



Segunda Fase de la
**Estrategia Nacional para la
Prevención del Embarazo
en Adolescentes 2021-2024**



Página legal

Segunda fase de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente 2021-2024



ÍNDICE

1. Siglas y acrónimos	1
2. Introducción	
3. Diagnóstico: avances en los indicadores de impacto de la ENAPEA	
Determinantes del embarazo en la adolescencia	
Entre los principales determinantes del embarazo en la adolescencia se encuentran la educación; el acceso a la información y métodos anticonceptivos, su uso en la primera relación sexual o las razones para no utilizarlo, así como su prevalencia; la anticoncepción post evento obstétrico; la prevención y atención de la violencia sexual contra NNA; el consumo y el efecto de alcohol y otras drogas.	
Educación	
Acceso a la información y métodos anticonceptivos	
Razones para la no utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual	
Prevalencia de métodos anticonceptivos	
Anticoncepción post evento obstétrico	
Prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes	
Consumo de alcohol y otras drogas y sus efectos	
4. Justificación	
4.1 Principales hallazgos y recomendaciones de la evaluación realizada por EUROSOCIAL	
4.2 Lecciones aprendidas durante la contingencia sanitaria por COVID-19	
4.3 Contexto de violencia de género	
5. Nueva orientación de la ENAPEA durante el periodo 2021–2024	
5.1 Ejes rectores transversales	
5.2 Componentes prioritarios	
5.3 Temas clave	
6. Andamiaje	
a. Asamblea del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (antes GIPEA)	
b. Comité ejecutivo	

c. Mesa Técnica

d. Grupos de trabajo (GT)

1. Grupo de Trabajo para la estrategia territorial (antes Subgrupo de acompañamiento a los GEPEA)
2. Grupo de Trabajo para disminuir a cero los embarazos y nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años (antes Subgrupo de Trabajo para erradicar los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años)
3. Grupo de Trabajo de indicadores de monitoreo y seguimiento de la enapea
4. Grupo de Trabajo de comunicación y gestión del conocimiento
5. Grupo de Trabajo sobre educación integral en sexualidad y capacitación

7. Cadena de cambio

7.1 Alineación con el PND y los programas sectoriales y especiales

7.2 Objetivos prioritarios

7.3 Estrategias prioritarias y acciones puntuales

8. Metas e indicadores (2020–2024)

9. Epílogo: visión de largo plazo

10. Lista de dependencias y entidades participantes

ANEXO

- ◆ Referencias



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ◆ Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP)
- ◆ Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C. (Balance)
- ◆ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)
- ◆ Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida)
- ◆ Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA)
- ◆ Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)
- ◆ Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic)
- ◆ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)
- ◆ Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Conavim)
- ◆ Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)
- ◆ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- ◆ Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (CNBBBJ)
- ◆ Coordinación Sectorial de Igualdad de Género y Programas Transversales (CSIGPT)
- ◆ Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)
- ◆ Diario Oficial de la Federación (DOF)
- ◆ Dirección General de Desarrollo Curricular (DGDC)
- ◆ Dirección General de Educación Indígena, Intercultural y Bilingüe (DGEIIB)
- ◆ Dirección General de Materiales Educativos (DGME)
- ◆ Dispositivo intrauterino (DIU)
- ◆ Educación integral en sexualidad (EIS)
- ◆ Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. (Elige)
- ◆ Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER)
- ◆ Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT)
- ◆ Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE)
- ◆ Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS)
- ◆ Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (ENIGH)
- ◆ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)
- ◆ Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA)
- ◆ Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ)
- ◆ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSaNut)
- ◆ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)
- ◆ Entidad de Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU MUJERES)
- ◆ Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)
- ◆ Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA)
- ◆ Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)
- ◆ Fondo de Cultura Económica (FCE)
- ◆ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- ◆ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- ◆ Fondo para el Bienestar de las Mujeres (FOBAM, antes PROEQUIDAD)
- ◆ Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A. C. (MEXFAM)

- ◆ Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA)
- ◆ Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA)
- ◆ Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- ◆ Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB)
- ◆ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- ◆ Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE)
- ◆ Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol)
- ◆ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
- ◆ Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)
- ◆ Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI)
- ◆ Instituto Nacional de Perinatología (INPer)
- ◆ Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
- ◆ Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED)
- ◆ Ipas Centroamérica y México (Ipas CAM)
- ◆ Latinoamérica y el Caribe (LAC)
- ◆ Mujeres en edad fértil (MEF)
- ◆ Mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)
- ◆ Necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA)
- ◆ Niñas, niños y adolescentes (NNA)
- ◆ Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)
- ◆ Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica (OIJ)
- ◆ Organización Internacional de Trabajo (OIT)
- ◆ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
- ◆ Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- ◆ Organización Mundial de la Salud (OMS)
- ◆ Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- ◆ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)
- ◆ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- ◆ Plan Nacional de Desarrollo (PND)
- ◆ Producto interno bruto (PIB)
- ◆ Programa de la UE para la cohesión social en América Latina (EUROSociAL)
- ◆ Red de Democracia y Sexualidad, A.C. (DEMYSEX)
- ◆ Secretaría de Bienestar (Bienestar)
- ◆ Secretaría de Educación Pública (SEP)
- ◆ Secretaría de Gobernación (Segob)
- ◆ Secretaría de Salud (SS)
- ◆ Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)
- ◆ Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral a Niños, Niñas y Adolescentes (SE-SIPINNA)
- ◆ Secretaria General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO)
- ◆ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP)
- ◆ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)
- ◆ Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP)
- ◆ Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS)
- ◆ Tasa de fecundidad en adolescentes (TFA)
- ◆ Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X)
- ◆ Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
- ◆ Universidad Pedagógica Nacional (UPN)

2

INTRODUCCIÓN

La estructura demográfica de la sociedad mexicana actual es el resultado de la transición demográfica y de la política poblacional adoptada a mediados de la década de 1970, cuando se pusieron en marcha programas de planificación familiar orientados a reducir la tasa de fecundidad y detener el rápido ritmo de crecimiento de la población. Dicha estructura por edad muestra, por un lado, una disminución de la población infantil -debido al descenso de la tasa de fecundidad- y, por otro, un aumento en la población en edad de trabajar -que se traduce en condiciones para desarrollar capital humano entre la población más joven-. Sin embargo, como señala el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), no se puede lograr un verdadero desarrollo social y económico si la población no ejerce de forma plena sus derechos humanos; en específico, sus derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con la Conciliación Demográfica de México 1950–2015 y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016–2050,¹ en las últimas cinco décadas, el país presentó cambios importantes. En ese tiempo, logró reducir de manera significativa la tasa de crecimiento poblacional total de 3.04 por ciento anual en 1970 a 0.94 en el 2020. Por su parte, la tasa de fecundidad por mujer, que en 1970 era de 6.6 hijos o hijas, en 2020 fue de 2.05. Sin embargo, en el mismo periodo, el descenso de la fecundidad en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años fue menor y presentó algunos altibajos: entre 1970 y 1990 se registró un descenso de 36 por ciento; sin embargo, en años posteriores, la tasa se estancó: de 2005 al 2014 pasó de 75.8 nacimientos por cada mil adolescentes a 75.6.

Ante esa situación, en 2015, el Gobierno de México presentó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), cuyo objetivo es evitar el embarazo en la segunda década de vida. Con ello se busca promover la reducción de las brechas sociales, económicas y de género; desde el respeto a los derechos humanos de las adolescencias, sobre todo aquellos relativos a la salud sexual y reproductiva, hasta el impulso de su libertad y su desarrollo como personas.

Los objetivos específicos de la ENAPEA son: 1) promover el desarrollo humano y las oportunidades de las adolescencias, 2) crear un entorno que favorezca la toma de decisiones libres y acertadas sobre sus proyectos de vida y el ejercicio de su sexualidad, 3) incrementar la oferta y la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, y 4) brindar educación integral en sexualidad (EIS) en todos los niveles educativos.

Para el año 2030, la ENAPEA se propuso dos metas: 1) erradicar los nacimientos entre las niñas y adolescentes de 10 a 14 años y 2) reducir 50 por ciento la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. Dichos indicadores no sólo son relevantes a nivel nacional; también están alineados con los compromisos internacionales de la Agenda de Desarrollo 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En específico, se refieren a los indicadores 3.7.2a (tasa específica de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años) y 3.7.2b (tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años), los cuales sirven para medir el progreso de la meta 3.7, “De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” incluida en el ODS3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Asimismo, se atiende el Consenso de Montevideo, que considera el seguimiento y reporte de ambos indicadores, fundamentales para la revisión del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

En los años en los que ha operado la ENAPEA, se ha registrado un descenso en la tasa de fecundidad en adolescentes, de 74.3 nacimientos por cada mil adolescentes en el 2015, a 68.5 en el año 2020. Aunque la tasa siga siendo

¹ Elaboradas por el CONAPO en 2018, pueden consultarse en: <http://indicadores.conapo.gob.mx/Proyecciones.html> 1

alta, en comparación con países con niveles socioeconómicos semejantes, es un avance importante.² Se trata de un fenómeno multifactorial y complejo que se ha relacionado con la persistencia de graves desigualdades socioeconómicas y de género, así como de desigualdades vinculadas con la discriminación hacia las personas de origen indígena o afromexicano o que pertenecen a culturas diferentes. Es necesario, además, trabajar de forma más eficiente con los diversos sectores que viven en condiciones más precarias, en comunidades rurales, indígenas y afromexicanas, entre otros. Asimismo, la educación integral en sexualidad (EIS) y los servicios de salud reproductiva dirigidos a adolescentes deben mejorarse, sobre todo en los territorios en situación de mayor pobreza, en contextos aislados y dispersos, tal y como se señala en el Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo.

El actual gobierno de México presentó una segunda fase de la Encuesta: la ENAPEA 2021–2024. Con ella, se busca reorientar las actividades en el contexto de la actual transformación del país y articularlas con las prioridades y los programas de la nueva administración. Además, y de manera muy oportuna, la Estrategia recibe los insumos de una evaluación externa y una planeación estratégica conducidas por EUROSOCIAL.³

La ENAPEA 2021–2024 es una estrategia integral e intersectorial que incluye los tres ámbitos de gobierno -federal, estatal y municipal-, en las 32 entidades federativas. Se coordina desde la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SCONAPO) junto con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), que funge como Secretaría Técnica. El objetivo es instrumentar acciones integrales y articuladas, así como mecanismos de atención intersectoriales e intergubernamentales, que incidan en la prevención de los embarazos a partir de cuatro enfoques: perspectiva de género; niñez, adolescencias y juventudes; pertinencia cultural; y derechos humanos.

La ENAPEA 2021–2024 fue diseñada en colaboración con un Comité Ejecutivo integrado por seis instituciones públicas, un organismo internacional y una organización representante de la sociedad civil, a saber: la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud (SS), la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SE-SIPINNA), el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y, como representante de las organizaciones de la Sociedad Civil, en la actualidad participa Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A. C.⁴

Esta segunda fase busca focalizar los esfuerzos para que la Estrategia sea más precisa, articulada y eficiente, dada la necesidad de encaminar las acciones hacia una meta común avalada tanto por las entidades federativas como por los municipios y las comunidades a partir de principios comunes y de una imagen unificada. Para ello, es preciso concretar en cada territorio el trabajo intersectorial e interinstitucional, de forma que la interacción entre los entes públicos se convierta en una práctica cotidiana. Asimismo, se reforzarán los contenidos del currículo escolar con base en la evidencia científica y en los derechos sexuales y reproductivos para contribuir a la erradicación de la violencia de género y promover la corresponsabilidad masculina en la vida sexual y ante el embarazo en la adolescencia, así como para prevenir el consumo de alcohol y otras sustancias que podrían ocasionar prácticas sexuales de riesgo.

El embarazo en la adolescencia se asocia con la interacción de determinantes mediados por causas estructurales de tipo social, económico y cultural, que favorecen el inicio de la maternidad y de la paternidad en la segunda década de vida. La evaluación externa de la ENAPEA, realizada por EUROSOCIAL, recomienda reforzar los esfuerzos para actuar sobre los determinantes que impactan de forma más directa en el embarazo en adolescentes. Es necesario enfocarse en la prevención de estos embarazos e identificar intervenciones clave, como la educación integral

² De acuerdo con las proyecciones de Naciones Unidas en el quinquenio 2015–2020, Argentina, Brasil y Colombia tienen una tasa de fecundidad en adolescentes (TFA) de 62.8, 59.1 y 66.7 nacimientos por cada mil adolescentes, respectivamente, mientras en México, para el mismo periodo, conforme a datos y estimaciones del CONAPO, la TFA es de 71.3.

³ EUROSOCIAL es “un programa de cooperación entre la Unión Europea y América Latina que contribuye a la reducción de las desigualdades, la mejora de los niveles de cohesión social y el fortalecimiento institucional en 19 países latinoamericanos, mediante el apoyo a sus procesos de diseño, reforma e implementación de políticas públicas, focalizando su acción en las áreas de igualdad de género, gobernanza democrática y políticas sociales”. En 2019, se buscó que una instancia externa evaluara el desempeño de la ENAPEA. Por ello, tanto el Instituto Nacional de las Mujeres como la Secretaría General del Consejo Nacional de Población solicitaron a este organismo que se hiciera cargo de ésta. Los resultados se pueden consultar en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segunda-evaluacion-de-la-estrategia-eurosoci-al-2019-2020>

⁴ En algunos ejes importantes, participan el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), el Fondo de Cultura Económica (FCE), la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), además de otras instancias del sector educativo, de salud y de bienestar social, así como representantes de organizaciones de la sociedad civil y de la academia.

en sexualidad, la consejería y el acceso a métodos anticonceptivos. Asimismo, la promoción de la doble protección -es decir, el uso del condón en combinación con los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP)- para alcanzar una mayor efectividad, tanto para la prevención de embarazos como de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, es de suma relevancia.

Otro elemento clave es la visibilización y distinción de intervenciones dirigidas a las niñas y adolescentes menores de 15 años orientadas a eliminar los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas⁵ en menores de 18 años, erradicar la violencia sexual y garantizar el acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo (ILE) en caso de violación, contemplada en el marco legal de las 32 entidades federativas. Además, la Norma Oficial Mexicana (NOM)-046⁶ regula medidas de protección integral para las niñas y adolescentes con embarazos forzados que fueron víctimas de violencia y abuso sexual, así como la acción de la justicia para la reparación civil y la persecución del delito penal.

La ENAPEA ha favorecido el reconocimiento del embarazo en la adolescencia como un problema de interés público y multifactorial. Para atenderlo de manera conjunta es necesario potenciar los esfuerzos desde todos los sectores, a través de la generación de sinergias con las entidades federativas y los municipios, con dependencias gubernamentales y organismos internacionales, así como con organizaciones de la sociedad civil y la academia. La evaluación de EUROSOCIAL señala también la necesidad de realizar una reingeniería de la estructura original de la Estrategia, para fortalecer la coordinación interinstitucional y ordenar mejor las responsabilidades sectoriales que competen a cada organismo.

Con base en estas recomendaciones, la segunda fase de la ENAPEA innova en la ejecución y el fortalecimiento de su gobernanza institucional. Hoy se cuenta con voluntad política y con una alianza interinstitucional estratégica -en el contexto de austeridad decretado ante la pandemia de COVID-19- que obliga a optimizar los recursos y a redoblar los esfuerzos en favor de todas las niñas, niños y adolescentes de México.

⁵ Cabe aclarar que existe un déficit en el cumplimiento de la ley pues, a pesar de que los matrimonios y las uniones entre menores de edad están prohibidos, aún se realizan.

⁶ Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.



3

DIAGNÓSTICO: AVANCES EN LOS INDICADORES DE IMPACTO DE LA ENAPEA

A seis años de la implementación de la ENAPEA, se registran algunos avances en los principales indicadores de impacto; a saber, en la tasa de fecundidad en adolescentes (TFA) de 15 a 19 años y en la razón de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años. Además, en algunos indicadores asociados con el embarazo en la adolescencia se observan resultados que reflejan el trabajo realizado.

De acuerdo con las Proyecciones de la Población de México 2016–2050, en 2020 había 22 185,367 personas entre 10 y 19 años de edad en el país -de ellas, 10,909,810 mujeres; es decir, poco menos de la mitad-. Las adolescentes representaron 15.8 por ciento del total de mujeres en edad fértil y contribuyeron con 373 661 nacimientos en 2020, que representan 17.4 por ciento del total de nacimientos ocurridos ese año en el país (2 151 358).⁷

La ENAPEA responde al reconocimiento de que, en comparación con lo observado en otros grupos de edad, el ritmo de descenso de la natalidad entre las adolescentes fue el más bajo. En 1970, la tasa de nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años fue de 134.7; para 1990, disminuyó 36 por ciento, a 86.1 nacimientos; en el año 2000, la TFA presentó una disminución de casi diez por ciento, equivalente a 77.9 nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años. No obstante, la reducción en la TFA en 15 años fue tan sólo de 4.5 por ciento, con 74.3 nacimientos por cada mil adolescentes en 2015. Durante los cinco años en que se puso en operación la ENAPEA -de 2015 a 2020- se estima que la TFA disminuyó 7.8 por ciento, al alcanzar una tasa de 68.5 nacimientos por cada mil adolescentes.

El análisis de los cambios en la TFA por entidad federativa muestra distintos niveles de descenso entre 2015 y 2020 (véase gráfica 1). Durango, Guerrero, Sonora, Sinaloa, Jalisco, Tlaxcala, Chihuahua y Guanajuato presentaron una reducción de 10 a 15 por ciento, mientras que las entidades identificadas con las tasas de fecundidad en adolescentes más elevadas fueron Coahuila, con 94.3 nacimientos por cada mil adolescentes, seguida por Chiapas con 84.9 nacimientos, Nayarit con 79.5, Campeche con 79.2 y Michoacán con 77.3. Por su parte, las entidades con TFA más bajas en 2020 fueron la Ciudad de México, con 47.8 nacimientos; Querétaro, con 59.7; Yucatán, con 61.8; Sonora, con 62.1, y el Estado de México, con 62.4 nacimientos por cada mil adolescentes.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en relación con la escolaridad se observan importantes brechas en las TFA trianuales⁸ en función de los distintos niveles de escolaridad reportados por las adolescentes. Mientras que la tasa de fecundidad de las adolescentes sin escolaridad y primaria incompleta se ubica en 146.5 nacimientos por cada mil adolescentes, entre aquellas con primaria completa, la tasa de fecundidad es ligeramente mayor, con 154.1 nacimientos por cada mil adolescentes. Por su parte, entre las adolescentes que cursaron la secundaria, la TFA todavía se encuentra en niveles muy elevados (139.4 nacimientos por mil adolescentes); sin embargo, entre las adolescentes que informaron haber cursado la preparatoria y estudios superiores, la TFA es cuatro veces menor en comparación con la de las adolescentes que sólo terminaron la primaria (37.5 vs. 154.1 nacimientos por cada mil adolescentes). Como se puede observar, el nivel de escolaridad constituye un factor importante en el nivel de la TFA, por lo que es necesario focalizar esfuerzos para lograr que más adolescentes alcancen el nivel medio superior y, con ello, evitar las uniones y los embarazos a edades tempranas.

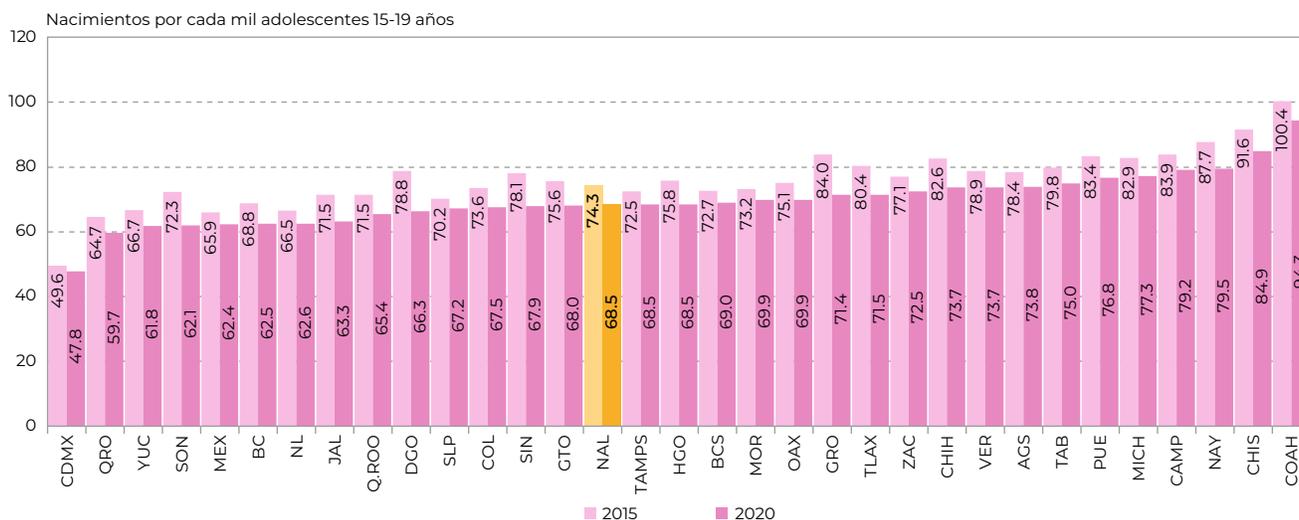
Si se considera como factor el lugar de residencia de las adolescentes -de acuerdo con estimaciones basadas en la ENADID-, se observó que, entre 2014 y 2018, tanto en contextos urbanos como rurales, la TFA descendió 8.4 y 7.7 por ciento, respectivamente. En el caso de las residentes de zonas rurales, el porcentaje de descenso de la TFA

⁷ Estas cifras no contemplan las afectaciones producidas en el país por la pandemia por el virus SARS-CoV-2 -responsable de ocasionar la enfermedad COVID-19- en materia de salud sexual y reproductiva, dado que a la fecha no se cuenta con datos oficiales.

⁸ Con el fin de obtener una estimación más robusta, se consideran los nacimientos ocurridos en 2015, 2016 y 2017 por tratarse de años completos, reportados en el levantamiento de 2018; la estimación se centra a mitad del periodo, es decir 2016.

GRÁFICA 1.

Tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años de edad por entidad federativa, 2015 y 2020



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

fue muy cercano al nacional; sin embargo, es importante considerar que se parte de una tasa muy alta: se pasó de 99.6 a 91.9 nacimientos por cada mil adolescentes; mientras que en las zonas urbanas se pasó de 70.4 a 64.5 por cada mil adolescentes.

En el caso de las adolescentes que se identifican como indígenas -es decir, aquellas que residen en hogares indígenas,⁹ el reto es aún mayor, pues los cambios registrados entre 2014 y 2018 no son alentadores. En ese periodo, en dicho grupo se verificó un aumento de la TFA de 2.8 por ciento, al pasar de 84.7 a 87.1 nacimientos por cada mil adolescentes. El contraste con las adolescentes no indígenas -entre quienes la tasa descendió 9.5 por ciento y pasó de 76.2 a 69 nacimientos por cada mil adolescentes- es notable. Entre las adolescentes hablantes de una lengua indígena, la tasa disminuyó tan sólo 3.6 por ciento; a pesar de tratarse del nivel más alto de la TFA, la tasa bajó de 102.7 nacimientos en 2014 a 99 nacimientos por cada mil adolescentes en 2018. Si se comparan estas cifras con las relativas a las adolescentes no hablantes de una lengua indígena en el mismo periodo, la diferencia es muy notoria, pues en este segundo grupo la tasa disminuyó 8.6 por ciento, al pasar de 75.8 nacimientos por cada mil adolescentes a 69.2.

En el contexto internacional, según las Proyecciones de Naciones Unidas de 2019,¹⁰ para el quinquenio 2015-2020, la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) presenta la segunda tasa más alta de fecundidad en adolescentes, con 63 nacimientos por cada mil mujeres en este grupo de edad, sólo superada por la región del África Subsahariana (95). México se encuentra por arriba del promedio de LAC, con una tasa de 68.5¹¹ nacidos(as) vivos(as) por cada 1000 adolescentes, y ocupa la séptima posición entre los países con la tasa más alta en la región, donde el primer lugar corresponde a República Dominicana (94.3), seguida de Venezuela (85.3), Nicaragua (85.0), Panamá (81.8) y Guyana (74.4). Por otra parte, en relación con los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en el mismo periodo, México presenta la tasa más alta.

De particular relevancia es el caso de las niñas y adolescentes de 10 a 14 años. De acuerdo con datos estimados por la SCONAPO con base en Estadísticas Vitales de Natalidad (EV) publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre 2015 y 2020, en este grupo de edad se registraron 9 573 nacimientos en promedio por año.

⁹ Se retoma el concepto de población indígena a partir de la conformación de hogares indígenas donde el jefe del hogar, la o el cónyuge y otras personas que integran el hogar hablan una lengua indígena.

