SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

ANÁLISIS DE CAUSALIDADES DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

Ciudad de México, 10 de septiembre de 2018

GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

SUBGRUPO PARA ERRADICAR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y NIÑAS MENORES DE 15 AÑOS

INTEGRANTES

SECRETARÍA GENERAL DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (SG DEL CONAPO)
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (INMUJERES)
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA DE LA SECRETARÍA DE SALUD (CNEGSR)
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA (INPER)
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP)
ELIGE RED DE JÓVENES POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, A.C.
BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A. C. (BALANCE)
FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)
COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)
COMISIÓN NACIONAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (CONAVIM)
INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD (IMJUVE)
IPAS MÉXICO, AC
SISTEMA NACIONAL DIF, A TRAVÉS DE LA PROCURADURÍA FEDERAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (PFPNNA)
SECRETARÍA EJECUTIVA DEL SISTEMA NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (SE-SIPINN

CONTENIDO

Acrónimos y siglas 2

Glosario 4
Resumen ejecutivo..... 9
Introducción 12
1. **Niñas y adolescentes menores de 15 años. Su atención desde una perspectiva de derechos** 14
2. **Modelo Ecológico para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años** 18
3. **Análisis de causalidades del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años** 22
   - 3.1 **Causas inmediatas y subyacentes** 24
     - 3.1.1 **Violencia sexual** 24
     - 3.1.2 **Matrimonio infantil y uniones tempranas** 33
     - 3.1.3 **Proyecto de vida dependiente** 47
     - 3.1.4 **Ejercicio no planificado de la sexualidad** 54
   - 3.2 **Causas estructurales** 65
     - 3.2.1 **Desigualdad económica, social y de género** 65
     - 3.2.2 **Vulneración del estado laico** 66
     - 3.2.3 **Cultura adulto-céntrica**..... 67
     - 3.2.4 **Marco jurídico ambiguo** 67
     - 3.2.5 **Fragmentación del sistema de salud** 68
     - 3.2.6 **Impunidad y no aplicación de la ley** 70
4. **Recomendaciones estratégicas para la acción** 72
   - 4.1 **Causalidades y Modelo Ecológico. Su alineación** 73
   - 4.2 **Recomendaciones con base en el Modelo Ecológico** 74
5. **Anexo. Gráficos sobre fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las niñas y adolescentes y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016**..... 83

Lista de figuras, tablas y gráficos 105
Referencias 108

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ARAP. Anticonceptivos reversibles de acción prolongada
CARA. Centros de Atención Rural al Adolescente
CDI. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDN. Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CENSIA. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
CENSIDA. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida
CNEGSR. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COMITÉ DESC. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CONAPO. Consejo Nacional de Población
CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONVENCIÓN DE BELEM DO PARÁ. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
DSR. Derechos sexuales y reproductivos
EIS. Educación Integral en Sexualidad
ENADID. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENAPEA. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENSAR. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
GEPEA. Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GIPEA. Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
HNV. Hijos nacidos vivos
IMJUVE. Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-PROSPERA. Programa de Inclusión Social IMSS-PROSPERA
INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INMUJERES. Instituto Nacional de las Mujeres
INSP. Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS. Infecciones de transmisión sexual
LGDNNA. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
ML. Marco lógico
NNA. Niñas, Niños y Adolescentes
OMS. Organización Mundial de la Salud
PAE. Programas de Acción Específicos
PPNNA. Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes
PFPNNA. Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes
PND. Plan Nacional de Desarrollo
POA. Programa Operativo Anual
PROIGUALDAD. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres

PROSESA. Programa Sectorial de Salud
SE-SIPINNA. Secretaría Ejecutiva del Sistema Integral de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes
SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social
SEGOB. Secretaría de Gobernación
SEP. Secretaría de Educación Pública
SHCP. Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SINAIS. Sistema Nacional de Información en Salud
SNDIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SS. Secretaría de Salud Federal
SSE. Secretarías de Salud Estatales
SSR. Salud sexual y reproductiva
UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH. Virus de inmunodeficiencia humana

GLOSARIO

Adolescencia

De acuerdo a la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes son las personas de 12 años cumplidos y menores de 18 años, y conforme a la Ley General de Salud, son las personas de 10 años cumplidos a 19 años.

Análisis de causalidad

Es aquel que examina las causas de los déficits y las inequidades, indagando más allá de las causas inmediatas de la no realización de los derechos, para determinar las causas subyacentes y estructurales del problema; éste permite identificar los *cuellos de botella* y las barreras relevantes para los determinantes críticos en la provisión y uso de intervenciones y servicios esenciales.[1]

Causas estructurales

Son las condiciones macro que posibilitan la persistencia de disparidades, la exclusión y privaciones que afectan a una población particular, ubicada en determinada zona geográfica y en cierto momento histórico.[2]

Causas inmediatas

Se refieren a aquéllas que son más cercanas y directas, son el enlace más obvio. A partir de éstas es posible trazar una ruta de acciones que permita contrarrestar o poder incidir en la reducción de sus efectos.[3]

Causas subyacentes

[1] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Guía para la aplicación del monitoreo de resultados para la equidad* (Lima, Perú: UNICEF, 2013), p. 11.
[2] United Nations Children's Fund (UNICEF)-Division of Policy and Strategy, *Guidance on Conducting a Situation Analysis of Children's and Women's Rights Taking a rights- based, equity-focused approach to Situation Analysis* (UNICEF, 2012), p. 12.
[3] *Ibidem*, p. 5.

Son las que inciden en la escasez de los servicios, que generan falta de acceso y que impactan en las creencias y prácticas de la población.[4]

Competencias
Es el pilar del desarrollo curricular y el incentivo tras el proceso de cambio. Se define como el desarrollo de las capacidades complejas que permiten a los estudiantes pensar y actuar en diversos ámbitos. Consiste en la adquisición de conocimiento a través de la acción, resultado de una cultura de base sólida que puede ponerse en práctica y utilizarse para explicar qué es lo que está sucediendo.[5]

Cuello de botella
Es todo obstáculo o dificultad que limita el logro de un objetivo o una meta establecida (programa, intervención, servicio o cuidado). Su identificación permite eliminar las vulneraciones que afectan a una población específica, con base en evidencia.[6]

Determinante
Son las condiciones críticas que deben cumplirse para lograr los objetivos planteados con una intervención específica, éstas se manifiestan en diferentes niveles de la sociedad, desde las decisiones adoptadas por las autoridades en el gobierno hasta las decisiones y prácticas de las personas en lo cotidiano.[7]

Educación integral en sexualidad
Es la basada en un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad.[8]

Entorno propicio
Se refiere a las políticas, leyes, normativas, reglamentos, directrices, presupuestos y normas sociales que influyen en la realización de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes (NNA) y, por tanto, en a la reducción de las desigualdades.[9]

---

[4] *Idem*.
[5] Tomado de: http://www.ibe.unesco.org/es/comunidades/comunidad-de-practica-cop/enfoque-por-competencias.html
[6] *Idem*.
[7] Esta definición se deriva del método de análisis de cuellos de botella, desarrollado originalmente por Tanahashi en la década de 1970, que sirvió de base para el posterior trabajo: *Presupuestación Marginal para Cuellos de Botella (PMCB) y herramientas, enfoques e iniciativas relacionadas*.
[8] UNESCO. Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias. Chile, 2014. Página 38.
[9] UNICEF-Division of Policy and Strategy, *op. cit.*, p. 5.

Entorno regulatorio
Son las diversas disposiciones de carácter general (leyes, normas, reglamentos) que ordenan el funcionamiento de un sector o servicio.[10]

Habilidades para la vida
Conjunto de actitudes, competencias y habilidades cognitivas y socio-emocionales para la toma de decisiones informadas y reflexivas respecto de la conducción de la vida, y de prácticas saludables en el marco del desarrollo individual, interpersonal y social. [11]

Igualdad sustantiva
Es el acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales.[12]

Inclusión
Es el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todas las personas a través de la mayor participación de éstas sin exclusión.[13]

Objeción de conciencia
Actitud de insumición o desobediencia ante un mandato legal, basada en motivos de conciencia, ya sea de índole filosófica, política o religiosa.[14] La cual implica la posiblidad de desobedecer una norma por considerar que ésta afecta su fuero interno. Esta excepción de obediencia es aplicable, por ejemplo, al personal médico obligado a realizar procedimientos de aborto en los casos permitidos por la ley.

Perspectiva de género
Concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión con base en el género, que se pretenden justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la equidad de género.[15]

[10] Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes* (INSP, s. f.), p. 12.
[11] *Ibidem,* p. 9.
[12] *Idem.* Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006 y sus reformas).
[13] United Nations (UN)-Division for Social Policy and Development Disability, "Special Rapporteur 1994-2002: Bengt Lindqvist", UN- Division for Social Policy and Development Disability, https://www.un.org/development/desa/disabilities/about-us/history-of-disability-and-the-united-nations/special-rapporteur-1994-2002-bengt-lindqvist.html
[14] Pauline Capdevielle, *La libertad de conciencia frente al Estado laico/México* (México: UNAM-Instituto de Investigaciones (IIJ), 2015), p. 13.
[15] INSP, *op. cit*., p. 10. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006 y sus reformas)

Perspectiva de derechos de niñas, niños y adolescentes
Reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como personas titulares de derechos, con base en el respeto de su dignidad, vida, supervivencia, bienestar, salud, desarrollo, participación y no discriminación, garantizando integralidad en el disfrute de sus derechos.[16]

Política pública
Conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil.[17]

Proyecto de vida
El proceso de toma de decisiones para la vida propia, al asumir la libertad que cada individuo tiene para construir su identidad en interacción con su ambiente social. Es posible gracias a la adquisición de conocimientos que permitan lograr metas personales, habilidades sociales para la interacción y fortalecimiento de las capacidades emocionales de cada individuo. Es un ejercicio fundamental de aprender a ser.[18]

Servicios de salud amigables para niñas, niños y adolescentes
Espacios o lugares donde se proporciona atención con calidad, considerando la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, a niñas, niños y adolescentes, para contribuir a que tomen decisiones libres, responsables e informadas en materia de salud sexual y reproductiva. Se caracterizan porque la atención se proporciona por personal empático, sensibilizado y capacitado; en un clima de confidencialidad y privacidad, con trato digno, equitativo y respetuoso, sin discriminación de ningún tipo, respetando los derechos humanos, particularmente los sexuales y reproductivos, con perspectiva de género y considerando su pertenencia cultural.[19]

Tasa Específica de Fecundidad
Se determinan como el cociente de los nacimientos ocurridos en un grupo quinquenal de edad de las mujeres en edad fértil durante un periodo de referencia, entre el total de las mujeres de dichas edades, en el mismo periodo. Las tasas específicas se interpretan como el número de nacimientos observados por cada mil mujeres en un grupo quinquenal de edad determinado.[20]

Zonas rurales

---

[16] Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.
[17] INSP, *op. cit.*, p. 10. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006 y sus reformas).
[18] Secretaría de Educación Pública (2017). Modelo Educativo para la Educación Obligatoria. Educar para la libertad y creatividad. México: SEP. Consultado en noviembre de 2017: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/198738/Modelo_Educativo_para_la_Educacio_n_Obligatoria.pdf
[19] *NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10-19 años*
[20] Consejo Nacional de Población (CONAPO). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. México: CONAPO, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf

En México, localidades menores a 2 mil 500 habitantes, de acuerdo con la clasificación del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en la cuales, según el Censo 2010, vive/reside 23% de la población.

Zonas urbanas
En México, localidades con 2 mil 500 y más habitantes, de acuerdo con la clasificación del INEGI.

RESUMEN EJECUTIVO

En México el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de derechos humanos, relacionados principalmente con el proyecto de vida, la educación, la salud, la libertad y al desarrollo de las personas.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa de fecundidad de niñas entre los 12 y 14 años para el año 2016, es de 3.55 por cada mil en este grupo de edad[21]. Los nacimientos se incrementaron de manera progresiva desde 2003, momento en el que eran 7,277, alcanzando su cifra más alta en el 2016, con 11,808 nacimientos entre madres de 10 a 14 años, de los cuales más del 95% ocurrió en niñas de entre 13 y 14 años. Y si bien al mencionar el embarazo adolescente hablamos del grupo de edad entre 10 y 19 años[22], la problemática en las niñas y adolescentes menores de 15 (en adelante, NA menores de 15 años) es diferente, con afectaciones más agudas a su desarrollo bio psico social, y evidencia una seria afectación al ejercicio de sus derechos.

Por su parte, la protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes representa uno de los principales retos en la agenda pública del país, y aunque el Estado mexicano ha logrado avances en el reconocimiento, y respeto de tales derechos, las acciones públicas para garantizar su pleno ejercicio y goce siguen siendo un desafío.

Con base en ello, el 23 de enero de 2015, el titular del Ejecutivo Federal lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), cuyo objetivo general es reducir el número de embarazos en este grupo de edad, **con absoluto respeto a los derechos humanos**, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Esta Estrategia establece dos grandes metas para el año 2030: 1) reducir en 50% la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad –considerando la TEF del año 2015-, y 2) erradicar el embarazo en NA menores de 15 años.

La implementación de la ENAPEA está a cargo del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), el cual creó el Subgrupo para Erradicar el Embarazo en Niñas y Adolescentes Menores de 15 años (en adelante, Subgrupo), cuyo objetivo es coadyuvar estratégicamente para erradicar el embarazo en este grupo de población.

[21] Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.
[22] Conforme a la Organización Mundial de la Salud adolescencia abarca al grupo de edad entre 10 y 19 años. Por otro lado, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes señala que son niñas y niños las personas menores de 12 años, y son adolescentes a partir de los 12 años cumplidos y hasta antes de cumplir los 18 años.

En el contexto de su responsabilidad, el Subgrupo, consciente de que los factores determinantes del embarazo en NA menores de 15 años son complejos, provienen de muchas direcciones, tienen diversas dimensiones y varían considerablemente entre regiones del país, familias y comunidades. Reconoce que muchas de las acciones emprendidas para reducirlo, adolecen de una visión que identifique a niñas y adolescentes como titulares de derechos en su especificidad de crecimiento, desarrollo bio-psico-social, de madurez y contexto, y por el contrario, identifica que se han centrado en ofrecerles acciones que están diseñadas y pensadas para la población mayor de 16 años y adultas, y en caso de ubicarlas, es como problema orientado todo a cambiar su conducta como solución, sin escucharles ni reconocerles.

Con base en lo anterior, y como parte de su trabajo en materia de acopio de estudios e investigaciones, la recolección y actualización de datos estadísticos, y de identificación de los determinantes y consecuencias en torno al embarazo en este segmento de la población, el Subgrupo impulsó un proceso de análisis y priorización causal que permitió examinar la política pública, la legislación, las prácticas y creencias y, por tanto, el goce de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Este proceso, iniciado con la concentración de materiales diversos -estudios, investigaciones y diagnósticos vinculados a la temática y al grupo poblacional-, y continuado con la realización de un taller interinstitucional de análisis de causalidades, hizo posible el reconocimiento de vacíos por medio de la revisión de las causas inmediatas, subyacentes y estructurales, identificando *cuellos de botella* y barreras que conducen a inequidades en la población de 10 a 14 años.

Desde esta perspectiva, el taller permitió priorizar cuatro **causas inmediatas**, es decir, las causas cercanas y directas con las que es posible trazar una ruta de acciones que permita incidir en la reducción de sus efectos. Las causas inmediatas son: a) Violencia sexual, b) Matrimonio infantil y uniones tempranas, c) Proyecto de vida dependiente, y d) Ejercicio no planificado de la sexualidad.

Una vez definidas estas problemáticas, desde una perspectiva interdisciplinaria, se trabajó sobre las **causas subyacentes**, aquéllas que inciden en la escasez de los servicios, que generan falta de acceso y que impactan en las creencias y prácticas de la población, con relación al embarazo en NA menores de 15 años. Las causas subyacentes priorizadas para la Violencia sexual son: a1) *Prejuicios familiares y desinformación sobre formas de violencia sexual;* y a2) *Desconocimiento sobre formas de denuncia y atención*. Para el Matrimonio infantil y uniones tempranas son: b1) *Patrones culturales sobre familia y maternidad;* b2) *Falta de acceso al desarrollo y los derechos;* b3) *Legislación permisiva*,;y b4) *Violencia familiar y sexual*. Para el Proyecto de vida dependiente: c1) *Modelos dominantes de ser mujer y madre;* y c2) *Personal docente y de salud poco sensibilizado y capacitado en EIS*. Asimismo, para el Ejercicio no planificado de la sexualidad: d1) *Contenidos de EIS ausentes o mal*

impartidos; d2) *deficiente comunicación y psicoafectividad;* y d3) *insuficiente acceso a servicios e insumos de SSR*.

Finalmente, se identificaron las **causas estructurales**, las cuales impactan directamente en las políticas públicas, la distribución inequitativa de recursos, la gobernanza, la inestabilidad política y la cultura. Estas causas estrcuturales priorizadas son: *Desigualdad económica, social, de género y de edad; Vulneración del estado laico; Cultura adulto-céntrica; Marco jurídico ambiguo; Fragmentación del sistema de salud; e Impunidad y no aplicación de la ley.*

Adicionalmente, tomando en cuenta la compleja gama de factores que influyen en el embarazo en NA menores de 15 años y su constante interacción en diversos niveles de intervención -esquema planteado en el denominado Modelo Ecológico para la prevención del embarazo adolescente[23]-, el Subgrupo impulsó un ejercicio de alineación entre factores causales y niveles de intervención, que permiten a todas las partes interesadas comprender los desafíos y elaborar intervenciones más efectivas, tanto para reducir el número de embarazos, como para impulsar el desarrollo integral de este grupo de población.

El Modelo Ecológico ubica a los factores determinantes en cinco niveles: 1) Nacional, 2) Comunitario, 3) Escuela/pares, 4) Familiar, e 5) Individual. Para cada uno de estos niveles de intervención se alinearon las casusas priorizadas, identificándose que las acciones más estratégicas para incidir en las causas estructurales deben realizarse en el nivel Nacional; que las acciones para atender las causas subyacentes deben impulsarse prioritariamente en los niveles Comunitario y Escuela/Pares; y que las causas inmediatas requieren fundamentalmente de acciones en los niveles Familiar e Individual. Lo anterior sin perder de vista que la complejidad de los factores vinculados a este problema amerita muchas veces su atención en diferentes niveles.

Este documento de causalidades del embarazo en NA menores de 15 años, cuya evidencia se presenta, discute y analiza, incluye también un listado de recomendaciones sustantivas, las cuales se ponen a disposición de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA), como un insumo básico para su planeación estratégica de intervenciones.

[23] UNFPA. Estado de la Población Mundial 2013, p. 33

INTRODUCCIÓN

El 23 de enero de 2015, el titular del Ejecutivo Federal lanzó la ENAPEA, cuyo objetivo general es reducir el número de embarazos en esta población con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos, y establece dos metas a alcanzar en el año 2030: 1) reducir en 50% la tasa Específica de fecundidad (TEF) entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad –considerando la TEF del año 2015- , y 2) erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.[24]

La implementación de la ENAPEA está a cargo del GIPEA, integrado por una Coordinación General -que recae en el CONAPO-, una Secretaría Técnica -bajo la responsabilidad del Inmujeres-, y Vocales -representantes de diversas secretarías y dependencias de la Administración Pública Federal-. Adicionalmente, el GIPEA cuenta con la colaboración de instituciones académicas, organismos de la sociedad civil y organismos internacionales, quienes contribuyen técnicamente en función de sus diferentes mandatos y capacidades institucionales. Entre sus principales funciones se encuentran las de definir los mecanismos de coordinación, de cooperación y de comunicación, así como propuestas y recomendaciones en la materia y dar seguimiento de los avances alcanzados a nivel nacional.

En tal sentido, el GIPEA creó el Subgrupo, cuyo objetivo es coadyuvar para erradicar el embarazo en este grupo de población por medio del análisis, la gestión y la identificación de acciones que contribuyan a este propósito. Para ello, se instalaron tres mesas de trabajo: Mesa A- "Gestión del conocimiento estratégico", Mesa B- "Estrategias interinstitucionales de prevención y comunicación", y Mesa C- "Protocolo intersectorial para la atención y protección de niñas menores de 15 años embarazadas y madres".

En la Mesa A se planteó: a) recopilar, revisar y sistematizar documentos referentes a la problemática del embarazo en NA menores de 15 años; b) recolectar y actualizar datos estadísticos; y c) integrar y sistematizar información para identificar las determinantes y consecuencias en torno al embarazo en este segmento de la población.
Para poner en marcha un programa, servicio o política pública, relacionada con el ejercicio de los derechos, es preciso saber qué ocasiona (causa) un deficiente o inequitativo acceso a estos (efecto)[25], lo cual es necesario para asegurar que se

[24] La ENAPEA plantea disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en 50% la tasa especifica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (TEF15-19) para el año 2030, es decir, alcanzar una tasa de 37.19 nacimientos por cada 1000 mujeres en el grupo de edad referido. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), "Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes", INMUJERES, https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454

[25] Ignacio Lago, *Causalidad, Estadística y Mecanismos Causales,* Universitat Pompeu Fabra, https://www.upf.edu/documents/3298404/3311450/metodologia-espaxol.pdf/5687bff8-80c2-452e-acee-

aborden las causas principales de cada problema y que los resultados puedan ser alcanzados y sostenidos[26]. Existe para ello un enfoque ecológico (Modelo Ecológico) que toma en cuenta toda la gama de factores complejos que influyen en el embarazo en adolescentes y la interacción entre estos factores. Este enfoque puede ayudar a todas las partes interesadas a comprender los desafíos y a elaborar intervenciones más efectivas, tanto para reducir el número de embarazos, como para impulsar el desarrollo integral de este grupo de población.

Por lo anterior, el Subgrupo ha elaborado el presente documento, con base en una priorización de causalidades, así como en su alineación con el Modelo Ecológico para la prevención del embarazo en adolescentes[27], identificando aquello en lo que se puede incidir, y elaborando recomendaciones estratégicas sobre lo que es posible hacer para contribuir, desde el GIPEA, a la erradicación del embarazo en NA menores de 15 años en México.

adf9a04bb0ee. Las "causas" son factores que incrementan las probabilidades (previas) de que suceda un acontecimiento (efecto).

[26] UNICEF, *Conceptos fundamentales-Planificación y gestión de programas basados en resultados. Instrumentos para reforzar las buenas prácticas de programación. Planificación Estratégica y Orientación Programática / Oficina de Evaluación* (UNICEF, 2003), p. 6.

[27] UNFPA estado de la población mundial 2013, p. 33

1. NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS. SU ATENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS

El derecho de niñas y niños a que su interés superior sea una consideración primordial es un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo y una norma de procedimiento, y se aplica como individuos y como grupo[28]. El Comité de los Derechos del Niño destaca que, al determinar el interés superior, deben tenerse en cuenta sus opiniones, en consonancia con la evolución de sus facultades[29] y tomando en consideración sus características. Los Estados partes deben velar por que las opiniones de niñas, niños y adolescentes se tengan en cuenta a medida que adquieren comprensión y madurez. El concepto de niño[30], tal como lo conocemos y consideramos actualmente, es relativamente reciente y según las evidencias fue desarrollándose a lo largo de la historia como resultado de diversas circunstancias. Durante siglos "los niños" fueron considerados únicamente como un renuevo de la estructura social, su valor estaba determinado por su pertenencia a una familia y como tal fueron excluidos como titulares de derechos individuales, incluyéndolos en la esfera paterna del ciudadano-varón-propietario.[31]

No es sino hasta hace pocas décadas que se comienzan a estudiar los rasgos distintivos de niñas, niños y adolescentes y se visibiliza la necesidad de garantizar ciertas condiciones para su desarrollo. Al respecto, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) realiza la siguiente clasificación para identificar estas diferencias[32]:

Años tempranos	Años medios	Adolescencia temprana	Adolescencia mediana	Adolescencia tardía
0-4 años	5-9 años	10-13 años	14-16 años	17-19 años

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece en el artículo 5 la siguiente clasificación

[28] Véase la observación general núm. 14 (2013) del Comité de los Derechos del Niño sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial, párr. 6.
[29] Véanse las observaciones generales núm. 12, párrs. 70 a 74, y núm. 14, párrs. 43 a 45.
[30] La Convención sobre los Derechos del Niño señala que "niño" es toda persona menor de dieciocho años. En el contexto mexicano, nos referimos a "niñas" y "niños" cuando son menores de 12 años y a "adolescentes" cuando tienen de 12 años hasta antes de cumplir los 18 años. Artículo 5 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
[31] Desde la legislación, la niñez y adolescencia estos grupos habían sido tratados con una visión que suponía la necesidad de controlar y limitar sus derechos, por ejemplo, después de la revolución industrial y a lo largo de la sociedad de mercado esta delimitación estuvo centrada en la utilidad de este grupo de población para la industria, en este sentido las legislaciones de protección estaban en función de su productividad, principalmente en el tema de la salud, promovidas desde los sectores industriales por el costo económico que significaba su enfermedad, regulación de la maternidad, y la educación a cargo de otros.
[32] UNICEF, Fondo de Naciones Unidades para la Infancia (UNICEF), ¿Qué significa la CEDAW para los derechos de las niñas en América Latina y el Caribe?, Panamá, 2014

Niñas y niños	Adolescentes
Menores de 12 años de edad	Entre 12 años de edad cumplidos y menos de 18 años de edad

Niñas y niños de 9, 10 y 11 años de edad es un periodo considerado por algunos psicólogos del desarrollo como intermedio entre la niñez y la adolescencia. Tienen mentes razonadoras que descubren a través de la imaginación y la razón. Adquieren mayor dominio de sí mismos, nuevas formas de autosuficiencia que modifican sus relaciones familiares, escolares, con sus compañeras/os o amigas/os y en general con la comunidad y la cultura. La automotivación es una cualidad central. Su yo está en crecimiento. Hay un gusto por su familia y aprecio especial de sus madres y padres (sobre todo hacia los 10 años). Su sentido de pertenencia y su grupo y amigos son un punto de referencia, por ello prefieren actividades en grupo y el juego. Su individualidad se va consolidando y está bien definida. A los 10 años las diferencias sexuales son más evidentes que en edades anteriores y altamente marcadas por la cultura y contexto familiar y comunitario respecto su comportamiento. También desde los 10 años pueden observar interés sobre temas sociales e ideas sobre prejuicios buenos y malos (sobre todo quienes tienen 10 y 11 años). Están dispuestas/os a participar en discusiones elementales sobre problemas sociales (minorías raciales, pobreza, violencia). Estos cambios se producen de forma tan sutil que a menudo las personas adultas y en particular madres, padres, familiares y docentes pasan por alto su inteligencia.

Tanto niñas como niños están atados a restricciones de género, desde muy temprana edad se empieza a evidenciar intereses diferenciados por sexo (a las niñas les llama la atención por ejemplo, los temas asociados al matrimonio y la familia, pues son educadas bajo estereotipos de género dañinos, en los que a la mujer se le enseña un alto valor por la maternidad, los cuidados y las tareas del hogar), lo que puede tener repercusiones graves en su vida, ya que los estereotipos femeninos basados en protegerlas las hace más vulnerables, enfatizando el afán de vigilarlas y sancionándolas físicamente cuando rompen las normas.

Adolescentes de 12, 13 y 14 años configuran el inicio del periodo de la adquisición de la independencia, periodo que no acaba a los 14 sino que continúa según algunos teóricos hasta los 18 años o más. Se suceden un sin número de cambios físicos y mentales. Las hormonas tienen gran parte de influencia en su crítico proceso de crecimiento y desarrollo y con todo ello su personalidad se va asentando. De modo más convincente las relaciones interpersonales resultan de la mayor relevancia para poder poner de manifiesto su auto concepto y definición de lo que quieren o pretenden ser. El interés por los asuntos sociales se profundiza, y por las cosas relacionadas con la cultura, música y las nuevas tecnologías de la información revelan su sentido de pertenencia y sus potencialidades de participación.

El Comité de los Derechos del Niño, hace hincapié en la importancia de valorar la adolescencia y sus características asociadas como una etapa de desarrollo positiva en la infancia. Considera que determinados factores promueven la resiliencia y el desarrollo saludable de las y los adolescentes, como por ejemplo: a) relaciones sólidas con las personas adultas más importantes en sus vidas y apoyo por parte de ellas; b) oportunidades de participar y tomar decisiones; c) aptitudes para solucionar problemas y enfrentar situaciones difíciles; d) entornos locales seguros y saludables; e) el respeto de la individualidad; y f) oportunidades de hacer amistades y mantenerlas. El Comité destaca que sí las y los adolescentes tienen oportunidades de generar y aprovechar estos activos sociales, tendrán mayores capacidades para contribuir a la realización de sus derechos porque, entre otras cosas, mantendrán una buena salud física y mental, evitarán comportamientos riesgosos, podrán sobreponerse a la adversidad, tendrán un buen rendimiento académico, serán tolerantes, harán amistades y ejercerán liderazgo[33].

El desarrollo evolutivo es un principio habilitador que aborda el proceso de maduración y aprendizaje por medio del cual niñas, niños y adolescentes adquieren progresivamente competencias, comprensión[34] y mayores niveles de autonomía para asumir responsabilidades y ejercer sus derechos. El Comité ha señalado que, cuanto más sepa y entiendan las niñas y niños, más tendrán sus madres, padres y/o tutores que transformar la dirección y la orientación en recordatorios y luego, gradualmente, en un intercambio en pie de igualdad.

El Comité hace hincapié en que el derecho a ejercer niveles cada vez mayores de responsabilidad no anula las obligaciones que incumben a los Estados de garantizar protección[35]. El abandono gradual de la protección de la familia u otro entorno de cuidado, junto con la relativa inexperiencia y la falta de poder, pueden exponer a niñas, niños y adolescentes a violaciones de sus derechos. El Comité destaca que promover la identificación de riesgos potenciales por parte de ellas y ellos y elaborar y aplicar programas para mitigarlos aumentará la eficacia de la protección. Garantizarles el derecho a ser escuchadas/os, impugnar las violaciones de sus derechos y obtener reparación les permitirá ir haciéndose cargo progresivamente de su propia protección.

Al tratar de asegurar un equilibrio adecuado entre el respeto al desarrollo evolutivo de niñas, niños y adolescentes y niveles de protección apropiados, se debe tener en cuenta una serie de factores que influyen en la toma de decisiones, como el nivel de riesgo implicado, la posibilidad de explotación, la comprensión del desarrollo, el reconocimiento de que las competencias y la comprensión no siempre se desarrollan por igual en todos los ámbitos al mismo ritmo, el reconocimiento de la experiencia y la capacidad de la persona.

[33] CDN, Observación general 20
[34] *Ibid*., párr. 17.
[35] Véanse, a modo de ejemplo, los artículos 32 a 39 de la Convención.

2. MODELO ECOLÓGICO PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

Los factores determinantes del embarazo en NA menores de 15 años son complejos, provienen de muchas direcciones, tienen muchas dimensiones y varían considerablemente entre regiones del país, familias y comunidades. Reconoce que muchas de las acciones emprendidas para reducirlo, adolecen de una visión que las identifique como titulares de derechos en su especificidad de crecimiento, desarrollo bio-psico-social, de madurez y contexto, y por el contrario, identifica que se han centrado en ofrecerles acciones que están diseñadas y pensadas para la población mayor de 16 años y adulta, y en caso de ubicarlas, es como un problema orientando los esfuerzos a cambiar su conducta como solución, sin escucharles ni reconocerles. Pero el resultado es que no han logrado erradicar el embarazo en este grupo poblacional ya que no se han toman en cuenta los factores económicos, sociales y legales y otras circunstancias -estructuras, sistemas, costumbres, roles de género y violaciones de derechos, que son la causa subyacente del embarazo en NA menores de 15 años, no solo en el país, sino en todas las regiones del mundo.

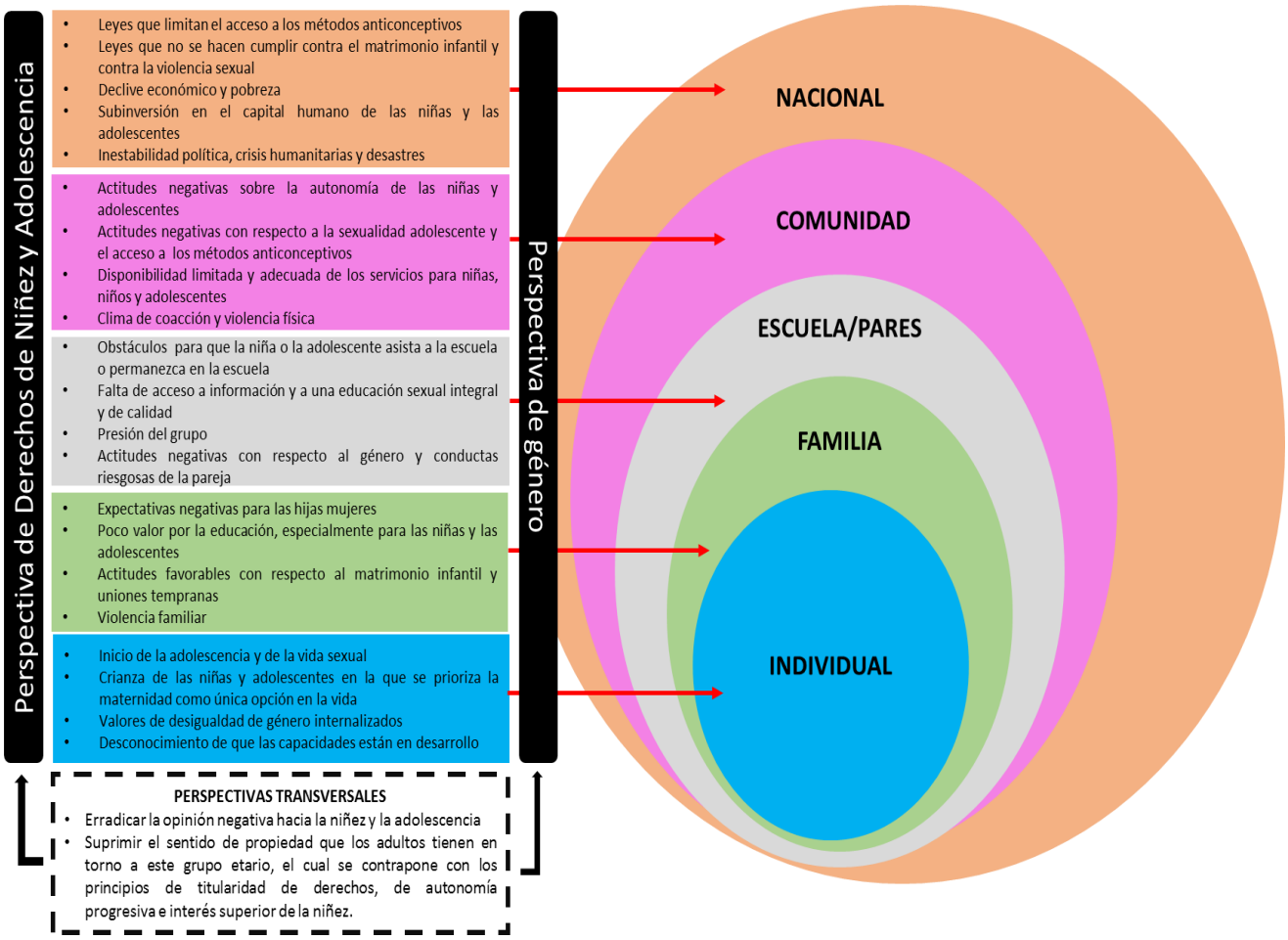
Existe, sin embargo, un Modelo Ecológico que toma en cuenta toda la gama de factores complejos que influyen en el embarazo en niñas y adolescentes y la interacción entre estos factores, y que puede ayudar a todas las partes interesadas a comprender los desafíos y a elaborar intervenciones más efectivas, tanto para erradicar los embarazos, como para impulsar el desarrollo integral de este grupo de población.[36]

Este Modelo Ecológico pone énfasis en la identificación de todos los factores determinantes que afectan a las niñas y adolescentes y que aumentan la probabilidad de embarazos no planeados ni deseados; y aunque estas fuerzas son numerosas y tienen distintos niveles, todas, de una u otra manera, se relacionan con la capacidad que tienen de ejercer sus derechos y la falta de facultades que le permiten construir su propio futuro.

El Modelo Ecológico señalado en el Figura 1 ubica a los factores determinantes en cinco niveles: Nacional, Comunitario, Escuela/Pares, Familiar e Individual.

Figura 1. Modelo ecológico para la prevención del embarazo adolescente. UNFPA.

[36] UNFPA. Estado de la Población Mundial 2013. Capítulo 3.



Nivel nacional

Las leyes y políticas nacionales, el nivel de compromiso del gobierno para cumplir las obligaciones que se reflejan en los tratados e instrumentos sobre derechos humanos, el grado de pobreza o privaciones y la estabilidad política pueden influir en que niñas y adolescentes resulten embarazadas. Estos factores determinantes sobrepasan el control de la adolescente, y de cualquier persona, pero tienen un efecto enorme en las facultades que tiene la niña para forjar su futuro y desarrollar su potencial.

Nivel comunitario

Cada comunidad tiene sus propias costumbres, creencias y actitudes que determinan cuánta autonomía y movilidad tienen las niñas y adolescentes, con qué facilidad pueden gozar y ejercer sus derechos, si están protegidas contra la violencia, si las forzarán a casarse o unirse, qué probabilidades tienen de quedar embarazadas o si podrán volver a la escuela después de tener un hijo o una hija. Las fuerzas a nivel comunidad tienen una importancia especial a la hora de determinar si habrá un clima de coacción sexual, si las y los jóvenes pueden influir en la vida de la comunidad, si los servicios de salud sexual y reproductiva

y los métodos anticonceptivos adecuados están disponibles y accesibles, y si los servicios de salud materna cuentan con los equipos y el personal necesarios y formado en derechos de niñez y adolescencia para asistir a la niña, brindarle la información suficiente, científica y adecuada a su desarrollo cognoscitivo, madurez y contexto cultural durante su embarazo, parto y puerperio, así como para prevenir embarazos subsecuentes.

Nivel escuela/pares
Los obstáculos para que las niñas y adolescentes asistan a la escuela o permanezcan en ella, y la falta de información o falta de acceso a una educación integral en sexualidad y de calidad, son determinantes que influyen en la posibilidad de embarazos en ellas. Así mismo, la presión del grupo de pares, las actitudes negativas con respecto al género y las conductas riesgosas en la pareja pueden incidir en este problema.

Nivel familiar
Los factores determinantes a nivel de la familia incluyen la estabilidad y la cohesión de la familia, el grado de conflicto o violencia en el hogar, el nivel de pobreza o riqueza del hogar, la presencia de modelos de papeles asignados a cada uno, y la historia reproductiva de madres y padres, especialmente, si estos se casaron en la niñez o adolescencia, o si la madre quedó embarazada cuando era niña o adolescente. Otros factores determinantes a nivel de la familia incluyen el nivel de educación de las personas adultas y sus expectativas con respecto a sus hijos e hijas, el nivel de comunicación dentro del hogar, la intensidad de los valores culturales y religiosos, y la opinión que tienen los que toman las decisiones en la familia con respecto a los papeles asignados a cada género y el matrimonio infantil.

Nivel individual
La adolescencia es una transición de desarrollo crítica entre la niñez y la edad adulta temprana, un período en el que se establecen las trayectorias individuales, de comportamiento y de salud, y un período en el que también se pueden prevenir o mejorar los patrones problemáticos o perjudiciales y se pueden mejorar los patrones positivos. Un momento crucial en la adolescencia es la pubertad. En el caso de las niñas, muchos de los cambios de desarrollo relacionados con las capacidades reproductivas adultas se suelen completar antes de que maduren completamente las capacidades intelectuales y de toma de decisiones. La pubertad es una época en la que se refuerzan las expectativas y los roles específicos de cada género.

El Modelo Ecológico plantea que la mayoría de los factores determinantes operan en más de un nivel. Por ejemplo, las políticas a *nivel nacional* pueden restringir el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, mientras que la *comunidad* o la *familia* pueden oponerse a que las niñas accedan a la educación integral en sexualidad u otra información sobre cómo prevenir el embarazo.

3. ANÁLISIS DE CAUSALIDADES DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

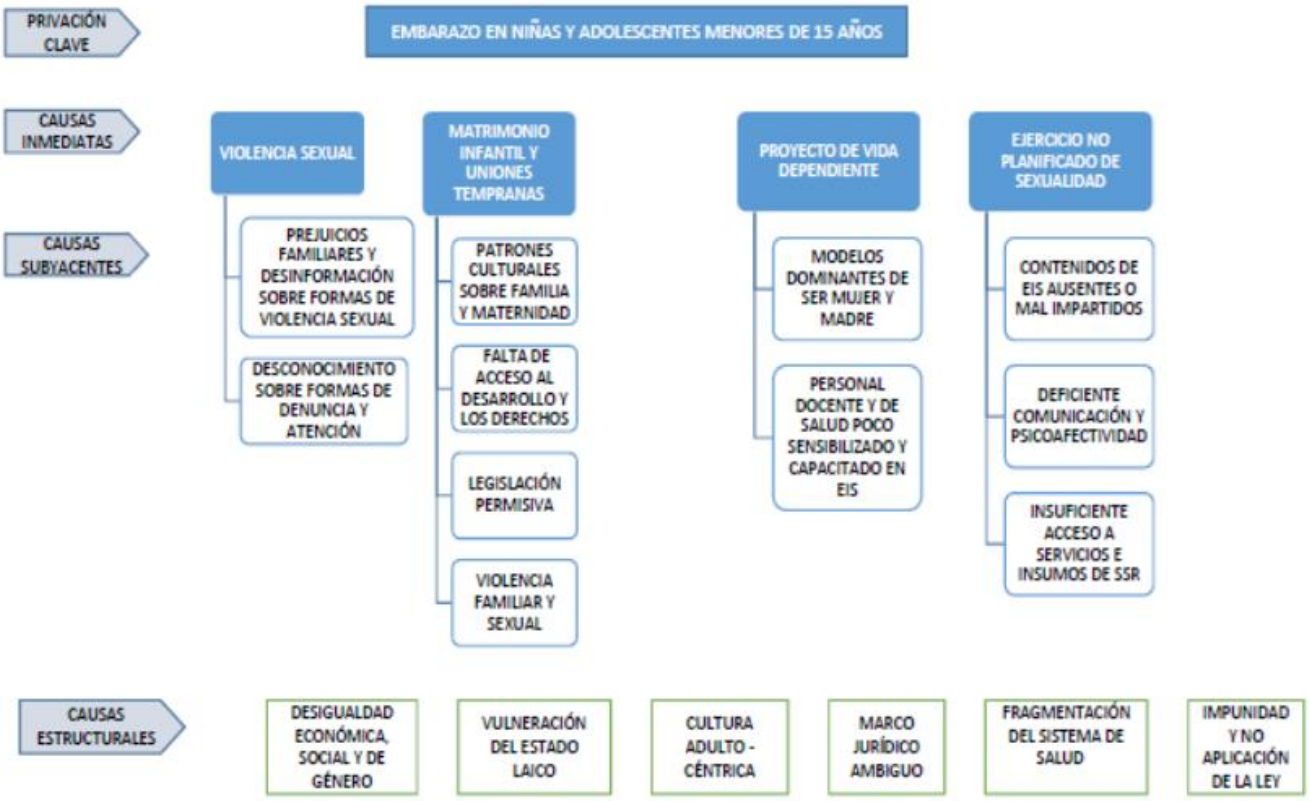
En el contexto de actuación del Subgrupo, UNICEF, como coordinador de la Mesa B, convocó a un taller interinstitucional para el análisis conjunto de las causalidades del embarazo en NA menores de 15 años, que tuvo como paso previo la recopilación de 74 fuentes documentales: estudios, investigaciones y diagnósticos vinculados a la temática y al grupo poblacional. En el taller participaron las siguientes instancias: Afluentes, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Elige-Red de Jóvenes, Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Secretaría de Educación Pública (SEP) –a través de la Dirección General de Educación Indígena-, Secretaría Ejecutiva del Sistema Integral de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SE-SIPINNA), Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM(ENTS), y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En dicho taller se utilizó la metodología de priorización de causalidades, indagando más allá de las causas inmediatas, para buscar las subyacentes y las estructurales vinculadas a esta problemática.

El análisis y priorización causal respecto del embarazo en NA menores de 15 años permite examinar la política pública, la legislación, las prácticas y creencias y, por tanto, el acceso y ejercicio pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Además, hace posible el reconocimiento de vacíos por medio de la revisión de las causas inmediatas, subyacentes y estructurales, identificando *cuellos de botella* y barreras que conducen a inequidades en la población de 10 a 14 años. Este análisis busca identificar las estrategias apropiadas para abordar las barreras en relación con el logro de la erradicación del embarazo en NA menores de 15 años. [37]

Desde esta perspectiva, el taller permitió identificar **causas inmediatas**, es decir, las causas cercanas y directas con las que es posible trazar una ruta de acción que permita incidir en la reducción de sus efectos. Una vez definidas estas problemáticas, interdisciplinariamente se trabajó sobre las **causas subyacentes**, aquéllas que inciden en la escasez de los servicios, que generan falta de acceso y que impactan en las creencias y prácticas de la población, con relación al embarazo en NA menores de 15 años. Y finalmente, se identificaron las **causas estructurales**, las cuales impactan directamente en las políticas públicas, la distribución inequitativa de recursos, la gobernanza, la inestabilidad política y la cultura. En la figura número 2 se sintetizan y ordenan por niveles las causalidades que fueron identificadas. Posteriormente se realiza un análisis, basado en evidencia, sobre las principales causas señaladas.

[37] UNICEF-Division of Policy and Strategy, *op. cit.,* p. 10.

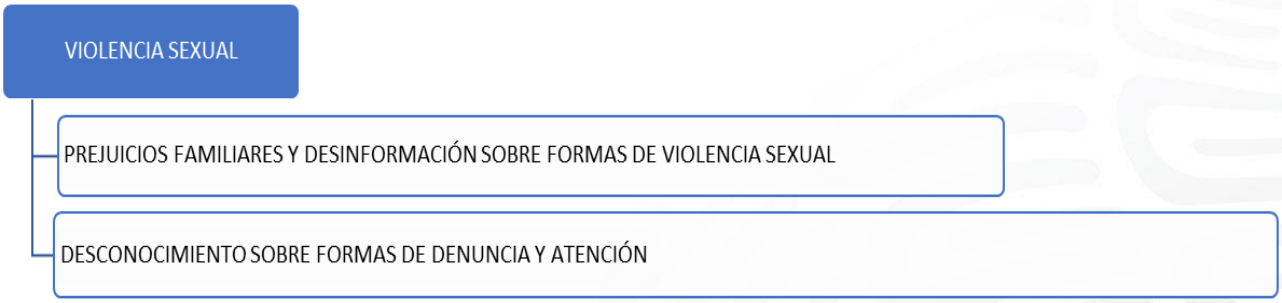
Figura 2. Causalidades del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.



3.1 Causas inmediatas y subyacentes

3.1.1 Violencia sexual

Figura 3. Causas inmediatas y subyacentes. Violencia Sexual



Fuente: Elaboración propia con base en datos de UNICEF.[38]

[38] Elaboración propia con base en UNICEF-Division of Policy and Strategy, *op. cit*., p 11.

Algunas consideraciones sobre la violencia sexual en NA menores de 15 años

En el caso de las mujeres adolescentes en general, y en particular en las menores de 15 años, contrario a lo que tradicionalmente se ha pensado, el embarazo no es resultado de una decisión o acto deliberado, sino que, en la mayoría de los casos, es consecuencia de una falta de poder para tomar decisiones, así como de circunstancias que están fuera del control de las niñas y adolescentes. En este sentido, y de acuerdo con cifras reportadas por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 41.3% de las adolescentes de 15 años y más reporta haber sufrido violencia sexual alguna vez en su vida y 9.4% (4.4 millones) afirma haber sufrido abuso sexual durante la infancia. [39] Asimismo, al preguntarles por su primera relación sexual (independientemente si estaban unidas o no), el 93% de quienes tuvieron su primera relación sexual entre los 5 y 9 años señalaron que no la consintieron; el 6.7% de quienes iniciaron su vida sexual entre los 10 y 14 años no la consintieron; y 1.2% de quienes lo habían hecho entre los 15 y 19 años tampoco la consintieron.[40]

Por otro lado, el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, señala que en el 66.8% de los casos de violencia sexual durante la infancia, la persona agresora fue un familiar (padre, padrastro, hermano, tío, hermano, primo); y en 8 de cada 10 casos, los agresores son conocidos. Ello sugiere la correlación que existe entre el ejercicio de formas específicas de violencia sexual y el embarazo en este grupo etario.

Así, el embarazo a temprana edad puede considerarse como el reflejo del menoscabo de las facultades, la marginación y presiones de los compañeros, pares, familias y comunidades. Además, en muchos casos, es el resultado de la violencia y coacción sexual, y de prácticas nocivas, como las uniones forzadas o el matrimonio infantil.

La violencia contra las mujeres y particularmente la violencia sexual, es uno de los factores que más impactan la probabilidad de un embarazo en niñas y adolescentes. Esta relación va mucho más allá de las causas directas asociadas a las relaciones sexuales forzadas. Dado que la violencia de género implica un ejercicio desigual de poder, la noción de consentimiento sexual podría ser bastante ambigua en muchos casos.

Se pueden identificar tres tipos de violencia sexual asociadas al embarazo de niñas y adolescentes: coerción sexual, abuso sexual, y violación. La coerción sexual es una dinámica de ejercicio de poder y control sin el uso de la violencia

[39] INEGI, "Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 2016", *Boletín de prensa,* núm. 379/17, Ciudad de México (2017), p. 18, http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf (Consultado el 20 de agosto de 2017).

[40] IPAS- Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos. Disponible en: https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf

física e implica una variedad de tácticas como las amenazas, el aislamiento, el control financiero, o el abuso emocional, que crean vulnerabilidades en la persona coercionada.[41] El abuso sexual infantil constituye un acto sexual impuesto a NNA que carecen del desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo para consentir o repeler dicha agresión, y establece tres criterios importantes: la asimetría de edad de al menos 5 años, diversas estrategias de coacción (presión, engaño, sorpresa, seducción, fuerza física e incluso parentesco), y los diversos tipos de conductas sexuales impuestos con o sin contacto físico.[42] Además, las niñas y adolescentes enfrentan diversas barreras para el acceso a la justicia, ya que, como se ha señalado, los perpetradores pertenecen a su entorno más cercano, lo que hace muy difícil la denuncia.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 92% de las adolescentes que iniciaron vida sexual (IVS) antes de los 12 años, tuvieron una pareja masculina de entre 15 y 19 años, y 3.3% de más de 30; mientras que en el caso de las adolescentes con IVS entre los 12 y 14 años, 65% indicó que su pareja tenía entre 15 y 19 años, y 24% que sus parejas eran mayores de 20 años, incluyendo hombres de más de 30,[43] lo que constituye violencia sexual toda vez que se genera un abuso por razón de edad, al contar con mayor experiencia y habilidades de manipulación, engaño o "seducción" o incluso fuerza física, en el que el hombre puede con mayor facilidad imponer la cópula a la niña o adolescente.

En algunos casos, las dinámicas familiares conflictivas y la ausencia de redes familiares sólidas generan carencias afectivas que la niña o adolescente no puede resolver, impulsándola a tener relaciones sexuales abusivas. En relaciones de pareja abusivas, a las niñas se les asignan mayores responsabilidades con muy poca autonomía o poder de decisión, y la dependencia económica y la falta de apoyo social las exponen a violencia de distintos tipos. De ahí que una de las razones del embarazo en adolescentes —mencionada en el árbol de problemas de la ENAPEA—[44] sea la cultura imperante que se refleja en la violación a diversos derechos humanos de la NA menores de 15 años, tales como: el derecho a una vida libre de violencia y a la autodeterminación, el derecho a una vida digna, el derecho a la educación, y el derecho a la igualdad y no discriminación.

[41] IPAS- Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos. Disponible en: https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf

[42] M. Martínez, *El abuso sexual infantil en México: limitaciones de la intervención estatal* (México: UNAM-IIJ, 2016), p. 10.

[43] Alexis Hernández, "¿Qué futuro con este presente? El caso de los embarazos en niñas y adolescentes", *Revista Con la A*, núm. 54, (2017), http://conlaa.com/que-futuro-con-este-presente-el-caso-de-los-embarazos-en-ninas-adolescentes/ (Consultado el 3 de agosto de 2017).

[44] Ver Juan Pablo Gutiérrez *et al.*, *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Documento 2* (INSP), https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98255/Documento_2_Plan_de_Monitoreo_de_la_ENAPEA.pdf (Consultado el 13 de abril de 2017).

La estimación de la prevalencia de la violencia sexual

La violencia sexual en niñas y adolescentes constituye una grave violación a los derechos humanos, sin embargo, no puede ser cuantificada, ya que no se dispone de datos desagregados específicos, a lo que se suma la impunidad y la falta de denuncia.[45] Por ello, ante la falta de datos, una forma de aproximarnos a la magnitud del abuso sexual, es mediante el análisis de los nacimientos de niñas y adolescentes de 10 a 14 años y la identificación de las características del padre, en este caso, de manera específica de aquellos nacimientos que corresponden a la relación asimétrica entre una niña con un varón mayor de edad, que se registran en las estadísticas vitales de natalidad y que el INEGI recopila. Lo que se reafirma, por el hecho de que un porcentaje importante (aproximadamente 30%) de las niñas que tuvieron un hijo entre los 10 y 14 años de edad mencionen que desconocen o no desean dar la información del padre, puede ser un indicio de que estos casos se traten de violencia sexual y por ello no proporcionen dicha información.[46]

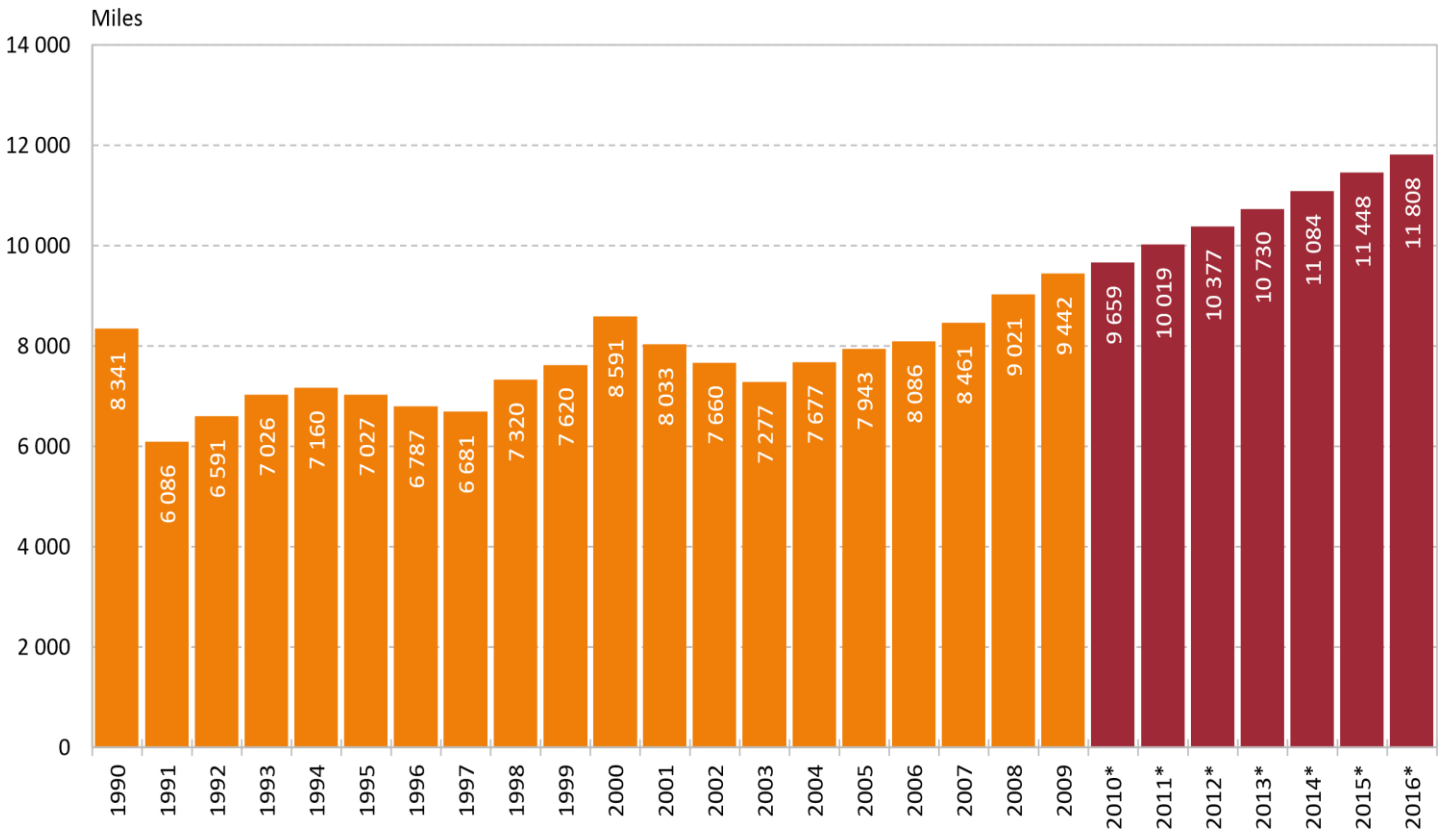
De acuerdo con el CONAPO[47] en 1991 se estimaron 6,086 nacimientos en NA de 10 a 14 años, para el año 2000 la cifra aumentó a 8,591, representando un incremento importante en el periodo de 41.2 por ciento. Entre 2003 y 2009 se estima que los nacimientos pasaron de 7,277 a 9,442 lo que constituye un incremento de 29.7 por ciento en seis años. Finalmente, con la estimación que se realiza de 2010 a 2016, se obtiene que, se incrementarán los nacimientos como se muestra en 2016, donde ocurrirán alrededor de 11,808 eventos (ver gráfico 1). Con base en ello, se puede observar que hay una tendencia general creciente en los nacimientos en este grupo de edad, lo cual puede dar algunos indicios sobre la prevalencia de casos de violencia sexual, toda vez que los códigos penales federal y locales reconocen que las relaciones sexuales con niñas menores de 12 años son consideradas violación, aún en los casos en los que se cuente con el consentimiento de éstas.

[45] Susana Chiarotti (coord.), *Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe* (Asunción, Paraguay: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres (CLADEM), 2016), p. 70, https://www.cladem.org/images/pdfs/publicaciones/regionales/violencia/nin%CC%83as-madres-resumen-ejecutivo.pdf (Consultado el 3 de junio de 2017).

[46] INMUJERES, *Documento de trabajo* (México: INMUJERES, 2017), manuscrito inédito.

[47] Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 1. República Mexicana. Número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad, 1990-2016



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Datos de CONAPO[48] plantean que es posible que la relación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que sufrieron violencia sexual durante su infancia no sea tan marcada debido que en algunas entidades para las mujeres no es posible identificar el abuso sexual, derivado de los usos y costumbres en los que se desarrolla, como es el caso de Chiapas o Oaxaca con altas TEF y con un porcentaje menor al que declaran las mujeres en el Ciudad de México.

Mientras menor es la edad de la mujer, más susceptible es a que se vulnere su consentimiento, lo que constituye violencia, y en el caso de la continuación del

[48] CONAPO. Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. En La Situación Demográfica de México, 2017.México (en prensa).

embarazo, se traduce en un trato cruel, inhumano y degradante.[49] Conforme aumenta la edad, el porcentaje de relaciones sexuales no consentidas disminuye.

Un estudio sobre embarazo por violación en niñas menores de 14 años realizado en Nicaragua en el año 2016 señala que, aunque desde un punto de vista estadístico, las violaciones sexuales y los embarazos infantiles (entre los 10 y 14 años) pueden parecer sólo una pequeña fracción del total de embarazo en adolescentes, todos o casi todos son producto de la violación perpetrada por hombres adultos cercanos a las niñas, tales como: familiares, amistades de la familia o vecinos. Las niñas y adolescentes presentan un mayor riesgo ante un embarazo a los 12 años que a los 17 o 18, además del impacto devastador físico, psicológico y social que puede tener el acto mismo de una violación.[50] Más de la mitad de los delitos sexuales son cometidos en el hogar de la víctima y 60% de las veces por parte de familiares o personas conocidas, hombres en casi todos los casos, delitos que dan como resultado embarazos infantiles forzados.[51]

Se estima que en México se cometen al menos 600 mil delitos sexuales cada año, en los que 9 de cada 10 víctimas son mujeres y 4 de cada 10 tienen menos de 15 años de edad. Desafortunadamente, el lugar en el que más seguras deberían estar estas niñas y adolescentes: sus hogares, es en donde se producen la mitad de los delitos sexuales: 60% de las veces, sus agresores son familiares o personas conocidas.[52]

Los embarazos infantiles son sólo una ínfima parte del total de niñas víctimas de violación. Puesto que no todas las violaciones resultan en embarazo, se estima que la probabilidad de embarazo en una mujer adulta que es víctima de violación, es de 1 en 20,[53] datos que no se tienen en el caso de las niñas entre 10 y 14 años, en éste, el acceso a anticoncepción de emergencia o interrupción del embarazo por cuenta propia es poco factible, o más bien imposible, por tanto, en esta etapa temprana de la vida reproductiva, el riesgo de quedar embarazada después de una violación es mucho mayor.[54]

---

[49] Organización de Estados Americanos (OEA)- Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI-CEVI, *Garantizar los derechos humanos de las niñas frente a la violencia sexual. Comunicado por el "caso Mainumby"* (Washington: OEA-MESECVI-CEVI, 2015).

[50] Ipas, "Embarazo Impuesto por Violación: Niñas-madres menores de 14 años", p. 30, Ipas, http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Embarazo-impuesto-por-violacion-Resumen%20ejecutivo.aspx

[51] Susana Chiarotti (coord.), *idem*.

[52] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *op. cit.,* p. 280.

[53] El estudio de Holmes, Resnick y Kilpatrick, publicado en 1996 en la Revista Americana de Ginecología y Obstetricia, es el más citado para hacer estimaciones y extrapolaciones. En éste se estableció que la probabilidad de embarazo después de una violación es de 5%, es decir, de cada veinte mujeres violadas una resultará embarazada. Sin embargo, estudios posteriores, como el de Gottschall y Gottschall, publicado en 2003, estimaron que esa probabilidad podía ser de hasta 8%, ajustando el porcentaje por una serie de factores que incluyen el acceso a anticonceptivos. Si se usara la probabilidad de 8%, 1600 embarazos infantiles resultarían de 20000 víctimas de violación. Además, como las niñas de 10-14 años no usan anticonceptivos regulares ni de emergencia, lo correcto es asumir la probabilidad más alta de quedar embarazada después de una violación.

[54] Ipas, *op. cit.,* p.31.

Prejuicios familiares y desinformación sobre sexualidad

Existen algunos factores particulares en los entornos familiares que impiden hablar sobre la sexualidad. En ocasiones, se parte de los supuestos de que "al ser algo malo" y, por ende, un tema "indebido", no se debe verbalizar; y de que debe ocurrir en contextos de unión formal, en silencio y en secreto. De ahí que algunas madres y padres no se sientan seguros ni cómodos para hablar sobre sexualidad, en general, con sus hijas e hijos.[55] En este sentido la forma en que se habla sobre la sexualidad en las familias se inscribe en un contexto cultural más amplio y específico que se encuentra organizado alrededor de una serie de prácticas sociales. De acuerdo con ello, dichas prácticas sociales organizan el modo a través del que niñas, niños y adolescentes reconocen sus derechos, manifiestan conocer los métodos anticonceptivos, así como el modo en que estos derechos son reconocidos y habilitados. Al centro de esa organización de los discursos y prácticas sociales sobre la sexualidad, nociones como el placer son marginalizadas de las explicaciones sobre el cuerpo y el sexo a través de su patologización/biologización. Visiones, éstas últimas, que han construido la sexualidad como un riesgo (patologización) y/o un asunto reproductivo en el que la idea del amor romántico se entrecruza con la monogamia, fortaleciendo una idea de la sexualidad heteronormativa y reproductivista con amplias consecuencias; de entre las cuales destacan la reducción de los vínculos entre individuos a lo que es considerado "normal" y "natural"y la consecuente conceptualización del ejercicio de la sexualidad como algo riesgoso y peligroso.

Desde las y los adultos no se habla de sexualidad a la infancia y la adolescencia, el sólo hecho de hablar sobre el tema se considera un acto de provocación o un detonante que puede promover las relaciones sexuales.[56] La poca información disponible se centra en la genitalidad, descuidando aspectos importantes como el autoconocimiento y el autocuidado, factores de protección ante el abuso sexual en la infancia, y ante las relaciones violentas en la adolescencia temprana. Al ser la sexualidad un tema vedado en el entorno familiar, las niñas víctimas de violencia sexual no hablan de la agresión, sea porque no la resignifican (en edades tempranas), por ser un tema tabú en la familia o por miedo, vergüenza o incluso culpa.[57] Estos silencios retrasan la detección de embarazos impuestos y, por consiguiente, la posibilidad de buscar alternativas de atención.[58]

Desconocimiento sobre mecanismos de denuncia y atención

Aunado al estigma y tabú que representa la violencia sexual infantil y a la falta de confianza que la ciudadanía manifiesta tener en las instancias de procuración de justicia -que va del 18.5% con "nada" de confianza, al 38.1% que

[55] Silvia Salinas Mulder (coord.), *op. cit.,* pp. 41-45.
[56] *Idem.*
[57] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *op. cit.* p. 191.
[58] Susana Chiarotti (coord.), *op. cit.,* p. 48.

dice tener "poca" confianza en éstas[59], debe agregarse el desconocimiento generalizado que se tiene sobre los mecanismos e instancias de atención y denuncia, de las posibles alternativas y respuestas que cada dependencia ofrece, así como de la falta de conocimiento y difusión del derecho al aborto seguro de las niñas y adolescentes por violación o motivos de salud. En este sentido, es de la mayor relevancia enfatizar que en el grupo de NA menores de 15 años en todos los casos, sin importar su tipificación, la *NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujere*s debe establecer la aplicación del aborto seguro por motivos de salud, ya que en ese rango de edad el embarazo implica un riesgo debidamente probado a la salud, con afectaciones adicionales sobre el crecimiento y desarrollo bio-psicosocial de la niña y adolescente.[60]

En la mayoría de los casos, la familia cree que es mejor no denunciar para salvaguardar el honor de ésta y, en el mejor de los casos, la intimidad de la niña o adolescente, guardando silencio sobre la violación, ya sea que se continúe o no con el embarazo. Este silencio muchas veces es también producto de los vínculos afectivos o familiares con el agresor, situación que inhibe la denuncia para minimizar los efectos colaterales en el entorno familiar ampliado[61], y condiciona una violación de sus derechos, al retardar la atención médica y la posibilidad de interrumpir el embarazo.

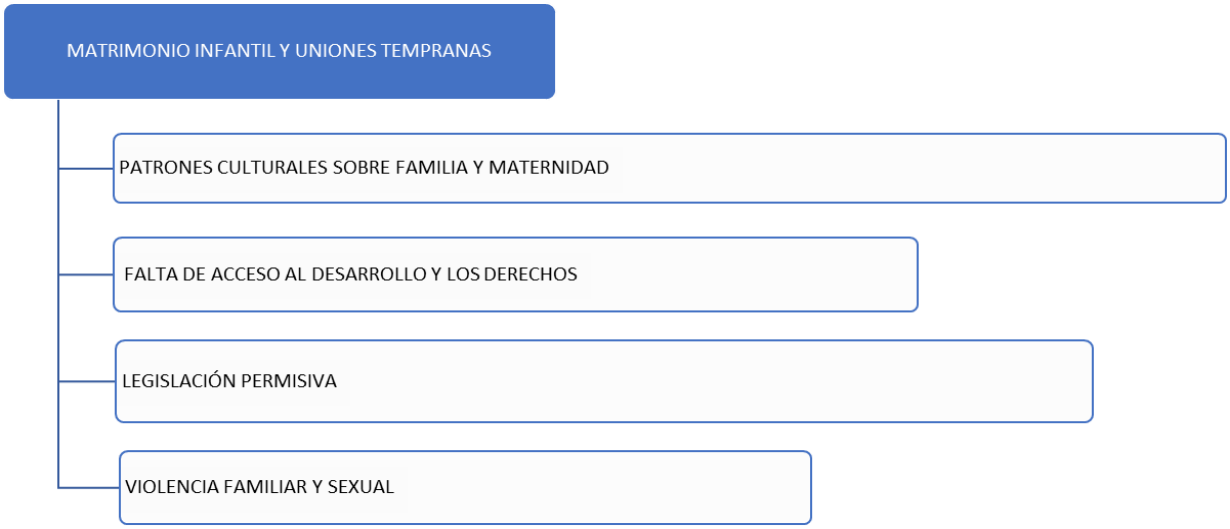
Si bien son múltiples las instancias[62] que en los hechos intervienen en la atención a NNA (Procuradurías de Justicia Estatales, Instancias de la Mujer en las Entidades Federativas (IMEF), Comisiones Estatales de Derechos Humanos, Instancias de Salud, Sistemas Nacional y Estatales de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, Sistemas Nacional, Estatales y Municipales DIF, Procuraduría Federal y Locales de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, Delegaciones de la CEAV, Secretarías de Educación, entre otras), generalmente, la familia y niñas, niños y adolescentes no cuentan con información sobre cómo identificar y actuar cuando se dan cuenta o se enteran de la violencia sexual que han sufrido. Y si bien la existencia de estas instancias debería brindar mayores garantías de protección del interés superior de la infancia, la falta de difusión de las atribuciones de cada una de ellas y la ausencia de apego a protocolos de atención basados en el respeto a los derechos humanos y con enfoque de género, hacen que el proceso de denuncia o atención se vuelva desgastante y en muchos casos, se prefiera no realizar un seguimiento legal, lo que les revictimizará. Por otro lado, en materia de atención médica, la falta de cumplimiento de Normas Oficiales Mexicanas tendientes a garantizar los derechos de las niñas y adolescentes que han sido violentadas también genera revictimización.

Esto implica un contexto permisivo para los abusadores, por lo que este tipo de conductas se siguen perpetuando.

[59] *Ibidem,* p. 196.
[60] Ello con independencia si ocurrió o no una violación en el orígen del embarazo.
[61] *Ibidem,* pp. 117, 195-197.
[62] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *Diagnóstico cuantitativo sobre la atención…, ibidem,* pp. 298-302.

3.1.2 Matrimonio infantil y uniones tempranas forzadas[63]

Figura 4. Causas inmediatas y subyacentes. Matrimonio infantil y uniones tempranas



Fuente: Elaboración propia con base en datos de UNICEF.[64]

El matrimonio infantil se define como cualquier matrimonio, de hecho o de derecho, en el que al menos una de las personas contrayentes es menor de 18 años,[65] en atención al estándar establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).[66] Este fenómeno constituye una violación de derechos humanos por representar una importante amenaza para el desarrollo integral de las niñas, cuya afectación es desproporcionada con relación a los niños.[67] En México, cuatro entidades federativas: Baja California, Guanajuato, Querétaro y Sonora, permiten las dispensas jurídicas para que niñas, niños y adolescentes contraigan matrimonio antes de cumplir los 18 años. Durante 2015 se registraron 35,358 NNA que contrajeron matrimonio; 4 de cada 5 niñas y adolescentes entre 10 y 15 años se casaron con hombres mayores de 17, y 4.6%

[63] Refiere todas aquellas uniones en las que la libertad de elección y consentimiento se ven afectados por un ejercicio de poder: opresión, forzamiento, arreglos, intimidación, etc, y que afectan los derechos humanos de la persona. (ONUMUJERES,2018)
[64] Elaboración propia con base en UNICEF-Division of Policy and Strategy, *op. cit*., p 11.
[65] Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Comité de los Derechos del Niño (CRC), *Recomendación General núm.31 del* CEDAW *y Observación General núm. 18 del* CRC *sobre las prácticas nocivas*, resolución CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC18, 14 de noviembre de 2014, en ONU-Mujeres, *Matrimonios y uniones tempranas de niñas* (México: ONU-Mujeres, 2016), p. 3.
[66] De acuerdo con el artículo primero de la Convención sobre los Derechos del Niño, "niño es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". ONU, Convención sobre los Derechos del Niño, A/RES/44/25 (New York: ONU, 1989).
[67] UNICEF, *Ending Child Marriage. Progress and Prospects,* (Nueva York: UNICEF, 2014), p.2.

con hombres mayores de 30 años.[68] Del total de matrimonios de personas menores de 15 años registrados en el país, 98.4% fueron de niñas y adolescentes mujeres y sólo 1.6%, de niños y adolescentes hombres.[69]

En el caso de los matrimonios infantiles y las uniones tempranas es pertinente conocer si los embarazos de NA menores de 15 años derivan en matrimonios o uniones, o si los matrimonios o uniones de NA menores de 15 años derivan en nacimientos. De acuerdo con datos de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014*, 21.4% de las mujeres de entre 20 y 24 años contrajeron matrimonio antes de los 18 años, tendencia que ha variado muy poco en las siguientes generaciones.[70] Aunado a ello, en 2015, 3 de cada 4 hombres menores de 15 años que contrajeron matrimonio en México contaban con educación secundaria, mientras que 2 de cada 4 mujeres menores de 15 años en la misma circunstancia contaba únicamente con educación primaria.[71] Lo anterior evidencia las brechas de género que impactan en los matrimonios tempranos, observadas a partir de una menor escolaridad en las niñas, así como los pocos cambios mostrados en esta tendencia en los últimos 30 años.

En México, 4.7% de las menores de edad viven con su pareja, de este porcentaje, una de cada cuatro mujeres rurales entra en una unión conyugal antes de cumplir la mayoría de edad. La existencia de uniones libres tiene mayor proporción (80.9%)[72], precisamente cuando la contrayente involucrada es menor de 18 años. La unión libre es el esquema más popular para cohabitar aún entre las niñas y adolescentes menores de 15 años: la formalización ante el Estado no juega un papel preponderante en la decisión de vivir en pareja, prueba de ello es que del año 2000 al 2015, el matrimonio infantil disminuyó de 15% del total de matrimonios celebrados a 4%. En este sentido, en México hay una tendencia a la baja en todos los grupos de edad en cuanto matrimonio, no obstante son las uniones de hecho las que han aumentado, particularmente entre Niñas y Adolescentes.

La *Encuesta Intercensal 2015* señala que el 0.9% de las adolescentes vivía en matrimonio, mientras que 3.8% lo hacía en unión libre con su pareja[73]. Por su

[68] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Registros administrativos. Estadísticas vitales sobre nupcialidad* (México: INEGI, 2015).
[69] Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), ONU-MUJERES, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Los estándares internacionales de derechos humanos sobre la edad mínima para contraer matrimonio. México 2016* (México: UNICEF, 2017), p. 4. Dato elaborado por UNICEF México a partir de los registros administrativos de nupcialidad 2015 del INEGI.
[70] En un lapso de 30 años, de las mujeres de 50 a 54 años, 25.3% se unieron antes de los 18 años, mientras que en el grupo de edad de 20 a 24 años, este porcentaje fue de 21.4%: la diferencia resultó muy pequeña. ONU-Mujeres, *Matrimonios y uniones tempranas de niñas* (México: ONU-Mujeres, 2016).
[71] UNFPA, UNICEF, ONU-MUJERES, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.,* p. 4. Dato elaborado por UNICEF México a partir de los registros administrativos de nupcialidad 2017 del INEGI. Este cálculo se desarrolló sin contar los casos de contrayentes que no especificaron su nivel de escolaridad.
[72] Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Data Cívica, IPPF y MEXFAM, *Prohibir sin proteger el matrimonio adolescente en México* (México: GIRE, Data Cívica, IPPF y MEXFAM, 2017), p. 7.
[73] *Ibidem*, p. 10.

parte, estimaciones del CONAPO[74] señalan que ha habido una disminución importante en la frecuencia de aquellas niñas y adolescentes que declaran estar casadas: en 1990 este porcentaje era de 37.7, mientras que para 2016 se estima que es solo de 2.0 por ciento. No obstante, el porcentaje de niñas que manifestaron estar unidas pasó de 38.1 a 61.2 por ciento en 2016.

Matrimonio infantil, uniones tempranas y acceso a la educación
Después del matrimonio, las niñas y adolescentes tienen acceso limitado a los servicios educativos, debido a las tareas domésticas, la maternidad, las presiones familiares y los prejuicios sociales. De modo que las probabilidades de que dejen la escuela son altas, lo que propicia que la falta de educación afecte el derecho a su desarrollo.[75] El matrimonio obstaculiza el proceso de adquisición de habilidades y la posibilidad de independencia, además de reducir su acceso a oportunidades laborales dignas y seguras.

En 2016, la mayoría de las niñas y adolescentes de 10 a 14 años que registraron el nacimiento de una hija o hijo no contaban con la primaria completa (51.7 por ciento) y, dado el carácter de obligatoriedad de la educación básica, ha aumentado el porcentaje de las que tienen secundaria o equivalente (30.6 por ciento). Sin embargo, cerca del 10 por ciento aún tenía rezago escolar, ya que registraban primaria incompleta o menos[76]. El matrimonio infantil también conduce a tasas de deserción escolar más altas, a la expulsión forzosa de la escuela y a un mayor riesgo de violencia doméstica, además de limitar el disfrute del derecho a la libertad de circulación. [77]

El Censo General de Población y Vivienda (INEGI 2000) reportó que había 135,287 mujeres de entre 12 y 19 años de edad, con un hijo y que no habían concluido la educación básica, cifra que se incrementó a 180,408 de acuerdo al Conteo de Población y Vivienda 2005 y a 284,519 de acuerdo con el Censo de Población 2010. Para el 2015, la Encuesta Intercensal menciona que existen 230,082 (misma población) sin instrucción y que tienen la educación básica incompleta.

Efectos adversos a la salud
Un alto porcentaje (59.3%) de nacimientos en niñas de 10 a 14 años, se dan en el seno de una unión o matrimonio[78] -como puede observarse en el gráfico 3, es decir, la unión temprana implica una alta posibilidad de embarazos en las niñas y viceversa, situación que les condiciona un alto riesgo obstétrico. De acuerdo con el Comité Promotor por una Maternidad Segura, que analiza anualmente los datos publicados por la Dirección General de Información en Salud (DGIS),

[74] CONAPO.Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y análisis de los factores que la explican. En UAEM. "Jóvenes, Problemáticas y retos en sus relaciones", México.
[75] En las escuelas los proejuicios son reproducidos de tal manera que las niñas terminan siendo estigmatizadas, excluidas o incluso de plano violentadas, lo que explica algunas de las condiciones que propician la exclusión.
[76] CONAPO.Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y análisis de los factores que la explican. En UAEM. "Jóvenes, Problemáticas y retos en sus relaciones", México.
[77] CEDAW y CRC, *op. cit.*, p. 9, párrafo 22.
[78] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Estadísticas de natalidad*, (México: INEGI, 2015).

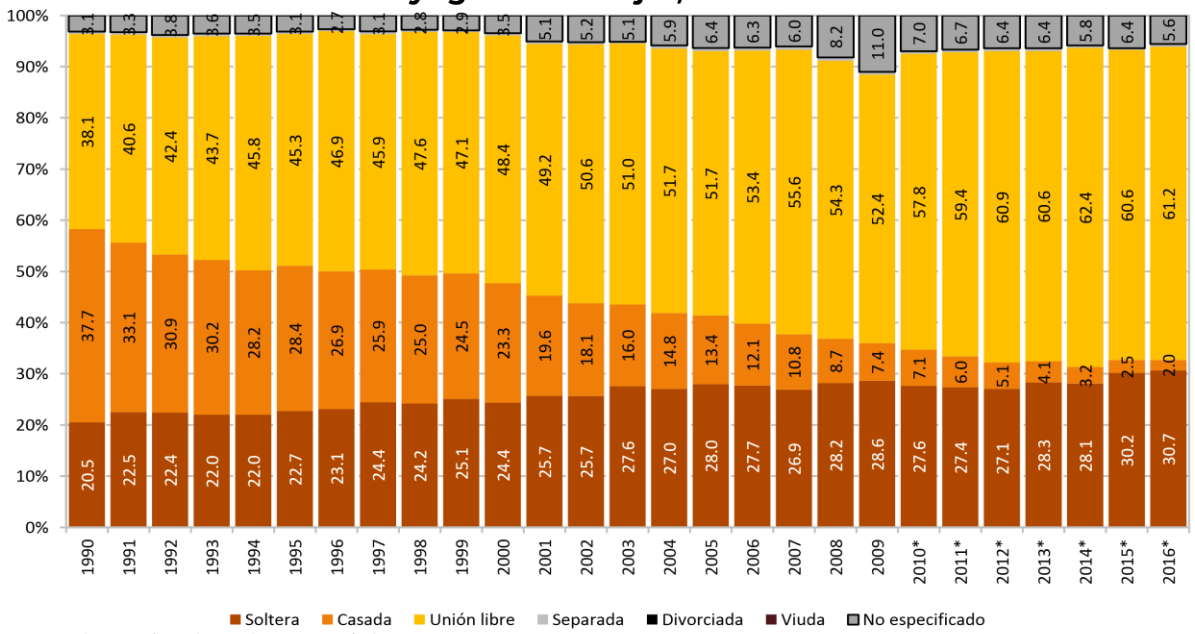
existe evidencia suficiente para afirmar que el embarazo en niñas y adolescentes incrementa las probabilidades de sufrir enfermedades infecciosas y abuso, aunadas a la falta de capacidad de negociar una actividad sexual segura, por lo que, con una maternidad temprana, se incrementa la posibilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto y aumentan las tasas de mortalidad infantil.[79]

El Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la Secretarías de Salud, señala que en 2016 el 18.5% de los egresos hospitalarios en niñas de 12 a 14 años fue por complicaciones obstétricas. Y de acuerdo con el INEGI, la tasa de morbilidad hospitalaria por hipertensión gestacional, preclamsia, y diabetes mellitus gestacional en 2014, fue de 17 por cada 100 mil en niñas de 12 a 14 años. Así mismo, conforme al Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la carga de enfermedad en 2016 por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, representó el 1.3% del total de años de vida saludables perdidos entre las niñas de 10 a 14 años.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de México, en el país, entre 2010 y 2014, el grupo de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años fue el que registró la mayor tasa de hijos/as con bajo peso al nacer (1500-2500 g.) y muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g.), así como las mayores tasas de partos prematuros y muy prematuros, en comparación con las de las mujeres mayores de 20 años.

[79] UNFPA, UNICEF, ONU-MUJERES, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.,* p. 5. En México se observa un alza sostenida de defunciones maternas en adolescentes, tan solo en 2010 se registraron 137, 12.7% del total de muertes maternas, aumentando a 142, 13.8% en 2014. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *¿Cómo va la vida? Medición del Bienestar* (OCDE, 2015), p. 176.

Gráfico 2. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación conyugal de la mujer, 1990-2016



* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Si bien en términos del estrato socioeconómico se identifica que a mayor estrato, menor tasa de matrimonio de menores de edad -tasas tres veces mayores para ellas en los estratos muy bajo y medio, y seis veces más en el estrato bajo-, aún entre las mujeres con preparatoria y entre las que pertenecen al estrato alto, observamos la presencia del matrimonio de menores de edad con tasas de 9% y 6%, respectivamente.[80]

Patrones culturales y sociales sobre la construcción de la familia y la maternidad

Las niñas y adolescentes suelen internalizar valores de desigualdad de género, influenciadas por patrones familiares, culturales y sociales, en los que hay una ausencia de referentes fuera de la maternidad y de la idealización del "amor romántico",[81] y que incluye "la prueba de amor", la posesión sobre la otra persona y la expectativa del matrimonio feliz "hasta que la muerte los separe". Estos patrones repiten el modelo de pareja heterosexual y el modelo de familia "adecuado": el nuclear (madre, padre e hijo/s). Esto permite que se perpetúen

[80] J. Pérez y R. Hernández, *op. cit.,* p. 18.
[81] El amor romántico "es un producto mítico que posee, por un lado, una base sociobiológica que se sustenta en las relaciones afectivas y eróticas entre humanos, y por otro, una dimensión cultural que tiene implicaciones políticas y económicas, dado que lo que se supone un sentimiento individual, en realidad influye, conforma y modela las estructuras organizativas colectivas humanas". C. Herrera, *La construcción sociocultural del amor romántico*, 2.ª ed., (Madrid: Fundamentos, 2013), citado en B. Hernández, "Concepción del amor romántico y la violencia de género en la adolescencia" (Tesis de Licenciatura, Universidad de la Laguna, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación, 2015), p. 10.

relaciones de pareja dependientes, basadas en roles y estereotipos de género reforzando las desigualdades entre ambos sexos.[82]

Fuera de estos esquemas familiares "no se es" y se vive en la marginalidad, por ello, adolescentes y niñas en proceso de reafirmación e identificación buscan pertenecer, ubicarse en el mundo, y lo hacen a partir de lo que ven y de lo que se les inculca como "lo esperado".

La falta de referentes está ligada a la ausencia de oportunidades de desarrollo, incluidas las recreativas y educativas que brinden a las niñas y adolescentes la posibilidad de ver otras opciones que les permitan vislumbrar proyectos de vida factibles que trasciendan al cuidado de otros/as y la posterior construcción de una familia propia.[83]

Relación de edad
La relación de edad entre quiénes se unen se ve diferenciada entre mujeres y hombres, mientras 0.66% de las niñas de 12 a 14 años ya estaban unidas (casadas o en unión libre) en 2015, en el caso de los niños es de 0.18% (Tabla 1).[84]

Tabla 1
Situación conyugal de niñas y adolescentes de 12 a 14 años. 2015

Sexo	Grupos de edad	Población	Situación conyugal						
			Soltera	Casada	En unión libre	Separada	Divorciada	Viuda	No especificado
Hombres	12-14 años	3,439,214	98.64	0.14	0.04	0.01	0.00	0.00	1.17
Mujeres	12-14 años	3,374,469	98.47	0.20	0.46	0.03	0.00	0.01	0.83

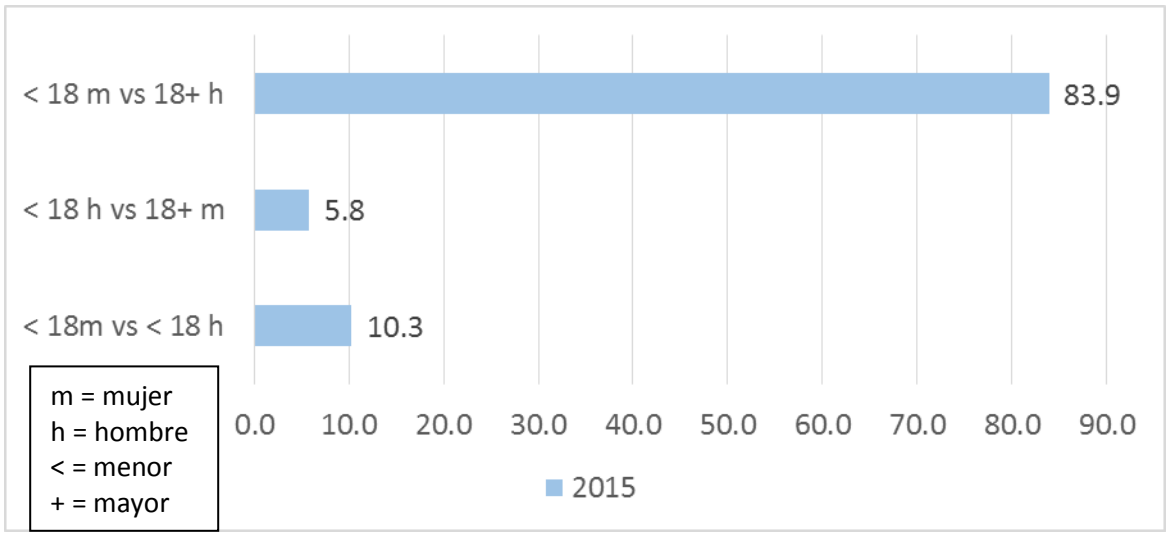
Fuente: Elaborado por INMUJERES con base en datos del INEGI.[85]

Estos datos muestran que las uniones entre pares no son la constante, ya que menos de la tercera parte de los niños no estaban unidos y dos terceras partes de las niñas sí lo estaba. Esto se debe a que las niñas se unen a parejas de edades superiores a la suya. Al observar los matrimonios registrados por la edad de los contrayentes, alrededor del 83.9% de las mujeres menores de 18 años se

[82] B. Hernández, *op. cit.*, p. 15.
[83] UNICEF, Taller sobre determinantes del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años (Ciudad de México, 19 de octubre, 2017).
[84] INMUJERES, *Documento de trabajo* (México: INMUJERES, 2016), manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*Encuesta Intercensal 2015)*.
[85] *Idem.*

casan con hombres mayores de 18 y sólo en 10.3% de los casos, mujeres y hombres menores de 18 años contraen matrimonio entre pares.

Gráfico 3. Porcentaje de matrimonios por relación de edad entre los cónyuges en 2015



Fuente: INMUJERES, *Documento de trabajo* (México: INMUJERES, 2017), manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*Estadísticas de nupcialidad 2014 y 2015*).[86]

Esto se observa a partir de las *Estadísticas de Nupcialidad* del INEGI, donde se muestra que, en 2014, sólo se casaron 16 niños entre 12 a 14 años, frente a 623 niñas de la misma edad.[87]

Estas marcadas diferencias entre las uniones de adolescentes son resultado de creencias respecto a la madurez precoz de las niñas respecto de la de los niños y sobre su trayectoria sexual. Estas creencias, en el imaginario colectivo, repercuten en las prácticas de crianza de las niñas y adolescentes, quienes ven en la maternidad y unión tempranas una forma de legitimación social y son hipersexualizadas; además se dan otras dinámicas que se construyen desde los hogares.

La construcción cultural que persiste en distintos ámbitos de la sociedad impacta negativamente en el desarrollo de niñas y adolescentes, obstaculiza su acceso a servicios y educación y, perpetúa roles y estereotipos que normalizan la violencia contra ellas, tales como la permisividad del matrimonio infantil y la consecuente maternidad, así como la tolerancia a relaciones de pareja desiguales. Esta situación se profundiza en zonas rurales e indígenas, donde

[86] INMUJERES, *Documento de trabajo* (México: INMUJERES, 2017), manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*Estadísticas de nupcialidad 2014 y 2015*).
[87] *Idem*.

niñas y adolescentes se enfrentan a usos y costumbres que restringen sus derechos humanos.

Falta de oportunidades para el desarrollo y acceso a derechos

Una de las causas subyacentes al matrimonio infantil es la falta de oportunidades para un desarrollo que garantice, sobre todo a las niñas y adolescentes, la posibilidad de materializar proyectos de vida alternos al matrimonio y la maternidad.

La desigualdad traducida en falta de oportunidades sostiene la reproducción intergeneracional de las condiciones de pobreza. En México, 53.9% de las niñas vive en pobreza y 11.6% vive en condiciones de pobreza extrema;[88] y 62.3% de NNA no tiene acceso a seguridad social,[89] lo cual restringe su acceso al derecho a la salud integral.

Las niñas y adolescentes empobrecidas y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas.[90] La pertenencia a una minoría étnica o a un grupo marginalizado resulta en un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y servicios anticonceptivos y a uniones tempranas.[91]

La migración, resultado de la falta de oportunidades en las comunidades de origen, es otro factor que determina también que niñas y adolescentes encuentren en la unión temprana una alternativa que les brinde seguridad y protección, ante un entorno que se percibe amenazador. [92]

Por otro lado, en términos de la variable de escolaridad, hay 123,318 niñas de entre 6 y 11 años que se encuentran fuera de la educación primaria (2%)[93] y 101,163 mujeres adolescentes entre 12 y 14 años que están fuera de la educación secundaria (8%)[94]. Los factores que determinan que NNA se encuentren fuera de la escuela o en riesgo de dejarla radican en circunstancias diferentes en ambos niveles educativos. En el caso de la educación básica, las principales razones en

[88] UNICEF, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza y derechos de niñas, niños y adolescentes en México, 2014*, (México: UNICEF-CONEVAL 2015), pp. 27-28, http://www.unicef.org/mexico/spanish/MX_Pobreza_derechos.pdf (Consultado el 26 de noviembre de 2017).
[89] *Idem*.
[90] División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, UNICEF, *op. cit.,* p. IV. Alrededor de 19% de las niñas y adolescentes en países en desarrollo quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. 27% de los partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años.
[91] UNFPA, *Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. El Estado Mundial de la Población 2017* (Nueva York: UNFPA, 2017), p. 64.
[92] Unidad de Política Migratoria-Secretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos-Secretaría de Gobernación (SEGOB), *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2015* (México: Unidad de Política Migratoria-Secretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos-SEGOB, 2015).
[93] UNICEF, *Niñas y niños fuera de la escuela*, *México,* (México: UNICEF, 2016), p. 25, http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_NFE_MEX.pdf (Consultado el 27 de noviembre de 2017).
[94] *Ibidem,* p. 26.

orden de importancia son la discapacidad, la pertenencia a un hogar ampliado y el trabajo infantil; en tanto que en secundaria, las principales razones tienen que ver con el trabajo infantil, con una diferencia porcentual de 4 puntos que afecta más a la población rural, respecto de la urbana; la pertenencia al quintil de ingreso de los hogares más pobres y el tipo de hogar familiar ampliado, donde la condición de analfabetismo y la pertenencia a un grupo indígena por parte de la jefa o jefe de familia impactan negativamente en la asistencia escolar de las y los adolescentes.

La falta de educación dificulta el ingreso al mercado laboral formal y por tanto a un ingreso económico que brinde elementos para la independencia y autonomía durante la juventud y adultez.[95] A esto se debe sumar la ausencia de iniciativas que fortalezcan la capacidad y habilidades de niñas y adolescentes para contar con alternativas extraescolares (recreativas, deportivas y culturales) que les ofrezcan otros entornos.

La pobreza, la falta de acceso a la salud y a la educación se traduce en determinantes que dificultan profundamente el desarrollo de las niñas y adolescentes durante su ciclo de vida. Vinculado a esto, en la división sexual del trabajo, las tareas domésticas y de cuidado no remunerado siguen siendo responsabilidad de las mujeres, toda vez que en su mayoría, son realizadas por niñas o adolescentes.[96] Si las oportunidades de vida se ampliaran (más escolaridad, mayores oportunidades de trabajo extra doméstico, menor sometimiento de las mujeres), la edad de la unión se pospondría al igual que la del primer embarazo, y disminuirían los embarazos en la adolescencia.

Legislación permisiva

Pese a los esfuerzos de instancias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación, México tiene la tasa de matrimonio de menores de edad más alta de América Latina: 22.9%. En 2015, del total de matrimonios de personas menores de 15 años, 98.4% eran niñas y adolescentes (frente a 1.6% de niños y adolescentes varones), de las cuales 80% se casó con hombres mayores de 17 años y 4.5% con mayores de 30.[97]

El heterogéneo contexto legislativo mexicano expone algunas de las condiciones institucionales que hacen posible el matrimonio infantil. En principio la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ha consagrado ya el interés superior de la niñez en su artículo 4 y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes por su parte establece que la edad mínima para contraer matrimonio son los 18 años. De acuerdo con ello, un intenso y promisorio proceso de armonización legislativa ha tenido lugar en los últimos años en el que una buena parte de los estados de la República han

[95] *Ibidem,* p. 27.
[96] *Idem.* 74.3% de las adolescentes que no asisten a la escuela realizan quehaceres domésticos sin remuneración.
[97] UNFPA, UNICEF, ONU-MUJERES, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *idem*.

modificado sus códigos civiles para alinearse con los ordenamientos legales señalados. Sin embargo, y como se mencionó, hay 4 entidades en las que aún es posible que personas menores de 18 años, a través de distintos mecanismos, contraigan matrimonio: Guanajuato, Querétaro y Baja California prevén dispensas para que las personas menores de 18 años -y mayores de 14 años, mujeres, y 16 años, varones- puedan casarse con la autorización de quienes ejercen la tutela o de alguna autoridad competente. En el caso de Sonora la situación es más grave, ya que establecen en la dispensa que pueden casarse menores de 18 años sin especificar una edad mínima.

Por otro lado, el Código Civil Federal permite el matrimonio en las mujeres a partir de los 14 años y en los hombres a partir de los 16 años.

En la Tabla 2 puede apreciarse un análisis acerca de la legislación permisiva sobre dispensas al matrimonio infantil existente todavía en algunas entidades del país.

Tabla 2
Legislación permisiva sobre dispensas al matrimonio infantil

Legislación	Personas que otorgan consentimiento, autorización o dispensas								Motivos de dispensas				
	Padre o madre	Quien ejerza la patria potestad/tutela	Los abuelos paternos o maternos	Presidente municipal	El Jefe (a) de Gobierno de la CDMX o los y las Delegados	Gobernador o Gobernadora	Jueces de primera instancia o jueces competentes	Tribunal superior	Por ser una persona menor	Matrimonio con el tutor	Matrimonio entre personas con parentesco de tíos y sobrinos [98]	Causas graves y justificadas [99]	Causas justificadas [100]
CODIGO CIVIL FEDERAL	X	X	X		X		X		X		X	X	
BAJA CALIFORNIA	X	X	X	X					X		X	X	
GUANAJUATO		X					X		X	X	X		
QUERÉTARO	X	X					X	X	X	X	X		X
SONORA							X	X	X	X		X	

Fuente: Elaborado por INMUJERES.[101]

[98] Definido en los códigos como parentesco en línea colateral desigual, que es cuando los consanguíneos de la línea están a diferente distancia en grados del tronco común, por ejemplo, tíos y sobrinos.
[99] Causas graves y justificadas y causas justificadas, referidas así textualmente en los códigos, pero sin especificar qué causas, dejando a interpretación del operador jurídico.
[100] Causas justificadas, referidas así textualmente en los códigos, pero sin especificar qué causas, dejando a interpretación del operador jurídico.
[101] INMUJERES, *Documento de trabajo* (México: INMUJERES, 2018), manuscrito inédito.

Los códigos civiles o familiares que mantienen la figura de dispensas para el matrimonio con menores de 18 años, también incluyen causas como "matrimonio con el tutor", "matrimonio entre personas con parentesco de tíos y sobrinos" y "causas graves y justificadas". Estas dispensas reflejan sesgos y una cultura jurídica que afecta a niñas y mujeres adolescentes que son quienes mayoritariamente se casan con hombres mucho mayores que ellas. Así mismo, la dispensa por "causa grave o justificada" posibilita que a partir de un embarazo se justifique un matrimonio infantil, con las nocivas consecuencias que éste conlleva. Al hacer referencia a términos tan subjetivos no es posible saber qué tipo de causa grave podría justificar un matrimonio infantil, dejando en las autoridades y tutores la calificación de esta gravedad.

Violencia familiar y sexual

Se identifica que la violencia familiar en casa -incluida la violencia sexual- es motivo frecuente por el cual muchas niñas y adolescentes deciden casarse, unirse con una pareja o quedar embarazadas. En otros casos dicha violencia se expresa a través de la venta y/o entrega de las niñas, quienes son obligadas a casarse.

De acuerdo con la *ENSANUT 2012*, la violencia en el hogar y la familia presenta, en cada entorno, diferencias respecto al tipo de agresiones, el género y los grupos etarios; 1 de cada 10 NNA entre los 10 y 17 años indicó haber sufrido algún tipo de agresión en el hogar. Las niñas y adolescentes fueron las más afectadas, ya que representaron 7 de cada 10 víctimas. Respecto al tipo de agresión, se registró que los niños y adolescentes varones sufrieron mayormente heridas por armas de fuego y empellones que los expusieron a lesiones graves, mientras que las niñas y adolescentes mujeres sufrieron principalmente agresiones verbales, violencia sexual, sofocación, estrangulamiento y golpes.[102]

Sin embargo, la falta de datos más amplios a nivel nacional impide estimar la magnitud de la violencia en sus diferentes formas en contra de niñas y niños. En 2015, los jueces recibieron 20187 casos de violencia familiar,[103] pero no es posible distinguir en cuántos de ellos las víctimas fueron NNA.[104] De acuerdo con la *ENIM 2015*, 63.1% de los NNA entrevistados había experimentado alguna forma de violencia como método de disciplina. Por su parte, los resultados de la ENDIREH muestran que, de las mujeres de más de 15 años entrevistadas, 66.1% ha padecido algún incidente de violencia, y, entre éstas, 43.9% que tiene o ha tenido una pareja (incluido el noviazgo) ha sufrido agresiones por parte de ésta;

[102] J. P. Gutiérrez, J. Rivera-Dommarco *et al., op. cit.*
103 INEGI, *Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2016: resultados* (México: INEGI, 2017) http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825091583.pdf (Consultado 11 de octubre de 2017).
[104] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *idem.*

y 16.9% vivió algún incidente de violencia sexual en la infancia, donde la violación representó 2.8%.[105]

La información disponible en las encuestas nacionales no reporta sistemáticamente datos de violencia en niñas y niños entre 10 y 15 años, lo que forma parte de una brecha que debe cerrarse para fortalecer la planeación, las políticas, programas y estrategias de intervención y prevención de la violencia en esta población.

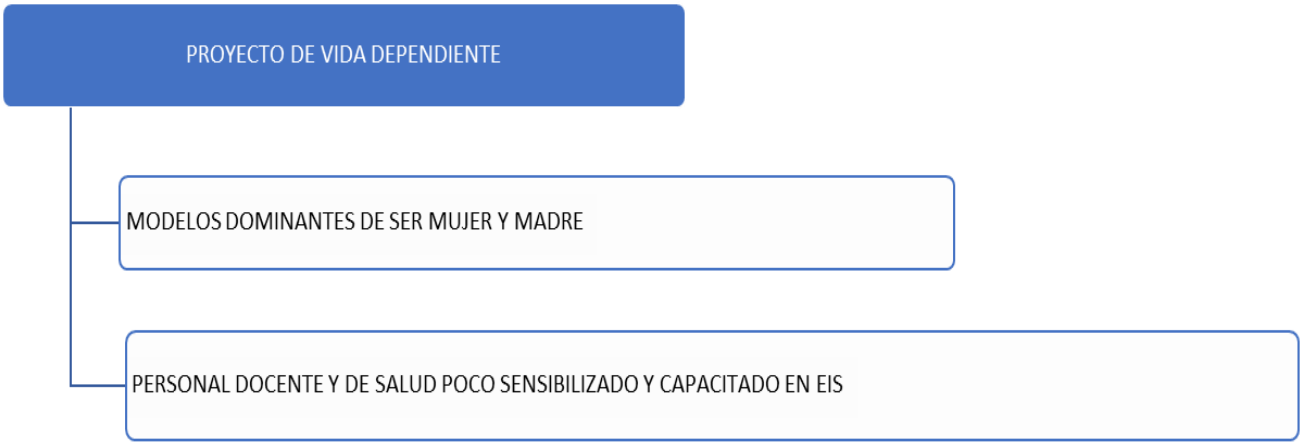
La falta de reconocimiento de NNA como sujetos de derecho, con capacidad para tomar decisiones y la negación de su sexualidad y la reproducción de patrones de violencia como medida disciplinaria, conducen a la vulneración de sus derechos, lo que a su vez se traduce en políticas adultocéntricas que no contemplan sus perspectivas o necesidades de atención, en el ámbito estructural y en lo inmediato, en matrimonios y uniones forzadas por parte de sus familiares, o consensuales ante la falta de horizontes de bienestar, ya sea por encontrarse inmersas en contextos de violencia, abandono o incluso soledad.

De modo que si bien es cierto que la violencia sexual es un fenómeno que afecta a todas las personas, las normas, creencias, prejuicios y estereotipos de género que imperan en la sociedad tienden a subordinar y devaluar a las niñas y adolescentes, cuya dependencia afectiva, económica o social las coloca en mayor vulnerabilidad ante ésta.[106] La violencia sexual contra NA menores de 15 años retoma la discriminación estructural que persiste contra las mujeres y prospera a consecuencia de los estereotipos de género arraigados en la sociedad.[107]

[105] INEGI, "Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica…", *idem*.
[106] Ximena Casas *et al*., *Vidas robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años* (Planned Parenthood Federation of America (PPFA), 2016), p. 62, http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf Consultado el 26 de noviembre de 2017).
[107] Amnistía Internacional (AI), *El Estado como "aparato reproductor" de violencia contra las mujeres. Violencia contra las mujeres y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe,* (México: Oficina Regional de AI para las Américas, 2016) https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/3388/2016/es/ Consultado el 27 de noviembre de 2017).

3.1.3 Proyecto de vida dependiente

Figura 5. Causas inmediatas y subyacentes. Proyecto de vida dependiente



Fuente: Elaboración propia con base en datos de UNICEF.[108]

Las niñas y adolescentes se desarrollan en contextos diversos, lo que se traduce en oportunidades, desafíos y amenazas que tienen que ver tanto con la construcción de su identidad como con sus derechos y proyectos de vida. Esto implica que tengan que desarrollar estrategias —conocimientos, actitudes y valores— para ser reconocidas/os en contextos no solo distintos, sino muchas veces contradictorios, con mandatos, expectativas, permisiones y prohibiciones que frecuentemente entran en conflicto.[109]

Los estereotipos y las relaciones desiguales entre mujeres y hombres son factores que inciden en la construcción de un proyecto de vida y, por ende, en el embarazo en adolescentes, pues permanecen vigentes concepciones que confinan a las mujeres al ámbito privado, en donde deben asumir las responsabilidades del trabajo doméstico y del cuidado de otras y otros desde edades tempranas; mientras que a los hombres se les prepara para el desarrollo de habilidades en el ámbito público con mejores posibilidades de desarrollo personal, respecto de las niñas y las adolescentes. Si bien estos roles socialmente asignados se manifiestan de manera distinta en cada contexto social, permanecen en el imaginario colectivo de la sociedad mexicana, con ligeros avances que permean no sólo en la asignación de actitudes sociales, sino también en el ejercicio de la sexualidad.

[108] Elaboración propia con base en UNICEF-Division of Policy and Strategy, *op. cit.*, p 11.
[109] Silvia Salinas Mulder (coord.), *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe anual,* (Panamá: Plan Internacional-UNICEF, 2014), p. 40, https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf (Consultado el 8 de agosto de 2017).

En el caso de las mujeres también operan "las normas de género", que aún restringen su acceso a la información y les asigna un papel pasivo en la toma de decisiones vinculadas con el ejercicio de su sexualidad, lo que las coloca en situación de vulnerabilidad. Mientras que, en el caso de los adolescentes, la construcción social de "ser hombre" los lleva a tener conductas de riesgo que incluyen la "posibilidad de embarazar" ante la negativa a utilizar algún método anticonceptivo.[110]

Por otra parte, en el caso de las niñas y adolescentes, existe el ideal de la "mujer asexuada", que construye su "poder" a partir de la negación de su sexualidad y sus derechos; lo que se traduce en un mecanismo que reproduce la desigualdad de género, a partir de generar la idea de que esta negación es una "decisión propia", que termina por legitimar la subordinación y la pasividad en la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva.[111]

Los roles de género mantienen un efecto social de subordinación, el cual supone que las mujeres exclusivamente son madres, esposas y amas de casa.[112] Dicha asimilación sociocultural condiciona y se asume como la única manera en que las niñas y adolescentes —especialmente rurales, indígenas o de condiciones económicas precarias— se realizan como tales y, por tanto, son reconocidas como útiles y valiosas, dando así sentido a su vida. Esto sin considerar "otra" manera de construir un proyecto de vida autónomo.[113]

Influencia de las normas sociales

En México 40% de los embarazos entre adolescentes que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo (aunque no exclusivamente) son deseados. En numerosas ocasiones las adolescentes desean un embarazo ante la falta de otras oportunidades o porque viven en contextos donde la maternidad es el único papel valorado para las mujeres.[114]

En este contexto, niñas y adolescentes conciben la maternidad como la posibilidad de encontrar su lugar y su propósito, como la única o más valorada opción en la vida. La sexualización de las niñas y la tolerancia o normalización

[110] Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI)-UNFPA-OPS-UNICEF *et al*., *Prevención del embarazo en adolescentes con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: "Hacia una política nacional"*, (Santo Domingo: Despacho de la Primera Dama-Ministerio de Salud Pública-Ministerio de Educación *et al*., 2011), p. 13 https://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf (Consultado el 6 de julio de 2017).

[111] *Ibidem*, p. 49.

[112] Bitácora Social, *Embarazo y maternidad en niñas. Entendimiento sociocultural* (México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2017), p. 40.

[113] Secretaría de Educación Pública (SEP), *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven* (México: SEP, 2012), p. 93, http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf (Consultado el 2 de marzo de 2017).

[114] Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A. C.-Save the Children, *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estado de las madres en México* (México: Save the Children, 2016), p. 6.

del medio a la maternidad son factores que agudizan la problemática. Cuando una niña o adolescente se sabe embarazada acude a la familia y ésta la regaña y la culpa por tal situación, denotando el hecho como un "error". Dicha reacción es un alineamiento al "deber ser", más que una postura genuina, es una respuesta al incumplimiento en el orden de las expectativas sociales: primero estudiar, luego formar una familia. Lo cual quiere decir que el embarazo en sí mismo no es mal visto, en tanto se espera que suceda en algún momento de la vida de la niña, lo que es mal visto es que el embarazo se dé en un momento prematuro dentro del plan de vida de la adolescente y de las expectativas de la sociedad.[115]

Niñas, niños y adolescentes se enfrentan a la falta de oportunidades educativas.[116] En este contexto, la reproducción y la maternidad aparecen como estrategias de sobrevivencia, como consecuencia de la persistencia de inequidades y exclusiones históricas a las que están sujetas las adolescentes, sus familias y comunidades.[117]

Existen imaginarios, significados y emociones en torno a la maternidad[118] que, sumados a la falta de acceso a la educación superior y al trabajo, eliminan como opciones viables las metas de "seguir estudiando", reduciendo así el plan de vida a las opciones conocidas que, por ser aprendidas y asignadas socialmente, aparentan ser decisiones libremente elegidas."[119]

Modelos dominantes del ser "mujer-madre"

El análisis causal sobre el proyecto de vida en niñas y adolescentes plantea que las decisiones concernientes a la sexualidad y la procreación trascienden el hecho biológico y circunstancial de la relación sexual y son también parte de una experiencia en la que confluyen los roles de género, las actitudes, los conocimientos y las creencias y prácticas sociales, elementos determinados por contextos familiares, culturales, geográficos, económicos y políticos. La falta de autonomía sexual y reproductiva, vinculada a la inequidad de género, la violencia, la falta de acceso a los servicios de salud y educación, así como a oportunidades culturales, recreativas y deportivas, y la ausencia de iniciativas de empoderamiento de niñas y adolescentes son los principales factores que inciden en su proyecto de vida.[120]

---

[115] Bitácora Social, *op. cit.,* p. 41.
[116] Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), "Descifr3mo5", *Género y salud en cifras* , vol. 14, núm. 2, mayo-agosto (2016), p. 39, https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/documentos/genero-y-salud-en-cifras-vol-14-num-2-mayo-agosto-2016 (Consultado el 10 de marzo de 2017)
[117] *Idem.*
[118] Silvia Salinas Mulder (coord.), *op. cit.,* p. 56.
[119] Alberto Jiménez González *et al*., "Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso", *Salud Pública de México*, vol. 59, núm. 1, enero-febrero, pp. 11-18 (2017), http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8410 (Consultado el 15 de agosto de 2017).
[120] UNFPA, *Guía para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en las Entidades Federativas* (México: UNFPA, 2017), p. 9, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233399/Gu_a_ENAPEA_Versi_n_Final_Mayo_2017.pdf (Consultado el 8 de septiembre de 2017).

En las familias, las expectativas que se tienen hacia las hijas mujeres dan poco valor a la educación y favorecen el mandato social de la procreación.[121] Las niñas y adolescentes se encuentran inmersas en patrones familiares, culturales y sociales en donde están ausentes referentes femeninos distintos del ideal de la mujer-madre, pasando por la antesala del "amor romántico."[122]

Este imaginario del "amor romántico" tiene como antecedente el de la "mujer asexuada": particularmente se espera de las adolescentes la negación de toda manifestación sexual y se valora en ella la capacidad de vencer las tentaciones intrínsecas al ejercicio de la sexualidad, lo que implicará la negación de ésta junto con sus derechos.[123]

Estos patrones influyen en la construcción del modelo de familia "adecuado" que perpetúa roles y estereotipos que generan desigualdades entre ambos sexos.[124] Fuera de estos modelos y se vive en la marginalidad, por ello niñas y adolescentes buscan encontrar su lugar en el mundo a partir de lo que conocen y de lo que aprenden de sus referentes cercanos.

Los comportamientos de las mujeres están cargados de un tinte tradicional que las asocia a la reproducción, la crianza, la labor doméstica y el cuidado de los otros. Marcela Lagarde indica que ser mujer significa "ser para los otros", trabajar, pensar, cuidar a los otros. Al llegar a la pubertad, el cuerpo de las niñas cambia y comienzan a recibir mensajes de sus madres o de las instituciones en torno a la sexualidad, pero vinculada a la procreación, la salud y el dolor; ausentes de un lenguaje que contenga enseñanzas sobre el reconocimiento del erotismo de las mujeres, con lo que se interioriza el silencio y la prohibición erótica frente al placer, descubriéndolo en la adolescencia a partir del cuerpo y las necesidades eróticas de los hombres, no de las suyas.[125]

La repetición de pautas de comportamiento aprendidas en generaciones mediatas (padres, madres, abuelos/as), entre ellas, los antecedentes de embarazos durante la adolescencia en la familia son tomados de manera inconsciente, como ejemplo. Al respecto, algunas investigaciones muestran que el destino se encuentra determinado por la historia de las generaciones anteriores. Si la madre también tuvo una trayectoria sexual anticipada, esta información trasciende e impacta de manera directa en la vida sexual de las niñas y adolescentes. [126]

---

[121] División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, UNICEF, *idem.*
[122] B. Hernández, *op. cit*., p. 10.
[123] Silvia Salinas Mulder (coord.), *op. cit.,* p. 49.
[124] *Ibidem,* p. 15.
[125] Alicia Hernández y José González, "Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada", *Ciencia Ergo Sum*, vol. 23, núm. 2 (2016) http://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10446094003/html/index.html (Consultado el 26 de noviembre de 2017).
[126] Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), "Jóvenes, los más expuestos a formas de violencia social online", *Boletín UNAM-DGCS-683* (2011), http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_683.html (Consultado el 25 de noviembre de 2017).

Lo anterior nos permite concluir que el entorno familiar y el aprendizaje que se adquiere a través de las pautas de conducta que se reproducen en éste, impactan en el ideal y las expectativas que niñas y adolescentes se construyen, a partir de los referentes inmediatos con los que cuentan y de los modelos estereotipados que persisten culturalmente.

Personal de salud y docente sensibilizado y capacitado para brindar EIS

La situación con el personal de salud

Contar con personal de salud y docente que cuente con conocimientos, habilidades y actitudes que satisfagan las necesidades de información y orientación de NNA implica que éste posea conocimientos suficientes sobre los componentes de la EIS, que tenga habilidades y recursos para su enseñanza a NNA y muestre actitudes como: accesibilidad, confianza, inclusión y confidencialidad.[127]

En el caso del sector salud se han realizado esfuerzos importantes en la capacitación, contratación y sensibilización del personal de salud;[128] en la publicación y difusión de la *NOM-047-SSA2-2015 Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad*, que, entre otras, cosas establece que los adolescentes pueden solicitar servicios de SSR sin la necesidad del acompañamiento de un tutor y que se debe respetar la confidencialidad de NNA; y en la difusión y actualización de los protocolos de actuación que contiene la *NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*, en relación con el derecho a la autodeterminación reproductiva de niñas y adolescentes. A pesar de ello, la información sobre estos marcos normativos y la atención que debe derivarse de ellos, no ha alcanzado a la población que se encuentra en mayor grado de vulnerabilidad.

De acuerdo con el monitoreo realizado por organizaciones de la sociedad civil en los estados de Chiapas, Hidalgo y Guerrero durante 2013,[129] las principales deficiencias en la atención a adolescentes en los servicios de primer nivel se refieren a la actitud de las y los proveedores de los servicios de salud (las y los usuarios manifestaron haber recibido burlas y cuestionamientos), el poco tiempo que brindan para la consejería, la falta o baja calidad de sus explicaciones y su desconocimiento normativo y programático, así como de los criterios de elegibilidad anticonceptiva e información errónea sobre anticoncepción de emergencia.

Se observó también un trato desigual, ya que las mujeres tuvieron menos acceso a la atención (principalmente en Chiapas) y se les negó información sobre el condón bajo el argumento de que “los hombres ya saben cómo usarlo”.

[127] INSP, *op. cit.,* pp. 39-41.
[128] INMUJERES, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo…, ibidem,* p. 110.
[129] Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR)-Investigación en Salud y Demografía. (INSAD), *Monitoreo de la instrumentación del programa de acción específico de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Recomendaciones*, (México: ANDAR-INSAD, 2013), manuscrito Inédito.

En el caso de los hombres, a todos los usuarios entrevistados se les proporcionaron condones.

Aunado a lo anterior, la atención a adolescentes se realizaba en salas de espera, pasillos o consultorios abiertos, vulnerando así el derecho a la privacidad de la atención. Finalmente, resalta que 60% del personal entrevistado afirmó que debe reportar a madres y padres que sus hijas/os acudieron a solicitar información, desconociendo así la obligación de guardar la confidencialidad.

La situación con el personal de educación

El personal docente es la segunda fuente preferida por NNA, después de sus madres y padres, para obtener información en torno a la sexualidad[130]. La Ley General de Educación,[131] establece que el contexto escolar demanda que las prácticas educativas estén orientadas a promover el respeto a la identidad de género, a formas de pensar divergente, a la diversidad cultural, étnica y lingüística; en las que se analicen, estudien y eviten relaciones de poder asimétricas, formas de discriminación, situaciones de violencia y acoso escolar. Para ello, se requieren de docentes con una formación sólida en conocimientos, competencias y habilidades para afrontar este tipo de situaciones, con un trabajo articulado que favorezca procesos de sensibilización en temas de formación sobre igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar.

A pesar de ello, y aunque se han hecho esfuerzos muy importantes para impulsar la EIS (tan solo en el año 2017 se formaron a 17,922 docentes en estos temas), su implementación en las aulas ha sido heterogénea, y los derechos reproductivos de las y los adolescentes continúan siendo un tema poco abordado. Con frecuencia, las y los adolescentes cuando inician su vida sexual, no sólo carecen de conocimientos desde los centros educativos, sino de referentes a quienes dirigirse ante dudas relacionadas con la reproducción y la sexualidad.[132]

El papel de otros actores

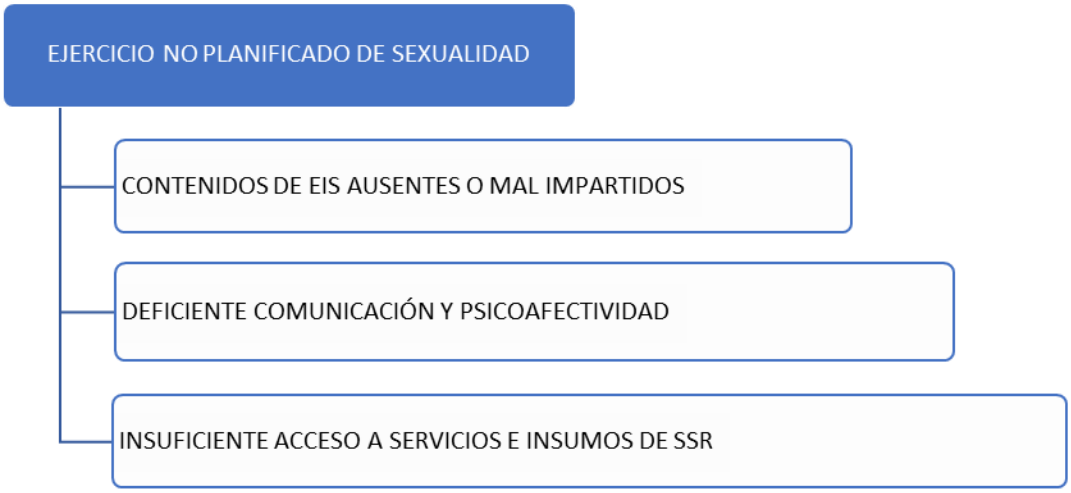
Se han creado algunas estrategias para informar a NNA sobre las responsabilidades del personal de salud y la información y servicios que debería brindarles. Desde la SS, e*l Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA), cuenta Grupos Promotores y Brigadistas Juveniles, quienes, a través de una estrategia de educación de pares, realizan acciones encaminadas a impulsar una mejor salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo, y a promover la utilización de los servicios amigables. También* el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) impulsa otra iniciativa que se enfoca en capacitar a grupos de adolescentes promotores de la salud (GAPS),

[130] INSP, *op. cit.,* p. 43.
[131] DOF, Ley General de Educación, última reforma. Artículo 7, fracción X (México: DOF, 22 de marzo de 2017).
[132] INMUJERES, *idem*.

vinculados a los Servicios Amigables y que realizan labores de promoción de la salud entre pares, por medio de pláticas, eventos lúdicos, ferias, entre otros. Sin embargo, para que esta capacitación y promoción logre implementarse es necesaria la existencia de centros de salud o servicios amigables en todas las localidades, y en este sentido se encuentran sobrerrepresentados en zonas urbanas con respecto a las localidades rurales Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) publicó el Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes en 2014, pero persiste una laguna en directrices de atención específicas para NA menores de 15 años para la detección y prevención del embarazo, que promuevan la articulación interinstitucional, ya que si bien, tal como el SNDIF, otras dependencias cuentan con algún lineamiento, ninguno atiende directamente a las niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, en estado de gestación o lactancia, que ya son madres o que se encuentran en circunstancias que impiden su desarrollo integral.

3.1.4 Ejercicio no planificado de la sexualidad

Figura 6. Causas inmediatas y subyacentes. Ejercicio no planificado de la sexualidad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de UNICEF.[133]

La sexualidad es una dimensión central del ser humano que está presente en todas las etapas de la vida, su disfrute pleno es fundamental para la salud y bienestar físico, mental y social.[134] Sin embargo, cuando se trata de la sexualidad de NNA, adquiere una connotación negativa, es algo de lo que no se habla, ni en casa ni en el ámbito educativo, lo cual redunda para NNA en un limitado conocimiento de su propio cuerpo, su funcionamiento y procesos, y en una

[133] Elaboración propia con base en UNICEF-Division of Policy and Strategy, *op. cit.*, p 11.
[134] Comité Promotor, *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*, 2.ª ed. (México: Comité Promotor, 2016), p. 7.

ausencia de herramientas para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta falta de conocimientos, herramientas y habilidades para la vida, en lo que a sexualidad se refiere, se cruza con otras variables como la pobreza, la marginalidad, el estar fuera de la escuela, el limitado acceso a los servicios de salud y —muy importante— la forma cómo se desarrolla la sexualidad en cada contexto.

De acuerdo con la ENSANUT 2012, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que ha iniciado vida sexual es de 12.5%, (2 puntos menos que en 2006[135]), con una proporción mayor en hombres (25.5%), que en mujeres (20.5%). La misma ENSANUT 2012, que es la fuente de datos que permite analizar más cohortes en términos de calendario de inicio de vida sexual, presenta una tendencia que no es clara en relación con quienes iniciaron antes de los 16 años: cambios no significativos en el caso de los hombres, y significativos únicamente al comparar las cohortes de 1981-1990 (15.3%) y 1971-1980 (12.5%), en el caso de las mujeres.[136]

Por otro lado, pese a que el inicio de la vida sexual ha ido de la mano de un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (71.50%), se observa una menor utilización de anticonceptivos en las mujeres: 67%, respecto de los hombres: 85%[137], lo que indica que la condición de género impacta de manera diferenciada en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

68.7% de NNA de 12 a 19 años dicen estar informados sobre el uso correcto del condón, mientras que sólo 65.5% de ellos, reporta hacer uso consistente de métodos anticonceptivos (MAC) modernos. A estos datos se debe agregar que si bien 71.5% de las y los encuestados dijo haber usado MAC modernos[138] en la primera relación sexual, sólo 69.3% lo hizo en la última.[139] Estas diferencias muestran que las prácticas sexuales de esta población no son resultado de una falta de información, sino que pueden estar influenciadas por factores personales, familiares y culturales. También se infiere que las relaciones sexuales sin protección están determinadas por factores como: un sentido de urgencia que deriva en no estar preparado con condones, o bien, decidir no utilizarlos, por aprovechar la oportunidad; dejar de lado el uso del condón por la supremacía del deseo y las circunstancias en que se dan las relaciones sexuales

[135] Indicadores para Evaluación y Monitoreo de la ENAPEA. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/309114/Informe_Final_Indicadores_12032018.pdf

[136] "Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo", Cecilia Gayet, Juan Pablo Gutiérrez, Salud pública Méx vol.56 no.6 Cuernavaca nov./dic. 2014. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600014

[137] *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados nacionales,* 2.ª. ed. (Cuernavaca, México: INSP, 2013).

[138] Por "método moderno" se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y Billings.

[139] Juan Pablo Gutiérrez *et al., Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados nacionales,* 2.ª. ed. (Cuernavaca, México: INSP, 2013).

(el alcohol es un factor muy importante) y una idea de que la sensación disminuye con el uso de preservativos, tanto de parte de los hombres como de las mujeres.[140]

Contenidos sobre EIS ausentes o deficientemente impartidos a menores de 15 años

La Educación Integral en Sexualidad (EIS) es un enfoque de la educación sexual basado en los derechos humanos y de género, tanto dentro como fuera de la escuela. Ésta se basa en los planes de estudio cuyo objetivo es dotar a NNA de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les permitan desarrollar una visión positiva de la sexualidad, en el marco de su desarrollo emocional y social.[141]

No obstante, la EIS en México se enfoca en aspectos biológicos principalmente: en 1° y 2° grados de primaria, se incluye en la asignatura Exploración de la Naturaleza y la Sociedad; en tanto que de 3° a 6° está incorporada en la asignatura Ciencias Naturales, al igual que en 1° de secundaria, donde se da énfasis a aspectos biológicos. Así mismo, de 1° a 6°de primaria, se incluyen contenidos de EIS en la asignatura Formación Cívica y Ética, igual que en 2° y 3° de secundaria. En los primeros grados de primaria, se propicia que niñas y niños se reconozcan como personas únicas y valiosas que deben cuidarse. Se conocen las partes y funciones del cuerpo; las semejanzas y diferencias físicas entre mujeres y hombres; además de las situaciones de riesgo, como la violencia escolar o el abuso sexual. En 4°, 5° y 6° grados se reconocen los cambios físicos, el ciclo menstrual, la fecundación, la prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), el abuso sexual y la violencia de género. Mientras que, en el nivel de secundaria, se abordan las implicaciones personales y sociales de las ITS y del embarazo temprano, su prevención y la importancia de decidir de manera informada, libre y sin riesgos, además se enfatiza que las y los adolescentes son sujetos de derechos y responsabilidades.[142]

A partir del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, se introdujo en la década de los noventa la EIS en los planes y programas de estudio; en el año 2000 se dio inicio a la formación docente y a la difusión de textos para madres y padres de familia; posteriormente se culminó un ciclo de reformas curriculares en los tres niveles de educación básica (2004 preescolar, 2006 primaria y 2009 secundaria) incorporando desde entonces estos contenidos, para que, finalmente, en 2011, se incluyeran en todos los planes de estudios de Educación Básica.[143]

---

[140] INSP, *op. cit.*, p. 98.
[141] UNFPA, *Directrices Operacionales del UNFPA para la Educación Integral de la Sexualidad*, *ibidem*, p. 6.
[142] SEP-Oficialía Mayor, Área de Igualdad de Género, *Agenda Sectorial para la Educación Integral en Sexualidad con énfasis en la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Avances. