

## CAPÍTULO 56

### EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN JALISCO MÉXICO

**Antonio Sandoval Ávila †**

Universidad de Guadalajara (UdeG),  
Guadalajara Jalisco, México

#### Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la segunda década de la vida (entre la niñez y la adultez), es decir, la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, que se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales.

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública y una preocupación a nivel mundial que afecta, en mayor o menor proporción, a todas las regiones del mundo. Se refiere a los embarazos que ocurren en muchachas a una edad cuando aún no son adultas y cuando desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad. Además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo(a) (Favier, Samón, Ruiz, Franco, 2018: 206-207, 210).

El embarazo en las adolescentes es considerado de alto riesgo por diversos factores entre los que sobresalen la alta probabilidad de muerte durante el embarazo parto y puerperio y las vulnerabilidades que enfrentarán las madres adolescentes que están en situación de pobreza, marginación, inequidad de género.

En el año 2011 ocurrieron en México 2.5 millones de nacimientos. El 18.4% (472,987) del total de los nacimientos correspondieron a madres menores de 19 años; de ellas, el 2.4% (11,321) eran menores de 15 años; es decir, una de cada cinco niñas y niños nacidos en 2011 tuvieron como madre a una adolescente. Cada año, alrededor de 400.000 adolescentes se convierten en madres y entre el 60 y 80 por ciento de esos embarazos no fueron planeados.

El objetivo del presente trabajo es alertar a las y los adolescentes de los riesgos del embarazo temprano.

**Palabras clave:** adolescencia, marginación, embarazo temprano, complicaciones obstétricas, razón de mortalidad materna.

## Introducción

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 adolescentes. Las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos se sitúan por debajo del promedio mundial. Registró entre 2014 y 2015, una disminución record de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos étnicos con un descenso de 22,3 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU), en el mundo hay 1.700 millones de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) y cada año ocurren 210 millones de embarazos (ONU, 2005: 1, 3-4). De estos embarazos, 16 millones corresponden a adolescentes de 15 a 19 años, y 1 millón de adolescentes menores de 15 años, de los que la mayoría se registra en los países en desarrollo (Reyes, Amador y Chávez, 2011: 221-222).

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), de los 18 millones de partos registrados anualmente en América Latina, 2 millones corresponden a adolescentes entre 15 y 19 años (Restrepo y Ortiz, 2005: 131-137). Las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe son las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de entre 15 y 19 años. Además, América Latina es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Se estima que cada año en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años (UNFPA, 2018: s/p).

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México es el país con más adolescentes embarazadas, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil jóvenes de 15 a 19 años (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXIV Legislatura, 2018: s/p.)

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que el número de personas que residen en el país en 2017 es de 123.5 millones. Por sexo, el porcentaje de mujeres (51.2%) es ligeramente mayor al de los hombres (48.8%) (INEGI, 2017: s/p.). A partir de los 20 años se incrementa el número de mujeres debido principalmente a la mayor migración y mortalidad masculina (INJUVE, 2011: 4).

La población adolescente (hombres y mujeres entre 15 y 19 años) representa el 9.4% de la población total del país, de los cuales, el 49.7% son mujeres y el 50.3% son hombres. La población femenina en edad reproductiva (15 a 49 años) asciende a 32.7 millones y las adolescentes tienen un peso relativo de 16.9% (CONAPO, 2013: s/p).

El embarazo en adolescentes se produce en todos los estratos sociales, pero sus consecuencias son diferentes. En México se concentra y tiene mayores proporciones en aquellos sectores de la población donde hay pobreza y desnutrición crónica; en la población rural, en las comunidades indígenas y en grupos urbanos marginales (Ehrenfeld, 2008: 5, 7).

Al destacar los aspectos de orden social, la pobreza se ha vinculado con la presencia del embarazo en adolescentes, pues de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que dan a luz cada año en el mundo, la mayoría ocurre en países

de ingresos bajos y medianos, siendo las condiciones socioculturales y económicas determinantes del contexto de marginación social en que las adolescentes desarrollan sus vidas.

Debe tomarse en cuenta que en los sectores pobres de la población, las adolescentes se embarazan a temprana edad por falta a una opción verdadera, libre y responsable de su sexualidad producto de una violación o incesto, idea de sobrevivir con lo que su padre aporta en casa, tomar la maternidad como máxima realización femenina o adoptar un patrón cultural, por lo que expertos asumen que el embarazo no es una opción, sino una falta de opciones en estos contextos (Laureano, Mejía, De la Torre, Aldo, 2016: 212: 217).

