Instituto Nacional de Salud Pública

Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

Documento 1. a) Documento de análisis del diagnóstico, coherencia interna de la ENAPEA y evaluación del diseño de la ENAPEA (1ª. Fase de la evaluación de diseño)

Investigador responsable: Juan Pablo Gutiérrez

Elaboración: Juan Pablo Gutiérrez, Isabel Vieitez, Zayra López, Nathaly Llanes y Perla Ríos

12 de mayo de 2015

Contenido

I. Introducción 7

II. Marco jurídico de la ENAPEA 9

III. Marco conceptual 13

1. Adolescencia 13
2. Adolescente 15
3. Embarazo adolescente 19
4. Salud sexual y reproductiva 19

IV. Análisis del diagnóstico 19

A. Identificación de la problemática y consecuencias de la misma: 20

1. Deserción escolar 21
2. Estigmatización y discriminación 27

B. Determinantes asociados al embarazo adolescente 29

1. Factores que favorecen el embarazo adolescente: identificación de la cadena causal 30

C. Intervenciones y antecedentes programáticos 33

D. Completitud del diagnóstico 36

V. Alineación de la ENAPEA con los objetivos estratégicos nacionales 36

A. Alineación estratégica de la ENAPEA con el PND 37

B. Alineación de la ENAPEA con Programas Sectoriales 40

VI. De los mecanismos de coordinación 46

VII. De la Coherencia Interna de la ENAPEA 48

A. Matriz de Marco Lógico de la ENAPEA 49

B. De la lógica vertical de la MML de la ENAPEA 53

VIII. Hallazgos 58

IX. Referencias 61

Anexo 1. 67

Listado de siglas y acrónimos

ARAP	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CONAPO	Consejo Nacional de Población
Convención de Belem do Pará	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
CRIM	Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENSAR	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
EsJóvenes	Apoyo Jóvenes con PROSPERA
GEPEA	Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente
GIPEA	Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo alinear Adolescente

IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INMujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGDNA	Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes
MML	Matriz de Marco Lógico
OE	Objetivo Específico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programas de Acción Específicos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres
PSGOB	Programa Sectorial de Gobernación
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEP	Secretaría de Educación Pública
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SS	Secretaría de Salud

SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TdR	Términos de Referencia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario de términos

Categoría Condición social de unas personas respecto de las demás.

Educación integral en sexualidad La adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva.

Embarazo precoz Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia; el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

Equidad de género La equidad es un principio de justicia emparentado con la idea de igualdad sustantiva y el reconocimiento de las diferencias sociales. Ambas dimensiones se conjugan para dar origen a un concepto que define la "equidad" como "una igualdad en las diferencias", entrelazando la referencia a los imperativos éticos que obligan a una sociedad a ocuparse de las circunstancias y los contextos que provocan la desigualdad con el reconocimiento de la diversidad social, de tal forma que las personas puedan realizarse en sus propósitos de vida según sus diferencias . Por ello, la equidad incluye como parte de sus ejes el respeto y garantía de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades. En esta tesitura, las políticas de equidad no se limitan a una dimensión de oportunidades de acceso al bienestar material, sino que suponen cambios en la configuración socio-cultural de las relaciones de poder. Ello es especialmente necesario en el caso de la equidad de género cuyas exigencias suponen cambios profundos en la sociedad, la cultura y el poder para eliminar la discriminación y la opresión en razón del sexo. Para el feminismo, la equidad de género y la igualdad están unidas, pero es incorrecto reemplazar una con la otra, ya que la igualdad es un valor superior que apela al estatuto jurídico de las mujeres y el principio de no discriminación basada en la diferencia sexual. En tanto que la equidad es una medida más bien dirigida a cubrir los déficit históricos y sociales de las desigualdades por razón de género.

Evaluación integral Abordaje orientado a conceptualizar a la evaluación como un proceso dinámico, interactivo y progresivo que tiene como objetivo aplicar y generar sinergia entre los diversos tipos de evaluaciones que permitan detectar áreas de mejora considerando sus etapas de formulación, planeación y operación. Desde esta perspectiva los resultados de la evaluación integral aportan elementos para emitir recomendaciones oportunas sobre los ajustes que requiere el programa para mejorar su desempeño, y así contribuir a la equidad social.

Habilidades para la vida Son un conjunto de destrezas psicosociales cuyo desarrollo incrementa las posibilidades de las personas a aumentar su desempeño en la vida diaria.

Interinstitucional Acción concertada entre cualquier dependencia u organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal y uno o varios órganos gubernamentales extranjeros u organizaciones internacionales, en el ámbito de sus atribuciones.

Intersectorial Acción concertada para el trabajo conjunto entre dependencias, instituciones y organizaciones del sector público federal, estatal, municipal y local, y del sector privado, de la sociedad civil y de la cooperación internacional, con la finalidad de facilitar la ejecución de tareas complejas, como la prevención del embarazo en adolescentes, y la organización de los procesos de trabajo, así como la obtención de los resultados finales.

Marco conceptual Sistema de conceptos básicos, que constituye el fundamento y arsenal de los procesos epistemológicos que buscan plantear los problemas específicos y propios de un área, según la problemática que ésta presenta, y, a largo plazo, resolverlos a través del desarrollo de las bases metodológicas, que usualmente lo complementan, proporcionando los métodos y procedimientos correspondientes.

Matriz de Marco Lógico Resumen de una intervención en una estructura de una matriz de cuatro filas por cuatro columnas mediante la cual se describe el fin, el propósito, los componentes y las actividades, así como los indicadores, los medios de verificación y supuestos para cada uno de los objetivos.

Multisectorial Acción concentrada de algunos sectores públicos o de todos ellos organizada con la finalidad de lograr resultados en materia de salud de una manera que sea más eficaz, eficiente o sostenible de lo que podría lograr el sector de la salud actuando solo.

Objetivo estratégico Los objetivos estratégicos son los fines o metas desarrollados a nivel estratégico que una organización pretende alcanzar a largo plazo. Algunas posturas identifican los objetivos estratégicos con los objetivos generales. Están basados en la visión, la misión y los valores de una organización y condicionan las acciones que se llevarán a cabo.

Población objetivo Población que un programa se propone atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

Política pública Conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil.

Prevención Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Tasa específica de fecundidad El número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva clasificada en grupos de edad simples o quinquenales.

Zonas rurales Localidades menores a 2 mil 500 habitantes, de acuerdo con la metodología de la medición multidimensional de pobreza.

Zonas urbanas Localidades con 2 mil 500 y más habitantes, de acuerdo con la metodología de la medición multidimensional de pobreza.

I. Introducción

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) es una iniciativa del Gobierno Federal que busca atender la problemática del embarazo adolescente en el país a partir de un enfoque articulado, multisectorial y sustentado en evidencia.

La siguiente propuesta responde a los compromisos asumidos por el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) definidos en la ENAPEA, y en los Términos de Referencia (TdR) radicados en el convenio de colaboración celebrado entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) para la elaboración del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. En este sentido, se propone abordar estos objetivos utilizando un enfoque de evaluación integral, en el cual existe una interrelación entre los distintos tipos de evaluación con el fin de brindar elementos que permitan la mejora continua del desempeño del programa. La presente entrega corresponde al análisis del diagnóstico y la primera fase de la evaluación de diseño. Así también se esboza de forma general el diseño de la estrategia que formará parte de la propuesta integral del plan de monitoreo que se incluirá en la segunda entrega.

En el primer apartado se centra la atención en analizar la pertinencia y suficiencia de los elementos jurídicos que se proponen en el documento de la ENAPEA como sustento legal. En el segundo apartado se define el marco conceptual sobre el cual gira la atención de la ENAPEA, esto es, los significados de adolescente, adolescencia y embarazo adolescente. En el tercero, se desarrolla el análisis del diagnóstico que tiene como fin validar la problemática identificada, su cadena causal y los factores asociados a la misma. Para realizar este análisis se realizó una lectura crítica del diagnóstico planteado en el documento de la ENAPEA y se reflexionó, a partir de una revisión de la literatura, con respecto a la pertinencia, suficiencia y coherencia de la estrategia para incidir en el problema del embarazo y maternidad adolescente. Con estos insumos de información se analizó la naturaleza, magnitud causas e implicaciones del problema identificado; así como las distintas intervenciones exitosas y no efectivas que se han llevado a cabo tanto a nivel nacional como internacional para enfrentar la problemática.

En el cuarto apartado se revisa la alineación de los objetivos de la estrategia con los diferentes referentes de planeación estratégica nacional y de las diferentes dependencias que conforman el GIPEA. Luego, con base en estos elementos y la Metodología de Marco Lógico se analiza, en el quinto apartado, la coherencia interna de la estrategia en su lógica vertical, es decir la suficiencia de los distintos elementos en la consecución de objetivos en un orden jerárquico superior de los diferentes niveles de la matriz programática. En el sexto apartado se hace un análisis sobre los mecanismos de coordinación de la estrategia. Por último, se describen los hallazgos.

II. Marco jurídico de la ENAPEA

El marco jurídico de la ENAPEA se establece en un conjunto de documentos jurídicos nacionales e internacionales ratificados por el Estado mexicano. La normatividad en la cual se soporta la ENAPEA es la que aborda aspectos de derechos humanos, específicamente de los niños, niñas y adolescentes, los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a una vida sin violencia para la prevención del embarazo en adolescentes; los principales documentos de referencia se enlistan en el cuadro 1, y parten de la carta magna nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro 1. Marco jurídico nacional e internacional que da soporte a la ENAPEA

Nacional	Internacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Declaración Universal de los Derechos Humanos
Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes	Convención sobre los derechos del niño
Ley General de Población	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)
Ley General de Salud	La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)
Ley del Instituto Mexicano de la Juventud	Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer
Decreto por el que se declara el 26 de septiembre Día Nacional de la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes	Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1960)
Ley General de Desarrollo Social	Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José, 1969)
Ley General de Víctimas	La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	Protocolo facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas

	de Discriminación contra la Mujer
Norma Oficial Mexicana NOM 046-SSA2-2005 “Violencia familiar,sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”	Declaración Ministerial Prevenir con Educación en el marco de la XVII Conferencia Internacional de Sida en 2008
Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia	Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará” 1994

En el documento de la ENAPEA se establece que los menores de 18 años son sujetos de derecho, con capacidad de tomar decisiones de forma progresiva y conforme a su madurez con respecto al ejercicio de sus derechos humanos; entre ellos los sexuales y reproductivos. Se señala también que el Estado debe garantizar el ejercicio de estos derechos y que en cualquier caso que exista una violación a éstos, se velará por el interés de las y los menores.

Respecto a las medidas que los Estados deben asegurar para hacer efectivos estos derechos, en la ENAPEA se plantea que en la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1989) es posible identificar las disposiciones “*[r]elativas al establecimiento de la edad mínima para el consentimiento sexual, el matrimonio y la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres*”

En otros instrumentos internacionales, entre ellos la Observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre las y los adolescentes, señalan atributos que podrían enmarcarse en un entorno en el que el adolescente tiene derecho y es libre de recibir información adecuada y orientación sobre las cuestiones que afectan a su salud, respetando su confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Estos atributos de privacidad y confidencialidad también se señalan en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2013; además se añaden la perspectiva de género, la educación sexual integral y “*el acceso a anticonceptivos modernos, seguros y eficaces [...]que eviten embarazos tempranos o no deseados*”. A nivel nacional la Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (LGDNA) menciona que la atención preventiva y la orientación va dirigida a los que ejerzan la

patria potestad o custodia: *"[d]esarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes, y la educación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva*"; en tanto que la Ley General de Salud privilegia el interés del menor con respecto a sus necesidades de SSR y al de las "*....creencias religiosas o ideología de las personas que ejerzan la patria potestad o los representen legalmente*[1]", además esta ley deja explícita la obligación del Estado de orientar y suministrar los métodos anticonceptivos que sean necesarios para evitar el embarazo adolescente.

Con relación al derecho a la educación sexual y reproductiva la CDN menciona la necesidad de desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia; sin embargo, no es clara la participación directa de las y los niños y las y los adolescentes en estas actividades. Es importante mencionar que el Consenso de Montevideo es el más amplio en los términos en los que define educación sexual integral y contempla estrategias desde la primera infancia y para grupos vulnerables (migrantes e indígenas) con perspectiva de género. Asimismo, hace explícito el acceso oportuno a la información, a las tecnologías y a la asesoría de forma confidencial. Por otro lado, la LGDNA promueve la educación sexual integral conforme a la edad, al desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, de las niñas, niños y adolescentes que les permita ejercer de manera informada y responsable su sexualidad, conforme a derecho.

Por su parte la Declaración Ministerial de México "Prevenir con Educación" del 2008 también solicita asegurar la educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual y reproductiva en las personas adolescentes y jóvenes para lo cual enfatiza la necesidad de una alianza estratégica entre el sector salud y el sector educación; menciona también que la adquisición de educación integral debe iniciar desde la infancia pues favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos

[1] Ley General de Salud, Art 64. La prestación de servicios de salud sexual a adolescentes pretende evitar condiciones de riesgo para su salud,[...] por lo que se prohíbe toda injerencia arbitraria que pretenda desconocer su derecho a recibir la prestación de los servicios de salud sexual,[...] debiendo garantizarse que el adolescente reciba información suficiente para formarse un juicio propio y que tenga el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos de salud que lo afecten. Artículo 65. En caso de conflicto entre las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y las decisiones, creencias religiosas o ideología de las personas que ejerzan la patria potestad o los representen legalmente, deberá prevalecer el principio de interés superior de los menores.

en materia de salud sexual y reproductiva.

Por último, el documento de la ENAPEA señala la necesidad de elaborar políticas públicas encaminadas a condenar y erradicar toda forma de discriminación y violencia, en particular contra las niñas y adolescentes debido a la vulnerabilidad que presentan por su condición de inequidad en el acceso a la educación, la dependencia económica y los aspectos culturales. A este respecto, los principales sustentos legales a nivel internacional son la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará, 1994) y a nivel nacional el artículo 4º constitucional, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006) y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia . En este sentido, con relación al embarazo adolescente, es importante también señalar que el CEDAW establece que *"[n]o tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio y hacer obligatoria la inscripción del matrimonio en un registro oficia*l", medidas necesarias para articular acciones en contra del matrimonio y al embarazo precoz.

Con esos antecedentes, en términos generales el marco jurídico planteado en la ENAPEA permite conocer los principales documentos y elementos jurídicos a nivel nacional e internacional que sustentan la estrategia, sobre todo los relacionados con el derecho al desarrollo, a la educación y a la salud, incluidos los aspectos de derechos sexuales y reproductivos y con el derecho a la vida libre de violencia de las niñas, niños y adolescentes (CDN). Sin embargo, es necesario definir más claramente el sustento legal respecto al derecho a la educación integral en sexualidad, el acceso a servicios de anticoncepción sin presencia de los padres, la edad mínima al matrimonio de las y los adolescentes y de las y los niños, y la corresponsabilidad del adolescente o adulto ante el embarazo con adolescentes, para poder identificar las barreras jurídicas existentes que podrían limitar el actuar de la ENAPEA, tanto a nivel nacional como estatal. Adicionalmente, debido al carácter multisectorial de la estrategia, sería importante analizar más profundamente el sustento legal para realizar acciones en los diferentes órdenes y niveles de gobierno con el sector

educativo - para integrar información sobre educación sexual integral en los libros de texto gratuitos desde la primaria, garantizar la continuidad de estudios en mujeres adolescentes embarazadas- y con el sector de trabajo y previsión social, para determinar la edad mínima para poder trabajar , por ejemplo.

III. Marco conceptual

La ENAPEA cuenta con un marco conceptual y operativo para la prevención del embarazo en adolescentes que se propone a partir de cuatro referencias: 1) el diagnóstico situacional y de salud propuesto en el documento de la estrategia;2) la pirámide de impacto sobre la salud[2]; 3) el modelo socio-ecológico de comportamiento de salud adolescente; 4) el modelo ecológico de factores determinantes del embarazo en adolescentes propuesto por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El punto de partida para el análisis del diagnóstico fue la identificación de los conceptos principales a partir de los cuales se estructura la información con base en la revisión de la literatura.

1. Adolescencia

La Ley General de Salud establece en el capítulo sexto sobre los servicios de Planificación Familiar menciona que es necesario articular acciones a fín de informar a la población respecto al riesgo reproductivo incrementado en los embarazos en menores de 20 años y en mayores de 35 años de edad. De acuerdo con la OMS, si bien el embarazo en mujeres de 10-19 años constituye el 11% del total de embarazos a nivel mundial, este problema respresenta el 23% de la carga mundial por enfermedad (años de vida saludables perdidos). Las madres adolescentes, sobretodo aquéllas de 10-15 años, tienen un mayor riesgo de morir por problemas relacionados con el

[2] La pirámide, adaptada al caso específico de la prevención del embarazo adolescente, en su base contiene los determinantes sociales asociados al desarrollo adolescente y juvenil; en el segundo nivel registra los factores que facilitan la toman de decisiones apropiadas en lo concerniente a la salud; en el tercero se encuentra la educación integral en sexualidad; en el cuarto los métodos anticonceptivos que da protección, sobre todo los de larga duración y por último las intervenciones clínicas eficaces. Ver ENAPEA página 70.

embarazo y el parto, asimismo, sus hijas(os) tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso y de morir en el primer año de vida. [3]

En este contexto, debido a que la ENAPEA busca prevenir los embarazos en adolescentes es importante mencionar qué se entiende por adolescencia y adolescente; si bien en el documento se habla de "adolescente", no se sustenta el marco conceptual en el que se basa dicho concepto. La complejidad para la definición etaria de la adolescencia es consecuencia de que se busca acotar un proceso que si bien involucra cambios fisiológicos en el individuo, hay una fuerte determinación social sobre la transición de la infancia a la vida adulta. Como resultado, la etapa adolescente es identificada de forma diferente en cada sociedad.

A partir de la revisión de la literatura se define a la adolescencia como un etapa entre la niñez y la edad adulta que inicia a partir de los cambios fisiológicos asociados a la pubertad trayendo consigo transformaciones importantes a nivel biológico, psicológico y social; las cuales muchas veces desencadenan conflictos y contradicciones.[4] En este sentido, la adolescencia representa una etapa de adaptación a los cambios corporales, pero también un período encaminado hacia una mayor independencia psicológica y social en la que se establecen patrones de comportamiento. Por ello, se considera que las decisiones que se tomen en dicho período son determinantes para el futuro de los individuos.[5]

Existe una amplía literatura a partir de la cual se ha intentado definir el rango etario de la adolescencia; pero sobre todo han sido los organismos internacionales los cuales han marcado la

[3] Organización Mundial de la Salud (OMS): El embarazo adolescente. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/. Consultado el 30 de abril de 2015.
[4] Pineda, Susana 1999, "El concepto de adolescencia". Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Cuba, MINSAP 15-23.
Pineda, Susana 1999, "El concepto de adolescencia". Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Cuba, MINSAP 15-23.
ltadosNacionales.pdf" http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf. Consultado el 10 de abril de 2012.

pauta para su definición etaria.[6,7] Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) divide el período de la adolescencia en tres etapas[8]:

1. Adolescencia tempana: Abarca desde los 10 a los 13 años. Biológicamente, constituye el período de la pubertad. Las y los adolescentes manifiestan preocupaciones por los cambios físicos y corporales e inician un período en el que el grupo de pares empiezan a adquirir centralidad[9] en sus experiencias cotidianas.
2. Adolescencia media: Abarca desde los 14 a los 16 años, período en el que se ha completado casi totalmente el crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es la fase de máxima relación con el grupo de pares.[10]
3. Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años, fase en la que ha culminado gran parte del crecimiento, se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad.[11]

A pesar de las transformaciones fisiológicas mencionadas, vale la pena considerar que los cambios físicos y cognitivos presentes durante este período de la vida se suman a la concepción social de lo que es y significa, la adolescencia es una clasificación histórica y socialmente construida para diferenciar las diferentes etapas de la vida; la cual surge, para algunos autores, a principios del siglo XX como una fase del ciclo de la vida humana.[12,13] Por ello, es preciso considerar que los procesos asociados a dicha etapa varían cultural y contextualmente.