¹⁰ World Population Prospects, 2019. Disponibles en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>

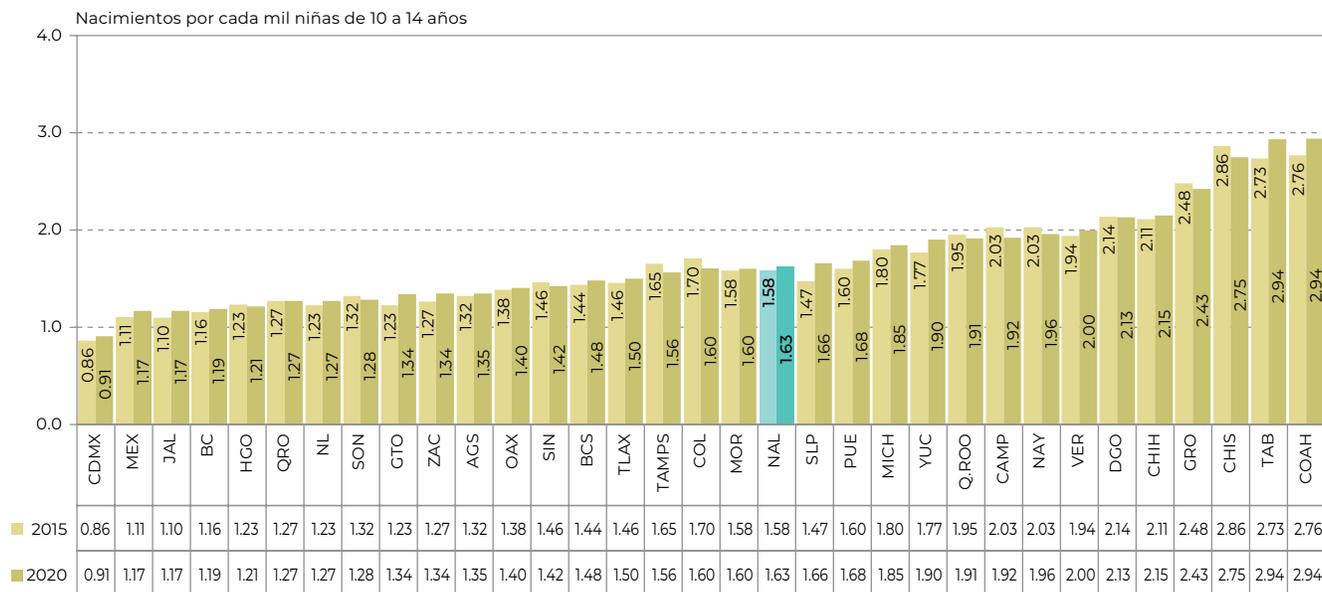
¹¹ Información tomada de CONAPO, Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas, 2016-2050.

En 2015, la razón¹² de fecundidad forzada en niñas y adolescentes de 10 a 14 años fue de 1.69 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes; en el 2020 se estima un ligero incremento al pasar a 1.81 nacimientos por cada mil menores de 15 años -es decir, 8 879 nacimientos-, aumento que puede atribuirse a una mejor captación de la información por parte de los registros administrativos. Esto también se vio reflejado en la tasa de fecundidad forzada en niñas y adolescentes de 12 a 14 años, que en 2020 aumentó de 2.79 a 2.99 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes.

Entre 2015 y 2020, la razón de fecundidad entre las niñas y adolescentes de 10 a 14 años aumentó en la mayoría de las entidades federativas (véase gráfica 2). Las entidades con la razón de fecundidad más alta en 2020 fueron Coahuila y Tabasco, con 2.94 en ambos casos, y Chiapas, con 2.75 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 14 años. En contraste, las entidades con la razón de fecundidad más baja en el mismo grupo de edad fueron Jalisco y el Estado de México, ambas con 1.17, y la Ciudad de México, con 0.91 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes en el mismo rango de edad.

GRÁFICA 2.

Razón de fecundidad de niñas de 10 a 14 años por entidad federativa, 2015 y 2020



Nota: A partir del año 2013, se estima el total de nacimientos a partir de una reconstrucción por medio de análisis de regresión dependiendo del comportamiento de cada entidad federativa. Lo anterior se determina después de un riguroso análisis de sensibilidad.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, registros administrativos de natalidad, 1990-2019 y CONAPO. Estimaciones del CONAPO con base en la Conciliación demográfica de México 1990-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

De acuerdo con estimaciones en las que se emplearon estadísticas vitales, en 2020 la mayoría de los nacimientos en menores de 15 años ocurrieron entre las adolescentes de 14 años (84.9%), seguidas por las adolescentes de 13 (13.2%), las de 12 (1.5%) y las de 11 (0.4%). Esto quiere decir que la gran mayoría de los nacimientos se registraron entre las adolescentes de 13 a 14 años (98.1%); lo que indica una mayor incidencia de la fecundidad en ese rango de edad y la notable necesidad de fortalecer las acciones en materia de educación integral en sexualidad, así como los mecanismos de protección de la infancia en el mismo. Ello no hace menos alarmante que 1.9 por ciento de los embarazos se registren en niñas de 10 a 12 años.

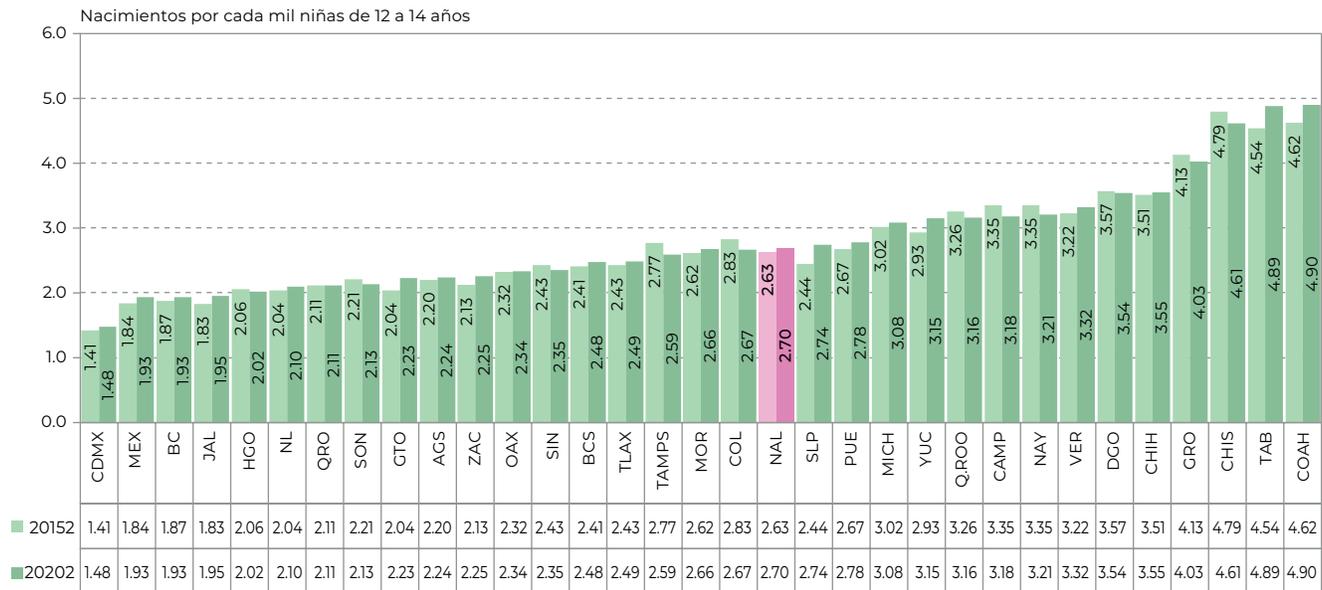
Por desgracia, entre 2015 y 2020, en la mayoría de las entidades federativas también se observó un aumento en la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes entre 12 y 14 años (véase gráfica 3). En este sentido, en 2020 se destacan entre las entidades con tasas de fecundidad más altas en ese rango de edad Coahuila, con 4.90 nacimientos;

¹² Se le llama razón de fecundidad porque en el denominador se incluye la población de niñas y adolescentes que es probable que aún no hayan iniciado la menarca.

Tabasco, con 4.89, y Chiapas, con 4.61 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes. Por su parte, la Ciudad de México, el Estado de México y Baja California presentaron las tasas más bajas, con 1.48 y 1.93 nacimientos (en las últimas dos entidades) por cada mil niñas y adolescentes de 12 a 14 años, respectivamente.

GRÁFICA 3.

Tasa de fecundidad de niñas de 12 a 14 años de edad por entidad federativa, 2015 y 2020



Nota: A partir del año 2013 se estima el total de nacimientos a partir de una reconstrucción por medio de análisis de regresión dependiendo del comportamiento de cada entidad federativa. Lo anterior se determina después de un riguroso análisis de sensibilidad.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, registros administrativos de natalidad, 1990-2019 y CONAPO. Estimaciones del CONAPO con base en la Conciliación demográfica de México 1990-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

Las entidades que presentan los más altos niveles de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años coinciden con aquellas donde existen altos porcentajes de población hablante de una lengua indígena,¹³ como Chiapas, donde 25.8 por ciento de la población habla alguna lengua indígena; Guerrero, con 16.9 por ciento; Oaxaca, con 27.1 por ciento, y Yucatán, con 28.1 por ciento. Dichas entidades presentan, además, los índices más altos de pobreza.¹⁴ Por ejemplo, en Chiapas, 81.6 por ciento de la población vive en situación de pobreza y 28.3 por ciento en situación de pobreza extrema; en Guerrero se identifica que 72.6 por ciento vive en situación de pobreza y 31.3 por ciento en situación de pobreza extrema; por su parte, el 72.5 por ciento de los habitantes de Oaxaca vive en situación de pobreza y 26.8 por ciento en pobreza extrema.

Estimaciones del CONAPO con base en las EV muestran que en 2015 la razón de fecundidad en las zonas rurales era de 1.79 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 14 años; en 2020 esta cifra aumentó a 1.85 nacimientos. En las áreas urbanas sucedió un fenómeno similar, pero de menor alcance; en ese caso se pasó, entre 2015 y 2020, de 1.51 a 1.70 nacimientos. En cuanto a la tasa de fecundidad entre las niñas de 12 a 14 años, en esos últimos cinco años se presentó un aumento de 2.96 a 3.06 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes residentes de zonas rurales, mientras que en las zonas urbanas aumentó de 2.50 a 2.80 nacimientos.

¹³ A nivel nacional, 6.5 por ciento de la población femenina de tres o más años habla alguna de las 67 lenguas indígenas. De ellas, 15.2 por ciento (más de medio millón de mujeres) no habla español; sin embargo, 21.4 por ciento del total de mujeres se considera indígena y 1.6 por ciento se considera indígena en parte (Echarri, 2020).

¹⁴ Según las estimaciones más recientes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) sobre pobreza multidimensional, 35 por ciento de las mujeres están en situación de pobreza moderada y 7.4 por ciento en pobreza extrema. Más de una cuarta parte de la población femenina (29.3%) se puede calificar como vulnerable por carencias sociales, 7.3 por ciento vulnerable por ingresos y tan sólo 22.3 por ciento son mujeres no pobres y no vulnerables", (Echarri, 2020).

Al establecer una relación entre las tasas de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años y la violencia sexual, se observa que en las entidades federativas donde se presentan altas tasas de fecundidad y predomina la población indígena la relación no es directa; es decir, en estas entidades los porcentajes de violencia reportados son bajos. Lo anterior indica una falta de reconocimiento de las agresiones. Un claro ejemplo es Chiapas, cuya tasa de nacimientos por cada mil niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad es de 6.52 y donde -de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016- 3.7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años sufrieron violencia durante la infancia; es decir, declararon que intentaron forzarlas a tener relaciones sexuales o las obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenazas o mediante el uso de la fuerza.

Esto puede contrastarse con la información relativa a la Ciudad de México en ese mismo año, donde la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años fue de 1.71; sin embargo, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 que declaró haber sufrido violencia durante la infancia fue de 5.6 por ciento (ENDIREH, 2016). Asimismo, un análisis de la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFADEA) 2017, permite tener una visión retrospectiva de las mujeres de 20 a 24 años que fueron madres en la adolescencia; 14.7 por ciento de aquellas que iniciaron su vida sexual en la adolescencia temprana mencionaron como razones el convencimiento, la coerción o la violación.

De acuerdo con la ENFADEA 2017, entre las mujeres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, 82 por ciento nació con vida, 15.6 por ciento fueron abortos, 1.3 por ciento nació sin vida y 1.2 por ciento nació con vida y posteriormente murió. Con base en la información proporcionada por las encuestadas, la causa principal de que el primer embarazo en la adolescencia terminara en aborto se debió, en la mayoría de los casos, a causas naturales (80%) -es decir, abortos espontáneos- mientras que una de cada diez mujeres informó que no quería tener hijos/as (10.7%). Otras causas señaladas fueron la falta de apoyo de la pareja (5%) y el deseo de continuar con sus estudios (1.4%). En comparación con los resultados de la ENADID 2018, del total de adolescentes de 15 a 19 años cuyo último/a hijo/a nació con vida, 49.7 por ciento deseaba ser madre y la otra mitad (50.3%) no lo había planeado o no lo había deseado.

Ante este panorama, es claro que el ritmo de descenso de la TFA aumentó en los últimos cinco años en relación con lo observado en periodos anteriores. Sin embargo, de continuar con este ritmo, para 2030 la tasa de fecundidad adolescente se reducirá tan sólo alrededor del 20 por ciento, y no el 50 por ciento planteado en un inicio por la ENAPEA. En cuanto a la razón y la tasa de fecundidad en menores de 15 años, fue a partir de la Estrategia que se logró impulsar la medición de indicadores en este grupo de edad. Ello ha contribuido a mejorar las fuentes de información y el registro de nacimientos en niñas y adolescentes entre 10 y 14 años, lo que ha revelado un aumento tanto en la razón como la tasa de fecundidad en las menores de 15 años. Esto -se deba o no a la mejora en los registros administrativos- debe tomarse en cuenta para incidir de forma más directa en la erradicación de los embarazos en las niñas y adolescentes de 10 a 14 años.

Determinantes del embarazo en la adolescencia

Los resultados mencionados reflejan que las barreras sociales, económicas y culturales que existen en México aún representan un obstáculo o una limitante para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, muestran que el ejercicio asimétrico de los derechos humanos -en particular del derecho reproductivo básico a que las aspiraciones y la realidad coincidan en términos del número de hijos/as y la situación de oportunidad en que se tienen- permanece constante (CEPAL, 2014).

En el estudio realizado por Menkes y Suárez (2013) con datos de la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ, 2010), la evidencia señala que el embarazo en la adolescencia prevalece más entre las adolescentes que pertenecen al estrato socioeconómico más bajo (59.9%) en comparación con 50.2 por ciento de las adolescentes sexualmente activas del sector socioeconómico bajo que tuvieron un embarazo. Por su parte, en el estrato medio, el porcentaje de las adolescentes sexualmente activas que tuvieron un embarazo disminuye de forma drástica a 28.2 por ciento y, por último, en el sector socioeconómico alto se observa la existencia de embarazos en 20 por ciento de las adolescentes (Menkes y Suárez, 2013).

De acuerdo con estimaciones más recientes, basadas en datos de la ENFADEA, en función del nivel socioeconómico de origen¹⁵ se presentan variaciones importantes en la proporción de mujeres de 20 a 24 años que experimentaron un embarazo en la adolescencia. Los datos muestran que 3 de cada 5 mujeres (57.8%) cuyo origen se encuentra en el nivel socioeconómico bajo experimentó un embarazo en la adolescencia, en comparación con 3 de cada 10 pertenecientes al sector socioeconómico medio y 1 de cada 10 del sector alto (Pérez Baleón y Lugo, 2017).

Es importante considerar que, en México, 42.2 por ciento de las mujeres vive por debajo del umbral nacional de pobreza; éste es 1.9 veces mayor en las mujeres hablantes de una lengua indígena y 1.6 veces superior entre aquellas que, además, residen en localidades rurales (de menos de 2 500 habitantes), en comparación con sus pares que no hablan lenguas indígenas. La pobreza femenina en las zonas rurales es casi el doble que en las grandes ciudades. Por su parte, la maternidad temprana es 1.6 veces más frecuente entre las mujeres indígenas que entre las que no lo son y 1.7 veces más común en las zonas rurales que en las grandes ciudades. Asimismo, su frecuencia es 5.1 veces mayor en las mujeres más pobres respecto a las más ricas y 7 veces mayor en las mujeres indígenas rurales más pobres frente a las mujeres más ricas de las grandes ciudades (Echarri, 2020).

Para hacer valer los derechos sexuales y reproductivos de las adolescencias, es necesario realizar esfuerzos en todas las entidades y los municipios del país -sobre todo en los territorios con mayores índices de pobreza y en contextos de aislamiento y dispersión-. Asimismo, las acciones deben enfocarse en la prevención y reducción de embarazos en la adolescencia. Para ello es necesario que la ENAPEA se articule con los programas prioritarios del gobierno actual, orientados a ampliar la matrícula escolar del nivel medio superior y reducir la deserción y el abandono escolar.

En el caso de las niñas y adolescentes de 10 a 14 años, es preciso establecer acciones que prevengan la violencia sexual en su contra. En este sentido, estimaciones realizadas con base en estadísticas vitales muestran que entre 2015 y 2018 un importante porcentaje de niñas y adolescentes manifestaron desconocer las características socio-demográficas básicas del progenitor de sus hijos o hijas, como, por ejemplo, la edad. Además, entre 2015 y 2018, se registró un incremento de 28.1 a 30.3 por ciento que podría ser un indicador del aumento en la violencia sexual ejercida contra estas niñas y adolescentes que desconocen o no quieren dar información sobre las características de los progenitores de sus hijos o hijas.

Si se toman en cuenta los factores asociados con la prevención del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años de edad, la ENAPEA debe incidir en la eliminación de los obstáculos al acceso a la información, a la orientación adecuada y a métodos anticonceptivos y reforzar la educación integral en sexualidad en las escuelas, en los medios de comunicación y en los programas comunitarios. Ello con el objetivo de abordar la violencia de género y las prácticas machistas para eliminar todas las formas de violencia, en especial la violencia de género y sexual contra las niñas y adolescentes, así como los patrones tradicionales de matrimonio, uniones y maternidad tempranas. Para ello, es crucial ejecutar los marcos normativos que protegen la autonomía de la población adolescente y garantizar su cumplimiento, a fin de que puedan tomar decisiones informadas sobre su sexualidad con absoluto respeto a sus derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos (Presidencia de la Nación, 2019).

Entre los principales determinantes del embarazo en la adolescencia se encuentran la educación; el acceso a la información y métodos anticonceptivos, su uso en la primera relación sexual o las razones para no utilizarlo, así como su prevalencia; la anticoncepción post evento obstétrico; la prevención y atención de la violencia sexual contra NNA; el consumo y el efecto de alcohol y otras drogas.

Educación

La educación es uno de los factores sociales vinculados con el embarazo en la adolescencia y uno de los componentes considerados en la ENAPEA. Como se verá más adelante, las uniones y los embarazos constituyen la cuarta causa de abandono escolar (CONAPO, 2021). Esto lleva a reflexionar sobre la urgente necesidad de revisar los programas de estudio, dado que la primera causa del abandono escolar se relaciona con el hecho de que la población adolescente no se considera apta para el estudio, carece de los recursos necesarios o no le resulta atractivo. Sin embargo, además

¹⁵ Dicho indicador fue elaborado por Fátima Juárez y Cecilia Gayet y consiste en un índice aditivo con tres componentes del origen social de la mujer entrevistada: bienes del hogar cuando tenía 15 años, escolaridad de la madre y edad a la que la madre tuvo a su primer hijo o hija.

de estas adaptaciones a los planes de estudio, es fundamental incluir en ellos la educación integral en sexualidad. Ésta se define como “un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad” y tiene como objetivo proveer a niños, niñas, adolescencias y juventudes los conocimientos, las habilidades, las actitudes y los valores que les brinden las herramientas para cuidar su salud, bienestar y dignidad; así como para entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar la manera en que sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas, y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida (UNESCO *et al.*, 2018).

Asimismo, el aumento en la razón y tasa de fecundidad forzada muestran la importancia de fortalecer y/o establecer acciones para la prevención del abuso y la violencia sexual hacia la niñez y la adolescencia. Desde esta perspectiva, se debe reconocer el impacto que el embarazo no deseado tiene en la vida de las y los adolescentes y en su derecho a tener una vida sexual libre y plena sin discriminación de género; a crecer y desarrollarse en entornos libres de violencia, y a tomar decisiones informadas en virtud de su autonomía progresiva; todo ello en el marco de un clima cultural propicio que facilite su ejercicio (Presidencia de la Nación, 2019).

La educación es un aspecto relevante para las personas, no sólo en términos de conocimientos, sino también en relación con la capacidad para procesar información, tomar decisiones y actuar ante determinadas circunstancias. Para llevar a cabo dichas tareas de la mejor manera, se requiere el desarrollo de competencias y habilidades socioemocionales. En este sentido, el rezago educativo de las adolescencias es de particular relevancia, pues implica una limitación para su desarrollo personal, familiar y social; ello debido a que, el hecho de no concluir la educación básica puede limitar sus oportunidades de inserción en el desarrollo económico y/o social del país (Starrs *et al.*, 2018).

Entre las carencias más comunes mencionadas por las mujeres se encuentran el rezago educativo (106.5 mujeres por cada 100 hombres), un ingreso del hogar inferior a la línea de bienestar mínimo (104.3 mujeres por cada 100 hombres) y un ingreso del hogar inferior a la línea de bienestar (103.8 mujeres por cada 100 hombres). En cambio, sólo 76 mujeres mencionaron la carencia por acceso a los servicios de salud, por cada 100 hombres en la misma situación, y 97.7 mujeres refirieron habitar en viviendas sin servicios básicos por cada 100 hombres en la misma condición (Echarri, 2020).

Por otra parte, de acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el rezago educativo del total de niñas, niños y adolescentes de 10 a 19 años presentó una ligera disminución, de 8.4 por ciento en 2014 a 7.7 por ciento en 2018. Fueron las niñas, niños y adolescentes de menor edad (10 a 14 años) quienes presentaron el menor rezago educativo, aunque éste aumentó de 3.6 a 4.1 por ciento durante el periodo mencionado. Por su parte, entre adolescentes de 15 a 19 años el porcentaje de rezago escolar fue más alto, pero disminuyó de 13.4 a 11.3 por ciento entre 2014 y 2018. Asimismo, en 2018, se observó menor rezago educativo entre las niñas de 10 a 14 años (6.9%) en relación con los niños en el mismo grupo de edad (8.5%). En el caso de adolescentes de 15 a 19 años, el porcentaje más alto relativo a ese mismo indicador se presentó también entre los hombres (12.7%), al ser 2.8 puntos porcentuales más alto que entre las mujeres (9.9%).

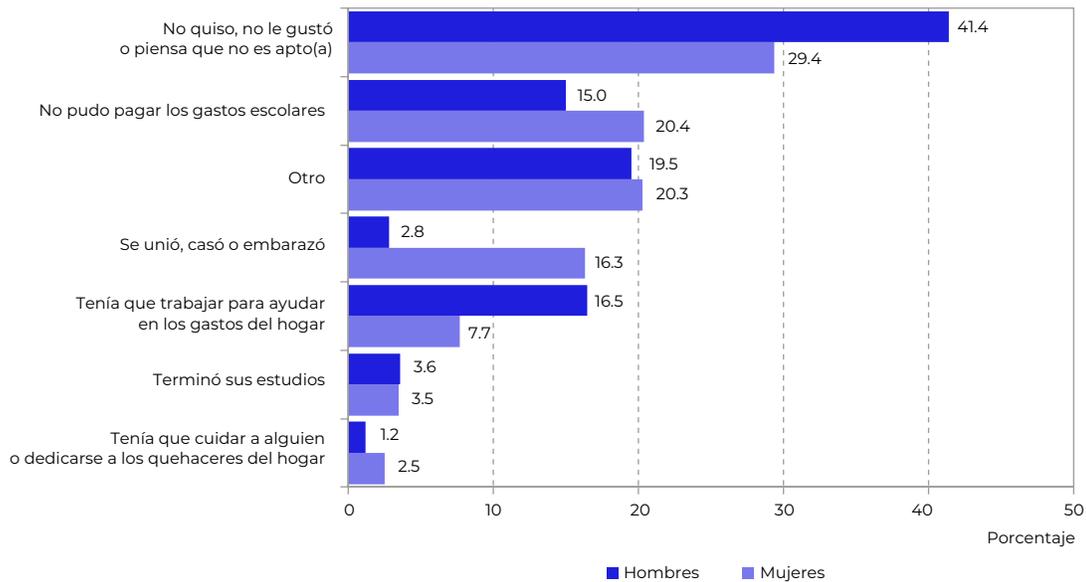
Además, en 2018, seis de cada diez mujeres indígenas rurales en situación de mayor pobreza contaban con seis años o menos de instrucción, frente a casi dos de cada diez (23%) entre las mujeres en el estrato bajo urbano y tan sólo 1.4 por ciento entre aquellas con mejores condiciones socioeconómicas. La proporción de mujeres que cuentan con primaria incompleta o menos es 3.4 veces mayor entre las indígenas que entre las no indígenas; 3.5 veces más frecuente en las zonas rurales respecto a las grandes ciudades; 34.8 veces más común entre las mujeres en situación de mayor pobreza que entre las que tienen más ingresos, y 58 veces mayor entre las mujeres con mayores recursos que habitan en las grandes ciudades que entre las indígenas con menos recursos que viven en localidades rurales (Echarri, 2020).