Es un hecho que los embarazos adolescentes ocurren principalmente en los hogares más pobres y entre las mujeres que disponen de nulas alternativas de desarrollo personal. Por otro lado, las relaciones de poder entre hombres y mujeres, niñas y niños, y los estereotipos de género son importantes consideraciones en el análisis de la problemática del embarazo en adolescentes ya que juegan un rol fundamental en su propagación y aumento en México (Save the Children, 2016: 40).

El hecho de que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza, no implica que conduzca a esta situación, ni que por sí mismo lleve a perpetuarla. Habría que considerar las situaciones socio-económicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Porque para otros como el sector marginal urbano, los embarazos en adolescentes son vividos, en muchas ocasiones, como una salida, así sea falsa, a problemas de violencia familiar, o como una manera de adquirir valoración social (Garduño, 2017: 3).

En las últimas décadas, el estudio del embarazo adolescente se ha incrementado en además del campo biomédico-epidemiológico, desde otros campos de estudio como la antropología, la psicología social, la demografía entre otros; El embarazo adolescente se asocia con problemáticas socioeconómicas y sociodemográficas, ya que no repercute únicamente a nivel individual, sino que afecta el comportamiento demográfico y la situación económica de la población (Reyes, Amador y Chávez, 2011: 219, 223).

En México muchas de las niñas o adolescentes que quedan embarazadas provienen de zonas rurales y pobres y muchas de ellas son víctimas de abuso sexual, con frecuencia tolerado por la familia (Gamboa y Valdés, 2013: 122).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (ENDIREH) 2016, el 43.9% de las mujeres que tienen o tuvieron una pareja han sido agredidas en algún momento de su vida marital, de convivencia o noviazgo. Las entidades con las prevalencias más altas son Ciudad de México, Aguascalientes, Jalisco y Oaxaca. El 40.1% de las víctimas de agresiones por parte del esposo, pareja o novio, señaló violencia emocional 20.9%, económica o patrimonial 17.9% y sexual 6.5% (INEGI, (2017: s/p.).

De los embarazos que se registran anualmente en el país en menores de 15 años, como se dijo arriba, alrededor de 11, 000 se dan en niñas de 10 a 14 años. Muchos de esos embarazos no son producto de una decisión deliberada, sino producto de abuso y nulo acceso a los métodos anticonceptivos (Favier, Samón, Ruiz, Franco, 2018: 206-207).

Es muy frecuente que las niñas y adolescentes experimenten abusos sexuales que culminan en embarazos, la mayoría de las veces perpetrados por familiares cercanos, por lo que en la generalidad de las ocasiones estos hechos permanecen sin ser denunciados (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011: 25).

La Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 señala que 9.4 % de las mujeres de 15 años o más sufrió violencia sexual en su infancia, y que entre los principales agresores se encuentran los tíos (19.7%), un no familiar o vecino (16.0%) y los primos (14.2%) (INEGI, 2016: 41).

### **El embarazo en adolescentes en México y Jalisco**

En México hay 11 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, 50.1% son hombres y 49.9% son mujeres (INJUVE, 2011: 4). En Jalisco, según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2013 la población adolescente de 15 a 19 años es de 723.032, que representa el 9.3% de la población total del Estado (7,742.000). Del total de esta población adolescente 358.977 son mujeres, representando el 49.6%, y 364.977 son hombres y representan el 50.4% (COEPO, 2013: 1).

De acuerdo con los registros de nacimientos ocurridos de la Secretaría de Salud, al corte de diciembre de 2018, se presentaron 120.362 nacimientos de madres residentes de Jalisco; de ellos, el 16.5% (19,896) fueron de niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años. De estos, 461 fueron de madres menores de 15 años, mientras que 19,435 (97.7%) tenían entre 15 y 19 años (SNIEG, 2018: s/p).