2. Adolescente

[6] Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2004, "La Convención Sobre Los Derechos Del Niño Quince Años Después". América Latina, UNICEF, Panamá.
[7] Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014, "Salud de los adolescentes", Disponible en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Consultado 14 julio, 2014.
[8] Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014, "Salud de los adolescentes", Disponible en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Consultado 14 julio, 2014.
[9] Issler, Juan 2001, "Embarazo en la adolescencia". *Revista de posgrado de la cátedra VIa Medicina*, Agosto 107: 11-23. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html. Consultado el 16 de abril de 2015.
[10] Íbidem.
[11] Pineda, Susana 1999, "El concepto de adolescencia". Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Cuba, MINSAP 15-23.
[12] Adaszko, Ariel 2005, "Perspectivas Socio-Antropológicas Sobre la Adolescencia, la Juventud y el Embarazo". *La Adolescencia. Estereotipos, Evidencias y Propuestas Para Políticas Públicas*, Mónica Gogna, (edits). Buenos Aires, Centro de Estudios Estado y Sociedad, UNICEF, 33-65
[13] Feixas, Carlos 1996, "Antropología de las edades". *Ensayos de antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Joan Prat y Ángel Martínez, (edits). Barcelona, Ariel S.A., 319-335

Como se señaló, para la OMS las y los adolescentes constituyen un grupo etario entre los 10 y los 19 años.[14] Esta definición se ha utilizado para el análisis de aspectos de salud de las y los adolescentes, siendo, por ejemplo, la referencia utilizada para las Encuestas Nacionales de Salud en México. Sin embargo, es de destacar que la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes considera como adolescentes a las personas que tienen entre 12 y 18 años cumplidos.[15] En el mismo sentido, la LGDNA, en su artículo quinto, define como niñas y niños a los menores de 12 años, y como adolescentes a las personas de entre 12 y 18 años cumplidos. Así, es importante considerar que, para el caso de México, la mayoría de edad se alcanza a los 18 años[16], es decir, al cumplir esta edad los individuos pueden legalmente tomar decisiones sin la participación de los padres (Cuadro 2).

En términos generales, en el diagnóstico de la ENAPEA se divide a la adolescencia en dos grupos: adolescentes entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años, mencionando que los factores asociados al embarazo adolescente y sus causas varían según el grupo de edad. No obstante, a lo largo del documento se hace uso indistinto del término puesto que se utiliza para referir a individuos entre 10 y 19 años, 12 y 19 años y 15 y 19. Mientras que por otro lado, se refiere a las niñas y niños como individuos entre 10 y 12 años (congruente con la legislación mexicana) y 10 y 15.

Cuadro 2. Definición de Niñez, Adolescencia y Juventud en los diversos Instrumentos Jurídicos Nacionales e Internacionales y en el criterio de la Organización Mundial de la Salud.

Instrumento o criterio	**Definición**
Convención sobre los derechos del niño (Fecha de entrada en vigor para México: 21 de octubre de 1990)	Artículo 1 Para los efectos de la presenta Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

[14] Organización Mundial De La Salud (OMS) 2014, "Salud de los adolescentes", Disponible en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Consultado 10 abril, 2015.

[15] Dirección General de Documentación y Análisis de la Cámara de Diputados 2013, "El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas". Disponible en http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_28.pdf. Consultado el 14 de abril de 2015.

[16] Art 34 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (reforma 22 de diciembre 1969) .

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (DOF: 04/12/2014)	Artículo 5. Son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad.
Ley del Instituto Mexicano de la Juventud Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1999.	Artículo 2. Por su importancia estratégica para el desarrollo del país, la población cuya edad quede comprendida entre los 12 y 29 años, será objeto de las políticas, programas, servicios y acciones que el Instituto lleve a cabo, sin distinción de origen étnico o nacional, género, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra.
Legislaciones estatales	La mayoría de los estados incluyen dentro del rango de edad para definir adolescente entre los 12 y los 18 años. Algunas do definen adolescencia y consideran únicamente "niño" a los menores de 16 años o "menor" a los menores de 18 años. Algunos estados utilizan el término de joven para definir a los individuos de 12-35 años.
Protocolo de Actuación para Quienes Imparten Justicia en Casos que Involucren Niñas, Niños y Adolescentes. Suprema Corte de Justica de la Nación, 2014.	Para los fines del presente protocolo se entenderá por: Niño-Niña: todo ser humano menor de 18 años. Adolescente: persona cuya edad se encuentra comprendida entre los doce años cumplidos y menos de 18 años de edad.
Convenio 182 de la Conferencia Internacional del Trabajo Convenio sobre la Prohibición sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación.	*Artículo 2.* A los efectos del presente Convenio, el término niño, designa a toda persona menor de 18 años.
Protocolo Para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que Complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional.	*Artículo 3* *Definiciones* Para los fines del presente Protocolo: a)… b)… d) Por "niño" se entenderá toda persona menor de 18 años.

Organización Mundial de la Salud	Divide a la adolescencia en tres etapas: Primera. Adolescencia temprana: Abarca desde los 10 a los 13 años; Segunda. Adolescencia media: Abarca desde los 14 a los 16 años; Tercera. Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años

En la legislación estatal también existen ambigüedades en la definición de niño, adolescente y joven. De acuerdo con el análisis elaborado por la Cámara de Diputados en 2013[17], la mayoría de los estados incluyen dentro del rango de edad para definir adolescente entre los 12 y los 18 años; sin embargo, en algunos no se utiliza el término adolescente y se engloba como "niño" a los menores de dieciséis (Tamaulipas) o como "menor" a los menores de 18 años (Baja California, Baja California Sur y Tlaxcala). En la definición de joven, el rango incluye a los adolescentes en la mayoría de los casos, oscilando entre 12 a 35 años, cuando a nivel nacional, la ley del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), establece que el rango de edad de los jóvenes va de los 12 a los 29 años.

Este aspecto no es menor ya que las actividades y líneas de acción de la ENAPEA están enfocadas a individuos entre 10 y 19 años; es decir, niñas y niños de entre 10 y 12, adolescentes de 12 a 18 y jóvenes de 19 años de edad. No obstante, se hace un uso indiscriminado de dichos conceptos a pesar de la existencia de significados claros en la legislación federal mexicana. Lo cual pareciera hacer eco de las inconsistencias persistentes de las legislaciones estatales y podría obstaculizar el desarrollo de la estrategia al generar incertidumbre entre implementadores y responsables de las diversas acciones consideradas como parte de la ENAPEA. Asimismo, es necesario destacar que existe también un problema de armonización en la generación de evidencia sobre estos grupos de edad ya que las diversas encuestas nacionales y estudios

[17] Cámara de diputados,.(2013). El Embarazo en Adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas

relacionados utilizan categorías de niñez y adolescencia diferentes a las establecidas en la normatividad lo que impide hacer un análisis focalizado en estos grupos.

3. Embarazo adolescente

Es definido como un evento que experimenta una mujer adolescente entre el inicio de su período fértil (inicio de la pubertad) y el final de la adolescencia o adolescencia tardía.[18] Es importante destacar que si se utiliza la definición señalada en la LGDNA en los casos de menores de doce años sería embarazo en la niñez.

4. Salud sexual y reproductiva

La SSR es un estado de bienestar físico, mental y social. Representa un componente fundamental de la capacidad de las y los adolescentes para transformarse en individuos productivos y responsables en la sociedad.[19]. La población adolescente manifiesta necesidades distintas al resto de la población diferenciadas por sexo[20], de modo que la perspectiva de género constituye un componente esencial para asegurar la SSR para esta población.

IV. Análisis del diagnóstico

Una vez identificados los conceptos anteriores la revisión del diagnóstico permite entrever que éste cuenta con la información y evidencias que permiten conocer la situación del embarazo adolescente en México, problematizándolo e identificando sus causas, consecuencias y características asociadas. De igual forma, el diagnóstico expone las características más importantes de la población que presenta el problema, inscribiendo a la misma dentro de

[18] Íbidem.
[19] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012, "Resultados nacionales 2012". Disponible en http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf. Consultado el 10 de abril de 2012.
[20] Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA 2014, "El poder de 1800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro". Disponible en http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf. Consultado el 15 de abril de 2015.

contextos socioeconómicos y territoriales concretos. Asimismo, cuenta con información empírica relevante para la sustentación de la problemática, obtenida a partir de diversas fuentes de información: 1) encuestas nacionales, 2) censos de población y vivienda para diferentes años, 3) diagnósticos oficiales y de organismos no gubernamentales, 4) proyectos de investigación, y 5) publicaciones, artículos y documentos de trabajo en torno al tema de SSR en adolescentes.

A. **Identificación de la problemática y consecuencias de la misma:**

Como punto de partida, la ENAPEA subraya la necesidad de comprender el embarazo adolescente como una problemática que amplía las brechas sociales y de género, promoviendo condiciones de vulnerabilidad para las y los adolescentes, así como para sus hijas e hijos. Asimismo, se identifica con claridad el contexto en el que adquiere visibilidad dicha problemática, caracterizado por: 1) un incremento en el número relativo de adolescentes de 15 a 19 años, constituyendo el grupo de edad de mayor tamaño entre las mujeres en edad fértil respecto a décadas anteriores, y 2) el lento descenso de la tasa específica de fecundidad entre las adolescentes (de 15 a 19 años) en las últimas cuatro décadas, en comparación con los demás grupos de mujeres en edad reproductiva. Si bien la fecundidad general ha disminuido a lo largo del tiempo, entre las adolescentes ésta continua siendo elevada. De acuerdo con cifras del CONAPO 2011, mientras que la tasa de fecundidad para el grupo de mujeres de 35 a 39 años fue de 41 hijos por cada mil mujeres, entre las adolescentes era de 70. Para 2014, estas cifras mostraron que la tasa de fecundidad fue de 37 hijos por cada mil mujeres de 35 y 39 años de edad, mienras que en las adolescentes se estimó de 65.7 hijos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad, constituyendo el 16.2% de los nacimientos totales. Situación que se agrava en la medida en que el 40 % de las mujeres embarazadas durante la adolescencia no planearon o no desearon el embarazo en dicho momento de sus vidas.[21]

El problema identificado por la ENAPEA y contenido en el diagnóstico se expresa en múltiples dimensiones: 1) constituye una problemática de salud en tanto se encuentra asociado con un mayor; nivel de mortalidad materna, complicaciones durante el parto, sobre todo para el grupo de

[21] Campero, Lourdes et al., "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas". *Gaceta médica de México,* 149 (2013):299-307.

edad de 10 a 14 años, y trae consecuencias para la salud de las hijas e hijos, como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros; 2) igualmente, un embarazo en la adolescencia se asocia con menores logros escolares y reduce la asistencia a la escuela de las adolescentes; 3) afecta las oportunidades laborales al insertarlas en trabajos poco remunerados; 4) incentiva un mayor número de hijas(os) al final de su período reproductivo; 5) promueve relaciones conyugales inestables y en condición de inequidad de género; 6) reduce las vivencias esperadas para las adolescentes en este período de la vida; 7) frecuentemente, suscita el estigma social así como la discriminación, la desaprobación y el rechazo familiar.

La problematización del mismo responde a un contexto particular, en el cual se ha generado un cierto consenso sobre la importancia de promover un nivel mínimo de capital humano previo al ejercicio de la maternidad y la paternidad. Esto, dado que se considera que la población adolescente se encuentran en una etapa del ciclo de vida de acumulación de capital humano por medio de los logros educativos alcanzados, los cuales posibilitarían una incorporación exitosa a la vida productiva. Por ello, una hija o un hijo a edades tempranas frecuentemente representa una barrera para el desarrollo de las adolescentes en la medida en que estas madres suelen interrumpir sus estudios debido a la ocurrencia del evento[22] y esto da lugar a una pérdida en años de estudio e ingresos tanto para las adolescentes como para sus hijos.

Si bien el diagnóstico expone con claridad cada una de las consecuencias asociadas al embarazo adolescente anteriormente señaladas, y las sustenta con una revisión de información estadística profunda, se considera importante mencionar algunos vacíos temáticos y reforzar las evidencias empíricas en algunos elementos.

1. Deserción escolar

Respecto a la información concerniente a la relación entre embarazo adolescente y educación, en el diagnóstico se exponen datos importantes acerca de la deserción escolar, mencionando que el 17.7 % de las mujeres menores de 18 años que se embarazaron interrumpieron sus estudios.

[22] Gutiérrez, Juan-Pablo, Zyanya, Norman y Eduardo Alcalá, 2014 "Análisis descriptivo del cuestionario de seguimiento a jóvenes de Prospera Programa de inclusión social, es jóvenes 2013", Instituto Nacional de Salud Pública, Prospera, Progama de inclusión social, SEDESOL, México.

También, se plantea que más del 90 % de mujeres entre 12 y 19 años que ha tenido un hijo o hija no asiste a la escuela. Si bien los datos mencionados posibilitan dimensionar la situación, no permiten entrever el orden cronológico de los eventos; es decir, si el embarazo precedió al abandono escolar o viceversa. Lo anterior, puede generar asociaciones entre estos dos eventos (embarazo y deserción escolar) que no necesariamente son tan estrechas ni unidireccionales. Esto es particularmente relevante cuando se definen las estrategias de acción. Con un abordaje limitado, podrían priorizarse medidas que al enfocarse en intervenir sobre elementos asociados, sin relación de causalidad con el problema, no tendrían el efecto esperado por la estrategia.

Un estudio llevado a cabo por Stern y Menkes (2008), a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR).[23] señala que en México un 77.6 % de las mujeres de 15 a 24 años que se embarazó por primera vez durante la adolescencia había dejado la escuela antes del embarazo; y al analizar por sector socioeconómico de pertenencia se observa que de dicho porcentaje el 85.9 % está representado por jóvenes de sectores socioeconómicos muy bajos y el 43.6 % por mujeres del sector socioeconómico alto[24]. Esta información sustenta empíricamente lo planteado en el diagnóstico acerca de que una gran parte de los factores asociados al embarazo adolescente como lo son: la no asistencia a la escuela, la falta de oportunidades laborales, las condiciones de vulnerabilidad social asociadas igualmente con la pobreza; si bien sugieren que no hay una clara relación causal entre los eventos señalados.

En la misma línea, un estudio-diagnóstico elaborado por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), llevado a cabo en el 2010, y que tuvo como objetivo conocer la dimensión y condiciones de la población de adolescentes entre 12 y 18 años que no había concluido la educación básica, y que habían sido madres o estaban embarazadas en seis estados del país.[25] sugiere que no todas las adolescentes tienen las mismas posibilidades de acceder al sistema educativo y permanecer en él, se encuentren o no embarazadas. Esto es, plantea que los retos para el logro educativo entre adolescentes son de hecho de mayor magnitud al embarazo adolescente, lo que de facto cuestiona una relación causal entre los mismos. De hecho, casi una

[23] Esta encuesta pregunta a las mujeres si estudiaba al momento de su primer embarazo y si dejó el embarazo a causa del mismo (Stern y Menkes, 2008).
[24] Stern, Carlos y Catherine Menkes. "Embarazo adolescente y estratificación social". Salud reproductiva y condiciones de vida en México (2008):347-396.
[25] Los estados que se tuvieron en cuenta para esta investigación fueron: Chiapas, Guerrero, Estado de México, Oaxaca, San Luis Potosí y Tamaulipas (CRIM, 2010).

tercera parte de las y los adolescentes mexicanos abandona la escuela antes de terminar la secundaria. Así, aunque en algunos casos, es claro que el embarazo temprano coarta sus trayectorias educativas, existen factores estructurales que incentivan la deserción escolar tales como la ausencia de establecimientos educativos, bajos ingresos dentro del núcleo familiar, situaciones de violencia intrafamiliar; o también, porque permanecer en la escuela no está considerando en los proyectos de vida de algunas y algunos adolescentes.[26]

En esta dirección, factores estructurales como el poco crecimiento económico, la precariedad social así como las desigualdades socioeconómicas generan ambientes que incentivan la participación en prácticas o comportamientos considerados de riesgo, entre ellos las relaciones sexuales sin protección.[27]. Entre los factores que inciden en las decisiones que toman las y los adolescentes pueden identificarse tres niveles. Un nivel individual, en el que elementos como baja autoestima, incertidumbres y predisposiciones negativas aumentan la probabilidad de desarrollar comportamientos de riesgo. Un nivel micro-ambiental que abarca el contexto más próximo al individuo, como la estructura y dinámica familiar; la comunidad de interacción así como los valores vigentes en dichos escenarios. Y, por último, el nivel macro-ambiental que involucra la estructura económica nacional, los niveles de pobreza y desigualdad, las instituciones públicas, las normas sociales y factores culturales.[28] Los tres niveles tienen efectos distintos sobre el embarazo y la maternidad adolescente, por lo cual la efectividad de las iniciativas de prevención depende de la capacidad de incidencia en cada uno.

Diversos estudios han identificado entre quienes han abandonado los estudios que la necesidad de generar ingresos (ya sea desde una perspectiva individual o como contribución al gasto familiar) es una de las motivaciones más importantes para dicho abandono. En México, se ha recabado información al respecto pero ésta se encuentra de forma agregada bajo la conceptualización del "joven", entendido éste como un individuo de 12 a 29 años de edad. Así, aunque la información

[26] Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM, "Estudio de diagnóstico nacional sobre rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica", Web, 28 de mayo de 2010. <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Complementarias/Complementarias_2009/SEP/compl_09_sep_PROMAJOVEN.pdf>. Consultado e10 de abril de 2015.

[27] Gutierrez, Juan-Pablo, "Youth Risk Behaviours as Barriers for Human (Health) Capital Accumulation" *HEALTH RELATED BEHAVIOURS AS DETERMINANTS OF WELLBEING* (January 9, 2012). Forthcoming. Web. Disponible en: SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1982065>. Consultado el 20 de abril de 2015.

[28] Gutiérrez, Juan-Pablo, Zyanya, Norman y Eduardo Alcalá, 2014 "Análisis descriptivo del cuestionario de seguimiento a jóvenes de Prospera Programa de inclusión social, es jóvenes 2013", Instituto Nacional de Salud Pública, Prospera, Progama de inclusión social, SEDESOL, México.

que se presenta para la población "joven" incluya datos de individuos con edades superiores a los 19 años y excluya a los menores de 12; se considera que estos datos constituyen un *proxy* sobre las preferencias y comportamientos del grupo etario al que se dirige la estrategia. Pese a todo, se debe enfatizar que valdría la pena que la información existente se recabara de forma desagregada con base en rangos de edades congruentes no sólo con la legislación sino también con las necesidades sociales y los fenómenos biológicos implicados. Todo lo cual significa que es necesario armonizar la legislación para minimizar la incertidumbre y, así, facilitar los procesos de recolección y procesamiento de información para posteriormente desarrollar acciones congruentes.

Dicho lo anterior, de acuerdo con el IMJUVE a partir de información recabada del Programa ESJOVENES 2013, una parte mínima de la población joven se encuentra inserta en la escuela después de los 16 años cumplidos. Gran parte de éstos desertan de la escuela porque prefieren insertarse al mercado laboral porque la escuela no cubre sus expectativas, los padres no quisieron que siguieran estudiando o debido a las condiciones socioeconómicas de la familia.[29] Asimismo, entre algunos los jóvenes el trabajo tiene un valor importante como una actividad que los acerca al mundo adulto; sin embargo, sus necesidades y preferencias hacen que sus trayectorias laborales se caractericen por la inestabilidad en cada empleo y trabajos poco remunerados, por lo que muchas veces las experiencias laborales resultan frustrantes.[30]

De acuerdo con cifras tomadas de EsJóvenes 2013 del programa Prospera, el 65.1 % de los jóvenes que abandonaron la escuela de forma definitiva lo hicieron en la secundaria, mientras que el 27.5 % lo hizo en la preparatoria; con distribuciones muy parecidas para las mujeres. De igual forma, entre las razones que se mencionan para no continuar estudiando se encuentran: la falta de dinero (49.9. %) y el disgusto por estudiar (23 %).[31] Ciertamente sería necesario fortalecer la evidencia empírica que permita discernir si esta necesidad de recursos se exacerba por cuestiones como el embarazo (lo que puede ocurrir), o si son más bien eventos independientes.

