de diagnósticos participativos por medio de los cuales se recopilan las necesidades de la población –desagregadas por sexo y analizadas con perspectiva de género– y busca, en conjunto con otras instancias, alternativas para responder a ellas.</p> <p>Involucra a la comunidad –y como parte de ella a las y los adolescentes– en el diseño, la implementación y la evaluación de programas.</p> <p>Establece y fortalece los lazos con otros grupos comunitarios (escuelas, organizaciones juveniles, OSC locales, medios de comunicación), buscando crear una red más amplia de apoyo y servicios para aumentar la cobertura y la accesibilidad.</p> <p>El servicio se extiende a la comunidad, identificando a las y los adolescentes que requieren atención en salud.</p>
<p><b>Sistemas de evaluación y monitoreo</b></p>	<p>Se establecen objetivos e indicadores precisos y se evalúa periódicamente su cumplimiento.</p> <p>Existen procesos de monitoreo y mejoría de la calidad de atención.</p> <p>Se cuenta con un sistema de manejo y control de costos.</p>

Información basada en: Pasqualini, D. y Llorens, A. (comps.) (2010); Quintana, S. et al. (2003); Robledo, P. (s/f); UNFPA (2007a); Amuchástegui, A. y Parrini, R.J. (2009); Department of Health- Children and Young People (2011); Allen, B. (2013).





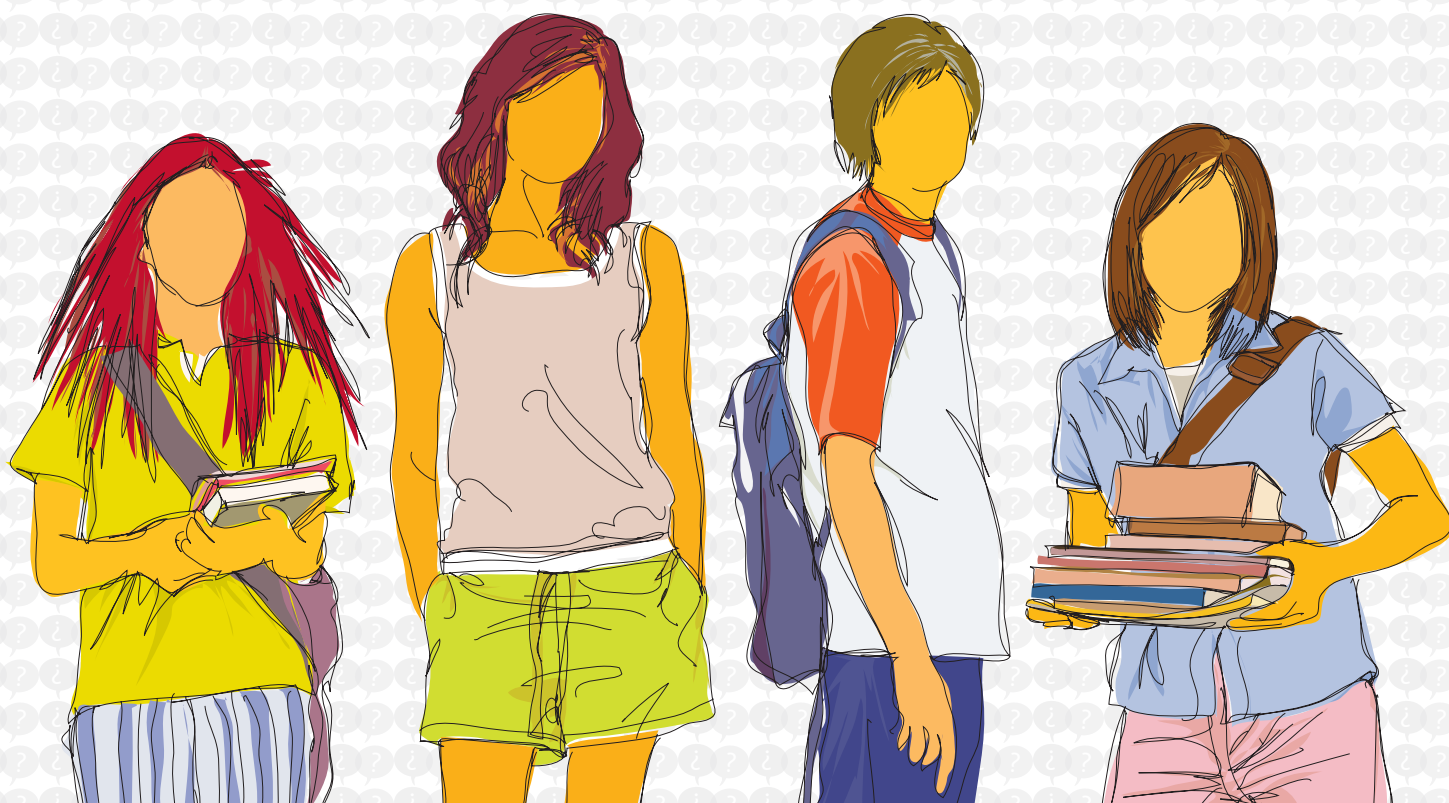
---

**SEGUNDA SECCIÓN**  
**EL MODELO**

---



## SEGUNDA SECCIÓN EL MODELO



**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES**



## **PROPÓSITO**

Proporcionar un marco estandarizado –conceptual y operativo–, que oriente los esfuerzos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), hacia la meta común de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población adolescente mediante la provisión de servicios de calidad, en un ambiente amigable que garantice el respeto pleno a sus derechos sexuales y reproductivos.

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. Establecer en las unidades de atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, un modelo de servicios en salud sexual y reproductiva que defina los lineamientos técnicos, normativos y administrativos para proporcionar a la población adolescente servicios apegados al Paquete Básico de Servicios de Salud, con la debida calidad y calidez y con énfasis en las acciones preventivas consideradas en el capítulo de salud sexual y reproductiva para la y el adolescente.
2. Operar en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud un conjunto de acciones básicas –dirigidas al personal y/o equipo multidisciplinario de las instituciones y sus diferentes niveles de atención– para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes, que se sustentan en criterios unificados y una metodología práctica y accesible.
3. Brindar atención integral a la población adolescente, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, garantizando el pleno respeto a sus derechos sexuales y reproductivos con un claro enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad que promueva la autonomía, el consentimiento informado y la oportunidad de tomar decisiones y adoptar medidas sin presión ni coacción.

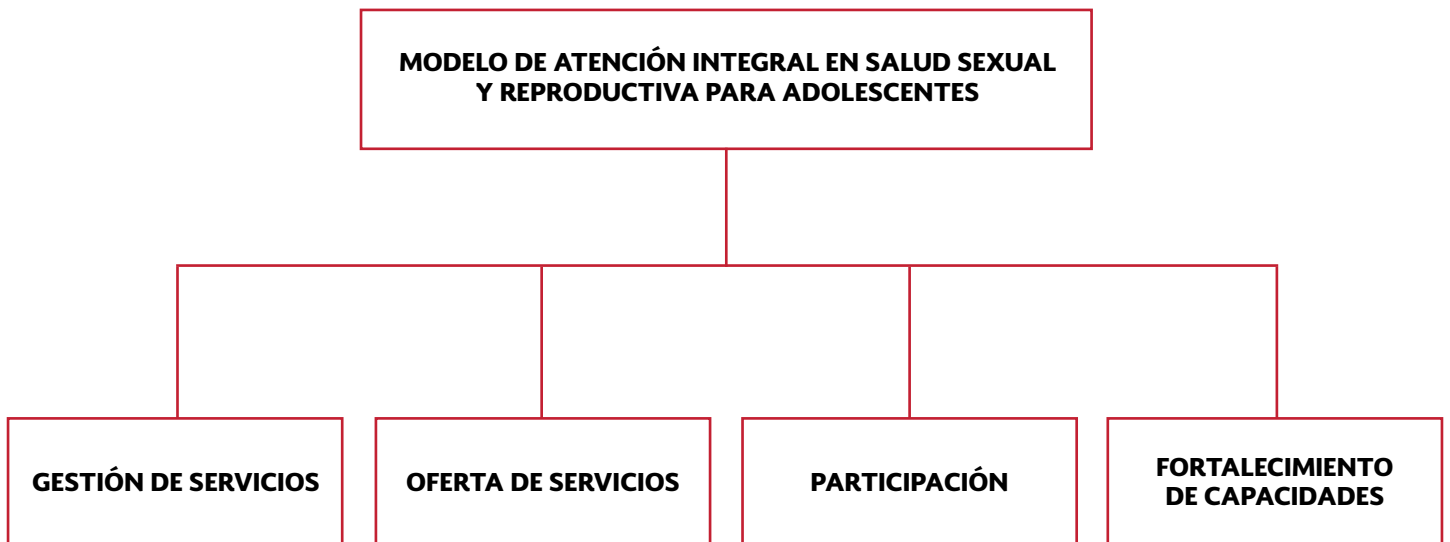
## **COMPONENTES DEL MODELO**

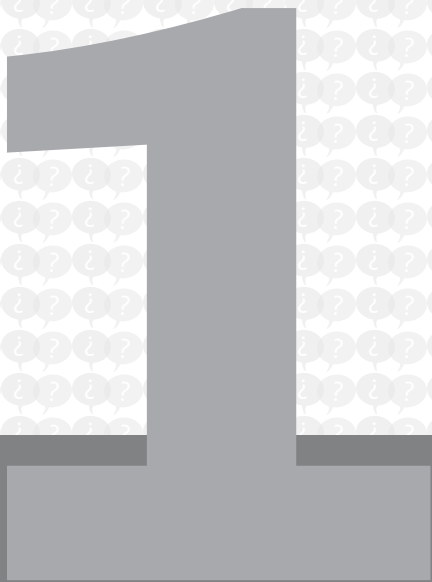
En conjunto, el Modelo está integrado por cuatro componentes básicos:

1. **Gestión de servicios**
2. **Oferta de servicios**
3. **Participación**
4. **Fortalecimiento de capacidades**

Cada componente, a su vez, reúne un conjunto de acciones que, al funcionar de modo sinérgico, dan por resultado un efecto superior al que se obtiene de la simple suma de los elementos.

**ESQUEMA 2**





## GESTIÓN DE SERVICIOS

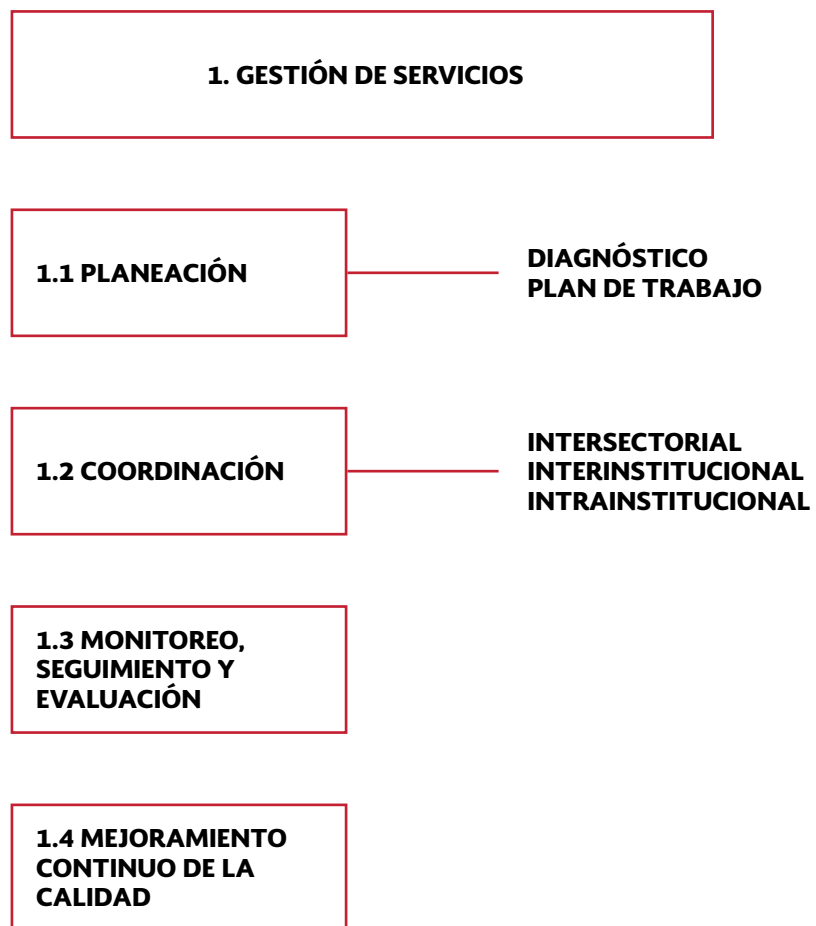




Es la forma en que las personas responsables de los servicios, movilizan y administran los recursos del sistema para cumplir con los objetivos del Modelo y organizar las acciones que faciliten el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Este componente aporta al Modelo la estructura que permite ordenar los recursos y los procesos en función del logro de los objetivos trazados, en un ciclo de mejoramiento continuo de calidad y eficiencia. Los elementos que se aprecian en el esquema siguiente son parte de este componente.

**ESQUEMA 3**



### 1.1 PLANEACIÓN

Esta actividad parte de un diagnóstico situacional que permite identificar y priorizar las necesidades que requieren mayor atención. Con base en este diagnóstico, se formulan los objetivos de la implantación del Modelo de acuerdo con los estándares de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes y las posibilidades existentes en cada caso, y se define un esquema de actividades y estrategias dentro de un plan de trabajo con plazos establecidos. Por último, se asignan o fijan los requerimientos de las diversas actividades en cuanto a equipo, insumos y presupuesto.

No importa si se está planeando para una unidad, región, estado u organización; las preguntas que se formulan en el proceso de planeación para la implementación del Modelo serán las mismas:

- a) ¿Para qué estamos aquí?
- b) ¿Por qué lo queremos hacer?
- c) ¿Qué intentamos lograr?
- d) ¿Hasta dónde queremos llegar y cómo lo vamos a hacer?

#### 1.1.1 DIAGNÓSTICO

Esta tarea es primordial, puesto que permite:

- Conocer la situación de la población adolescente en relación con su salud sexual y reproductiva.
- Determinar y priorizar las necesidades que se deben atender.
- Prever barreras que pueden interferir en la prestación de servicios (institucionales, culturales o personales, tanto de las y los adolescentes como del personal de salud).
- Disponer de un conocimiento acerca del contexto en que se inserta el Modelo (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas).
- Tener información útil para orientar decisiones y compartir con la comunidad, a fin de que ésta conozca cuáles son las necesidades en salud sexual y reproductiva de sus adolescentes y pueda entonces involucrarse en la atención y/o solución de éstas.

Conviene que el diagnóstico se haga en los diferentes niveles administrativos y de atención de servicios. Por ejemplo: unidad médica de primer nivel, unidad hospitalaria de segundo nivel, jurisdicción o su equivalente, estado.

En el caso del nivel jurisdiccional o su equivalente, el diagnóstico deberá ser un reflejo de la suma de las unidades que prestan estos servicios en el primer y segundo nivel del área de influencia, en cada caso.

Por su parte, el diagnóstico estatal deberá reflejar la integración de los niveles jurisdiccionales o su equivalente.

A partir de la delimitación de la zona geográfica correspondiente, el diagnóstico deberá recabar información sobre las siguientes condiciones:<sup>143</sup>

- Demográficas: tamaño de la población adolescente desagregada por edad, sexo y nivel educativo y por unidad de salud.
- Sociofamiliares de la población adolescente: edad en la que se da la unión o se contrae matrimonio, religioso y/o civil; inserción social (trabajo y/o estudio); composición del grupo familiar; entre otras.
- Estado de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente a partir de indicadores como edad de inicio de relaciones sexuales; edad del primer embarazo; conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos; incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
- Utilización de los servicios de salud de las unidades de atención que existen en la localidad o jurisdicción. Por ejemplo: número de consultas que se proporciona a la población adolescente; principales motivos de consulta; número de adolescentes embarazadas; número de adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos; número de adolescentes que han aceptado la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

---

<sup>143</sup> Para ampliar información sobre diagnóstico participativo, véase FCI y UNFPA (2006).

- Recursos humanos institucionales: características del personal que proporciona o podría proporcionar atención en salud sexual y reproductiva a los grupos adolescentes; actitudes y conocimientos en relación con el desempeño que se requiere.
- Organizaciones locales de adolescentes o que atienden a esta población: tipo de trabajo que realizan, enfoque ideológico, potencial de colaboración con los servicios de salud.

Con base en la información anterior, se procede al análisis procurando responder a los siguientes interrogantes sobre la salud sexual y reproductiva de la población adolescente:

- ¿Cuáles son los principales problemas de este grupo etario en este ámbito?
- ¿Los servicios que se ofrecen en materia de salud sexual y reproductiva son acordes con sus necesidades?
- ¿Existen los recursos suficientes para poder atender los problemas adecuadamente?
- ¿En qué problemática(s) se puede incidir mediante las actividades que se programen?
- ¿Cómo focalizar las acciones para responder apropiadamente a las necesidades singulares de la población adolescente localizada en áreas rurales e indígenas?

### 1.1.2 PLAN DE TRABAJO

Un plan de trabajo es un instrumento que proporciona el encuadre para organizar las actividades encaminadas al cumplimiento de objetivos previamente planteados. En él se establece un orden para la realización de las actividades, se asignan responsables de su ejecución, se fijan los momentos de su inicio y culminación, se estipulan los recursos materiales y financieros para realizarlas y se indica el lugar donde se desarrollan. Es una exposición de acciones que tienen un orden lógico, en el que cada una se deriva de manera congruente de la anterior.

Cuando no se cuenta con un plan de trabajo, las actividades se desarrollan un poco al azar, y aunque puede ocurrir que algo resulte útil, al desconocerse con precisión hacia dónde se va, se desperdicia el potencial para apoyar de una manera intencionada algún elemento que así lo requiera.

En términos generales, la elaboración de un plan de trabajo sigue un proceso que se puede describir de la manera siguiente:

- a) existe un problema o necesidad (derivados del diagnóstico);
- b) se requiere una solución;
- c) se fijan prioridades;
- d) se establecen objetivos;
- e) se identifican las acciones y recursos que se requieren para obtener los resultados deseados, y
- f) se sistematizan las acciones en un plan.

Tomando como marco los componentes del Modelo, los planes en cada unidad trazan su ruta desde su propio punto de partida. De acuerdo con su situación particular, fijan las acciones que se llevarán a cabo en un periodo determinado, que en este caso corresponde a un año.

El plan de trabajo es una guía para la implementación del Modelo y es la base para su supervisión. Por lo tanto, indica lo que se debe hacer y en qué orden, identifica quién debe responsabilizarse de cada actividad y determina cuándo ha de empezar y cuándo ha de finalizar la ejecución de las acciones.

Asimismo, el plan de trabajo ayuda a justificar la gestión de presupuesto y también permite ver, a medida que se identifican responsables de cada actividad, si el personal cuenta con la capacidad y el tiempo necesarios para cumplir de manera razonable y satisfactoria las responsabilidades que le han sido asignadas.

La elaboración de planes de trabajo no significa que se debe empezar de cero, sino que éstos se deben articular con el plan anterior para ampliarlo, fortalecerlo o, en algunos casos, rectificarlo. Una buena manera de iniciar es revisando de qué modo se han realizado hasta el momento las acciones.

Un cronograma o calendario de actividades no es un plan de trabajo. Un coordinador o coordinadora puede esforzarse en preparar un calendario, enlistando las tareas por hacer, día a día, para cierto periodo; y aunque esto es útil, por supuesto, no es precisamente un plan de trabajo ya que no establece los objetivos y los resultados que se quieren conseguir, ni el cómo, ni el porqué.

### 1.1.2.1 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La palabra objetivo significa fin al que se dirige o encamina una acción u operación; expresa, en otras palabras, la intencionalidad que tienen las acciones y los esfuerzos.

Los objetivos definen el alcance de las actividades y especifican los resultados y beneficios cuantificables y esperados cuando se lleva a cabo una estrategia o actividad. Expresan una intención particular y mensurable que puede, por sí misma o en colaboración con otras, apuntalar la implantación de las acciones.

Cumplen, entre otras, las funciones siguientes:

- Sirven de guía para la ejecución de las acciones, justifican las actividades del programa y actúan como estándares para evaluar las acciones y la eficacia de la organización.
- Proporcionan a quienes son responsables de un programa una serie de pautas que orientan la toma de decisiones, la eficiencia de la organización, las características del personal y la evaluación del desempeño.

En general, se debe pensar tanto en los resultados que se quieren lograr como en el proceso que se desarrollará para alcanzar los resultados. Al tratarse de un programa se formulan varios objetivos específicos, los cuales pueden estar relacionados con los servicios y/o los cambios en la organización.

Los objetivos del servicio definen globalmente el impacto que el plan trazado desea tener en determinada población al cabo de un cierto tiempo especificado en el proceso de planeación. Los objetivos organizacionales definen los cambios internos y las mejoras que la organización debe realizar para obtener el impacto deseado.

Al establecer los objetivos, hay que asegurar que los gastos no serán superiores a los recursos disponibles. A veces se cometen errores, como plantear objetivos que no tienen relación con el problema o tema y que luego resultan inmanejables. Estos errores llevan a la dispersión en el uso de recursos y van en detrimento de la calidad de los servicios. En este sentido, en el momento de definir los objetivos es necesario establecer escalas de prioridad que puedan ubicarlos en un orden de cumplimiento de acuerdo con su importancia o urgencia.

El Modelo es un sistema en el que los componentes están interconectados y se sustentan mutuamente; sus objetivos, a su vez, forman una red de resultados deseados, que podrán ser alcanzables en función de la estrategia que se elija.

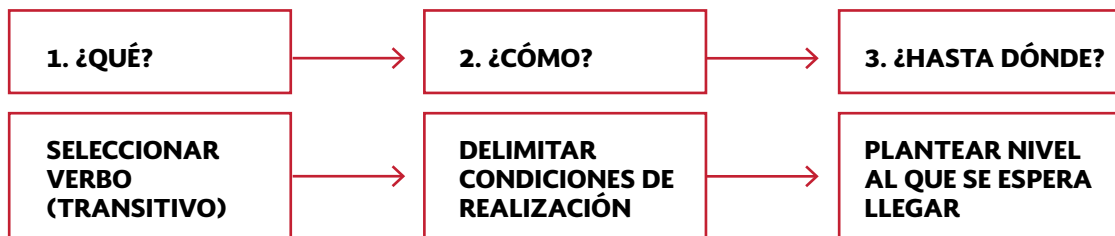
Cada rubro de acciones puede tener uno o más objetivos específicos, los cuales plantean resultados por anticipado; por ello, los objetivos deben reunir varias condiciones:

- Ser coherentes, que significa estar apegados a la normatividad y no oponerse entre sí.
- Ser medibles, para permitir el seguimiento y las evaluaciones a fin de determinar con precisión y objetividad su cumplimiento.
- Ser apropiados, para enfrentar los problemas, alcanzar los objetivos generales y consolidar los componentes del Modelo.
- Ser temporales, con un periodo de tiempo determinado para alcanzarlos.
- Ser específicos, para evitar confusiones en su interpretación.
- Ser viables, esto es, alcanzables, con sentido y realismo.

A manera de apoyo, es útil considerar la fórmula siguiente.

### ESQUEMA 4

#### FÓRMULA PARA DEFINIR OBJETIVOS



Es deseable conformar un equipo de planeación que pueda llegar a un acuerdo sobre qué objetivos perseguir y cómo alcanzarlos; de esta manera, todas las personas vinculadas (adolescentes, personal de salud y grupos comunitarios) pueden compartir una misma visión e ideas específicas para superar obstáculos comunes a fin de alcanzar los objetivos previstos. La conformación de un equipo también permite que los desacuerdos sobre la definición de los objetivos o cómo lograrlos se resuelvan dentro del proceso de planeación; de ese modo, los conflictos internos no surgen posteriormente como obstáculos para la ejecución de las actividades.

#### 1.1.2.2 ACTIVIDADES

Las actividades son las intervenciones necesarias para lograr cada objetivo específico. En cualquier ejercicio de planeación se debe empezar por definir dónde se quiere estar al final del periodo considerado en el plan de trabajo, e identificar los pasos necesarios para llegar ahí a partir de la situación actual.

Las siguientes preguntas sirven como base para las discusiones y reflexiones:

- ¿Qué queremos?
- ¿Qué tenemos?
- ¿Cómo utilizar lo que tenemos para conseguir lo que queremos?
- ¿Qué pasará cuando lo consigamos?



Con el fin de alcanzar los objetivos que se han establecido, es preciso definir y ordenar las actividades que permitirán hacerlo e identificar los recursos humanos, financieros y materiales que se requieren como apoyo para su ejecución.

Si bien existe una lógica lineal en la que de un objetivo se deriva una actividad y de ahí se identifican qué recursos se requieren, lo cierto es que el proceso de la planeación es dinámico e implica un paso para adelante y otro paso para atrás. Es posible que al tratar de plantear las actividades y estimar los recursos para llevarlas a cabo surjan situaciones no consideradas originalmente y haya que replantear el objetivo, ya sea porque es insuficiente o porque no es viable cumplirlo con los recursos o posibilidades de acción existentes.

Una vez definidas las actividades que se van a realizar para conseguir los objetivos y completar los resultados (y luego de haberlas organizado secuencialmente, con claridad sobre quién o quiénes deben realizarlas, cuándo, cómo, dónde y con qué), se puede hablar de un plan de trabajo, que servirá dentro o fuera del grupo que lo implementa para describir los objetivos y resultados que se buscan para justificar las acciones.

### **1.1.2.3 EQUIPO, INSUMOS, PRESUPUESTO**

Un aspecto que también corresponde al plan de trabajo tiene que ver con los recursos que se requieren para llevar a cabo las actividades trazadas. Para cada actividad es importante indicar los requerimientos tan detalladamente como sea posible. Para realizar esta tarea hay que cubrir varios pasos:

- a) Hacer una descripción de las actividades necesarias.
- b) Situar las actividades en la secuencia en que se deben emprender, ordenándolas por fases si es posible, y asignarles un tiempo para su realización.
- c) Identificar los recursos e insumos que se requieren (personal de salud y administrativo, equipo médico e instrumental, medicamentos, espacios, mobiliario, presupuesto, formatos de historia clínica, fichas, material informativo, folletería, actividades de capacitación y actualización del personal de salud, etcétera) y las cantidades de recursos que se necesitan, determinando qué existe y qué hace falta para llevar a cabo cada actividad.
- d) Precisar cómo adquirir o generar esos recursos y cómo asignar las actividades.
- e) Definir los diferentes grupos o personas que estarían involucrados y las tareas que se asignarían a cada uno.
- f) Fijar y distribuir los recursos necesarios para ejecutar las acciones.

### 1.2 COORDINACIÓN

El objetivo de la coordinación es lograr la participación interdisciplinaria y comprometida de quienes tienen la responsabilidad y la capacidad de intervenir en la educación, la prevención y la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

El Modelo considera, con particular interés, que las acciones que se ejecuten trasciendan las paredes de las unidades de salud y se apoyen con otras instituciones locales del mismo sector u otros (coordinación intrasectorial e intersectorial). Más aún, plantea la necesidad de que dentro de las mismas instituciones se establezcan los mecanismos necesarios para que fluya la coordinación de tipo intrainstitucional.

La coordinación permite vincular a las instituciones y organismos para lograr la articulación de las acciones en salud sexual y reproductiva, con el objeto de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos: personal, equipos, suministros, financiamiento, servicios, actividades, materiales educativos, campo de experiencia, y otros.

En tal sentido, el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2013-2018, plantea que la coordinación, en todas sus modalidades, es condición indispensable para avanzar hacia el logro de un acceso universal a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva (Objetivo 1).

#### 1.2.1 COORDINACIÓN INTRASECTORIAL

Se refiere a la que se establece entre entidades gubernamentales en los niveles federal, estatal o municipal. Deberá favorecer la vinculación entre los diferentes aliados –directos, indirectos y estratégicos–, con la finalidad de potenciar las acciones programadas. En el nivel nacional, la vinculación entre el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es un ejemplo.

#### 1.2.2 COORDINACIÓN INTERSECTORIAL O INTERINSTITUCIONAL

Es la que se establece entre instituciones con distinto carácter y distintas formas de funcionamiento: organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas, centros de apoyo e instituciones privadas.

El Modelo plantea la necesidad de contar –en el nivel nacional y en los estados–, con grupos interinstitucionales de salud sexual y reproductiva que determinen las acciones estratégicas para la atención de la población adolescente en este campo y articulen las diferentes coordinaciones existentes en su área de influencia.

En esta coordinación es importante incluir a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las OSC, a la Secretaría de Educación Pública (SEP), al Consejo Nacional de Población (CONAPO), a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CNDPI), al Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), al Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). En el nivel estatal, dichas instituciones deberán ser representadas por sus homólogas estatales.

En este ámbito, la recomendación central del capítulo sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes del Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012 realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP),

es el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional en materia de atención para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Esto, para lograr una mejor calidad, permitir la incorporación de innovaciones necesarias basadas en la evidencia científica y avanzar hacia un uso costo-efectivo de los recursos limitados de los cuales se dispone.<sup>144</sup>

### **1.2.3 COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL**

Es la que integra los esfuerzos de una misma institución y promueve la corresponsabilidad de todos los estamentos involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Estas modalidades de coordinación representan un mecanismo de gran utilidad para que la población adolescente pueda obtener una atención integral de calidad y para promover cambios culturales que ayuden a la consolidación de los servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva. Las relaciones frecuentes que el personal de salud establece con otras instituciones gubernamentales y de la sociedad civil para llevar a cabo programas conjuntos o actividades puntuales favorecen su capacidad de convocatoria para alcanzar la sinergia interinstitucional deseada.