Existen diversas razones económicas, sociales, culturales e incluso geográficas que imposibilitan la permanencia de los niños, niñas y adolescentes en la escuela. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) 2017 (véase gráfica 4), la razón principal de abandono escolar entre las adolescentes de 12 a 19 años fue que no les gustaba o pensaban que no eran aptas para la escuela (29.4%). Entre los adolescentes también fue la causa principal, pero con un porcentaje mucho más elevado (41.4%). La segunda causa mencionada entre las mujeres fue el hecho de no poder pagar los gastos escolares (20.4%), mientras que para los hombres esto representó la cuarta causa de abandono escolar (15%). “Otras razones” fue para los varones la segunda causa de abandono escolar (19.5%) y la tercera entre las

mujeres (20.3%), mientras que entre los hombres la tercera causa de abandono escolar estuvo asociada con tener que trabajar para ayudar en los gastos del hogar (16.5%). Por su parte, la cuarta causa para las mujeres se relacionó con el hecho de haberse unido, casado o embarazado (16.3%), mientras que, para los varones, ésta fue la sexta causa de abandono escolar (2.8%). La quinta causa entre las mujeres fue por tener que trabajar para ayudar con los gastos del hogar (7.7%), mientras que para los hombres se relaciona con haber terminado sus estudios (3.6%), lo que representó la sexta causa entre las mujeres (3.5%). Finalmente, la última causa registrada entre las mujeres fue tener que cuidar a alguien o dedicarse a los quehaceres del hogar (2.5%), al igual que para los varones, pero con un porcentaje muy bajo (1.2%).

GRÁFICA 4.

República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años por sexo y razones de abandono escolar, 2017



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Discriminación, 2017.

Asimismo, la ENFADEA confirma los resultados arrojados por la ENADIS 2017, que indican que el embarazo en adolescentes no es la causa principal de abandono escolar y que gran parte de los embarazos suceden en adolescentes con horizontes educativos más limitados, que no aspiran a llegar al nivel medio superior y que abandonan la escuela al terminar la secundaria. De acuerdo con la ENFADEA, 71 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años que tuvieron un embarazo durante la adolescencia, al momento del primer embarazo ya no estaban en la escuela. Sin embargo, es común que quienes experimentan un embarazo en la adolescencia y asumen una maternidad temprana interrumpen su educación y pocas veces la retomen, lo cual reduce sus oportunidades de obtener un trabajo estable y contar con una carrera laboral sostenida en el futuro (UNFPA, 2020). Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2018 muestran que 6.7 por ciento de las mujeres que asumieron una maternidad temprana concluyeron estudios profesionales o de posgrado, mientras que dicho porcentaje asciende a 22.2 entre las mujeres que no tuvieron hijos o hijas durante la adolescencia.

Estos datos reflejan la necesidad de ampliar la matrícula y adecuar los currículos escolares de tal manera que los contenidos resulten atractivos para las adolescencias y les permitan percibir un costo-beneficio en la continuación de sus estudios. De acuerdo con el estudio Metodología para Estimar el Impacto Socioeconómico del Embarazo y la Maternidad Adolescentes en Países de América Latina y el Caribe (MILENA), el abandono y el rezago educativos vinculados con el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana representan para el país un costo o una pérdida anual estimada en 31 mil millones de pesos mexicanos -equivalentes a 1.6 millones de dólares-, lo que representa el 0.27 por ciento del producto interno bruto (PIB) (UNFPA, 2020).

Por otra parte, durante muchos años, en México, la educación en sexualidad se enfocó en la prevención de riesgos y en la diseminación de conocimientos sobre sus aspectos biológicos y, por tanto, se descuidaron los aspectos socioafectivos y competenciales necesarios para la toma de decisiones y la acción informada. Asimismo, al no tomarse en cuenta la opinión de las adolescencias, las intervenciones en la materia carecieron de elementos informativos para el diseño de acciones eficaces (INSP, 2015b). Por ello, para implementar e impartir una EIS que sea progresiva e inclusiva y sirva para generar capacidades entre la población adolescente y el resto de la sociedad, atender este factor es de suma importancia.

El Gobierno actual busca fortalecer la educación integral en sexualidad con enfoque de género y de derechos humanos en los planes y programas de estudio a partir de información científica, relevante, pertinente y acorde con el desarrollo evolutivo de las personas, que permita a niñas, niños y adolescentes, comprender la construcción social y cultural de la sexualidad, así como su importancia en el desarrollo y la salud integral. Por ello, en 2019 se modificó el artículo tercero constitucional en lo relativo al derecho a la educación, así como la Ley General de Educación, en el capítulo V. Planes y Programas de Estudio, artículo 30, apartado X. Ahora destaca que, “la educación sexual integral y reproductiva que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual, entre otras, deberán estar contenidos en los planes y programas de estudio de la educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, de acuerdo al tipo y nivel educativo” (DOF, 2019).

Así, se espera que los cambios en los programas educativos incluyan la educación integral en sexualidad, con perspectiva de género y de derechos humanos, para que realmente representen una aportación al desarrollo de niñas, niños y adolescentes. En este sentido, es importante destacar que, en la actualidad, el Gobierno prioriza el interés superior de la niñez y la adolescencia en el acceso, la permanencia y la participación en los servicios educativos con base en los diversos instrumentos jurídicos nacionales e internacionales.¹⁶ Con ese fin, se han destinado recursos humanos y financieros para el fortalecimiento de los mecanismos de apoyo, con el objetivo de alentar a las adolescentes embarazadas y a las jóvenes que son madres a proseguir con sus estudios durante el embarazo. Para ello, la Secretaría de Educación Pública (SEP) entrega apoyos mediante el programa “Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas” y del Programa S072 “Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez”, que se encuentran alineados con el Eje 2 “Política Social” del PND 2019–2024, así como con los principios rectores del mismo, en cuyo marco se engloban las acciones relacionadas con la prestación de servicios en beneficio de la población para favorecer el acceso a mejores niveles de bienestar, entre los que se incluyen los servicios educativos.

Acorde con lo señalado, y en el marco de un conjunto más amplio de acciones de política educativa, el 31 de mayo de 2019 el Gobierno de México publicó el “Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez”, que tiene a su cargo programas de becas para educación básica, media superior y superior. El principal objetivo de estas becas -otorgadas a niños, niñas, jóvenes y personas adultas inscritas en escuelas públicas y en situación de vulnerabilidad- es disminuir el nivel de deserción escolar. En la actualidad, el programa cuenta con diferentes modalidades de apoyo, tales como la Beca Bienestar para las Familias de Educación Básica, la Beca Benito Juárez para Jóvenes de Educación Media Superior y la Beca Jóvenes Escribiendo el Futuro de Educación Superior (DOF, 2019).

¹⁶ Por ejemplo, la DUDH (Declaración Universal de Derechos Humanos), aprobada en 1948, donde se establece en el artículo 26 que todas las personas tienen derecho a la educación elemental y que ésta debe ser obligatoria y gratuita. La CDN (Convención sobre los Derechos del Niño) fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por México en 1990. En este tratado se entiende por niño a toda persona menor de 18 años, se admiten sus necesidades específicas y se le reconocen los Derechos Humanos básicos. Lo mismo sucede con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el Objetivo 4 “Educación de Calidad” y con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) en su art. 10, donde se establece que “los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar [...] condiciones de igualdad entre hombres y mujeres [...]”.

Acceso a la información y métodos anticonceptivos

Para incidir de manera directa en la reducción de la fecundidad entre las adolescencias, es fundamental proporcionarles de manera adecuada y oportuna información y acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos, de tal forma que puedan elegir el que más se adecue a sus necesidades. Para ello, es necesario considerar el momento en que inician su vida sexual, pues es ahí cuando debe empezarse a atenderse la demanda de insumos.

El inicio de la vida sexual conlleva el surgimiento de nuevas necesidades en materia de salud. En esta transición existe una exposición al riesgo de embarazos no deseados o no planeados, así como de infecciones de transmisión sexual. Por ello, es indispensable proporcionar información, orientación y acceso a métodos anticonceptivos que estén acompañados de una educación integral en sexualidad adecuada y acorde a la edad de las personas, pues les brindará herramientas para realizar acciones preventivas al momento de tener relaciones sexuales y así poder gozar plenamente del derecho a una sexualidad segura y placentera.

De acuerdo con los resultados de la ENADID 2014, la edad mediana en el momento de la primera relación sexual -es decir, la edad a la que la mitad de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales por primera vez- disminuyó en las generaciones de mujeres más jóvenes (entre 25 y 34 años) respecto a las más adultas (35 a 49 años), al situarse en 17.7 y 18.4 años, respectivamente. Ahora bien, resultados de la ENADID 2018 indican que la edad a la que ocurre este evento continúa a la baja, dado que la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de la generación más joven presentó una leve disminución (17.5 años), mientras que entre las adultas descendió a 18.2 años.

Diversos estudios muestran, de manera consistente que, a mayor nivel educativo de las personas, la capacidad de acceso a la información y a los métodos anticonceptivos mejora e incluso se pospone la ocurrencia de eventos, como el inicio de relaciones sexuales (Gayet y Gutiérrez, 2014). Estimaciones del CONAPO realizadas con la ENADID 2018 indican que la mitad de las mujeres de 25 a 34 años tuvieron su primera relación sexual a una edad mediana más temprana cuando contaban con la primaria incompleta o menos (15.7 años), mientras que, entre las mujeres que habían cursado la preparatoria o más, el 50 por ciento tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años.

De acuerdo con el lugar de residencia, casi no se observa diferencia en la edad mediana de inicio de relaciones sexuales entre las mujeres entre 25 y 34 años (17.4 años en el ámbito rural y 17.5 años en el urbano). Ello puede deberse a la heterogeneidad que existe en las ciudades, donde debido a los ingresos bajos y medios, importantes sectores poblacionales viven en condiciones de pobreza urbana en barrios marginados. Estos sectores, al igual que los que residen en zonas rurales, también tienen menos acceso a información y a servicios educativos y de salud, en específico a los relativos a la salud sexual y reproductiva (Starrs *et al.*, 2018). Esto explica la existencia de comportamientos similares entre las mujeres en relación a la edad de inicio de la vida sexual, sin importar el tamaño de la localidad de residencia.

El inicio de la vida sexual también se encuentra asociado con el estrato social de origen. A partir de datos de la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 2017, Rojas y Castrejón (2020) señalan que existe una relación directa entre el estrato social de origen y la iniciación sexual. Así, en el caso de las mujeres pertenecientes a los estratos más favorecidos tiende a retrasarse en comparación con las mujeres de los estratos sociales menos favorecidos.

Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA Nut) 2018, más de tres cuartas partes (79.8%) de la población de ambos sexos entre 12 y 19 años de edad con vida sexual activa que pertenecen a los estratos más favorecidos prefieren dejar pasar un tiempo entre su iniciación sexual y el comienzo de su vida en pareja. En cambio, entre las jóvenes de los estratos menos favorecidos ambos eventos son más cercanos, dado que en dichos sectores la sexualidad femenina sólo tiene "sentido" en el contexto de una unión conyugal y de la maternidad (Szasz, 2008).

Los resultados de la ENFaDEA 2017 indican que, entre las mujeres de 20 a 24 años, la edad mediana en el momento del primer embarazo fue a los 17.8 años o menos, es decir, durante la adolescencia. La gran mayoría de estas mujeres (2 de cada 3), deseaba esperar antes de tener su primer embarazo o no deseaba que ocurriera en esa etapa. Del total de mujeres de 20 a 24 años con un primer embarazo en la adolescencia, 34.1 por ciento declaró que lo deseaba, 43.3 por ciento hubiera querido esperar más tiempo y 22.5 por ciento no lo deseaba.

Por otra parte, a partir de la ENFaDEA 2017, se estimó que 76.3 por ciento de las mujeres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia recibieron información antes del embarazo por parte de algún miembro de su familia sobre, al menos, un tema relativo a la sexualidad. En este sentido, 59 por ciento declaró haber recibido información sobre

relaciones sexuales; 59.3 por ciento sobre métodos anticonceptivos; 62.6 por ciento sobre relaciones de noviazgo; 68.8 por ciento sobre embarazo, y 73.7 por ciento sobre la menstruación.

Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

Uno de los primeros pasos para que las relaciones sexuales sean seguras y placenteras es iniciar la vida sexual de manera protegida, es decir, mediante el uso de métodos anticonceptivos. En ese sentido, de acuerdo con la ENADID, a nivel nacional, se observa que, entre 2014 y 2018, hubo un aumento en el porcentaje de mujeres en edad fértil (MEF) (34.2% a 40.2%) que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. El porcentaje más alto (60.4%) de usuarias se presentó entre las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales por primera vez, frente al 54.8 por ciento registrado en 2014.

De acuerdo con información proveniente de la ENSANUT 2018, más de tres cuartas partes de la población de ambos sexos entre 12 y 19 años de edad (79.8%) que declaró haber iniciado su vida sexual mencionaron haber usado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. El método más utilizado fue el condón masculino (94.9%), seguido por los anticonceptivos hormonales (3.9%), entre los que figuran las pastillas, las inyecciones, el implante subdérmico y el parche anticonceptivo y, finalmente, con un porcentaje mínimo (1.2%), otro tipo de método. En la última relación sexual, las proporciones son muy parecidas; 77.9 por ciento utilizaron algún método -del cien por ciento, 83.4 utilizó el condón masculino, 4.3 un dispositivo intrauterino (DIU), 3.5 pastillas, 3.4 implante, 2.3 inyecciones y 2 por ciento, otro método-. A pesar de que estos datos muestran que el método más utilizado por la población adolescente es el condón masculino, cuando se les preguntó si tenían información al respecto, si sabían si se podía usar más de una vez o si prevenía embarazos e ITS, sólo 41.3 por ciento respondió de manera correcta. Es decir, menos de la mitad de las niñas, niños y adolescentes entre 12 y 19 años cuenta con información sobre el uso correcto del condón masculino.

Asimismo, de acuerdo con el nivel de escolaridad de las adolescentes, en 2018 se observó que el porcentaje más alto de adolescentes que utilizaron un método anticonceptivo en la primera relación sexual se ubicó entre las que contaban con preparatoria o más (75.5%). Este porcentaje disminuye entre las adolescentes con menor escolaridad; por ejemplo, entre las adolescentes con secundaria, sólo la mitad utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual (50.3%), mientras que entre las que cursaron la primaria completa o menos sólo un tercio (32.8%) usó protección.

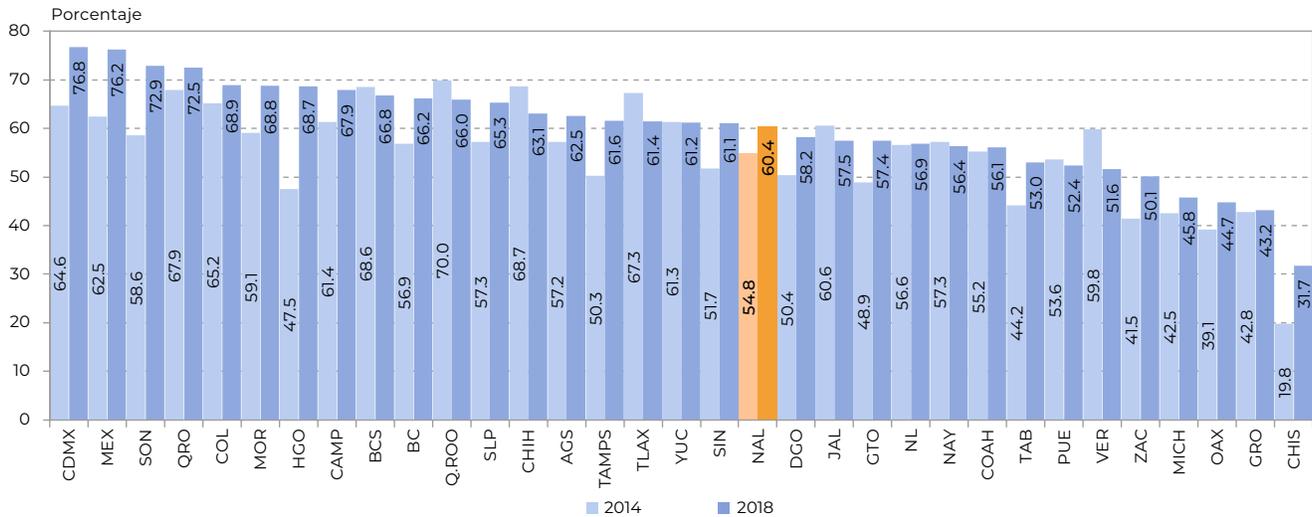
En relación con el lugar de residencia, se observó que el porcentaje de adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en 2018 fue de 41.6 por ciento entre las que viven en contextos rurales y de 66.2 por ciento entre las que habitan en ciudades. Por otra parte, entre las adolescentes hablantes de alguna lengua indígena, el porcentaje de las que usaron métodos anticonceptivos fue de 25.9 por ciento, mientras que entre las adolescentes no hablantes de lenguas indígenas la cifra aumenta a 62 por ciento. Las brechas en el acceso y conocimiento que tienen las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos varían mucho en función de las características mencionadas.

Cabe destacar que, entre 2014 y 2018, hubo entidades federativas en las que el porcentaje de adolescentes que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual disminuyó (véase gráfica 5). Entre ellas se destacan Veracruz, con 8.2 puntos porcentuales menos en 2018; Tlaxcala con 5.9; Chihuahua con 5.6, y Quintana Roo con 4 puntos porcentuales menos. Por su parte, el mayor incremento en puntos porcentuales de adolescentes que usaron métodos en este primer evento se presentó en las siguientes entidades federativas: Hidalgo (21.2), Sonora (14.3), Estado de México (13.7), Ciudad de México (12.2), Chiapas (11.8) y Tamaulipas (11.3).

Así, fue posible identificar que, en 2018, en algunas entidades federativas alrededor de tres cuartas partes de las adolescentes tomaron precauciones con algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Entre éstas se incluyen la Ciudad de México (76.8%), el Estado de México (76.2%) y Sonora (72.9%); mientras que en Chiapas (31.7%), Guerrero (43.2%) y Oaxaca (44.7%), a pesar de ser las entidades federativas con los porcentajes más bajos, los niveles aumentaron. Resalta que, en ese año en Chiapas, aproximadamente una de cada tres adolescentes usó protección en su primera relación sexual, mientras que en Guerrero y Oaxaca la proporción aumentó a una de cada dos adolescentes.

GRÁFICA 5.

Porcentaje de adolescentes que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Estos resultados muestran los avances diferenciados logrados en el trabajo de prevención entre las adolescentes al momento de iniciar su vida sexual. El hecho de que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual -que, como se ha visto, ocurre generalmente en la adolescencia- no sea universal muestra una falta de empoderamiento de las mujeres, sobre todo de aquellas que cuentan con un nivel de escolarización menor, las que residen en zonas rurales y las que son hablantes de alguna lengua indígena. Ello restringe su habilidad para tomar decisiones relativas a su práctica anticonceptiva durante esta etapa de la vida, así como para tener una discusión abierta con sus parejas sobre el tema (Do y Kurimoto, 2012).

Por otra parte, las asimetrías de poder se reflejan a la hora de negociar sobre la sexualidad y la reproducción y son, con frecuencia, los hombres quienes deciden lo que está abierto a negociación (Guevara, 2003). Los resultados de la ENDIREH 2016 corroboran lo anterior. En ellos se muestra que, a nivel nacional, sólo 4.3 por ciento de las de mujeres en edad fértil unidas tienen poder de decisión sobre cuándo tener relaciones sexuales y sobre el uso de métodos anticonceptivos. En este sentido, la entidad federativa que presentó el porcentaje más alto fue Tamaulipas, con 8.6 por ciento, mientras que Chiapas, con 2.3 por ciento, tiene el más bajo.

Asimismo, aunque entre las adolescentes se presenta una mayor participación masculina en el uso de métodos anticonceptivos, ésta se da sólo en una de cada cuatro adolescentes usuarias de dichos métodos. Esta información se puede corroborar con los resultados de la ENADID, que muestran que entre 2014 y 2018 el grupo de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas presentaron el porcentaje más alto de prevalencia anticonceptiva con participación masculina -de 25.4 a 26.6 por ciento, frente al nivel nacional, que fue de 18 y 16.8 por ciento, respectivamente-, siendo el único grupo de edad que incrementó dicha proporción. Estos resultados revelan, una vez más, la necesidad de continuar con el impulso de acciones que promuevan el diálogo en las parejas sobre las preferencias reproductivas y el uso de métodos anticonceptivos para ese fin, así como el desarrollo y la mejora de la eficacia personal de las mujeres para negociar la actividad sexual (Do y Kurimoto, 2012).

Por ello, un mejor entendimiento de la masculinidad, la educación integral en sexualidad, la información y otras actividades educativas -que pueden ayudar a redefinir tanto la feminidad como la masculinidad- son necesarios, así como combatir la violencia y promover conductas y comportamientos más equitativos a edades tempranas. Asimismo, es preciso incrementar la inversión en el desarrollo y la promoción de métodos anticonceptivos masculinos para aumentar la responsabilidad compartida en la prevención del embarazo y el contagio de alguna ITS, incluido el VIH (Starrs et al., 2018).

Razones para la no utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

En la actualidad, los factores que obstaculizan el acceso de las mujeres a información y a métodos anticonceptivos son diversos. Estos pueden ser de tipo legal, político, social o cultural. Por ejemplo, las normas sociales muchas veces impiden que las adolescentes y mujeres solteras tengan acceso a servicios y utilicen métodos anticonceptivos de manera efectiva. Por otra parte, aún no existe aceptación en torno a la influencia que los métodos anticonceptivos tienen en la satisfacción que las experiencias sexuales producen en las personas usuarias (Starrs *et al.*, 2018).

Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2018 mostraron que, del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 36.5 por ciento de los casos se debió a que no habían planeado tener relaciones sexuales; 17.3 por ciento a que no conocía o no sabía dónde obtener los métodos anticonceptivos o cómo usarlos; 16.1 por ciento quería embarazarse; 15.8 por ciento no creía que podía quedar embarazada; 11.8 por ciento por otras razones y 2.5 por ciento por oposición de la pareja o porque ella no estaba de acuerdo en usar métodos anticonceptivos.

Asimismo, resultados de la ENFADEA 2017 señalan que del 80.8 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años con acceso a servicios de salud en su comunidad en la adolescencia, 82.2 nunca solicitó métodos anticonceptivos u orientación en salud sexual, 8.2 sí solicitó ambos servicios, 6.6 sólo solicitó métodos anticonceptivos y 3.1 por ciento sólo orientación sexual. Cabe destacar que a 13.4 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años que durante la adolescencia solicitaron servicios de salud sexual y reproductiva éstos les fueron negados.

Estos resultados también muestran que el desconocimiento y la falta de acceso a la información y a los métodos anticonceptivos son las principales barreras a las que se enfrentan las adolescentes (Echarri, 2020). Por ello, es necesario mejorar tanto el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, como la educación integral en sexualidad que se imparte en las escuelas, con el fin de brindar las herramientas necesarias a mujeres y varones para que puedan proteger su salud en general y, en específico durante la adolescencia, cuidar de su salud sexual y reproductiva para evitar ITS y embarazos no planeados o no deseados (UNFPA, 2016).

Prevalencia de métodos anticonceptivos

Lo ideal es adoptar algún método anticonceptivo en el momento en que se decide iniciar la vida sexual y utilizarlo de manera continua. De esta manera, las personas tienen la posibilidad de ejercer su sexualidad sin riesgos, de forma segura y plena. De 2014 a 2018, se observó que, entre las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas, el uso de métodos anticonceptivos modernos presentó un ligero aumento, al pasar en ese periodo de 56 a 57.3 por ciento. Sin embargo, aún se encuentra muy por debajo de la prevalencia estimada para el conjunto de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), el cual, a nivel nacional en 2014, fue de 71.3 por ciento y en 2018 de 72.0 por ciento (véase gráfica 6).

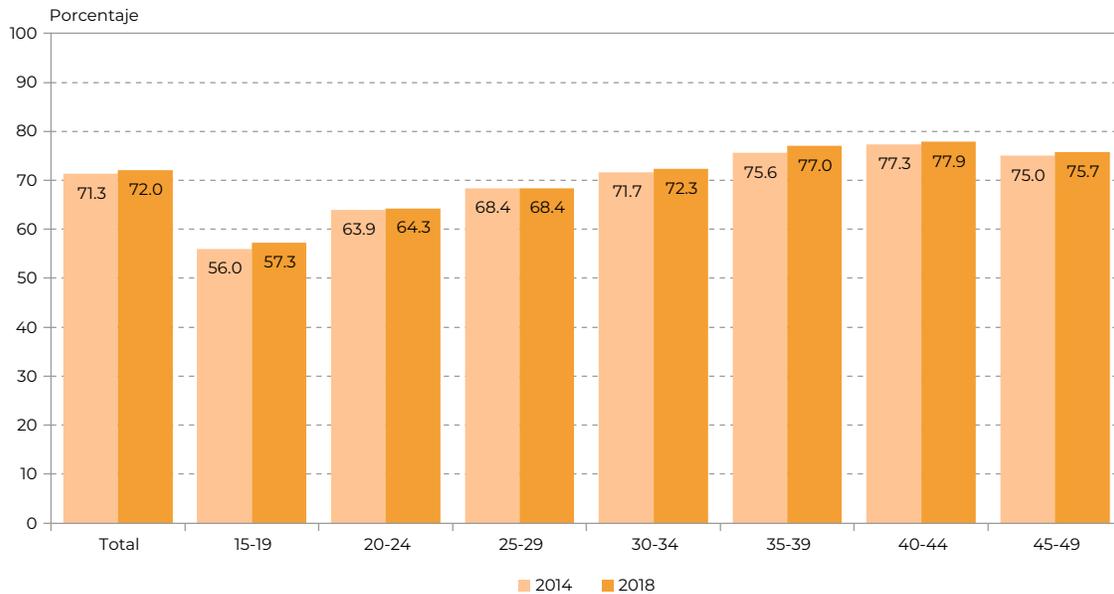
Las entidades federativas que en 2018 presentaron altos porcentajes de prevalencia anticonceptiva entre las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas fueron la Ciudad de México (80.9%), el Estado de México (69.5%), Colima (66.5%), Baja California (65.9%) y Morelos (65.3%); mientras que Yucatán (42.5%), Chiapas (43.9%), Campeche (44.4%), Zacatecas (44.5%) y Sinaloa (46.0%) presentaron los niveles de prevalencia más bajos. Cabe destacar que, entre 2014 y 2018, en Baja California aumentó el porcentaje de adolescentes usuarias de métodos anticonceptivos modernos en 17.4 puntos porcentuales, seguida de Colima y Ciudad de México, con 14.8 y 14.2 puntos porcentuales, respectivamente, además de Sonora y Chiapas, con 13.3 y 11.6 puntos cada una.