[29] Gutiérrez, Juan Pablo, Zyanya, Norman y Eduardo Alcalá, 2014 "Análisis descriptivo del cuestionario de seguimiento a jóvenes es un subgrupo de población muy específico de Prospera Programa de Inclusión Social, ESJOVENES 2013", Instituto Nacional de Salud Pública, Prospera, Progama de inclusión social, SEDESOL, México.
[30] Íbidem
[31] Íbidem

Aunque las repercusiones que tiene la permanencia en la escuela sobre la prevención del embarazo adolescente son innegables, como lo demuestra la experiencia del Programa Prospera mencionado en la ENAPEA, el cual ha reducido la probabilidad de embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre las y los adolescentes pertenecientes a familias beneficiarias y ha disminuido el porcentaje de mujeres, entre los 14 y 18 años, sexualmente activas; es necesario tener presente que el abandono escolar entre las adolescentes en general, y particularmente entre aquéllas que tuvieron embarazos tempranos, obedece a condiciones estructurales específicas o a proyectos de vida en los que la escuela no parece constituir una prioridad. Asimismo, se debe considerar que el enfoque de los programas de transferencias tiene que ver justamente con relajar la restricción presupuestaria o la necesidad de recursos, lo que implicaría, en una lectura consistente con los resultados previos mencionados, que más que la continuidad en los estudios se relaciona con los recursos disponibles y esto mismo podría estar asociado con la menor probabilidad de embarazo.

Respecto a las adolescentes que desertan de la escuela como consecuencia del embarazo, aunque es una proporción más baja en comparación con quienes abandonaron sus estudios antes del nacimiento del primer hijo, ciertamente constituyen un grupo relevante ya que para estas jóvenes el embarazo sí constituye una motivación para abandonar los estudios.[32]. Algunas experiencias internacionales encaminadas a atender a este grupo poblacional en una lógica de prevención secundaria (dado que ya se presentó el embarazo, como minimizar los efectos negativos del mismo en el bienestar de la madre y del producto) han arrojado resultados positivos que valdría la pena revisar para el caso mexicano.

El caso de Chile, por ejemplo, resulta relevante. Este país ha manifestado una preocupación por la retención escolar de las madres adolescentes en el sistema escolar desde la década del noventa. Para ello, inició con un diagnóstico del problema, llevando a cabo el primer censo de estudiantes embarazadas entre 1996 y 1997 a partir de los registros de matrícula en las escuelas con el objetivo de conocer la dimensión y las principales características de esta población. Los resultados demostraron que la condición de embarazo y amamantamiento es una limitante para que las adolescentes chilenas continúen estudiando, condición que se agudiza de acuerdo a su

[32] Stern, Carlos y Catherine Menkes. "Embarazo adolescente y estratificación social". Salud reproductiva y condiciones de vida en México (2008):347-396

lugar de residencia. Entre las adolescentes embarazadas o que se convirtieron en madres, y que viven en zonas rurales del país, la posibilidad de continuar asistiendo a un establecimiento escolar se reduce significativamente en comparación con las adolescentes que residen en áreas urbanas. En este sentido, las madres adolescentes requieren apoyos especiales para continuar su período escolar y obtener calificaciones aprobatorias, teniendo en consideración los diferentes contextos en los que éstas se encuentran y las demandas presentes en cada uno[33]. De este modo, la experiencia podría resultar útil para el caso mexicano, considerando que el número de nacimientos de madres adolescentes se incrementa en tanto disminuye el tamaño de la localidad de residencia, como se plantea en el diagnóstico, si bien tomando en cuenta las posibles particularidades culturales que inciden.

También, desde la década del noventa, Chile inició una ampliación, aunque paulatina, de la cobertura de la enseñanza media y extendió la jornada completa en las escuelas públicas y privadas; lo cual ha venido acompañado de una reducción en las tasas específicas de fecundidad de las mujeres menores de 20 años.[34] Esta iniciativa puede considerarse en el diagnóstico del problema, como un antecedente programático efectivo que podría ser relevante para el caso mexicano si se considera la todavía limitada implantación de las escuelas de horario extendido.

Además de las políticas e iniciativas gubernamentales en torno a la asistencia escolar, en Chile se han realizado esfuerzos, desde el ámbito académico, por incorporar a los varones en los estudios y diagnósticos sobre la reproducción en adolescentes.[35]; lo cual representa un vacío considerable en el diagnóstico del problema de la ENAPEA, como consecuencia de la reducida información disponible acerca de esta población y sus principales características. Para el caso chileno se han encontrado varios elementos que vulneran la permanencia en la escuela de las y los adolescentes que se han convertido en padres y madres: 1) Existen diferencias considerables en la retención, rendimiento y resultados académicos entre las y los estudiantes que tuvieron un primer hijo en la adolescencia, en comparación con aquéllos que no fueron madres o padres adolescentes. De hecho, el porcentaje de aprobación llega al 63 % en los primeros, mientras que alcanza un 90 %

[33] Olavarría, José y Rodrigo Molina, "Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas". *Polis Revista Latinoamericana,* 31 (2012): 1-17.
[34] Ibídem.
[35] Olavarría, José. "Madres y padres matriculados en el sistema escolar chileno: factores asociados al rendimiento escolar, retención y deserción". Proyecto *Fondo de Investigación y Desarrollo en Educación FONIDE No. 294. (2008).*

en los segundos. 2) Esta situación se agrava entre las y los adolescentes que tienen más de un hijo y para quienes no cuentan con las redes ni el apoyo familiar para continuar estudiando. 3) Una proporción considerable de padres de familia induce a sus hijos e hijas a abandonar la escuela cuando se enteran del embarazo porque consideran que éstos deben hacerse responsables, asumiendo roles de género tradicionales. Se espera que las adolescentes se dediquen a los cuidados de las y los hijos, y los varones se inserten en el mercado laboral para proveer económicamente a su nueva familia. 4) La mayoría de las madres y padres adolescentes se encuentran unidos y constituyen familias emergentes caracterizadas por la búsqueda de autonomía económica y residencial de sus padres, elemento que promueve el abandono escolar.

Ciertamente una limitación que parece de alta relevancia en el caso de la ENAPEA es la ausencia de acciones dirigidas a los varones, quienes no obstante son actores centrales del problema que se busca atender. Esto, porque como se hizo mención, no hay información sobre su papel en México y porque, además, no aparecen de forma sistemática o recurrente en las acciones establecidas en la estrategia para atender y prevenir la problemática. Lo anterior a pesar de ser la corresponsabilidad entre géneros un objetivo transversal de la ENAPEA.

2. Estigmatización y discriminación

Entre las consecuencias del embarazo adolescente, el diagnóstico menciona que las madres a edades tempranas son constantemente estigmatizadas porque sufren discriminación de género y rechazo familiar y social en escenarios tales como la escuela, establecimientos de salud, comunidades religiosas, entre otras. Este punto está poco desarrollado en el diagnóstico y es de suma importancia en tanto estimula vulnerabilidades emocionales y afectivas en las madres adolescentes. Si bien no hay manera de cuantificar la estigmatización con la de información estadística disponible existen estudios cualitativos que señalan las diferentes formas en las cuales ésta se expresa y sus repercusiones para las madres adolescentes. No obstante, también es importante señalar que la condición de maternidad puede estar asociada a un rol social diferente, con mayor participación en las decisiones familiares y comunitarias, lo que podría en el sentido inverso ser un elemento promotor del embarazo.

En el primer caso, el embarazo adolescente, al ser considerado en términos negativos y problemáticos por diferentes actores sociales tiene un efecto estigmatizador, sobre todo para las adolescentes embarazadas. En el Reino Unido, por ejemplo, este tema ha sido fuertemente abordado como consecuencia de las elevadas tasas de fecundidad entre las adolescentes en comparación con el resto de Europa occidental.[36] Existe evidencia que señala la manera en que las adolescentes son fuertemente sancionadas por su condición de embarazo temprano, y particularmente en el sector salud, lo cual tiene un impacto considerable sobre la asistencia a los controles prenatales poniendo en riesgo, tanto la salud de las adolescentes, como la de sus hijos e hijas;[37] esto es un elemento de alta relevancia para el abordaje de prevención secundaria mencionado previamente.

En el segundo caso, en América Latina, la estigmatización se expresa de una manera distinta y promueve otro tipo de vulnerabilidades en las adolescentes. La experiencia en la región permite entrever que la discriminación y el rechazo social hacia las madres adolescentes tiene que ver con su estatus conyugal y el apoyo de la pareja. La estigmatización social de las adolescentes se agrava cuando éstas son madres solteras o no cuentan con el apoyo económico ni emocional del padre, lo que trae consigo un mayor riesgo de depresión en el puerperio y problemas de apego con sus hijas e hijos.[38]

Sumado a lo anterior, existen evidencias que sugieren que la estigmatización de las adolescentes embarazadas también guarda un estrecho vínculo con el abandono escolar. De hecho, la escuela es uno de los escenarios en donde se expresa con mayor fuerza la discriminación hacia las estudiantes que se embarazaron o que son madres. En este sentido, la posición que tomen las y los docentes frente al embarazo de sus estudiantes constituye un elemento decisivo para continuar o no en la escuela o para reinsertarse nuevamente, en el caso de que hubieran abandonado el sistema escolar. En Paraguay, por ejemplo, se ha demostrado que las posturas incluyentes al

---

[36] Portier-Le Cocq, Fabienne, "Adolescentes et mères outre-Manche". *Enfances & Psy, Paris*, ERES. 3.44 (2009): 163-173.

[37] McDermott, Elizabeth; Graham, Hilary y Hamilton Val, "Experiences of being a teenage mother in the UK: A report of a systematic review of qualitative studies", Glasgow, University of Glasgow, Web. (2004) <http//www.sphsu.mrc.ac.uk/Evidence/Research/Review%2010/SR%20Executive%20Summary.pdf>, consultado en 12 de mayo de 2012.

[38] Contreras, Hans, Mori Elizabeth y Rojas Daniel, "Cuando los padres están ausentes. "El involucramiento de la pareja y la estigmatización en la embarazada adolescente de Lima Metropolitana". *Científica* 9.3 (2012): 277-287 Web. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Cuando%20los%20padres%20est%C3%A1n%20ausentes%20-%20embarazo%20adolescente.pdf>

interior del ámbito escolar, por parte de las y los maestros y estudiantes reducen los aspectos negativos y los obstáculos que enfrentan las adolescentes para continuar estudiando.[39]

B. Determinantes asociados al embarazo adolescente

El diagnóstico del problema identifica ampliamente los diferentes factores que se asocian con un embarazo a edades tempranas, respaldándolos con información estadística reciente. Se sugiere que el embarazo precoz reproduce el círculo de la pobreza de madres y padres adolescentes, o tiende a iniciarlo en la medida en que la economía doméstica no puede proteger a estos jóvenes ni a sus hijos a falta de oportunidades laborales y de redes de apoyo. Asimismo, se menciona que el embarazo adolescente genera una mayor exposición al riesgo de situaciones de inseguridad, maltrato y desprotección en el ámbito escolar y laboral; así como en sus relaciones familiares y de pareja, y promueve el abandono escolar.

No obstante, es importante reconocer explícitamente los diferentes niveles a partir de los cuales se organizan los factores identificados. En este sentido, Pantelides[40] sugiere que los factores asociados con el embarazo adolescente pueden concebirse como tres círculos concéntricos, a saber: un nivel macro-social que incluye las pautas culturales, la estructura socioeconómica, la etnia, la estratificación por género y las políticas públicas en materia de salud sexual reproductiva dirigida a las y los adolescentes; un nivel intermedio o "contexto social" que involucra factores próximos a las adolescentes como el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de interacción (como grupos de pares, docentes, comunidad); así como los servicios en SSR; y por último, los factores individuales como la edad, situación conyugal, nivel de escolaridad, ocupación, pertenencia étnica, los cuales determinan distintos grados de vulnerabilidad hacia un embarazo temprano.

Dentro de los niveles mencionados, los factores culturales carecen de un sustento empírico dentro del diagnóstico. Si bien la mayoría de los estudios que muestran la importancia de dichos factores

[39] Binstock Georgina y Emma Näslund-Hadley, "Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay". *Papeles de población* 19.78 (2013): 16-40.
[40] Pantelides, Alejandra, "Aspectos sociales del embarazo y fecundidad adolescente en América Latina". *Notas de población* 78 (2009).

no pueden ser generalizables debido a su carácter cualitativo; resulta importante tener presente que, en varios escenarios, la maternidad tiene un valor central en los proyectos de vida de las jóvenes, haciendo que dicho evento sea un proyecto, si bien no planeado, sí aceptado por las adolescentes y sus familias cuando se produce. Lo anterior, complejiza el problema del embarazo adolescente demandando iniciativas dirigidas a modificar conductas, valores, y creencias.

En escenarios caracterizados por la ausencia de oportunidades laborales, educativas y recreativas, así como una fuerte valoración de los roles de género tradicionales al interior de las familias, la maternidad adolescente muchas veces constituye una opción esperada por las jóvenes en la medida en que su identidad se construye a partir del embarazo y del reconocimiento de su estatus de madre; sin embargo, la información que permita entender más claramente las necesidades, percepciones y expectativas de este grupo es escasa.[41,42] De igual forma, el embarazo adolescente también en ocasiones se encuentra fuertemente asociado con el deseo de conformar una familia y vivir en pareja[43] como proyecto de vida, tanto para las mujeres como para los varones. Bajo esta perspectiva, si bien la educación sexual y reproductiva, así como la información acerca de los métodos de anticoncepción es fundamental para la reducción de la fecundidad adolescente, no resulta suficiente, ya que el embarazo se encuentra asociado a otros elementos que es necesario enfrentar con iniciativas encaminadas a la transformación de los proyectos, expectativas de vida, y la promoción de la igualdad de género.

1. Factores que favorecen el embarazo adolescente: identificación de la cadena causal

La información contenida en el diagnóstico permite entrever la dificultad para distinguir las causas de las consecuencias del embarazo en la adolescencia; esto, porque la mayoría de los factores asociados a la ocurrencia de este evento tales como las uniones tempranas, la actividad sexual precoz, desprotegida y forzada, la deserción escolar y la ausencia de oportunidades laborales también se encuentran asociados con la pobreza y vulnerabilidad social, como está

[41] Durand, Véronique, "Grossesse à l'adolescence. Une population dans le marge sociale à Recife (Brésil) ". *Revue Lusotopie*, 12.2, (2002): 161-173.
[42] Marcús, Juliana, "Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad". *Revista Argentina de Sociología*, 4.7. (2006): 100-119.
[43] Berrewaerts, Joëlle y Florence Noirhomme, "Les grossesses à l'adolescence: Quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature?". *Série de Dossier Techniques* (2006). Web. <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos40.pdf>, consultado el 14 de marzo de 2012

mencionado en el diagnóstico y en la literatura sobre el tema.[44] A pesar de esta dificultad, el diagnóstico expone con claridad los factores que favorecen un embarazo a edades tempranas, como lo son: 1) la condición de habla indígena, 2) el tamaño de localidad de residencia, 3) contar con niveles bajos de escolaridad, 4) desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, y 5) la ocurrencia de uniones a edades muy tempranas. No obstante, es importante señalar que los puntos uno y dos tienen una lógica más de asociación entre los mismos y el evento de interés, esto es, como aspectos de posible focalización, sin embargo, aunque ciertamente no son aspectos a modificar, sería relevante comprender más profundamente los determinantes culturales y sociales del embarazo adolescente en esta población.

Respecto a las uniones tempranas, en el diagnóstico del problema se considera que su ocurrencia incentiva la vulnerabilidad social para las adolescentes en la medida en que se encuentran asociadas a la actividad sexual precoz, abuso sexual y relaciones de género asimétricas, sobre todo para el grupo de edad entre 10 a 14 años. Sin embargo, la información proporcionada en el diagnóstico no resulta suficiente y los datos estadísticos presentados respecto a dicho grupo de edad no cuentan con referencias que los sustenten en gran parte debido a la carencia de información sobre este grupo en las distintas encuestas y estudios tanto a nivel nacional como internacional.

Igualmente, en el diagnóstico se exponen las diferencias en las proporciones de madres adolescentes por a la entidad federativa del país. Con base en la información obtenida por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, se comparan las tasas de fecundidad para el grupo de mujeres de 15 a 19 años, señalando que Quintana Roo, Nayarit, Chiapas, Baja California Sur, Coahuila, Baja California, Chihuahua y Jalisco tuvieron tasas mayores al promedio nacional. Tras la revisión de esta información, llama particularmente la atención el caso de la frontera norte del país, en la que la fecundidad adolescente no parece guardar una vinculación directa con el comportamiento de la fecundidad del resto de mujeres en edad fértil.[45]. En las entidades del norte el comportamiento reproductivo no ha manifestado el

[44] Furstenberg, Frank 2007, *Destinies of the disadvantage: The politics of Teenage childbearing*, Nueva York, Russel Sage Foundation.

[45] Palma, Yolanda y Arturo Reding, "Características del inicio de la vida sexual y reproducción de las jóvenes de Tijuana". *Jóvenes Fronterizos/Border youth. Expectativas de vida familiar, educación y trabajo hacia la adultez, Tijuana, México*, Norma Ojeda y María Eugenia Zavala de Cosío (coords.). El Colegio de la Frontera Norte (2011): 79-100.

ritmo de descenso de otras regiones, situación que resulta relevante por constituir un escenario predominante urbano y con un desarrollo relativo mayor, en contraste con otras zonas del país.[46]

El porcentaje de madres adolescentes presenta un incremento de dos puntos porcentuales en la mayoría de entidades federativas del norte entre el 2004 y el 2009; no obstante, Chihuahua y Coahuila ostentan el incremento más significativo en dicho período (3.4 y 2.9 puntos porcentuales, respectivamente), según información obtenida por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).[47]

Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) se puede señalar que entre las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un parto en el año 2011 la proporción más elevada se encuentra en una de las entidades federativas que cuenta con mayor marginación y población indígena, como es el caso de Chiapas (12.1 %). No obstante, destaca la proporción que se observa en el estado de Morelos (11.39 %), y Chihuahua (7.74 %). En esta misma dirección, aunque la muestra es mucho menor y podría no ser estadísticamente representativa para este grupo de edad, resulta notable la información obtenida para el grupo de 10 a 14 años en la que los estados de Coahuila, Nayarit y Tlaxcala registraron las mayores proporciones.[48] De acuerdo con la ENADID 2009, la tasa global de fecundidad de las mujeres hablantes de una lengua indígena en edad fértil es de 2.8 hijos por mujer, exactamente un hijo más en promedio que las mujeres que no hablan lenguas indígenas, para las cuales la tasa es de 1.9 hijos por mujer.

En este contexto, algunas investigaciones llevadas a cabo sostienen que existe una relación entre la migración y el embarazo adolescente, como es el caso de Tijuana. Respecto a la iniciación sexual la Encuesta de Salud Sexual Reproductiva de Baja California para el 2006 permite contar con información representativa a nivel estatal y municipal sobre el comportamiento reproductivo de mujeres jóvenes. A partir de los datos obtenidos se puede comparar entre generaciones evidenciando un rejuvenecimiento de la edad a la primera relación sexual; no obstante, hay

[46] González, Humberto, "Cambios previsibles en los niveles de fecundidad de las adolescentes mexicanas. El caso de la frontera norte". *Frontera Norte* 18.36 (2006): 29-52.
[47] Secretaría de Educación Pública, *"Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Una visión desde el Promajoven"* México (2012), Web. <http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf>, consultado el 12 de junio de 2014.
[48] Datos tomados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

diferencias importantes de acuerdo con el lugar de nacimiento de las adolescentes. Al comparar el inicio de la vida sexual de las jóvenes entre 18 y 19 años por lugar de nacimiento se observa una tendencia a posponer la primera relación sexual entre las mujeres nacidas en Baja California en comparación con aquéllas que tuvieron como lugar de nacimiento otra entidad federativa. Los datos señalan que una quinta parte de las adolescentes nacidas en otro estado tuvieron su primer encuentro sexual a los 16 años, proporción que se reduce a la mitad entre las nativas de la entidad y que pertenecen a ese mismo grupo de edad.[49] No obstante, los datos evidencian la necesidad de generar información más actualizada que posibilite realizar comparaciones entre entidades federativas y observar cambios de acuerdo a patrones regionales.