---

<sup>144</sup> Allen, B. (2013).

Para llevar a cabo esta tarea de coordinación, es conducente realizar lo que sigue:

- Elaborar un registro de organizaciones que trabajen con adolescentes y jóvenes en la comunidad (OSC, escuelas, grupos deportivos, promotores y brigadistas juveniles, organizaciones juveniles y comunitarias, centros recreativos, laborales y otros). Esta tarea suele ser parte del diagnóstico.
- Identificar posibles coordinaciones o registrar las que ya estén establecidas.
- Establecer procedimientos de coordinación interinstitucional e intersectorial, en el nivel local, con OSC, medios de comunicación y las instancias estatales de organismos gubernamentales como SEP, CENSIDA, CONAPO, INMUJERES, IMJ y otros.
- Establecer convenios de trabajo interinstitucionales e intersectoriales.
- Definir acciones de apoyo con otras instituciones de salud, del mismo o de diferente nivel de complejidad.
- Delimitar las atribuciones y fijar las responsabilidades operativas de cada participante, bien sea por áreas de intervención o por tipo de servicio.
- Definir los mecanismos de funcionamiento, un programa de trabajo conjunto, mecanismos concertados de evaluación y seguimiento, y un manejo compartido de la información.
- Unificar criterios para el manejo de temas como sexualidad, salud reproductiva, perspectiva de género y violencia, que permitan una difusión coherente de la información.
- Analizar algunas dificultades en esta coordinación y buscar de qué manera se pueden resolver.

La mayor parte de las actividades de salud integral para adolescentes se realizan en el nivel primario de atención. Este nivel coordina y establece mecanismos de

referencia y contrarreferencia expeditos con los niveles secundario y terciario de atención de salud, así como con las instituciones comunitarias que trabajan con adolescentes y jóvenes, especialmente las escuelas. Los niveles primario, secundario y terciario de salud se deben organizar para cumplir con los requisitos de una atención amigable al adolescente. (...)

(...) No resulta fácil lograr que adolescentes y jóvenes acudan a los servicios de salud, más aún aquellos que se encuentran en riesgo, los que deben acceder a una consulta de atención integral bio-psico-social de mayor complejidad y duración. Pueden utilizarse diversas estrategias para lograr el objetivo de que todos los adolescentes cuenten con una evaluación de salud integral. Es por ello que se estimula a que cualquier oportunidad pueda ser utilizada como puerta de entrada para el o la adolescente.<sup>145</sup>

### **1.3 MONITOREO O SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

El seguimiento o monitoreo alude, en términos generales, al proceso de verificar regularmente la situación de un programa por medio de la comparación de la ejecución de las actividades con el plan de trabajo, con el objeto de saber si las actividades están siendo realizadas según el tiempo especificado, se están gastando los fondos presupuestados de acuerdo con el plan, se necesita algún cambio en el manejo o implementación de las actividades, o bien, si el plan de trabajo debería modificarse.

Por otra parte, la evaluación tiene como meta medir el progreso logrado en lo que se refiere a la consecución de los objetivos y a su impacto (si los cambios anticipados han tenido lugar). Este proceso incluye la medición del alcance de los cambios que se han realizado y la medida en que éstos pueden atribuirse a las actividades del plan de trabajo.

A pesar de que existen diferencias entre el monitoreo y la evaluación, ambos procesos funcionan juntos para lograr un mismo fin, que es producir información que puede ser utilizada para mejorar la administración de un programa y lograr los objetivos planteados en el corto plazo, así como los resultados de largo plazo. Uno no puede reemplazar al otro.

---

<sup>145</sup> Robledo, P. (2009).

El seguimiento observa los avances en relación con lo previsto mediante la reunión y el análisis de datos sobre los indicadores establecidos con este fin. Proporciona información continua sobre el nivel de progresos alcanzados en el camino hacia el logro de resultados (productos, efectos directos), mediante sistemas de registro de información y de presentación de informes periódicos. Asimismo, examina la evolución de los procesos programáticos y los cambios operados en las condiciones de los grupos e instituciones a los que están dirigidos como resultado de las actividades programadas. Determina, del mismo modo, los puntos fuertes y débiles de la ejecución del plan. Por tales motivos, es necesario disponer de herramientas que permitan el flujo oportuno, suficiente y confiable de la información para favorecer los procesos de evaluación y la toma de decisiones.

Los métodos de recopilación de datos cuantitativos y cualitativos son, entre otros, los siguientes: entrevistas individuales o colectivas, pláticas con grupos focales y entrevistas comunitarias; realización de encuestas y observación de personas, procesos, objetos, condiciones y situaciones.

Tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos de recolección de datos tienen ventajas y desventajas, y son apropiados para responder a diferentes tipos de preguntas.

Por medio de los métodos cuantitativos se podrá establecer, entre otros:

- a) el alcance de las actividades de capacitación en la cobertura de grupos diversos (adolescentes, personal de salud, comunitario y educativo);
- b) el número de grupos de adolescentes que se hayan conformado (líderes, brigadistas, promotoras y promotores adolescentes);
- c) el número de usuarias y usuarios de primera vez y subsecuentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.

De las técnicas disponibles, el Modelo sugiere las siguientes:

**Informes.** Cada institución deberá elaborar un informe tomando como base su sistema de información. La periodicidad de los reportes responderá a las necesidades específicas de cada institución. Esta información deberá servir para el seguimiento de los indicadores que se determinen en el grupo interinstitucional nacional y estatal de salud sexual y reproductiva. Una definición pronta y limitada de indicadores es indispensable para poder contar con información uniforme sobre el avance de la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes.

**Encuestas.** Con la finalidad de conocer la opinión de la población adolescente, de los prestadores y prestadoras de servicios de salud o de algunos otros actores, como padres y madres de familia, docentes, etcétera, se deberán realizar encuestas de opinión, de salida, o similares.

**Cliente simulado.** Esta técnica deberá aplicarse con la finalidad de conocer directamente la calidad de la atención que proporcionan los prestadores y prestadoras de servicios. Para ello, personas adolescentes, previamente capacitadas en el tipo de atención que vayan a solicitar, se presentarán simulando ser usuarias de los servicios.

El seguimiento deberá realizarse de manera continua, examinando los avances o el cumplimiento de los objetivos propuestos, a fin de recoger información que permita corregir las desviaciones ocurridas en el cumplimiento de los objetivos previstos en el plan de trabajo. Este seguimiento puede realizarse de manera global, considerando el plan de trabajo en su conjunto, o en forma desagregada, considerando los diversos componentes o actividades.

La evaluación, por su parte, es el proceso integral y continuo de investigación y análisis de los cambios más o menos permanentes que se materializan al inicio, a mediano y a largo plazo, en el contexto, la población y las organizaciones participantes, como consecuencia directa e indirecta de las acciones realizadas. Constituye una herramienta para la transformación.

La razón primordial para evaluar un programa es su mejoramiento. Todo el tiempo y la energía que se invierten en una evaluación se vuelven inútiles si los resultados no se usan para elaborar mejores planes en el futuro, conocer los cambios que hay que introducir, compartir las experiencias con otros programas que puedan beneficiarse de ellas, determinar cuáles son los puntos fuertes, cuáles los débiles y dónde se pueden hacer mejoras, conocer hacia dónde se está avanzando y si ese es el rumbo que el Modelo establece.

Dada la posibilidad de que una intervención con una planeación deficiente puede exponer a las y los adolescentes a mayor riesgo o infligir un daño no intencional, es responsabilidad de todo programa invertir en la evaluación y monitoreo de sus actividades. Por ejemplo, ¿qué sucede si una sesión de capacitación, lejos de cambiar prejuicios y concepciones erróneas acerca del condón femenino, los refuerza?

Al estar el seguimiento y la evaluación incluidos en la planeación, será posible evaluar la efectividad del Modelo (cuál es la magnitud del impacto actual en la población a la que va dirigido, comparado con el impacto que se planeó), así como su eficiencia (si se dio el mejor uso posible a todos los recursos).

Mejor aún, la información procedente de las evaluaciones ayudará a abrir el paso a una futura certificación de los servicios diferenciados para adolescentes, con el concurso de las instancias correspondientes para la evaluación de las unidades médicas por medio de indicadores que garanticen la calidad y calidez del servicio proporcionado.

Es conveniente evaluar los procesos y los resultados de cada etapa del Modelo e ir tomando decisiones que contribuyan a mejorar el desarrollo de cada una de dichas etapas. Un ejercicio práctico, que se sugiere en otros países, es tomar los datos de una semana considerada como semana regular (pues durante ésta se verifica una oferta de servicios y una asistencia regular de usuarias y usuarios en la institución) a fin de obtener datos que posibiliten construir una línea de base que pueda ser comparada periódicamente. Para contrastar estos datos, es recomendable hacer el mismo ejercicio en otro periodo.<sup>146</sup>

Tomando en consideración las características y los lineamientos del Modelo, se recomienda:

- Involucrar en los procesos evaluativos –referentes al grado de avance de las actividades y acciones– a todos los agentes que intervienen en la implantación del Modelo: personal de salud, adolescentes y otros actores de la comunidad. Al respecto, la titular de la Secretaría de Salud (SSA) menciona que el PAESSRA 2013-2018 tiene muy en cuenta la participación activa de la población adolescente en la evaluación de la calidad de los servicios que se le proporcionan, ya que “ellas y ellos serán quienes determinen qué, cuándo, dónde, quién y cómo desean que se atiendan sus demandas en salud”.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2008).

<sup>147</sup> SSA (2014).



- Realizar la evaluación del Modelo desde dos vertientes: interna y externa. En el primer caso, cada institución u organización la llevará a cabo conforme a sus propios instrumentos y procedimientos. En el segundo, se hará cargo alguna organización de la sociedad civil.
- Combinar metodologías de corte cualitativo y cuantitativo al evaluar los servicios de salud y educación, a fin de lograr una apreciación más completa de la manera en que se están prestando esos servicios y de cuáles están siendo sus resultados.<sup>148</sup>

Además de instaurar los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación –para obtener, de manera periódica u ocasional, información oportuna, suficiente y confiable que favorezca los procesos de toma de decisiones para un mejoramiento continuo de la calidad–, las personas responsables de la planeación deben acordar los indicadores de evaluación que constituyan los criterios cuantitativos y cualitativos para la medición o evaluación de los logros de las actividades y de los objetivos propuestos. Los indicadores mostrarán hasta qué grado se han alcanzado los objetivos de cada actividad, y por este motivo deberán ser explícitos, pertinentes y objetivamente verificables.

Se pueden tener indicadores de diversos tipos. El Modelo prevé la construcción de indicadores en los rubros siguientes: estructura, proceso y resultados.

A continuación se presenta una lista de variables sujetas a la construcción de indicadores:

### **Estructura**

Profesionales y personal de los servicios de salud

- Capacitación en servicios amigables
- Interdisciplinariedad
- Especificidad

---

<sup>148</sup> Para ampliar información sobre las características de distintos métodos cualitativos y cuantitativos y obtener instrumentos de investigación y evaluación, véase [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/oversight/toolkit/tool5\\_part4\\_es.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/oversight/toolkit/tool5_part4_es.pdf)

Disponibilidad de una amplia gama de servicios

- Oferta de servicios individuales
- Oferta de servicios colectivos
- Oferta de servicios integrales
- Oferta de servicios de extensión

### Proceso

Acceso de adolescentes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación

- Accesibilidad geográfica
- Identificación del servicio
- Ambiente
- Horarios adecuados y programación de citas
- Habilitación de los servicios
- Reconocimiento del servicio

Procedimientos administrativos y de atención

- Políticas institucionales
- Costos del servicio
- Procedimientos para la atención
- Registro
- Seguimiento de pacientes

Participación juvenil, social y comunitaria

- Participación de la población juvenil (promotores y brigadistas juveniles)
- Participación de la población adulta
- Integración del servicio a la comunidad
- Coordinación intersectorial e interinstitucional

### Resultado

- Acceso a los servicios
- Cobertura
- Prevalencia

Los diversos mecanismos evaluativos que se impulsan desde el Modelo apuntalan de manera directa la Estrategia 2.3 del PAESSRA 2013-2018, que plantea: *Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes, por medio de la implementación de sistemas*

*homologados de información* (Línea de acción 2.3.1), y la instauración de mecanismos de supervisión continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (Línea de acción 2.3.4).

#### 1.4 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La calidad es, más que un logro, un atributo de los servicios que día a día buscan acercarse mejor a los propósitos trazados. Implica, por lo tanto, la existencia de un acompañamiento de los distintos procesos, etapas, acciones y resultados para poder saber qué está ocurriendo y cómo se puede mejorar.

La preocupación de los servicios de salud por la calidad de la atención que brindan puede encontrar en la metodología del Mejoramiento Continuo de la Calidad una oportunidad para poder alcanzar y mantener un sistema que responda de manera eficiente a las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios y usuarias, optimice el uso de los recursos, involucre al personal en la identificación de los problemas y acreciente su compromiso como parte de las soluciones que se vayan definiendo. De esta manera, se hace una contribución tanto al aprendizaje como al mejoramiento del proceso.

El método del mejoramiento continuo de la calidad consiste en evaluar permanentemente los procesos para hacerlos más efectivos. Tiene un desarrollo cíclico que abarca tres tipos de actividades: el diseño de la calidad, el monitoreo de la calidad y el mejoramiento de los procesos (o resolución de los problemas).

Este grupo de actividades se desglosa en cinco pasos, como se observa a continuación.

#### ESQUEMA 5

##### CICLO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD



### 1.4.1 PASOS

Un punto de partida necesario para quienes son responsables de organizar la implantación del Modelo es saber dónde están y a dónde se quiere llegar. Se plantea, entonces, un primer paso: → RECOPILO.

La recopilación incluye toda la información posible para planear el servicio, dirigirlo hacia el punto al que hay que llegar, identificar los recursos que se requieren y saber con cuáles de éstos se cuenta. A partir de esta información, sigue un segundo paso: → IDENTIFICO EL CAMBIO.

En esta identificación subyace una necesidad, que puede ser la de conocer más a las y los adolescentes, de mejorar las competencias técnicas del personal, de aunar esfuerzos con otras OSC, de incrementar la participación de adolescentes en la gestión de los servicios, de eliminar barreras que interfieren en la prestación, u otras.

Es una necesidad cuya atención requiere un tercer paso: → PROMUEVO EL CAMBIO.

Este paso implica atraer la atención de las personas implicadas, diseñar estrategias, movilizar recursos, emprender acciones de manera individual y/o colectiva. Cada cambio tiene una intención y es preciso que en un plazo razonable se verifique de qué manera está siendo obtenido. Es la manera de poder saber cuán lejos o cuán cerca se está de los objetivos trazados. Se plantea, otra vez, la necesidad de allegar información: → RECOPILO.

Esta recopilación es la oportunidad de identificar espacios para mejorar, de revisar qué se logró en relación con lo esperado, si la manera en que se realizó fue adecuada y si se puede optimizar. En otras palabras: → EVALÚO.

Con esta evaluación, se reinicia el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Este esfuerzo debe guardar relación con el uso de indicadores que capturen los datos relevantes de las diferentes dimensiones de los servicios de salud y permitan monitorear las mejoras respectivas. Se podrá, de esta manera, tener la certeza de que las necesidades que surgen están basadas en hechos y no en intuiciones.

Los equipos de las unidades de salud deben en todo momento estar en condiciones de iniciar un proceso de mejora continua de la calidad para problemas específicos, y buscar permanentemente pruebas de que los cambios han sido incorporados a sus procedimientos de rutina.

Con la integración de esta metodología se puede esperar que cada unidad de salud tenga un mayor autocontrol de su trabajo y de la operación del Modelo.

#### **1.4.2 BUENAS PRÁCTICAS**

En términos generales, el concepto de “buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, como también a toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. Considerarlas como parte del proceso de gestión, especialmente en las acciones relacionadas con el mejoramiento de la calidad, puede orientar y apoyar, en muchos casos, los procesos de toma de decisiones. En tal sentido, el PAESSRA 2013-2018 alienta la gestión de proyectos de investigación generadores de evidencias científicas que sirvan de insumo en el momento de elegir entre varias opciones (Línea de acción 2.3.3).

Con pleno conocimiento de que no todos los esfuerzos que se realizan en el país están reflejados en este apartado, las pocas prácticas que a continuación se reseñan responden fundamentalmente a dos criterios: están documentadas y dan cuenta de un trabajo específico con grupos adolescentes.

##### **1.4.2.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL ADOLESCENTE RURAL (MAISAR)**

Durante los años 1997 y 1998, el Programa Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) –comprometido con la causa de abatir la muerte materna entre las mujeres de 15 a 49 años– tomó una decisión sin precedentes, tanto por su alcance como por su magnitud: abrir las Unidades Médicas Rurales (UMR) y los Hospitales Rurales (HR) para informar y ofrecer servicios educativos y de salud a adolescentes rurales e indígenas. En febrero de 1998 surgió el MAISAR, orientado a promover el desarrollo integral de este grupo etario de las comunidades rurales e indígenas mediante

la educación en salud sexual y reproductiva, desarrollo humano y habilidades para la vida. El modelo se asentó en la participación y la organización comunitarias que el Programa ha desarrollado durante tres décadas en las comunidades rurales e indígenas de 19 estados de la república. Sostenido por esta sólida relación y participación de las comunidades, el MAISAR ha logrado establecer y mantener 3,637 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). Estos espacios, que funcionan dentro del predio de las UMR y los HR, han permitido que las y los adolescentes se acerquen a los servicios de salud y encuentren allí la convivencia y el ambiente cordial para satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva (de tipo médico, de educación, información y consejería), en un ambiente amigable dedicado a ellas y ellos. De esta manera, los CARA han brindado durante más de 15 años atención integral a la salud de adolescentes del medio rural e indígena, con el objeto de favorecer conductas y actitudes informadas y decisiones libres tomadas de manera responsable y segura, que les permitan cuidar su salud, su sexualidad –a la que pueden añadir el disfrute– y su capacidad reproductiva. El tipo de intervenciones preventivas que se idearon y se pusieron en marcha, hace hincapié en las actitudes y emociones a través de la educación entre pares, es decir, entre personas de la misma edad o que poseen intereses y características comunes.

Las y los líderes adolescentes –llamados animadores– juegan un papel central, junto con el personal de salud adscrito al Programa IMSS Oportunidades. Con esta estrategia, de 2007 a 2011 se mantuvieron activos 11,941 equipos juveniles.<sup>149</sup> Estos equipos manejaban un conjunto integral de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y desarrollaron la capacidad de identificar y evadir conductas de riesgo, además de trabajar en el desarrollo de la autoestima y disponer de herramientas que apoyaban su capacidad de tomar decisiones asertivas y de comunicarse con sus pares. En los últimos años, además de las actividades en cada uno de los CARA, se impulsaron encuentros juveniles con el propósito de fortalecer los nexos entre adolescentes de distintas regiones. Las capacitaciones, así como las actividades creativas y recreativas dentro de los encuentros, han ampliado la visión del mundo de estos grupos de adolescentes rurales e indígenas y han aumentado su confianza en su propio potencial como seres humanos.

---

<sup>149</sup> IMSS (2012).

En el periodo 2006-2012,<sup>150</sup> se calculó que en los CARA se lograron formar 109,151 grupos educativos en los que se capacitó a más de 2.6 millones de jóvenes y adolescentes, brindándoles elementos para disponer de un conocimiento sobre su sexualidad y un cuidado de su salud sexual y reproductiva. Al dejar la adolescencia, estas personas dejan de participar en las actividades de los CARA. Para entonces, un cúmulo de reflexiones, orientaciones, conocimientos, habilidades y actitudes, ya forma parte de su experiencia. Lo que será de provecho, cuando llegado el momento, tengan que tomar las decisiones que guiarán tanto su formación ciudadana, como su vida familiar, de pareja, sexual y reproductiva.

Actualmente, se registra que los equipos juveniles derivaron a 321,530 adolescentes a las unidades médicas para recibir atención en salud sexual y reproductiva; a 226,880 embarazadas adolescentes para su control prenatal; y a 134,659 con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo.<sup>151</sup>

Desde 2007, fecha en que se realizó un esfuerzo de sistematización del MAISAR, sus resultados en el desarrollo de las y los adolescentes fueron notorios, no sólo en términos de la disminución de los daños secundarios a su salud sexual y reproductiva producto del rezago histórico, sino también en el cambio de visión y expectativas para su vida, lo que representa uno de sus logros más importantes.<sup>152</sup>

#### **1.4.2.2 HERRAMIENTAS DE IEC CULTURALMENTE SENSIBLES A LA ADOLESCENCIA RURAL**

Los grupos en situación vulnerable tienen necesidades específicas de información y servicios que reflejan su situación social y económica. Tanto los hombres como las mujeres adolescentes en el medio rural, tienen con frecuencia bajas tasas de alfabetismo, y las minorías étnicas muchas veces enfrentan barreras del idioma y culturales para el acceso a la información y los servicios. La comprensión de estas necesidades es crucial para crear un programa de salud sexual y reproductiva que llegue a la población vulnerable de manera efectiva. Puede ser difícil para los y las adolescentes rurales, indígenas y/o pobres identificarse con los materiales informativos que representan a jóvenes de raza blanca, urbanos o de clase media como modelos.

---

<sup>150</sup> Ibid.

<sup>151</sup> Ibid.

<sup>152</sup> Véase Arango, M.C. et al. (2007).

Los materiales que suponen una alta tasa de alfabetismo marginan a los grupos que no han completado la escuela, y los materiales que solamente consideran las relaciones heterosexuales pueden ser agresivos para personas con diferente orientación sexual.

La organización AFLUENTES condujo una investigación etnográfica sobre los más de siete millones de adolescentes y jóvenes rurales en edades de 10 a 24 años que asisten a los CARA. Diseñó un estudio sistemático sobre las prácticas de las relaciones románticas y la sexualidad en el México rural contemporáneo en el que se analizaron temas relativos a la dinámica familiar, vida laboral e identidades sexuales. Con base en este estudio realizó, además de otros materiales, una telenovela en cinco episodios que abarca una gama de temas de salud sexual y reproductiva sensibles y apropiados a sus necesidades. La telenovela está basada en las realidades de estas personas, porque se les permitió participar en la redacción del guión, la actuación y producción de la misma. La participación en el desarrollo de programas que están diseñados para satisfacer sus necesidades es esencial para reconocer las valiosas contribuciones de la gente joven y su capacidad de tomar decisiones. Las prestadoras y prestadores de servicios de salud que participaron en la evaluación reportaron que la telenovela tuvo un efecto significativo en personas adultas, así como en el público adolescente. Tal impacto alcanzó una cobertura casi total del universo de CARAS en el momento de realizarse esta experiencia.<sup>153</sup>

### **1.4.2.3 MEJORAMIENTO CONTINUO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SERVICIOS**

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), decidió evaluar críticamente su servicio de consejería sobre anticoncepción de emergencia (AE) para determinar sus fortalezas y debilidades, con el fin de instituir una vía de mejoramiento.

Se crearon varios instrumentos cuantitativos y cualitativos para evaluar este servicio, tanto desde la perspectiva de quienes proveen los servicios como desde el punto de vista de las usuarias de éstos. MEXFAM había supuesto que solamente quienes coordinaban el Programa Gente Joven estaban proporcionando el servicio de consejería en AE; pero, mediante el proceso de revisión, encontró que personal de enfermería y consejeras jóvenes también proporcionaban este servicio. Con base en tales resultados, se identificó la necesidad de elaborar un manual de capacitación y un currículo sobre consejería en AE y de incluir a todos estos miembros del personal en su plan de capacitación sobre consejería en AE.

---

<sup>153</sup> Véase IPPF/RHO (2007).



Por medio de visitas de asistencia técnica para constatar la implementación de la consejería en AE y una revisión sobre la forma en que los materiales que habían sido entregados durante la capacitación estaban siendo utilizados, MEXFAM pudo ver que el personal necesitaba apoyo y diálogo continuos, por lo que creó mecanismos para garantizarle la existencia de un foro en el que pudiera extender su aprendizaje en el tiempo.

Para mantener un contacto regular con este personal, se estableció un sistema a partir de MSN Messenger, de tal manera que el grupo de consejeras y consejeros capacitados pudiera analizar conjuntamente los casos y aclarar cualquier duda que surgiera. Estas sesiones de apoyo “a larga distancia” tenían lugar cada tres semanas. Adicionalmente a las sesiones de grupo por medio de Messenger, MEXFAM ofreció educación continua a los consejeros y consejeras de AE en ciertas clínicas, en forma de reuniones mensuales con gente experta sobre un tema específico relacionado con la AE. Los contenidos tratados se seleccionaban con base en las dudas expresadas por este grupo, así como en los resultados de la evaluación, la cual mostró cuáles áreas necesitaban ser fortalecidas.

La revisión de programas en curso como una preocupación de mejoramiento continuo llevó a indagar sobre las necesidades de capacitación, y se recolectó información útil para definir áreas temáticas y mecanismos de capacitación.

En situaciones en que el personal no labora en el mismo sitio, el uso creativo de la tecnología ha resultado muy productivo.<sup>154</sup>

#### **1.4.2.4 PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ENTRE LA JUVENTUD**

La organización ELIGE promueve los derechos sexuales y reproductivos de la juventud con el fin de fortalecer la ciudadanía en la gente joven. ELIGE propuso una alianza con el programa del Gobierno del Distrito Federal y el INMUJERES, con el propósito de mejorar los servicios para mujeres jóvenes en la capital del país.

Habiendo sido diseñada con base en el modelo de corresponsabilidad, esta alianza garantizó que tanto representantes gubernamentales, como ELIGE y otros jóvenes participantes tuvieran el poder de tomar decisiones y de actuar, así como compartir

---

<sup>154</sup> Ibid.

la responsabilidad en el proyecto. Esto se logró por medio del Equipo Coordinador, compuesto por representantes de la gente joven, del gobierno y de ELIGE, quienes llevaron a cabo la planeación e implementación del proyecto. Aprovechando los recursos y habilidades de cada una de las partes, el proyecto creó tres nuevos centros amigables de salud sexual y reproductiva bajo el nombre genérico de “El Espejo de Lila”, para atender a mujeres jóvenes en la Ciudad de México, a las que ofrece servicios de consejería, métodos anticonceptivos y referencias a otros servicios especializados. INMUJERES proporcionó la infraestructura para construir los centros juveniles; ELIGE contribuyó con sus conocimientos y su experiencia en temas de género, juventud, derechos humanos, salud sexual y reproductiva, así como sensibilizando y capacitando a las agencias colaboradoras y al personal de los centros juveniles. Por su parte, los colectivos de jóvenes añadieron su valiosa perspectiva al proceso.

Los equipos multidisciplinarios en cada centro ofrecían consejería en temas de salud sexual y reproductiva (prevención del embarazo, acceso a abortos legales, negociación y uso de anticonceptivos, AE, condones femeninos, prevención de la violencia y defensa personal, prevención y atención de ITS); daban información sobre sexualidad y derechos humanos y sexuales; distribuían, de manera gratuita, condones masculinos y femeninos, AE y materiales educativos. Adicionalmente, se refería a servicios “amigables” de salud sexual y reproductiva, se daba asistencia psicológica y legal por medio de INMUJERES y se ofrecía defensa contra violaciones de los derechos humanos.

Con la finalidad de elevar en las comunidades la conciencia acerca del proyecto, el equipo planeó varias actividades informativas en temas como derechos sexuales y reproductivos, prevención de la violencia e información sobre los nuevos centros y la oferta de servicios. El equipo utilizó varias estrategias para llevar sus mensajes a las comunidades a través de la radio comunitaria, películas, eventos culturales y campañas de sensibilización. El proyecto fue evaluado al final de cada fase de implementación, y en cuanto a la operación de los tres centros –que contaban con promotores y promotoras juveniles capacitados, materiales educativos y capacidad de distribuir anticonceptivos (incluyendo AE)–, se constató que la mayoría de las usuarias fueron adolescentes en edades entre 12 y 19 años que habían oído acerca del servicio a través de las actividades comunitarias.

Así, 53% de las usuarias calificó el servicio de “excelente”; 69% dijo que era “cómodo”; 91% reconoció que le había representado una solución a su demanda de servicios, y 80% manifestó que regresaría porque el espacio era amigable y le inspiraba confianza.

ELIGE tiene planes de diseminar la experiencia entre instituciones de gobierno y otras OSC que trabajan con jóvenes y adolescentes, con la esperanza de promover y abrir nuevas formas de participación de estos grupos.<sup>155</sup>

#### **1.4.2.5 ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COMUNIDADES INDÍGENAS**

En los últimos años del siglo pasado, la SSA formalizó una propuesta institucional enfocada en la salud reproductiva de las comunidades indígenas del país, las cuales se destacaban como uno de los grupos poblacionales que reunía mayores condiciones de vulnerabilidad y rezago.<sup>156</sup>

Se buscó la manera de concretar tal propuesta en un modelo de atención a la salud reproductiva de las comunidades indígenas que se sustentara en el respeto hacia sus valores culturales y tradicionales, lo que representó un proceso de varios años de consulta, investigación, sensibilización e integración del personal institucional de salud con las comunidades, terapeutas y parteras/os tradicionales.