De los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, 1 de cada 3 ha tenido relaciones sexuales. 9 de cada 10 conoce sobre métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de prevención del embarazo. La proporción de jóvenes en este rango de edad que han tenido relaciones sexuales ha crecido. En el año 2000 era el 22.3% y en la actualidad es de 33%. En el año 2000 el 79.9% conocía método de prevención de enfermedades de transmisión sexual, en el año 2010 esta proporción es del 90.9%. El condón es el método de prevención de más alta visibilidad y conocimiento entre los jóvenes. El embarazo en edades tempranas (antes de los 19 años) continúa siendo elevado, 6.6% antes de los 17 años y 19.2% entre los 18 y los 19 años (INJUVE, 2011: 4, 8-10, 18- 21, 35).

Sin embargo, el 44.9% de las jóvenes que ya iniciaron su vida sexual declaró no haber usado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual (INEGI, 2016; 10). La razón principal declarada por las adolescentes que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, fue porque no planeaba tener relaciones sexuales (32.9%). En segundo lugar, porque quería embarazarse (17.9%). Le siguen, porque no creyó que podría quedar embarazada (17.4%), no conocía los métodos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos (17.1%) y 12.7% declaró otras razones.

De las adolescentes que sí utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, se observa un alto porcentaje de conocimiento de algún método de control natal: 98.4% conoce funcionalmente alguno. Entre los principales métodos conocidos

funcionalmente por las adolescentes están, como ya se dijo, el condón o preservativo masculino (82.7%), la píldora del día siguiente (74.0%) y el implante anticonceptivo o Norplant (71.3 %). En contraparte, aquellos métodos de los cuales tienen menor conocimiento sobre cómo funcionan están: los óvulos, jaleas o espumas (31.8%), las pastillas anticonceptivas (15.9%) y el parche (14.4 por ciento). De las adolescentes que declararon ser sexualmente activas, 1.3% no conocen métodos anticonceptivos, 39.7% indicó no utilizarlos y el 59.0% si los utilizan. De estas últimas, 86.9% usaron durante algún tiempo un método para evitar quedar embarazadas.

Diferenciando por edad, las adolescentes sexualmente activas que en su mayoría no utilizan algún método anticonceptivo son las de 15 y 16 años (57.8% y 49.2% respectivamente). A partir de los 17 años el uso de métodos anticonceptivos se incrementa, siendo las adolescentes de 18 y 19 años quienes más los utilizan (59.8% y 65.6% respectivamente).

El método anticonceptivo más utilizado por las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas es el condón masculino (38.1%), seguido del DIU, dispositivo intrauterino o aparato de cobre (26.7%), el implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant (11.1%), las inyecciones o ampolletas anticonceptivas (10.8%) entre otros. Cabe destacar que de las adolescentes sexualmente activas que no utilizan método anticonceptivo, la principal causa de no uso es debido a que se encuentran embarazadas (32.4%), mientras que 16.3% es debido a que quieren embarazarse (SNIEG, 2018: 6-7).

### **La deserción escolar de embarazadas adolescentes**

Cuatro de cada 10 mujeres adolescentes que se embarazan dejan la escuela. La maternidad y la paternidad tempranas limitan las oportunidades laborales de las mujeres y los hombres a trabajos circunscritos a unas pocas ocupaciones y casi siempre son empleos no formales y poco remunerados.

El embarazo temprano afecta el potencial desarrollo, el empoderamiento, la participación y el ejercicio de ciudadanía de las adolescentes. Muchas madres menores de 18 años están unidas, por lo regular, en relaciones de subordinación, con lo que se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia (SEP, 2018: 9).

Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indican que, en el cuarto trimestre de 2016, los adolescentes de 15 a 19 años 52.8% reportan escolaridad de nivel básico: 9% con primaria (6.7% completa y 2.3% incompleta), mientras que el 43.7% tienen al menos un grado de secundaria; el 41.8% tienen algún grado del nivel medio superior, y 4.1% de nivel superior (INEGI, 2016: 3-4). Sólo 6 de cada 100 jóvenes de escasos ingresos logra cursar estudios universitarios. Entre las causas de tal inequidad figuran los limitados ingresos económicos de las familias, su bajo nivel de estudios, razones de género, la residencia en pueblos remotos (Marmolejo, 2017: 12).

### **Atención de adolescentes embarazadas**

La atención prenatal es un conjunto de acciones programadas con el fin de controlar la evolución del embarazo, obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del

recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico; vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, informar a la embarazada y a su familia sobre signos de alarma y conducta a seguir. La detección de enfermedades subclínicas y que requieren tratamiento, control odontológico y derivar a la paciente a atención especializada. Los controles prenatales son fundamentales para checar el desarrollo del embarazo, y detectar a tiempo cualquier anomalía que pudiera hacerse presente, tanto en el bebé como en la madre.