De igual forma, datos de la Encuesta de Salud Sexual Reproductiva de Baja California muestran que en el año 2006, entre las jóvenes de 18 a 29 años que reportaron haber estado embarazadas más de la mitad lo estuvo por vez primera entre los 12 y 19 años. Asimismo, es relevante la relación entre la ocurrencia de un embarazo y la edad a la primera relación sexual. Los datos sugieren que entre las mujeres que inician su vida sexual más jóvenes, entre los 12 y 14 años, el 94.5 % ha tenido un embarazo.[50]

C. Intervenciones y antecedentes programáticos

Además de la caracterización del problema y sus dimensiones, la ENAPEA realiza un esfuerzo considerable por identificar las diferentes intervenciones puestas en marcha a nivel nacional e internacional con el propósito de prevenir el embarazo en adolescentes, destacando aquéllas que han arrojado resultados positivos y han tenido un impacto considerable en la disminución de la fecundidad adolescente, en contraste con aquéllas que no han sido lo suficientemente efectivas.

Entre las acciones exitosas se mencionan: 1) educación integral en sexualidad[51] dentro de las escuelas o en colaboración con las mismas, 2) servicios y clínicas amigables dirigidas hacia las y

[49] Palma, Yolanda y Arturo Reding, "Características del inicio de la vida sexual y reproducción de las jóvenes de Tijuana". *Jóvenes Fronterizos/Border youth. Expectativas de vida familiar, educación y trabajo hacia la adultez, Tijuana, México*, Norma Ojeda y María Eugenia Zavala de Cosío (coords.). El Colegio de la Frontera Norte (2011): 79-100.
[50] Palma, Yolanda, (tesis doctoral), 2013, "La santé reproductive des adolescentes en Basse Californie: résultats d´une enquête auprès des ménages", Paris, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Centre de recherche populations été société.
[51] Consenso de Montevideo: *"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*

los adolescentes, 3) insumos adecuados y eficaces para la anticoncepción en adolescentes, 4) intervenciones basadas en medios de comunicación y 5) políticas para la retención en la escuela e inserción laboral. Entre las intervenciones no efectivas se destacan los modelos comunitarios de educación por pares en centros juveniles. Aunque en dichos centros se ofrece información y servicios amigables y seguros para las y los adolescentes, la revisión de varios programas ha demostrado que su sostenimiento es costoso y muchas veces no tienen el uso para el cual fueron creados. Igualmente, los modelos comunitarios de educación por pares parecen tener efectos limitados al comparar con grupos de control, como se menciona en la ENAPEA.

En el diagnóstico de las intervenciones y antecedentes programáticos de la ENAPEA se identifican con claridad los vacíos y las necesidades que no han sido cubiertas; como ejemplo, las asociadas a las y los adolescentes que no asisten a la escuela, quienes se encuentran en mayor riesgo de experimentar un embarazo. Sin embargo, aún falta información con respecto a este grupo de población. De igual forma, como se mencionó en el apartado de los determinantes asociados al embarazo adolescente, existe una amplia literatura respecto al embarazo temprano como una opción que representa para las jóvenes un proyecto de vida viable en algunos contextos sociales. En este sentido, al revisar las intervenciones mencionadas en la ENAPEA para la prevención del embarazo adolescente, así como las recomendaciones sugeridas, vale la pena plantear la importancia de incorporar en las iniciativas de promoción del bienestar como el enfoque de "habilidades para la vida".

La OMS define las habilidades para la vida como "*aquellas aptitudes necesarias para tener un compromiso adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente los retos y situaciones de la vida diaria"*.[52] Las habilidades para la vida representan un conjunto de conductas que permiten resolver problemas inmediatos de la vida minimizando la probabilidad de problemas a futuro.

---

informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos". En el caso de la declaración Ministerial "Prevenir con Educación" se refiera a la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva.

[52] Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, "Marco conceptual. Educación para la salud integral" (2011). Web. http://mep.janium.net/janium/Documentos/10524.pdf . Consultado el 16 de abril de 2015.

Este enfoque se encuentra fundamentado en teorías acerca de la forma en que los individuos, específicamente niños y adolescentes, crecen, aprenden y se comportan.[53]

Así, las intervenciones sustentadas en el enfoque de habilidades para la vida podrían traer consigo resultados importantes en materia de prevención de ciertas conductas porque promueven cambios de habilidades, actitudes y conductas. En adolescentes, estos programas están dirigidos a transformar conductas y al conocimiento que éstos tienen sobre diferentes temáticas; sobre todo en comportamientos que son considerados de riesgo, tales como: el uso y consumo de sustancias como drogas, tabaco y alcohol, los comportamientos violentos y las conductas sexuales a edades tempranas.[54] No obstante, por la naturaleza de este tipo de intervenciones éstas no deberían focalizarse únicamente en este grupo de edad dado que es fundamentalmente en la niñez y no en la adolescencia, cuando los individuos desarrollan las bases de su carácter y también adquieren la mayor parte de las habilidades para lidiar con el entorno. Aunque la literatura es aún escasa, existe evidencia respecto a intervenciones en la niñez relacionadas con el retraso en los mecanismos de recompensa y el autocontrol que han mostrado tener efectos, no sólo en la reducción de embarazo adolescente, también en la prevalencia de conductas de riesgo en adolescentes y mejores empleos y salarios. [55]

Es importante tener presente que la transformación de las actitudes y prácticas representa un reto complicado de llevar a cabo. Un estudio realizado en escuelas públicas del estado de Morelos en México, que tuvo como objetivo evaluar los efectos sobre el uso del condón y otros comportamientos sexuales de un programa de prevención del VIH mediante el fomento del uso de preservativos con y sin la pastilla de anticoncepción de emergencia, permitió identificar que el programa de prevención no aumentó ni redujo el uso de condones entre los estudiantes durante un año de seguimiento. Este estudio se suma a una creciente evidencia acerca de los esfuerzos de prevención de VIH en las escuelas no parecen afectar los comportamientos de riesgo de los estudiantes. Por tanto, se debe señalar que pese a que las intervenciones de prevención educan

[53] Organización Mundial de la Salud (OMS), "Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes" (2011). Web. http://www.documentacion.edex.es/docs/0310MANenf.pdf . Consultado el 16 de abril de 2015.
[54] Íbidem.
[55] Moffitt, T et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. PNAS 2011 108: 2693-2698

con eficacia, no son efectivas al momento de cambiar los comportamientos sexuales de riesgo.[56] y de ahí la relevancia de cambiar el enfoque de la prevención hacia el de la promoción del bienestar y, particularmente, hacia el desarrollo de habilidades para la vida.

D. Completitud del diagnóstico

El análisis presentado del diagnóstico identifica las áreas de reto del mismo, en el sentido de los aspectos no desarrollados en el mismo y que se consideran relevantes con relación a la problemática identificada, algunos de los cuales son resultado de la carencia de información. No obstante, el diagnóstico se considera suficiente para informar el desarrollo de la ENAPEA en tanto que a partir de la evidencia existente identifica la problemática y las líneas generales para atenderla.

V. Alineación de la ENAPEA con los objetivos estratégicos nacionales

En el quinto apartado de la ENAPEA, "*Alineación de objetivos*", se encuentran especificadas las metas, los objetivos, las estrategias y las líneas de acción de los principales instrumentos de planeación de las diferentes dependencias federales[57] que participan en el GIPEA que coordina la ENAPEA. La alineación de objetivos parte del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND). Dentro de los 14 programas del PND se incluye la alineación de los programas sectoriales de Gobernación; de Desarrollo Social; de Salud; de Trabajo y Previsión Social, y de Educación. Respecto a los programas nacionales incluye: el de Población; de Derechos Humanos; de Desarrollo Social; de Asistencia Social; para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres; y de la Juventud. Por último de los programas de acción específicos (PAE) y especiales, se incluyen: SSR para Adolescentes; Planificación Familiar y Anticoncepción; Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género; Salud Materna y Perinatal; Respuesta al VIH, Sida e ITS y el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y

[56] Walker, Dilys, et al., "HIV prevention in Mexican schools: prospective randomized evaluation of intervention". *BMJ Online first* (2006). Web http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463960/pdf/bmj33201189.pdf. Consultado el 21 de abril de 2015.
[57] Plan nacional de desarrollo, programas sectoriales, nacionales, especiales y de acción específicos.

Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Si bien el cuadro permite identificar claramente la alineación de cada uno de ellos con los objetivos de la ENAPEA, existen algunos vacíos que es importante señalar a fin de justificar los alcances y la vinculación en los planes y programas de los diferentes actores que coordinan e implementan la estrategia nacional.

A. Alineación estratégica de la ENAPEA con el PND

El presente apartado considera únicamente el análisis de alineación estratégica con el PND y con los programas sectoriales a pesar de que la ENAPEA incluye los planes de acción específicos como parte del marco general de alineación estratégica. Cabe mencionar que en la lectura crítica de estos documentos un punto que resalta y que es importante por el tema que se discute, es el uso indistinto del concepto de adolescente y joven, por lo que en algunas de las estrategias descritas no es posible diferenciar claramente hacia quién van dirigidas.

El PND está estructurado en cinco metas nacionales: 1) México en Paz, 2) México Incluyente, 3) México con Educación de Calidad, 4) México Próspero, y 5) México con Responsabilidad Global. En el caso de la alineación con las metas y objetivos estratégicos nacionales del PND, la ENAPEA hace alusión a dos metas, con los respectivos objetivos a los cuáles se alinea la ENAPEA: *Meta nacional II* ***México Incluyente***[58], con los Objetivos[59] 2.1.; 2.2.; 2.3.; 2.4.; 2.5; y estrategias 2.2.2 y 2.3.2 y la *Meta Nacional III* ***México con Educación de Calidad***[60], con los Objetivos[61] 3.1.; 3.2.; y 3.5.

En la lectura crítica del PND, existen otras metas y objetivos relacionados con la ENAPEA que son relevantes para incluir en el cuadro y que se detallan en la Figura 1. El objetivo 1.5

[58] México Incluyente: busca garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente; asegurar el acceso a los servicios de salud; ampliar el acceso a la seguridad social y proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna.

[59] Objetivos 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente; 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud; 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social; 2.5 Promover un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna; y estrategias 2.2.2 y 2.3.2

[60] México con educación de calidad: busca desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo; ampliar el acceso a la cultura como un medio para la formación integral de los ciudadanos; promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud, hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.

[61] Objetivos 3.1. Desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; 3.2. Garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo; y 3.5. Hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.

"*[g]arantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación"* a través de la estrategia *1.5.2 "[h]acer frente a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en todas sus formas, sobre la base de una coordinación eficiente que asegure la participación de todos los sectores responsables de su prevención, atención, monitoreo y evaluación"*, contenidos en la *Meta nacional I* ***México en Paz***[62] , es importante para la articulación de esfuerzos para "*[p]romover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional [...] artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, rapto, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados"* de la línea de acción 4 del Objetivo 2. "*[p]ropiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo"* de la ENAPEA. Como se señaló en el apartado sobre el análisis del diagnóstico, en el caso de adolescentes menores de 14 años, los determinantes están relacionados en gran medida con abuso sexual, relaciones de género asimétricas y violencia, por lo que es necesario evidenciar la alineación de la ENAPEA con este objetivo. Asimismo, el PND tiene estrategias transversales que se aplican dentro de cada meta: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género, ésta última claramente vinculada con el propósito de la ENAPEA, por lo que se sugiere incluir en el cuadro descriptivo.

Es importante mencionar, que si bien el indicador relacionado con la tasa de fecundidad adolescente se encuentra dentro de los indicadores prioritarios incluidos en el PND,[63] únicamente éste está orientado explícitamente con este grupo etario. Algunos otros, por ejemplo: 1) tasa de mortalidad materna; 3) mujeres y hombres con al menos educación secundaria completa; 5) tasa de participación de mujeres y hombres en la fuerza laboral, no tienen desagregación para este grupo poblacional.

[62] México en paz: busca promover y fortalecer la gobernabilidad democrática; garantizar la Seguridad Nacional; mejorar las condiciones de seguridad pública; garantizar un Sistema de Justicia Penal eficaz, expedito, imparcial y transparente; garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación y salvaguardar a la población, a sus bienes y a su entorno ante un desastre de origen natural o humano.

[63] El PND señala que por primera se incluyeron indicadores que reflejan la situación del país en relación con los temas considerados como prioritarios, para darles puntual seguimiento y conocer el avance en la consecución de las metas establecidas y, en su caso, hacer los ajustes necesarios para asegurar su cumplimiento.

Figura 1. Alineación de la ENAPEA con objetivos y líneas de acción adicionales del PND [64]

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	VI.1. México en Paz	Objetivo 1.5. Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación.	Estrategia 1.5.2. Hacer frente a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en todas sus formas, sobre la base de una coordinación eficiente que asegure la participación de todos los sectores responsables de su prevención, atención, monitoreo y evaluación.	Perspectiva de género
	Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2018	Objetivo 2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo	Linea de acción 4. Promover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, rapto, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados.	
			Línea de acción 5. Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.	

[64] Los objetivos y líneas de acción señalados son adicionales a los incluidos en el cuadro 2 de la ENAPEA

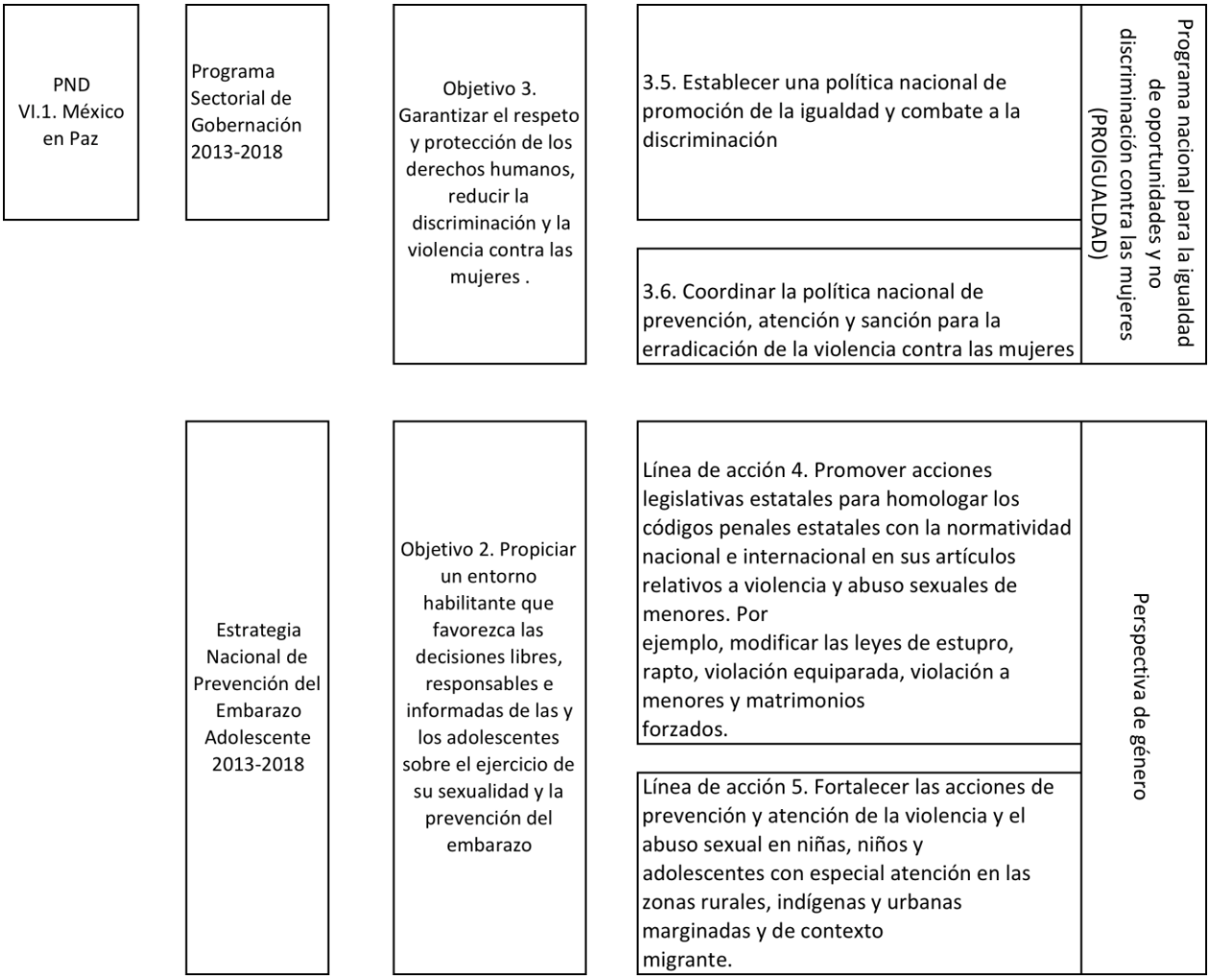
Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y de los Programas sectoriales.

B. Alineación de la ENAPEA con Programas Sectoriales

Respecto a la alineación de la ENAPEA con el Programa Sectorial de Gobernación 2013-2018 (PSEGOB) el cuadro incluye los objetivos[65]: 3 y sus estrategias 3.1 a 3.4 y el objetivo 4 con sus estrategias *4.1 y 4.2,* los cuáles están claramente alineados a los objetivos de la estrategia; sin embargo, se sugiere ampliar información respecto a otros objetivos y líneas de acción relacionadas. Por ejemplo, no se incluyen las líneas de acción *3.5 "[e]stablecer una política nacional de promoción de la igualdad y combate a la discriminación", y 3.6 "[c]oordinar la política nacional de prevención, atención y sanción para la erradicación de la violencia contra las mujeres".* Ambos necesarios para la alineación con la Meta I del PND ***México en Paz*** y con los esfuerzos de la ENAPEA establecidos en el *Objetivo 2 "[p]ropiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo"* (líneas estratégicas 4 y 5). Asimismo, no se mencionan los objetivos relacionados con las políticas enfocados a los grupos vulnerables (indígenas, migrantes) ni la alineación con los objetivos transversales de igualdad de género del Programa Nacional para lgualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres *(PROIGUALDAD)* que coordina el Instituto Nacional de la Mujeres. Respecto al monitoreo de estos objetivos, únicamente se encuentra definido un indicador en el que se especifica información respecto a este grupo de edad: Proporción de mujeres de 15 años y más que declararon haber experimentado al menos un acto de violencia / total de mujeres de 15 años y más. Sin embargo, este indicador deja fuera al grupo de 10-15 años contemplados en una de las metas de la ENAPEA, también ligado con la problemática de la violencia, por lo que sería necesario analizar la viabilidad de poder contar con información desagregada para este grupo a fin de garantizar que las fuentes de información no sean una limitación para el seguimiento de los indicadores (Figura 2).

[65] Objetivo 3. Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos, reducir la discriminación y la violencia contra las mujeres y sus Estrategias 3.1 a 3.4. Objetivo 4. Desarrollar políticas integrales de población y migración, que contribuyan a la inclusión, la prosperidad y el ejercicio de derechos, y con sus Estrategias 4.1 y 4.2

Figura 2. Alineación de la ENAPEA con objetivos y líneas de acción del Programa Sectorial de gobernación[66]



Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y de los Programas sectoriales.