El desarrollo de este proceso estuvo marcado por contradicciones y tensiones. Si bien era claro que la promoción de la salud no era posible sin la participación comunitaria, lo cierto es que en el perfil de las y los profesionales de la atención primaria no estaba integrada la sensibilidad ni los conceptos ni las herramientas para el desarrollo de actividades comunitarias. Predominaba el acto médico individual sobre cualquier otro abordaje de tipo intersectorial, comunitario y participativo para elevar el nivel de salud de la población en su conjunto.

En lo que respecta a la comunidad, sus terapeutas y parteras/os tradicionales, tampoco fue fácil para ellas y ellos encontrar los canales que les permitieran una comunicación y una participación sobre la base de la posibilidad de tomar decisiones y tener capacidad de influencia. Cuando se habla de promover la participación comunitaria, se tiene que pensar en un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tienen que ver con sus intereses y necesidades, entre otros, la salud.

Durante un tiempo, buena parte de los esfuerzos estuvo puesta en la capacitación del personal de servicios de salud institucional y comunitario, así como en la elaboración

---

<sup>155</sup> Ibid.

<sup>156</sup> Véase SSA (2009) y SSA (s/f).

de materiales de comunicación educativa que contribuyeran a mejorar la calidad de los servicios a partir de un entendimiento de los elementos socioculturales locales, asociados con los procesos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población indígena.

Las acciones realizadas desde el sector institucional de salud para acercarse, conocer los retos, ubicar las oportunidades y desarrollar procesos integradores de capacitación constituyeron un impulso dinamizador en el aprendizaje de los procesos e interacciones comunitarios para el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades.

Aunque sea el centro de salud el que tome la iniciativa o promueva un proceso de participación comunitaria, la perspectiva es traspasar el protagonismo a la propia comunidad. El equipo de atención primaria es un recurso más, junto al resto de los servicios presentes en cada territorio.

La participación comunitaria tiene unas características específicas de continuidad en el tiempo, así como diversidad de intereses y de recursos, que definen su naturaleza. Es un proceso continuo de implicación de la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y su calidad de vida que tiene inicio en un momento determinado, pero que no tiene fin. Además, la participación y la autonomía crecientes que van adquiriendo las comunidades permiten el surgimiento de situaciones antes no consideradas y la aparición de estrategias diferentes de las establecidas.

En el trayecto, los rezagos en la salud, a la luz de la perspectiva de género, indicaron las múltiples discriminaciones que recaían sobre las mujeres en general –pero particularmente sobre las más jóvenes–, y se fueron perfilando las necesidades relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Las condiciones socioculturales características de la forma de vida de la población joven de las áreas indígenas exigían, asimismo, alternativas diferentes de trabajo. En este marco fue que se adoptó la estrategia de las Brigadas Juveniles (BJ) Indígenas, que tienen como propósito motivar a las y los adolescentes de ambos sexos a fungir como agentes de cambio de los servicios de salud sexual y reproductiva y contribuir a la disminución de los problemas de salud de sus comunidades. Dicha estrategia se ha implementado en los estados de

Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Quintana Roo. Hasta la fecha se han formado 173 BJ, con un total de 3,194 brigadistas.

Las BJ son grupos de adolescentes indígenas que reciben capacitación del personal de los centros de salud y los servicios amigables sobre salud sexual y reproductiva. Los temas que se trabajan recogen sus inquietudes, y en las sesiones educativas se integran actividades prácticas que les permiten aplicar y desarrollar habilidades para expresarse en público, elaborar material de promoción, organizar trabajos y desenvolverse de una manera empática y respetuosa con las demás personas de su comunidad. Se busca, de esta manera, brindarles preparación para que apoyen al personal de los servicios amigables en algunas de las actividades intra y extramuros que realizan.

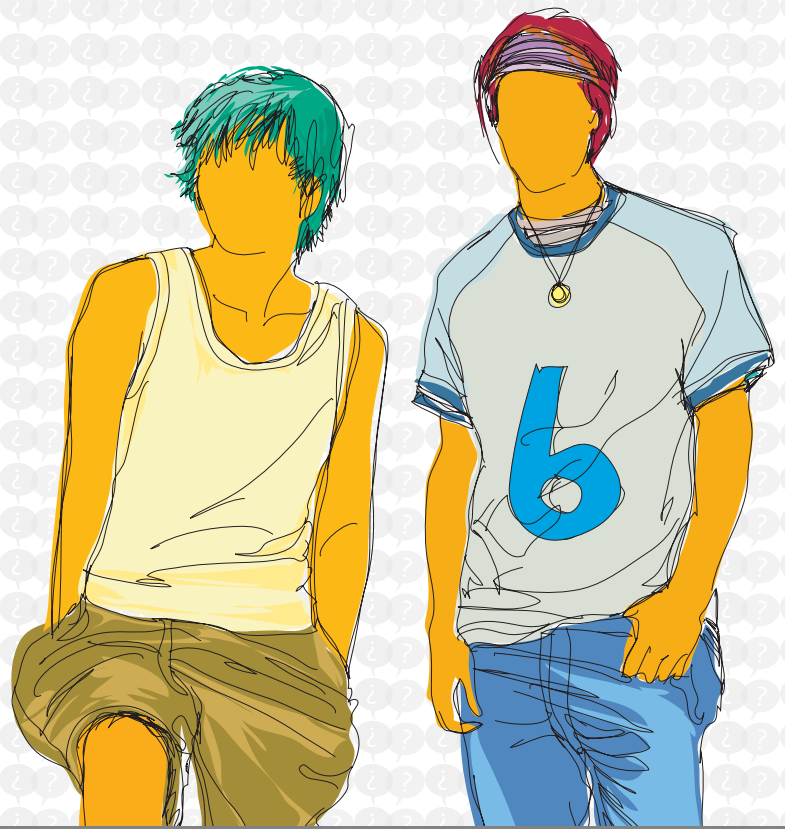
Quienes integran las BJ proceden, por lo general, de los centros educativos de la localidad y cursan la secundaria o el bachillerato. Son mujeres y hombres de entre 13 y 20 años.

La coordinación con los centros escolares contribuye a que el reconocimiento social de que éstos gozan se haga extensivo a las BJ. Al requerirse la anuencia de las autoridades educativas, docentes, madres y padres de familia, se legitima el trabajo en torno a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, se abren canales de comunicación entre las familias, el personal de salud y la comunidad docente, y se comprenden los beneficios del trabajo voluntario de las y los brigadistas en el autocuidado de su salud y en el fomento de la salud de sus compañeras y compañeros de escuela, amigas y amigos, familia y comunidad. Esta apropiación de conocimientos es vista como una manera de promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Quienes integran las BJ juegan un rol crucial en la comunicación con otros grupos de adolescentes. Además, su cualidad de ser bilingües facilita la interacción del personal de salud con las personas adultas de la comunidad y el acercamiento con las parteras/os y las médicas/os tradicionales cuyos roles y prácticas curativas en el ámbito de la salud reproductiva se reconocen así como valiosos.

Al menos una vez al año, se organiza un Encuentro Juvenil en cada estado participante, al que asisten los miembros de las BJ. Dichos encuentros representan un reconocimiento a su trabajo voluntario y una oportunidad para que ellas y ellos expongan la labor que realizan, conozcan los retos a los que se enfrentan otras brigadas e intercambien experiencias.

Al darse cuenta de la existencia de otras brigadas que tienen objetivos y discursos similares, las y los brigadistas adquieren una visión más global de su trabajo y le atribuyen un sentido y una función sociales. Cuando se relacionan con otras BJ, se amplía su visión, no sólo de los problemas, sino de las estrategias para abordarlos. Así, estas voluntarias y voluntarios van construyendo su identidad a partir de su pertenencia a distintos referentes: su propia comunidad, grupo de edad, servicios de salud, brigadas y otros más.



**OFERTA DE SERVICIOS**





Es la forma en que las personas responsables de la instrumentación del Modelo en las unidades de salud se organizan para brindar una atención de calidad.

Este componente encuadra la oferta del conjunto de servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes y resalta las características necesarias para que tales servicios cumplan con el propósito de ser cálidos y amigables. Describe el tipo de servicios; las modalidades que se pueden adoptar para su prestación; de qué manera se deben otorgar; qué acciones de IEC pueden ayudar a hacer visible los servicios y promover cambios entre los grupos involucrados, y cuáles son las características que debe reunir el personal de salud que atiende a la población adolescente. Los elementos que se aprecian en el esquema siguiente son parte de este componente.

**ESQUEMA 6**



### 2.1 MODALIDADES

Los servicios de salud para la población adolescente se ubican, básicamente, en las unidades del primer nivel de atención, trátase de población urbana, rural o indígena. La atención puede ocurrir dentro y/o fuera de las unidades de salud; en tal sentido, se dividen en internos y externos.

En ambas modalidades, los servicios están integrados a la red de atención de los Servicios de Salud, cuyo personal debe tener capacitación en las áreas temáticas y los lineamientos técnicos, según se establece en el PAESSRA 2013-2018 (Líneas de Acción 3.1.2, 3.1.3 y 3.1.6).<sup>157 158</sup>

Corresponde a quienes sean responsables de la implantación del Modelo definir la modalidad de prestación del servicio y organizarlo de acuerdo con esta decisión. Se debe buscar que el servicio se adapte a las necesidades de las y los adolescentes, y no a la inversa, por lo que los horarios de atención se establecerán según su conveniencia.

La disposición de establecer diversas modalidades para brindar servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente está expresada en la Línea de acción 2.1.1 del PAESSRA 2013-2018.

#### 2.1.1 INTERNOS

Cuando la atención se brinda dentro de la unidad de salud, los servicios pueden ser de tipo **exclusivo, horizontal o mixto**.

En el caso de los **servicios exclusivos**, el lugar para la atención de adolescentes está diferenciado de los otros servicios. Además de contar con un espacio específico, tienen horarios ajustados a las posibilidades de acceso de este público usuario, y personal adscrito exclusivamente para su atención.

A fin de promover la disponibilidad de servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las instituciones públicas de salud, se deberá establecer al menos un servicio exclusivo en cada una de las jurisdicciones sanitarias, delegaciones o regiones de las entidades federativas, según la estructura institucional. En tal sentido, la Línea de acción 2.1.3 del PAESSRA 2013-2018 se ve fortalecida.

---

<sup>157</sup> SSA (2014).

<sup>158</sup> Este aspecto de la capacitación corresponde al componente de Fortalecimiento de Capacidades del Modelo.

Los **servicios horizontales**, por su parte, no están diferenciados de otros servicios que atienden por igual a niñas, niños, adolescentes y gente adulta. La atención a las y los adolescentes se brinda en los mismos espacios (consultorios o núcleos básicos) de que dispone la unidad médica, en un horario determinado dentro de la consulta general, y está a cargo del personal médico responsable de la atención en cada uno de estos consultorios. Este es el caso, por ejemplo, del IMSS Régimen Ordinario, en que el personal multidisciplinario de salud otorga los servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes en los consultorios de Medicina Familiar y de Planificación Familiar.

Los servicios mixtos son una modalidad que cuenta con un espacio propio en alguno de los consultorios existentes, con un horario determinado y con profesionales capacitados para la atención de adolescentes. Realizan su actividad en horario diferenciado y adaptado al tiempo en que ellas y ellos pueden acudir al servicio. Según la demanda existente, estos servicios se pueden integrar a los demás consultorios que se encuentran en la unidad.

Cualquiera que sea la modalidad de los servicios internos, es primordial disponer de los espacios físicos adecuados para actividades individuales y grupales y otorgar atención especial a las condiciones de confidencialidad y privacidad que se requieren. Es importante, también, que haya una señalización adecuada que facilite el acceso a los servicios.

### **2.1.2 EXTERNOS**

Se denominan servicios externos porque se brindan fuera de la unidad de salud. Son servicios móviles, itinerantes, que hacen un recorrido por una zona asignada, cubriendo varias localidades, a fin de atender e informar a las y los adolescentes de ambos sexos en temas de sexualidad y salud reproductiva. Cuentan con uno o varios equipos de salud capacitados para realizar referencias a las áreas correspondientes cuando algún caso así lo amerite, y deben integrarse a la red de atención de los Servicios de Salud.

Además, cumplen la función de proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva en comunidades de difícil acceso mediante caravanas de salud, unidades móviles o acciones similares. En el centro de estas acciones está el interés por dar respuesta a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en áreas rurales e indígenas, con una perspectiva intercultural y de respeto a sus derechos. (PAESSRA 2013-2018, Línea de acción 1.2.3).

### 2.2. PRINCIPIOS RECTORES

Las prestaciones de salud que brinden los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes se organizan de acuerdo con el marco legal vigente, pero también en función de una serie de principios que orienta las prácticas específicas que se realizan con esta población.

A continuación se retoma una sistematización de los principios rectores,<sup>159</sup> con la respectiva adecuación a los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes que tengan la cualidad de ser amigables.

<b>PRINCIPIOS QUE ORIENTAN LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES</b>	
<b>Principio</b>	<b>Descripción</b>
<b>Equidad</b>	Los servicios amigables reconocen que existen grandes desigualdades en las condiciones y la calidad de vida de las personas y consideran, por lo tanto, que la atención de este grupo debe ser equitativa y priorizar la provisión de servicios de las y los adolescentes de menores recursos, menores posibilidades, grupos minoritarios, atendiendo a sus necesidades específicas de salud según subgrupo de edad y género.
<b>Confidencialidad</b>	El principio de confidencialidad encuentra su fundamento en el deber de guardar el secreto profesional. Implica que cada profesional de la salud que obtenga información acerca de la salud o la vida privada o la intimidad de una o un adolescente, de manera directa o indirecta, explícita o implícita, tiene el deber de disponer de todos los medios para que dicha información esté resguardada, y la prohibición de usarla en provecho propio o divulgarla.
<b>Integralidad</b>	Los servicios para adolescentes tienen que prestarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demande la conservación de la vida y el nivel más alto de salud posible de las y los adolescentes.

<sup>159</sup> El contenido del cuadro que aquí se presenta es una adecuación de la versión de Barner, E. et al. (2009) de los principios de IPPF/RHO (2008).

<p><b>Privacidad</b></p>	<p>Los servicios para adolescentes deben respetar la privacidad de sus consultas. Lo anterior incluye, por lo menos,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) adecuación de espacios en las instituciones;</li> <li>b) creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada por adolescentes y aquella que se consigne en la historia clínica;</li> <li>c) capacitación e información a todo el personal de las instituciones para que conozca sus obligaciones con respecto a la privacidad de la información.</li> </ul>
<p><b>Oportunidad</b></p>	<p>Los servicios deben prestarse en el momento en que la o el adolescente solicita la consulta. Todas las personas que participan en dichos servicios deben evitar situaciones que dejen en suspenso e incertidumbre a quienes piden asesoramiento. El personal de salud, en lo posible, no debe limitarse al motivo verbalizado en la consulta, sino que es conveniente indagar otras problemáticas que pueden permanecer ocultas detrás de lo que se expresa. Es el caso, por ejemplo, del abuso sexual. Mediante esta indagación, se propone brindar a cada adolescente la asesoría y respuesta que requiere, así como atender todos sus requerimientos que excedan el motivo de consulta inicial y que sea posible satisfacer.</p>
<p><b>Celeridad</b></p>	<p>A quienes acuden a los servicios para adolescentes se les debe garantizar una atención lo más ágil posible. En los casos en que las barreras institucionales impongan un tiempo de espera, se tendrán que crear mecanismos de interacción que permitan canalizar colectivamente inquietudes y difundir las prestaciones del servicio.</p>
<p><b>Continuidad</b></p>	<p>El servicio de salud debe prestarse de manera permanente. En aplicación de este principio, la prestación de los servicios para adolescentes deberá ofrecerse de manera regular y continua.</p>
<p><b>Seguridad</b></p>	<p>Los servicios deben prestarse en condiciones óptimas de seguridad para los adolescentes de ambos sexos.</p>
<p><b>Favorabilidad</b></p>	<p>En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, deberá adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor favorezca el cumplimiento de los derechos de las y los adolescentes.</p>

**2.3 PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIOS<sup>160</sup>**

El “Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud” establece un cuadro básico de atención para el grupo de adolescentes de 10 a 19 años de edad. Las acciones que se relacionan con la salud sexual y reproductiva y que están registradas en la Cartilla Nacional de Salud<sup>161</sup> para este grupo etario son las que se presentan a continuación.

ACCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES QUE CONTIENE EL CUADRO BÁSICO	
Áreas	Acciones
<b>Promoción de La salud</b>	Educación para el autocuidado de la salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Salud sexual y reproductiva</li> <li>● Salud mental - desarrollo emocional y proyecto de vida</li> <li>● Prevención de violencia (física, psicológica, sexual y abandono)</li> <li>● Cáncer</li> </ul>
<b>Prevención y control de Enfermedades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de VIH/SIDA y otras ITS</li> <li>● Aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)</li> </ul>
<b>Salud Reproductiva</b>	Orientación - consejería en: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sexualidad y anticoncepción</li> <li>● Prevención del embarazo no planeado</li> <li>● Prevención del VIH/SIDA e ITS</li> <li>● Uso correcto y consistente del condón masculino</li> </ul>
<b>Atención a la adolescente Embarazada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vigilancia prenatal</li> <li>● Atención del parto</li> <li>● Vigilancia del posparto (puerperio)</li> <li>● Protección anticonceptiva postevento obstétrico</li> </ul>

Las Normas siguientes establecen los criterios que guían la atención en caso de:

- Adolescente embarazada - NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

<sup>160</sup> Actualizada en mayo de 2014. Sobre este tema puede consultarse [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual\\_Salud\\_ok.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salud_ok.pdf)

<sup>161</sup> Véase [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Cartilla\\_Adolescentes\\_2014.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Cartilla_Adolescentes_2014.pdf)

- Anticoncepción - NOM-005- SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.
- Expediente - NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- ITS - NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- VIH - NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Violencia de género - NOM -046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

### 2.3.1. SERVICIOS

Los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes se inscriben en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos, de sensibilidad intercultural, de equidad de género y de no discriminación.

El PAESSRA 2013-2018 impulsa la oferta de un paquete básico de salud sexual y reproductiva en los servicios de atención a adolescentes (Línea de acción 2.2.2) y el Modelo establece un conjunto de servicios necesarios para su salud integral que incluyen prevención, consejería, atención y seguimiento.

Los servicios a los que se hace referencia son los que siguen:

<b>PRINCIPALES SERVICIOS Y ACCIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES</b>	
<b>Servicios</b>	<b>Acciones</b>
Adolescente sano	Promoción del autocuidado, campañas informativas
Sexualidad y salud reproductiva	Información, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva; orientación-consejería
Consulta psicológica	Desarrollo emocional, proyecto de vida y desarrollo psicosexual, habilidades para la vida

## 2. OFERTA DE SERVICIOS

Violencia de género	Prevención, detección, orientación-consejería, atención y referencia
Abuso sexual	Orientación-consejería, anticoncepción de emergencia; en caso de embarazo, consejería e interrupción legal del embarazo cuando procede
Prevención del embarazo	Información, orientación-consejería, consentimiento informado, otorgamiento de métodos en situaciones regulares, de emergencia y postevento obstétrico
Embarazo	Prueba y orientación-consejería
Control del embarazo, parto y posparto	Atención y orientación-consejería en opciones anticonceptivas
Infecciones de transmisión sexual	Información, orientación-consejería y tratamiento; pruebas y asesoría; prueba de VIH y acompañamiento en la entrega de resultados
SIDA	Diagnóstico, tratamiento, orientación-consejería, seguimiento
Prevención de cáncer	Vacunación contra el VPH; citología cérvico-vaginal

De acuerdo con el servicio requerido, las decisiones clínicas y gerenciales deberán sustentarse en las Guías de Práctica Clínica (GPC) elaboradas por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud de México, disponibles en el Catálogo Maestro.<sup>162 163</sup>

Asimismo, al otorgarse cualquiera de los servicios anteriores es necesario realizar un manejo diferenciado de los grupos e individuos adolescentes según sus características etarias (de 10 a 14 años y de 15 a 19 años),<sup>164</sup> seguido de una valoración atenta de las necesidades de cada usuaria o usuario, ya que los esquemas generales de categorías no siempre reflejan las condiciones particulares de las personas. La atención que se brinde de acuerdo con estas consideraciones podrá ser más oportuna, pertinente, y tendrá la posibilidad de anticipar necesidades.

<sup>162</sup> Véase <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

<sup>163</sup> La lectora o lector podrá encontrar en la Caja de Herramientas (ítem número 80), los nombres de las guías aludidas, en sus dos modalidades: Evidencias y Recomendaciones y Guía de Referencia Rápida.

<sup>164</sup> Véase el apartado 2.2 de este documento: Etapas de la adolescencia y acciones por parte de los servicios amigables.



En esta perspectiva, entender las capacidades evolutivas de los adolescentes mujeres y hombres es un factor clave de la prestación de servicios:

La capacidad evolutiva se refiere al desarrollo individual y a la autonomía, a la forma en que cada persona joven (o adolescente) desarrolla gradualmente su capacidad para asumir la responsabilidad de sus propios actos y decisiones. Esto es algo que sucede a ritmos diferentes según la persona. A una edad dada, algunas personas jóvenes (adolescentes) serán más maduras y experimentadas que otras; el entorno y las circunstancias personales, sin duda, influyen sobre el desarrollo de cada persona.<sup>165</sup>

Es responsabilidad del personal de salud que trabaja con personas adolescentes ayudarlas a desarrollar la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. Existen varias acciones complementarias para apoyarlas en este sentido: la educación integral de la sexualidad (EIS), los servicios de salud diferenciados, el trato amigable y una labor de difusión que las motive a participar en las actividades que los servicios promueven. Todas éstas son impulsadas por el Modelo.

En muchas situaciones se debe limitar la gama de servicios que se prestan. Para determinar las prioridades de éstos, es importante valorar cuidadosamente las necesidades de la población adolescente en cada localidad. Además, se debe acordar un sistema de referencia y contrarreferencia para cubrir las necesidades que no se pueden incorporar en una unidad en particular.<sup>166</sup>

Con base en los criterios que rigen para los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, debe existir un enfoque integral de la atención en el que las diversas acciones se complementen aun cuando las realicen distintos integrantes del equipo de salud. Es conveniente que durante su visita al servicio, las y los adolescentes interactúen con un número mínimo de miembros del personal de salud.

Toda persona adolescente, mujer u hombre, puede solicitar cualquier servicio de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de su madre, padre, tutora o tutor. Los

---

<sup>165</sup> IPPF (2012).

<sup>166</sup> Senderowitz, J. (1999).

servicios son gratuitos; y la usuaria o usuario debe decidir si quiere que la consulta sea individual o en presencia de alguien de su confianza.

En la primera consulta se debe:

- Elaborar la historia clínica completa.
- Realizar un examen físico completo; indagar antecedentes hereditarios, valorar factores personales –patológicos y no patológicos–, uso de drogas y otros.
- Explicar qué se está haciendo durante cualquier exploración.
- Llenar correctamente el expediente clínico.
- Indicar al adolescente que toda la información que proporcione es confidencial.
- Contar con un tiempo adecuado que facilite la interacción adolescente-prestador o prestadora de servicios.

Adicionalmente, de acuerdo con las necesidades de cada adolescente, se le brinda información sobre sus derechos sexuales y reproductivos y los servicios que se le pueden prestar. Para ello, conviene tener presente lo siguiente:

---

Ellas y ellos tienen derecho a disfrutar de una vida sana, placentera y responsable, y a que su vida sexual sea respetada; esto incluye sus decisiones sobre cuándo y con quién iniciarla. En este sentido, las y los profesionales de la salud están obligados a brindarles consejería amplia sobre métodos anticonceptivos de uso regular, sobre anticoncepción de emergencia y sobre las medidas para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

**IPAS, 2004**

---

En caso de requerir algún método anticonceptivo, el personal de salud debe brindar la información, orientación y consejería que permitan a la o el adolescente decidir de manera informada.<sup>167</sup> Se escucha a quien realiza la consulta con atención y respeto,

---

<sup>167</sup> Véase NOM-005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar.

sin emitir juicios; se le brinda con amplitud la información requerida, de manera clara y objetiva, y se resuelven dudas y preguntas. Se consideran múltiples opciones para que la o el adolescente tome sus propias decisiones; se incluyen, también, temas que ayuden a incorporar prácticas para prevenir o saber reconocer ITS y buscar tratamiento oportuno cuando sea necesario.

La decisión de la o el adolescente sobre el uso de un método anticonceptivo deberá estar basada en la comprensión completa de la información necesaria sobre las diferentes opciones, incluidos riesgos y beneficios; deberá tomarse en una situación libre de estrés, presión, coerción o incentivos.<sup>168</sup> Este derecho al consentimiento informado está considerado en el orden jurídico nacional (Artículo 4 Constitucional y Artículo 67 de la Ley General de Salud).

Para favorecer el consentimiento informado, esto es lo que se requiere del personal que presta los servicios:<sup>169</sup>

- Apoyar la toma de decisiones de las y los adolescentes.
- Informar a la o el adolescente de manera sencilla y correcta sobre la gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo sus beneficios y riesgos.
- Enfrentar a la o el adolescente a escenarios reales.
- Aclarar las dudas y creencias erróneas.
- Promover la confianza en las instituciones de salud.

---

Las y los adolescentes tienen, al igual que las personas adultas, el derecho a recibir un trato respetuoso y al proceso de consentimiento informado. Es importante enfatizar que no se requiere del consentimiento de las madres o los padres, tutoras/es o figuras similares, para que las personas de estas edades, reciban información, consejería y el método que ellas y ellos elijan. Las y los adolescentes deben participar activamente en el proceso de consentimiento informado, considerando en particular lo relacionado con

---

<sup>168</sup> Aguilar y Mayén (s/f).

<sup>169</sup> IPAS (2004).

la etapa de diagnóstico y motivación, en la que el resultado de valorar sus expectativas personales y reproductivas será la base para la toma de decisiones.

IPAS, 2004

En caso de embarazo en adolescente, procede:<sup>170</sup>

- a) Realizar consulta prenatal al menos en cinco ocasiones.
- b) Identificar y valorar el riesgo reproductivo: síntomas y signos de alarma.
- c) Brindar atención como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años (PAESSRA 2013-2018, Línea de acción 2.2.5).
- d) En menores de 14 años, buscar intencionadamente si se trata de un caso de violencia.
- e) Solicitar exámenes de laboratorio y gabinete.
- f) Administrar ácido fólico y fumarato ferroso desde la primera consulta.
- g) Crear grupos de embarazadas y su pareja para la promoción de una maternidad/ paternidad responsable y sana.
- h) Una vez resuelto el evento obstétrico, hacer el seguimiento tanto de la adolescente como de su hija o hijo, según las normas oficiales mexicanas y los lineamientos vigentes, por lo menos durante un año.
- i) Realizar el seguimiento ginecológico y del método de anticoncepción elegido, así como la vacunación de la niña o niño.

### 2.3.2. INSUMOS

Cada institución que proporcione servicios de salud y educativos debe contar con una infraestructura que garantice la accesibilidad y la calidad; esto es, disponibilidad, visibilidad, confidencialidad y flexibilidad. Debe, también, organizar apropiadamente el área física, aprestar el equipamiento adecuado y garantizar la existencia de insumos suficientes y oportunos. El personal debe conocer las normas, guías y protocolos para la atención y consejería y disponer de los recursos para un desempeño adecuado (instrumentos, materiales, fichas y otros para la atención médica y la consejería).

En el caso de las unidades que brinden servicios exclusivos, se deberá contar con los siguientes elementos:

<sup>170</sup> Véase NOM-007-SSA2-1993.

1. Un consultorio médico de 20 m<sup>2</sup> para exploración y valoración clínica, equipado con mesa de exploración, lámpara de chicote, mesa de mayo, mesa Pasteur, vitrina, banco giratorio y bote de basura.
2. Consulta externa independiente, donde se brinde información, promoción y orientación-consejería. En esta área se requiere un ambiente agradable, con privacidad y un acceso fácil reforzado con una buena señalización.
3. Sala de espera cerca de los consultorios médicos y psicológicos, de preferencia separada de la sala de espera general.
4. Equipo médico e instrumental: charola de acero inoxidable, portacubeta, negatoscopio. Estuche de diagnóstico, estetoscopio, esfigmomanómetro, detector de pulso fetal, cubeta, báscula, banco, tijeras de mayo, pinzas de Kelly, pinzas de anillo, pinzas de Forester, pinzas de Pozzi, histerómetro, espejos vaginales chicos, medianos y grandes.
5. Un consultorio para atención psicológica que debe disponer de 10 m<sup>2</sup> e incluir paquetes de IEC, muestrarios, formatos de historia clínica y una computadora.

Cuando los servicios de psicología no se puedan habilitar en la unidad médica, se deberán efectuar adecuaciones operativas para facilitar el acceso de las y los adolescentes a los mismos, aunque tales servicios se encuentren en otra unidad.

Al rubro de insumos, se deberán añadir formatos para registro de actividades, condones masculinos y femeninos, AE, otros anticonceptivos, antibióticos y pruebas rápidas de embarazo y VIH. Es deseable contar con un cuadro básico de medicamentos de salud sexual y reproductiva para los servicios específicos de esta área dirigidos a la población adolescente.

#### **2.4 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)**

Aunque los tres procesos pueden diferenciarse en cuanto a público, objetivos y enfoques, en la práctica tienen muchos aspectos comunes; de ahí que se los refiera como IEC.

La **información** incluye la generación y difusión de hechos, datos y temas para lograr un mayor grado de conocimiento acerca de la situación de la salud sexual y reproductiva y las medidas que se requieren para cuidarla y mejorarla entre las audiencias previamente

definidas. Adopta modalidades de información pública y promueve la aceptación y utilización de los servicios de salud reproductiva.