Desde una perspectiva sociocultural, el acceso de las adolescentes a servicios de salud materna, en los contextos de muy alta marginación, la negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para acudir a un control prenatal de manera oportuna y constante, aunado a la vulnerabilidad familiar y social en que viven, no identificando además una figura de apoyo que se convierta en un facilitador para acudir a control prenatal, por lo que el sistema de salud en estos contextos, debe constituirse como un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes embarazadas, favoreciendo un vínculo de confianza y respeto.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece: “Que, en toda paciente con embarazo de bajo riesgo, se deben programar mínimo 5 consultas prenatales”.

Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal o no asisten, por lo tanto, no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años.

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 30 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo (Gamboa y Valdés, 2013: 2, 8-10).

La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de dicha atención.

El trimestre en el que se inicia la atención prenatal es un indicador útil, ya que permite medir la oportunidad de la atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños a la salud materna e infantil. La Norma Oficial mexicana para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, considera que un control adecuado del embarazo debe iniciar en el primer trimestre de gestación (CONAPO, 2011: 55).

### **Mortalidad materna**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención.

La definición dada por la OMS, obliga a distinguir entre muerte materna directa y muerte materna indirecta. Muerte materna directa es aquella resultante de complicaciones del



embarazo, cualquiera que sea su momento (embarazo, parto o puerperio), de las intervenciones motivadas por el embarazo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados.

Muerte materna Indirecta, es la resultante de una enfermedad o patología preexistente, o que se desarrolló durante el embarazo, y cuyo origen no tiene relación directa con el embarazo, pero cuya evolución puede ser agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Ahora bien, volviendo a la clasificación que se deriva de la definición que de muerte materna da la OMS, algunos autores incluyen también a la muerte materna no obstétrica, la cual se produce debido a causas no relacionadas con el embarazo o con su cuidado.

Las causas de la mortalidad materna no son únicamente atribuibles a las cuestiones médico-sanitarias, sino que son también resultado de factores sociales que incrementan el riesgo de la vida de la mujer durante el embarazo y los eventos obstétricos derivados del mismo (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXIV Legislatura, 2018: 11-12, 15, 68).

Según registros de la Secretaría de Salud Jalisco, en 2014 se registraron 52 muertes maternas; de éstas, 8 fueron de adolescentes. En 2015, de las 34 muertes maternas, 6 fueron en adolescentes

Los principales aspectos clínicos que ocasionaron muerte materna fueron: enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), hemorragia obstétrica, aborto, sepsis y dos causas de muertes indirectas: sida e influenza. En 2010, las enfermedades obstétricas indirectas presentaron la mayor causa de defunción (26.3%), seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, con 25% de los casos. 27.8% de las fallecidas no contaban con ningún sistema de seguridad social o protección a la salud, 39.2% estaban afiliadas al Seguro Popular y 17%, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 30 años (Gamboa y Valdés, 2013: 8-10, 123).

En México las muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio pasaron de 2, 156 en 1990 a 971 en 2011, lo cual implica que se redujo en un 51.1%, al pasar de 88.7 a 43.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Lo que representa un avance de 68.8% con respecto a la meta comprometida en los Objetivos del Milenio (ODM) (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXIV Legislatura, 2018: 11-12, 15, 68).

### **Consideraciones finales**

En México, uno de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad social es el de las mujeres adolescentes embarazadas, ya que generalmente provienen de entornos sociales desfavorecidos, caracterizados por carencias educativas, nutricionales y de acceso a servicios básicos. Las condiciones económicas y sociales tienen repercusiones en la salud de

la mujer y del hijo que hacen del embarazo en la adolescencia un evento altamente riesgoso. Estimaciones nacionales sugieren que alrededor de 20% de los nacimientos en México ocurren en mujeres adolescentes y que la mitad de las adolescentes que han iniciado su vida sexual alguna vez han estado embarazadas.

En países en desarrollo y desarrollados, el embarazo temprano es más probable entre adolescentes de hogares de ingresos y niveles de educación bajos, que viven en zonas rurales en circunstancias de exclusión social, pobreza, marginación y desigualdad de género, donde no pueden gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos, o donde el acceso a la atención médica, escolarización, información, servicios y oportunidades económicas es limitado (Juárez-Cervera, 2018: 20).