En la alineación con el Programa Sectorial de Desarrollo Social en la ENAPEA se contemplan dos objetivos; el objetivo 1 y el 4[67], en el caso del primer objetivo, convendría ampliar a la línea de acción *1.1.3* "*[p]roporcionar becas educativas a las niñas, niños y jóvenes en condición de*

[66] Los objetivos y líneas de acción señalados son adicionales a los incluidos en el cuadro 2 de la ENAPEA

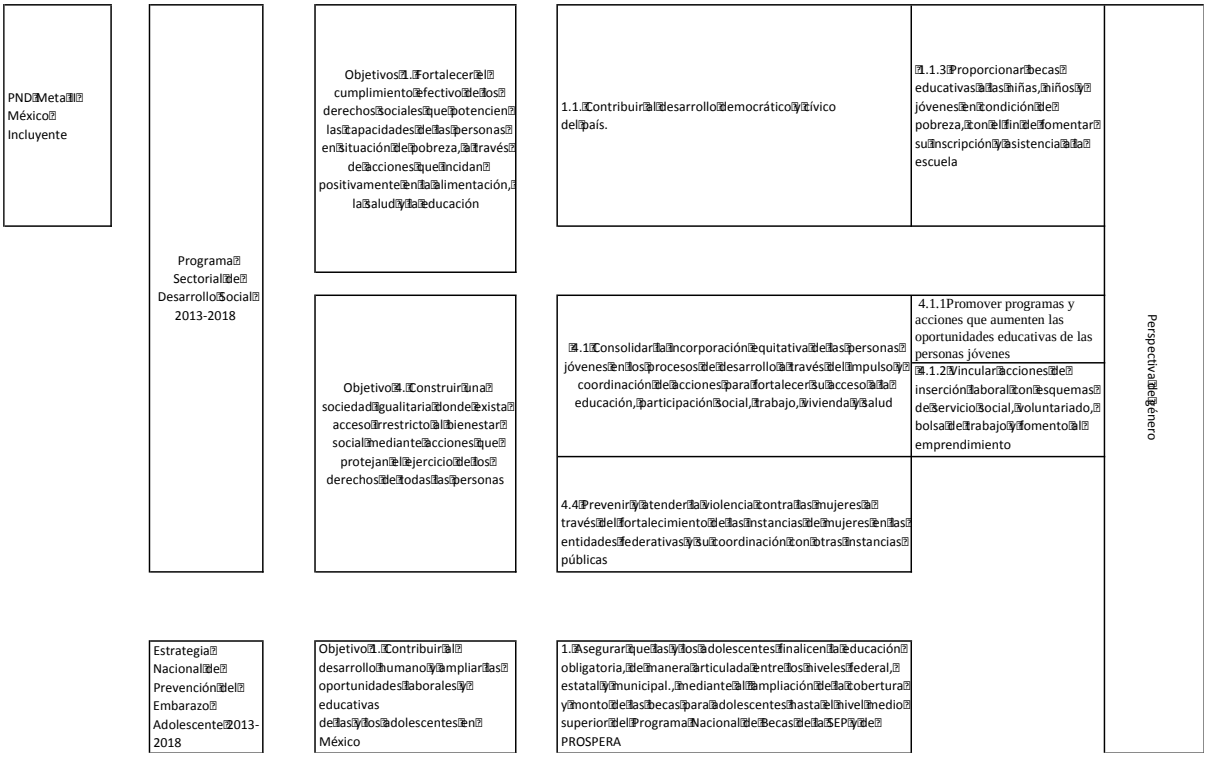
[67] Objetivos 1.[f] ortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación, cuya estrategia es 1.1 Ampliar las capacidades de alimentación, nutrición, salud y educación de las personas en condición de pobreza; Objetivo 4. [c]onstruir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas

pobreza, con el fin de fomentar su inscripción y asistencia a la escuela." Éste está alineado con el Objetivo 1 de la ENAPEA, con la primer línea de acción, "*[a]segurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal, mediante la ampliación de la cobertura y monto de las becas para adolescentes hasta el nivel medio"* superior del Programa Nacional de Becas de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y de PROSPERA. En el caso del cuarto objetivo, habría que señalar la estrategia *4.1 "[c]onsolidar la incorporación equitativa de las personas jóvenes en los procesos de desarrollo a través del impulso y coordinación de acciones para fortalecer su acceso a la educación, participación social, trabajo, vivienda y salud."* mediante la línea de acción *4.1.1 "[p]romover programas y acciones que aumenten las oportunidades educativas de las personas jóvenes"*; 4.1.2 "*[v]incular acciones de inserción laboral con esquemas de servicio social, voluntariado, bolsa de trabajo y fomento al emprendimiento."* Asimismo, incluir la Estrategia 4.4 "*[p]revenir y atender la violencia contra las mujeres a través del fortalecimiento de las instancias de mujeres en las entidades federativas y su coordinación con otras instancias públicas."* Es relevante también incluir las estrategias transversales de *perspectiva de género* que se encuentran en el programa, entre ellas añadir: *1.2.4* "*[d]ifundir los derechos y adoptar acciones afirmativas*[68] *para garantizar el goce de los derechos de niñas, adolescentes y jóvenes."* De los 18 indicadores del Programa, uno contempla información relacionada con adolescentes: 4.1 índice de satisfacción de los jóvenes con respecto a su situación económica, trabajo y estudios, busca medir (como proxy del desarrollo de los jóvenes) la satisfacción de la juventud nacional en términos de situación económica, trabajo y estudios. Como se mencionó previamente existe un problema de armonización del concepto de joven y adolescente que limita el análisis de la información (Figura 3).

Un aspecto particularmente relevante es la necesidad de alinear y generar sinergias con acciones ya desarrolladas que van en la misma dirección de la ENAPEA. Un ejemplo de ello es la potencial coordinación con las acciones del Prospera Programa de Inclusión Social que se focaliza en las áreas que con relevantes para la estrategia buscando promover la continuidad de estudios entre adolescentes y jóvenes. En lo general, es importante considerar de forma más amplia la sinergia entre las acciones de desarrollo social y las acciones de la ENAPEA.

[68] Las acciones afirmativas tienen como propósito proteger a las mujeres, niñas, mujeres indígenas, con discapacidad, migrantes, en condición de pobreza y adultas mayores, ante posibles casos de discriminación.

Figura 3. Alineación de la ENAPEA con objetivos y líneas de acción del Programa Sectorial de Desarrollo Social[69]



Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y de los programas sectoriales.

En el caso de la alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) sí se incluyen tanto los objetivos y las líneas de acción con los que se alinea la estrategia. Éstos son: Objetivo 1 "*[c]onsolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades"*; 2 "*[a]segurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad"*; y 4 "*[c]errar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país"*; estrategias: 1.5 "*[i]ncrementar el acceso a la SSR con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables"*; 1.6 "*[f]ortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente"*; 2.1, 4.2 a 4.4 y también con todas las líneas de acción de la estrategia transversal de perspectiva de género del Objetivo 1.

[69] Los objetivos y líneas de acción señalados son adicionales a los incluidos en el cuadro 2 de la ENAPEA.

Para el Programa Sectorial de Educación 2013-2018 se enuncian como los objetivos 1, 2 y 3.[70] estrategias 1.7, 1.7.4, 1.7.8, 2.1, 3.1 y 3.2. También se incluyen las estrategias y líneas de acción transversales: estrategias 1 con acción 13 y estrategia 3 con acción 3.2.6. En el caso de la estrategia 1 con acción 13, se debe cambiar a 1.3. y se sugiere incluir en el objetivo 3 de las líneas de acción transversales 3.1, 3.7, 3.10, 3.12 y 3.18, éste último relacionado con "*[f]ortalecer la educación sexual con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y competencias para la vida en todos los niveles y modalidades educativos."* Es importante señalar que los indicadores contenidos en la programa no contienen desagregación para este grupo de población. Los objetivos de la ENAPEA que se alinean con los anteriores son: objetivo 1 "*[c]ontribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México*", mediante la línea de acción 1 "*[a]segurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal*." con la actividad *"[d]esarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas, en un ambiente de no discriminación sobre todo en secundaria y nivel medio superior."* Asimismo, con el objetivo 5 "*[g]arantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada,"* mediante la línea de acción 17 "*[f]ortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares"* y actividad *"[h]omologar y difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el Estado de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna*" y 19" *[v]incular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia"*, mediante *"[f]ortalecer en el espacio escolar la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres, padres y adolescentes en la educación sexual a partir de la primaria*" (Figura 4).

[70] Objetivo 1: Asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de población; 2. Fortalecer la calidad y pertinencia de la educación media superior, superior y formación para el trabajo, a fin de que contribuyan al desarrollo de México; 3. Asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa.

Figura 4. Alineación de la ENAPEA con objetivos y líneas de acción del Programa Sectorial de Educación[71]

PND Meta III México con Educación de Calidad	Programa Sectorial de Educación 2013-2018	Objetivo 3. Asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa	Líneas de acción transversales	Estrategia 3. Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres	1. Difundir los derechos y adoptar acciones afirmativas para garantizar el goce de los derechos de niñas, adolescentes y jóvenes.	Perspectiva de Género
					7. Fortalecer el desarrollo de capacidades de las adultas mayores, jóvenes, adolescentes y niñas en hogares carentes con jefaturas femeninas.	
					10. Desarrollar un marco normativo administrativo que facilite la retención escolar de madres adolescentes y estudiantes embarazadas.	
					12. Impulsar una cruzada nacional para abatir el analfabetismo y rezago escolar con especial atención en niñas y adolescentes jornaleras agrícolas y migrantes.	
					18. Fortalecer la educación sexual con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y competencias para la vida en todos los niveles y modalidades educativas.	
	Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2018	Objetivo 1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México		1. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.	Desarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas, en un ambiente de no discriminación sobre todo en secundaria y nivel medio superior.	
		Objetivo 5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada		17. Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.	Homologar y difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el Estado de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna.	
				19. Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.	Fortalecer en el espacio escolar la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres, padres y adolescentes en la educación sexual a partir de la primaria.	

Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y de los programas sectoriales.

Por último, la revisión del Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018 muestra que el cuadro incluye tanto los objetivos como las líneas de acción con las que se alinea la ENAPEA, los cuales contemplan el objetivo 1 "*[i]mpulsar el empleo de calidad e intermediar en el mercado laboral para favorecer la empleabilidad, la protección social y la ocupación productiva"* [72] y el objetivo 3 "*[s]alvaguardar los derechos de los trabajadores y personas en*

[71] Los objetivos y líneas de acción señalados son adicionales a los incluidos en el cuadro 2 de la ENAPEA

[72] específicamente con la Estrategia 1.2 [d]iseñar y ejecutar políticas públicas que mejoren la articulación de los actores del mercado laboral para ampliar la colocación, con la Acción 1.2.1 [o]torgar apoyos económicos y capacitación a buscadores de

situación de vulnerabilidad y vigilar el cumplimiento de la normatividad laboral."[73] Para el monitoreo del programa no se identifican indicadores estratificados por grupos de edad.

En conclusión, si bien existe una adecuada alineación normativa de la ENAPEA con el principal referente estratégico nacional y con los documentos estratégicos de las dependencias que coordinan la estrategia, convendría especificar y ampliar información respecto a objetivos y líneas estratégicas adicionales con las que se alinea la estrategia a fin de brindar mayor certidumbre en la programación de las actividades que dirige la estrategia. No obstante, resulta alentador que el indicador de propósito de la ENAPEA se encuentre dentro de los indicadores estratégicos del PND aunque no se observaron indicadores estratificados en este grupo de edad en relación con los fenómenos de salud, educación e inclusión laboral asociados al problema del embarazo adolescente. Como consecuencia, podría dificultarse el análisis de su comportamiento en respuesta a la estrategia una vez que ésta sea implementada.

VI. De los mecanismos de coordinación

El principal mecanismo de coordinación de la ENAPEA es el GIPEA que está integrado por invitación del Secretario de Gobernación por los siguientes funcionarios: Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la coordinación general, Presidenta del INMujeres en la secretaría técnica, y como vocales funcionariado de alto nivel de CONAPO, INMujeres, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Salud (SS), SEP, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), INSP e invitados de la sociedad civil.

---

empleo para facilitar su colocación o permanencia en un empleo, y la Estrategia 1.5 [i]mplementar acciones tendientes a reducir la informalidad del empleo, mediante mecanismos de coordinación interinstitucionales con los tres órdenes de gobierno, a través de dos acciones: Acción 1.5.1 [v]incular en empleos formales a jóvenes beneficiarios de programas de becas y subsidios orientados a la formación de capital humano y la acción 1.5.2 [p]romover en empresas formales las modalidades de contratación a prueba y con capacitación para jóvenes.

[73] Acción 3.1.10 Fortalecer las competencias, habilidades y destrezas de los jóvenes que les permitan emplearse o auto-emplearse. Estrategia 3.2 Prevenir y erradicar el trabajo infantil y proteger a menores trabajadores en edad permitida.

A nivel estatal se plantea la conformación de un Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA) que deberá tomar como referencia el modelo nacional; mientras que a nivel municipal se deberá establecer un coordinador de la ENAPEA designado por la presidencia municipal y un grupo de trabajo con representantes del centro de salud, de educación básica, dos representantes de madres y padres de familia, dos representantes de las y los adolescentes. En los estados los GEPEA se proponen para apoyar los procesos locales con capacitación y asesoramiento para facilitar la articulación entre dependencias y gestionar eficazmente las intervenciones asociadas a la estrategia. En los municipios, tanto en coordinación de la ENAPEA como el grupo de trabajo, son actores propuestos como garantes de la realización de las funciones y el trabajo articulado en el ámbito municipal. Cabe señalar que la estrategia indica que el grupo de trabajo es responsable de elaborar un plan de trabajo conforme a las necesidades del entorno.

A partir de esos mecanismos la ENAPEA buscaría la construcción de consensos entre los diferentes órdenes de gobierno con base en la coordinación, la cooperación y la comunicación de los diversos actores representados en los tres niveles de gobierno y en los espacios social y privado. En ese contexto, la estrategia plantea como necesidades u objetivos prioritarios el acompañamiento y la asistencia técnica para transferir capacidades entre actores, primordialmente desde la Federación hacia los estados y municipios.

La ENAPEA se promueve como una estrategia flexible a las particularidades locales; no obstante, aunque establece actores e indica tareas generales en el marco de la coordinación interinstitucional, no señala las tareas específicas que éstos deberían realizar, por lo menos en una etapa de arranque. Asimismo, la estrategia no identifica instrumentos puntuales para aterrizar los acuerdos de coordinación y cooperación, así como el acompañamiento y la asesoría técnica. Lo anterior con excepción de los planes de trabajo en el orden municipal. Sin embargo, como consecuencia de las limitaciones anteriores, en la ENAPEA tampoco se establecen fases para el avance incremental de los alcances de la coordinación y colaboración propuestas y, en esa lógica, no se plantean periodicidades para la concreción de logros específicos. Por último, destaca que no se hace alusión a la participación de responsables de programas y operadores sin cuya

participación, los acuerdos gestionados en las cúpulas podrían no encontrar suficiente eco y, por tanto, encontrar obstáculos innecesarios.

VII. De la Coherencia Interna de la ENAPEA

Como se señaló anteriormente, la ENAPEA está alineada a una serie de objetivos programáticos que constituyen prioridades de la presente administración y, al mismo tiempo, se inserta en un contexto regulado pese al cual persisten inconsistencias conceptuales que podrían dificultar la implementación de la estrategia y, por tanto, el logro de sus objetivos específicos. Así, en ese marco, se ha realizado una valoración de la coherencia interna de la estrategia En este sentido, a continuación se presenta un planteamiento estructurado de los elementos ya establecidos en la ENAPEA con base en la Metodología de Marco Lógico. De ese modo, la representación de la estrategia en una Matriz de Marco Lógico (MML) facilitará el análisis de la coherencia interna.

Para proponer la MML de la ENAPEA, el equipo evaluador hizo una revisión exhaustiva del documento base de la ENAPEA y, particularmente, de los apartados referentes al marco conceptual y operativo, la alineación de objetivos, los objetivos y sus líneas de acción, y la propuesta preliminar para el monitoreo y la evaluación. A partir de esta revisión, se ordenaron los objetivos generales de la ENAPEA para articular alrededor del propósito de la estrategia sus productos esperados. Así, se identificaron los principales productos por cuya intervención se tendría como resultado una disminución en el número de adolescentes embarazadas. Dichos productos fueron identificados en los objetivos específicos de la misma estrategia y, dado que la ENAPEA ya establecía líneas de acción y actividades para su concreción, en el nivel de actividades de la MML fueron ordenadas las líneas de acción previamente identificadas por la estrategia.

Como consecuencia, la MML de la ENAPEA presenta en el nivel de propósito el objetivo general de la estrategia, en el nivel de componentes los productos identificados en los objetivos específicos, en el nivel de actividades, las líneas de acción correspondientes a dichos objetivos específicos y establecidas en el documento base de la estrategia. Por último, cabe destacar que en

el nivel de fin se planteó un objetivo superior que involucra a las metas y objetivos nacionales pre-identificados en la sección de alineación de la ENAPEA y esta evaluación.

No obstante, adicionalmente a este ejercicio se presenta en el apartado de anexos un árbol de problemas sobre la problemática del embrazo adolescente que recupera la información del diagnóstico de la ENAPEA así como del análisis de ese diagnóstico presentado en este mismo documento, con dos objetivos: 1. Constituir un referente visual de apoyo para la comprensión del fenómeno y por tanto de la matriz misma de la ENAPEA y 2. Sentar un precedente para la elaboración de una propuesta complementaria de matriz que se presentará en un entregable posterior a éste (Figura 8, Anexo 1).

A. Matriz de Marco Lógico de la ENAPEA

La MML propuesta que integra los elementos mencionados anteriormente se ilustra en la Figura 5. Como fin se identifica *"[c]ontribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las y los mexicanos para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna mediante la reducción en la tasa de fecundidad en adolescentes"*, que corresponde a la alineación de la ENAPEA con las Metas Nacionales II y III del PND 2013-2018: *"[l]ograr un México Incluyente*"[74] y [75] y "*[l]ograr un México con Educación de Calidad*." [76]**,** [77], respectivamente. El propósito identificado en la construcción de esta matriz: *"[s]e reducen los embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos"* (Figura 5) corresponde al objetivo general de la estrategia[78] y refleja sus dos metas al 2030 que son reducir al 50 % la actual tasa de fecundidad entre las

[74] México Incluyente: busca garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente; asegurar el acceso a los servicios de salud; ampliar el acceso a la seguridad social y proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna.

[75] Objetivos 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; 2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente; 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud; 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social; 2.5 Promover un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna; y estrategias 2.2.2 y 2.3.2

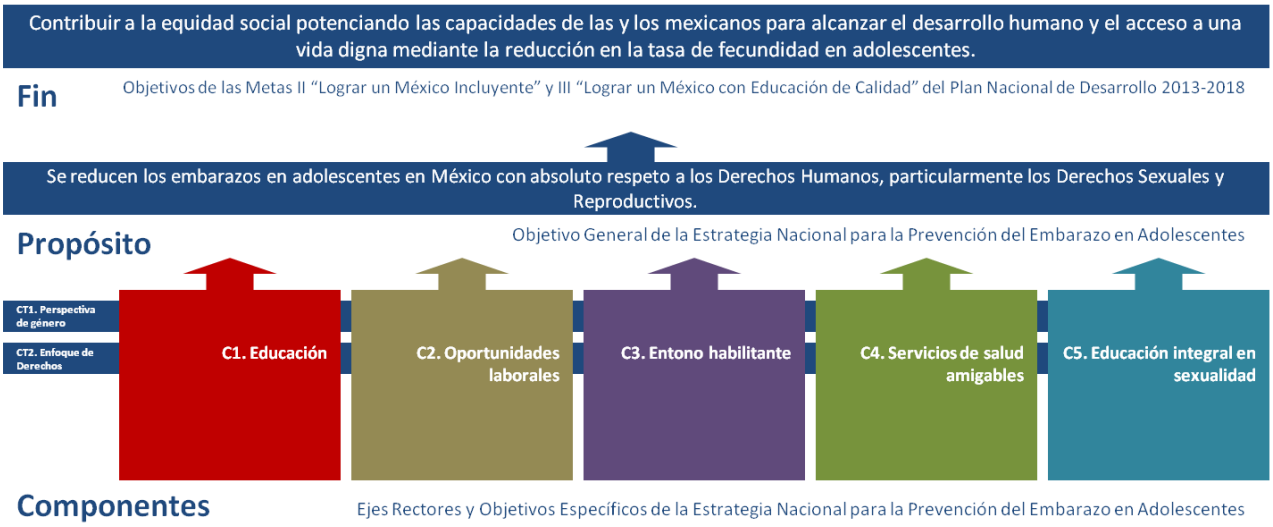
[76] México con educación de calidad: busca desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo; ampliar el acceso a la cultura como un medio para la formación integral de los ciudadanos; promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud, hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.

[77] Objetivos 3.1. Desarrollar el potencial humano de los mexicanos con educación de calidad; 3.2. Garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo; y 3.5. Hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.