La **educación** alude al proceso de aprendizaje de grupos organizados con miras a lograr una mayor comprensión de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, una revisión de las actitudes y los valores que favorecen su cuidado y el ejercicio del proceso de tomar decisiones relacionadas con estos aspectos.

La **comunicación** es un proceso encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos que coadyuven al cuidado de la salud reproductiva y a utilizar los servicios existentes. Es una parte integral de los servicios y puede presentar una combinación flexible de medios: masivos, grupales, interpersonales, impresos y audiovisuales, sin descontar la incorporación de las nuevas tecnologías que utilizan las redes sociales.

En todos los casos se parte de necesidades identificadas y se toman en consideración las creencias y prácticas comunes de los individuos o grupos involucrados. Se promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los grupos, en este caso, prestadoras y prestadores de servicios, personal comunitario, familias, docentes y adolescentes.

La implementación del Modelo toma en consideración el diseño y la ejecución de planes de IEC acordes con las necesidades de las y los adolescentes que fomenten, entre otros, el autocuidado y cuidado mutuo. La promoción de la salud para este grupo de la población debe proporcionar la información y herramientas indispensables para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. De esta manera, el Modelo contribuye a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades que plantea el primer objetivo del PROSESA 2013-2018.<sup>171</sup>

En los servicios se deberá contar con materiales (folletería, carteles), sobre la temática de la salud sexual y reproductiva, derechos de la población adolescente, equidad de género y otros insumos educativos que enriquezcan el proceso de atención.

---

<sup>171</sup> SSA (2014).

Asimismo, los planes de IEC deberán considerar estrategias para difundir los principios, actividades y características de los servicios amigables en la comunidad; apoyar acciones de abogacía para el fomento de la salud de los grupos adolescentes; sensibilizar a las autoridades locales, y buscar el apoyo social.

#### **2.4.1 ACCIONES**

El PAESSRA 2013-2018 impulsa acciones de IEC sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos con enfoque intercultural (Estrategia 1.1), focalizando algunas de estas intervenciones en las necesidades de la población adolescente de áreas rurales e indígenas (Estrategia 1.2) para que contribuyan a favorecer el acceso universal a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (Objetivo 1).

Asimismo, dicho programa plantea que algunas de las acciones de IEC estarán encaminadas a:

- Difundir los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la diversidad sexual de la población adolescente (Línea de acción 1.1.1).
- Promover la educación integral de la sexualidad en coordinación con diversas instancias de la SEP (Línea de acción 1.1.2).
- Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e ITS, incluyendo el VIH/SIDA, en la población adolescente (Línea de acción 1.1.3).
- Establecer coordinación con instituciones de salud y educación para homologar los contenidos educativos en la materia (Línea de acción 1.1.4).

En consonancia con lo anterior, el componente de IEC del Modelo toma en cuenta acciones como las siguientes:

- Promover la salud sexual y reproductiva en un contexto de interculturalidad, responsabilidad, derechos humanos, equidad de género, no discriminación y rechazo de la violencia de género.

- Ofrecer educación integral de la sexualidad a la población adolescente escolarizada y la que está fuera del sistema educativo, tomando en consideración especial a grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad en zonas urbanas, rurales e indígenas; en situación de calle y correccionales, y con alguna discapacidad.
- Promover los servicios integrales de salud sexual y reproductiva y facilitar el acceso de la y el adolescente a ellos. Dar a conocer, por medio de un directorio, los servicios específicos disponibles y otros afines que proporcionan las instituciones públicas, privadas y OSC.

En relación con las acciones de difusión, es pertinente sugerir que, en los ámbitos estatales, se establezca una coordinación con los consejos estatales de población (COESPO), las instituciones del sistema estatal de salud y las instancias estatales para la juventud y las mujeres, para el diseño y difusión de campañas de buen alcance. También, se debe procurar una participación activa de las y los adolescentes en el diseño y la elaboración de los materiales destinados a sus pares e incorporar formas novedosas en comunicación educativa que hayan demostrado su efectividad en adolescentes.

### 2.4.2 METODOLOGÍAS<sup>172</sup>

A continuación se reseñan algunas metodologías aplicables:

**Movilización social.** Es una estrategia para los procesos de cambio y transformación social. Su objetivo es llegar a todos los actores sociales con el propósito de que influyan en la comunidad en favor de un determinado tema o solución. Se trata de que se movilicen y entre todos apoyen y acompañen un determinado proceso. Esta práctica puede contribuir al posicionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

**Mercadeo social.** Puede ser definido como una herramienta de gestión que incluye el diseño, la puesta en práctica y el control de programas orientados a aumentar la aceptación de un producto social que puede ser un bien, un servicio o una idea. En este

---

<sup>172</sup> Adaptado de OPS (2005c).



sentido, su objetivo es la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos a fin de mejorar la calidad de vida de la población.

El mercadeo social contribuye a la generación, incremento y sostenimiento de la demanda, a la implantación de prácticas clave priorizadas que respondan a las necesidades de la población, y al mejoramiento de la oferta de servicios con un enfoque de calidad que busca satisfacer las expectativas de la usuaria o usuario y, por lo tanto, la creación de valor (percepción de beneficios).

**Edu-entretenimiento.** Esta práctica alude a la educación por medio del entretenimiento. La premisa básica es que el entretenimiento orientado a la información en salud es atractivo, comprensible y está dotado de la capacidad de cambiar conductas. Mediante programas de edu-entretenimiento se ha promovido la alfabetización de personas adultas, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos y condones, la procreación responsable, el control del abuso de sustancias ilegales y la reducción de la violencia, entre otros temas.

Esta estrategia, que comprende una serie de actividades en las que en algunos casos participan los medios masivos de comunicación, permite transmitir mensajes preventivos y de cambio de comportamiento de manera menos directa. De este modo, las personas tienden a sentirse menos “juzgadas” o “evaluadas”, lo cual facilita la apertura hacia nuevos mensajes.

**Comunicación comunitaria.** Permite recuperar los espacios y modos de comunicación autóctonos, convirtiéndolos en oportunidades de compartir mensajes educativos – alusivos a la salud sexual y reproductiva de adolescentes– y motivando la participación activa y creativa de los diferentes grupos sociales en cada localidad.

Es de mucha utilidad contar con un diagnóstico comunicacional en el que se hayan identificado espacios concretos, grupos y actores que pueden ayudar a desarrollar recursos de comunicación del tipo de las ferias educativas, encuentros deportivos y recreativos, desfiles, actividades en plazas públicas, etcétera. Estos recursos, conocidos también como actividades “masivo comunitarias”, tienen por objeto

sensibilizar y educar a la población. Su diseño y ejecución comprometen necesariamente los esfuerzos y el apoyo de la ciudadanía, y en ello justamente radica su potencial educativo.<sup>173</sup>

**Comunicación masiva.** Su finalidad central es brindar información oportuna, motivar y convocar a la población y crear corrientes de opinión. Su ventaja principal es el alcance y la cobertura que puede tener, puesto que cubre grandes zonas del territorio y llega a una población numerosa. Esta estrategia, combinada de manera adecuada con las ya mencionadas, genera impactos positivos en la población, sobre todo si se incorporan medios como la radio, ya sea de cobertura nacional o local. Este medio ha probado ser eficaz para trabajar con poblaciones difíciles de alcanzar.

La elección de esta vía dependerá de los medios económicos con que se cuente para poder invertir en la producción de recursos de comunicación que puedan ser incorporados en los medios masivos como las cuñas de televisión o de radio.

**Comunicación interpersonal.** Las intervenciones interpersonales son aquellas en las que dos o más personas se comunican entre sí e interactúan directamente. La comunicación interpersonal se produce “cara a cara” para abordar un problema en particular.

Las comunicaciones interpersonales pueden ser de dos tipos:

**Interpersonales personalizadas.** Tienen lugar cuando se establece una comunicación directa, persona a persona, para abordar un problema o tema en particular. Esta estrategia entraña un mayor potencial motivador y educativo y permite abordar los temas desde la realidad y el interés del interlocutor, a partir del diálogo y la reflexión, complementándose así la información con la orientación.

---

<sup>173</sup> Como ejemplo, puede citarse el proyecto conocido como Dance4Life (bailar para la vida), en el cual adolescentes y jóvenes de diferentes países, incluido México, participan en la lucha contra el VIH. Dicho proyecto ofrece espacios de empoderamiento y está encuadrado en el marco de los derechos humanos, la diversidad sexual, la perspectiva de género, la construcción de la equidad, y la inclusión de adolescentes y jóvenes. Dance4life inició en México en junio de 2007. Es coordinado en forma conjunta por el UNFPA y algunas OSC como Ave de México y MEXFAM. Con él se ha logrado sensibilizar a adolescentes y jóvenes que tienen el deseo de hacer algo más por la salud en su comunidad.

Existen diferentes modalidades de comunicación interpersonal, entre otras la consejería y la orientación individual. A la vez que se requieren capacidades y habilidades comunicacionales para establecer contacto e iniciar la relación, tal metodología se apoya en un módulo de materiales que respalda la labor pedagógica a desarrollar.

**Interpersonales grupales.** Este tipo de comunicación tiene lugar cuando se establece un contacto entre una persona y un grupo mediante el intercambio de experiencias, análisis reflexivo y búsqueda de soluciones. Así, esta estrategia contribuye a formar un nuevo aprendizaje social. Las intervenciones educativo-comunicacionales se llevan a cabo con grupos u organizaciones sociales locales preexistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias, reflexionar sobre comportamientos y creencias y buscar colectivamente soluciones al problema de salud que se está trabajando. Un ejemplo de este tipo de comunicación interpersonal son los sociodramas, las sesiones demostrativas o los propios talleres de capacitación.

Al tener un fuerte componente educativo y de interacción, estas dos formas de comunicación interpersonal permiten trabajar determinadas prácticas clave de manera directa con los individuos y los grupos adolescentes.

Al respecto, cabe revisar la información acerca de las *Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS)*.<sup>174</sup>

Las JOCAS son una modalidad de acción sociocultural participativa y abierta en la que se invita a la comunidad a integrarse en una conversación sobre temas de afectividad y sexualidad, como parte de un proceso sistemático que fortalece las redes locales de educación de la sexualidad y permite acrecentar las capacidades de conversar y tomar decisiones en materias afines.

Las JOCAS permiten vivir un proceso de aprendizaje informal en pequeños grupos de conversación y, más allá de nuevos conocimientos e informaciones, generan en las y los participantes la posibilidad de reconocerse como sujetos de la prevención.

---

<sup>174</sup> Para ampliar esta información, véase <http://www.jocas.cl/nuevo/textoguiajocas.pdf>

El aprendizaje de las JOCAS va hacia atrás, pues deconstruye las formas habituales del aprender y al mismo tiempo, promueve la caída del tabú en la medida que las comunidades conversan por qué no se puede conversar de sexualidad. Por otra parte, la conversación de las JOCAS nos enseña la condición dual del sujeto, esto es, del que habla y escucha: en esa condición reside la posibilidad a la prevención asumida como un llamado que el sujeto se hace a sí mismo. (...) La conversación no enseña lo que hay que hacer, sino que enseña a darse cuenta de la propia presencia en el dilema.<sup>175</sup>

La propuesta de las JOCAS se define por estar:

- **Centrada en las personas más que en la oferta de servicios.** Asume que de la iniciativa de la propia persona depende, en gran medida, el desarrollo de su salud sexual y reproductiva.
- **Centrada en los aprendizajes.** En este tipo de educación el sujeto aprende a través de modalidades como la conversación, la observación, el análisis de las propias experiencias, el saber escuchar e intercambiar. Se trata de un aprendizaje en la medida en que el sujeto se encuentra modificando las formas de pensar, de sentir y de actuar que van a sustentar sus decisiones y van a permitir reconocer sus acciones como propias. El enfoque reconoce la autonomía que tienen los aprendizajes y la toma de decisiones en todo aquello donde la sexualidad se encuentra comprometida.
- **Centrada en la demanda de educación.** Adopta como eje la demanda del grupo de personas al que se dirige para organizar las actividades y los medios. En el campo de la salud sexual y reproductiva, la demanda incluye aspectos como la adquisición de capacidades de autocuidado, el cuidado mutuo y la prevención.
- **Apoyada por recursos educativos múltiples.** Los agentes educativos se ponen al servicio del aprendizaje de los sujetos participantes. Su rol central es ampliar las perspectivas y potenciar la capacidad de escucha del grupo.
- **Centrada en las conversaciones asumidas como instancias privilegiadas de aprendizaje.** Asume que en las conversaciones se generan procesos de

---

<sup>175</sup> Proyecto Fondef (2003).

indagación y reflexión que dan lugar al desarrollo de aprendizajes significativos que apelan a la capacidad de discernimiento de los sujetos. Las JOCAS privilegian la constitución de pequeños grupos de conversación, autogestionados y autorregulados.

- **Orientada a la resonancia comunicativa.** Las actividades de conversación echan mano de una serie de recursos de comunicación que dan continuidad a lo que ocurre durante los momentos de la Jornada. Las conversaciones trascienden las redes sociales locales y constituyen un aprendizaje para otros grupos.

La gestión de las JOCAS requiere una serie de pasos previos que aseguren su éxito. En la etapa de preparación se crea un Equipo de Gestión, responsable de todo el proceso, que se dedica a realizar las tareas de convocatoria, capacitación –de animadoras y animadores y personas invitadas– y logística del encuentro. El Equipo de Gestión está integrado por representantes de los grupos que van a ser convocados a la Jornada. Una de las tareas básicas de este equipo es preparar a las personas que actuarán como animadoras e invitadas, quienes se capacitan mediante un ejercicio de simulación de una JOCAS.

Las jornadas se desarrollan en tres momentos consecutivos, de aproximadamente una hora cada uno: el primero de Problematización, el segundo de Ampliación de perspectivas y el tercero de Síntesis y expresión. Cada momento, una vez terminado, se evalúa y comenta a fin de preparar el siguiente. De esta manera, constituyen un proceso de aprendizaje participativo.

**Problematización.** Este momento se desarrolla en pequeños grupos, entre siete y quince personas; consiste en conversar acerca de una temática específica relacionada con la afectividad y la sexualidad. Cada participante habla a partir de su experiencia, sus saberes previos, sus sentimientos, dudas e inquietudes en torno al tema. Este primer momento tiene por finalidad la reflexión, sensibilización, motivación y toma de conciencia de las distintas dimensiones del tema y sus implicaciones para la vida de los sujetos. Los pequeños grupos de conversación son animados por una o un participante, que previamente ha recibido una capacitación para ello. La problematización es un proceso que involucra aspectos racionales y emocionales, abre nuevas preguntas y genera interés por aprender. Las sesiones son observadas y escuchadas por personas

invitadas de apoyo, que desempeñan durante el primer momento la función de observación, e intervienen en el segundo momento allegando nuevas visiones a las aportadas por el grupo durante el primer momento.

Al término de cada momento, quienes se desempeñaron como animadoras y animadores se reúnen con las personas invitadas a evaluar la experiencia y a preparar la siguiente etapa.

**Ampliación de perspectivas.** En este momento, al grupo de participantes se suman las invitadas e invitados. Con esta incorporación se busca ampliar y diversificar las perspectivas, generar nuevas preguntas, incentivar la reflexión grupal y generar cercanía con los participantes.

Entre las sugerencias para potenciar una conversación de calidad se pueden relevar las siguientes:

- Procurar explicitar que se habla desde la propia experiencia más que desde un saber preestablecido que pretenda validez universal.
- Aceptar el carácter abierto del momento, en el cual no es obligatorio que queden resueltas todas las demandas del grupo. El objetivo es potenciar la conversación en otros espacios que exceden la JOCAS.
- Permitir la fluidez entre los momentos de habla y de escucha.
- Tener la disposición para aceptar a los demás individuos como interlocutores válidos, con saberes y experiencias no necesariamente iguales o concordantes con los propios.

Las personas invitadas pueden ser líderes comunitarios (adolescentes, jóvenes o adultos), personal de los servicios de salud, docentes y cualquier persona de la comunidad con capacidad de aportar nuevas visiones, perspectivas, informaciones y orientaciones para nutrir las conversaciones de las y los participantes, favorecer la reflexión y el discernimiento e impulsar la promoción de la salud. En el momento de discernimiento, el grupo analiza un episodio conflictivo, identificado por los propios participantes, y busca tres opciones de solución.

**Síntesis y expresión.** Los grupos originales del primer momento retoman la conversación para compartir el significado de la Jornada, revisar los aprendizajes y despedirse. La sesión de clausura puede tener diferentes características, dependiendo del estilo de la comunidad convocada.

**Evaluación final y proyecciones.** Una vez finalizada la Jornada, el Equipo de Gestión se reúne con quienes participaron como animadoras y animadores y quienes fueron invitadas e invitados, para realizar una evaluación final del proceso, relevar lo que aconteció en el grupo participante y proyectar acciones que den continuidad a estos temas en la comunidad.

#### **2.4.3 TEMAS**

Sin que sea exhaustiva, la lista siguiente presenta algunos temas importantes que deben considerarse en las acciones de IEC:

- Información sobre los servicios (ubicación, gratuidad, servicios disponibles, condiciones que reúnen).
- Adolescencia, cuerpo, sexualidad, cuidados, salud.
- Derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.
- Oferta anticonceptiva (despejar mitos y prejuicios sobre daños).
- Anticoncepción de emergencia (dónde, cuándo, cómo).
- Prevención del embarazo no planeado y no deseado en adolescentes.
- Importancia de la APEO.
- Perspectiva de género y empoderamiento de las mujeres.
- Prácticas de autocuidado.
- Prácticas de riesgo.

- Medidas de prevención del VIH/SIDA.
- Vida libre de violencia.
- Beneficios de la educación integral de la sexualidad.

En la elaboración de cualquier producto de IEC, tanto relacionado con los contenidos como con las ilustraciones, es recomendable tomar en consideración los siguientes aspectos:

- Evitar estereotipos en los mensajes.
- Evitar lenguaje e imágenes de tipo sexista.
- Reflejar respeto por la diversidad.
- Buscar que las propuestas o mensajes sean pertinentes, es decir, que respondan a una necesidad particular del grupo al cual se dirigen.
- Cuidar que los mensajes sean congruentes y que no confundan a las audiencias.
- Usar un lenguaje accesible y claro.
- Tener soporte científico.
- Estar centrado en los sujetos.

Por otra parte, es necesario que dicho material esté integrado en una estrategia de los servicios y que complemente los procesos de educación grupal.<sup>176</sup>

---

<sup>176</sup> Asimismo, el CNEGSR ha seleccionado un conjunto de materiales elaborados por MEXFAM, los cuales pueden adquirirse en sus sedes estatales: Hablemos de sexualidad con la gente joven (libro); Manual comunitario de métodos anticonceptivos (libro); “Los y las jóvenes trabajando a favor de su salud sexual y reproductiva” (encarte); laminógrafo de VIH/SIDA acompañado de disco compacto; laminógrafo de derechos sexuales y reproductivos; rotafolios sobre embarazo adolescente y anticoncepción, y dildo para capacitación en uso adecuado del condón masculino.



## 2.5 ACCESIBILIDAD

La ruta que las y los adolescentes han de seguir dentro de los servicios debe pensarse y revisarse en función del nivel de accesibilidad, eficacia y oportunidad que éstos ofrecen. El cumplimiento de la normatividad y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de este grupo etario requiere que los procesos administrativos y de gestión también puedan ser considerados amigables.

En cada uno de los pasos, desde el ingreso a la unidad hasta que salen, las y los adolescentes deben sentir confianza y seguridad. Todas las interacciones con las personas de esta edad que llegan a los servicios deben ser amigables. No importa si se trata de una consulta, una charla, un taller, una sesión de consejería o una demanda puntual (como requerir un método anticonceptivo).

Se sugiere examinar la ruta de llegada, el recorrido interno, el trayecto de un servicio a otro y el camino de salida de la unidad, para identificar los posibles obstáculos al acceso, a la seguridad y a la confidencialidad. A partir de esta evaluación, se podrán realizar los ajustes necesarios para la mejora del servicio.

- **El ingreso.** Involucra un contacto inicial con el personal de la institución (vigilancia o portería), que debe tener una actitud amable y facilitar la entrada a los servicios de los adolescentes de ambos sexos, quienes pueden acudir solos o en compañía de otra persona. Es importante tomar en cuenta que para recibir atención no se requiere la presencia de una persona adulta. También es importante que haya una señalización clara que les permita orientarse.
- **La recepción/información.** Constituye el espacio y momento en que tiene lugar el primer contacto con el equipo de salud. Puede ser una enfermera, enfermero o auxiliar de enfermería, responsable de establecer una comunicación amable, receptiva y responsiva a las demandas de las y los adolescentes, quienes deben ser admitidos sin importar su edad, sexo, apariencia, procedencia o estado civil. La interacción requiere que existan condiciones de privacidad para que quien solicita el servicio pueda exponer su demanda o necesidad, y que el personal haya recibido capacitación en tal sentido. Cualquier infidencia puede ocasionar que la o el adolescente desista de quedarse.

- **Sala de espera.** En lo posible ha de ser un espacio separado, con características y condiciones acogedoras para adolescentes.<sup>177</sup> Un uso óptimo de este espacio consiste en realizar talleres con contenidos de derechos, promoción de la salud u otros, a fin de fortalecer la demanda de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva. Si el espacio no está separado, es muy deseable que los tiempos de espera sean cortos. En cualquier caso, es recomendable que las y los adolescentes encuentren materiales educativos sobre temas de salud sexual y reproductiva que les informen y entretengan durante la espera.

- **Atención en consultorios.** Ocasión en que ocurre la interacción en la que una médica o médico establece contacto directo con la o el adolescente; se realiza una valoración y se da respuesta a sus necesidades (asesorías, tratamientos, solicitudes y recomendaciones). La o el adolescente recibe atención a sus demandas vinculadas tanto a la salud en general como a la salud sexual y reproductiva en particular. En la medida de lo posible, el personal de salud debe reservar desde el inicio más tiempo para ellas y ellos, pues lo necesitan para expresar sus preocupaciones, obtener explicaciones y resolver dudas. Conviene recordar que, en nuestro país, las y los adolescentes pueden pasar a consulta sin necesidad de ser acompañadas/os por alguno de sus padres o, de ser el caso, quien ejerza la tutoría. Las condiciones del espacio deben asegurar la privacidad. Según cada situación se programan las citas de seguimiento y se establece la forma en que se puede tomar contacto con cada adolescente sin comprometer la confidencialidad.

- **Derivación a otros servicios.** Aunque no siempre es posible, debe intentarse identificar y proveer la mayoría de los servicios de salud sexual y reproductiva necesarios, ya que enviar a la o el adolescente a otra unidad para un servicio incrementa el riesgo de que no regrese al primer establecimiento y tampoco acuda al referido. La referencia a otra unidad o servicio puede resultar en gasto de tiempo o recursos de los que muchas veces no disponen estas personas, por lo que se insta a que, en la medida de las posibilidades que se tengan, se ofrezcan servicios resolutivos.

Cuando sea necesario, con el consentimiento de quien consulta, la o el profesional expedirá una orden escrita para que la usuaria o usuario acceda a otro servicio que no se puede brindar en la misma consulta, pero sí en otro momento, en el mismo establecimiento.

---

<sup>177</sup> La descripción de un conjunto de acciones en la sala de espera puede verse en Barner, E. et al. (2009).

> **Referencia a servicios de otro nivel.** La o el profesional expide orden escrita para que la o el adolescente acceda a otros servicios que no se pueden prestar en la institución.

> **Contrarreferencia.** Orden escrita de la o el profesional de otra institución que informa sobre los servicios prestados, tratamientos y recomendaciones para el manejo integral de la o el adolescente que ha pasado por la consulta y ha realizado todos los pasos anteriores.

- **Estadística y archivo.** Las y los adolescentes se identifican e ingresan en la base de datos de la institución, y se abre su historia clínica.

## **2.6 PERSONAL - NIVEL OPERATIVO**

Para esta atención, se requiere garantizar la participación de un equipo multidisciplinario de salud compuesto por:

1. Médica/o
2. Psicóloga/o
3. Enfermera/o
4. Trabajadora/or social
5. Promotora/or

### **2.6.1 PERFIL**

Las características y el desempeño del personal de salud definen, en mucho, cuán amigable logra ser un servicio. La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>178</sup> incluye las características siguientes en el perfil que deben tener quienes prestan servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescente:

- Son técnicamente competentes en áreas específicas de la adolescencia, realizan promoción y prevención de la salud, proporcionan tratamiento y cuidados relevantes a cada adolescente, considerando su nivel de madurez y sus circunstancias sociales.
- Cuentan con destrezas para comunicarse y relacionarse de manera empática.

---

<sup>178</sup> WHO (2002) en Franco, S. (2005).

- Evitan enjuiciamientos, son respetuosos y confiables; se relacionan fácilmente con adolescentes.
- Dedicán el tiempo necesario a dar respuesta a las dudas o atender el motivo de consulta.
- Actúan en el mejor interés de las personas adolescentes.
- Tratan a cualquier usuaria o usuario con igual cuidado y respeto.
- Facilitan la toma de decisiones mediante la oferta de información clara y técnicamente sustentada.
- Proveen de información y apoyo para permitir a cada adolescente tomar decisiones libres y adecuadas para sus necesidades personales.

A esta lista es necesario agregar las siguientes características:

- Reconocen que las y los adolescentes son personas con derechos y competencias suficientes para dirigir su salud y su vida sexual con autonomía y responsabilidad.
- Reconocen y asumen su papel como agentes de cambio en la promoción de la salud sexual y reproductiva de este grupo.
- Son culturalmente sensibles y tienen conocimiento de mitos, costumbres, usos y creencias sobre sexualidad que son frecuentes en su ámbito de acción.
- Reconocen la diversidad de este grupo etario en cuanto a edad, nivel socioeconómico, cultura, etnia, lugar de residencia, identidad de género, orientación sexual y otros aspectos.
- Conocen y aplican la normatividad, protocolos y demás procedimientos que rigen a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Conocen y aplican los principios de la orientación-consejería indicada para las y los adolescentes. Además, promueven, protegen y garantizan el ejercicio de sus derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

- Están abiertos al cambio y tienen la disposición de revisar su desempeño para mejorar, y, en lo que personalmente les concierne, no ser una barrera que limite los derechos de las personas adolescentes, sean mujeres u hombres.
- Reconocen que la inequidad de género influye en el ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes y determina diferencias en el acceso a la información, educación y servicios de salud, así como a medidas preventivas frente a embarazos no planeados, abuso sexual, violencia, aborto, ITS y VIH/SIDA.
- Respetan el derecho a la libre expresión de grupos, subgrupos e individuos adolescentes y reconocen –en el marco de la inclusión– la diversidad de identidades que se ven expresadas mediante códigos, símbolos y prácticas. Desde esta perspectiva, los piercings, tatuajes, peinados o vestimenta específica son expresiones de las identidades y es importante tener claro que las y los adolescentes, independientemente de su apariencia, deben recibir la atención. Cuando tales prácticas conlleven riesgo, los procesos de orientación-consejería deben abordarlas. Al respecto, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Ministerio de la Protección Social señalan que<sup>179</sup>

lo que se propone es el respeto por las identidades que asumen y que evidencian formas particulares y múltiples de ver el mundo. Estigmatizar, juzgar y criticar no ayuda a la protección de nadie, y más bien disminuye la consulta juvenil y perpetúa la creencia que la adultez es sinónimo “natural” de madurez y autocuidado.

Resulta de vital importancia que las y los responsables de instaurar el Modelo revisen el perfil del personal adecuado para la atención de adolescentes y sean cuidadosos en su selección y en la integración de los equipos multidisciplinarios.

### **2.6.2 TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO**

La implementación de la atención integral prioriza el enfoque de trabajo multidisciplinario. Cada miembro del equipo deberá tener claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del grupo, y todos compartirán la responsabilidad de los resultados. No es la mera yuxtaposición de tareas de los distintos miembros del equipo, sino la coordinación y construcción del trabajo lo que lo hará viable.

---

<sup>179</sup> ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social (2007).

Se recomienda la adquisición previa de competencias por parte del equipo para trabajar con adolescentes mujeres y hombres desde un enfoque integral, articulando sus actividades con las de otras trabajadoras y trabajadores y con ofertas complementarias de servicios de salud y/o actividades comunitarias de apoyo existentes en su zona.<sup>180</sup>

Tres condiciones son recomendables para el funcionamiento de estos equipos: primera, que estén motivados por el trabajo con adolescentes; segunda, que se logre un trabajo en conjunto y articulado, y no una mirada individual desde cada disciplina; tercera, que la capacitación incluya a todo el personal. Esto permitirá que cualquier trabajadora o trabajador de salud sea una puerta de entrada al servicio y que la totalidad de profesionales se encuentre capacitada para proporcionar una atención integral.

---

<sup>180</sup> Franco, S. (2005).

