

5



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

5.1 ACLARACIÓN PRELIMINAR

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

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

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

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

⁴⁶ www.inegi.gob.mx

⁴⁷ www.insp.mx

⁴⁸ www.conapo.gob.mx

⁴⁹ pda.salud.gob.mx/cubos/

⁵⁰ Campero, L. et al. (2013).

5.2 LA SITUACIÓN ACTUAL

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

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

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

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

⁵¹ CONAPO (2012).

⁵² CONAPO (2010).

⁵³ *Ibid.*

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

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

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

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

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

⁵⁴ CONAPO (2012).

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

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

Esta cifra indica que las adolescentes encuentran diferentes obstáculos para ejercer una sexualidad libre de consecuencias no esperadas ni deseadas. Entre estas dificultades se encuentran razones tan variadas y complejas como la incapacidad de aplicar los conocimientos que se tienen sobre métodos anticonceptivos (90% conoce uno al menos⁵⁷), la falta de acceso a éstos o el temor a efectos colaterales, miedo que frecuentemente se nutre de prejuicios y de la falta de una información basada en evidencia científica.

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

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

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

⁵⁶ CONAPO (2011).

⁵⁷ ENSANUT (2012).

⁵⁸ INEGI (2012).

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

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

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

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

Asimismo, los registros nacionales⁶² indican que en 2012 la razón de mortalidad materna (RMM) en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años fue de 31.1 por cada 100 mil nacidos vivos en el país, y que para el grupo de 10 a 14 años fue de 18.9. Al respecto, el CTESIODM (2013), menciona que debe tenerse en consideración que el número de embarazos entre las adolescentes es cada vez mayor y, con ello, también es mayor el incremento del riesgo de fallecer por condiciones maternas.

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

⁵⁹ INEGI (2009).

⁶⁰ CTESIODM (2013).

⁶¹ OMS (2009a).

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

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

principales causas de egresos hospitalarios en mujeres de 10 a 19 años. Asimismo, la RMM por aborto de adolescentes de 15 a 19 años en 2012 fue de 2.8 por cada 100,000 nacidos vivos. En 2011, para este mismo grupo fue de 2.3.⁶³

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

En lo que respecta a las ITS en México, los datos de la SSA⁶⁵ indican que en 2012, para el grupo de edad de 10 a 14 años, la infección más común es la producida por el virus del papiloma humano (VPH), con 36 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.32 por 100,000 habitantes de dichas edades. A esta infección le sigue el Chancro, con 23 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.20. Finalmente, la tercera infección para este grupo de edad es la Infección Gonocócica, con 20 nuevos casos y una tasa de incidencia de 0.18.

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

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

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

⁶⁴ WHO, UNFPA (2006).

⁶⁵ SUIVE/DGE/Secretaría de Salud, 2012.

En relación con el SIDA, los sistemas de información de la Secretaría de Salud⁶⁶ tienen registrados 3,651 casos entre 1983 y 2013 en la población de 10 a 19 años de edad, y en el grupo de 15 a 19 años está 87% de esos casos. Del total, 33% corresponde a mujeres, por lo que vale la pena subrayar que

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

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

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

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

⁶⁷ OPS (2009).