El uso de los servicios de salud materna es mayor cuando se tiene un buen nivel educativo, buena condición económica, existen medios de difusión de información como radio y televisión en el hogar, la vivienda está en área urbana, existe mayor disponibilidad de instituciones de salud, la madre tiene empleo, toma decisiones libremente sobre su cuidado médico y está afiliada a un régimen de seguridad social en salud.

Jorge Laureano y colaboradores en 2014 analizaron en Jalisco los datos de 140 nacimientos de 4 municipios de muy alta marginación, (grupo 1) y 21004 nacimientos de 21 municipios de muy baja marginación (grupo 2). El 20% del grupo 1 no recibió atención prenatal y 16.4% inició su control prenatal hasta el tercer trimestre del embarazo, mientras que en el grupo 2 sólo 3.4% no recibió control prenatal y 4.7% inició su control prenatal hasta el tercer trimestre. La media de consultas del grupo 1 fue de 3.1, en el grupo 2 de 6.7. En el grupo 1 el 32.1% no tenía seguridad social, mientras que en el grupo 2 solo 7.8% no tenía seguridad social.

Los sistemas de salud, para hacer frente al embarazo en adolescentes, deben vincular sus acciones con el nivel socioeconómico de los habitantes del país, donde la población marginada y excluida sea tomada en cuenta en el análisis de los modelos de atención, para que las implementaciones de las acciones respondan a las necesidades del contexto. Los aspectos de orden sociocultural son un marco de análisis para la toma de decisiones en Salud Pública. El análisis desde la desigualdad social es un instrumento indispensable en la justificación de los programas de atención en salud (Laureano, Mejía, De la Torre, Aldo, 2016: 217).

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues a veces no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos.

Puede afirmarse que el mayor aspecto o factor sociocultural es la poca o nula comunicación entre padres e hijos y la vergüenza de los padres para tratar el tema de la sexualidad, por ende, prefieren tener o hacer creer a sus hijos que este no es un tema que les compete y del cual se les hablará cuando tengan la edad “adecuada” para saber todo lo relacionado con ello, casi que prefieren mantener el tema en total secreto y prohibición (Quintero, Rojas y Mauricio, 2015: 230)



Se necesita que los gobiernos promuevan programas sociales enfocados en mujeres adolescentes, que busquen impulsar mayores oportunidades económicas y sociales para ellas. Con ello se podrían brindar múltiples opciones en la construcción de un proyecto de vida, que les garantice oportunidades económicas y sociales y que de sentido a sus vidas (Save the Children, 2016: 19).

Asegurar la cobertura universal de salud para las y los adolescentes, así como su calidad, accesibilidad y adaptabilidad, especialmente en torno a su salud sexual y reproductiva. Favorecer una política de abasto de métodos anticonceptivos accesibles, campañas de información y difusión, un trabajo de capacitación constante al personal de salud para la no estigmatización de la población adolescente que busca acompañamiento en materia de salud sexual.

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna.

En México la razón de la mortalidad materna ha disminuido de manera importante en las últimas décadas: pasó de 88.7 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 34.6 en 2015. En este año la razón de mortalidad materna en Jalisco fue de 24.78 (INEGI, 2017: s/p).

De acuerdo con los indicadores establecidos por los ODM, la meta establecida para reducir la muerte materna al 2015 es de 22.5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos,

## Bibliografía

Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXIV Legislatura (2018), Mortalidad materna en México, en

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2018/Marzo/12/5072-Mexico-primer-lugar-de-embarazo-adolescente-en-la-OCDE-diputado->

COEPO (2013). Día nacional para la prevención del embarazo no planificado, Guadalajara, Jalisco, México, en: <http://www.iiieg.gob.mx/contenidopoblación/vivienda/coepopdfNota201317EmbarazoA.pdf>

CONAPO (2011). Perfiles de salud reproductiva. Jalisco. En [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/perfiles\\_salud\\_reproductiva\\_estados/Perfiles\\_SR\\_14\\_JL.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/perfiles_salud_reproductiva_estados/Perfiles_SR_14_JL.pdf)