# 3



**PARTICIPACIÓN**



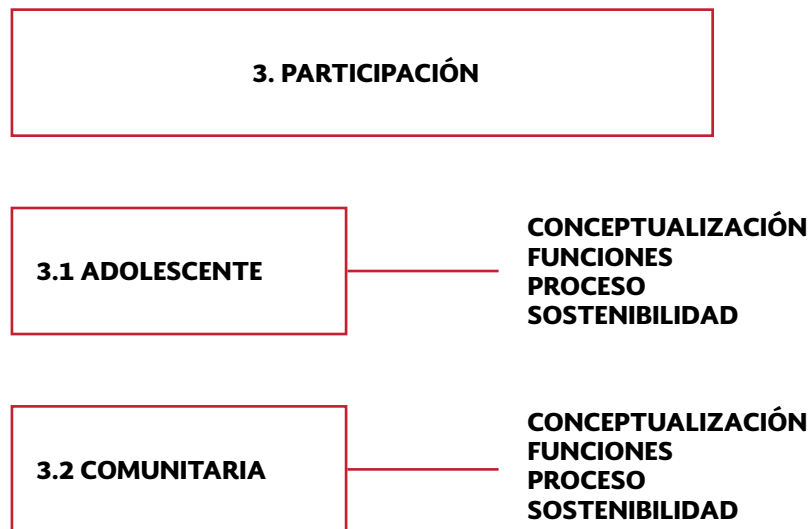


Es el componente mediante el cual las personas responsables del Modelo logran la incorporación de las y los adolescentes –a través de la estrategia de educación de pares, con las figuras de promotoras y promotores; así como brigadistas juveniles– en las acciones encaminadas a proveer un buen servicio y a promover una mejor salud sexual y reproductiva para su persona y sus grupos de pares. Es, asimismo, la forma de articulación de los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes con algunas organizaciones comunitarias impulsando el acceso a éstos y ampliando su cobertura (PAESSRA 2013-2018 Estrategia 2.1, Líneas de acción 2.1.4 y 2.1.5).

Este componente constituye uno de los factores clave del éxito de los servicios, pues incluye a adolescentes, grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El empoderamiento y el rol que estos actores desempeñen frente a los servicios es un paso importante para la sostenibilidad de los mismos.

Este componente involucra dos rubros: participación adolescente y participación comunitaria.

**ESQUEMA 7**



#### 3.1 PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE

El PAESSRA 2013-2018 hace suyo el siguiente reto:

Incentivar la participación activa de las y los adolescentes en el diseño y operación de estrategias diferenciadas para atender sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva, promoviendo la participación activa e involucramiento para disminuir factores de riesgos que impactan directamente en su salud y bienestar.

El Modelo propicia la participación consciente y activa de los grupos adolescentes y sus comunidades en la promoción y mantenimiento de un buen estado de salud. Reconoce que en el desarrollo adolescente hay una interacción entre sus características individuales y el entorno en que se desenvuelven, que “estas relaciones son las que delimitan los contextos, lenguajes y formas de construcción de vínculos que generan oportunidades de acción y les permiten a los profesionales y personal de salud intervenir de forma directa sobre los determinantes sociales y de la salud”.<sup>181</sup>

Se requiere que las personas responsables de la implementación del Modelo diseñen y pongan en marcha mecanismos que involucren activamente a las y los adolescentes, de uno y otro sexo, en la planeación, operación y evaluación de los servicios para asegurar que sean amigables y respondan a sus necesidades.

##### 3.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN

En el ámbito de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes, el componente de participación de estos grupos es el ancla que les permite configurar adecuadamente su oferta, adaptándose a las necesidades de las usuarias y usuarios activos y potenciales. Por otra parte, es el medio que les permite potenciar su trabajo llevándolo más allá de los límites convencionales de la prestación de servicios hasta los ámbitos en que las y los adolescentes tejen sus historias.

La participación involucra a personas adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años de edad; representa el mecanismo por medio del cual estos individuos reconocen y desarrollan sus fortalezas, intereses y habilidades, y acceden a la capacidad y al derecho que tienen de incidir en las decisiones que les afectan de manera directa o indirecta.

<sup>181</sup> Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2008).

Cuando este grupo se reconoce como sujeto de derechos, con capacidades para tomar decisiones, asume la responsabilidad de cuidar su salud y se convierte en un aliado definitivo de los servicios de salud.<sup>182</sup> Esta participación promueve su empoderamiento, al dotar a las usuarias y usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer efectivos sus derechos y para asumir su responsabilidad.

Empoderar a los adolescentes, reconocer sus derechos y capacidades, no bloquear sus aportes, permite su autocuidado y protección mutua, contribuye a potenciar el desarrollo colectivo. Al visibilizarlos como agentes de cambio que influyen en los adultos y en sus comunidades, se trasciende la competencia por el poder, para hacer realidad la formación de la ciudadanía.<sup>183</sup>

### **3.1.2 FUNCIONES**

La participación adolescente, entendida de esta manera, cumple funciones diversas, de las cuales se destacan las siguientes:

- a) Fortalece la capacidad institucional y de los servicios al hacerlos más pertinentes y confiables → AFIANZA/CONSOLIDA.
- b) Fortalece la demanda de servicios amigables dándolos a conocer → ACTIVA.
- c) Fortalece a los grupos adolescentes y juveniles en su gestión por obtener y disfrutar sus derechos sexuales y reproductivos → EMPODERA.
- d) Fortalece a las comunidades en que operan → DINAMIZA.

Mediante la participación, las y los adolescentes proyectan su capacidad renovadora en la cultura y el desarrollo de sus comunidades.

### **3.1.3 ENRIQUECIMIENTO EN DOS VÍAS**

La participación adolescente representa una oportunidad para el ejercicio de los derechos en escenarios de encuentro que integran la educación en salud sexual y reproductiva con enfoque de género, generacional e intercultural. Mediante estos

---

<sup>182</sup> Ministerio de la Protección Social (2003).

<sup>183</sup> Krauskopf, D. (2000).

encuentros se verifica un reconocimiento mutuo entre el personal de salud y este grupo que puede servir para derribar barreras y estereotipos de ambas partes y trabajar colectivamente en la construcción de valores y la realización de proyectos grupales y de emprendimiento. Estos proyectos, a su vez, inciden favorablemente en el proyecto de vida de las y los adolescentes, incluyendo a su familia, sus pares y su comunidad; favorecen el desarrollo personal, la socialización y la proyección comunitaria.

Esta participación adolescente, impulsada desde los servicios amigables de salud sexual y reproductiva, puede, a su vez, movilizar otros apoyos comunitarios y abrir para los adolescentes de ambos sexos nuevos escenarios y espacios de diálogo orientados a mejorar sus condiciones de incorporación a la vida social, a fortalecer su papel como actores decisivos y garantizar su participación activa en el desarrollo humano, enfatizando la consolidación progresiva de competencias sociales y ciudadanas.

Lo anterior facilita que la generación adulta aprenda a tomar en cuenta a este grupo etario y a apreciar sus contribuciones; asimismo, propicia que los servicios sean efectivamente amigables y

- se ajusten de una mejor manera a sus necesidades (pertinencia);
- sean más confiables, velando que garanticen su seguridad y confidencialidad;
- se difundan y sean aceptados más ampliamente por la comunidad;
- se acerquen a otros grupos de adolescentes que no acceden a los servicios, llevándoles información a través de sus mismos pares;
- puedan mejorar continuamente al contar con la retroalimentación crítica y permanente de sus propios usuarios y usuarias.

#### 3.1.4 ENFOQUE

La participación adolescente, cuya importancia es ya reconocida, se ha implementado como parte de los servicios amigables, y también de otros servicios. No obstante, el enfoque que ha guiado su desarrollo no siempre es el mismo; puede ir desde una intención de tipo práctico que utiliza a estas personas como instrumento de perifoneo

hasta un compromiso real con ellas que las involucra en los procesos de toma de decisiones. Puesto que los servicios que se impulsan desde el Modelo están en un marco de derechos humanos, la participación de los grupos adolescentes implica que estas personas están en capacidad de razonar, decidir y aportar, y que la capacitación será una contribución decisiva en tal sentido.

Desde esta perspectiva, en la que *a participar se aprende participando*, es obligación del personal que ofrece servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes facilitar los espacios y las herramientas para fortalecer dicha capacidad y para eliminar barreras institucionales que puedan obstaculizarla.

Dos verbos son imprescindibles en esta invitación que los servicios amigables hacen a las y los adolescentes: participar y trabajar juntos.

**Participar** lo entenderemos como un proceso gradual e integral de información, formación, construcción de ciudadanía, generación de encuentros entre nosotras/os o con las otras/os, y de posibilidades de desarrollo. Participar lo pensaremos también como ser protagonistas.

**Trabajar juntas/os** tendrá el significado de establecer metas conjuntas, de escucharnos, de poner cada uno lo que tiene a su alcance, de entender al otro, de apropiarnos de lo que construimos juntos. Es importante pensar en la población adolescente como socia activa en la tarea de fortalecer los servicios amigables. Cuando se involucran en esta actividad, aprenden y ganan confianza. Esto les ayuda a asumir responsabilidades y tomar decisiones informadas.<sup>184</sup>

### 3.1.5 BARRERAS Y RETOS

Algunos ejercicios de revisión crítica sobre la forma como a veces se aborda la participación han llegado a conclusiones que pueden parecer obvias pero que, no obstante, ponen en evidencia las dificultades que existen para una comunicación intergeneracional basada en el respeto.<sup>185</sup> A continuación se presentan algunos ejemplos:

---

<sup>184</sup> ICBF/OIM (2008).

<sup>185</sup> Véase Asociación Canadiense de Salud Mental/Salud, OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI, NORAD (2003).

- El adultocentrismo, o “no tienes edad para entender”, que aísla a las y los adolescentes y concentra las decisiones en las personas adultas. Las buenas intenciones del personal de salud, en ocasiones, no son suficientes para allanar las dificultades que impiden comprender que las personas adolescentes pueden ser seres sensatos, capaces de aportar elementos útiles a los procesos de toma de decisiones. Aunque la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece el derecho de niñas, niños y adolescentes de participar en las decisiones que les afectan, aún falta mucho por hacer.
- El pragmatismo, que “utiliza” a las y los adolescentes para cumplir una meta u objetivo: “haz esto”. La participación de los grupos adolescentes ha de basarse en una convicción real en la capacidad de los grupos más jóvenes de aportar como aliados en una empresa común: la salud personal y social. Es preciso entender que la forma como se establece la relación con ellas y ellos determina el nivel de participación que se les está permitiendo y cuánto se valora su involucramiento y aporte.
- El asistencialismo, que hace que la relación entre el personal de los servicios de salud y los grupos adolescentes se sustente en la idea de trabajar “para ellas y ellos”. En este caso, se toman en cuenta las necesidades e intereses de las y los adolescentes, pero única y exclusivamente desde la mirada adulta. No se les considera co-actoras y co-actores en la construcción de los servicios de salud que supuestamente deben reconocer sus necesidades y ajustarse a éstas.
- La participación simbólica, que alude a situaciones en las que parece darse a las personas la oportunidad de participar, cuando, en realidad, su participación no tiene efecto alguno en la toma de decisiones. Apartar a las y los adolescentes es una práctica que aún se observa, y aunque sea considerada “conveniente” porque evita discusiones y la búsqueda de consenso, lo cierto es que cierra canales de comunicación y los servicios pierden eficiencia.

Reconocer a las y los adolescentes de ambos sexos como sujetos de derechos implica trabajar con ellas y ellos.<sup>186</sup> Desde esta perspectiva, no sólo se consideran las necesidades e intereses de estos grupos y se recogen sus opiniones, sino que también se les considera colaboradores con igual poder en la toma de decisiones. Este enfoque requiere un lenguaje común y un respeto recíproco.

---

<sup>186</sup> Quintana, S. et al. (2003).

Entre las dificultades que se deben superar para una efectiva participación de los grupos más jóvenes, algunos organismos internacionales han identificado las siguientes:<sup>187</sup>

- La necesidad de desarrollar modelos de participación que ofrezcan asociaciones y toma de decisiones conjuntas entre adolescentes y personas adultas, dejando atrás la actitud de “nosotros/ellos” tan característica en las relaciones intergeneracionales.
- La importancia de que adolescentes y personas adultas desarrollen destrezas para realizar trabajo conjunto. Ambos grupos necesitan abandonar el modo antiguo de relacionarse (o no relacionarse).
- El desafío que implica desarrollar modelos efectivos de participación que tomen en consideración las necesidades únicas y los retos de vida que enfrentan las personas más jóvenes, evitando imponer los parámetros que rigen para la participación de las personas adultas.
- La necesidad de empezar desde una edad temprana y, en este sentido, ofrecer oportunidades a las niñas y niños para participar en decisiones que les afectan, de manera que vayan desarrollando habilidades y asuman responsabilidades cada vez mayores en las decisiones. La mayoría de las y los adolescentes no ha tenido dichas oportunidades durante su infancia.
- El reto de producir un sistema de apoyo para adolescentes que les ayude a prepararse para participar en decisiones que les afectan, y de darles el apoyo para una renovación continua del liderazgo adolescente.

### **3.1.6 ESCALA DE LA PARTICIPACIÓN**

Con base en lo expuesto anteriormente, conviene que cada servicio revise, a manera de autocrítica, de qué manera está abordando la participación de las y los adolescentes.

La siguiente escalera expone niveles diferentes de participación de los grupos adolescentes en las actividades relacionadas con su salud dentro de los servicios.

---

<sup>187</sup> Asociación Canadiense de Salud Mental/Salud, OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI, NORAD (2003).

#### ESQUEMA 8

#### NIVELES DE LA ESCALERA DE LA PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES

**7. Las y los adolescentes desarrollan iniciativas para realizar acciones y comparten decisiones con las y los adultos respecto a la organización, planificación e implementación de diversas actividades.**

**6. Adultos y adolescentes conocen el programa. Las y los adolescentes participan en el diseño dando ideas y opiniones; aportan a las decisiones que toman las personas adultas.**

**5. Las y los adultos deciden y diseñan la propuesta, pero consultan e informan a las y los adolescentes y recogen con seriedad sus opiniones para incorporarlas.**

**4. Las y los adultos diseñan propuestas e invitan a las y los adolescentes a participar. Se explican con claridad los objetivos del proyecto y se les dice para qué se busca su participación.**

**3. Las y los adolescentes son convocadas/os. Se les dice lo que tienen que hacer pero no se les explica los objetivos ni los motivos de las acciones.**

**2. Las y los adolescentes son considerados como población beneficiaria y se realizan acciones dirigidas a ellas y ellos que son coordinadas por las y los adultos.**

**1. Las y los adolescentes no son convocadas/os. Tampoco participan en las acciones.**

Adaptado de Quintana S. et. al. (2003).

De este modo, se puede identificar hasta qué punto se toman en cuenta sus opiniones en el momento de decidir, organizar, planificar e implementar las actividades. Esta herramienta presenta de manera gráfica siete niveles, que van desde la ausencia de participación hasta un nivel óptimo de involucramiento adolescente. Conforme se sube por la escalera, se incrementa el nivel de participación.

#### 3.1.7 EL PROCESO

El punto de partida es el nivel de empoderamiento de cada comunidad. Las interacciones entre los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes y las organizaciones sociales o comunitarias del medio en que se insertan configuran diversas posibilidades para dinamizar la participación de este grupo etario. En el momento



inicial, el sector salud convoca a las instituciones y alienta a las y los adolescentes para capacitarse e integrarse como promotoras y promotores. Por su parte, las organizaciones sociales, comunitarias y juveniles pueden, según su fortaleza y desde su ámbito de acción, impulsar los derechos sexuales y reproductivos y el acercamiento a los servicios.

En esta combinación de esfuerzos, los servicios podrán establecer acuerdos de colaboración para fortalecer la participación adolescente en la implementación de acciones dentro y fuera de los centros de salud.

Es un proceso que puede llegar a involucrar a otros sectores, con agendas compatibles o complementarias, pero en todo caso comprometidos en fortalecer los factores protectores de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, en mejorar o ampliar las condiciones de incorporación de este grupo como actor decisivo a la vida social, y en consolidar la demanda de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva.

### **3.1.8 RESPONSABLES**

Las actividades que se proponen serán lideradas e iniciadas desde el sector salud, para lo cual debe haber una persona responsable que funja como coordinadora/or entre los servicios y la comunidad, que organice los encuentros iniciales y que abogue por la participación adolescente dentro de la institución de salud. La coordinadora o coordinador será aquella persona capaz de disponer, organizar y propiciar una serie de mecanismos para el aprendizaje, con amplia experiencia y conocimiento en el desarrollo de actividades con adolescentes.

A medida que avanza la consolidación de grupos adolescentes, esta coordinación pasa a ser compartida con una o un adolescente que se encargará de concertar las actividades con las demás compañeras/os.

### **3.1.9 INSTAURACIÓN, GRADUALIDAD Y RENOVACIÓN**

La participación adolescente es un conjunto de procesos que se instauran de manera gradual. Su desarrollo depende mucho del interés de las autoridades, del empoderamiento de las y los adolescentes y de los factores socioculturales, entre otros. Debe entenderse que es un proceso que necesita tiempo, paciencia, recursos y talento, lo que hace que sus resultados sean igualmente progresivos.

A manera de esquema, pueden enunciarse algunas actividades que corresponden a su instauración. Debe tomarse en consideración, no obstante, que no hay un orden lineal y que la secuencia puede variar en algunos casos, ya que más que acciones que hay que completar, son procesos que se echan a andar y que en algún momento del proceso global vuelven y se retoman.<sup>188</sup>

<b>INSTAURACIÓN DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	
<b>Acción</b>	<b>Pasos previos o requisitos</b>
Sensibilizar sobre el Modelo a autoridades locales, líderes de organizaciones juveniles y otros organismos de la sociedad civil.	Diagnóstico de la población adolescente de la localidad o comunidad. Identificación de líderes y grupos adolescentes organizados en la localidad o comunidad.
Identificación de grupos y organismos gubernamentales y OSC con agendas afines. Realizar intercambios entre adolescentes y personal de salud para conocer y analizar más ampliamente las características de los servicios amigables. Reflexionar conjuntamente sobre cómo se accede a los servicios de salud y hacer que las y los adolescentes se unan para mejorar la situación.	Diálogo, interés, compromiso, respeto a otras tareas de las y los adolescentes, disposición a escuchar, superación de barreras de comunicación.
Formalizar la participación.	Selección, particularmente dentro de las escuelas, de las y los adolescentes que se van a integrar.
Iniciar el proceso de capacitación para la formación de promotoras, promotores y brigadistas en temas relacionados con salud sexual y reproductiva, con perspectiva intercultural, de género y derechos humanos.	Transferencia de herramientas de IEC. Elaboración (previa o simultánea) de un plan secuencial de actividades de capacitación de complejidad creciente y diversa.

<sup>188</sup> Para ampliar información sobre el estudio de zona, véase SSA (2002); sobre los componentes comunitario, escolar y de servicios, Aguilar, O. et al. (2008); sobre formación de promotores, Thais (2005); sobre procesos graduales de capacitación, Arango, M.C. et al. (2007).

<p>Realizar la promoción de los servicios, de acuerdo con las prioridades del diagnóstico previo.</p> <p>Planear y organizar actividades, intra y extra muros, para la población adolescente, tomando en consideración el diagnóstico y las aportaciones de promotoras, promotores y brigadistas.</p> <p>Desarrollar estrategias que permitan identificar a adolescentes que tienen mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.</p>	<p>Definición de planes, prioridades, canales de comunicación, roles y responsabilidades.</p> <p>Identificación y afinamiento de los procedimientos para que adolescentes y personal de salud trabajen juntos.</p> <p>Acceso autorizado a las instituciones en que van a trabajar (comunitarias, educativas y otras).</p> <p>Estrategia de acompañamiento y seguridad de los grupos.</p>
<p>Establecer una participación significativa en la toma de decisiones.</p>	<p>Flexibilidad y respeto para que las y los adolescentes desarrollen las destrezas para participar efectivamente y las personas adultas aprendan a apoyar y tener en cuenta la participación de las personas más jóvenes.</p>
<p>Prever rotación de personal y planear las maneras de reducir al mínimo el impacto negativo de este movimiento de personal.</p>	<p>Desarrollo de mecanismos de capacitación semipermanente.</p> <p>Generación de oportunidades para que los miembros veteranos del servicio brinden orientación a los de reciente ingreso; implementación de distintos grados de participación que requieren diferentes niveles de destreza y compromiso; desarrollo de métodos de reclutamiento continuo.</p>
<p>Establecer un ciclo de retroalimentación para garantizar que los aportes de los y las adolescentes incidan en las decisiones, ya que el proceso se alimenta de las inquietudes surgidas durante su desarrollo.</p>	<p>Mecanismo de seguimiento de las decisiones adoptadas a raíz de la retroalimentación</p>
<p>Reconocer y estimular la participación voluntaria en la promoción de la salud de la comunidad.</p>	<p>Instauración de actividades o mecanismos que motiven el interés por la participación.</p>

#### 3.1.10 SOSTENIBILIDAD

Una de las mayores barreras para la participación sostenida de este grupo etario es que no se la considera una actividad central de la organización. Pensar estratégicamente sobre cómo incluir dicha participación en la estructura de la organización es un paso clave para mantenerla.<sup>189</sup>

Para que la participación adolescente se convierta en una actividad central, es recomendable que las personas responsables de los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes sean capaces de llevar adelante las acciones siguientes:

- Formalizar la participación adolescente en las declaraciones de la misión, metas y objetivos, políticas o directrices de la organización.
- Abogar por la participación de este grupo etario dentro y fuera de la institución.
- Planear las metas a largo plazo y analizar la forma en que la participación actual puede constituir la base para el futuro.
- Mantener un registro del proceso de la participación adolescente y documentar este proceso para demostrar cómo ha evolucionado. Tal vez se lo pueda utilizar, más adelante, para afirmar la legitimidad de la participación de las y los adolescentes e intercambiar experiencias.
- Plantear alianzas que permitan la apropiación del proceso y su sostenibilidad.

Una participación efectiva depende de la calidad de las alianzas que se acuerden entre los adolescentes de ambos sexos y las personas adultas encargadas de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Investigaciones y experiencias de diversos programas sugieren diez elementos que conducen a alianzas efectivas entre grupos adolescentes y adultos, a saber:<sup>190</sup>

---

<sup>189</sup> Asociación Canadiense de Salud Mental/Salud, OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI, NORAD (2003).

<sup>190</sup> Véase YouthNet/FHI en colaboración con Advocates for the Youth (s/f).

1. Establecer metas claras para la alianza. Tanto adolescentes como personas adultas deben entender las razones y los objetivos para establecer la alianza.
2. Compartir el poder de decisión. Si las y los adolescentes no tienen poder para tomar decisiones, su participación no es de alianza.
3. Obtener el compromiso de los niveles más altos. Los niveles más altos de la organización deben comprometerse íntegramente a fomentar las alianzas significativas.
4. Ser explícitos con respecto a los roles y las responsabilidades. Asegurar que las personas que participan en las alianzas conozcan los roles y las responsabilidades que les son propios y los de los otros.
5. Ser selectivos. Seleccionar a personas adolescentes y adultas apropiadas para la alianza. Existen muchas diferencias en el colectivo de adolescentes en cuanto a sus niveles de desarrollo y preparación para asumir responsabilidades, y también las hay entre las personas adultas en lo relativo a su compromiso para trabajar con adolescentes.
6. Ofrecer capacitación. Las y los adolescentes necesitan capacitación en las áreas de salud sexual y reproductiva, y además en comunicación, liderazgo y técnicas educativas. Por su lado, adultas y adultos necesitan capacitación sobre el trabajo con adolescentes, así como en áreas técnicas.
7. Tener presente que existen diferentes estilos de comunicación. Esto no necesariamente implica falta de respeto, interés o diferencia en cuanto a metas y expectativas. Hacer preguntas y comunicarse con claridad puede ayudar a disipar ciertos conflictos que se originan debido a los diferentes estilos de comunicación.
8. Valorar la participación. Al valorar la participación de este grupo se lo hace en parte responsable de sus obligaciones, de la misma manera que ocurre con las personas adultas, cuyas destrezas y compromiso aportados a la alianza también deben valorarse.
9. Incluir espacio para el crecimiento. Definir las formas en que las y los adolescentes pueden adquirir mayores responsabilidades, ofreciéndoles oportunidades para progresar.
10. Recordar que las personas que cursan la etapa de la adolescencia tienen otros intereses. Tal vez no puedan cumplir con obligaciones muy grandes, debido a otros compromisos y prioridades. Conviene consultar con ellas y ellos para definir un nivel de responsabilidad que se ajuste a su tiempo y sus compromisos.

La participación de las y los adolescentes se sustenta y dinamiza en procesos de capacitación que les permiten comprender la importancia de la salud sexual y reproductiva, aplicar la información en su propia vida y adquirir las habilidades para actuar como promotoras y promotores de sus derechos sexuales y reproductivos dentro y fuera de los servicios, integrados al equipo de salud.

#### **3.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

Los servicios de salud sexual y reproductiva orientados a proporcionar una atención cálida y amigable a la población adolescente pueden y deben propiciar el desarrollo de acciones conjuntas con otras instituciones, públicas y privadas, que presten servicios de salud, educación o sociales, y que pueden contribuir a una acción integral mediante un trabajo complementario. Asimismo, mediante la información compartida sobre los diferentes servicios que cada institución u organización proporciona, se articula y multiplica la oferta hacia las y los adolescentes.

En este rubro, se requiere que el personal responsable de la implementación del Modelo trace un plan para la construcción o el fortalecimiento de vínculos comunitarios. Dicho plan deberá engranar los servicios específicos de salud sexual y reproductiva de la población adolescente con otras instancias comunitarias para favorecer una atención más integral de esta área de la salud mediante la complementación de acciones.

#### **3.2.1 CONCEPTUALIZACIÓN**

Las necesidades y demandas de salud sexual y reproductiva de la población adolescente están relacionadas con una serie de factores de orden familiar, educativo, social, económico, político y cultural que rebasan las posibilidades y el ámbito que corresponde al sector salud.

El sector salud es sólo una parte de la solución, ya que por sí mismo no puede transformar el ambiente cultural, social y legal que priva a las personas adolescentes de sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, sí tiene, por medio de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes una posición estratégica para prevenir y proveer de atención en un marco de integralidad si se conecta con otros servicios de asistencia de la comunidad. “El establecimiento de salud que brinda este servicio se reconoce también a sí mismo como un actor clave de la comunidad, que

promueve la articulación de esfuerzos entre diferentes instancias comunitarias para responder a las necesidades físicas y psicosociales de las y los adolescentes”.<sup>191</sup>

Por otra parte, los espacios de coordinación comunitaria –en los que deben estar incorporadas todas las instituciones públicas, privadas y comunitarias comprometidas con el desarrollo integral de las personas adolescentes– pueden ser decisivos para promover los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes e impulsar cambios de actitudes y prácticas institucionales, comunitarias, sociales y familiares que constituyen obstáculos para que los integrantes de este grupo ejerzan como titulares de derechos.

Desde esta perspectiva, la participación comunitaria es un factor fundamental para reducir las barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de los adolescentes de ambos sexos a servicios de salud sexual y reproductiva (PAESSRA 2013-2018, Estrategia 2.1, Línea de acción 2.1.2).

Es indudable que las escuelas, grupos comunitarios, OSC, instancias de salud, medios de comunicación, entre otros actores, pueden contribuir de manera eficaz a la atención integral de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y al buen funcionamiento de los servicios en esta materia mediante modelos compartidos de prevención, promoción de relaciones igualitarias entre mujeres y hombres durante todas las etapas del ciclo vital, la vigilancia de la calidad de la atención y la revisión de temas como los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y el autocuidado.

Las intervenciones en el ámbito de las comunidades fomentarán entornos propicios para que la población adolescente pueda tomar decisiones y cuidar su salud sexual y reproductiva. “El autocuidado, o cuidado personal, se define como las capacidades para llevar una vida sana, los cuidados relacionados con la salud y la toma de decisiones saludables, incluida la búsqueda de atención”.<sup>192</sup>

---

<sup>191</sup> Quintana, S. et al. (2003).

<sup>192</sup> OMS (2010).

El propósito de trabajar con las comunidades es contribuir al empoderamiento de los grupos adolescentes para que puedan ejercer un mayor control sobre su salud sexual y reproductiva, y, también, para ampliar, tanto el acceso a servicios de salud de calidad, como su utilización. Por otra parte, este trabajo permite realizar acciones focalizadas para atender las necesidades concretas de algunos sectores específicos en condiciones de mayor vulnerabilidad como son las y los adolescentes de áreas rurales e indígenas. (PAESSRA 2013-2018, Estrategia 2.1.2).

#### 3.2.2 FUNCIONES

En cada caso, la participación comunitaria estará configurada por los espacios y oportunidades para una acción conjunta basada en una visión común. Las modalidades de esta participación pueden ser diversas dependiendo de las características del contexto, tipo de vinculación entre actores sociales y espacio geográfico en que se realice.

En términos generales, puede cumplir una o más funciones, por ejemplo:

- Apoyar e impulsar la implementación de los servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.
- Promover el acceso de los adolescentes de ambos sexos a dichos servicios.
- Desarrollar acciones complementarias que fortalezcan la prevención ante situaciones como la violencia de género, embarazos no planeados, ITS y VIH/SIDA.
- Sensibilizar a diversos grupos locales acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, también sobre las necesidades y los problemas potenciales relacionados con su salud sexual y reproductiva.
- Integrar a la comunidad en el análisis de la información sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes, a fin de crear conciencia de los problemas y, al mismo tiempo, estimular el apoyo y la participación social en su solución.