[78] El objetivo general de la ENAPEA es reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.[79]

Figura 5. Matriz de Marco Lógico de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes



Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y del PND 2013-2018

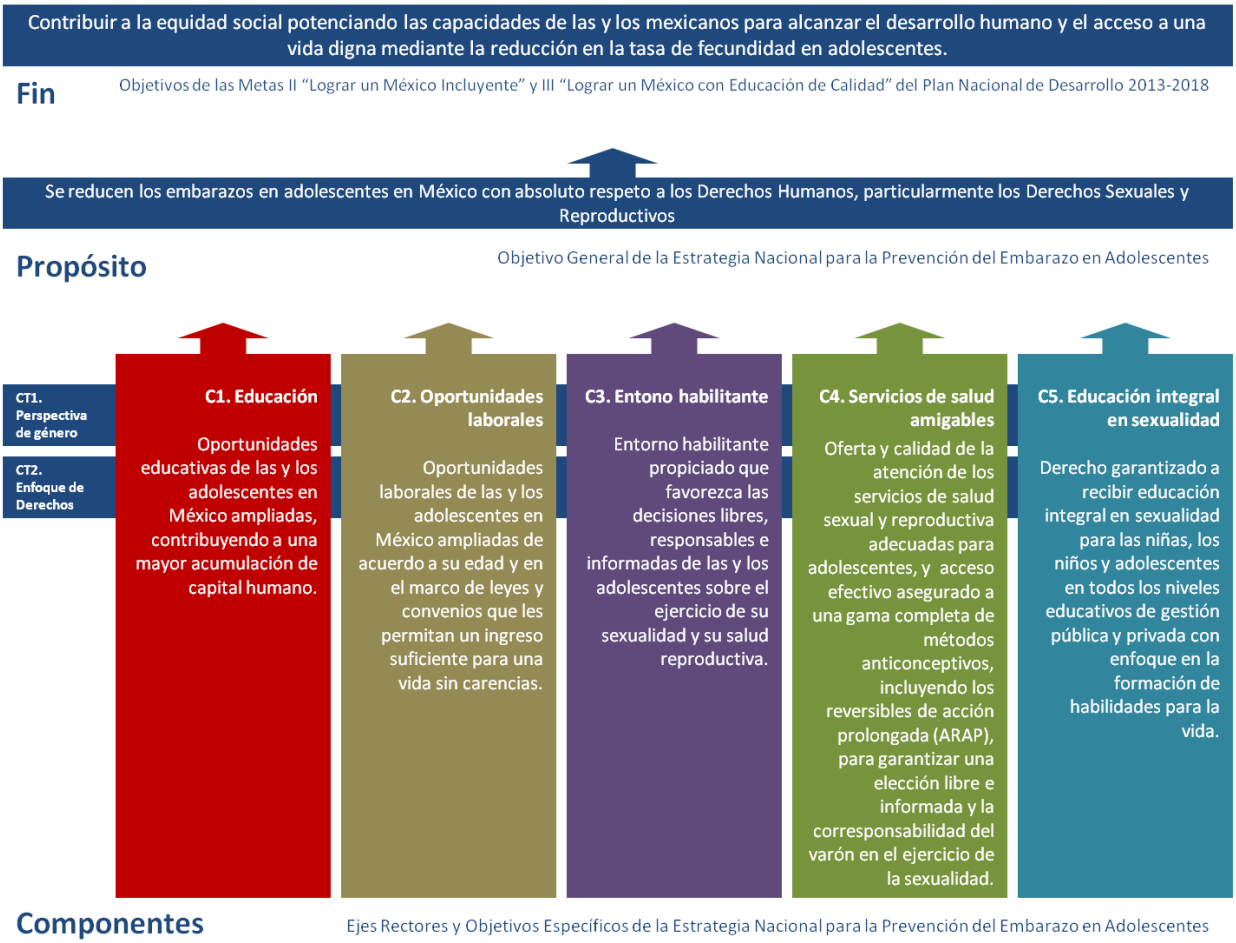
Se identifican cinco componentes en los objetivos específicos enunciados en la ENAPEA, éstos son: 1) educación, 2) oportunidades laborales, 3) entorno habilitante, 4) servicios de salud amigables, y 5) educación integral en sexualidad (Figura 5). Los anteriores son productos o servicios que deben ser generados por la implementación de la estrategia para lograr el propósito planteado. El primer componente *"[e]ducación"* se deriva del Objetivo Específico (OE) 1 de la ENAPEA *"[c]ontribuir al desarrollo humano*[80] *y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México"*, y se define como *"[o]portunidades educativas de las y los adolescentes en México ampliadas, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano"* (Figura 5). El segundo componente *"[o]portunidades laborales"* se deriva igualmente del OE1 de la ENAPEA y su definición corresponde a las *"[o]portunidades laborales de las y los adolescentes en México ampliadas de acuerdo a su edad y en el marco de leyes y convenios que les permitan un ingreso suficiente para una vida sin carencias"*. El tercer

[79] La ENAPEA plantea disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa especifica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (TEF15-19) para el año 2030, es decir, alcanzar una tasa de 32.9 nacimientos por cada 1000 mujeres en el grupo de edad referido.

[80] La ENAPEA define desarrollo humano como " la generación del conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, experiencias, actitudes y metas que pueden adquirir las personas y que, junto con las opciones sociales, determinan la calidad de vida"

componente se identifica en el OE2 de la ENAPEA *"[p]ropiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo"*, en su redacción como componente se identifica como el *"[e]ntorno habilitante propiciado que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva"* (Figura 6).

Figura 6. Matriz de Marco Lógico de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes con definición de componentes



Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y del PND 2013-2018

Del OE3 *"[a]segurar el acceso efectivo a una gama completa de anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad"* y del OE4 *"[i]ncrementar la*

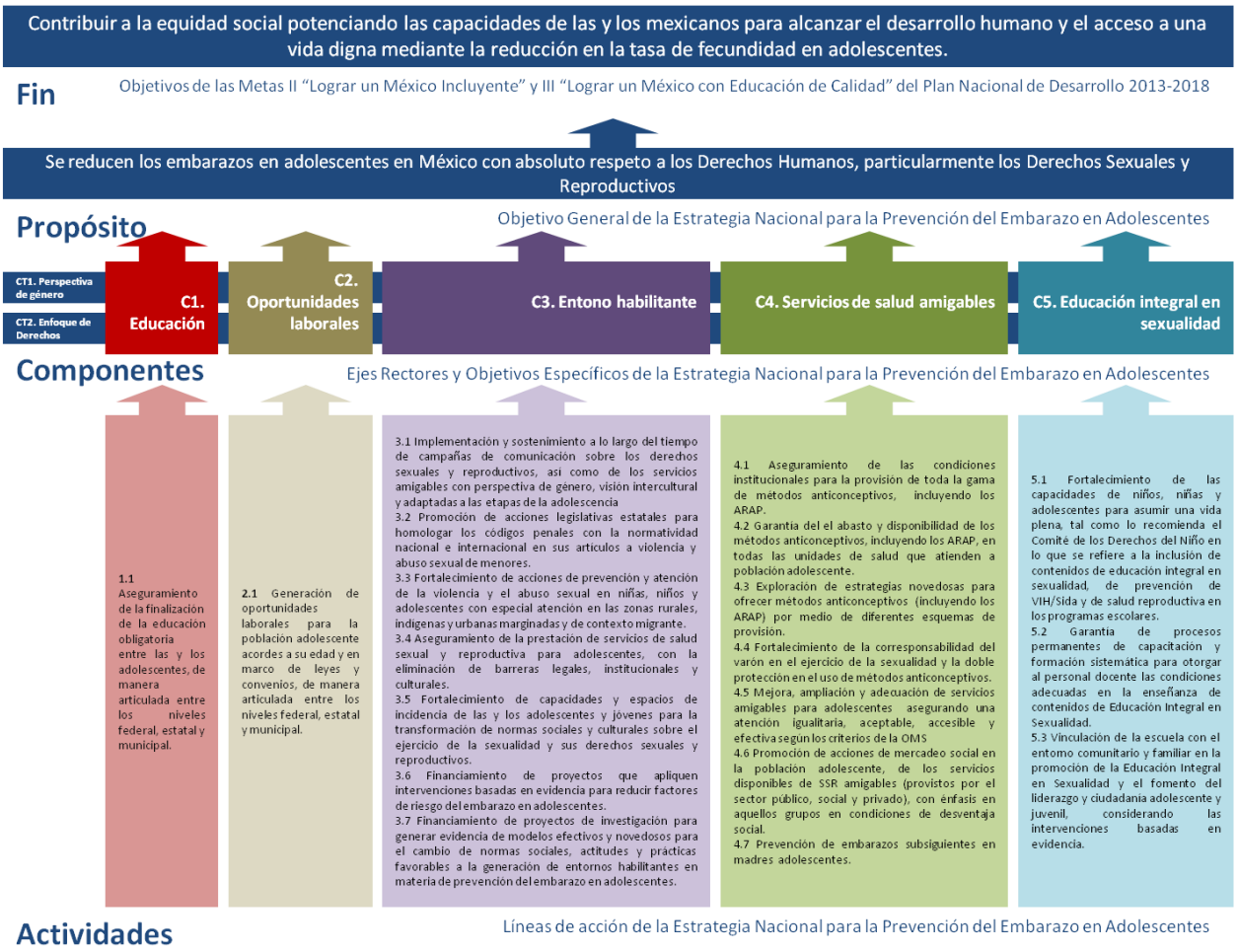
demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes" se deriva el cuarto componente de la MML *"[s]ervicios de salud amigables"*, mismo que se define como *"[o]ferta y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva adecuadas para adolescentes, y acceso efectivo asegurado a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad"* (Figura 6). Por último, el componente *"[e]ducación integral en sexualidad"* que se refiere al *"[d]erecho garantizado a recibir educación integral en sexualidad para las niñas, los niños y adolescentes en todos los niveles educativos de gestión pública y privada con enfoque en la formación de habilidades para la vida"* se integra del OE5 de la ENAPEA que corresponde a *"[g]arantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada"* (Figura 6).

Asimismo se identificaron dos componentes transversales; el primero corresponde a *"Perspectiva de Género"* y supone que *"las estrategias y acciones de intervención son conceptualizadas y diseñadas con base en la promoción de igualdad y equidad entre los sexos desde una visión científica, analítica y política, para eliminar la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basadas en el género; buscando que los individuos tengan igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones."*[81] El segundo es el *"Enfoque de Derechos"* y se refiere a que *"las estrategias y acciones diseñadas se conceptualizan contemplando las garantías individuales que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos de la Niñez; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará), y demás instrumentos internacionales en la materia"*.[82]

[81] Gutiérrez, Juan Pablo, et al. "Evaluación de diseño de los modelos de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres e identificación de mejores prácticas" (2013): pp21. disponible en http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cuadernos/ct42.pdf
[82] Íbidem.

En el nivel de las actividades de la ENAPEA se adaptaron las líneas de acción correspondientes a cada uno de los componentes, como puede observarse en la Figura 7. Éstas se detallan en el Anexo 1. Sin embargo, en una entrega posterior se integrarán las actividades específicas que componen cada una de las líneas de acción referidas a este nivel por cada uno de los componentes, mediante la técnica de anidación de la matrices en cascada.

Figura 7. Matriz de Marco Lógico de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes hasta actividades



Fuente: Elaboración propia con información de la ENAPEA y del PND 2013-2018

B. De la lógica vertical de la MML de la ENAPEA

Con el objeto de evaluar la coherencia interna de la estrategia se analizó la lógica vertical de la MML con los elementos de la ENAPEA integrados como actividades, componentes, propósito y fin. Para ello, se examinaron las relaciones causa-efecto entre los niveles narrativos en dirección ascendente. En cada uno de los componentes se analizó si existía una o un grupo de actividades claramente especificadas, sin ambigüedad en su redacción. Se verificó que las mismas estuvieran ordenadas de manera cronológica y finalmente que éstas fueran necesarias, es decir, que ninguna de las actividades fuera prescindible para producir alguno de los componentes y que igualmente fueran suficientes, es decir que en el agregado se conjuntan todos los elementos indispensables para generar el producto inmediato superior en la matriz. Posteriormente se verificó que los componentes integrados en la MML representaran los productos o servicios secundarios a la implementación de la estrategia, y que estuvieran redactados como resultados logrados; asimismo se analizó si éstos fueron necesarios y suficientes, es decir imprescindibles para producir el propósito. A continuación se verificó que el propósito de la MML fuera resultado de la obtención de los componentes e incluyera un solo objetivo, redactado como una situación alcanzada que incluye a la población objetivo. Y se analizó, por último, que el fin de la MML estuviera claramente especificado, y correspondiera a un objetivo superior al que la estrategia contribuye, vinculado con objetivos estratégicos nacionales; es decir, que la estrategia por sí misma no fuera suficiente para alcanzar este fin.

Al respecto, encontramos que si bien cada uno de los componentes cuenta con una o más actividades claramente especificadas, los componentes de *"Servicios de salud amigables"* y "*Entornos habilitantes"* concentran el 74 % de éstas (14 de 19). El componente uno *"Oportunidades educativas de las y los adolescentes en México ampliadas, contribuyendo al desarrollo humano"* únicamente está asociado a una actividad[83] que corresponde al aseguramiento de la finalización de la educación obligatoria entre las y los adolescentes, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal y que comprende sobre todo acciones a nivel medio superior, sin actividades específicas a nivel básico (Anexo1). Las acciones ligadas a esta actividad inciden fundamentalmente en las oportunidades educativas disminuyendo los costos de permanecer en la escuela o dotando de incentivos a los estudiantes (becas, transporte escolar rural, albergues, internados), pero no se enfocan en el desarrollo integral y la

[83] Línea de acción 1. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.

promoción de factores protectores. Como se señala en el diagnóstico y en los antecedentes programáticos de la ENAPEA, las intervenciones orientadas a mejorar la ética escolar, fortalecer las relaciones en la escuela y la reinserción escolar con el objetivo de reducir actitudes de desinterés y bajas expectativas escolares son las que han resultado más efectivas[84], sin embargo en la actividad asociada a este componente solamente se incluyen acciones enfocadas a promover orientación vocacional y permitir la reinserción escolar, dejando de lado el desarrollo de capacidades para la vida, aspecto que debería ser incluido en las actividades de este componente desde nivel básico.

En el segundo componente *"Oportunidades laborales de las y los adolescentes en México ampliadas de acuerdo a su edad y en el marco de leyes y convenios"* se identificó igualmente sólo una actividad asociada: generación de oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal. No obstante, las acciones ligadas a esta actividad, por un lado no involucran a toda la población objetivo, ya que en México los menores de 16 años no están habilitados para trabajar de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo; y por otro lado, en su redacción se incluye a los de jóvenes.[85] Este caso pone en evidencia la necesidad de clarificar los conceptos asociados a la población objetivo de la estrategia para evitar inconsistencias no sólo en el planteamiento de la estrategia sino también en el desarrollo de las intervenciones vinculadas a ella.

Del componente tres *"Entorno habilitante propiciado que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo"* se desprenden siete actividades, las cuales comprenden intervenciones en medios masivos de comunicación, promoción de acciones legislativas para prevenir y atender la violencia y abuso sexual de menores y para lograr la eliminación de barreras para el acceso a los servicios de SSR para adolescentes. Estas actividades y las acciones que se desprenden de ellas incluyen tanto a la niñez como a la población adolescente, y se considera que están

[84] Harden, Angela, et al. "Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies." *BMj 339* (2009).

[85] "Fortalecer los programas de capacitación para el trabajo del Servicio Nacional de Empleo (SNE), con especial énfasis en la población adolescente y joven no escolarizada; generar mecanismos de incidencia política entre el sector productivo y el educativo para la creación de empleo juvenil; y promover programas de voluntariado y servicio social que incluyan pequeñas retribuciones económicas para las y los adolescentes y jóvenes que están por finalizar sus estudios" (Actividades de la línea de acción 2 de la ENAPEA)

correctamente especificadas porque incluyen acciones en las diferentes esferas que han mostrado ser efectivas para reducir barreras para el acceso a los SSR señalados en los antecedentes programáticos. En este componente los supuestos legales de coordinación entre las dependencias involucradas y los diferentes niveles de gobierno, los cuales serán objeto de análisis posteriores, corresponderían a la principal dificultad para obtener el producto en cuestión, ya que en apariencia las actividades planteadas son suficientes para la obtención del mismo.

El componente cuatro, que corresponde a *"Oferta y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes incrementadas, y acceso efectivo asegurado a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad"* engloba dos objetivos específicos de la ENAPEA a los que les corresponden siete líneas de acción, que se traducen en siete actividades en este ejercicio metodológico. Este componente consta de 31 actividades que en su mayoría corresponden a las incluidas en el PROSESA y en los PAE con los cuales se alinea la ENAPEA, y se encuentran a cargo de la SS. Si bien las actividades que corresponden a este componente, se encuentran correctamente especificadas, ordenadas de manera cronológica, y se consideran necesarias para la obtención del componente, pareciera que son una recopilación de estrategias y líneas de acción de planes y programas que ya se llevan a cabo en el Sistema Nacional de Salud. Por ello se deberán identificar los procesos sustantivos y establecer claramente las dependencias responsables y los mecanismos de coordinación necesarios para que la estrategia logre los objetivos planteados.

El quinto componente "*Derecho garantizado a recibir educación integral en sexualidad para las niñas, los niños y adolescentes en todos los niveles educativos de gestión pública y privada con enfoque en la formación de habilidades para la vida"* cuenta con tres actividades específicas, en las que poco se detalla sobre las acciones a llevar a cabo en planteles educativos privados, además que también generaliza las acciones, siendo las mismas en todos los niveles educativos. Además se identifica que una de las acciones derivadas de la actividad *"[F]ortalecimiento de las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas*

escolares" que propone diseñar y aplicar estrategias para fomentar la educación por pares[86] hace referencia a las intervenciones que en el diagnóstico la ENAPEA refiere como poco o nada efectivas.[87], [88,89,90,91,92], por lo que se considera que si las intervenciones por pares se dirigieran a sensibilizar a las y los adolescentes y promover la referencia a los servicios de salud o a expertos capacitados sería más adecuado, ya que es en estas intervenciones donde se ha encontrado mayor efectividad[93].

Los cinco componentes definidos, más los componentes transversales *"Perspectiva de Género"* y *"Enfoque de Derechos"* representarán los productos o servicios secundarios a la implementación de la estrategia y se considera que son necesarios e imprescindibles para producir el propósito de la estrategia. Si bien la consecución del propósito contribuiría al fin u objetivo superior al cual se alinea esta política pública, consideramos que en su redacción debería incluirse la palabra "niñas" dado que la meta de erradicación del embarazo en menores de 15 años no especifica límite inferior de edad, cruzando la frontera entre infancia y adolescencia. Y por último respecto al fin, tal como debería, éste indica la forma en que la estrategia contribuye al logro de varios objetivos de orden superior a los cuales, en el discurso y en el marco normativo la estrategia se encuentra alineada.

---

[86] " Diseñar y aplicar estrategias para formar y capacitar adolescentes y jóvenes como multiplicadores de información sexual y reproductiva."

[87] Zuurmond M.A., Geary R.S. y, Ross D.A. "The effectiveness of youth centers in increasing the use of sexual and reproductive health services: A systematic review". *Studies in Family Planning* 43.4, (2012) 239–254.

[88] Harden, Angela, Ann Oakley y Sandy Oliver. "Peer–delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs." *HealthEducation Journal* 60.4 (2001): 339–353.

[89] Medley, Amy, et al. "Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta–analysis." *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS* Education 21.3 (2009): 181.

[90] Kim, Caron R. y Caroline Free. "Recent evaluations of the Peer–Led approach in adolescent sexual health education: A systematic review." *Perspectiveson sexual and reproductive health* 40.3 (2008): 144–151.

[91] Maticka–Tyndale, Eleanor y Jessica Penwell Barnett. "Peer–led interventions to reduce HIV risk of youth: a review." *Evaluation and program planning* 33.2 (2010): 98–112.

[92] Tolli, M. V. "Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies." *Health education research* 27.5 (2012): 904–913.