Asimismo, al analizar la prevalencia anticonceptiva entre las adolescentes sexualmente activas en 2018 -de acuerdo con características sociodemográficas tales como el nivel de escolarización-, se observa que el porcentaje más alto de usuarias (62.8%) se presenta entre las que tienen un nivel de escolarización mayor, y disminuye a la par de este último. Así, la prevalencia entre las adolescentes sexualmente activas que habían cursado la secundaria fue de 53.8 por ciento, mientras que entre aquellas con estudios de primaria completos fue de 51.2 por ciento y entre las que tenían la primaria incompleta o no habían asistido a la escuela fue de 49.6 por ciento.

En relación con el lugar de residencia de las adolescentes sexualmente activas, en 2018 se encontró que una de cada dos adolescentes sexualmente activas residentes en zonas rurales utilizaba métodos anticonceptivos (50.4%),

GRÁFICA 6.

República Mexicana. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

mientras que entre las que habitan en las ciudades el porcentaje aumenta a 59.8 por ciento. Esto equivale a decir que tres de cada cinco adolescentes residentes en zonas urbanas utiliza métodos anticonceptivos. La situación de desventaja en el acceso al uso de métodos anticonceptivos se intensifica en el caso de las adolescentes sexualmente activas que son hablantes de lenguas indígenas, debido a que menos de la mitad (44.2%) los utiliza, mientras que entre las adolescentes sexualmente activas que no hablan alguna lengua indígena el porcentaje aumenta a 58.1 por ciento.

En 2014, los métodos anticonceptivos más utilizados entre las adolescentes sexualmente activas fueron el condón masculino (22.5%), el DIU (15.7%), las inyecciones o ampollitas (6.3%), el implante (6.6%) y las pastillas anticonceptivas (3.3%). En 2018, se observó que el porcentaje de usuarias del implante subdérmico aumentó a 11.8 por ciento, aunque el condón masculino permaneció como el método más utilizado, que además incrementó su prevalencia a 24.1 por ciento. Esto implicó la reducción del número de usuarias del DIU a 12.9 por ciento, de inyecciones a 4.9 por ciento y de pastillas a 2.7 por ciento.

Cabe señalar que, tanto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, se busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de anticoncepción, información y educación, así como la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Esto llevó a que en ambos acuerdos internacionales se estableciera el indicador "Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos". En 2018, de acuerdo con la ENADID, se encontró que 85.7 por ciento de las mujeres en edad fértil del estrato alto en grandes ciudades tienen satisfecha su demanda, pero sólo 76.9 por ciento de las mujeres de ámbitos rurales en situación de mayor pobreza y 68.3 por ciento (el valor más bajo) de las mujeres indígenas de zonas rurales en situación de mayor pobreza la tienen satisfecha. Estos resultados muestran que las mujeres aún enfrentan barreras en el acceso, sobre todo, a la disponibilidad efectiva de una amplia gama de métodos en todas las unidades de salud, y también que las mujeres jóvenes no unidas aún padecen discriminación (Echarri, 2020).

A la luz de estos resultados, para que la población adolescente pueda ejercer su sexualidad sin riesgos, es necesario garantizar que tengan acceso universal a información y servicios de salud sexual y reproductiva que les permitan disponer y utilizar métodos anticonceptivos efectivos desde la primera relación sexual. Si bien el condón masculino representa una buena opción para prevenir embarazos no planeados e ITS, es necesario enfatizar la importancia de la

doble protección; es decir, el uso de un anticonceptivo más efectivo (implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos, hormonales inyectables u hormonales orales) además del condón masculino. De preferencia, se debe informar a la población adolescente sobre las ventajas de utilizar un anticonceptivo reversible de acción prolongada (ARAP), entre los que se incluyen los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes subdérmicos.

La información sobre los métodos anticonceptivos disponibles en el país debe siempre proporcionarse dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Asimismo, se debe garantizar la disponibilidad y oferta de la gama completa de anticonceptivos y la libre elección del método e incentivar, además, la doble protección con el uso del condón y la corresponsabilidad de los hombres de todas las edades en la prevención de embarazos no planeados o no deseados y de ITS (Gobierno de la República, 2015).

La promoción de la doble protección, así como la distribución de condones masculinos, se debe realizar entre adolescentes de ambos sexos. Además, se debe garantizar el abasto ininterrumpido de toda la gama de anticonceptivos y de la anticoncepción de emergencia en todas las unidades médicas del sector salud, sobre todo en los Servicios Amigables para Adolescentes. En el caso de las adolescencias, los ARAP son las opciones de primera línea para quienes ya han iniciado o planean iniciar su actividad sexual, sin dejar de enfatizar la doble protección con el uso del condón. Asimismo, se debe impulsar la prestación de un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en todas las unidades de salud, en el que se garantice la calidad del servicio para lograr mayor incidencia en acciones de atención y educación en materia de salud para las adolescencias (Meneses y Hernández, 2019).

Esta acción se reforzó durante la 19ª Reunión del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), con el pronunciamiento de la C. Secretaria Olga Sánchez Cordero y la lectura de los diez principales compromisos. El punto 4, en específico, convoca a “incrementar la oferta y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para niñas, niños y adolescentes, de conformidad con lo establecido en la NOM-047,¹⁷ asegurando el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos y enfatizando la doble protección, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad” (CONAPO, 2019).

Anticoncepción post evento obstétrico

Para contribuir a la reducción de la fecundidad en adolescentes y, a la vez, favorecer la disminución del riesgo reproductivo mediante el espaciamiento o la limitación de embarazos subsecuentes, las niñas y adolescentes deben contar con servicios de planificación familiar de calidad durante o inmediatamente después de la atención de un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea). El no contar con opciones anticonceptivas cuando se encuentran en estas condiciones las expone al riesgo de subsecuentes embarazos poco oportunos o no deseados, que con frecuencia concluyen en abortos en condiciones de riesgo (CONAPO, 2021). Los embarazos con un periodo intergenésico corto plantean mayores riesgos para la salud de las gestantes y de sus hijos o hijas.

Aunque en términos de accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar los logros son importantes, entre la población adolescente aún existen necesidades insatisfechas en materia de servicios e información sobre anticoncepción postparto y postaborto (CONAPO, 2021).

En México, el porcentaje de mujeres en edad fértil que adoptaron un método anticonceptivo después del parto aún es bajo, aunque entre 2014 y 2018 se observó un aumento de 51.8 a 54.5 por ciento. Entre las adolescentes, el incremento fue de 7.1 puntos porcentuales durante dicho periodo. Por su parte, entre las mujeres que adoptaron un método anticonceptivo después del parto, el porcentaje pasó de 46.6 a 53.7 por ciento; sin embargo, este resultado indica que una de cada dos mujeres queda expuesta a tener más hijos o hijas durante la adolescencia, lo que la pone a ella y a su descendencia en una situación de mayor vulnerabilidad.

Estos resultados muestran que, pese a los esfuerzos del sector salud a través de los programas dirigidos a la atención materna, sólo la mitad de las mujeres implementan un método anticonceptivo después del parto. Esto representa una ventana de oportunidad en la atención del sector salud en relación con la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva, dado que casi todas las adolescentes y jóvenes en 2018 recibieron atención de personal

¹⁷ Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

calificado durante el parto (95.2%), lo que indica que la mayoría de las mujeres, por lo menos durante el embarazo, son población cautiva. Cabe señalar que este factor tiene un efecto directo en la fecundidad, por lo que es necesario que el sector salud garantice la capacitación de las personas prestadoras de servicios para que brinden información confiable y dispongan de toda la gama de métodos anticonceptivos para poder ofrecer el más adecuado a las necesidades de las adolescentes (Starrs *et al.*, 2018).

Prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes

El embarazo en niñas y adolescentes también se asocia, entre otros factores, con experiencias de violencia doméstica y maltrato durante la niñez, los cuales a su vez se correlacionan con el padecimiento o el ejercicio de la violencia de pareja (INSP, 2015). Asimismo, la violencia sexual es un factor que propicia el embarazo en niñas y adolescentes -en particular, en niñas menores de 15 años-, como reflejo del menoscabo de sus derechos. Dichas violaciones pueden ocurrir en el ámbito comunitario, pero es más frecuente que sean sus propios familiares quienes las perpetren (Meneses y Ramírez, 2017).

En México, las estimaciones de la SGCONAPO, con base en la ENDIREH 2016, muestran que 7.4 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años que tienen o han tenido una relación, ya sea de cohabitación o noviazgo, declararon haber experimentado agresiones físicas y/o sexuales por parte de su pareja durante los 12 meses previos a la encuesta. Por otro lado, en 2016, entre las adolescentes habitantes de zonas rurales la prevalencia de violencia física y/o sexual fue de 11.4 por ciento, mientras que en zonas urbanas fue de 7.3 por ciento, cifra cercana al promedio nacional. En adolescentes hablantes de lenguas indígenas, 8.2 por ciento informaron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja, mientras que entre las que no hablan alguna lengua indígena, 7.2 por ciento informó haber experimentado este tipo de violencia.

Asimismo, la violencia sexual por una persona distinta de la pareja afecta a 22.1 por ciento de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años). En las grandes ciudades se registra una mayor prevalencia (28.4%), en tanto que 27.4 por ciento de las mujeres del estrato alto urbano y 29.5 por ciento de las del bajo la padecen. En el caso de las mujeres rurales en situación de mayor pobreza, estos porcentajes se reducen a 6.6 por ciento y a 7.5 por ciento en las mujeres indígenas del ámbito rural en situación de mayor pobreza (Echarri, 2020).

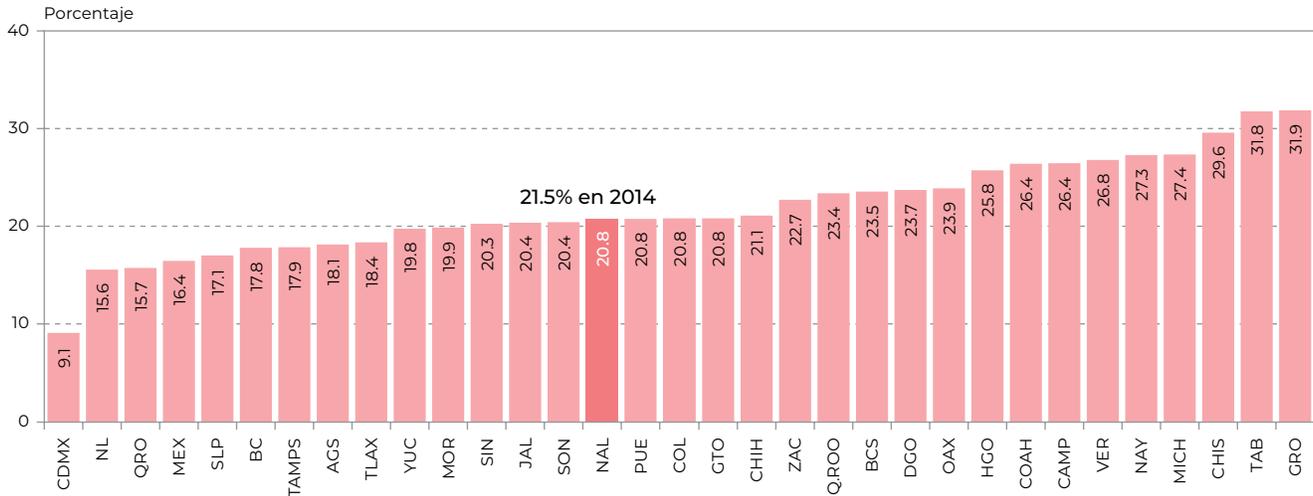
De acuerdo con resultados de la ENFADEA 2017, las mujeres de 20 a 24 que tuvieron su primera relación sexual entre los 10 y 14 años declararon que ésta ocurrió por amor (44.1%), por curiosidad (20.8%), por unirse maritalmente (13.1%) y por convencimiento, coerción o violación (14.7%). En más de dos terceras partes de los casos, este evento ocurrió con un adolescente entre 12 y 19 años (67.3%); en una quinta parte (19.5%) con un hombre de 20 a 24 años -es decir, con alguien 10 a 15 años mayor que ella-, y en 12.5 por ciento de los casos con un hombre de 25 a 45 años -es decir, 20 años o más mayor que ella-. De acuerdo con estos resultados, se observa que una tercera parte de las niñas y adolescentes de 10 a 14 tienen su primera relación sexual con hombres mayores que ellas (32.0%), por lo que es muy probable que éstos ejerzan un rol de poder en dicha relación, asociado en muchas ocasiones a abusos de diversos tipos: económicos, psicológicos y, sobre todo, sexuales (Meneses y Ramírez, 2017).

Por otra parte, los resultados de la ENADID 2018 muestran que entre 2014 y 2018 disminuyó el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años, pasó de 21.5 a 20.8 por ciento, respectivamente (véase gráfica 7). Sin embargo, en 2018 se observa en las entidades federativas que todavía cerca de una de cada tres mujeres se unió antes de cumplir la mayoría de edad. Tal es el caso de Guerrero (31.9%), Tabasco (31.8%) y Chiapas (29.6%), donde esta situación coincide una vez más con una mayor prevalencia entre la población indígena. El porcentaje de mujeres indígenas¹⁸ de 20 a 24 que se unieron antes de cumplir los 18 años en Guerrero, por ejemplo, fue de 35.3; sin embargo, si se considera sólo a las mujeres hablantes de lengua indígena, éste aumenta a 40 por ciento. En el caso de Tabasco, los porcentajes fueron de 21.8 y 21.7, respectivamente; y en Chiapas, de 32.1 y 35 por ciento. Por su parte, las entidades que presentaron el porcentaje más bajo fueron la Ciudad de México (9.1%), seguida por Nuevo León (15.6%) y Querétaro (15.7%).

¹⁸ Estimación realizada por CONAPO con base en la ENADID 2018 sobre mujeres indígenas de acuerdo con el concepto de residencia en hogares indígenas utilizado por el INPI.

GRÁFICA 7.

Porcentaje de adolescentes que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2014 y 2018.

El hecho de que una niña o adolescente entre 10 y 14 años se embarace o se una, ya sea en un matrimonio infantil o en una unión conyugal, no sólo evidencia la violación de sus derechos sexuales y reproductivos, sino también de sus derechos humanos. Ello repercute de forma negativa en su desarrollo y obstaculiza su derecho a la vida, la dignidad personal, la salud, la integridad física, la educación y la protección contra situaciones que ponen en riesgo su desarrollo físico y emocional (Carmona, 2013).

Para evitar que el número de nacimientos en el grupo de niñas y adolescentes menores de quince años siga en aumento, es importante realizar acciones que eliminen la prevalencia de casos de violencia sexual. Una de las acciones para lograrlo es evitar el matrimonio infantil, ya que los códigos penales, tanto el federal como los locales reconocen que las relaciones sexuales con niñas menores de 12 años son consideradas violación, incluso en los casos en los que se cuente con su consentimiento. Ello debido a que el matrimonio infantil, contraído bajo la figura de las dispensas, es una práctica nociva que afecta de forma permanente los derechos de NNA, ya que en muchas ocasiones se encubre a familiares y agresores que cometieron abusos y violaciones sexuales bajo la falsa y peligrosa idea de que el daño a las víctimas de estos delitos se repara mediante la unión o el matrimonio.¹⁹

En este sentido, en 2016 se identificó que sólo veinte entidades federativas establecían los 18 años como edad mínima para casarse sin excepciones o dispensas; diez establecían esta edad, pero lo permitían con dispensas; y dos no habían establecido los 18 años como la edad mínima para unirse (Gobierno de la República, 2018b).

En 2017, desde el GIPEA se trabajó en la armonización legislativa y se logró que las 32 entidades federativas prohibieran el matrimonio entre personas menores de 18 años; sin embargo, cuatro entidades -Baja California, Guanajuato, Querétaro y Sonora- consideraban excepciones o dispensas y el Código Civil Federal aún no se armonizaba. Para 2018, en el estado de Baja California estaba pendiente la eliminación de las excepciones o dispensas y el Código Civil Federal aún permitía el matrimonio entre menores de edad (Gobierno de la República, 2019). Fue hasta 2019 que se ajustó dicho Código y se estableció como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años. Así, fue hasta 2020 que se logró que todas las entidades federativas consideraran ilegal el matrimonio infantil. Lo anterior representa un paso fundamental para la garantía de los derechos de las niñas y adolescentes.

¹⁹ Foro Matrimonio Infantil: Dimensiones, causas y efectos. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/el-matrimonio-infantil-afecta-gravemente-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes?idiom=es>

Derivado de esto, UNICEF (2020) señala que ahora se deben llevar a cabo acciones enfocadas a fortalecer el empoderamiento y la autonomía de las niñas y adolescentes y a garantizarles protección social integral y el acceso a servicios apropiados y de calidad -incluidos los de salud sexual y reproductiva-, así como la permanencia en el sistema educativo hasta haber concluido, por lo menos, la preparatoria. Asimismo, este organismo indica que es indispensable promover cambios culturales y eliminar los estereotipos de género que obstaculizan su pleno desarrollo y fomentan la práctica del matrimonio infantil y las uniones tempranas.²⁰

Consumo de alcohol y otras drogas y sus efectos

Un factor adicional que se debe considerar en la prevención del embarazo en adolescentes -y que hasta la fecha ha recibido poca atención en el país- es el consumo de alcohol y otras sustancias o drogas entre dicha población, así como su relación con prácticas sexuales sin protección (Villatoro *et al.*, 2009). Diferentes estudios internacionales (Sallas-Wright *et al.*, 2015; Walker y Holtfreter, 2021; Calatrava *et al.*, 2012; Castaño *et al.*, 2012) han mostrado que los efectos de las drogas son facilitadores de prácticas sexuales de riesgo, que van de la relajación hasta la desinhibición. Lo anterior puede incrementar los embarazos no deseados y el contagio de infecciones de transmisión sexual (Royuela *et al.*, 2015). En el país existen muy pocas fuentes de información que den cuenta de la gravedad del uso de drogas o alcohol entre la población adolescente y la relación que guarda con el embarazo durante ese periodo. Una investigación que aborda este hecho es el estudio realizado por Villatoro y colegas (2009) para el caso de la Ciudad de México. Dicho estudio, con base en los resultados de la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006, asegura que existe una alta comorbilidad entre el consumo de drogas y otras conductas problemáticas o de riesgo. Por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección son casi tres veces más frecuentes entre las consumidoras de sustancias (6.8%) que entre las no consumidoras (2.3%), lo que incrementa la posibilidad de un embarazo no planeado, no deseado, así como de prácticas de alto riesgo. Estos datos reflejan la existencia de una problemática relacionada con el consumo de sustancias adictivas entre la población adolescente, que además implica la exposición del producto a las mismas durante el embarazo y la lactancia. Aunque los porcentajes podrían parecer bajos -y estar subreportados por el estigma asociado al consumo, sobre todo en menores de edad-, evidencian que dicho consumo ocasiona que una proporción importante de adolescentes tengan relaciones sexuales sin protección. Estudios más recientes basados en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014, señalan que, en el ámbito nacional, 17.2 por ciento de estudiantes de secundaria y bachillerato ha consumido drogas alguna vez en la vida. La edad promedio de inicio del consumo de drogas se registra a los 13.6 años, con la marihuana como la sustancia ilegal más consumida, seguida de los inhalables y la cocaína. Sin embargo, entre estudiantes de primaria, la prevalencia total del consumo de drogas fue de 3.3 por ciento, con un nivel mayor entre los varones (4.7%) que entre las niñas (1.7%). En la mayoría de los casos, el consumo de drogas estuvo relacionado con la experimentación. Estimaciones de la SCONAPO basadas en la ENSaNut 2018, apuntan a que, del total de niñas y adolescentes de 10 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses y que consumieron bebidas alcohólicas, 25.4 por ciento no utilizó métodos anticonceptivos en su última relación sexual. Asimismo, del total de adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses y que consumieron alcohol, 21.4 por ciento no usó métodos anticonceptivos en su último encuentro sexual. Entre los hombres el porcentaje fue de 18.2, mientras que entre las mujeres fue de 27 por ciento. Estos datos muestran que buena parte de la población adolescente del país incurre en comportamientos de riesgo que pueden derivar en embarazos no planeados o no deseados, aunado a adquirir una ITS, incluido el VIH (Loredo-Abdalá, 2015).

Con base en estos resultados, es indispensable e inaplazable plantear y desarrollar programas orientados a la educación integral en sexualidad, la prevención del embarazo y del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en los ámbitos familiar, escolar, comunitario, así como en la sociedad en general. Para prevenir el consumo de drogas y otras sustancias, se recomienda la implementación de programas que tomen en cuenta características poblacionales -tales como la edad, el sexo y la cultura-, que estén dirigidos a la familia -madres, padres, tutores, personas cuidadoras- y que incluyan educación e información sobre estas sustancias. El objetivo es reforzar el aprendizaje de la niñez sobre sus efectos dañinos y brindarles la oportunidad de establecer diálogos familiares sobre su abuso (NIDA, 2020).

²⁰ También lo señala en las observaciones a México por parte del Comité CEDAW 2018.

4

JUSTIFICACIÓN

La fortaleza de la ENAPEA ha consistido en dar visibilidad al fenómeno multidimensional del embarazo en edad temprana (infantil y adolescente), con un enfoque de derechos humanos y de género. Alcanzar las metas de la ENAPEA representa una prioridad para la política de población del gobierno de la Cuarta Transformación.

El siguiente apartado da cuenta de la necesidad de reorientar la ENAPEA con base en el diagnóstico presentado y los resultados de la evaluación externa realizada por EUROSOCIAL, los cuales coinciden en tiempo con el periodo de confinamiento debido a la pandemia del SARS-CoV2.

4.1 Principales hallazgos y recomendaciones de la evaluación realizada por EUROSOCIAL

Durante el último trimestre de 2019 y todo el año 2020, el Estado mexicano recibió acompañamiento por parte del Programa de la Unión Europea para la Cohesión Social en América Latina (EUROSOCIAL) para el desarrollo del proceso titulado “Evaluación y recomendaciones para el fortalecimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)”. El acompañamiento consistió en la evaluación -a nivel de implementación- de la citada Estrategia desde el expertise del equipo evaluador, para ubicar el núcleo sustantivo de la Estrategia y las acciones concomitantes de ésta. Asimismo, se hizo un análisis cualitativo de la información proporcionada por las personas informantes clave y la reflexión sobre la priorización de componentes y la necesidad de actuar bajo una lógica intersectorial.

En este marco, la asistencia técnica consistió en determinar la efectividad de las acciones realizadas (a nivel nacional y estatal) para alcanzar las metas de la ENAPEA,²¹ establecidas para el 2030. Ello requirió de un proceso iterativo de construcción de acuerdos con contrapartes, mediante un énfasis en el intercambio sostenido entre la SGCONAPO e INMUJERES.

Durante el proceso, se llevaron a cabo misiones a México en dos momentos -noviembre y diciembre de 2019- para consultar los documentos e insumos producidos en el marco de la Estrategia. Asimismo, a nivel federal, el equipo evaluador a cargo²² participó en dos reuniones ordinarias del GIPEA y entrevistó a informantes clave de este Grupo.

De igual manera, con el fin de analizar las características de la implementación de la Estrategia a nivel subnacional y conocer la opinión de integrantes de los GEPEA, se elaboró una serie de preguntas. Los resultados se sintetizaron en el “Informe de la Encuesta a los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes” (GEPEA, 2020), el cual recoge los principales hallazgos y recomendaciones de la evaluación. El proceso de evaluación concluyó de forma satisfactoria en noviembre de 2020 y el producto final fue el “Informe final de sistematización de la metodología de trabajo, los hallazgos y las recomendaciones de la consultoría” (EUROSOCIAL, 2020).

²¹ Erradicar los nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años y reducir 50 por ciento la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años.

²² Mariana González Pérez y Silvina Ramos.

Principales hallazgos

Con base en sus objetivos, los hallazgos de la evaluación se concentran en cuatro apartados: a) el diseño; b) la implementación; c) el GIPEA y los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA); y d) la gobernanza y rectoría de la ENAPEA.

Si bien se reconocen las bondades en el diseño de la ENAPEA como una Estrategia Nacional, entre los principales retos observados se destaca que: “la ENAPEA ha creado una estructura de gobernanza muy grande y compleja que atenta contra una gestión ágil” (EUROSOCIAL, 2020). Lo anterior conduce a que la coordinación interinstitucional sea limitada o inexistente, dada la dificultad de desarrollar acciones conjuntas. Asimismo, el reto del federalismo se hace evidente, ya que “existe un débil acuerdo entre quienes gobiernan las entidades federativas con el nivel federal”, y que además “no se ha tenido un plan de acción para orientar acciones y compromisos” que permitan definir las responsabilidades.

Entre las áreas de oportunidad en el diseño, se plantea que no se le dio suficiente importancia al trabajo de comunicación, esencial para el cambio cultural que se requiere. En este mismo sentido, “no se ha definido suficientemente el abordaje y los contenidos específicos en temas de educación sexual” (EUROSOCIAL, 2020); ni se han priorizado las “intervenciones críticas” y las “intervenciones complementarias”.

Si a esto se le suma que el diseño no contempló la inexistencia de una asignación específica presupuestaria para sostener la implementación, el impacto negativo en los resultados esperados, así como en la designación de los perfiles técnicos y operativos, es notorio.

En cuanto a los retos en materia de implementación, la evaluación hace referencia a tres grandes rubros: a) el carácter político-contextual, b) el carácter institucional, y c) el carácter operativo.

Los problemas de tipo político-contextual responden, por un lado, a “las resistencias políticas para apoyar la Estrategia, visto el carácter controversial de los temas que aborda, es el obstáculo más importante identificado”; es decir, el componente religioso y cultural que se opone a garantizar la actuación laica del Estado. Por otro lado, responden también a la falta de voluntad para atender problemas estructurales, lo cual se refleja en una cultura político-institucional con grandes estructuras inoperantes.

En relación con los desafíos institucionales, la mayoría se concentran en la carencia de una lógica intersectorial -tanto a nivel federal como estatal- que permita avanzar en los objetivos de la Estrategia. Se señala puntualmente que “los sectores de salud y educación no han tenido el grado de involucramiento de alto nivel que se considera necesario para la ENAPEA”; derivado de la falta de liderazgo para impulsarla a nivel federal y estatal -en el que la implementación ha sido muy desigual y ha dependido del peso político otorgado por la administración local en turno-.

En cuanto a los problemas de implementación, una vez más, se observa la falta de presupuesto etiquetado, ya que muchos de los servicios dependen de la suficiencia institucional en materia de presupuesto. Ello implica un desgaste administrativo, más que operativo.

Por último, en relación con los problemas operativos, se observa que la mayoría derivan de los problemas mencionados -la falta de articulación y rectoría a nivel federal (o un plan de acción o sistematización de la implementación a nivel territorial) y la asignación presupuestal-; sin embargo, se destacan aquellos relacionados con la carencia de equipos técnicos acordes con la función que deben desempeñar. Esto se refleja en “la debilidad de la asistencia técnica a los GEPEA para implementar la Estrategia”, ya sea por la rotación tan amplia de personal y/o por la ausencia de una capacitación homologada para las personas profesionales y equipos involucrados en las diversas intervenciones relacionadas con ésta.

Otra área de oportunidad se refiere a la “ausencia de algunas instituciones garantes de derechos de niñas y adolescentes en la estructura de gobernanza” desde el ámbito de la procuración de justicia. En este sentido, se propuso incluir a la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana en la Asamblea GIPEA.

Finalmente, el monitoreo también representa un reto operativo, toda vez que, por un lado, no se ha logrado introducir este proceso en el quehacer cotidiano de los equipos técnicos y, por otro, “no se percibe su relevancia para la toma de decisiones en la gestión”.

Recomendaciones

A continuación se presenta el resumen de los cinco ejes definidos por el equipo evaluador:

I. Impulso político

- ◆ Es necesario introducir modificaciones en el diseño, la implementación, la estructura de gobernanza y el modelo de gestión de la ENAPEA.
- ◆ Se requiere un Plan Estratégico 2021–2024 para la ENAPEA, articulado en torno a objetivos precisos, resultados esperados y metas comprometidas. Este Plan deberá contar con apoyo político de alto nivel.
- ◆ Es necesario consolidar acuerdos políticos explícitos con presupuesto público y/o recursos suficientes para sellar compromisos recíprocos entre gobierno federal y gobiernos estatales.

II. Gobernanza, coordinación y fortalecimiento institucional

- ◆ Se debe conformar y oficializar una Mesa Estratégica²³ -integrada por las más altas autoridades políticas de las Secretarías involucradas- en la cual se generen los acuerdos estratégicos.
- ◆ Se requiere contar con una Mesa Técnica que agilice y ejerza una rectoría técnica-operativa del Grupo Interinstitucional, la cual tenga a su cargo:
 - ◇ el diseño del plan de acción anual o bianual;
 - ◇ el monitoreo y evaluación de la implementación;
 - ◇ la coordinación de los grupos de trabajo; y
 - ◇ la identificación de barreras de implementación en territorios que ameriten intervención de la Mesa Política o Estratégica.
- ◆ Se debe fortalecer un programa de capacitación y asistencia técnica federal dirigido a los GEPEA.
- ◆ Se requiere una estrategia de comunicación para construir una visión común y compartida.
- ◆ Además del Plan Estratégico, se debe impulsar una planificación anual que atienda las particularidades de cada entidad federativa.

III. Teoría del cambio y modelo de intervención

- ◆ Se deben priorizar intervenciones estratégicas que impacten de forma directa en la educación integral en sexualidad (EIS); servicios de salud sexual y reproductiva; prevención, detección temprana y abordaje intersectorial del abuso sexual; y en el embarazo forzado.
- ◆ Se requiere la elaboración de modelos de intervenciones estratégicas.
- ◆ Se deben estimar y comprometer metas de cobertura y de resultados para cada intervención clave y metas de impacto para la Estrategia en su conjunto.

IV. Recursos

- ◆ En línea con los compromisos internacionales adquiridos por México, como las recomendaciones de la CEDAW, se requiere contar con recursos humanos suficientes y de tiempo completo para la adecuada gestión técnica y operativa, así como garantizar la sostenibilidad de las acciones, para evitar el desgaste administrativo de los equipos mediante el etiquetado de recursos específicos para la Estrategia.
- ◆ Se debe contar con metodologías de toma de decisiones sobre la intersectorialidad al momento de diseñar e implementar intervenciones específicas.

²³ En el nuevo andamiaje, a este órgano se le denominó Comité Ejecutivo.

V. Intergubernamental e intersectorial²⁴

- ◆ Se debe de fortalecer la visión y praxis intersectoriales, evitando la coexistencia de lógicas, saberes, y expertise sectoriales que compiten con la integralidad y los objetivos agregados.
- ◆ Es preciso promover redes de trabajo sustentadas en liderazgos, relaciones regulares y reciprocidades, que construyan de forma colectiva sus concepciones sobre el sentido y las orientaciones de sus contribuciones particulares.

En este apartado, el equipo evaluador reiteró la necesidad de:

- ◆ Contar con acuerdos formales con plazos para su cumplimiento, en particular con las autoridades políticas que conducen programas sectoriales en las entidades federativas.
- ◆ Instalar una mesa de gestión político-institucional (Comité Ejecutivo) conformada por las más altas autoridades de las instancias clave involucradas y una Mesa de coordinación técnico-operativa (Mesa Técnica) con un número reducido de integrantes en representación de programas y políticas sectoriales clave.
- ◆ Coordinar y supervisar líneas de trabajo transversales a las áreas programáticas sectoriales.
- ◆ Revisar aspectos del modelo de gestión, con base en:
 - ◇ Proponer esquemas de adhesión entre nivel central y entidades federativas firmados por los y las Gobernadores con el Gobierno Federal;
 - ◇ Contar con perfiles técnicos e institucionales necesarios para la gestión del GEPEA para garantizar capacidades y continuidad necesarias para las funciones a cumplir;
 - ◇ Promover las actas de instalación de ENAPEA en territorios para sellar el compromiso político.

Estas recomendaciones proporcionan la base sobre la cual se llevará a cabo la planeación estratégica de la ENAPEA.

4.2 Lecciones aprendidas durante la contingencia sanitaria por COVID-19

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia al coronavirus SARS-CoV2. Dado que la Constitución establece el derecho a la salud, el Poder Ejecutivo Federal emitió una serie de acuerdos y medidas²⁵ dirigidos a contener la propagación del virus mediante la suspensión de actividades y la declaración de actividades extraordinarias.

Ante tal emergencia, fue necesario reformular el quehacer cotidiano de la administración y, por ende, los alcances de todas las instituciones integrantes del GPEA. Esto puso en evidencia la necesidad de una articulación y una coordinación más ágiles y menos burocráticas en la consecución de las metas de la ENAPEA.

La pandemia y el confinamiento han tenido severas consecuencias económicas que han profundizado las brechas estructurales de marginación y promovido el aumento de la violencia de género y en los hogares. El abuso sexual de NNA, que es una de las vertientes más críticas de esta violencia, obligan al Estado mexicano a garantizar de forma prioritaria los derechos de las poblaciones más afectadas.

²⁴ La intersectorialidad se construye sobre sectorialidades preexistentes y con base en la capacidad de esas políticas sectoriales de hacer bien su tarea y su disposición para coordinar esfuerzos con otras políticas. La intersectorialidad no resulta de la sumatoria de acciones sectoriales enfocadas a una población o territorio. La intersectorialidad se juega en cuatro planos: visión, diseño, gestión y monitoreo.

²⁵ Secretaría de la Función Pública, "Acuerdo por el que se establecen los criterios en materia de administración de recursos humanos para contener la propagación del coronavirus COVID-19, en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal" (23 de marzo, 2020); la Secretaría de Salud "Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)" (27 de marzo, 2020); por parte del Titular del Ejecutivo "Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)" (27 de marzo, 2020), entre otras.

De acuerdo con la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO), se estima que el número total de nacimientos no intencionales entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad podría aumentar, entre 2020 y 2021, de 157 987 sin pandemia a 177 170 nacimientos derivado de la COVID-19; esto en un escenario moderado -donde las necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA) aumentarían de 29.2 a 35 por ciento (aumento de 20%)-. En el caso de un escenario pesimista -donde la NIA aumentaría a 37.9 por ciento (incremento de 30%) debido a la pandemia- el total de nacimientos no intencionales podría ascender a 186 759. Lo anterior, representaría 19 183 y 28 772 nacimientos adicionales ocurridos a adolescentes a causa de la COVID-19, respectivamente.

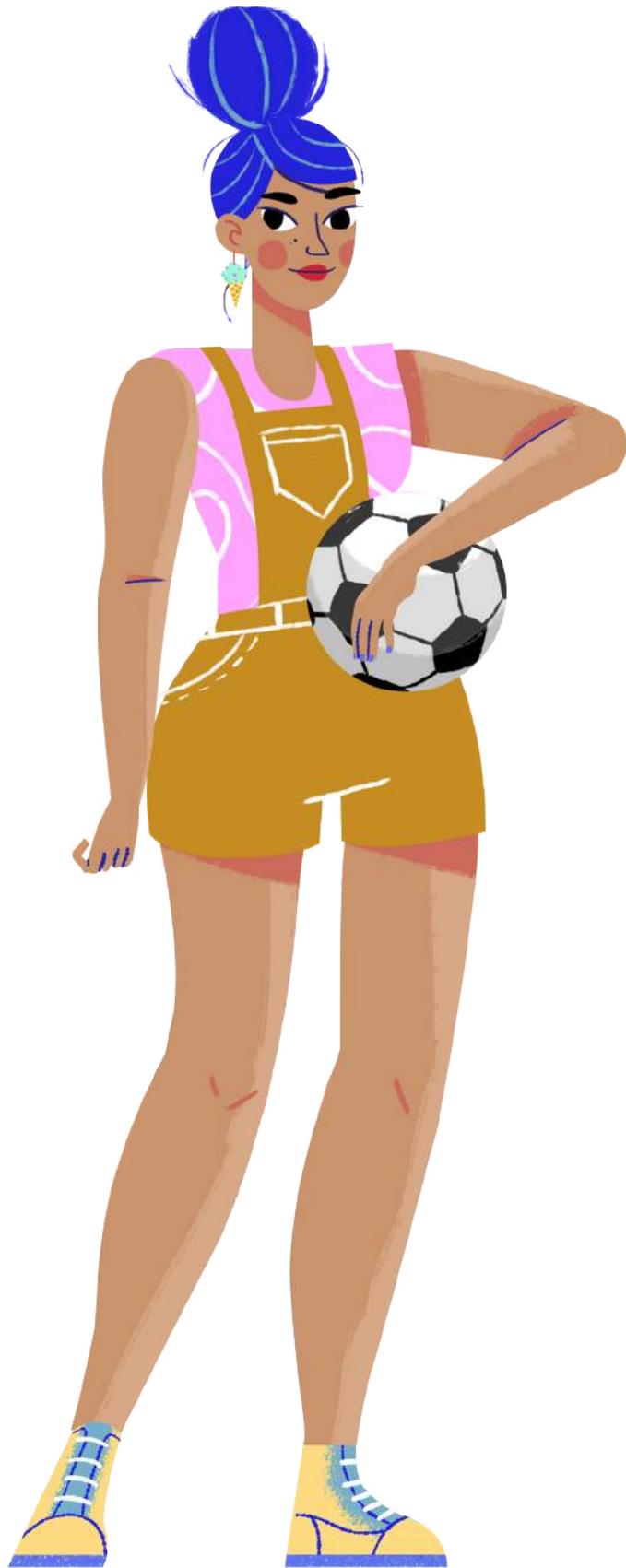
4.3 Contexto de violencia de género

Por otra parte, la pandemia exacerbó la violencia y evidenció la crisis existente en nuestro país en materia de cuidados en el hogar en el marco del confinamiento, donde muchas niñas y adolescentes comparten espacio con sus agresores. Asimismo, a consecuencia de los roles de género, la carga de labores domésticas también ha aumentado para ellas, lo cual redundará, sobre todo, en una injusta sobrecarga del trabajo para las mujeres.

Una de las principales temáticas que esta reorientación pretende abordar coincide en tiempo con el aumento de la violencia feminicida, derivada de la crisis de seguridad pública que se desató a partir de 2007. Entre 2015 y 2020,

“el número de presuntas víctimas de feminicidio muestra un gradual y sostenido aumento en cada semestre, excepto en el periodo comprendido de febrero a mayo de 2020, en el cual se aprecia un descenso, con un repunte en junio, cuando se alcanza el punto más alto (99 víctimas), en los últimos seis años. Por su parte, las víctimas de homicidios dolosos crecen de manera acentuada, aunque con ligeras oscilaciones, en prácticamente todos los semestres observados, con un descenso entre abril y junio del último año en observación. Algunos estudios sugieren que dicha caída está asociada con la menor exposición al riesgo de algunas mujeres en los espacios públicos en los primeros meses del confinamiento por la COVID-19 (ONU Mujeres, 2020).”

En el primer semestre de 2020, de acuerdo con una publicación del Gobierno de México y ONU Mujeres, el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) registró 489 feminicidios y 1 443 víctimas de homicidios dolosos, “es decir, un total de 1 932 mujeres asesinadas, un promedio de 10.6 víctimas diarias”. El tema es relevante para la operación de la ENAPEA, ya que “la mayor parte de los homicidios de mujeres ocurren en las edades más jóvenes; en 2019, poco más de la mitad ocurrieron en las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años (53%)”, aunque el aumento vertiginoso de estos homicidios se da entre los 10 y 20 años de edad (ONU Mujeres, 2020).



5

NUEVA ORIENTACIÓN DE LA ENAPEA DURANTE EL PERIODO 2021–2024

Las implicaciones detalladas en el apartado relativo al diagnóstico obligan a atender el problema del embarazo temprano como una alta prioridad gubernamental. Además, como se analizó en el apartado correspondiente a los resultados de la evaluación de EUROSOCIAL, la ENAPEA debe mejorar su formulación, atender los principales rezagos en la implementación, actualizar su estructura de gobernanza y proponer un modelo de gestión efectivo a partir de nuevas orientaciones.

Cabe destacar que, si bien la ENAPEA se ha caracterizado por la inclusión del enfoque de derechos y de la perspectiva de género y esto ha constituido su base principal, la reorientación reconoce que el embarazo temprano no es responsabilidad única de las mujeres. De esta manera, la ampliación de la visión a la participación, corresponsabilidad, e involucramiento de los hombres es, entre otras, una de sus principales aportaciones. Para ello se requiere de una política integral que aporte a un cambio cultural y no se enfoque sólo en las niñas y adolescentes, sino que se dirija también a los varones -desde la primera infancia y en sus diversas facetas de su vida-, así como a madres, padres, tutores y a la comunidad en general.

En México, aún existen importantes obstáculos sociales, económicos y culturales que perpetúan la brecha de desigualdad e impiden o limitan el ejercicio de los derechos, sobre todo los sexuales y reproductivos. Es en este contexto de desigualdad estructural donde se deben atender los retos para lograr que la ENAPEA sea una realidad que se materialice en políticas públicas dinámicas que generen programas y acciones encaminadas a concretar un cambio en la conciencia de la población.

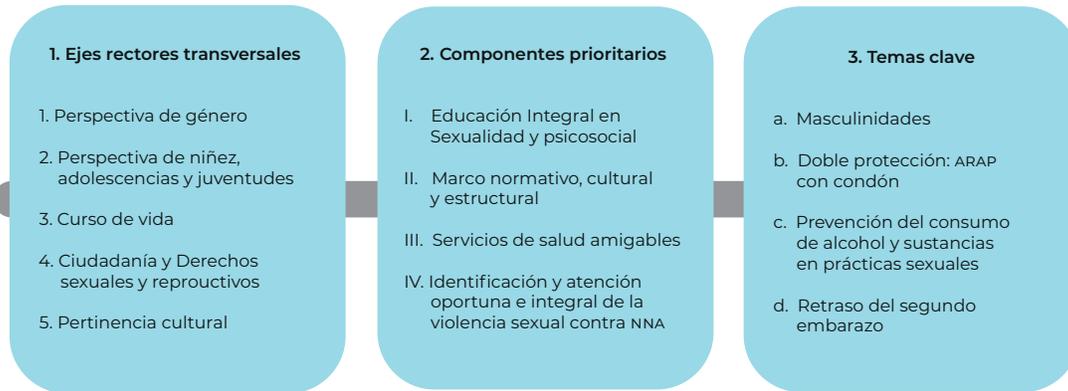
Dada la diversidad pluriétnica y multicultural de México, esta propuesta fortalece los esfuerzos dirigidos a implementar políticas con pertinencia cultural para la población en situación de mayor rezago. La apuesta está en la autodeterminación y en el libre desarrollo de la personalidad, para que todas las personas puedan ejercer su sexualidad con plena libertad, seguridad y responsabilidad y de acuerdo con su orientación sexual e identidad de género, sin discriminación ni violencia.

La nueva orientación consiste en identificar una serie de especificidades que requieren de la renovación de los compromisos coordinados entre el Gobierno Federal y los gobiernos estatales y municipales, así como con la sociedad civil y la academia. Dicha renovación deberá partir de la revisión de las acciones prioritarias que permitan la actuación intersectorial del Estado en todos sus ámbitos de gobierno, sobre todo en el municipal.

Las especificidades se dividen en: a) ejes rectores transversales, b) componentes prioritarios y c) temas clave. Estas categorías son útiles a la hora de instrumentar, retoman parte importante de lo planteado en la Estrategia original de 2015 (ENAPEA, 2015) y ponen de relieve algunos rubros que hoy resultan prioritarios (véase diagrama X). Acompañadas de un proceso de planeación estratégica y de consulta participativa, estas líneas orientativas buscan crear un frente unido para garantizar, por un lado, la erradicación de los embarazos infantiles y, por el otro, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente que les permita tener una vida sexual plena, placentera, responsable y libre de riesgos para evitar embarazos no deseados. Todo ello, a partir de la base de que ambas poblaciones -niñez y adolescencias- son personas titulares de derechos y cuentan con un marco nacional e internacional que las reconoce y protege.

ESQUEMA 1.

Prioridades de la ENAPEA 2021–2024

5.1 Ejes rectores transversales²⁶

Como parte de su reorientación, se reconocen los ejes planteados en la ENAPEA.²⁷ No obstante, a partir de las observaciones de la evaluación, los esfuerzos se centrarán en los siguientes ejes catalizadores:

- ◆ Perspectiva de género: Entendida como “una visión científica, analítica y política” que se propone eliminar la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas con base en el género.²⁸
- ◆ Perspectiva de derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA) y perspectiva de juventudes, con énfasis en su participación: Reconocimiento de NNA como personas titulares de derechos, con base en el respeto de su dignidad, vida, supervivencia, bienestar, salud, desarrollo, participación y no discriminación, para garantizar la integralidad en el disfrute de sus derechos²⁹ y el reconocimiento y el respeto de su pluriculturalidad.

La perspectiva de juventudes representa un planteamiento novedoso en relación con la transformación del paradigma político e institucional dominante en materia de juventudes. Como se verá a continuación, la propuesta se centra en trascender la concepción tutelar y contenciosa de la juventud, expresada en políticas sectoriales de corte clientelar y adultocéntrico, hacia un enfoque que fomente la protección social integral, la garantía de derechos y el ejercicio libre de la capacidad de agencia de las juventudes. Es decir, se trata de una visión centrada en la persona joven, en búsqueda constante de una mejor articulación entre todos los grupos etarios (IMJUVE, 2020).

Por otro lado, la participación es un derecho humano consagrado en los instrumentos relativos a los derechos civiles y políticos, pero también en los relativos a los derechos económicos, sociales y culturales, que “se ejerce al participar en el diseño y la implementación de agendas y políticas de desarrollo”. Si partimos del hecho de que la población más joven del país es estratégica para la transformación social, es preciso incorporar “su perspectiva en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones que serán ejecutadas, en todos los niveles de planeación y acción”.

²⁶ Los tres ejes que no se contemplan en la priorización (1. Intersectorialidad, 7. Investigación y evidencia científica y 8. Evaluación y rendición de cuentas) se retoman puntualmente en el trabajo de los órganos de gobernanza como parte del nuevo andamiaje (ver página 53). En cuanto al eje relativo a Perspectiva de niñez, adolescencias y juventudes, éste engloba el eje de Participación juvenil; mientras que en Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos se retoma lo relativo al componente de Corresponsabilidad.

²⁷ 1. Intersectorialidad, 2. Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos, 3. Perspectiva de género, 4. Curso de vida y proyecto de vida, 5. Corresponsabilidad, 6 Participación juvenil, 7. Investigación y evidencia científica y 8. Evaluación y rendición de cuentas.

²⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV).

²⁹ Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.

- ◆ **Perspectiva del curso de vida:** Como concepto, el curso de vida de un individuo se define como la “secuencia de eventos y roles socialmente definidos” (Elder, 1998) experimentados durante la vida. Al adoptar esta perspectiva, es posible analizar la interrelación entre las distintas transiciones que las personas experimentan a lo largo de su vida (Zavala *et al.*, en prensa).

La etapa de transición a la adultez suele recibir gran atención, dado que es un periodo rico en procesos o transiciones que dan paso a diversas trayectorias. Por ello, esta perspectiva parte de una visión dinámica³⁰ de los eventos y toma en cuenta los cambios ocurridos en los contextos social, económico y cultural. Lo anterior se complementa con la desagregación por grupo de edad; esto implica que, para la correcta ejecución de la ENAPEA, es necesario poner énfasis en el curso de vida de las niñas de 10 a 14 años y las adolescentes de 15 a 19 años. El objetivo es abordar los temas clave propuestos más adelante, y deberá distinguirse desde el momento de la planeación, el diseño, la gestión y el monitoreo de toda intervención.

- ◆ **Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos:** El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos³¹ en diversos instrumentos de derechos humanos internacionales³² de carácter vinculante y político da pie a que, las poblaciones más jóvenes, al ser sujetos de derechos, construyan su ciudadanía y participen de forma activa en la generación de las oportunidades para su desarrollo.

Por otra parte, esta ciudadanía conlleva un trabajo de corresponsabilidad, la cual se sustenta en la idea de la construcción de lo público, “sin que ello signifique que el gobierno evada o delegue su responsabilidad” (ENAPEA, 2015). Asimismo,

La corresponsabilidad tiene la intención de generar sinergias y hacer converger a las instituciones gubernamentales, a las iniciativas privada y social, y a los propios adolescentes como sujetos de su propio desarrollo, para enfrentar problemas y generar propuestas en el marco de relaciones de confianza, cooperación y responsabilidades compartidas establecidas por medio de reglas, normas y mecanismos de participación, gestión y distribución de recursos.

En el ámbito local, la ENAPEA debe involucrar a quienes integran la comunidad, incluyendo a las autoridades locales y municipales, a padres y madres de familia, directivos y docentes de las escuelas, a responsables y personal de los centros de salud, a responsables de espacios de recreación y, desde luego, a los y las adolescentes. Se debe informar a todas las personas interesadas en el problema del embarazo en adolescentes para llegar a acuerdos que generen sinergias entre las diferentes instancias y construyan las acciones y opciones para prevenirlo (ENAPEA, 2015).

- ◆ **Pertinencia cultural:**³³ De forma paralela a los ejes anteriores, se suma el de pertinencia cultural, que se basa en un marco jurídico que reconoce los derechos específicos de las personas, comunidades y pueblos indí-

³⁰ Por ejemplo, desde la perspectiva de curso de vida, es posible analizar el número de nacimientos entre niñas y adolescentes que ocurren dentro de una unión conyugal. Asimismo, desde esta perspectiva es posible investigar la transición que implica la salida o el término de la educación formal como un detonante en el proceso de la formación de familias; es decir, aquellas transiciones que implican eventos que dan origen a que una persona inicie su propia familia, entre ellas, la iniciación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo o hija.

³¹ “Los derechos reproductivos parten de la libertad y autonomía de decidir si tener o no hijos e hijas, cuándo, cuántos y con quién. Los derechos sexuales parten de la libertad y la autonomía de decidir, disfrutar el placer sexual y la sexualidad de acuerdo con los deseos, gustos y preferencias personales, sin que esto sea motivo de coerción, sanción, discriminación o violencia alguna y con respeto a la dignidad de las personas. Reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes implica reconocer su libertad de tomar decisiones libres y responsables, y la conveniencia de que el Estado les brinde la información, la educación y los servicios que aseguren el ejercicio sano, responsable y seguro de su sexualidad y permitan alcanzar el nivel más elevado de SSR.” ENAPEA 2015

³² PIDESC, CEDAW, La Convención de los Derechos del Niño en 1989 y la Conferencia de El Cairo en 1994.

³³ Se retoma el concepto de “derechos humanos multiculturales”. Es decir, desde el feminismo se critican las posturas del relativismo cultural por ser esencialistas y encubridoras de las relaciones de poder entre mujeres y hombres; mientras que, desde la postura del relativismo cultural, se critican las posturas feministas por “entorpecer” los derechos colectivos al especificar los derechos de LAS MUJERES. En ese sentido, la salida a este debate se puede postular, como lo indican Deere y León (2005), desde el concepto de Boaventura de Sousa Santos,

genas y afromexicanos, en respuesta al principio rector 7 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019–2024, relativo a impulsar un modelo de desarrollo inclusivo, igualitario, sustentable y sensible a las diferencias territoriales (que se puede sintetizar en la frase “no dejar a nadie atrás y no dejar a nadie afuera”).

Lo anterior, comienza a partir del reconocimiento de “la desigualdad y la discriminación estructural que viven de manera diferenciada [...] los pueblos indígenas, las comunidades afromexicanas y otros grupos en situación de vulnerabilidad, así como su capacidad para definir sus propias necesidades de desarrollo y sus estrategias y capacidades para superar sus problemas autodiagnosticados” (SHCP, 2019). Es decir, la pertinencia cultural permite abordar las problemáticas y estrategias de atención al considerar las cosmovisiones y lenguas de las comunidades indígenas y afromexicanas, con apego a sus derechos fundamentales.

5.2 Componentes prioritarios

La nueva Estrategia retoma cinco de los seis componentes dispuestos en la ENAPEA del 2015 y sólo deja fuera el relativo a las oportunidades laborales apropiadas para la edad (Componente 3).³⁴ En ella se toman en cuenta las recomendaciones de EUROSOCIAL sobre la priorización en “un conjunto básico y crítico de intervenciones que afectan los determinantes próximos del embarazo en la adolescencia, a saber: detección temprana del abuso sexual y el embarazo forzado; educación integral en sexualidad (EIS) en las escuelas y otros espacios comunitarios para captar a la población adolescente no escolarizada; y consejería en materia de salud sexual y reproductiva y dispensa de métodos anticonceptivos” (EUROSOCIAL, 2020).

Se reconoce que el componente de oportunidades laborales representó un abordaje integral y amplio de los elementos estructurales que impactan en el fenómeno del embarazo en adolescentes. No obstante, con base en los resultados y las recomendaciones, es necesario dimensionar los alcances reales de la ENAPEA y centrarse en esfuerzos puntuales en las determinantes críticas.

Por otro lado, se fusionan los componentes 1 y 2 relativos a la educación -el que se refiere a la ampliación de oportunidades para garantizar ese derecho y el que se refiere de forma específica a la EIS-³⁵ con el fin de integrar ambos aspectos. Es decir, se busca desarrollar habilidades socioemocionales que, más allá de favorecer la EIS, fomenten la empatía, la comunicación y la negociación, así como la toma de decisiones y la asertividad; todas ellas habilidades que pueden fomentar relaciones más saludables entre las juventudes y sus familias, colegas, amistades y parejas sexuales y/o afectivas.

Asimismo, como ya se señaló, esta reorientación busca enfatizar las acciones encaminadas a la prevención, atención y erradicación de la violencia sexual contra niñas y adolescentes. En este sentido, el componente 6 adquiere un rol preponderante.

Los cuatro componentes prioritarios de la ENAPEA 2021–2024 son:

- ◆ **Primer componente:** Educación inclusiva, integral, flexible y educación integral en sexualidad (C1 y C2):
 - ◇ Brindar a niñas, niños y adolescentes herramientas, conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderen para cuidar su salud, asegurar su bienestar y dignidad; y desarrollar relaciones sociales

quien habla de derechos humanos multiculturales (DHM) con miras a avanzar en políticas progresistas y emancipatorias de la dignidad humana.

³⁴ Identificar líneas de trabajo sobre la forma de ampliar las oportunidades laborales de las adolescencias en edad legal de trabajar en México, que les permitan un ingreso suficiente para una vida sin carencias, garanticen que concluyan la educación obligatoria y busquen sinergias con estrategias similares y participación social.

³⁵ 1. Brindar un marco de trabajo para identificar las oportunidades educativas en México para niñas, niños y adolescentes ampliadas en todos los niveles educativos de gestión pública, con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural que contribuya a una mayor acumulación de capital humano.

2. Establecer políticas para mejorar la educación integral en sexualidad desde la infancia, la cual favorece la adquisición gradual, el desarrollo, el manejo y el uso de la información y los conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con un enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

y sexuales respetuosas; para considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y para entender y proteger sus derechos a lo largo de la vida.³⁶

- ◆ **Segundo componente:** Entorno habilitante (C4):
 - ◇ Promover un cambio en el entorno legal, cultural, social y regulatorio bajo un esquema de participación social que favorezca la autonomía y las decisiones libres, responsables e informadas de niñas, niños y adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva³⁷ y que reduzca las barreras sistémicas que impiden el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- ◆ **Tercer componente:** Servicios de salud amigables (C5):
 - ◇ Fortalecer las acciones de promoción y de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de mujeres y hombres de 10 a 19 años, asegurando la participación social y el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, así como a la anticoncepción de emergencia, para garantizar la elección libre e informada en condiciones de igualdad y favorecer el ejercicio de la sexualidad de manera satisfactoria y libre de riesgos.³⁸
- ◆ **Cuarto componente:** Identificación temprana y atención oportuna integral de la violencia sexual contra niñas niños y adolescentes (C6):
 - ◇ Fortalecer las acciones orientadas a la prevención, la detección temprana y la atención intersectorial de la violencia sexual en niñas y adolescentes, los matrimonios, las uniones y los embarazos forzados en menores de 15 años; garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) por la causal violación, y dar cumplimiento a la NOM046³⁹ y a la NOM047.

5.3 Temas clave

Como ya se señaló en el diagnóstico, además de los ejes rectores y los componentes prioritarios, la reorientación de la ENAPEA se acompaña de la innovación en cuanto a la focalización de esfuerzos en cuatro temas considerados clave en la incidencia de determinantes en el embarazo temprano. Una vez más se destaca la importancia de ponderar el eje rector relativo al curso de vida mediante la desagregación por los grupos etarios previamente distinguidos.

En primer lugar, se ha demostrado que los factores culturales relativos al ejercicio de la masculinidad desempeñan un rol determinante en la sexualidad y la reproducción (Amuchástegui, 2007). Las cifras de embarazos resultantes de relaciones asimétricas y las relativas a la violencia familiar, sexual y de género son sólo ejemplos que confirman la apremiante necesidad de orientar acciones hacia los niños, adolescentes, jóvenes y hombres. La reorientación, por ende, visibilizará la promoción de las nuevas masculinidades y la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad. En atención al eje de curso de vida y en pleno respeto de los derechos humanos, esta corresponsabilidad no es aplicable para los casos en los que existan violencia sexual o embarazos forzados.

Como segundo tema clave, se incluye la promoción de la doble protección anticonceptiva entre la población adolescente para prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, con absoluto respeto a la decisión libre e informada. Para ello, se incentivará el uso de anticonceptivos de alta efectividad -como los reversibles de acción prolongada (ARAP)- a la par del uso del condón, en cualquiera de sus presentaciones: externo (masculino) o interno (femenino); así como la amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.

³⁶ Cambio Curricular SEMS.

³⁷ Se recupera tal y como está en la ENAPEA 2015 sólo se agrega el factor cultural y sistemático.

³⁸ Se retoma de la Evaluación EUROsocial.

³⁹ Se retoma de la Evaluación EUROsocial.

Un tercer aspecto se refiere al énfasis en la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, dada su correlación con las prácticas sexuales de riesgo. Este tema es el único que la ENAPEA del 2015 no aborda de manera literal. No obstante, aunque de forma incipiente, la literatura que se retoma en el diagnóstico (Viallato et al., 2009; Royuela et al., 2015; Lomba et al., 2009) lo identifica como un tema que requiere suma atención, con énfasis en los niños, adolescentes y jóvenes, pero sin dejar de lado las características de este fenómeno en sus pares femeninos (Medina Mora, 2019). Esto debido a que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016–2017, “el consumo [de alcohol] excesivo durante el último mes ha aumentado significativamente (se duplicó de 4.3 en 2011 a 8.3 en 2016) y en las mujeres tuvo un incremento de más de 3 veces (de 2.2% a 7.7%); en los hombres no se encontraron variaciones significativas” (ENCODAT, 2017). En este sentido, uno de los objetivos es que este tema sirva como vínculo entre la ENAPEA y la implementación de otros programas prioritarios que están en marcha en la actualidad, como la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA).

Finalmente, el cuarto tema en el que se busca innovar se refiere al retraso del segundo embarazo, ya que se ha demostrado que la mitad de las veces, tras el primer evento obstétrico, las mujeres quedan expuestas a un siguiente embarazo con la posibilidad de que “el intervalo inter-genésico no sea el adecuado, generándose y reproduciéndose al mismo tiempo las condiciones de vulnerabilidad de la adolescente” (Schiavon, 2019). Por tal motivo, es necesario fortalecer las acciones de prestación de servicios de anticoncepción post evento obstétrico en todas las instituciones del sector salud.



6

ANDAMIAJE

A fin de atender las recomendaciones de EUROsociAL relativas al fortalecimiento de la gobernanza de la ENAPEA, en la 22ª sesión ordinaria del GIPEA se aprobó un organigrama orientado a la instrumentación (véase diagrama X) que cuenta con diversos órganos encargados de las siguientes funciones:

- ◆ Formalizar los acuerdos con autoridades políticas que conducen los programas sectoriales en las entidades federativas.
- ◆ Contar con mecanismos efectivos de toma de decisión de alto nivel político.
- ◆ Tener mecanismos de coordinación técnico-operativa en representación de programas/políticas sectoriales clave.
- ◆ Coordinar y supervisar líneas de trabajo transversales a las áreas programáticas sectoriales.

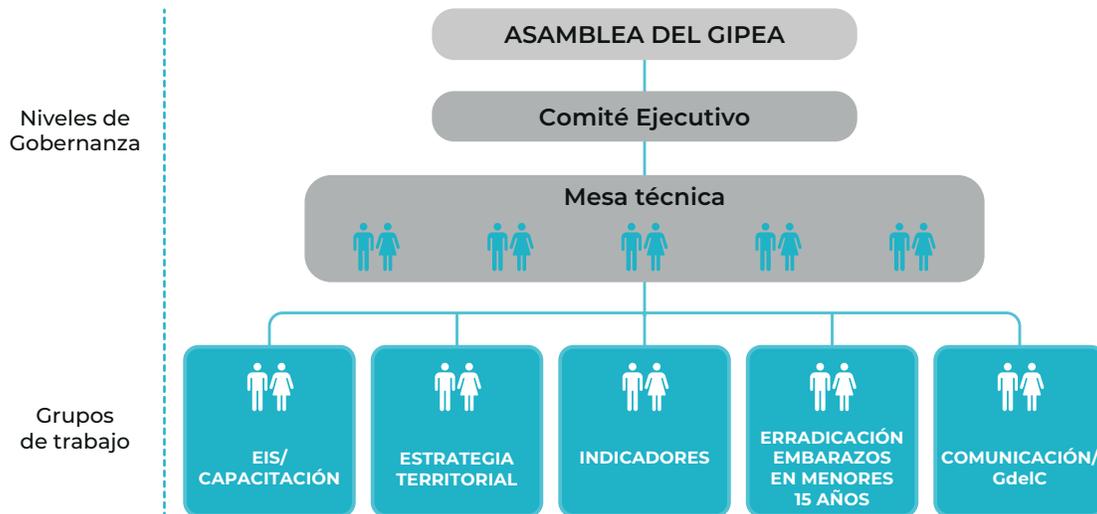
Lo anterior en atención a la necesidad de impulsar un conjunto de políticas públicas que atiendan las determinantes clave de forma articulada (intersectorialidad), pero que también estén al alcance de toda la población (territorialidad).

El modelo de andamiaje que aquí se detalla cumple con los planos propuestos de la intersectorialidad; es decir: la visión, el diseño, la gestión y el monitoreo.

“La visión da cuenta de un entendimiento compartido acerca de la multidimensionalidad del problema y de sus soluciones, sólo posible con un trabajo de diseño compartido de la estrategia a implementar. En el diseño, la intersectorialidad se debe plantear en la integración de sectores para llevar adelante una intervención (i.e. mesas de trabajo intersectoriales para el seguimiento de casos de abuso sexual y embarazos forzados; o asesorías en salud en las escuelas que atienden la demanda espontánea y deriven a adolescentes a los servicios de salud correspondientes). En la gestión, la intersectorialidad se juega en la conversación sistemática entre los actores institucionales quienes discuten problemas de implementación para encontrar soluciones. Y en el monitoreo, se consigue en la capacidad del sistema de información de relacionar acciones sectoriales en el marco de la teoría del cambio para encontrar patrones de factores sectoriales que conducen a resultados satisfactorios”.

ESQUEMA 1.

ENAPEA 2020–2024 / Nuevo andamiaje



a. Asamblea del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (antes GIPEA)

La ENAPEA estableció la creación de un Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), que en un principio estuvo integrado por 19 instituciones públicas, tres representantes de organizaciones de la sociedad civil, tres representantes de la academia y de organismos internacionales, así como un representante de los GEPEA.⁴⁰

En la nueva orientación de la ENAPEA, se crea una Asamblea del GIPEA cuyo objetivo será supervisar y monitorear los mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación que permitan la efectiva implementación de esta estrategia en el nivel federal. La visión da cuenta de un entendimiento conjunto sobre la multidimensionalidad del problema y sus soluciones, sólo posible a través de un trabajo de diseño compartido de la estrategia a implementar.

El único órgano que no sufre modificaciones sustantivas en la reestructuración de la ENAPEA 2021–2024 es la asamblea del GIPEA, ya que favorece la legitimidad amplia de la operación de la Estrategia. La asamblea, que sesionará cuatro veces al año, será coordinada por la SGCONAPO, e INMUJERES fungirá como Secretaría Técnica. Además, continuará con la participación de las siguientes instituciones y organizaciones:

Instituciones públicas:

1. Bienestar
2. SEP
3. Segob
4. STPS
5. SGCONAPO
6. SE-SIPINNA
7. SNDIF
8. INMUJERES
9. ISSSTE

⁴⁰ Acuerdo por el que se dan a conocer los lineamientos de organización y funcionamiento del Grupo Interinstitucional para la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

10. IMJUVE
11. IMSS
12. Indesol
13. INPI
14. INSP
15. INAFED
16. CNEGSR
17. Censida
18. CeNSIA
19. Conadic
20. CNDH
21. Conavim
22. CNBBBBJ

Organizaciones de la Sociedad Civil:

23. Elige
24. Balance
25. MEXFAM

Instituciones Académicas:

26. UNAM
27. UAM-X
28. INPer

Organismos Internacionales:

29. UNFPA
30. OPS
31. ONU Mujeres
32. UNICEF
33. OIJ

Representante de las entidades federativas:

34. GEPEA Chihuahua

La visión da cuenta de un entendimiento conjunto acerca de la multidimensionalidad del problema y de sus soluciones, sólo posible a través de un trabajo de diseño compartido de la estrategia a implementar.

b. Comité ejecutivo

El informe de la Evaluación de EUROSOCIAL recomienda la creación de un comité ejecutivo, ya que reconoce la creación de una estructura de gobernanza demasiado grande y compleja como uno de los problemas de diseño de la ENAPEA. Al incluir demasiados actores para la toma de decisiones, atenta contra una gestión ágil, lo que, a su vez, redundaría en un funcionamiento ineficiente como organismo de conducción y rectoría de la Estrategia.

Por tal motivo, se crea el Comité Ejecutivo de la ENAPEA, cuyo objetivo es asegurar una toma de acuerdos estratégicos diligente que garantice la correcta asignación presupuestaria. Asimismo, será responsable de consolidar acuerdos políticos explícitos entre el gobierno federal y los gobiernos estatales y garantizar la participación de la sociedad civil en todos los niveles del andamiaje, de tal manera que todas las aportaciones sean sustantivas y transversales.

La Secretaría General del CONAPO es la responsable de coordinar el Comité Ejecutivo, mientras que el INMUJERES funge como Secretaría Técnica y en éste se cuenta con la participación de las siguientes instancias:

Instituciones públicas:

1. SGCONAPO
2. INMUJERES
3. SEP
4. SE-SIPINNA
5. IMJUVE
6. CNEGSR

Organizaciones de la Sociedad Civil:

7. Balance

Organismos Internacionales:

8. UNFPA

El Comité Ejecutivo sesionará en los albores de las sesiones de la Asamblea -es decir, idealmente, cuatro veces al año-, y en él participarán las personas titulares de las instancias mencionadas para garantizar la toma de acuerdos de alto nivel.

c. Mesa Técnica

Al igual que el Comité Ejecutivo, la creación de la Mesa Técnica se justifica por la necesidad de agilizar la toma de decisiones -en este caso, técnicas y operativas- identificada en la evaluación de EUROSOCIAL, con el fin de integrar los avances y el trabajo de los diversos grupos.

Sus objetivos son generar condiciones programáticas para la implementación de la ENAPEA 2020-2024 desde sus planes operativos, así como coordinar y supervisar los Grupos de Trabajo e identificar las barreras para su implementación en los territorios y solicitar la intervención del Comité Ejecutivo. Asimismo, deberá desarrollar sus funciones en el marco del compromiso de colaboración y coordinación entre las instituciones de la Asamblea y mantener comunicación con los mecanismos de coordinación.

En este caso, la coordinación de la Mesa Técnica estará a cargo del INMUJERES, mientras que la SGCONAPO fungirá como Secretaría Técnica y sesionará de forma bimestral para recabar como insumos los avances de los grupos de trabajo. Estará integrada por las instancias a cargo de la coordinación y el secretariado técnico de los cinco grupos de trabajo que se describen en el siguiente apartado.

1. INMUJERES
2. SGCONAPO
3. CSIGPT-SEP
4. SEMS-SEP
5. SE-SIPINNA
6. IMJUVE
7. INSP
8. CNEGSR
9. Elige
10. UNFPA

d. Grupos de trabajo (GT)

Los grupos de trabajo están integrados por personas servidoras públicas designadas por titulares de cada una de las instituciones u organizaciones que conforman la Asamblea. En ellos pueden participar una o más personas por organismo, en función del tema y las necesidades que se hayan identificado. Se parte del reconocimiento de los avances

obtenidos en los grupos de trabajo anteriores a este andamiaje y se recuperan sus planes de trabajo para adaptarlos a las actividades que competen a cada grupo.

En estos grupos de trabajo se contempla la participación e invitación de organizaciones civiles que cumplan con los lineamientos establecidos y aprobados por la Asamblea del GIPEA. En ellos, la perspectiva de género, de juventudes, intersectorial y el trabajo comprobado en el avance hacia los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes con respeto a su autonomía y toma de decisiones son fundamentales.

1. Grupo de Trabajo para la estrategia territorial (antes Subgrupo de acompañamiento a los GEPEA)

La ENAPEA establece también que “las entidades federativas constituirán el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), el cual tomará como modelo de referencia el nacional, que podrá adecuarse respetando los arreglos institucionales en los estados. En el ámbito estatal, se considera prioritario apoyar a las instancias municipales y locales con procesos de capacitación y asesoramiento para establecer los mecanismos de articulación con las demás dependencias, así como las gestiones que permitan destrabar obstáculos y mejorar el rendimiento local” (ENAPEA, 2015).

En este contexto, el 22 de junio de 2016, en reunión ordinaria, el GIPEA acordó la creación del Subgrupo de Trabajo para el Acompañamiento a los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (en adelante “Subgrupo GEPEA”), como una instancia que les brindará apoyo y acompañamiento. El Subgrupo GEPEA se transformó en el Grupo de Trabajo para la estrategia territorial con la finalidad de fortalecer la implementación de la ENAPEA en los distintos niveles -estatal, municipal y comunitario-. Su objetivo es proporcionar cooperación estratégica y acompañamiento en materia de política pública para posicionar el tema del embarazo en adolescentes en la agenda estatal. Asimismo, proporcionará asistencia técnica a las 32 entidades federativas de la República mexicana para la conformación y operación de sus GEPEA, para garantizar el diseño y la ejecución de la ENAPEA y generar las adecuaciones necesarias para cada entidad, lo cual deberá plasmarse en un documento que incluya planes anuales de trabajo.⁴¹

Las funciones del Grupo de Trabajo para la estrategia territorial son las siguientes:

- v. Dar acompañamiento a las 32 entidades federativas para asegurar que integren de forma oficial su GEPEA y lleven a cabo la adecuación e implementación de la ENAPEA en los ámbitos estatal y municipal, a través de la elaboración y puesta en marcha de planes de trabajo y documentos programáticos acordes con los retos y características de cada estado.
- vi. Fungir como enlace entre los GEPEA y el GIPEA y facilitar la coordinación y articulación de actores.
- vii. Mantener puntualmente informado al GIPEA de los avances en el Plan de Trabajo.
- viii. Informar de manera puntual al GIPEA de las necesidades de apoyo político, técnico o de otra naturaleza de los GEPEA que requieran de la intervención del GIPEA. Por apoyo político se entiende la necesidad de soporte de alguna de las instituciones del GIPEA para emitir oficios u otro tipo de comunicaciones dirigidas a autoridades estatales clave; así como para contar con la participación de alguna autoridad del CONAPO, el INMUJERES u otra instancia en reuniones con autoridades estatales o en procesos de negociación. Todo ello se valorará en función de la disponibilidad de tiempo de la persona funcionaria en cuestión y de la disponibilidad de recursos financieros para la visita de campo.
- ix. Elaborar y poner a disposición de los GEPEA una metodología de planeación participativa intersectorial que garantice un trabajo cotidiano de intercambio en terreno; así como una propuesta de estructura, para homologar la elaboración, la implementación y el monitoreo de los planes de trabajo estatales y municipales.
- x. Desarrollar y poner en marcha mecanismos e instrumentos que permitan recolectar y contar con información homogénea sobre la implementación de la ENAPEA en los niveles estatal y municipal.

⁴¹ Términos de referencia del Subgrupo de Trabajo para el acompañamiento a los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

- xi. Identificar las necesidades de apoyo de los GEPEA y proponer acciones y recomendaciones para dar respuesta a las mismas.

El Grupo de Trabajo para la Estrategia Territorial es coordinado por el UNFPA y la Secretaría Técnica está a cargo del IMJUVE. Las instancias que lo conforman son las siguientes:

1. UNFPA
 2. IMJUVE
 3. SGCONAPO
 4. INMUJERES
 5. CNEGSR
 6. SE-SIPINNA
 7. SEP
 8. INPI
 9. Elige
2. Grupo de Trabajo para disminuir a cero los embarazos y nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años (antes Subgrupo de Trabajo para erradicar los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años)

Conforme a lo aprobado en la octava sesión ordinaria de trabajo del GIPEA, celebrada el 20 de septiembre de 2016, se crea este Subgrupo de trabajo con el objetivo de contribuir en el análisis, la gestión y la identificación de acciones que contribuyan a lograr la meta respectiva de la ENAPEA.

El actual Grupo de Trabajo para disminuir a cero los embarazos y nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años tiene como objetivo contribuir al cumplimiento de la meta contenida en la ENAPEA de disminuir a cero los embarazos y nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años.⁴²

Los objetivos específicos de este Grupo de Trabajo son:

- i. Realizar acciones interseccionales para contribuir a erradicar la violencia sexual infantil y promover el acceso de niñas, niños y adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ii. Impulsar, con el apoyo de la Secretaría de Educación Pública, acuerdos y acciones para garantizar la educación integral en sexualidad y asegurar el acceso a información basada en evidencia científica.
- iii. Favorecer el desarrollo de mecanismos de participación para obtener opiniones y propuestas de NNA, para la implementación de acciones que incidan en la erradicación de los embarazos y nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años.

El Grupo de Trabajo es coordinado por SE-SIPINNA, y la Secretaría Técnica está a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y está integrado por representantes de las siguientes instancias:

1. SE-SIPINNA
2. CNEGSR
3. Balance
4. Censida
5. Conavim

⁴² Plan de Trabajo 2020–2024 del Subgrupo de Trabajo para disminuir a cero los embarazos y nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/584424/Plan_de_Trabajo_2020-2024_Subgrupo_06Agosto2020_1.pdf

6. Elige
7. UNICEF
8. UNFPA
9. IMJUVE
10. INMUJERES
11. INPI
12. INPer
13. ILSB
14. Ipas CAM
15. Bienestar
16. SEP
17. SGCONAPO
18. SNDIF
19. SMSP

3. Grupo de Trabajo de indicadores de monitoreo y seguimiento de la ENAPEA

Este Grupo de Trabajo responde a los ejes rectores originales contemplados en la ENAPEA 2015 en relación con: Investigación y evidencia científica y Evaluación y rendición de cuentas. Mantiene “el objetivo de definir un conjunto mínimo de indicadores, con sus respectivas metas y línea base, que permitan el monitoreo y la evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)”.⁴³

El Grupo de Trabajo de indicadores es coordinado por la Secretaría General del CONAPO, mientras que la Secretaría Técnica es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Este GT está integrado por representantes de las siguientes instancias:

1. SGCONAPO
2. INSP
3. CNEGSR
4. Censida
5. IMJUVE
6. Indesol
7. INMUJERES
8. SEP
9. SE-SIPINNA
10. MEXFAM

4. Grupo de Trabajo de comunicación y gestión del conocimiento

Los resultados y las recomendaciones de la evaluación de la ENAPEA, realizada por EUROSOCIAL en 2019–2020, permitieron perfilar la reorientación de la Estrategia en el último trimestre de 2020, al focalizar los esfuerzos en intervenciones en temas estratégicos. Uno de esos temas es el relativo a la necesidad de contar con mensajes unificados y campañas que contribuyan al cambio cultural.

Los objetivos de este GT son, por un lado, atender las metas establecidas en la ENAPEA a través una estrategia de comunicación masiva, territorializada, con pertinencia cultural y perspectiva feminista y de niñez, adolescencias y juventudes, así como programas de capacitación para fortalecer los esfuerzos y las acciones afirmativas que contribuyan a la disminución de la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años y que promuevan el ejercicio libre,

⁴³ <https://www.gob.mx/conapo/documentos/1-subgrupo-de-indicadores-para-el-monitoreo-y-seguimiento-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea-112660>

responsable, placentero e informado de los derechos sexuales y reproductivos. Por otro, busca erradicar el embarazo en niñas y adolescentes de 10 a 14 años al atender la prevención de la violencia sexual y promover mecanismos de denuncia de este delito.

Objetivos específicos

- iv. Impulsar una coordinación interinstitucional efectiva, entre las áreas de comunicación de cada parte integrante, a fin de generar insumos de difusión de conocimientos para disminuir los embarazos no deseados en adolescentes y erradicar la violencia y abuso sexual contra niñas y adolescentes.
- v. Diseñar, desarrollar e implementar campañas de comunicación en medios masivos digitales, radiodifusoras, y materiales impresos, que fortalezcan las capacidades de niñas y adolescentes para prevenir, detectar y denunciar vulneraciones a sus derechos sexuales y reproductivos:
- vi. Promover programas y capacitaciones para madres, padres y/o personas tutoras de familia que contribuyan al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes, así como a la prevención de la violencia, incluida la sexual.
- vii. Difundir insumos de atención e incidencia de los Grupos de Trabajo de la ENAPEA para el fortalecimiento y la promoción de la voluntad política y la generación de ambientes amigables para niñez y adolescencias.

Este Grupo de Trabajo es coordinado por el INMUJERES y su Secretaría Técnica está a cargo de Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A. C. Está integrado por las siguientes instancias:

1. INMUJERES
2. Elige
3. SEP
4. Subsecretaría de Educación Básica
5. CNEGSR
6. SE-SIPINNA
7. IMJUVE
8. Conadic
9. Indesol
10. UNFPA
11. SGCONAPO
12. INPI
13. CONALEP

5. Grupo de Trabajo sobre educación integral en sexualidad y capacitación

La evaluación de la ENAPEA también evidenció la necesidad de focalizar intervenciones estratégicas, incluida la educación integral en sexualidad. El objetivo de este Grupo de Trabajo es impulsar la implementación de acciones intersectoriales para contribuir a garantizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Las funciones de este Grupo de Trabajo están orientadas a:

- i. Dar seguimiento a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de ITS, con énfasis en la infección por VIH y VPH, y de salud reproductiva en los planes y programas de estudio, así como impulsar propuestas para su fortalecimiento orientadas al desarrollo de capacidades de NNA.

- ii. Dar seguimiento a las acciones de capacitación y formación docente para la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad de la SEP, así como proponer estrategias de coordinación interinstitucional para su fortalecimiento.
- iii. Impulsar el desarrollo de estrategias de intervención interinstitucional que permitan vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad, con la participación activa de NNA en los asuntos que les afectan.

Este Grupo de Trabajo está liderado de forma conjunta por la Coordinación Sectorial de Igualdad de Género y Programas Transversales (CSIGPT); la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS); Dirección General de Materiales Educativos (DGME) de la SEP; la Dirección General de Desarrollo Curricular (DGDC), y la Dirección General de Educación Indígena, Intercultural y Bilingüe (DGEIIB). Asimismo, participan representantes de las siguientes instancias:

1. SEP
2. SGCONAPO
3. INMUJERES
4. IMJUVE
5. SE-SIPINNA
6. UNESCO
7. ONU Mujeres
8. UPN
9. ENTS y Facultad de Medicina de la UNAM
10. DEMYSEX
11. Fundación México Vivo



7

CADENA DE CAMBIO

Alineación con el PND y los programas sectoriales y especiales

Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024

II. Política Social

- ◇ Construir un país con bienestar
- ◇ Derecho a la educación
- ◇ Salud para toda la población

Proigualdad 2020–2024

Objetivo prioritario 3.- Mejorar las condiciones para que las mujeres, niñas y adolescentes accedan al bienestar y la salud sin discriminación desde una perspectiva de derechos.

Estrategia prioritaria 3.5 Generar las condiciones necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

3.5.1 Realizar acciones para fortalecer la implementación, el seguimiento y la evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA).

Programa Sectorial de Gobernación 2020–2024

Objetivo prioritario 3.- Garantizar, promover y proteger los derechos humanos mediante políticas públicas y mecanismos que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos.

Estrategia prioritaria 3.2 Garantizar el pleno ejercicio al derecho a la igualdad y no discriminación para todas las personas, a través del combate de prácticas discriminatorias que generan exclusión y desigualdad social para los grupos históricamente discriminados.

3.2.3 Realizar acciones de información, educación y comunicación para modificar patrones socioculturales discriminatorios.

Estrategia prioritaria 3.3 Garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, a través de la construcción de medidas que modifiquen los estereotipos y las conductas que atentan contra la vida y la dignidad, así como asegurar su acceso a la justicia.

3.3.1 Establecer programas de promoción de los derechos humanos de las mujeres en todo el país desde un enfoque diferenciado.

Estrategia prioritaria 3.4 Contribuir a garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, a través de la implementación de acciones para el fortalecimiento del Sistema y la Política Nacional de protección de derechos de la niñez y adolescencia.

3.4.2 Impulsar acciones para lograr transversalizar la perspectiva de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, en el diseño de políticas y programas de la Administración Pública Federal.

3.4.3 Implementar mecanismos de participación efectiva, equitativa y sistemática de niñas, niños y adolescentes en todos los ámbitos en que se desarrollan, de acuerdo con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

3.4.4 Fortalecer la coordinación multisectorial y entre órdenes de gobierno, así como con los sectores privado y social, para garantizar la protección y ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Objetivo prioritario 4.- Garantizar el pleno ejercicio y goce de los derechos humanos de todas las personas que radiquen, ingresen, residan, transiten o retornen a México a partir del diseño, la coordinación y la implementación de una política integral de población y movilidad humana.

Estrategia prioritaria 4.3 Diseñar e impulsar una política de población orientada al bienestar de las personas con base en el conocimiento integral y actual de los desafíos y temas sociodemográficos emergentes en el país.

4.3.5 Proponer estrategias para la atención de la salud sexual y reproductiva adecuada a las necesidades específicas, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad, con perspectiva de género, diversidad y con pleno respeto a los derechos humanos, en los tres órdenes de gobierno.

4.3.6 Promover el acceso a información, consejería y servicios oportunos y de calidad para el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

4.3.7 Proponer estrategias con perspectiva de derechos humanos, género, curso de vida e interculturalidad para fortalecer los programas federales y locales orientados a ampliar las oportunidades de acceso a la salud, educación y empleo, con énfasis en los grupos históricamente discriminados.

4.3.8 Diseñar e implementar políticas que conduzcan a la conciliación de la vida laboral y familiar con igualdad de oportunidades, énfasis en los temas de niñez, envejecimiento y violencia contra las mujeres, contribuyendo en la distribución del trabajo doméstico, los cuidados y la crianza.

Programa Sectorial de Educación 2020–2024

Objetivo prioritario 2.- Garantizar el derecho de la población en México a una educación de excelencia, pertinente y relevante en los diferentes tipos, niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional.

Estrategia prioritaria 2.1 Garantizar que los planes y programas de estudio sean pertinentes a los desafíos del siglo XXI y permitan a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes adquirir las habilidades y conocimientos para su desarrollo integral.

2.1.1 Actualizar los planes y programas de estudio, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, para ofrecer una orientación integral, que comprenda, entre otros, la salud, la educación sexual y reproductiva, el deporte, la literatura, las artes, en especial la música, el inglés y el desarrollo socioemocional.

2.1.2 Adecuar los planes y programas de estudio para garantizar su pertinencia y relevancia, con especial atención a la diversidad étnica, cultural y lingüística del país, así como con perspectiva de género y considerando las necesidades de las personas con discapacidad.

Programa Sectorial de Salud 2019–2024

Objetivo prioritario 5.- Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

Estrategia prioritaria 5.2 Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluida la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia.

5.2.1 Implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque bioético, participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

5.2.2 Difundir a través de tecnología interactiva y redes sociales amigables y accesibles para las y los adolescentes y jóvenes información para promover el ejercicio consiente de sus derechos sexuales y reproductivos.

5.2.3 Proporcionar consejería y orientación a través de campañas y servicios que promuevan y faciliten métodos anticonceptivos, con énfasis en la población de adolescentes y jóvenes, para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

5.2.4 Promover la orientación y consejería en planificación familiar, bajo un enfoque integral que considere las decisiones en pareja y garantice información veraz, oportuna y con pertinencia cultural y perspectiva de derechos humanos especialmente en jóvenes.

5.2.5 Fortalecer los protocolos y mecanismos interinstitucionales para la atención de víctimas de violencia sexual para garantizar su atención oportuna y desde una perspectiva de derechos humanos.

5.2.8 Procurar la vinculación interinstitucional y fomentar la participación comunitaria para garantizar la adopción de los enfoques transversales en materia de salud sexual y reproductiva y procurar la pertinencia cultural de cada región.

5.2.9 Fortalecer los mecanismos relacionados con la supervisión y cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005, para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, especialmente, en las entidades federativas en las que persisten impedimentos para la interrupción legal del embarazo.

Estrategia prioritaria 5.5 Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural.

5.5.1 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para fomentar la detección temprana de cualquier tipo y modalidad de violencia y brindar la atención oportuna, conforme a sus derechos, a mujeres afectadas por lesiones de violencia, incluida la violencia de tipo sexual.

5.5.2 Salvaguardar los derechos de las niñas y mujeres, a través de la coordinación interinstitucional de las acciones para la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos.

5.5.4 Fomentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, bajo un enfoque integral más allá de la salud sexual y reproductiva y sensible a las particularidades de su ciclo de vida.

5.5.6 Garantizar la atención médica y asistencia social, bajo el estándar de debida diligencia y enfoque de género, de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, promoviendo el procedimiento de la interrupción legal del embarazo en caso de violación.

Programa Sectorial de Bienestar 2020–2024

- 6.5.- Relevancia del Objetivo prioritario 5: Contribuir a una cultura para la paz para incidir en la disminución de la violencia en comunidades y territorios.
- ◇ Disminuir las violencias contra las mujeres

Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020–2024

Objetivo prioritario 3.- Mejorar las condiciones para que las mujeres, niñas y adolescentes accedan al bienestar y la salud sin discriminación desde una perspectiva de derechos.

Estrategia prioritaria 3.5 Generar condiciones necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

Acción puntual 3.5.1 Realizar acciones para fortalecer la implementación, el seguimiento y la evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).

7.2 Objetivos prioritarios

Éstos se desarrollarán en la matriz elaborada por la Mesa Técnica, para garantizar que el trabajo que emane de los CT sea articulado e intersectorial.

7.3 Estrategias prioritarias y acciones puntuales

Éstas se desarrollarán en la Matriz elaborada por la Mesa Técnica, para garantizar que el trabajo que emane de los CT sea articulado e intersectorial.

METAS E INDICADORES (2020-2024)

Éstos se desarrollarán en la Matriz elaborada por la Mesa Técnica, para garantizar que el trabajo que emane de los CT sea articulado e intersectorial.





EPÍLOGO: VISIÓN DE LARGO PLAZO

“Vamos a actuar de manera contundente. El rumbo de las vidas de millones de niñas, niños y adolescentes dependen mucho de la respuesta que hoy se les dé y que tenemos obligación de dar”.

Dra. Sánchez Cordero

Los resultados muestran que, a cinco años de la implementación de la ENAPEA, no bastan los avances realizados para lograr las metas establecidas a 2030; a saber, reducir al cincuenta por ciento la tasa de fecundidad adolescente y reducirla a cero en las niñas y adolescentes entre 10 y 14 años. Por ello, surge la necesidad de intensificar los esfuerzos centrados en factores cuya incidencia directa en la prevención de embarazos no planeados o no deseados sea mayor, sin menoscabar la integralidad necesaria para hacer frente a un fenómeno multidimensional como es el embarazo en la adolescencia.

El uso de métodos anticonceptivos y el acceso a los mismos por parte de las adolescentes es uno de los factores a reforzar. Aunque el porcentaje de adolescentes que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual ha aumentado, su uso disminuye cuando las adolescentes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, lo cual visibiliza las inequidades en el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos entre las adolescencias que residen en lugares rurales, que son hablantes de alguna lengua indígena o que cuentan con baja o nula escolaridad. Ello, a su vez, implica que la prevalencia anticonceptiva continúe siendo baja y con poca participación masculina.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el escaso aumento de la prevalencia anticonceptiva entre las adolescentes sexualmente activas, en las que poco menos de la mitad (42.7%) continúa sin usar métodos anticonceptivos. Sin embargo, al revisar los avances en esta materia por entidad federativa, se registra que más del 60% de las adolescentes sexualmente activas en estados como Yucatán, Chiapas y Campeche -que son entidades con altos índices de pobreza y marginación y una presencia importante de población indígena- no utilizan métodos anticonceptivos. En esos casos, la prevalencia anticonceptiva de las adolescentes es apenas del 44.2 por ciento, cifra que dista mucho del porcentaje de usuarias en zonas rurales, en el que una de cada dos (50.4%) utiliza algún método anticonceptivo.

El acceso a la educación formal es el factor que permite a las adolescentes sexualmente activas tener mayor conocimiento y acceso a dichos métodos. Casi dos terceras partes de las adolescentes que cuentan con la preparatoria o grados superiores utiliza métodos anticonceptivos mientras que, entre las menos escolarizadas o sin escolaridad, su uso disminuye de forma considerable a una de cada dos (49.6%).

Asimismo, la falta de orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos es evidente. Entre la población adolescente, esto ha derivado en el uso del condón masculino como principal método de protección utilizado en la primera relación sexual. En cuanto a la prevalencia anticonceptiva, aunque también se visibiliza el uso del DIU y del implante subdérmico, es necesario promover los ARAP y la doble protección para que las adolescencias tengan más posibilidades de prevenir tanto embarazos no planeados o no deseados como ITS.

Un determinante de la fecundidad adolescente que debe atenderse de manera inmediata es la anticoncepción post evento obstétrico, ya sea un parto o un aborto. Apenas una de cada dos adolescentes que experimentaron un parto, tuvo acceso a un método anticonceptivo. Esto indica que la mitad de las mujeres que ya tuvieron una queda expuesta a un siguiente embarazo, con la posibilidad de que el intervalo intergenésico sea inadecuado y a la vez se generen y reproduzcan las condiciones de vulnerabilidad de la adolescente.

Por su parte, para que las adolescencias puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, es importante que cuenten con educación integral en sexualidad. Este factor se convierte en un elemento clave para que NNA de 10 a 14 años adquieran habilidades que les permitan establecer relaciones sexuales equitativas e incentivar el uso de métodos anticonceptivos efectivos con sus parejas, tales como los ARAP y la aplicación de la doble protección, así como aumentar la participación de los varones en las acciones de prevención.

En ese sentido, es importante considerar que la permanencia de las adolescencias en la escuela desempeña un papel fundamental. Por ello, no se debe perder de vista el reforzamiento de acciones orientadas a ese fin, que tomen en cuenta, en primer lugar, la mejora de los programas curriculares. En ellos se deben considerar las modificaciones al artículo 3º constitucional; es decir, la inclusión de EIS de manera progresiva, para que resulten atractivos. Asimismo, la erradicación del abandono escolar -ya sea porque no se consideren aptos para el estudio o no les resulte atractivo- es fundamental; además de atender factores estructurales como la falta de recursos económicos, como se ha hecho a través de las becas para concluir la educación básica.

Como se ha visto, la violencia -en específico, la violencia sexual- es un factor muy asociado a la ocurrencia de embarazos entre niñas y adolescentes de 10 a 14 años. Por ello, es necesario reforzar la sensibilización entre la población para evitar normalizar los matrimonios y las uniones infantiles y tempranas con personas adultas y evitar, de ese modo, relaciones asimétricas. En este aspecto, destaca el descenso en el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron antes de cumplir los 18 años (37.4% a 20.8%); sin embargo, hay entidades federativas -como Guerrero, Tabasco y Chiapas- donde una tercera parte de las mujeres en ese rango de edad se unió antes de la mayoría de edad. Estos casos, una vez más, se presentan en su mayoría entre la población indígena.

A fin de lograr que NNA vivan una vida libre de violencia y abusos, se debe promover también la búsqueda intencionada de delitos de violencia, abuso sexual y matrimonios y uniones forzadas en su contra. Los datos más recientes de las estadísticas vitales evidencian un aumento en el porcentaje de niñas y adolescentes de 10 a 14 años que desconocen datos básicos de los progenitores, como la edad (de 28.1% a 30.3% entre 2015 y 2018). Con base en esta información es posible inferir que la niña sufrió violencia y abuso. En ese sentido, es necesario intensificar las acciones que involucren al sistema de justicia. En este sentido, el papel de la EIS en la atención del factor de violencia cobra relevancia, pues dota a NNA de los conocimientos y las habilidades que les permitirán identificar la violencia y el abuso sexual; ello sin dejar de lado la implementación de acciones dirigidas a toda la población relativas a los derechos de las NNA, así como las de sanciones para quienes las trasgredan.

De igual forma, se recomienda incluir en los planes de estudio dirigidos a NNA información sobre el consumo de drogas y sustancias psicoactivas, así como programas para padres y madres, los cuales han mostrado tener incidencia en la reducción de los riesgos de violencia (The Lancet, 2018). Para prevenir el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes, se requiere de la participación de todas las partes implicadas: madres, padres, docentes, la comunidad, así como de las instituciones con las que el país cuenta para tal efecto. En un primer momento, debido a la cercanía con sus hijos e hijas, las madres y los padres son fundamentales; pueden partir de un acercamiento y un ambiente seguro y aprovechar la convivencia diaria para conversar, de tal forma que se genere una atmósfera de confianza en la que puedan intercambiar puntos de vista sobre el tema. El personal docente, las familias e incluso sus pares pueden sumarse a estas actividades preventivas.

Por último, para lograr las metas establecidas en la ENAPEA, es necesario que exista un vínculo cotidiano entre las diversas instituciones. La asignación de recursos del Fondo para el Bienestar y el Avance de las Mujeres (FOBAM, antes PROEQUIDAD) ha sido fundamental para que en los ámbitos federal, estatal, municipal y en las localidades del país se logre el acceso efectivo a los métodos anticonceptivos y a la EIS en las diferentes etapas de la vida; así como la eliminación del matrimonio infantil, la erradicación del abuso y la violencia sexual y la promoción de sociedades que reconozcan la riqueza de la diversidad y de la igualdad. Gracias a ello, se ha podido continuar con los incentivos financieros y modificar los modelos educativos para que contribuyan a disminuir el abandono escolar entre NNA.

LISTA DE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES PARTICIPANTES

Instituciones públicas:

1. Bienestar
2. SEP
3. Segob
4. STPS
5. SGCONAPO
6. SE-SIPINNA
7. SNDIF
8. INMUJERES
9. ISSSTE
10. IMJUVE
11. IMSS
12. Indesol
13. INPI
14. INSP
15. INAFED
16. CNEGSR
17. Censida
18. CeNSIA
19. Conadic
20. CNDH
21. Conavim
22. CNBBBBJ

Organizaciones de la Sociedad Civil:

23. Elige
24. Balance
25. MEXFAM

Instituciones Académicas:

26. UNAM
27. UAM-X
28. INPer

Organismos Internacionales:

29. UNFPA
 30. OPS
 31. ONU Mujeres
 32. UNICEF
 33. OIJ
-



ANEXO. FUNDAMENTO NORMATIVO

El embarazo temprano es un problema de dimensiones globales. Existen instrumentos nacionales e internacionales que garantizan el pleno ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA) a decidir sobre su sexualidad y autonomía física de manera libre, responsable y en condiciones de igualdad.

El argumento que se esgrime para incorporar la sexualidad como parte de los derechos humanos se basa en reconocerla como una necesidad inalienable a todo ser humano: la sexualidad es una dimensión que acompaña a todas las personas desde que nacen hasta que mueren; tal como se necesita el agua y el alimento, todas las personas necesitan satisfacer sus deseos sexuales. El impulso de los derechos sexuales y reproductivos ha sido resultado de movimientos de resistencia y del reconocimiento de los derechos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes, de juventudes y de quienes viven con VIH, tanto en ámbitos locales como en el ámbito internacional.

A continuación, se enlistan los principales instrumentos y las fuentes que sustentan los derechos sexuales y reproductivos de NNA.

Marco nacional

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Los derechos sexuales y reproductivos son prerrogativas de las personas reconocidas en diversos artículos de nuestra carta magna. En el primero se establece que “en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte”. Este artículo, además, establece que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

El artículo 2º constitucional reconoce la diversidad cultural como parte constitutiva de la realidad histórica y social de esta república y da reconocimiento jurídico a los pueblos indígenas; asimismo, reconoce una serie de derechos específicos de las personas, comunidades y pueblos indígenas.

El artículo tercero constitucional señala que la educación se basará en el respeto irrestricto de la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva. Además, establece que los planes y programas de estudio tendrán perspectiva de género y una orientación integral, por lo que se incluirá, entre otras materias, la educación sexual y reproductiva, laica y basada en la ciencia.

El artículo cuarto constitucional reconoce que la mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos o hijas. En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando su permanencia y participación en los servicios educativos. La niñez tiene derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. En relación con padres y madres de familia y personal docente, mandata que ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

- ◆ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003)

En esta ley queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades (art. 4). Menciona que se considerará como discriminación:

negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas (art. 9, fracción VI).

- ◆ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014)

La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes tiene como objetivo garantizar su desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad.

La ley señala la obligación del Estado mexicano de establecer mecanismos institucionales que lo orienten para el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, al promover el empoderamiento de niñas y adolescentes mediante campañas permanentes de sensibilización sobre sus derechos (art. 37, fracciones V y VI).

Fija como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años de edad (art. 45); establece que NNA tienen derecho a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a que se resguarde su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad (art. 46); señala la obligación de los tres órdenes de gobierno de prevenir, atender y sancionar los casos en que niñas, niños o adolescentes se vean afectados por descuido, negligencia, abandono o abuso físico, psicológico o sexual (art. 47); del mismo modo, señala el derechos a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios médicos gratuitos y de calidad para prevenir, proteger y restaurar su salud, con el desarrollo de una atención sanitaria preventiva, en específico en relación con medidas tendentes a prevenir embarazos en niñas y adolescentes, proporcionar asesoría y orientación en salud sexual y reproductiva, así como establecer medidas para detectar y atender casos de víctimas de delitos o violaciones a sus derechos relacionados con violencia sexual y familiar (art. 50, fracciones V, VI, XI y XIV).

También establece la obligación de promover la educación sexual integral conforme a la edad, el desarrollo evolutivo y la madurez de las niñas, niños y adolescentes, que les permita ejercer sus derechos consagrados en la constitución nacional, leyes y demás instrumentos jurídicos internacionales (art. 58, fracción VIII).

- ◆ Ley General de Educación (2019)

Esta ley enfatiza que la educación impartida por el Estado deberá ser laica, ajena por completo a cualquier doctrina religiosa (art. 7, fracción V). Los contenidos de los planes y programas de estudio de la educación que imparta el Estado mexicano, serán, entre otros: la educación integral en sexualidad, que implica el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsables, la prevención de los embarazos en la adolescencia y de las infecciones de transmisión sexual, así como la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias (art. 30, fracciones X y XII).

- ◆ Ley del Instituto Nacional de las Mujeres (última reforma publicada DOF 09-04-2012)

La Ley del Instituto Nacional de las Mujeres establece como objeto general el promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato entre los géneros; así como el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país, bajo los criterios de transversalidad, federalismo y fortalecimiento de vínculos con los Poderes Legislativo y Judicial, tanto a nivel federal como estatal.

Las disposiciones de esta Ley en materia de equidad de género e igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres son de orden público y de observancia general en toda la república, en los términos del artículo cuarto, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este sentido, todas las mujeres mexicanas y extranjeras que se encuentren en el territorio nacional, así como las mexicanas en el extranjero, sin importar origen étnico, edad, estado civil, idioma, cultura, condición social, discapacidad, religión o dogma son sujetos de los derechos garantizados por esta ley y podrán participar en los programas, servicios y acciones que se deriven de este ordenamiento.

- ◆ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007 y reformas subsecuentes)

Esta ley enmarca que el Estado mexicano debe garantizar la erradicación de la violencia en la comunidad a través de una reeducación libre de estereotipos (art. 17). Asimismo, su Programa Nacional deberá contener acciones para transformar los modelos socioculturales de conducta de mujeres y hombres, incluida la formulación de programas y acciones de educación formales y no formales, en todos los niveles educativos y de instrucción, con la finalidad de prevenir, atender y erradicar las conductas estereotipadas que permiten, fomentan y toleran la violencia contra las mujeres (art. 38).

- ◆ Ley General de Salud (1984, modificada en 2021)

Esta ley menciona que el derecho a la protección de la salud contempla el bienestar físico y mental de las personas para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; asimismo, considera los servicios básicos de salud, en los que se contempla la salud sexual y reproductiva (art. 2 y 27). Sobre la planificación familiar, hace énfasis en la información y orientación educativa que se debe dar a adolescentes y jóvenes, sobre todo en materia de educación sexual. Para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años. (art. 67)

Con base en lo anterior, se requiere de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, aunados a una asesoría en relación con la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado. Asimismo, se precisa definir las bases para evaluar las prácticas de diferentes métodos anticonceptivos, así como su prevalencia y efectos sobre la salud en general. Es prioritario implementar acciones en materia de educación sexual y reproductiva dirigidas a la población adolescente. En este sentido, adquiere relevancia la elaboración de programas educativos con base en las estrategias, los contenidos y las políticas que, de conformidad con sus atribuciones, establezca el Consejo Nacional de Población (art. 68, 69, 70, 71 y 112).

- ◆ NOM 005 de los Servicios de Planificación Familiar (1994, modificada en 2004)

Esta norma unifica los principios, los criterios de operación, las políticas y las estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que se implementen dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de las personas y posterior a la consejería, con base en la aplicación del enfoque de salud reproductiva.

- ◆ NOM-047 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años (2015)

En esta norma se establecen los criterios para brindar atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del grupo etario de 10 a 19 años y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

En ella se definen las labores de una consejería integral, caracterizada por proporcionar ayuda a jóvenes con el fin de identificar y resolver dudas y necesidades de información sobre salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género y de derechos humanos. La norma señala que se podrá solicitar consejería en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las infecciones de transmisión sexual al personal de salud. También especifica el uso de un método anticonceptivo a la par de una práctica sexual segura y protegida, que incluya el uso del condón (apartados 6.8.4, 6.8.5, 6.8.6 y 6.8.8)

Para descartar posibles casos de violencia y abuso sexual en el caso del embarazo en niñas y adolescentes menores a 15 años, es prioritario considerar los factores de riesgo, signos y síntomas. En su caso, se deberá actuar según la NOM-046 para la atención a violencia familiar, sexual y contra las mujeres. El personal de salud debe fomentar acciones relacionadas con la información, educación y comunicación -incluida la educación entre pares- para promover el acceso y uso de los servicios de salud, con respeto, confidencialidad y privacidad. Tales servicios deben estar adecuados a su edad, al desarrollo evolutivo y cognoscitivo y a la madurez (apartados 6.8.10 y 6.8.11).

- ◆ NOM-046 para la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (2009, modificada en 2016)

Esta norma establece los criterios que se deben observar en la detección, prevención, atención médica y orientación proporcionada a las personas usuarias de los servicios de salud en general y, en particular, a las que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica deberán ofrecer de inmediato -y en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento- la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada (apartado 6.4.2.3). Asimismo, deberán informar acerca de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y, de acuerdo con la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la persona usuaria (apartado 6.4.2.4).

En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito, bajo protesta de decir la verdad, de la persona afectada en la que señale que dicho embarazo es producto de una violación. Cuando la persona sea menor de 12 años de edad, la solicitud deberá ser presentada por su padre y/o su madre o, a falta de éstos, por la persona que funja como tutora o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la persona solicitante, entendiéndose su actuación a partir del principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5 de la Ley General de Víctimas. En todos los casos, antes de la intervención médica, se deberá brindar a la víctima información completa sobre los posibles riesgos y consecuencias del aborto (apartado 6.4.2.7). Para ello, dichas instituciones deberán contar con personal médico capacitado no objetor de conciencia; en caso contrario, deberán canalizar de inmediato a la usuaria del servicio a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal (apartado 6.4.2.8)

La NOM 046 garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo a las mujeres que así lo soliciten. Si tiene 12 años o más, basta con presentar un escrito en el que soliciten el servicio. En la actualidad, todos los códigos penales del país establecen la violación como una causal de aborto.

- ◆ Ley General de Víctimas (2017)

Esta Ley es explícita en relación con la interrupción legal del embarazo y dispone de manera específica los servicios para la atención de víctimas de violación sexual: "A toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se les garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima" (art. 30 y 35):

Esta Ley es un precedente importante para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo producto de una violación sexual, sin la necesidad de establecer requisitos previos, tales como la denuncia y autorización. Su incumplimiento puede dar lugar a sanciones de tipo penal, civil o administrativo.

Marco internacional

- ◆ Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Es la piedra angular y testimonio de la primera vez en que los países acordaron las libertades y los derechos que merecen protección universal para que todas las personas de todas las edades y condiciones vivan su vida en libertad, igualdad y dignidad. La DUDH contiene 30 artículos y libertades que incluyen derechos civiles y políticos. Para el campo de la vida sexual de NNA, la declaración sustenta el derecho a la igualdad, a la libertad, a la vida privada, a decidir, a la libertad de expresión, de creencia y de culto, entre otros.

En México, los pactos, tratados o convenciones están por encima de las leyes federales y en segundo plano respecto de la Constitución.

- ◆ Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Este pacto expresa la preocupación por la vida de todas las personas, en particular las que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. En una era de creciente globalización económica y desigualdad dentro y entre los Estados, existe una urgente necesidad por superar los patrones de la pobreza y la privación de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales están vinculados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tales como el derecho a la salud, a la educación, la cultura, a la alimentación, al trabajo y la seguridad social [...]

- ◆ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979)

De acuerdo con esta Convención, los Estados deberán modificar los patrones socioculturales de conducta con miras a alcanzar la eliminación de prejuicios y las prácticas basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos, garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad, así como la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en la esfera de la educación (Artículos 5 y 10). En el artículo 16 establece que se deben tomar las medidas adecuadas para que las mujeres puedan decidir de forma libre y responsable sobre su maternidad, así como tener acceso a la información, educación y los medios para poder ejercer este derecho.

- ◆ Convención sobre los Derechos del Niño (1989)

El reconocimiento de la Convención de los Derechos del Niño⁴⁴ (personas menores de 18 años) de Naciones Unidas, del año 1989, tiene un significado revolucionario respecto a la consideración jurídica de la infancia. Representa la consagración del cambio de paradigma; la niñez deja de ser considerada como un objeto de protección, para convertirse en un sujeto titular de derechos. Éstos, al igual que sus deberes serán ejercidos de acuerdo a su edad y grado de madurez y con base en tres principios: la autonomía progresiva, el interés superior de la niñez y el derecho a ser escuchada y a que su opinión sea tomada en cuenta.

La Convención establece que toda NNA tiene derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, siempre que ello no vaya en menoscabo del derecho de otras personas (Artículo 13). En su artículo 14, señala que los Estados parte respetarán el derecho de las personas menores de edad a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Asimismo, señala que los Estados deberán adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a las NNA de toda forma de perjuicio o abuso físico, incluido el abuso sexual (Artículo 19). En el ámbito educativo, la Convención mandata destinar acciones para desarrollar su personalidad, aptitudes y capacidades mentales, así como capacitarles para que puedan asumir una vida responsable en una sociedad libre (Artículo 28 y 29).

- ◆ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer – Convención de Belém do Pará (1994)

Esta Convención regional define un conjunto de formas de violencia contra las mujeres, entre las que se incluyen la violencia física, sexual y psicológica (artículos 1 y 2). En el artículo sexto, hace énfasis en el derecho de las mujeres a ser valoradas y educadas libres de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Asimismo, mandata a los Estados a adoptar medidas específicas para modificar patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluido el diseño de programas de educación formales y no formales, en todos los niveles del proceso educativo para contrarrestar los prejuicios y las costumbres que legitiman o exacerban la violencia contra las mujeres (Art. 8).

⁴⁴ El texto original de la Convención no utiliza lenguaje incluyente.

- ◆ Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005)

La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes es el único tratado internacional que se centra de forma específica en los derechos de las personas jóvenes. En esta convención se acordó que los Estados deberán aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e interculturalidad. Se insta a invertir en la juventud a través de políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso -sobre todo en lo referente a la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad- para lograr que sea una etapa de vida plena y satisfactoria que les permita construirse como personas autónomas, responsables y solidarias.

De manera específica, recomiendan implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes. Estos deben incluir servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género y de derechos humanos, con orientación intergeneracional e intercultural, que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces y que respeten el principio de confidencialidad y privacidad. El objetivo es que las adolescencias y juventudes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, así como la transmisión del VIH y otras ITS; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual e identidad de género.

En el artículo 23 de esta convención queda establecido que los Estados parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa a la reproducción y sus consecuencias. “La educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos y fomentará una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad, orientada a su plena aceptación e identidad, así como, a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el VIH, los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual”. En cuanto al embarazo en adolescentes, es necesario fortalecer las políticas y los programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las adolescentes y jóvenes que son madres para prevenir el embarazo temprano y para eliminar las prácticas de aborto en condiciones inseguras, mediante la educación integral en sexualidad.

- ◆ Convenio Núm. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1990)

El Convenio núm. 169 tiene dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. Estas premisas constituyen la base sobre la cual deben interpretarse sus disposiciones.

- ◆ Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 44 de la Convención (2006)

“Mejorar la educación de las personas adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, sobre todo la impartida en las escuelas, con miras a reducir la incidencia de los embarazos tempranos y de las enfermedades de transmisión sexual entre la población adolescente y proporcionar a las adolescentes embarazadas la asistencia necesaria y el acceso a la atención y la educación sanitarias...”

- ◆ Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México (2015)

En referencia a sus observaciones generales No. 4 (2003) -sobre la salud de las personas adolescentes- y No. 15 (2013) -sobre el derecho de la infancia al disfrute del más alto nivel posible de salud-, el Comité recomienda que el Estado parte: “reduzca la mortalidad materna de las adolescentes, garantizando educación y servicios en salud sexual y reproductiva adecuados y confidenciales, incluido el acceso a anticonceptivos. Se encomia al Estado parte a que considere las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad de la OACNUDH (A/HRC/21/22)” y que “evalúe los patrones de consumo de drogas de las y los adolescentes y fortalezca los programas existentes para prevenir y ayudar a aquellos que consumen drogas. Dichos programas deben proporcionar

a niños y niñas, en particular en las escuelas, información precisa y objetiva, así como educación en habilidades para la vida sobre la prevención del abuso de sustancias -incluyendo el tabaco y el alcohol- y desarrollar servicios de tratamiento y reducción de daños, accesibles y amigables para las y los jóvenes”.

- ◆ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de México (2018)

Entre otras cosas, en materia de salud sexual y reproductiva, el Comité recomienda al Estado que:

63 c) Intensifique sus esfuerzos para garantizar la accesibilidad y disponibilidad de información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad -incluido el acceso a la planificación familiar- para todas las mujeres y adolescentes en todas las entidades federativas, y con especial énfasis en las zonas rurales y remotas;

63 d) Redoble sus esfuerzos para prevenir los embarazos en adolescentes, entre otros, asegurando que los programas escolares sobre salud sexual y reproductiva sean apropiados a cada edad y debidamente implementados, y llevando a cabo campañas de concientización al público en general sobre las repercusiones negativas de los embarazos en la adolescencia.

- ◆ Recomendaciones a México emitidas por el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2018)

38. En referencia al artículo 10 de la Convención y su recomendación general núm. 36 (2017), sobre el derecho de las niñas y las mujeres a la educación, el Comité recomienda al Estado parte que:

b) Garantice recursos humanos y financieros suficientes para la aplicación plena de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y fortalezca los mecanismos de apoyo para alentar a las niñas, adolescentes y jóvenes embarazadas o que son madres a proseguir sus estudios durante el embarazo y después del parto, en particular mediante la oferta de servicios asequibles de guardería, la facilitación de información sobre sus derechos y la imposición de multas a las instituciones educativas que expulsen a las niñas, adolescentes y jóvenes embarazadas o nieguen a las que son madres la posibilidad de reintegrarse en el sistema educativo;

42. En consonancia con su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, el Comité recomienda al Estado parte que:

a) Ponga mayor empeño en acelerar la armonización de las leyes y los protocolos federales y estatales sobre el aborto para garantizar el acceso al aborto legal y, aunque no haya sido legalizado, a los servicios de atención posterior al aborto;

b) Armonice las leyes federales y estatales pertinentes con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005, sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, e informe y capacite adecuadamente al personal médico para que pueda ofrecer atención especializada a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia sexual, lo que comprende la prestación de servicios esenciales de anticoncepción de emergencia y aborto;

c) Elabore los protocolos necesarios para poner en práctica las modificaciones de la Ley General de Salud, que permiten la objeción de conciencia mientras no ponga en peligro la vida de la madre y no

*impida que las mujeres y las niñas accedan al aborto legal, y vele por que, en esos casos, las mujeres y las niñas sean derivadas a un servicio profesional adecuado.*⁴⁵

Además de los tratados mencionados, existen otros instrumentos -como las conferencias internacionales y declaraciones- que, a pesar de no ser vinculantes, el Estado que se adhiere a ellos queda política y moralmente obligado a aplicar:

- ◆ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)

En esta conferencia, conocida como Conferencia de El Cairo, se reconocieron por primera vez los derechos reproductivos como derechos básicos de todas las parejas y todas las personas, los cuales incluyen el derecho a disfrutar del nivel más elevado posible de salud sexual y salud reproductiva. Señala que se deberá promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, y velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo relativo a la procreación. Se hace hincapié en reducir los embarazos en adolescentes y dotarles de información y elementos para la toma de decisiones informadas sobre el ejercicio de su sexualidad.

- ◆ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y Plataforma de Acción de Beijing (1995)

La Plataforma de Acción planteó compromisos en torno a 12 esferas de especial preocupación⁴⁶ y contribuyó a tener una visión programática para dimensionar la igualdad de género, incluida la visibilización de las brechas en los derechos reproductivos y la atención de la salud, así como de la violencia sexual.

- ◆ Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)

La Declaración es un referente básico que se puede invocar para proteger a los pueblos indígenas contra la discriminación y marginación a la que aún están expuestos y comparte objetivos con el Convenio núm. 169 de la OIT.

- ◆ Consenso Regional sobre Población y Desarrollo (2013)

Este Consenso, adoptado en Montevideo, ofrece una definición de los derechos sexuales que sirve como concepto básico para orientar las actividades en la región. En la prioridad número 34, señala la importancia de “promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva” (CEPAL, 2013).

⁴⁵ CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fMEX%2fCO%2f9&Lang=en

⁴⁶ La mujer y el medio ambiente; La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; La niña; La mujer y la economía; La mujer y la pobreza; La violencia contra la mujer; Los derechos humanos de la mujer; Educación y capacitación de la mujer; Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; La mujer y la salud; La mujer y los medios de difusión; y La mujer y los conflictos armados.

Cuatro prioridades del Consenso de Montevideo toman relevancia en términos de la prevención del embarazo en la adolescencia:

Prioridad 9: Invertir en la juventud, a través de políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso, especialmente en la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad, para lograr que sea una etapa de vida plena y satisfactoria, que les permita construirse a sí mismos como personas autónomas, responsables y solidarias, capaces de enfrentar creativamente los retos del siglo XXI;

Prioridad 11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;

Prioridad 13. Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes;

Prioridad 14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos.

◆ Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030

En septiembre de 2015, se llevó a cabo la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, donde la Asamblea General aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, integrada por 17 objetivos de desarrollo en los que se refrendó el compromiso bajo el principio de “No dejar a nadie atrás”.

El Objetivo número 3 llama a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo insta a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir el índice de mortalidad materna mundial y acabar con la epidemia del sida para 2030. Los problemas de salud reproductiva representan una de las causas principales de la mala salud y la muerte de las mujeres y las niñas en edad fértil en los países en desarrollo.

El Objetivo 5 de esta Agenda insta a “lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, porque las mujeres son mucho más propensas que los hombres a padecer pobreza, verse privadas de educación y de oportunidades y ser víctimas de la violencia sexual y doméstica. Se exhorta a erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, terminar con todas las formas de discriminación de género y eliminar las prácticas nocivas como los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas y la mutilación y ablación genital femenina; así como a garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y sexual y otorgar a la mujer derechos igualitarios en el acceso a recursos económicos.⁴⁷

Los ODS de la Agenda 2030 son una llamada de atención a los gobiernos, las organizaciones y la sociedad en general para poner fin a la pobreza y dar la opción a todas las personas de tener una vida digna y con alternativas. Así, representan una oportunidad única para orientar al mundo hacia un desarrollo más sostenible, donde todas las personas, sin distinción, gocen de paz y prosperidad.

⁴⁷ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>





REFERENCIAS

- Amuchástegui, A. y Szasz, I. (2007). *Sucede que me canso de ser hombre... relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. El Colegio de México págs. 15–39.
- Calatrava, M., López -Del Burgo, C. e Irala, J. de. (2012), Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138: 534–540.
- Carmona, N. (2013). *El matrimonio infantil en México y sus implicaciones en las niñas y adolescentes*. http://equidad.scjn.gob.mx/wpcontent/uploads/2014/06/ensayo_matrimonio_infantil_concurso-1.pdf
- Castaño Péres, G. A., Arango Tobon, E., Morales Mesa, S., Rodríguez Bustamante, A. y Montoya Montoya, C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24: 347–354.
- CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2021, 7 de abril). *Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos. República Mexicana, 2018*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-republica-mexicana-2018?idiom=es>
- _____ (2019, 20 de diciembre). *La Secretaría de Gobernación y el CONAPO convocaron a la 19° Reunión del Grupo Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Comunicado de prensa. México. <https://www.gob.mx/conapo/prensa/la-secretaria-de-gobernacion-y-el-consejo-nacional-de-poblacion-convocaron-a-la-19-reunion-del-grupo-interinstitucional-de-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes?idiom=es>
- Do M. y Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38(1): 23–33. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3802312.pdf>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2019, 29 de diciembre). ACUERDO número 29/12/19 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez para el ejercicio fiscal 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/522445/Reglas_operacion_S072_DOE_29_12_019.pdf
- Echarri, C. (2020). *Interseccionalidad de las desigualdades de género en México. Un análisis para el seguimiento de los ODS*. Consejo Nacional de Población. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/interseccionalidad-de-las-desigualdades-de-genero-en-mexico-un-analisis-para-el-seguimiento-de-los-ods?idiom=es>
- Elder Jr, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child development*, 69(1), 1–12.
- ENAPEA (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Gobierno de la República. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf

- ENCODAT [Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco] 2016–2017 (2017) Reporte de alcohol. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- EUROSOCIAL (2020). *Evaluación de la ENAPEA*. Informe final. 30 noviembre de 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/600726/INFORME_FINAL_EVAL_ENAPEA_14_13_2020.pdf
- GEPEA (2020). Informe de la Encuesta a los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597836/3_Infor_ENCUESTAGEPEAS_17_11_2020.pdf
- Gayet C y Gutiérrez, J. P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo, *Salud Pública de México*, 56(6), 638–647.
- Guevara R., E. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. *Desacatos*, 11: 105–119. <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1139>
- IMJUVE [Instituto Mexicano de la Juventud] (2020). *Hacia una perspectiva de juventudes una propuesta conceptual y operativa*.
- INSP [Instituto Nacional de Salud Pública] (2015). *Diseño del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)*. Documento 3. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227650/3_Plan_General_de_Evaluaci_n.pdf
- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J., & Gutiérrez-Leyva, C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223–229. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1379/2126
- Medina-Mora Icaza, M. E. (2019, septiembre). La invisibilidad de las mujeres con adicciones. En *Gaceta Conbioética*. Publicación trimestral de la Comisión Nacional de Bioética. Año VIII, No. 33. págs. 7–12. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546478/Gaceta_33_-_Mujer_derechos_humanos_y_salud.pdf
- Meneses E. y Ramírez, M. (2017). Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres. En CONAPO (2017). *La situación demográfica de México 2017*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344287/03_Meneses_Ram_rez.pdf
- Meneses, E. y Hernández, M. F. (2019). Diagnóstico de la fecundidad en adolescentes en México y sus principales componentes en el marco de la ENAPEA, 2018, en CONAPO. *La Situación demográfica de México 2019*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/528759/LSDM_2019_OK_27ENE2020_LOW.pdf
- NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2020, 2 de septiembre). *La adicción y la salud*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- ONUMujeres (2020). *La violencia feminicida en México. Aproximaciones y tendencias*. Gobernación-ONUMujeres-Conavim-Inmujeres. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2020/diciembre%202020/violenciafemicidamx_.pdf?la=es&vs=4649
- Pérez Baleón F. y Lugo M. (2017). *Diagnóstico nacional del embarazo en la adolescencia: Principales resultados de la ENFaDEA 2017*. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social; Fundación Gonzalo Río Arronte. ENFaDEA 2017.
- Presidencia de la Nación (2019). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia, 2017-2019*: Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/planenia>

- Rojas, O. y Castrejón J. L. (2020). El inicio de la vida sexual en México: Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales, *Revista Latinoamericana de Población*, 14(27), 77–114.
- Royuela Ruiz, P., Rodríguez Molinero, L., Marugán de Miguelsanz, J. M. y Carbajosa Rodríguez, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 17:127–136. <https://pap.es/articulo/12173/factores-de-riesgo-de-la-precocidad-sexual-en-adolescentes>
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Ugalde, J. y Todic, J. (2015). Substance use and teen pregnancy in the United States: evidence from the NSDUH 2002–2012. *Addictive behaviors*, 45, 218–225.
- Schiavon Ermani, R. (2019, septiembre) *Derechos sexuales y reproductivos en la prevención del embarazo en adolescentes en México*. En *Gaceta Conbioética*. Publicación trimestral de la Comisión Nacional de Bioética. Año VIII, No. 33. Págs. 17–24. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546478/Gaceta_33_-_Mujer_derechos_humanos_y_salud.pdf
- SHCP [Secretaría de Hacienda y Crédito Público] (2019). *Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024*. https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Capacitacion/enfoques_transversales/Guia_programas_derivados_PND_2019_2024.pdf
- Starrs, A. et al., (2018). *Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission*. The Lancet Commissions, volumen 391, ISSUE 10140, pp. 2642–2692, 30 de junio de 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Szasz, I. (2008). Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, 1, 429–475.
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2016). *El Estado de la población mundial, 2016. 10 Nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esta edad decisiva*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_Spanish.pdf
- _____ (2020). Consecuencias socioeconómicas del Embarazo Adolescente en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – MILENA 1.0. <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico>
- Villatoro Velásquez, J. A., Gutiérrez López, M. L., Quiroz del Valle, N., Moreno López, M., Gaytán López, L., Gaytán Flores, F. I., Amador Buenabad, N., Medina-Mora Icaza, M. E. (2009). *Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006*. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400004
- Walker, D. A. y Holtfreter, K. (2021). Teen pregnancy, depression, and substance abuse: The conditioning effect of deviant peers. *Deviant Behavior*, 42(3), 297–312.
- Zavala, Mejía, Lugo (en prensa). *El curso de vida de las mujeres mexicanas, formación familiar y participación laboral: una mirada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), desde una perspectiva de género*. El Colegio de México, ONU Mujeres. México.