- Generar sistemas de intercambio de servicios, recursos e información.
- Monitorear la calidad de los servicios que se ofrecen localmente. Esta participación contribuye al establecimiento de mecanismos que facilitan la transparencia y rendición de cuentas de los servicios de salud ante la comunidad. También, apoya la Estrategia 2.3 del PAESSRA 2013-2018, Línea de acción 2.3.2.
- Mejorar la calidad de la atención.
- Fortalecer los vínculos entre las comunidades y el sistema de prestación de asistencia de salud para lograr el apoyo social.
- Actuar sobre factores que inciden en la utilización de los servicios, por ejemplo, las creencias sobre la eficacia y efectividad de la atención para resolver los problemas de salud.
- Obtener una mayor comprensión o sensibilidad en relación con las realidades socioculturales que deben considerar los servicios.
- Propiciar la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de las y los adolescentes mediante el respeto de valores básicos como la capacidad de elegir, la dignidad, la diversidad y la igualdad.
- Establecer alianzas para alcanzar objetivos comunes mediante una división consensuada del trabajo. Las alianzas locales son esenciales para asegurar la coordinación y convergencia de los esfuerzos, garantizar la calidad y evitar la duplicación de tareas.

### **3.2.3 PROCESOS**

Si bien el concepto de comunidad puede referirse a un grupo de personas relacionadas que tienen necesidades y problemas comunes, lo cierto es que los conjuntos sociales se conforman por grupos heterogéneos, con normas y valores también diferentes. Cuando se trabaja con las comunidades, es preciso tener en cuenta dichas diferencias.

Las intervenciones en este ámbito deben comenzar con una identificación clara e inequívoca de las personas e instituciones que constituyen la comunidad.

Es importante que el servicio de salud identifique en su zona de influencia aquellas organizaciones sociales clave para el desarrollo adolescente y establezca acuerdos de trabajo con ellas. Algunas pueden ser organizaciones juveniles, organizaciones de base comunitaria, centros recreativos o educativos. Estas organizaciones, por su credibilidad o experiencia en el trabajo con adolescentes, pueden apoyar la integración de este grupo etario a los servicios de salud y el desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva apropiadas. Es posible, asimismo, la conformación de grupos de apoyo comunitario, ya sea de adolescentes que trabajan con pares, de docentes y otros, que refuercen las acciones que las instituciones de salud desarrollan ampliando su alcance hacia otros grupos que no tienen acceso a los servicios.

De igual modo, se pueden identificar actores de la comunidad que participen en la planeación del servicio, el desarrollo de acciones y su evaluación, pues cuanto más se involucre a las personas, más se reconocerá el servicio como elemento clave para el desarrollo de la comunidad.

#### **3.2.4 SOSTENIBILIDAD**

La implementación de los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes debe sortear diferentes barreras que dificultan la posibilidad de que éstos se aproximen a la unidad de salud.<sup>193</sup>

[Los centros de salud] tienen el reto de promover el acceso a los servicios y elevar la calidad de atención que se brinda en éstos. El acceso implica tanto que las y los adolescentes lleguen al servicio y sean atendidas/os en éste, como que el establecimiento de salud desarrolle diferentes estrategias que permitan que la población adolescente “acceda” a la información, la orientación y el soporte que requiere en los espacios naturales en los que se desenvuelve. Para ello, el establecimiento debe propiciar la articulación de redes conformadas por las instancias de la comunidad relacionadas con la promoción de la salud.

---

<sup>193</sup> Quintana, S. et al. (2003).

Desde esta perspectiva, el trabajo en red es un instrumento importante para apoyar las actividades y concretar acciones efectivas de salud pública.

La red social es el conjunto de actores (personas o grupos) que se vinculan en torno a una visión común para alcanzar objetivos específicos, caracterizándose por intercambiar recursos mediante la participación social. Para la creación y el establecimiento de una red social es necesario propiciar cambios en el contexto en el que se desenvuelve la acción, desarrollar mecanismos para una acción coordinada y establecer relaciones poco jerárquicas con la finalidad de que se tomen decisiones de manera conjunta.<sup>194</sup>

---

<sup>194</sup> Ibid.



4



**FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES**



Es el componente que permite a las personas responsables del Modelo conseguir cambios en los conocimientos, habilidades y actitudes (competencias) del personal de los servicios, grupos adolescentes y comunidades respectivas. Por esta razón, es un componente transversal que apoya la implementación de los demás componentes del Modelo. Está basado en las necesidades de cada institución y busca que el desempeño del equipo de salud responda a los requisitos que se establecen para la atención amigable en los servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes, además de mantener a sus integrantes actualizadas/os y plenamente capacitadas/os.

A continuación se presentan los elementos que integran este componente.

**ESQUEMA 9**



Mediante este componente, el Modelo se propone elevar las competencias del personal de salud para que proporcione servicios de calidad a la población adolescente, de acuerdo con los estándares definidos para los servicios específicos de salud sexual y reproductiva dirigidos a este grupo etario.

Los verdaderos cambios en la comprensión y el abordaje –logrados mediante procesos educativos– son requisito indispensable y plataforma básica para asegurar las condiciones que necesita el desarrollo del Modelo.

Asimismo, el fortalecimiento de capacidades es el mecanismo mediante el cual el personal de salud que realiza, interviene o apoya la atención de adolescentes en las áreas médica, de orientación y educación,

- a. comprende la importancia de los esfuerzos que se enfilan a promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres adolescentes;
- b. ubica su rol en dichos esfuerzos;
- c. contribuye desde su posición a obtener la calidad que se requiere;
- d. hace suyas las convicciones que empujan y sostienen el trabajo con adolescentes, y
- e. fortalece, a su vez, las capacidades de grupos adolescentes y comunitarios para que se involucren activamente en la organización y promoción de los servicios.

Esto último significa reconocer a las y los adolescentes como seres autónomos, capaces de tomar decisiones, y como titulares de derechos inalienables que se les han negado en innumerables ocasiones; admitir que el respeto a sus derechos es una cuestión de justicia y de salud que debe superar barreras arraigadas en la cultura, las instituciones y la familia y que es hora de empezar a desarmar; que en el caso de las mujeres, la doble moral y los estereotipos de género las hacen más vulnerables a problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva, y que se encuentran en condiciones más críticas de desempoderamiento.



La implementación del Modelo (o su reforzamiento) implica<sup>195</sup>

que las instituciones de salud impulsen procesos de sensibilización, para que las conductas y prácticas del personal de salud se construyan desde una actitud positiva, con el pleno conocimiento y manejo del marco jurídico que sustenta la prestación de los servicios, así como el respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, reconociendo su autonomía en la toma de decisiones y con la capacidad de generar condiciones para el autocuidado de su salud sexual.

Asociado con esta exigencia, el PAESSRA 2013-2018 incluye la orientación de *Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes* (Línea de acción 2.2.1) a fin de *Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes* (Estrategia 2.2).

Corresponde a las personas responsables del Modelo diseñar y poner en marcha procesos y/o actividades educativas de diferente alcance y profundidad para el personal de salud. Estas actividades pueden ir desde la difusión de los principios, valores y características de la prestación de servicios amigables hasta el mejoramiento de las competencias laborales. Asimismo, se deben considerar mecanismos para

- formar adolescentes promotores de los servicios y de la salud sexual y reproductiva;
- informar y/o sensibilizar a diversos grupos que trabajan con adolescentes.

#### **4.1 LOS PROCESOS DE FORMACIÓN**

El tránsito desde el reconocimiento del derecho de las y los adolescentes –a recibir atención para una mejor salud sexual y reproductiva– y del papel fundamental que el sector salud puede desempeñar, hasta la estructuración y realización de una intervención; se compone de una gran cantidad de decisiones que ajustan los avances hasta llegar a un plan coherente de acción.

---

<sup>195</sup> SSA (2014).

Una de esas tantas decisiones se relaciona con la formación de los recursos humanos a cargo del Modelo. ¿Cuáles son las expectativas de desempeño?; ¿cuáles las necesidades de formación?; ¿son todas las mismas?; ¿de qué nivel de formación se está hablando?; ¿cuáles son los propósitos de la capacitación?; ¿por qué hay que distinguir entre capacitación, información y sensibilización, acaso no es lo mismo?; ¿quiénes podrían recibir capacitación?; ¿cuáles son las posibilidades reales de emprender acciones educativas?; ¿cómo generar un ambiente favorable que apoye la acción de los grupos involucrados directa e indirectamente?

La implementación del presente Modelo requiere desarrollar esfuerzos especiales de formación de los recursos humanos según el nivel de atención en el que se desempeñen. Para lograr una atención de calidad, es deseable que las prestadoras y prestadores de servicios conozcan acerca de la salud sexual y reproductiva de adolescentes, y de los servicios que la Secretaría de Salud y otras instituciones ofrecen. Esto incluye tanto a las funcionarias y funcionarios de alto nivel, como al personal operativo en actividades asistenciales, administrativas y de apoyo logístico.

Dichas actividades de formación pueden y deben variar en función de las necesidades específicas que se deben atender y de las tareas particulares que cada individuo o grupo debe realizar. Así, pues, los procesos educativos pueden abarcar modalidades diversas según los distintos niveles de conocimientos y de adquisición de habilidades que se requieren.

### 4.1.1 MODALIDADES

Con frecuencia, se usa un lenguaje indiferenciado para referirse a los procesos de formación. Términos tales como sensibilización, información, educación, formación, capacitación y otros se utilizan indistintamente. Tal situación confunde y no logra aclarar qué se pretende hacer (al momento de planear) y qué se está informando (al momento de presentar resultados).

Teóricamente, cada modalidad (en su denominación) debería indicar o tener implícito cuál es su alcance y su nivel de profundidad. En este sentido, conviene, en lo posible, tener claridad sobre el significado de los siguientes términos:

**a) Sensibilizar.** Cumple la función de generar las condiciones para que las interacciones con las y los adolescentes ocurran en un ambiente favorable y cuenten con el apoyo del personal de toda la institución. Esto se va logrando en la medida en que las autoridades a cargo de las decisiones entienden por qué los servicios amigables son necesarios, de qué manera favorecen a las y los adolescentes, cuáles son sus implicaciones, qué cambios requiere la organización, a la vez que valoran la oportunidad que las instituciones de salud tienen de intervenir en la prevención y atención. Estos elementos sirven de base para las decisiones que se toman en torno a la estructuración de las tareas administrativas, los servicios educativos y clínicos; también, son fundamentales para generar en todo el personal –incluido el de recepción y seguridad– una actitud de respeto y receptividad hacia las demandas de todas las personas adolescentes. Las actividades de sensibilización tienen, por lo regular, una duración corta y su alcance no llega, necesariamente, a generar cambios profundos en actitudes y comportamientos. Se limitan a dar información que ayude a crear mayor conciencia del significado de las actividades que se realizan y que genere el apoyo para un desarrollo sin tropiezos. En pocas palabras, proporciona un conjunto de datos básicos sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, con el fin de que el personal de salud sea consciente de su existencia, perciba la problemática de salud, comprenda que es un asunto de derechos humanos que le compete y cuente con referentes básicos para orientar a las personas sobre los servicios que se ofrecen.

**b) Informar.** Cumple la función de transmitir una serie de conocimientos y ayuda a conocer algún tema o circunstancia. Aunque a veces produce cambios en los grupos como disminuir la apatía respecto de alguna situación, lo cierto es que la información per se no logra generar cambios importantes en cuanto a actitudes y comportamiento. En ocasiones, puede ayudar al desarrollo de destrezas si es que se acompaña de demostraciones y prácticas. La duración de las actividades de información puede ser variable, dependiendo de la extensión de los temas, y hay que considerar que las actividades que se limitan a transmitir información son escasamente efectivas. Las acciones informativas suelen organizarse en procesos denominados de cascada que, al replicarse por quienes van siendo informadas/os, comienzan a perder fuerza, sustancia e impacto, resultando afectadas tanto la calidad de la información como la comprensión que deben conseguir las personas que vayan a participar directa o indirectamente en algún programa.

**c) Capacitar.** Se trata de un proceso orientado al desarrollo de competencias que permite un desempeño reflexivo, responsable y efectivo del personal que presta servicios de salud para la atención integral de adolescentes. El desarrollo de dichas competencias supone la interacción de un conjunto dinámico de conocimientos, valores, habilidades, actitudes y principios, que se va estructurando desde la experiencia del sujeto o grupo participante. Por ser un proceso complejo, existen algunos requisitos para que la capacitación sea efectiva y cumpla con sus propósitos: las actividades deben tener una mayor duración, la modalidad de trabajo debe ser de tipo participativo, el tamaño de los grupos no puede ser muy grande. Implica, pues, conjuntar una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que encaucen la comprensión de la situación –sus dificultades y consecuencias–, en un marco de derechos humanos y desde la perspectiva de género, procurando un manejo hábil de herramientas metodológicas y comunicativas para brindar servicios de atención y educación a la población adolescente.

**d) Actualizar e intercambiar experiencias.** Se trata de procesos o actividades aisladas, que permiten al personal de salud beneficiarse de los avances que se producen en un área que –por su novedad– se encuentra en una fase de generación de planteamientos teóricos y prácticos muy prolífica. Representan, también, oportunidades para contrastar opiniones y comprobar que la salud sexual y reproductiva de la población adolescente se relaciona con las costumbres y la vida cotidiana de los países y sus regiones. Para el acceso a nuevo conocimiento que se genera sobre el tema en México y en el mundo, es cada vez más factible traspasar las paredes de las aulas de clase. Recursos como Internet pueden ser utilizados prácticamente en cualquier momento y en cualquier lugar y ofrecen posibilidades diversas para la actualización y el intercambio de experiencias, bien sea de manera ocasional o regular.<sup>196</sup>

Las modalidades descritas tienen una función diferente aunque se complementan y refuerzan mutuamente.

---

<sup>196</sup> El Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA), en el que participan el UNFPA, Family Care International (FCI), la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el Organismo Andino de Salud, cuenta con un banco de experiencias y de materiales educativos, legales y técnicos de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y otros países. Véase <http://www.planandinopea.org/?q=node/27>

#### 4.1.2 ENFOQUE DE COMPETENCIAS

Las instituciones de salud deben garantizar el derecho a la salud de la población que acude y solicita sus servicios. En tal sentido, el personal que otorga los servicios debe reunir ciertas competencias para actuar como garante de ese derecho. En el caso de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes, tales competencias deben incluir la capacidad de analizar críticamente distintos factores socioculturales en torno a la sexualidad, para desarmar mitos y prejuicios que afectan la salud sexual y reproductiva y que, a la vez, pueden interferir en la atención, si es que quienes prestan los servicios no revisan sus impresiones, juicios de valor y actitudes frente a las conductas y comportamientos de las y los adolescentes.

En el campo [de la salud sexual y reproductiva] existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva deben tener unas características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades.<sup>197</sup>

Las personas responsables de gestionar y planear los procesos de formación de los recursos humanos deben definir las competencias profesionales del personal que ofrece los servicios y favorecer su desarrollo y mantenimiento.

La noción de competencia, tal como se utiliza en el campo educativo, tiene su origen en el mundo del trabajo, en donde se enfatiza (o debería enfatizarse) lo que una persona tiene que saber y saber hacer para poder desempeñarse satisfactoriamente en un empleo. Es necesario entonces dejar claro que esta noción de competencia en educación no tiene que ver directamente con la idea de competir, individualmente o en equipo, por el logro de reconocimientos y premios. Se trata de que todas y todos dominen el ejercicio de un determinado quehacer, no de que compitan unas/os con otras/os en una especie de justa o campeonato. Así, el desarrollo de una competencia no está reñido de ninguna manera con el aprendizaje colaborativo ni con la noción de comunidad de aprendizaje.

---

<sup>197</sup> ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social (2007).

El concepto de competencia puede tener varias acepciones. Para el caso que nos ocupa, se refiere a la capacidad (expresada mediante los conocimientos, habilidades y actitudes) que se requiere para ejecutar una tarea o resolver dificultades de manera responsable e idónea, en un contexto particular.

Tomando como referente la necesidad de que el personal que presta servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes realice acciones de prevención, promoción y orientación con calidad, apegados a los derechos sexuales y reproductivos, con una perspectiva de género e interculturalidad, y que contribuya al ejercicio responsable de la sexualidad y la reproducción; se desglosan a continuación algunas de las competencias que se requieren.

- Capacidad de otorgar servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo con los lineamientos de un servicio amigable, tomando en cuenta el contexto cultural de la población adolescente que se atiende.
- Capacidad de establecer una comunicación con las usuarias y usuarios adolescentes que permita comprender sus necesidades y ofrecerles opciones que respeten su derecho a decidir.
- Capacidad para identificar necesidades específicas de cada adolescente, evaluar las situaciones y orientar la toma de decisiones explicándole cuáles son sus derechos y opciones.
- Capacidad para entablar una comunicación que refleje respeto y reconocimiento de la diversidad sexual, usando un lenguaje inclusivo.
- Capacidad para trabajar de manera interdisciplinaria, demostrando interés por interactuar con este grupo, procurando una constante actualización y revisión del propio desempeño.
- Capacidad de identificar formas abiertas o sutiles de discriminación y encauzar acciones para hacer tomar conciencia de éstas y eliminarlas.
- Capacidad de comprender que cada persona y su respectiva situación de salud es única y está ligada a su contexto social, cultural, político, económico, y de escucharla y orientarla de acuerdo con sus demandas específicas.

El proyecto “Acceso joven: fortaleciendo capacidades para brindar servicios de salud amigables a las y los adolescentes y jóvenes en América Latina”, plantea tres capacidades básicas que debe desarrollar una o un profesional de la salud:<sup>198</sup>

Capacidad 1: Reconocer que las y los adolescentes y jóvenes son personas con derechos y competencia suficientes para dirigir su salud y su vida sexual con autonomía y responsabilidad.

Capacidad 2: Reconceptualizar el papel del servicio y de la/el profesional de la salud, tanto mujer como hombre, en cuanto agentes de cambio en la promoción de entornos saludables.

Capacidad 3: Conocer y ejercitarse en la aplicación de una metodología que permita diseñar acciones que contribuyan a que los servicios de salud se tornen amigables para los diversos grupos de adolescentes.

Algunas ideas que también aportan a la definición de las competencias pueden obtenerse de *Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*.<sup>199</sup>

- Habilidades para la evaluación de las situaciones y capacidad para orientar la toma de decisiones pertinentes y oportunas.
- Capacidad para identificar, reconocer y respetar la diversidad cultural y las necesidades específicas de cada adolescente o joven.
- Virtudes comunicativas y buen manejo de relaciones interpersonales.
- Aptitud para hacer que los servicios específicos de salud sexual y reproductiva sean espacios de encuentro amigable, donde adolescentes de diversas características pueden obtener información veraz, oportuna y precisa.

---

<sup>198</sup> Véase Quintana, S. et al. (2003).

<sup>199</sup> Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2008).

- Facultad para realizar intervenciones pertinentes de promoción de la salud, prevención, tratamientos y asesorías, entre otras.
- Disposición para trabajar de manera interdisciplinaria y promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.
- Comprensión de la importancia de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, así como de la realización de acciones para respetarlos y promoverlos.
- Reconocimiento y aceptación de la existencia de grupos con diversas características de etnia, edad, género, ocupación, lugar, situación económica, etcétera.
- Rechazo de toda forma de discriminación o exclusión social.
- Capacidad para identificar prejuicios, estereotipos y emociones que dificultan sentir empatía o prestar servicios a algunas personas o grupos y explorar caminos para superarlos.
- Comprensión de que cada persona y su respectiva situación de salud es única y está ligada a su contexto social, cultural, político y económico.
- Reconocimiento de la necesidad de estar en permanente actualización y capacitación sobre temas básicos relacionados con la salud sexual y reproductiva de los grupos adolescentes.
- Disposición a entender los puntos de vista de las y los adolescentes, sin imprimir las propias opiniones, lo cual no significa sentir la obligación de abandonar las creencias o valores que se profesen.

Es también importante tener en cuenta que los servicios que se proponen ser amigables no están constituidos exclusivamente por profesionales de la salud que tienen una relación directa con adolescentes, como es el caso de los médicos/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales y psicólogas/os. Por tal motivo, las actividades educativas también deben incluir al equipo administrativo y de servicios de apoyo, puesto que las y los adolescentes deben sentir que pueden desplazarse con seguridad



por los diferentes espacios de la institución, encontrando orientación y respuestas inmediatas a sus requerimientos.

#### **4.2 NECESIDADES DE CAPACITACIÓN**

Tomando como marco la prestación de servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, las necesidades de capacitación se establecen de acuerdo con las expectativas de desempeño del personal según las funciones o intervenciones que debe realizar. No obstante, tales necesidades no se limitan al campo de los conocimientos y las destrezas.

Aun cuando se trate de una situación escasamente comprendida, es común que todas las personas tengan una opinión sobre la sexualidad adolescente y que, en muchos casos, estas ideas estén permeadas por patrones culturales imperantes y experiencias personales que pueden distorsionar la percepción que se tiene de los derechos y las necesidades de atención de las y los adolescentes. Por ello, la capacitación no puede limitarse a la transmisión técnica de la información o los conocimientos, sino que debe ser un proceso educativo que favorezca un cambio de actitudes y valores en relación con la salud sexual y reproductiva. Es decir, que propicie la toma de conciencia respecto de un derecho que asiste a la población adolescente, despierte el interés por una realidad en la que la salud sexual y reproductiva de estas personas está desatendida, y, a partir de la generación de un conocimiento y un convencimiento, lleve al análisis de las propias posibilidades de participación en la solución.

Por medio de la capacitación, quienes prestan servicios de salud tendrán conocimientos y sensibilidad suficientes para abordar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y orientar a las personas a reflexionar y tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y su vida. A su vez, quienes organizan los servicios estarán conscientes de la importancia de realizar las adecuaciones necesarias para que la atención esté ajustada a los criterios que se establecen para los servicios amigables.

En esta etapa inicial de implementación del Modelo y, puesto que su propósito es unificar criterios de atención y alinear los programas existentes, un diagnóstico de necesidades, como se le conoce comúnmente, puede ser reemplazado por un ejercicio que derive las necesidades desde los ejes del Modelo mismo:

1. ¿Cómo entendemos los servicios de salud amigables para adolescentes? Y el nuestro, ¿en qué medida lo es? ¿Qué podemos hacer para mejorar?
2. Los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, ¿cuáles son?, ¿en qué situaciones se respetan?, ¿en cuáles no? Análisis de situaciones en las que se vulneran estos derechos, principalmente en las instituciones de salud y en la relación con la prestadora o prestador de servicios.
3. ¿Cómo vemos a las y los adolescentes y su sexualidad? Revisión de estereotipos etarios y de género. ¿Los estereotipos ayudan? ¿Qué tenemos que cuidar para atender a este grupo sin prejuicios?
4. En la atención, ¿qué implica un trato adecuado? Respeto a la diversidad, capacidad de escuchar, reconocimiento de la autonomía, apoyo a la toma de decisiones informadas. ¿Conocemos la normatividad?
5. En la orientación-consejería, ¿qué rol asumimos? Análisis de obstáculos, barreras, normas socioculturales. ¿Pueden mejorar nuestras habilidades de comunicación?
6. En el servicio con la comunidad, ¿qué implica un trabajo participativo?, ¿qué alianzas permiten afianzar el trabajo con adolescentes?, ¿hay consenso en torno a los criterios básicos?, ¿hay acuerdos establecidos para un trabajo conjunto?
7. La equidad de género, ¿qué significa?, ¿cómo afecta la salud?, ¿qué tipo de trato la refuerzan?, ¿cuáles la vulneran? ¿Es un tema, un eslogan, un principio o un deber?<sup>200</sup>

Lo anterior no obsta para que se lleve a cabo un diagnóstico de necesidades de capacitación por tipo de personal y con base en las funciones, actividades y tareas que corresponden a cada uno. Con tal fin, la información puede obtenerse de las fuentes siguientes:

- Entrevista individual para que el personal, tanto del área gerencial como operativa, manifieste directamente las necesidades tomando como referencia sus funciones, actividades o tareas.
- Aplicación de cédulas o cuestionarios diseñados específicamente para la detección de necesidades de capacitación por tipo de personal; su llenado lo hará cada persona.
- Supervisión del personal de los diferentes niveles a fin de identificar brechas entre su desempeño y el esperado.

<sup>200</sup> Rivera, G. y Arango, M.C. (1999).

A medida que la implementación del Modelo avanza, las y los adolescentes, gerentes, personal que presta servicios y personal de apoyo podrán identificar otras necesidades. Éstas pueden ser captadas y sistematizadas en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y deberán canalizarse para que se atiendan oportunamente.

Desde esta perspectiva, es importante diseñar e implementar mecanismos de educación continua como un apoyo indispensable en la formación de recursos humanos, para dar una respuesta formal y sistemática a las necesidades técnicas, humanas y administrativas de la atención.

Quienes tengan la responsabilidad de las acciones del Modelo deben diseñar y poner en marcha un mecanismo de educación continua (sensibilización, capacitación y actualización) que provea al personal de salud de un bagaje de información, conocimientos, actitudes y habilidades suficientes para brindar una atención de calidad a las personas adolescentes.

Al acompañar la implementación del Modelo, dichos procesos educativos cumplen las siguientes funciones:

- Reforzar, mantener y actualizar conceptos, destrezas y valores que permitan la calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.
- Generar alternativas de resolución para atender problemas y situaciones relacionados con la salud sexual y reproductiva a partir de los servicios.
- Analizar de manera crítica y propositiva aspectos específicos del conocimiento y la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes, dentro de los criterios de calidad que se han establecido.
- Consolidar las actividades y cambios que implica la puesta en marcha del Modelo.
- Transmitir el conocimiento y orientar al personal de nuevo ingreso respecto de las características del Modelo.

Tomando en consideración que en cada caso las necesidades ameritan respuestas de diversa complejidad, se entiende que los procesos educativos pueden variar según las modalidades descritas anteriormente.

### 4.3 ELEMENTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO

La planeación de una sesión educativa reúne de manera esquemática los elementos siguientes:

- **Propósitos de aprendizaje.** Especifica qué es lo que se espera de las y los participantes al concluir una sesión de aprendizaje (tema, lección, unidad, módulo). Deben hacer referencia a los pasos de revisión de la experiencia, análisis, obtención de conclusiones e identificación de formas de aplicar lo que se ha aprendido. Plantean en un sentido amplio las competencias que se van a desarrollar. No se trata de objetivos conductuales, ni de que quienes participan descubran anticipadamente lo que puede significar un hallazgo en un momento determinado. No debe haber más de tres o cuatro propósitos por tema, y unos pocos más por unidad o por módulo. Es deseable que en lo relativo a los temas, los propósitos estén redactados en términos de competencias específicas que sean consistentes y formen parte de competencias más generales a desarrollarse en una unidad o módulo. Por ejemplo, el propósito de impulsar la participación de los grupos adolescentes en los servicios amigables, implica que estas personas desarrollen y pongan en acción diversas capacidades: reconocer sus necesidades, derechos y deberes; saber qué son, qué hacen y qué ofrecen los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva; relacionar la propias necesidades con los servicios que se ofertan (qué pueden hacer los servicios por mí; qué puedo hacer yo por los servicios); establecer áreas de mejora; formarse una opinión de los servicios y expresarla adecuadamente. Cada competencia es valiosa en sí misma y al verse reforzada con las otras, conforman una competencia más amplia que se resume en la capacidad de participar de manera pertinente, responsable y creciente en los servicios. El producto integrado, en este caso la participación eficaz, da cuenta de diversas evidencias como son conocimientos implícitos, valoración de situaciones, criterios de realización y cambios en el desempeño que, a su vez, se analizan sobre la base de criterios de evaluación previamente establecidos en correspondencia con las capacidades que han servido como eje del proceso de formación.
- **Metodología.** Se trata de cómo se va a enseñar para que el aprendizaje sea de la mejor calidad posible.

- **Contenidos.** Enlista los temas y subtemas a desarrollar y enuncia los conceptos principales.
- **Actividades.** Especifica en orden las técnicas mediante las cuales se van a lograr los propósitos.
- **Tiempo.** Establece la duración de cada sesión y el número de sesiones de acuerdo con los contenidos.
- **Recursos.** Identifica los materiales de apoyo para cada sesión.
- **Evaluación.** Define el mecanismo para conocer los logros obtenidos.

#### **4.3.1 METODOLOGÍA**

No existe una metodología educativa como tal ni una manera única de hacer las cosas. La metodología responde a una decisión acerca de los aspectos que se quieren privilegiar en los procesos educativos. ¿Qué peso se va a dar al “saber qué”, al “saber cómo”, al “saber por qué” y al “saber para qué”?

La visión que se tenga del asunto en cuestión y el enfoque con el que se va a tratar son relevantes para la solución de los siguientes dilemas: ¿Vamos tan sólo a narrar hechos, o también vamos a considerar las evidencias? ¿Vamos a tratar de conceptos y nociones, o también de cómo se llega a ellos? ¿Vamos solamente a hablar de conocimientos, o vamos a trabajar para aprender a utilizarlos y aplicarlos? ¿Vamos a conformarnos con saber, o también vamos a reparar en sus implicaciones y consecuencias? ¿Vamos a valorar y aprovechar los saberes previos de los participantes, o a considerar que estamos partiendo de cero?

Así, es importante tener en cuenta lo siguiente:

Uno de los propósitos principales de la capacitación es lograr la concientización del personal de salud, motivo por el cual la Secretaría de Salud ha optado por los procesos educativos basados en las corrientes activo-participativas, que rompen con la enseñanza clásica de conferencias y la mera repetición de información.<sup>201</sup>

---

<sup>201</sup> SSA (2004).

En este sentido, la propuesta educativa del Modelo se inscribe en un paradigma de aprendizaje activo que integra experiencias previas del participante, incidencias del entorno en la situación, análisis de la información, planteamiento y resolución de preguntas, establecimiento de relaciones y asociaciones, toma de decisiones y desarrollo de estrategias de acción. No se limita a transmitir bloques de información que, aunque necesaria, es sólo parte de un proceso más complejo de interacciones creativas que permitirá a las y los participantes el desarrollo de una diversidad de destrezas que incluyen, entre otras, la capacidad de analizar situaciones, solucionar problemas, ejercer el pensamiento crítico, comunicar y manejar información.