- CONAPO (2013). Día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes, en [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/26\\_de\\_Septiembre\\_2013\\_Dia\\_Mundial\\_para\\_la\\_Prevenccion\\_del\\_Embarazo\\_No\\_Planificado\\_en\\_Adolescentes](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/26_de_Septiembre_2013_Dia_Mundial_para_la_Prevenccion_del_Embarazo_No_Planificado_en_Adolescentes)
- EHRENFELD, NOEMÍ (2008). “El embarazo en adolescentes”, Género y Salud en Cifras, volumen 6, número 1, enero-abril, México, Secretaría de Salud, en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20v6-1.pdf>  
Consultado el 2 de marzo de 2014.
- FAVIER TORRES, MARÍA AGUSTINA, SAMÓN LEYVA, MERCEDES, RUIZ JUAN, YADIRA, FRANCO BONAL, ANELYS (2018). Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia, Revista Información Científica, Vol. 97, No. 1, enero-febrero, pp. 205-214, Cuba, Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, en [www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/issue/view/117](http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/issue/view/117)
- GAMBOA MONTEJANO, CLAUDIA Y VALDÉS ROBLEDO, SANDRA (2013). El embarazo en adolescentes, México, H Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, LXII Legislatura, en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
- GARDUÑO, SILVIA ((2017). “Retroceden 11 estados, establece medición”, Diario Mural del 31 de agosto, p. 3, Guadalajara, Jal. México.
- [GÓMEZ PIO, IVÁN, MOLINA, RAMIRO, ZAMBERLIN, NINA \(2011\) Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años, Lima, Perú, Federación Latinoamericana. de Sociedades de Obstetricia y Ginecología \(FLASOG\)](#)
- INEGI (2016). Estadísticas a propósito de día internacional de la juventud (12 de agosto) en [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf)
- INEGI, (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (ENDIREH) 2016, México, en [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017\\_08.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf)
- INJUVE (2011). Resultados de la Encuesta Nacional de Juventud 2010, México, en [http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Juventud\\_2010\\_Resultados\\_Generales\\_18nov11.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_Resultados_Generales_18nov11.pdf)
- JUÁREZ-CERVERA RINZA, YESENIA JAQUELINE (2018). Factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, Lima, Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10097/Cervera\\_ry.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10097/Cervera_ry.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- LAUREANO, JORGE, GIL, ELISA, MEJÍA, MARTHA LETICIA, DE LA TORRE, ALDO, CÉSAR (2016). Embarazo en Adolescentes en Jalisco: una mirada desde la marginación social, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Vol. 62, número 3, Julio-septiembre, Lima, Perú, en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000300002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000300002)

- MARMOLEJO CERVANTES FRANCISCO (2017). Sólo 6% de jóvenes de escasos ingresos logra estudiar en la universidad, Diario Milenio del 8 de julio, p. 12, Guadalajara, Jalisco, México.
- ONU (2005). Informe Anual del Estado de la Población Mundial, New York, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en <http://www.unfpa.org.mx/Publicaciones/swop-2005-PressSummary.pdf> Consultado del 12 de diciembre de 2013.
- QUINTERO RONDÓN, ANGIE PAOLA, ROJAS BETANCUR, HÉCTOR MAURICIO (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, Número 44, pp. 222-237 en <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
- RESTREPO, HUMBERTO Y MANUEL ANTONIO ORTIZ (2005). “La anticoncepción de emergencia ¿De interés para la salud pública?”, Colombia Médica, Vol. 33, número 3, Cali, Colombia, Universidad del Valle, en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol33/anticoncepcion.htm> Consultado el
- REYES, DAVID DE JESÚS, AMADOR CORREDOR, SANDRA, Y CECILIA CHÁVEZ VALERO (2011). “Adolescencia y embarazo: supuestos e implicaciones en su estudio como grupo vulnerable”, en Acevedo Alemán, Jesús, Trujillo Pérez María de los Ángeles y María de la Luz
- SAVE THE CHILDREN (2016). Embarazo y maternidad en la adolescencia, en <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/89/89cd3f0a-43e0-42aa-876a-a345df7f0f74.pdf>
- SEP (2018). Informe. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) <https://www.gob.mx/sep/documentos/informe-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>
- SNIEG (Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica) 2018). en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/cni/escenario.aspx?idOrden=1.4&ind=6300000085&gen=178&d=n>
- UNFPA (2018). América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo, en <http://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>