[93] Michielsen, Kristien, et al. "Effectiveness of a peer–led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non–randomized controlled trial." *BMC public health 12*.1 (2012): 72

VIII. Hallazgos

- Si bien se identifican retos (que se mencionan en los puntos siguientes) en cuanto al diagnóstico de la problemática que se presenta en la ENAPEA, el mismo se considera suficiente como sustento para el planteamiento de un abordaje integral al embarazo adolescente.
- Se identifica la necesidad de armonizar la definición de la población objetivo de la ENAPEA, así como considerar de forma explícita los aspectos normativos relacionados con dicha definición. En lo general, si la población objetivo de la ENAPEA son los individuos de 10 a 19 años de edad, entonces dicha población objetivo normativamente (LGDNA) son las niñas y niños de 10 a 12 años y las y los adolescentes que se encuentran entre los 12 y los 18 años, dejando fuera a los jóvenes de 19 años. Por otra parte, dado el enfoque preventivo de la estrategia, habría que considerar las acciones de educación integral en sexualidad en momentos más temprano de la vida.
- El sustento jurídico que plantea la ENAPEA podría resultar insuficiente respecto al derecho a la educación sexual y reproductiva, el acceso a servicios de anticoncepción sin presencia de los padres, la edad mínima al matrimonio de la población adolescente y de las y los niños, y la corresponsabilidad del varón. Es necesario realizar un análisis jurídico extenso para identificar las barreras existentes que podrían limitar el actuar de la ENAPEA, tanto a nivel federal como estatal.
- En la misma dirección, considerando el carácter multisectorial de la estrategia, es necesario analizar el sustento legal para realizar las acciones previstas a nivel federal y estatal que involucran las acciones de los sectores salud, educativo y el laboral, a fin de identificar barreras operativas.
- Las intervenciones establecidas en la estrategia asociadas a la niñez se centran en la necesidad de prevenir, atender y sancionar la violencia y, asimismo, a la pertinencia de distribuir anticonceptivos entre la población de 10 a 14 años con vida sexual activa. En tanto que claramente estas acciones son necesarias, como se señaló previamente, es necesario incidir más tempranamente en la vida, considerando que el marco de

habilidades y herramientas para la toma de decisiones asertivas deben desarrollarse previamente para permitir la prevención del embarazo temprano.

- La información proporcionada en el diagnóstico brinda un panorama general de la problemática sobre el embarazo adolescente en México, identificando claramente el rol de las mujeres. No obstante, es necesario que en el diagnóstico también se incluya el rol que tienen y tendrán los varones, un elemento que se propone como indispensable para el éxito de la ENAPEA.
- Al hacer una revisión de las recomendaciones que sugiere la ENAPEA para mejorar las intervenciones de prevención, vale la pena señalar dos vacíos importantes. Aunque se sugiere basar todas las intervenciones en evidencias rigurosas e invertir en documentación e investigación, resulta importante mencionar que existe información prioritaria que no se ha abordado, como lo permitió entrever el análisis del diagnóstico del problema, a saber: los factores asociados y las características centrales para el grupo de niñas y adolescentes embarazadas entre 10 a 14 años. La revisión del diagnóstico permitió identificar que las menciones a este grupo de edad se basan muchas veces en estudios aislados y los datos existentes no son cuantificables.
- Sumado a lo anterior, el análisis del diagnóstico visibilizó la importancia de realizar un abordaje de la maternidad adolescente culturalmente incluyente; es decir, que tome en cuenta las diferentes expectativas de vida y motivaciones individuales frente a las prácticas reproductivas de las y los adolescentes. En este sentido, la heterogeneidad de los contextos de socialización, la diversidad en los escenarios culturales, así como la amplitud de experiencias que guarda el rango etario considerado como adolescencia, debería estar mencionada de forma explícita en la ENAPEA.[94]
- La ENAPEA no profundiza en los determinantes del embarazo adolescente ni propone estrategias específicas orientadas a grupos vulnerables tales como migrantes y población indígena.
- Existe una adecuada alineación normativa de la ENAPEA con el principal referente

[94] Si bien se estipula en línea de acción 8, del Objetivo 2 de la ENAPEA se contempla: Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes y en la 9 se estipula que se deben financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

estratégico nacional y con los documentos estratégicos de las dependencias que coordinan la estrategia. Esta alineación se puede fortalecer considerando otros objetivos y líneas estratégicas adicionales con las que se alinea la estrategia que podrían agregarse a fin de brindar mayor certidumbre en la programación de las actividades que dirige la estrategia.

- Por primera vez se incluye un indicador estratégico en el PND que tiene que ver con el de propósito de la ENAPEA sobre la tasa de fecundidad adolescente, esto permitirá el seguimiento puntual del desempeño de la ENAPEA en la contribución a la consecución de objetivos estratégicos nacionales.
- No se observaron indicadores estratificados en este grupo de edad en los planes sectoriales de salud, educación y trabajo relacionados con los objetivos de la ENAPEA. Como consecuencia, podría dificultarse el análisis de su comportamiento en respuesta a la estrategia una vez que ésta sea implementada.
- En la ENAPEA no se señalan tareas específicas para los actores involucrados y, aunque la estrategia establece mecanismos de coordinación, no propone instrumentos para aterrizar los acuerdos de coordinación y cooperación. Asimismo, no se indican fases para el avance incremental de los alcances de coordinación y colaboración y no se establecen periodicidades para la concreción de logros específicos.
- En términos generales, la Matriz del Marco Lógico (MML) derivada del documento base de la ENAPEA cuenta con coherencia interna; no obstante, en el componente de educación y de educación sexual integral, las actividades relacionadas parecieran ser insuficientes para el logro de estos componentes.
- Dados los alcances de la estrategia, y por la cantidad de actores involucrados, es fundamental verificar que no existe duplicidad en las aportaciones de las diversas instituciones que participan en la atención del problema. Asimismo, aunque la estrategia no define los insumos necesarios para asegurar el éxito de las intervenciones, se espera que un producto de los mecanismos de coordinación sea precisamente la clarificación de los recursos e información disponibles.

IX. Referencias

- Gutiérrez, Juan-Pablo, Zyanya, Norman y Eduardo Alcalá, 2014 "Análisis descriptivo del cuestionario de seguimiento a jóvenes de Prospera Programa de inclusión social, es jóvenes 2013", Instituto Nacional de Salud Pública, Prospera, Progama de inclusión social, SEDESOL, México.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), "Resultados Nacional, Instituto Nacional de Salud Pública" [en línea] Consultado el 10 de abril de 2015. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas 2013, "Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes" [en línea]. Consultado el 10 de abril de 2015. Disponible en http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2004, "La Convención Sobre Los Derechos Del Niño Quince Años Después". América Latina, UNICEF, Panamá.
- Organización Mundial De La Salud (OMS) 2014, "Salud de los adolescentes", Disponible en http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Consultado 14 julio, 2014.
- Issler, Juan 2001, "Embarazo en la adolescencia" [en línea]. Revista de posgrado de la cátedra VIa Medicina, 107. Consultado el 10 de abril. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- Ley de Desarrollo Integral de la Juventud 2013 [en línea]. Consultado el febrero de 2013. Disponible en: http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/JUVENTUD061011.pdf
- Mora, Minor, y Orlandina de Oliveira 2009, "Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades". Estudios sociológicos 28(79):267-289.
- Organización Mundial de la Salud 2011, "Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes" [en línea]. Consultado el 15 de abril de 2015. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/index.html
- Campero, Lourdes et al., "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas". Gaceta médica de México, 149 (2013):299-307.
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas 2012. "Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias" [en línea]. Consultado el 15 de abril de 2015. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?ua=1
- Pineda, Susana 1999, "El concepto de adolescencia". Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Cuba, MINSAP 15-23.
- Plan Nacional de desarrollo 2013-2018 [en línea]. Consultado el 15 de abril 2015. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465
- Programa País 2008-2012, Fondo de Población de las Naciones Unidas [en línea]. Consultado el 15 de abril de 2015. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/programa.php Secretaría de Educación Pública 2012, "Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven" consultado el 15 de abril 2015. Disponible en:

- Schiavon, Raffaela, Erika Troncoso y Gerardo Polo 2012, “Analysis of maternal and abortion–related mortality in Mexico over the last two decades, 1990–2008”. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118:78–86.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 2011. “Formulación de Programas con Metodología de Marco Lógico”. [en línea]. Consultado el 15 de abril de 2015. Disponible en: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/uneclac/unpan045744.pdf
- “World Bank. 2006. World Development Report 2007 : Development and the Next Generation. World Bank. © World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5989 License: CC BY 3.0 IGO.” Consultado el 17 de abril de 2015. Disponible en: file:///Users/isabelvieitez/Desktop/EMBARAZO%20ADOLESCENTE%20EVALUACIO%CC%81N/WDR%202007%20-%20English.pdf.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006. Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. Consultado el 15 de abril 2015. Disponible en: http://web.undp.org/evaluation/handbook/spanish/documents/manual_completo.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004.Formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. Consultado el 16 de abril de 2015. Disponible en: https://insp.blackboard.com/bbcswebdav/pid-101330-dt-content-rid 689974_1/courses/eep.g14.mod3.15a/5.6.%20Formulaci%C3%B3n%2C%20evaluaci%C3%B3n%20y%20monitoreo%20de%20proyectos%20sociales.pdf.
- Turner, Rodney and Zolin, Roxanne and Remington, Kaye (2009) Monitoring the Performance of Complex Projects from Multiple Perspectives over Multiple Time Frames. In: Proceedings of the 9th International Research Network of Project Management Conference, 11-13 October 2009, Berlin.
- Subsecretaría de Salud Pública, Chile (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes; Orientaciones Técnicas para el Monitoreo del Programa.
- Greene, J. C. and C. McClintock (1991). "The Evolution of Evaluation Methodology." Theory into Practice 30(1): 13-21.Guía metodológica
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004. Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible. Consultado el 17 de abril del 2015.Disponible en: file:///Users/isabelvieitez/Downloads/Gui%CC%81a%20para%20el%20disen%CC%83o%20de%20indicadores%20compuestos.pdf
- Echarri, Carlos. “Sobre la maternidad precoz”, México Social, Web, 01 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.mexicosocial.org
- Reyes, David de Jesús y Martha, Cabello, “Paternidad adolescente y transición a la adultez: Una mirada cualitativa en un contexto de marginación social”. Iberofórum, 6.11 (2011): 1-27.
- Dirección General de Documentación y Análisis de la Cámara de Diputados 2013, “El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas”. Disponible en http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_28.pdf. Consultado el 14 de abril de 2015.

- Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM, “Estudio de diagnóstico nacional sobre rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica”, Web, 28 de mayo de 2010. <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Complementarias/Complementarias_2009/SEP/compl_09_sep_PROMAJOVEN.pdf>. Consultado e10 de abril de 2015.
- Gutierrez, Juan-Pablo, “Youth Risk Behaviours as Barriers for Human (Health) Capital Accumulation” HEALTH RELATED BEHAVIOURS AS DETERMINANTS OF WELLBEING (January 9, 2012). Forthcoming. Web. Disponible en: SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1982065>. Consultado el 20 de abril de 2015.
- Olavarría, José y Rodrigo Molina, “Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas”. Polis Revista Latinoamericana, 31 (2012): 1-17.
- Portier-Le Cocq, Fabienne, “Adolescentes et mères outre-Manche". Enfances & Psy, Paris, ERES. 3.44 (2009): 163-173.
- McDermott, Elizabeth; Graham, Hilary y Hamilton Val, “Experiences of being a teenage mother in the UK: A report of a systematic review of qualitative studies”, Glasgow, University of Glasgow, Web. (2004) <http//www.sphsu.mrc.ac.uk/Evidence/Research/Review%2010/SR%20Executive%20Summary.pdf>, consultado en 12 de mayo de 2012.
- Contreras, Hans, Mori Elizabeth y Rojas Daniel, “Cuando los padres están ausentes. “El involucramiento de la pareja y la estigmatización en la embarazada adolescente de Lima Metropolitana”. Científica 9.3 (2012): 277-287 Web. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Cuando%20los%20padres%20est%C3%A1n%20ausentes%20-%20embarazo%20adolescente.pdf>
- Binstock Georgina y Emma Näslund-Hadley, “Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay”. Papeles de población 19.78 (2013): 16-40.
- Pantelides, Alejandra, “Aspectos sociales del embarazo y fecundidad adolescente en América Latina”. Notas de población 78 (2009).
- Durand, Véronique, “Grossesse à l'adolescence. Une population dans le marge sociale à Recife (Brésil) ”. Revue Lusotopie, 12.2, (2002): 161-173.
- Marcús, Juliana, “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad". Revista Argentina de Sociología, 4.7. (2006): 100-119.
- Berrewaerts, Joëlle y Florence Noirhomme, “Les grossesses à l’adolescence: Quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature?”. Série de Dossier Techniques (2006). Web. <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos40.pdf>, consultado el 14 de marzo de 2012
- Furstenberg, Frank 2007, Destinies of the disadvantage: The politics of Teenage childbearing, Nueva York, Russel Sage Foundation.
- Palma, Yolanda y Arturo Reding, “Características del inicio de la vida sexual y reproducción de las jóvenes de Tijuana”. Jóvenes Fronterizos/Border youth. Expectativas de vida familiar, educación y trabajo hacia la adultez, Tijuana, México, Norma Ojeda y María Eugenia Zavala de Cosío (coords.). El Colegio de la Frontera Norte (2011): 79-100.

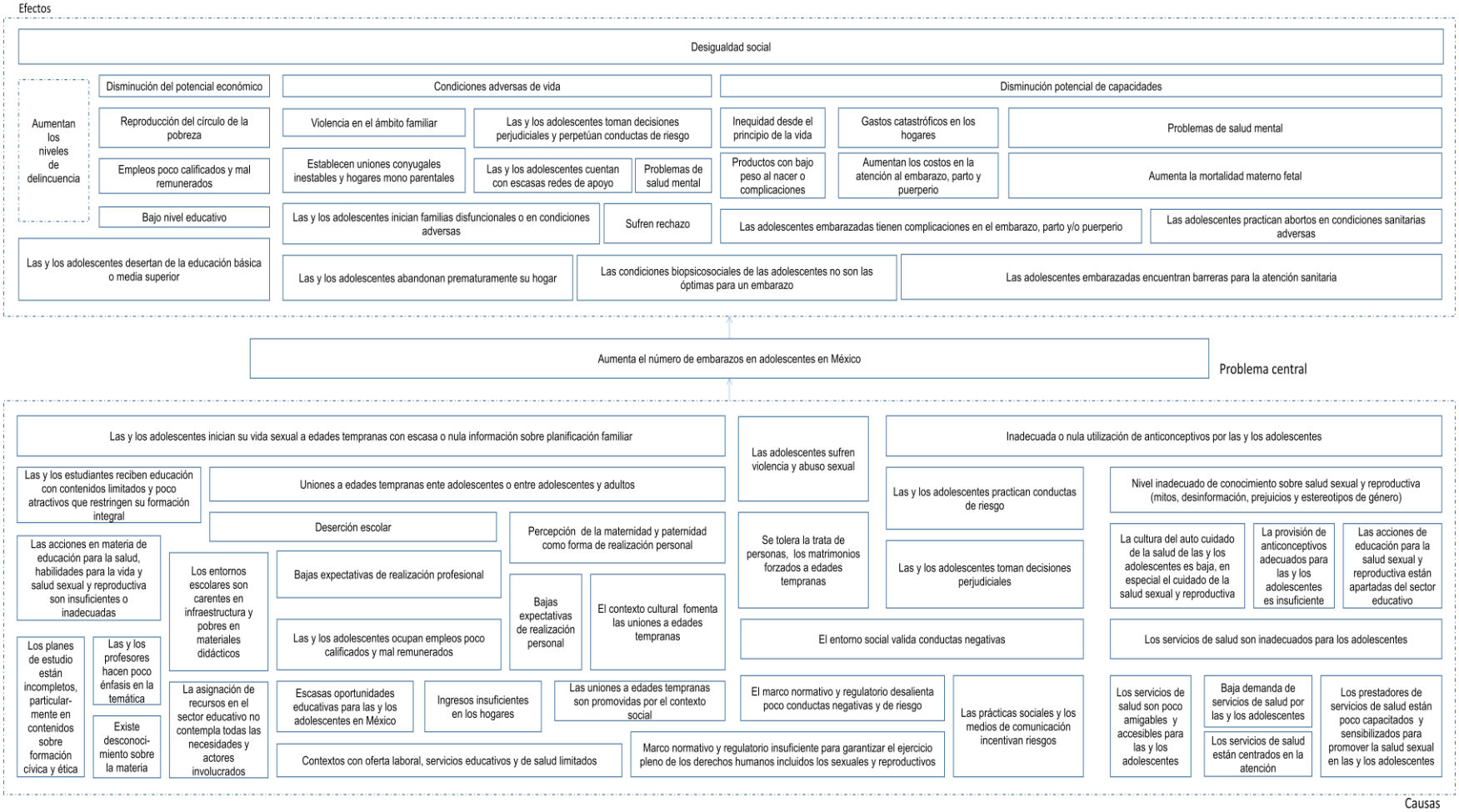
- González, Humberto, “Cambios previsibles en los niveles de fecundidad de las adolescentes mexicanas. El caso de la frontera norte”. Frontera Norte 18.36 (2006): 29-52.
- Secretaría de Educación Pública, “Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Una visión desde el Promajoven” México (2012), Web. <http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf>, consultado el 12 de junio de 2014.
- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, “Marco conceptual. Educación para la salud integral” (2011). Web. http://mep.janium.net/janium/Documentos/10524.pdf . Consultado el 16 de abril de 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes” (2011). Web. http://www.documentacion.edex.es/docs/0310MANenf.pdf . Consultado el 16 de abril de 2015.
- Walker, Dilys, et al., “HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention”. BMJ Online first (2006). Web http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463960/pdf/bmj33201189.pdf. Consultado el 21 de abril de 2015.
- Antunes de campos et al., “Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de Sao Paulo”. Cultura de los cuidados 16.33, (2012): 55-66.
- Lyra, Jorge, “Proyecto PAPAI. Paternidad en la adolescencia. La construcción de una agencia política”. Varones adolescentes: Género, identidades y sexualidades en América Latina. Chile, FLACSO (2003): 289-299.
- ONUSIDA, “Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH.” Informe de la Colección de prácticas óptimas del ONUSIDA (2002). Web. <http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc543-workingwithmen_es.pdf>, consultado el 10 de abril de 2015.
- Petkovsek, M, et al. Criminal Justice and Behavior October 2014 vol. 41 no. 10 1232-1249
- Moffitt, T et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. PNAS 2011 108: 2693-2698.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Web http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm, Consultado el 20 de abril de 2015.
- Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Web.http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/normateca/legislacion2014/lpdnna.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Ley General de Población, Web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf. Consultado el 19 de abril del 2015.
- Ley General de Población, Web:http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Reglamento de la Ley General de Población Web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.

- Ley General de Salud, Web:http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_200415.pdf. Consultado el 19n de abril del 2015.
- Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. Web: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/8dec94b5-f918-45bb-8fd6-adc34a6978da/ley_instituto_mexicano_juventud.pdf. Consultado el 19 de abril del 2015.
- Ley General de Desarrollo Social.Web:http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/1699.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Web: http://www.un.org/es/documents/udhr/. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Convención sobre los derechos del niño. Web: http://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosConvencion/PAG0177.pdf. Consultado el 23 de abril del 2015.
- Protocolo facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Web: http://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosProtocolo/PAG0057.pdf. Consultado el 23 de abril del 2015.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" 1994. Web:http://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosConvencion/PAG0067.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Web: http://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosDeclaracion/PAG0131.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1960). Web::http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/reglamentoCIDH.asp. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José, 1969) Web:https://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosConvencion/PAG0259.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979). Web:http://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) Web:http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Declaración Ministerial Prevenir con Educación en el marco de la XVII Conferencia Internacional de Sida en 2008. Web: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf. Consultado el 20 de abril del 2015.
- Sanín Angel, Héctor, “Control de gestión y evaluación de resultados en la gerencia pública” CEPAL - SERIE Manuales. Chile, Naciones Unidas (1999)

- Gutiérrez, Juan Pablo, et al. “Evaluación de diseño de los modelos de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres e identifcación de mejores prácticas” (2013): pp21. Disponible en: http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cuadernos/ct42.pdf
- Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” realizada en la ciudad de México (2008). Web: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf

Anexo 1.

Figura 8. Propuesta de árbol de problemas para la ENAPEA



* Para este ejercicio, la definición de adolescente contempla a los individuos desde los 10 a los 19 años, según la definición de la OMS.

Fuente: Elaboración propia en base al análisis del diagnóstico de la ENAPEA

Anexo 2.

Cuadro 3. Análisis de las actividades por cada uno de los componentes de la ENAPEA

Componente	Actividades y acciones asociadas
1 Oportunidades educativas de las y los adolescentes en México ampliadas, contribuyendo al desarrollo humano.	1.1 Aseguramiento de la finalización de la educación obligatoria entre las y los adolescentes, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal. 1.1.1 Ampliar la cobertura y monto de las becas para adolescentes hasta el nivel medio superior del Programa Nacional de Becas de la SEP y del Programa de Inclusión Social de la SEDESOL (PROSPERA), o en su caso mantener las acciones afirmativas ya establecidas en sus reglas de operación, con la finalidad de evitar la deserción escolar (aumentando la reinserción y permanencia en los estudios). 1.1.2 Ampliar modalidades educativas para el cumplimiento de la obligatoriedad de la EMS en comunidades rurales apartadas, de acuerdo con la reforma educativa. 1.1.3 Generar estrategias para acercar a las y los estudiantes a localidades donde existan preparatorias u otras opciones de formación técnica al nivel medio superior con transporte escolar rural y albergues/ internados. 1.1.4 Promover y desarrollar programas escolares y comunitarios de orientación vocacional para sustentar proyectos de vida libres de condicionamientos de género para las y los adolescentes en educación básica y media superior. 1.1.5 Focalizar acciones para la regularización académica en estudiantes con menor rendimiento en planteles de secundaria y EMS, a fin de evitar el rezago y la deserción. 1.1.6 Capacitar a los grupos de orientadores y tutores/as de los planteles de EMS para apoyar a las y los estudiantes a solucionar los problemas que obstaculicen la transición de primaria a secundaria y de secundaria a preparatoria. 1.1.7 Desarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas en un ambiente de no discriminación, sobre todo en secundaria y nivel medio superior. 1.1.8 Desarrollar mecanismos de búsqueda intencionada desde las escuelas y en coordinación con las autoridades municipales en el nivel local que permitan identificar estudiantes desertores/ras e incentivar su reinserción, con base en las necesidades específicas de cada caso. 1.1.9 Fortalecer los programas del INEA o crear nuevos mecanismos y programas que permitan la reinserción a la educación obligatoria y la inserción a la educación técnica para madres y padres adolescentes que no han terminado su educación básica. 1.1.10 Llevar a cabo investigación operativa que permita conocer las causas del abandono escolar de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y el desarrollo de intervenciones aleatorizadas que las disminuyan.

Componente	Actividades y acciones asociadas
2. Oportunidades laborales de las y los adolescentes en México ampliadas de acuerdo a su edad y en el marco de leyes y convenios.	2.1 Generación de oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal. 2.1.1 Ampliar y promover los sistemas duales de estudio y trabajo, en especial para los esquemas de preparatorias y carreras técnicas, similares al Modelo Mexicano de Formación Dual del CONALEP, con la colaboración de la iniciativa privada. 2.1.2 Fortalecer los programas de capacitación para el trabajo del Servicio Nacional de Empleo (SNE), con especial énfasis en la población adolescente y joven no escolarizada. 2.1.3 Generar mecanismos de incidencia política entre el sector productivo y el educativo para la creación de empleo juvenil. 2.1.4 Impulsar proyectos productivos para adolescentes de 18 años o más, con énfasis en adolescentes embarazadas o con hijos/as, enfocado a municipios de acuerdo al número de habitantes y la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años arriba de la mediana. 2.1.5 Promover programas de voluntariado y servicio social que incluyan pequeñas retribuciones económicas para las y los adolescentes y jóvenes que están por finalizar sus estudios.
3. Entorno habilitante propiciado que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.	3.1 Implementación y sostenimiento a lo largo del tiempo de campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como de los servicios amigables con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia 3.1.1 Desarrollar investigaciones que sustenten todo esfuerzo de comunicación emprendido con evidencia actual o relevante de las características del público-meta. 3.1.2 Elaborar una campaña permanente de cobertura nacional en medios de comunicación masiva (radio, cine y televisión) dirigida a la población en general. 3.1.3 Desarrollar y dar seguimiento a la implementación de campañas permanentes en medios de comunicación estatales y locales (televisión, radiodifusoras comunitarias y perifoneo, así como otras intervenciones innovadoras) con la participación de adolescentes y jóvenes desde su diseño, focalizadas en segmentos de adolescentes en condiciones de desventaja social. 3.1.4 Promover con empresas de medios de comunicación la inclusión de contenidos educativos sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en programas de entretenimiento (telenovelas, reality shows, comedias, concursos). 3.1.5 Incentivar proyectos socialmente responsables con la iniciativa privada para la prevención del embarazo

Componente	Actividades y acciones asociadas
	en adolescentes en el marco de los derechos humanos. 3.2 Promoción de acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos a violencia y abuso sexual de menores. 3.2.1 Impulsar iniciativas de reforma legislativa en los congresos estatales para homologar los códigos penales y eliminar la violencia, abuso sexual y matrimonios forzados en la población adolescente. 3.2.2 Promover la búsqueda intencionada, la persecución de oficio y sanción de delitos de violencia, abuso sexual y matrimonio forzado cometido contra niñas, niños y adolescentes. 3.3 Fortalecimiento de acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante. 3.3.1 Sensibilizar a la comunidad sobre los efectos del abuso sexual mediante programas en las escuelas. 3.3.2 Capacitar al personal docente para reconocer los signos del abuso sexual de niñas, niños y adolescentes. 3.3.3 Realizar tamizajes anuales en las escuelas para identificar casos de violencia a niñas, niños y adolescentes y canalizarlos/as a instancias de apoyo. 3.3.4 Mejorar los sistemas de registro y seguimiento de casos de violencia sexual y/o abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. 3.3.5 Organizar talleres formales para madres y padres que contribuyan con la comunicación asertiva sobre el abuso sexual en el seno de las familias. 3.3.6 Organizar espacios de diálogo y reflexión para niñas y niños que les permita reconocer e identificar situaciones de violencia sexual y/o de abuso sexual. 3.3.7 Generar espacios de sensibilización con adolescentes sobre los tipos y modalidades de violencia contra las niñas, los niños y las adolescentes. 3.3.8 Diseñar y promover la ampliación de lineamientos para la prevención de la violencia en las escuelas y en el entorno comunitario, que faciliten la detección, canalización y denuncia en casos violencia sexual. 3.3.9 Desarrollar acciones informativas en el ámbito comunitario dirigidas a la población adulta y población adolescente sobre la ruta de respuesta ante la violencia y abuso sexual. 3.3.10 Fortalecer a los equipos de atención primaria a la salud para la detección del abuso sexual y una respuesta integral médica y psicosocial frente a los embarazos forzados. 3.3.11 Incluir en los protocolos de análisis del contexto familiar la detección de abuso o agresión sexual hacia las niñas, niños y adolescentes en el hogar. 3.3.12 Crear y referir a instancias de apoyo (que incluyan hospedaje, alimentación y terapia psicológica) para restaurar los daños de la violencia y violencia sexual para las y los adolescentes. 3.3.13 Asegurar la protección de niñas, niños y adolescentes en los procesos de intervención jurídica,

Componente	Actividades y acciones asociadas
	principalmente durante la etapa de identificación y persecución penal de las personas acusadas de violación. 3.4 Aseguramiento de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales. 3.4.1 Difundir entre la población adolescente su derecho a recibir en todas las unidades de salud, servicios de consejería, orientación y acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, de manera gratuita sin la presencia de una persona adulta. 3.4.2 Sensibilizar a padres y madres o a quienes ejerzan la tutela, autoridades comunitarias, escolares, municipales sobre el derecho al ejercicio responsable de la sexualidad, el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios de SSR para adolescentes mediante expresiones culturales y ferias de la salud u otro tipo de acciones comunitarias. 3.4.3 Impulsar que las escuelas secundarias y preparatorias programen en sus actividades una visita anual a una farmacia y a un centro de salud para pedir información sobre métodos anticonceptivos. 3.4.4 Realizar encuentros entre prestadores de servicios de salud y adolescentes en el ámbito local para diseñar conjuntamente estrategias que acerquen los servicios de SSR a las y los adolescentes. 3.5 Fortalecimiento de capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos. 3.5.1 Impulsar la formación, capacitación de grupos, comités consultivos y redes de adolescentes y jóvenes en el ámbito comunitario para apoyar los procesos locales de planeación e implementación de las acciones de prevención del embarazo en adolescentes. 3.5.2 Desarrollar, probar e impulsar experiencias piloto de incidencia en el ámbito comunitario a través de las organizaciones de adolescentes y jóvenes y de las entidades que trabajan en temas de liderazgo, participación, democracia, derechos sexuales y reproductivos y desarrollo humano de adolescentes. 3.5.3 Promover el acceso de las y los adolescentes a los programas sociales y su participación en actividades de difusión para la prevención del embarazo en adolescentes. 3.6 Financiamiento de proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes. 3.6.1 Emitir convocatorias de proyectos sociales que incorporen la perspectiva de género a organizaciones civiles nacionales y comunitarias con perfil juvenil para articular estrategias en comunidades indígenas, rurales y urbanas marginadas, focalizadas en: a) adolescencia temprana (10-14 años) con

Componente	Actividades y acciones asociadas
	madres y padres y b) para hombres y mujeres de 15-19 años. Los proyectos financiados podrán implementarse en escuelas, centros de salud, farmacias, espacios culturales, plazas públicas, etc. 3.7 Financiamiento de proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos y novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes. 3.7.1 Emitir convocatorias dirigidas a instancias académicas y organizaciones con capacidad técnica para realizar estudios con diseños experimentales en materia de prevención del embarazo en adolescentes.
4. Oferta y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes incrementadas, y acceso efectivo asegurado a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.	4.1 Aseguramiento de las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP. 4.1.1 Actualizar los protocolos de consejería en métodos anticonceptivos para adolescentes, asegurando que se trate el tema de la eficacia de los métodos y se incluyan como opciones de primera línea los métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo ARAP, en concordancia con la NOM-005-SSA2-1993 y con las directrices internacionales, sin menoscabo de la promoción del condón como doble protección para prevenir VIH/SIDA/ITS. 4.1.2 Las instituciones del SNS implementarán talleres de capacitación continua y/o curso en línea para vencer barreras culturales y garantizar la competencia técnica en la provisión métodos anticonceptivos reversibles e inserción de ARAP. 4.2 Garantía del el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente. 4.2.1 Impulsar compras consolidadas nacionales de manera conjunta con el Seguro Popular para garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud. 4.2.2 Asegurar la asignación de un presupuesto específico para métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP para adolescentes proporcional a la tasa de fecundidad correspondiente a la entidad federativa. 4.2.3 Apoyar la generación de un observatorio ciudadano para asegurar el abasto oportuno de anticonceptivos (incluyendo ARAP) en las unidades de salud, así como la aplicación de la normatividad en el consentimiento libre e informado. 4.3 Exploración de estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio

Componente	Actividades y acciones asociadas
	de diferentes esquemas de provisión. 4.3.1 Realizar estudios piloto con diseños rigurosos 1) en colaboración con empresas farmacéuticas, que pruebe la oferta de servicios métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP, en farmacias a bajo costo; 2) de estrategias de capacitación para prestadores de servicios en clínicas y centros de salud sobre consejería y atención de métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP para adolescentes; y 3) de comunicación para adolescentes sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP. 4.3.2 Capacitar al personal médico de farmacias, en caso de que los estudios piloto demuestren su eficacia, para garantizar la competencia técnica para la inserción de ARAP. 4.4 Fortalecimiento de la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos. 4.4.1 Generar e impulsar espacios de reflexión para las y los adolescentes en escuelas y en los ámbitos comunitarios sobre el uso de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres. Así como la responsabilidad de ambos en la prevención del embarazo, la paternidad responsable y la construcción de nuevas masculinidades. 4.5 Mejora, ampliación y adecuación de servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS 4.5.1 Ampliar la cobertura de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes, progresivamente al 2018, en todas las unidades médicas del primer nivel de atención de todas las instituciones de salud. Los servicios amigables deberán cumplir con los criterios establecidos. 4.5.2 Generar un mecanismo de capacitación continua para las y los proveedores de salud, especialmente las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de elevar los estándares de calidad de atención en servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes, enfatizando en que esos servicios deben darse de forma autónoma e independiente sin la mediación de la madre, padre o tutores. Se invitará a personal médico privado que labora en la localidad a los talleres para proveedoras/res de primer contacto. 4.5.3 Generar lineamientos para fortalecer la supervisión del ámbito estatal al jurisdiccional y de éste a las unidades de salud, para mantener la calidad y cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. 4.5.4 Supervisar los servicios amigables de SSR para la población adolescente y generar acciones para la mejora continua de la calidad. 4.5.5 Fortalecer la consejería en SSR para adolescentes ofreciendo toda la gama de métodos anticonceptivos,

Componente	Actividades y acciones asociadas
	incluyendo los ARAP, con énfasis en el beneficio del uso continuo, la doble protección y de la efectividad de los mismos. 4.5.6 Capacitar a prestadores de servicios para que puedan informar a las adolescentes sobre los casos en los que el aborto no es punible, orientándoles sobre las instancias de atención a víctimas que pueden acompañarla. 4.5.7 Elaborar y difundir una guía de práctica clínica que sustente la obligación legal del personal de salud médico y no médico para otorgar servicios de salud sexual y reproductiva al grupo etario de 10 a 19 años. 4.5.8 Elaborar y asegurar la distribución de manuales de consejería individual y de educación sexual grupal, así como algoritmos de atención de adolescentes basados en evidencia y apropiados para los prestadores de servicios de SSR en diferentes unidades de atención; clínicas y centros de salud, farmacias y hospitales. 4.5.9 Desarrollar y contribuir a la formación de un banco de materiales de consejería e informativos sobre SSR y métodos anticonceptivos elaborados por todas las instituciones para uso de quien los requiera (vinculación con nuevas tecnologías de la información). 4.5.10 Crear un modelo estandarizado de capacitación de prestadores de servicios para todas las instituciones de salud, incluyendo mecanismos de capacitación continua para elevar la calidad de atención en los servicios amigables de SSR para adolescentes, enfatizando que éstos deben darse sin la mediación de la madre, padre o tutores y considerando la diversidad cultural, social, étnica, lingüística y de capacidades de las personas adolescentes. 4.5.11 Establecer mecanismos de coordinación entre escuelas y centros de salud, clínicas y farmacias para familiarizar a las y los adolescentes con los servicios de SSR en el nivel local. 4.5.12 Coordinar con las asociaciones privadas de farmacias mecanismos para desarrollar y promocionar el concepto de farmacia amigable y líneas de productos dirigidos a la población adolescente. 4.5.13 Llevar a cabo investigación operativa con diseños rigurosos que permita identificar y expandir únicamente las estrategias más efectivas para identificar, atraer y atender a la población adolescente con necesidad de SSR. 4.6 Promoción de acciones de mercadeo social en la población adolescente, de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado), con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social. 4.6.1 Elaborar diagnósticos sobre las necesidades y preferencias de las y los adolescentes acerca de los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva. 4.6.2 Colaborar con la iniciativa privada para crear ambientes amigables y atractivos con base en diagnósticos para las y los adolescentes en farmacias (con y sin servicio médico). 4.6.3 Diseñar e implementar un componente de promoción y entrega de la gama completa de métodos

Componente	Actividades y acciones asociadas
	anticonceptivos reversibles, incluidos los ARAP, para las y los adolescentes en el Programa Unidades Médicas Móviles. 4.6.4 Fortalecer la línea gratuita Planificatel 01 800 624 6464 y actualización y enriquecimiento de las páginas web existentes en materia de salud sexual y reproductiva, que difunda los servicios de SSR públicos, sociales y privados en todo el país, que explique los beneficios de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, la doble protección, el condón y la anticoncepción de emergencia (hormonal y con DIU). 4.6.5 Promover entre la población adolescente los servicios médicos amigables del sector salud, de las organizaciones de la sociedad civil y de las farmacias, así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos y de bajo costo, garantizando la gama completa, incluidos los métodos ARAP. 4.6.6 Promover los servicios de SSR para adolescentes en centros laborales y agrícolas a madres y padres para que puedan orientar y brindar la información a sus hijos e hijas. 4.6.7 Instalar dispensadores públicos de condones masculinos y femeninos en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de bailes, plazas públicas), y ferias de la salud. 4.6.8 Difundir la anticoncepción de emergencia y las causales de aborto no punible, entre la población adolescente en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de bailes, plazas públicas), y ferias de la salud. 4.7 Prevención de embarazos subsiguientes en madres adolescentes. 4.7.1 Fortalecer la calidad de la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico para adolescentes en el primer y segundo nivel de atención. 4.7.2 Reforzar la consejería en planificación familiar post parto a madres adolescentes cuando asistan a citas de control de niño sano en el primer nivel de atención. 4.7.3 Incorporar a las guías de práctica clínica de la atención del embarazo y puerperio, la consejería sobre anticoncepción durante la atención prenatal para adolescentes, con énfasis en las ventajas del espaciamiento de los embarazos y privilegiando la libre elección con la oferta de la gama competa de métodos, incluyendo los ARAP.
5. Derecho garantizado a recibir educación integral en sexualidad para las niñas, los niños y adolescentes en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.	5.1 Fortalecimiento de las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares. 5.1.1 Homologar y difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el

Componente	Actividades y acciones asociadas
	Estado de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna. 5.1.2 Asegurar la impartición del contenido de los libros de texto gratuitos sobre la Educación Integral en Sexualidad, como lo establece en los lineamientos oficiales. 5.1.3 Crear un grupo de trabajo interinstitucional con investigadoras/es especializadas/os en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica para elaborar, revisar y proponer contenidos curriculares de Educación Integral en Sexualidad en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, así como para el fortalecimiento de la formación docente. 5.1.4 Diseñar y aplicar estrategias para formar y capacitar adolescentes y jóvenes que multipliquen sobre información sexual y reproductiva. 5.2 Garantía de procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de Educación Integral en Sexualidad. 5.2.1 Sensibilizar y capacitar al personal docente sobre la importancia de promover y respetar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes. 5.2.2 Establecer mecanismos para incentivar la participación del personal docente en la capacitación sobre Educación Integral en Sexualidad que ya ofrece la SEP. 5.2.3 Evaluar la forma en que el personal docente transmite en el aula los temas de Educación Integral en Sexualidad y buscar mecanismos para retroalimentar sus técnicas de enseñanza, eliminando los prejuicios y las omisiones al abordar estos temas. 5.3 Vinculación de la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la Educación Integral en Sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia. 5.3.1 Capacitar a docentes en el desarrollo de actividades de sensibilización dirigidas a madres y padres de adolescentes que asisten y no asisten a la escuela, que propicien la comunicación sobre relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual. 5.3.2 Sensibilizar a la población sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes, el abuso sexual y las desigualdades de género utilizando los espacios y medios culturales disponibles en la comunicad (p. ej., teatro, títeres, cine, exposiciones) para facilitar la apertura y discusión de estas problemáticas en el entorno comunitario, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes. 5.3.3 Fortalecer en el espacio escolar la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres, padres y adolescentes en la educación sexual a partir de la primaria.

Componente	Actividades y acciones asociadas
	5.3.4 Implementar con padres, madres, quienes ejerzan la tutela y adolescentes acciones educativas en el ámbito comunitario para alcanzar a adolescentes no escolarizados, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes. 5.3.5 Implementar metodologías dirigidas a la participación activa de los varones en la ENAPEA. 5.3.6 Impulsar la apertura de espacios de consejería sobre SSR para adolescentes en las escuelas y en el ámbito comunitario, tomando en cuenta las recomendaciones de grupos de opinión conformados por adolescentes. 5.3.7 Promover y referir los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en los planteles educativos.