Cuando se trabaja con adultas/os o adolescentes en contextos no escolarizados, como en este caso, es necesario conocer y reflexionar cuidadosamente sobre los principios de su educación para estar en capacidad de crear una comunidad de aprendizaje significativa, reflexiva, respetuosa, afectiva, creativa, motivadora y participativa.

<b>PRINCIPIOS DE UNA EDUCACIÓN PARTICIPATIVA</b>	
<b>Principios</b>	<b>Descripción</b>
1. Respeto a la experiencia	En el grupo hay una experiencia acumulada que se debe reconocer.
2. Seguridad	Entre las y los participantes puede haber susceptibilidad e inseguridad ante las críticas. Pueden arrastrar experiencias frustrantes que les hagan creer que no son capaces de adquirir conocimientos nuevos. Pueden resistirse a aprender en situaciones que creen que ponen su competencia en duda.
3. Pertinencia	Los aprendizajes significativos han de estar relacionados con necesidades, intereses o problemas que está viviendo el grupo. El proceso de aprendizaje de las personas recorre el siguiente camino: de lo conocido → a lo desconocido de lo simple → a lo complejo de lo concreto → a lo abstracto de lo práctico → a lo teórico del presente → al futuro

4. Diálogo	En el grupo coexisten fuentes de conocimientos heterogéneas que enriquecen la interacción. La formación ocurre en un espacio intersubjetivo y social.
5. Participación	Existe una necesidad de involucramiento en los procesos de indagación, análisis y toma de decisiones.
6. Inmediatez	Las personas adultas se disponen a aprender lo que necesitan saber o hacer para cumplir su papel en la sociedad o en el trabajo.
7. Regla del 10/20/30/50/70/90 <sup>202</sup>	Las personas recuerdan: 10% de lo que LEEN 20% de lo que ESCUCHAN 30% de lo que VEN 50% de lo que VEN Y ESCUCHAN 70% de lo que DICEN Y ESCRIBEN 90% de lo que HACEN
8. Integralidad	El aprendizaje debe involucrar el razonamiento, los sentimientos y la práctica (pensar, sentir, actuar). También, el disfrute, el gozo, el placer de aprender algo nuevo y de involucrarse en un proceso de desarrollo personal.
9. Heterogeneidad	Hay diferencias individuales en cuanto a edad y experiencia que marcan diferencias de estilo, tiempo y ritmos de aprendizaje.

Adaptado y ampliado de IMSS/PRIME (1998).

De acuerdo con estos principios, la metodología que se propone se apoya en:<sup>203</sup>

- El reconocimiento y la utilización de la experiencia y los conocimientos del grupo participante, que siempre es un buen comienzo.
- La necesidad de conectarse con situaciones relevantes para el grupo.

<sup>202</sup> Estudios llevados a cabo en Bethel, Maine, en los años 60, y posteriormente en Alexandria, Virginia, reportados en IMSS/PRIME (1998) y en KEI-IVAC (2008).

<sup>203</sup> Esta metodología está cada vez más difundida, y en el país ha sido trabajada en áreas afines al Modelo. Como ejemplo véase: Arango, M.C. (2008), IMSS/PRIME (1998), y SSA (2005, 2003, 2002).

- La importancia de propiciar una alta participación e interacción entre el grupo de participantes y las personas a cargo de la capacitación, en un clima de respeto.
- La orientación de los procesos de aprendizaje en términos de facilitación más que de transmisión de conocimientos, lo cual replantea el papel de quien capacita.
- La reflexión y el análisis en torno a un conjunto de preguntas: ¿qué ocurre en esta situación?, ¿cómo lo veo?, ¿qué pienso?, ¿qué hago?, ¿por qué ocurre esto?, ¿cuáles son las consecuencias?, ¿cómo me afecta esto?
- La resolución de problemas o identificación de vías de acción aplicando los aprendizajes logrados: ¿qué opciones tengo en esta situación?, ¿hay otras formas de ver, pensar y actuar?, ¿qué acción puedo llevar a cabo para mejorar o cambiar esta situación?, ¿cómo aplicar las nuevas formas de ver, pensar y actuar?

Todo esto también genera orden, engendra estructuras y da lugar a secuencias. El proceso sigue una estructura conocida como el Círculo Experiencial de Aprendizaje (CEA), que reúne cuatro pasos: experiencia, análisis, generalización y aplicación. En esta metodología:

- El aprendizaje empieza con una experiencia concreta.
- El individuo o grupo observa y reflexiona acerca de esa experiencia.
- El individuo o grupo conceptualiza a partir de la información que recopila.
- El individuo o grupo aplica lo obtenido a nuevas situaciones.

A continuación se describen las principales características de los pasos metodológicos.

**Experiencia.** El punto de partida del nuevo aprendizaje es la experiencia, lo cual tiene una doble connotación: que las y los participantes traigan a la situación de aprendizaje sus propias experiencias y que se involucren personalmente en una actividad inicial que representa una experiencia de aprendizaje generadora de una serie de datos que se irán procesando y sistematizando en las etapas sucesivas.



En esta primera etapa, las actividades hacen énfasis en las concepciones que configuran el modo de ver, pensar y actuar de las y los participantes; se utilizan situaciones cotidianas para que estas concepciones se expresen: ¿cómo lo veo?, ¿qué pienso?, ¿qué hago? Todas las preguntas buscan facilitar la toma de conciencia individual y/o colectiva acerca de las opiniones, creencias e ideas sobre un tema particular, y permiten a las facilitadoras y facilitadores acercarse a este conocimiento.

Esta etapa se estructura de manera que se presenten las evidencias mediante una experiencia concreta, que puede ser una lluvia de ideas, un experimento sencillo, una discusión acerca de una situación, la lectura de un cuento o noticia, entre otras. El grupo participa activamente “haciendo” algo.

**Análisis.** Una vez que concluye la etapa de la experiencia, el grupo, guiado por la facilitadora o facilitador, pasa a la etapa de análisis: ¿qué pasó? Para producir la revisión de las formas de ver, pensar y actuar es imprescindible realizar actividades en las que se manifieste la diversidad de puntos de vista del grupo. Durante éstas, las y los participantes reflexionan de manera individual y/o colectiva sobre la actividad emprendida durante la etapa de la experiencia y comparten sus reacciones de manera estructurada. Esto puede ocurrir sobre una base individual, grupal y/o plenaria.

En la mayoría de las actividades de esta etapa se introduce un nuevo concepto, principio o terminología; son actividades que contienen aspectos fundamentalmente teóricos. Esta etapa proporciona el soporte conceptual para el intercambio de puntos de vista distintos dentro de un marco participativo, y para saber “el porqué” de una determinada actuación o actitud. Dicha información estructurada y secuenciada forma la base de una nueva comprensión práctica y operativa de la situación.

Los pensamientos y sentimientos que comparten los miembros del grupo participante se van vinculando entre sí para derivar algún significado de la experiencia. Este momento se apoya, sobre todo, en técnicas de reflexión, preguntas generadoras y espacios de discusión; los cuales contribuyen a la objetividad y el razonamiento cuidadoso, ya sea para la formación de opiniones o para la comprensión de una situación.

Es difícil propiciar el cambio y aprender cuando la persona está conforme con sus propias maneras de pensar y actuar. Asimismo, resulta difícil cambiar si no se

comprenden otras formas de enfocar una cuestión, cuando no se reconocen el valor y las ventajas de otras formas de pensar y actuar, y cuando no se examinan las razones por las cuales éstas pueden ser más satisfactorias o útiles. Desde esta perspectiva, es importante saber que existen otros puntos de vista y otros modos de actuar, razón por la cual es fundamental comprobar su validez frente a los propios.

**Generalización/conceptualización.** La etapa de generalización es la parte del aprendizaje experiencial en la que las y los participantes sacan conclusiones tomando como base las dos etapas anteriores. Representa la oportunidad de sistematizar el conocimiento empírico obtenido de la experiencia y de llevarlo a un plano conceptual que permite una aproximación científica a la comprensión de una realidad.

Esta etapa, por lo regular, está estructurada de manera que quienes participan trabajen primero individualmente y luego compartan conclusiones, promoviéndose así el aprendizaje mutuo.

**Aplicación.** En esta etapa las y los participantes, con base en los conocimientos y conclusiones obtenidos durante las etapas precedentes, buscan conexiones entre lo vivido en la actividad y la “vida real”: ¿pasa lo mismo?, ¿nos comportamos igual? ¿y ahora qué?, ¿cómo se aplica lo aprendido a la vida personal y/o laboral? Con la orientación de la persona que facilita, pueden llegar a formular planes para aplicar sus aprendizajes en su contexto institucional y cultural. Las acciones que se planifican dependen, en mucho, de los antecedentes y las necesidades específicas de cada grupo.

Este momento implica la decisión de actuar sobre una situación con el propósito de influir en ella y propiciar algún cambio, tiene como núcleo las decisiones de cambio personal que previamente hayan tomado las y los participantes. Entre las técnicas que apoyan este paso está el diario de aprendizajes personales, las reflexiones grupales y los planes de trabajo.

El recorrido a través de estos momentos permite que las y los participantes, en cuanto individuos y como grupo, incursionen en una experiencia concreta, que da pie y se complementa con una serie de reflexiones y observaciones que conducen luego al planteamiento de conclusiones más amplias y terminan con el reto de ponerlas en práctica o de probar sus implicaciones en nuevas circunstancias.

El aprendizaje experiencial implica:

- usar métodos activos de aprendizaje que son parte de un amplio conjunto de metodologías en las que quien aprende juega un papel activo, no de simple receptor o receptora;
- ubicar a los participantes en el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje, y partir de sus experiencias en un contexto específico;
- conectar los temas con la realidad, intereses y necesidades del grupo participante; y
- propiciar la participación grupal.

En este sentido, la metodología funciona como una estructura operativa que sirve para dar la pauta sobre la manera de organizar las sesiones educativas y de seleccionar los métodos o técnicas de aprendizaje.

#### **4.3.2 ACTIVIDADES**

La organización del proceso educativo antes descrita representa, a su vez, una guía para la selección de las actividades educativas en función de sus potenciales aportes a los diferentes momentos del ciclo, las características de las y los participantes y la cultura institucional. Las actividades se organizan en lecciones o unidades y han de seguir una secuencia consistente, motivadora y eficaz que lleve a obtener los propósitos que se han planteado de antemano.

Cuando se privilegia la participación grupal, las técnicas siguientes son de utilidad: charlas cortas e interactivas, juego de roles, estudio de casos, lluvia de ideas, debate, trabajo en grupos pequeños, discusión plenaria.<sup>204</sup>

De ninguna manera se pretende ofrecer una receta o prescripción que deba seguirse con apego o rigidez, ya que toda estructura educativa se tiene que poder manejar con flexibilidad.

---

<sup>204</sup> Para mayor información sobre este tema, véase SSA (2002).

Para iniciar, se puede usar alguna **actividad de enganche**. Debe ser una actividad llamativa, motivadora, accesible, realista, que “enganche” al grupo participante en todo lo que siga, que le haga desear seguir con el tema o la unidad hasta terminar. También debe involucrar la recuperación de los saberes y las experiencias previas de los sujetos que participan, incluyendo lo adquirido en temas y unidades previas, que es antecedente significativo para lo que se va a tratar. Al diseñar esta actividad, hay que estar conscientes de que aquí se juega el todo por el todo: logramos motivar para seguir con el trabajo o no.

Luego siguen las **actividades principales**, que van a desarrollar los aspectos centrales del tema. Cada actividad debe ser iniciada y “jaloneada” con preguntas reflexivas e inteligentes para que cada participante vaya construyendo sus propias respuestas. Las actividades principales de aprendizaje deben ser diversas y complementarias, para extender los temas a otros asuntos de interés. Se insiste en guardar una proporción equilibrada entre las actividades de aprendizaje puramente verbales (orales o escritas) y las actividades que involucran la intervención activa del grupo en el fenómeno o problema que se estudia. Dentro de este conjunto, hay **actividades de análisis** (procedimientos de adquisición, interpretación, comprensión, ejemplificación) y **actividades de conceptualización** (organización, sistematización, estructuración de ideas y comunicación de la información).

Se cierra el ciclo con **actividades de aplicación** (planes, transferencias, extensión), que se proponen utilizar lo aprendido en casos prácticos, transferir lo aprendido a nuevas situaciones y relacionar lo aprendido con otros temas. En algunos casos, el repaso es necesario al final del tema.

También hay **actividades de evaluación**, que pueden ser parte de las de aplicación. La evaluación hecha mediante actividades es más fructífera que los simples cuestionarios.

El cuadro siguiente presenta algunas de las actividades más favorables para la metodología que se ha descrito; sirven tanto para personas adultas como para adolescentes.<sup>205</sup>

---

<sup>205</sup> Tomado y adaptado de SSA (2002).

<b>ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ELECCIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS</b>		
Actividad	Características	Recomendaciones
<b>Dramatización</b>	Presenta, por medio de la actuación de escenarios “reales”, una situación a partir de las vivencias de los participantes.	Definir claramente la situación a representar: tema y roles.
<b>Discusión en pequeños grupos</b>	Favorece la discusión y el análisis de un tema a partir de preguntas guía. Permite conocer diferentes puntos de vista.	Elaborar una guía de preguntas. Dar el tiempo suficiente para que el grupo analice. Sintetizar los puntos más relevantes.
<b>Buzón</b>	Hace posible que las y los participantes expresen de manera anónima sus dudas, inquietudes e intereses sobre algún tema. Favorece la confidencialidad. Permite que los puntos de vista expresados se retomen al momento de planear los temas.	Explicar que por medio del buzón pueden expresar sus puntos de vista. Motivar a que todo el grupo haga uso del buzón, garantizando el anonimato de quien pregunta.
<b>Debate</b>	Permite la discusión y el análisis de un tema a partir de la presentación de un video, la revisión de una noticia o un acontecimiento ocurrido en la comunidad. Favorece el intercambio de experiencias y suscita la discusión.	Presentar el material y algunos datos para encuadrar el tema. Si se trata de un video, explicar su procedencia. Apoyar la discusión a partir de preguntas clave.
<b>Lluvia de ideas</b>	Favorece iniciar el tema a partir de lo que el grupo conoce. Es una manera ágil y divertida de empezar una plática.	Motivar la participación y la libre expresión del grupo. Retomar la experiencia del grupo para construir conceptos.
<b>Exposición</b>	Permite presentar el contenido informativo de un tema: fechas, cifras, datos comparativos, etcétera.	No abusar de esta técnica, el grupo se puede aburrir. Propiciar el diálogo.

### 4.3.3 RECURSOS EDUCATIVOS

Pueden distinguirse dos tipos de recursos: el material didáctico y los recursos de soporte. Los primeros se refieren a las guías que describen y/o pautan los procesos educativos; los segundos, a los apoyos para instrumentar dichos procesos.

**Material didáctico.** Se refiere a los instrumentos que proveen a la educadora o educador de pautas y criterios para la toma de decisiones, tanto en la planificación como en la intervención directa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Pueden ser planes curriculares, cartas descriptivas, manuales para cursos o talleres, guías de cursos, etcétera. Los anteriores ejemplos se dirigen a la educadora/or, pero también pueden ir enfocados al educando, como los libros de texto.

Algunos materiales didácticos suplen la acción directa de una capacitadora o capacitador. Se los conoce con el nombre de materiales autoinstructivos o materiales de autoaprendizaje y se caracterizan por presentar todos los contenidos teóricos y prácticos de un tema o asignatura y guiar al educando a diversas fuentes de información; al mismo tiempo conducen didácticamente el aprendizaje hacia el logro de los objetivos planteados.

**Recursos de soporte.** Sirven como instrumentos para acompañar las actividades diseñadas, apoyar el aprendizaje y construir el conocimiento. Por sí mismos no tienen una función educativa, sólo lo hacen cuando se articulan dentro de un plan. Su función es complementar la acción directa de quien capacite dándole apoyo en diversas tareas –generar interés, centrar la atención del educando, presentar la información requerida, guiar la realización de prácticas, encauzar un trabajo individual o grupal, etcétera–. Como ejemplo, tarjetas de casos, láminas, dramatización en video, datos estadísticos, guías de observación, videoconferencias, planillas de llenado, entre otros.

Estos recursos se clasifican de diversas formas según el medio de comunicación que emplean. Es común agruparlos como sigue:

- a) Impresos. Incluyen libros (de divulgación, de texto, de consulta, de información, de actividades diversas), cuadernos de ejercicios, diccionarios, enciclopedias, folletos, guías, catálogos, carteles, rotafolios, etcétera.
- b) Audiovisuales. Convencionalmente incluyen a los que presentan simultáneamente imagen y sonido y también a los que presentan solamente imagen o sonido: videos, películas, filminas, series de diapositivas sincronizadas con sonido registrado en cintas.

c) Materiales multimediales. Son los que forman un sistema de diversos medios integrados o asociados. Por ejemplo, un programa de radio que tiene como apoyo materiales impresos.

d) Sistemas informáticos. Incluyen paquetes integrados (procesadores de texto, bases de datos, hojas de cálculo, presentaciones, etcétera), programas de diseño y fotografía, hipertextos e hipermedia, sistemas multimedia, sistemas telemáticos, redes, Internet, correo electrónico, chat, videoconferencia y otros.

e) Materiales manipulativos. Incluye tableros interactivos, condones de demostración, modelos anatómicos, entre otros.

Prácticamente, en casi todas las situaciones de enseñanza-aprendizaje aparece el empleo de materiales didácticos de algún tipo y en cualquier soporte. La selección debe considerar los siguientes aspectos:

- Compatibilidad: están ajustados a las necesidades de los grupos, a su idioma y a su dominio del lenguaje (textual, visual, digital).
- Congruencia: refuerzan las intenciones globales de la acción educativa.
- Utilidad y funcionalidad: cubren las necesidades del programa, contribuyen a mejorar la organización de los procesos de aprendizaje.
- Costos: suponen ahorro de recursos y son viables en términos de costo/beneficio.
- Flexibilidad: permiten ajustes a realidades diferentes.
- Sencillez de manejo: su uso no requiere habilidades muy sofisticadas.
- Adecuación: están de acuerdo con las condiciones que ofrecen las instalaciones.

#### **4.3.4 RESPONSABLES**

La capacitación del personal de salud estatal será responsabilidad de los niveles centrales que conforman el Sistema Nacional de Salud.

La capacitación del personal jurisdiccional o similar será responsabilidad del estado, y podrá contar con la colaboración de los niveles centrales de cada institución.

La capacitación del personal operativo será responsabilidad del personal jurisdiccional o su similar, que será apoyado por el nivel estatal y los niveles centrales de cada institución. Para la formación de promotoras/es y la capacitación de parteras/os y médicas/os tradicionales, se debe considerar la necesidad de contar con capacitadoras y capacitadores que conozcan la lengua de estos grupos; ya que la mayoría de las parteras/os y las médicas o médicos tradicionales es monolingüe. Asimismo, se recomienda tomar en cuenta el conocimiento académico y/o empírico de que disponen.

Es aconsejable contar con un equipo de capacitación. Este equipo puede constituirse de diversas maneras, de acuerdo con las condiciones que resulten más favorables en cada estado:

- a) como parte del personal adscrito al Programa de Adolescentes mediante profesionales que ya cuentan con conocimientos sobre el tema;
- b) por medio de la capacitación a prestadoras y prestadores de servicios seleccionados para tal fin y que adquieran la preparación necesaria, y
- c) mediante grupos externos de especialistas en el tema (convenios con instancias gubernamentales, contratación de organizaciones no gubernamentales o de otras instituciones). La presencia y actuación de estos equipos evitaría las distorsiones de los procesos de capacitación en cascada.

Es indispensable que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y algunas OSC (con objetivos afines), capaciten a promotoras, promotores, brigadistas, líderes adolescentes, auxiliares de salud y cualquier otro personal de promoción comunitaria que preste servicios de salud sexual y reproductiva en su ámbito de competencia.

Al realizar cualquier acción educativa, es recomendable atender a las siguientes observaciones:<sup>206</sup>

- La persona que capacite debe evitar el esquema tradicional de corte instructivo de volcar un contenido sobre una receptora o receptor en actitud pasiva y, en cambio, debe actuar en calidad de facilitadora o facilitador de un proceso. Esto implica comprender los principios y ventajas de la participación, comprender suficientemente el tema y contar con habilidades para el manejo de grupos.

<sup>206</sup> SSA (2002).



- Las técnicas grupales sirven para organizar y desarrollar la actividad de grupo.

La dinámica grupal se refiere a la forma de interacción que se establece entre quienes participan en un grupo.

- Las técnicas de grupo no deben ser consideradas como un fin en sí mismas, sino como herramientas o medios para lograr los objetivos grupales. Se puede decir que mediante el empleo de una técnica grupal se genera una dinámica grupal.

Para seleccionar adecuadamente una técnica, la capacitadora o capacitador deberá tomar en cuenta los requisitos siguientes:

- Conocer previamente las características del grupo con el que se va a trabajar.
- Conocer la técnica grupal que se va a emplear, momentos más adecuados, posibilidades y riesgos.
- Tener claro el objetivo de la técnica.
- Asegurarse de crear una atmósfera cordial de trabajo.
- Mostrar una actitud de apoyo, cooperación, y no ser una espectadora/or de la técnica.
- Favorecer la participación activa del grupo en el logro de una meta.
- Promover durante la aplicación de la técnica los momentos de reflexión, análisis, generalización y aplicación.

#### **4.4 EJES TEMÁTICOS**

##### **4.4.1 PERSONAL DE SALUD**

Los ejes temáticos de la capacitación para el personal de los niveles estatal, jurisdiccional y operativo se derivan de los factores siguientes:

- La necesidad de un manejo unificado de criterios que rigen para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.
- La naturaleza de los servicios amigables para adolescentes.

- Las guías que rigen para los servicios que otorga el Modelo.
- Las características de las personas adolescentes usuarias (actuales y potenciales) de estos servicios.
- La gerencia del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

La tabla siguiente identifica algunos de los temas que corresponden a cada factor. Debe tomarse en consideración que la profundidad y el alcance de los temas puede variar en cada grupo, y que estas singularidades se definen cuando se plantean los propósitos.

<b>PROPUESTA DE CAPACITACIÓN PARA PERSONAL DE SALUD QUE ENLAZA FACTORES PROPIOS DEL MODELO CON TEMAS ESPECÍFICOS</b>	
<b>Factor</b>	<b>Tema</b>
La necesidad de un manejo unificado de criterios que rigen la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes	Marco normativo Los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente La perspectiva de género La interculturalidad La diversidad sexual La integralidad Situaciones específicas: violencia sexual, adicciones, uso de drogas intravenosas
La naturaleza de los servicios amigables para adolescentes	Características Modalidades Componentes Funcionamiento Necesidades que busca atender Barreras que se deben superar: institucionales, culturales y otras
Las guías que rigen los servicios que otorga el Modelo	Gestión Oferta de servicios IEC Orientación-consejería Atención médica Participación adolescente y comunitaria

Las características de las y los adolescentes que utilizan estos servicios	Sexualidad y salud reproductiva Heterogeneidad Nuevas culturas adolescentes Necesidades específicas
La gerencia del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	Manejo y evaluación de sistemas de información Diagnóstico integral en salud Técnicas de intervención en salud (mapeo de necesidades, marco lógico, y otras) Esquemas de capacitación

#### 4.4.2 GRUPOS DE ADOLESCENTES

La oferta de temas de capacitación para los grupos adolescentes puede llegar a ser cuantiosa. Como propuesta temática mínima, se presenta la que sigue.<sup>207</sup>

PROPUESTA TEMÁTICA MÍNIMA PARA GRUPOS ADOLESCENTES	
Temas	Duración
Adolescencia, salud sexual y reproductiva y derechos	2 horas
Embarazo no planeado o no deseado en adolescentes	2 horas
Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	2 horas
Métodos anticonceptivos	2 horas
Medidas de prevención y autocuidado	2 horas

De acuerdo con los intereses de cada grupo, quien capacite podrá incorporar otros temas complementarios que se ajusten a sus necesidades; por ejemplo: violencia, género, abuso sexual, masculinidades, plan de vida.<sup>208</sup>

En sesiones educativas subsecuentes, podrán abordarse con más amplitud algunos de los temas anteriores e incluirse otros como habilidades para la vida y diversidad sexual.<sup>209</sup>

<sup>207</sup> Los contenidos para estas sesiones pueden consultarse en SSA (2002).

<sup>208</sup> Para información adicional sobre estos temas, véase Universidad Peruana Cayetano Heredia, Unidad de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de la Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca” (2005).

<sup>209</sup> Para la confección de talleres para adolescentes, el recurso intitulado Un Sólo Currículo (Population Council, 2009), proporciona pautas y elementos esenciales para el desarrollo de actividades basadas en los derechos, la equidad de género y la prevención del VIH.

### 4.4.3 PERSONAL COMUNITARIO VOLUNTARIO

Para brigadistas, promotoras y promotores, líderes adolescentes y auxiliares de salud, además de los temas del curso básico para adolescentes, se añaden los siguientes:

- Derechos humanos, interculturalidad y equidad de género.
- Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.
- Adolescencia y sexualidad.
- Salud sexual, respuesta sexual humana.
- Prevención de ITS y VIH/SIDA.
- Salud reproductiva, la reproducción humana, anticoncepción.
- Estilos de vida saludable.
- Habilidades para la vida.
- Comunicación participativa en salud.
- Técnicas de comunicación y educación (individual, grupal y masiva).<sup>210</sup>
- Elaboración de planes de promoción de la salud.
- Elaboración de material de IEC.

En este sentido, la capacitación busca el desarrollo de capacidades y habilidades que faciliten el empoderamiento de las y los adolescentes en relación con diversos temas vinculados con la salud sexual y reproductiva, y que contribuyan a la toma de decisiones para vivir plenamente su sexualidad, disminuyendo o nulificando los riesgos posibles.<sup>211</sup>

---

<sup>210</sup> Para información adicional sobre formación de promotores, véase Universidad Peruana Cayetano Heredia. Unidad de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de la Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca” (2005).

<sup>211</sup> Existen propuestas estructuradas de diversos tipos de capacitación que pueden consultarse en Aguilar, O. et al. (2008).

#### **4.4.4 PARTERAS/OS Y MÉDICAS/OS TRADICIONALES**

Para la capacitación dirigida a los recursos humanos que atienden cuestiones de salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales e indígenas, como son auxiliares de salud, médicas/os y parteras/os tradicionales, se proponen los temas siguientes:

- Derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.
- Sexualidad y salud reproductiva.
- Diversidad sexual.
- Perspectiva de género.
- Planificación familiar, metodología anticonceptiva y reproducción.
- Identificación y prevención de la violencia.
- Orientación y consejería.

#### **4.4.5 MAESTRAS/MAESTROS Y MADRES/PADRES DE FAMILIA<sup>212</sup>**

El personal educativo, así como las madres y los padres de familia, deben estar capacitadas/os sobre temas básicos, como los que se enlistan a continuación:

- Concepto integral de la sexualidad humana.
- Salud sexual y reproductiva adolescente.
- Determinantes sociales en la salud sexual y reproductiva.
- Características e importancia de los servicios amigables.
- Dudas con respecto al uso de anticonceptivos por parte de adolescentes.
- Maneras de apoyar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

---

<sup>212</sup> Véase Aguilar, O. et al. (2008).

##### A MANERA DE SÍNTESIS

Las personas responsables de la capacitación deben tomar en cuenta dos aspectos fundamentales: técnicos y logísticos.

Los aspectos técnicos comprenden la identificación de las necesidades del grupo, la organización de contenidos, la consulta de material bibliográfico, la elaboración de materiales didácticos y el diseño de un cuestionario de conocimientos, actitudes y/o habilidades.

Los aspectos logísticos consideran las condiciones del salón, mobiliario, espacios, luz, la revisión del equipo (televisores, discos compactos, proyectores, rotafolios), el calendario de actividades educativas, la convocatoria a las y los participantes, el servicio de cafetería, la cantidad de material educativo necesario de acuerdo con el número de participantes, etcétera.

Una sesión educativa debe estar fundamentada en una metodología de trabajo que sea consistente y tenga como centro de interés a las y los participantes. Quien capacite, facilitará las acciones para el cumplimiento del aprendizaje. A continuación se describen las fases de una sesión educativa:

- **Introducción.** Consiste en generar las condiciones para un trabajo colectivo: presentaciones, planteamiento de expectativas, revisión de los propósitos de la sesión, acuerdos sobre normas, adquisición de compromisos, explicación de la mecánica y cualquier aspecto logístico de interés para el grupo. Puede realizarse alguna técnica de integración grupal.
- **Experiencia.** Invita a la reflexión individual o colectiva sobre la importancia del tema a tratar. Esto es importante porque permite conocer los puntos de vista de las y los participantes e ir adecuando los ejemplos a sus realidades.

- **Análisis y discusión.** En esta fase, el grupo guiado por quien esté a cargo de la facilitación, realiza el análisis y la discusión de un tema para compartir los diferentes puntos de vista. Es útil formar grupos de trabajo sobre el mismo tema para contrastar y complementar ideas, o sobre diversos aspectos de un mismo tema para integrar los conocimientos. Es conveniente disponer de una guía de preguntas que propicie la discusión en grupos y que, posteriormente, se compartan los diferentes puntos de vista con los demás grupos. Se debe propiciar el respeto a todas las opiniones, con el fin de crear un ambiente de participación y democracia.
- **Generalización.** Durante esta fase se sistematizan los conocimientos del grupo y se obtienen conclusiones. La persona responsable de la sesión integra las conclusiones grupales y aporta sus comentarios para complementar el tema.
- **Aplicación.** En esta última fase, la capacitadora o capacitador propicia el desarrollo de habilidades para aplicar lo aprendido en la vida cotidiana y/o laboral.

Fuente: SSA (2002).

## ACRÓNIMOS Y SIGLAS

---

<b>AE</b>	Anticoncepción de Emergencia
<b>AECID</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
<b>ANDAR</b>	Alianza Nacional por el Derecho a Decidir
<b>APEO</b>	Anticoncepción Postevento Obstétrico
<b>ASDI</b>	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
<b>BJ</b>	Brigadas Juveniles
<b>CARA</b>	Centro de Atención Rural al Adolescente
<b>CDN</b>	Convención sobre los Derechos del Niño
<b>CEA</b>	Círculo Experiencial de Aprendizaje
<b>CEDAW</b>	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
<b>CELADE</b>	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
<b>CENEP</b>	Centro de Estudios de Población-Argentina
<b>CENSIA</b>	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
<b>CENSIDA</b>	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>CIDJ</b>	Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
<b>CMJ</b>	Conferencia Mundial de Juventud
<b>CMM</b>	Conferencia Mundial sobre la Mujer
<b>CDI</b>	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
<b>CNEGSR</b>	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
<b>COESPO</b>	Consejo Estatal de Población
<b>CONADIC</b>	Consejo Nacional contra las Adicciones
<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CONAPRA</b>	Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
<b>CRIM</b>	Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
<b>CTESIODM</b>	Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio



## ACRÓNIMOS Y SIGLAS

<b>DEMYSEX</b>	Red Democracia y Sexualidad
<b>DGIS</b>	Dirección General de Información en Salud
<b>DGPS</b>	Dirección General de Promoción de la Salud
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>EIS</b>	Educación Integral de la Sexualidad
<b>ENADID</b>	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
<b>ENDIREH</b>	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
<b>ENJ</b>	Encuesta Nacional de Juventud
<b>ENOE</b>	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>ENSAR</b>	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
<b>ENVIM</b>	Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres
<b>FCI</b>	Family Care International
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>GAIA</b>	Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia
<b>GISR</b>	Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva
<b>GPC</b>	Guías de Práctica Clínica
<b>HR</b>	Hospitales Rurales
<b>ICBF</b>	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>IIDH</b>	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
<b>IMJ</b>	Instituto Mexicano de la Juventud
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>INSP</b>	Instituto Nacional de Salud Pública
<b>INMUJERES</b>	Instituto Nacional de las Mujeres
<b>IPPF/RHO</b>	Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región Hemisferio Occidental
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>JOCAS</b>	Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad
<b>LGBT</b>	Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas
<b>MAISAR</b>	Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural

## ACRÓNIMOS Y SIGLAS

<b>MEFU</b>	Mujeres en Edad Fértil Unidas
<b>MEXFAM</b>	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
<b>NIA</b>	Necesidad Insatisfecha de Métodos Anticonceptivos
<b>NORAD</b>	Norwegian Agency for Development Cooperation
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OIJ</b>	Organización Iberoamericana de Juventud
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organización de la Sociedad Civil
<b>PAESSRA</b>	Programa de Acción Específico-Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PLANEA</b>	Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
<b>PROSESA</b>	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
<b>RMM</b>	Razón de Mortalidad Materna
<b>SEP</b>	Secretaría de Educación Pública
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SINAIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
<b>SIPAM</b>	Salud Integral para la Mujer A. C.
<b>SISEX</b>	Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual, A.C.
<b>SRE</b>	Secretaría de Relaciones Exteriores
<b>SSA</b>	Secretaría de Salud
<b>SSRA</b>	Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes
<b>UMR</b>	Unidades Médicas Rurales
<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

## ACRÓNIMOS Y SIGLAS

---

<b>UNAM</b>	Universidad Nacional Autónoma de México
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>VPH</b>	Virus del Papiloma Humano
<b>WAS</b>	World Association for Sexual Health
<b>WHO</b>	World Health Organization

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

Aguilar, J. y Mayén, B. (s/f). "Métodos anticonceptivos para adolescentes". En: *Lecturas Básicas sobre sexualidad*. SEP. México.

Disponible en: [http://www.dgespe.sep.gob.mx/sites/default/files/genero/PDF LECTURAS /S\\_01\\_20\\_Embarazo%20adolescente.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/sites/default/files/genero/PDF%20LECTURAS%20/S_01_20_Embarazo%20adolescente.pdf)

Aguilar, O. et al. (2008). *Guía operativa para programas de educación sexual y servicios de salud reproductiva para jóvenes*. Population Council/FRONTERAS y MEXFAM. México, D.F.

Disponible en: [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/reports/Guia\\_RHSexEd\\_esp.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/reports/Guia_RHSexEd_esp.pdf)

Allen, B. (2013). "Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes". En: Valdivia-Ibarra, R., Lombana-Ruiz J., Lazcano-Ponce E., Rojas-Martínez R. (eds.) *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 133-152.

Disponible en: [http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108\\_monitoreo Mujeres.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreo_Mujeres.pdf)

Amuchástegui, A. y Parrini, R.J. (2009). *Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Experiencias y percepciones de las/os adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz*. Católicas por el Derecho a Decidir. México.

Disponible en: [http://www.catolicasmexico.org/ns/publicaciones/cuadernillos-/docdetails /176-servicios-amigables-de-salud-sexual-y-reproductiva.html](http://www.catolicasmexico.org/ns/publicaciones/cuadernillos-/docdetails/176-servicios-amigables-de-salud-sexual-y-reproductiva.html)

ANDAR (2005). *Los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes y jóvenes*.

Disponible en: [http://www.andar.org.mx/docs\\_pdf/D.SEX.REP..ADOLE.S.pdf](http://www.andar.org.mx/docs_pdf/D.SEX.REP..ADOLE.S.pdf)

Arango, M.C. (2008). *Curso Taller sobre el Derecho a la No Discriminación de las Personas con VIH y el SIDA*. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México, D.F.

Arango, M.C. et al. (2007). *CARA. Ocho años de experiencia con adolescentes rurales e indígenas*. IMSS Oportunidades, Thais, UNFPA. México, D.F.

Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/232207655/CARA-Adolescentes-Indigenas>

Arillo, G. (2008). *El inicio de vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR 2003*. CRIM-UNAM. México, D.F.

Disponible en: <http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Arillo/contenido.pdf>

Asociación Canadiense de Salud Mental, OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI, NORAD (2003). *Manual de participación juvenil. Poniéndonos de acuerdo. Cambiando el modo de hacer las cosas. Trabajando con jóvenes. Cerrando la brecha*. Washington, D.C.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/ParticipaciónJuv.html>

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2011). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington, D.C.

Disponible en: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Banco Mundial. (2006). *World Bank Development Record: Equity and Development*. Washington, D.C.

Barner, E. et al. (2009). *Adolescencia. Un servicio amigable para la atención integral de la salud*. FUSA. Buenos Aires.

Disponible en: <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/Libro%20Adolescencia%20FUSA%202000-09.pdf>

Burt, M. (1998). *¿Por qué debemos invertir en el Adolescente?* OPS, Fundación Kellogg. Washington, D.C.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Burt.pdf>

Campero, L. et al. (2013). "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas". En: *Gaceta Médica de México*. 2013; 149. 209-307.

Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM\\_149\\_2013\\_3\\_299-307.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf)

CELADE (2013). *Propuesta de agenda regional en población y desarrollo para América Latina y el Caribe después de 2014*. Santiago

Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/50502/CRPDPPropuestadeagenda.pdf>

CENSIDA (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre del 2012.

CEPAL (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*.

Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-Consenso\\_Montevideo\\_PyD.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf)

CEPAL (2007). Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Consenso de Quito.

Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/29489/dsc1e.pdf>

CEPAL (2004). Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL, Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo.

Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/9/14399/DSC-1-esp.pdf>

CONAPO (2012). *Proyecciones de la Población de México, 2010-2050*. Consulta interactiva de datos.

Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Consultas\\_Interactivas](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Consultas_Interactivas)

CONAPO (2011). *Perfiles de Salud Reproductiva República Mexicana*.

Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica\\_Mexicana\\_Perfiles\\_de\\_Salud\\_Reproductiva](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva)

CONAPO (2010). “La Situación Actual de los Jóvenes en México”. En: *La situación demográfica de México 2010*. México, D.F.

Disponible en: [www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/06.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/06.pdf)

CONAPO (s/f). *Campaña nacional por la diversidad cultural en México. Marco conceptual*. México.

Conferencia Mundial de la Juventud (2014). *Declaración de Colombo sobre la Juventud. Primer Borrador*.

Disponible en: <http://wcy2014.com/pdf/zero-draft-spanish.pdf>

Conferencia Mundial de la Juventud (2010). *Declaración de Guanajuato*.

Disponible en: [http://www.csa-csi.org/files/declaracion\\_guanajuato\\_esp.pdf](http://www.csa-csi.org/files/declaracion_guanajuato_esp.pdf)

CTESIODM (2013). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Avances 2013*. México.

Disponible en: <http://200.23.8.225/odm/doctos/InfMex2013.pdf>

Department of Health - Children and Young People (2011). *Quality criteria for young people friendly health services*. Londres.

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales-ONU (2010). *Conclusiones convenidas de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer sobre las esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción de Beijing, 1996-2009*. Nueva York.

FCI y UNFPA (2006). *Guía metodológica para la evaluación participativa de necesidades en salud sexual y reproductiva de jóvenes*.

Disponible en: <http://www.familycareintl.org/es/resources/publications/63>

Fondo Global, Ministerio de Educación y Universidad Cayetano Heredia (2005). *Conversando con los y las adolescentes sobre estilos de vida saludables, sexualidad y prevención del ITS/VIH y SIDA*. Lima.

Foro Regional Juventudes (2014). *Recomendaciones de las Juventudes de Latinoamérica y el Caribe para la Agenda Post 2015*.

Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/225804489/Recomendaciones-de-Las-Juventudes-ForoRegionalJuventudesLAC2014-2>

Franco, S. (coord.) (2005). *Capacitación en derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. UNFPA. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Disponible en: [http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/capacitacion\\_derechos.pdf](http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/capacitacion_derechos.pdf)

Gomes, C. (2007). *Análisis de situación de población América Latina y Caribe. Diversidad y desigualdades*. UNFPA. Nueva York.

Disponible en: <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2007/Analisis%20de%20situacion%20de%20poblacion.pdf>

Gómez, E. (2001). *Equidad, Género y Salud. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género*. OPS, OMS, Fondo Nacional de Salud. Santiago de Chile.

Gribble, J. (2010). *Invertir en la juventud para fomentar el desarrollo nacional*. Population Reference Bureau. Washington, D.C.

Disponible en: [http://www.prb.org/pdf10/investinginyouth\\_sp.pdf](http://www.prb.org/pdf10/investinginyouth_sp.pdf)

Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas (2013). *Inicia la Conversación Global. Puntos de vista para una nueva agenda del desarrollo*.

Disponible en: <http://cms.fideck.com/userfiles/onu.org.gt/File/24013727224034643.pdf>

Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la CIPD (2012). *Repaso general de prioridades para la Agenda de Desarrollo Post-2015*.

Disponible en: <http://www.icpdtaskforce.org/pdf/Post-2015-Development-Agenda/SP/Overview-of-Priorities.pdf>

Hernández, H. (2005). *Derechos sexuales y derechos reproductivos*. Boletín 1/6. IPAS. México.

Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Boletin--Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx>

Herrera, M. (s/f). *Caravanas de la Salud. Proceso de Organización de Redes Sociales en Salud: Herramientas para la construcción social de la salud*. SSA. México.

IAM (Instituto Aguascalentense de las Mujeres) (s/f). *Manual del Taller: Proyecto de Vida*. Aguascalientes.

Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller\\_proy\\_de\\_vida.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller_proy_de_vida.pdf)



ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2008). *Módulo de participación juvenil en la oferta de servicios de salud para adolescentes y jóvenes*. Bogotá.

IIDH (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José.

Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/4553>

IMSS (2012). *Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012*.

Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/Informe 2006-2012.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/Informe%2006-2012.pdf)

IMSS/PRIME (1998). *Salud Reproductiva, un enfoque integral*. México, D.F.

INEGI (2012). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2011. Base de datos*. México.

INEGI (2011). *Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. Datos nacionales*.

Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/ estadisticas/2013/niña0.pdf](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/niña0.pdf)

INEGI (2010). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud, datos nacionales*.

Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/ estadisticas/2010/juventud10.asp?c=2766&ep=41](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?c=2766&ep=41)

INEGI (2009). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. México*.

Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/ productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2009/ENOE\\_2009.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2009/ENOE_2009.pdf)

INSP (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*.

Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>

IPAS (2004). *En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. Normatividad nacional e internacional*. México.

Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/En-Mexico--si-se-pueden-ofrecer-servicios-de-anticoncepcion-a-adolescentes.aspx>

IPPF/RHO (2007). *Estrategias Efectivas en Programas de Salud Sexual y Reproductiva para Gente Joven*. Nueva York.

Disponible en: [http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/BestPractices\\_Youth\\_SP.pdf](http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/BestPractices_Youth_SP.pdf)

IPPF (2012). *Claves para la prestación de servicios amigables para jóvenes: entender las capacidades evolutivas*. Londres.

Disponible en: [http://www.ippf.org/sites/default/files/evolving\\_capacity\\_es\\_web.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/evolving_capacity_es_web.pdf)

KEI-IVAC (2008). *Guía metodológica. Proceso y método para la programación y diseño de unidades didácticas y entornos de aprendizaje de un módulo profesional*. Instituto Vasco de Cualificaciones y Formación Profesional. Bilbao.

Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. UNFPA. San José.

Disponible en: <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/Participación%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf.PDF>

Levine, R. et al. (2008). *Girls Count. A global investment and action agenda*. Washington: Center for Global Development.

Disponible en: [www.cgdev.org/files/15154\\_file\\_GirlsCount.pdf](http://www.cgdev.org/files/15154_file_GirlsCount.pdf)

Martínez, R. y Fernández, A. (2006). *Modelo de análisis social y económico de la desnutrición infantil en América Latina*. CEPAL, Programa Mundial de Alimentos. Santiago de Chile.

Disponible en: [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/Serie\\_Manuales\\_52.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/Serie_Manuales_52.pdf)

Mesa, A. et al. (2007). *Marco Internacional y Nacional de los Derechos Sexuales de Adolescentes*. Afluentes, CDHDF. México, D.F.

Disponible en: [http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/DSALibro\\_completoDEF.pdf](http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/DSALibro_completoDEF.pdf)

México (2014). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*.  
Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

México (2014). *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*.  
Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>

México (2014). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*.  
Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014)

México (2014). *Ley General de Población*.  
Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>

México (2014). *Ley General de Salud*.  
Disponible en: [http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66\\_D\\_3708\\_25-03-2014.pdf](http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3708_25-03-2014.pdf)

México (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.  
Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/06/PND-introduccion.pdf>

México (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.  
Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/Principal/document/juridica/constitu/fr\\_contit.html](http://www.cndh.org.mx/Principal/document/juridica/constitu/fr_contit.html)

Ministerio de la Protección Social (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá.  
Disponible en: [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-300861\\_destacado.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-300861_destacado.pdf)

Mitchel, K. et al. (2009). *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*. UNFPA, Save the Children. Nueva York.  
Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publication/2009/UNFPA\\_ASRHtoolkit\\_espanol.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publication/2009/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf)

Morlachetti, A. (2007). "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos". En: *Notas de Población N°85*. CEPAL. Santiago de Chile.

Disponibile en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/4613>

OCDE (1998). *Directrices y guía de conceptos del Comité de Ayuda al Desarrollo sobre la igualdad entre mujeres*. Madrid.

Disponibile en: <http://www.oecd.org/dac/gender-development/2755306.pdf>

OEA (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador*.

Disponibile en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

OEA (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica*.

Disponibile en: <http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/CONV.%20AMERICANA%20SOBRE%20DERECHOS%20HUMANOS.pdf>

OEA (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará"*. Brasil.

Disponibile en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

OIJ (2013). *Agenda de Desarrollo e Inversión Social en Juventud: una estrategia post 2015 para Iberoamérica*.

Disponibile en: [www.oij.org/file\\_upload/news/doc/20130905182813\\_87.pdf](http://www.oij.org/file_upload/news/doc/20130905182813_87.pdf)

OIJ (2005). *Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (Acta final)*. Buenos Aires.

Disponibile en: [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/20120607115106\\_98.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/20120607115106_98.pdf)

OMS (2011). *Salud y desarrollo del niño y del adolescente*. Génova.

OMS (2010). *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. Ginebra.

Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_MPS\\_09.06\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf)

OMS (2009a). “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”. En: *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos. Volumen 87: 405-484.

Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

OMS (2009b). *Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos. Un pilar de la OMS para la Planificación Familiar*. (4ª. ed.).

Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf)

OMS, FNUAP, UNICEF (1999). *Programación para la Salud de los Adolescentes*. Informe Técnico 886. Ginebra.

Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_886\\_spa\\_\(p1-p142\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_spa_(p1-p142).pdf)

ONU (2014a). *Assessment of the Status of Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. CPD47 resolution 2014/1. Commission on Population and Development Forty-seventh session. 12 April 2014.

Disponible en: [www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2014/documents/CPD47\\_Resolution\\_2014\\_1.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2014/documents/CPD47_Resolution_2014_1.pdf)– 2:04

ONU (2014b). *The Global Youth Call “Prioritizing Youth in the Post-2015 Development Agenda”*.

Disponible en: [http://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/06/TheGlobal-Call-on-Youth\\_3-June-2014.pdf](http://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/06/TheGlobal-Call-on-Youth_3-June-2014.pdf)

ONU (2013). *Un millón de voces: el mundo que queremos. Un futuro sostenible con dignidad para todos y todas*.

Disponible en: <http://www.worldwewant2015.org/bitcache/30336811662ec3ba39b3eb6ecf2f6849735af19a?vid=423175&disposition=inline&op=view>

ONU (2007). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2007*. Nueva York.

ONU (2003). *Observación General No. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño.*

Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/doc/obgen6.html>

ONU (2002). *Informe sobre la Juventud Mundial 2003: Informe del Secretario General.* Comisión de Desarrollo Social, Naciones Unidas. Nueva York.

Disponible en: [http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/docs/A\\_58\\_79.pdf](http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/docs/A_58_79.pdf)

ONU (2000). *Declaración del Milenio.*

Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552s.html>

ONU (1999). *5-year Review and Appraisal of Implementation of the ICPD Programme of Action.*

Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd5.html>

ONU (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.* Beijing.

Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

ONU (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño.* Nueva York.

Disponible en: <http://200.33.14.21:83/20120506032330-88.pdf>

ONU (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).* Nueva York.

Disponible en: [www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.html](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.html)

ONU, Comité CEDAW (1999). *Recomendación general No. 24: Artículo 12 - La Mujer y la Salud.*

Disponible en: [http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/VI-A-1-a-24-\\_Recomendacion\\_General\\_No-24-\\_La\\_mujer\\_y\\_la\\_salud-.pdf](http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/VI-A-1-a-24-_Recomendacion_General_No-24-_La_mujer_y_la_salud-.pdf)

ONU, Consejo Económico y Social (2000). *Observación general 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.* Ginebra.

Disponible en: [http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc\\_basicos/1\\_instrumentos\\_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf](http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf)

ONU, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.html>

ONU, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1976). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.

Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.html>

ONU, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social (2007). *Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH*. Proyecto Integra. Colombia.

Disponible en: [http://www.paho.org/COL/index.php?option=com\\_content&view=article&id=314:modelo-de-gestion-integral-de-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva&catid=686&Itemid=361](http://www.paho.org/COL/index.php?option=com_content&view=article&id=314:modelo-de-gestion-integral-de-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva&catid=686&Itemid=361)

OPS (2009). *Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para el logro de los Objetivos del Milenio*. Washington, D.C.

OPS (2008). *Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes 2010-2018*. Washington, D.C.

Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Empoderamiento%20de%20Mujeres%20Adolescentes.pdf>

OPS (2005a). *Política de Igualdad de Género adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005*. Washington, D.C.

Disponible en: [ww.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf)

OPS (2005b). *Consejería orientada a los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea*. Washington, D.C.

Disponible en: [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-youth.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-youth.pdf)

OPS (2005c). *Estrategias de Comunicación para la Salud Integral en la Infancia: Guía Metodológica para su Desarrollo*. Washington, D.C.

Disponible en: [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-comunicacion.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-comunicacion.pdf)

OPS (1993). *Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra.

OPS, OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción*. Actas de una Reunión de Consulta Convocada por OPS, OMS en colaboración con WAS. Antigua Guatemala.

Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf)

OPS, UNFPA, CENEP (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Serie OPS/FNUAP No. 2. Washington, D.C.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf>

Palacios, D. (2008). "Educación para la sexualidad: derecho de adolescentes y jóvenes, y condición para su desarrollo". En: *Al tablero*. Bogotá.

Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-173947.html>

Pasqualini, D. y Llorens, A. (comps.) (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. OPS. Buenos Aires.

Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>

Population Council (2011). *Un sólo Currículo. Pautas y Actividades para un enfoque integrado hacia la educación en sexualidad, género, VIH y derechos humanos*. (Libros 1 y 2). Nueva York.

Disponible en: [http://www.popcouncil.org/pdfs/2011PGY\\_ItsAllOneGuidelines\\_es.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_es.pdf)

Profamilia (2006). *Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos*. Convenio Defensoría del Pueblo, OIM. Bogotá.

Disponible en: [http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/Modulo\\_de\\_la\\_a\\_a\\_la\\_z\\_en\\_derechos\\_sexuales\\_y\\_reproductivos\\_.pdf](http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/Modulo_de_la_a_a_la_z_en_derechos_sexuales_y_reproductivos_.pdf)



Proyecto Fondef (2003). *Sexualidades en Conversación. Producción y Transferencia de un Modelo Educativo Conversacional en Sexualidad y Salud Reproductiva Dirigido a Jóvenes*. Contacto. Santiago de Chile.

Quintana, S. et al. (2003). *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú*.

Instituto de Educación y Salud. Lima.

Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/368-acortando-distancias-entre-proveedores-de-salud-y-adolescentes-y-jovenes>

Rivera, G. y Arango, M.C. (1999). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes Elementos de apoyo para la prestación de servicios*. Documentos de Pathfinder,

Cuaderno de Trabajo No. 4. México, D.F.

Robledo, P. (2009). *Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes*. Módulo docente. Santiago.

Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/232209095/Servicios-Amigos-Dra-Paz-Robledo>

Rodríguez-Vignoli, J. (2008). *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. CEPAL-OIJ. Santiago de Chile.

Rosas, F. et al. (1998). *Hablemos de Sexualidad*. México, OPS.

Roses, M. (s/f). *Determinantes psicosociales y ambientales en el desarrollo de la juventud iberoamericana*. OPS, OMS. Washington, D.C.

Disponible en: [www.ops.org/sv/component/option,com\\_docman/task,doc\\_view/gid,150/Itemid,Array/](http://www.ops.org/sv/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,150/Itemid,Array/)

Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas*. OPS. Washington, D.C.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

Senderowitz, J. (1999). *Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud*. FOCUS on Young Adults. Washington, D.C.

Disponible en: <http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Haciendo-los-servicios-de-salud-reproductiva-amigables-para-la-juventud.pdf>

Singh, S. et al. (2009). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. Guttmacher Institute and United Nations Population Fund. New York.

Disponible en: <https://www.unfpa.org/public/global/publications/pid/4461>

SSA (2014). *Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*. México.

SSA (2013). *Programa Sectorial de Salud 2014-2018*. México.

Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

SSA (2012). Dirección General de Información en Salud. Base de datos de certificado de nacimientos ocurridos en 2012. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. México.

Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

SSA (2005). *Guía para la capacitación del personal operativo de salud en el manejo del Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*. CNEGSR. México.

SSA (2004). *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual-Estrategia*. México.

SSA (2003). *Manual para la capacitación de capacitadores dirigido al personal de salud sobre manejo y prevención de la violencia familiar*. México.

SSA (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. Dirección General de Salud Reproductiva. México.

Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>

SSA (1999). *La salud reproductiva en comunidades indígenas*. México.

SSA (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*.

Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

SSA (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar*.

Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html)

SSA (s/f). *Modelo de Atención en Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México.

SSA, SEP, SRE (2008). *Declaración Ministerial "Prevenir con Educación"*. México.

Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_esexualidad.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_esexualidad.php)

Suazo, M. (2009). "Invertir en la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes ahora: Una oportunidad histórica para Iberoamérica". *Revista Iberoamericana de Juventud. Derechos sexuales y reproductivos*. Madrid.

Disponible en: [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/Revista1264153378.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/Revista1264153378.pdf)

Thais (2005). *Desarrollo de habilidades. Un primer paso para fomentar el empoderamiento y el liderazgo transformador*. México, D.F.

UNAIDS (2012). *Factsheet*.

Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120417\\_FS\\_adolescentsyoungpeoplehiv\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120417_FS_adolescentsyoungpeoplehiv_en.pdf)

UNESCO (2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*. París.

Disponible en: [unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf)

UNFPA (2013a). *UNFPA Strategy on Adolescents and Youth. Towards realizing the full potential of adolescents and youth*.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/youth/UNFPA%20Adolescents%20and%20Youth%20Strategy.pdf>

UNFPA (2013b). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>

UNFPA (2012). *Declaración del Foro Mundial de la Juventud en Bali*.

Disponible en: [http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/1334148s\\_spanish.pdf](http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/1334148s_spanish.pdf)

UNFPA (2011a). *Estado de la población mundial 2011. 7 mil millones de personas: su mundo, sus posibilidades*. Nueva York.

Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/swop\\_2011.php](http://www.unfpa.org.mx/swop_2011.php)

UNFPA (2011b). *ICPD at 15 - Report*.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/7236>

UNFPA (2008). “Las cuatro llaves del UNFPA para el trabajo con jóvenes”. En: *Miradas a fondo*. Boletín electrónico del Fondo de Población de las Naciones Unidas – Colombia. No. 5. Bogotá.

UNFPA (2007a). *Framework for Action on Adolescents & Youth: 4 keys to open doors with young people*.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/publications/pid/396>

UNFPA (2007b). *Giving Girls Today and Tomorrow. Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*. New York.

Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/giving\\_girls.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/giving_girls.pdf)

UNFPA (2005a). *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad: equidad de género, salud reproductiva y objetivos de desarrollo del milenio*. Nueva York.

Disponible en: [http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/sp\\_swp05.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/sp_swp05.pdf)

UNFPA (2005b). *World Reaffirms Cairo. Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1347>

UNFPA (2004). *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. México.

Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf)

UNFPA (2003). *Estado de la Población Mundial 2003: valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos*. Nueva York.

Disponible en: [http://www.unfpa.org/swp/2003/swpmain\\_spa.html](http://www.unfpa.org/swp/2003/swpmain_spa.html)

UNFPA (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Nueva York.

Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf)

UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia. La adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York.

Disponible en: [http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf)

UNICEF, ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, OIT, OMS y el Banco Mundial (2011).

*Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*.

Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Opportunity\\_in\\_Crisis.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Opportunity_in_Crisis.pdf)

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Unidad de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de la Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca” (2005). *Formando promotores/as escolares para la promoción de estilos de vida saludables con énfasis en sexualidad y prevención de ITS/VIH y SIDA*. Fondo Global, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, CARE. Lima.

Disponible en: [http://www.cepesju.org/mat\\_new/obj2vih6r/manual\\_for\\_prom\\_obj2vih6r.pdf](http://www.cepesju.org/mat_new/obj2vih6r/manual_for_prom_obj2vih6r.pdf)

Valdivia-Ibarra, R., Lombana-Ruiz, J., Lazcano-Ponce, E., Rojas-Martínez, R., (eds.) (2013). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Disponible en: [http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108\\_monitoreo Mujeres.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreo Mujeres.pdf)

WAS (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis.

Disponible en: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/MillDecSP.html>

WHO (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*.

Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>

WHO (2006). *Defining sexual health*. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Ginebra.

WHO (2003). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. (3a. ed.).

Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC\\_3/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/index.html)

WHO (2002). *Adolescent Friendly Health Services*. An agenda for change. Ginebra.

WHO, UNFPA (2006). *Pregnant Adolescents*. Ginebra.

YouthNet/FHI en colaboración con Advocates for the Youth. (s/f). *Guía para la participación de jóvenes: evaluación, planificación e implementación*. Washington, D.C.

Disponible en: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnade217.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnade217.pdf)

Modelo de Atención Integral  
en Salud Sexual y Reproductiva  
para Adolescentes.

Se terminó de imprimir en  
diciembre de 2015 con  
un tiraje de 2000 ejemplares.

Impreso en México.



[cnegrs.salud.gob.mx](http://cnegrs.salud.gob.mx)

**MÉXICO**  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



**SEDENA**  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

**SEMAR**  
SECRETARÍA DE MARINA

**SEP**  
SECRETARÍA DE  
EDUCACIÓN PÚBLICA



PROGRAMA  
IMSS-PROSPERA



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**DIF**  
Nacional



**CDI**  
COMISIÓN NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



**CONAPO**  
CONSEJO NACIONAL DE  
POBLACION



**mexfam.**

**IPAS** SALUD  
ACCESO  
DERECHOS  
MÉXICO

**AFLUENTES**

**UNFPA**  
Fondo de Población de las Naciones Unidas

**Católicas**  
por el  
Derecho  
a Decidir

**GIRE**  
GRUPO DE INFORMACION  
EN REPRODUCCION ELEGIDA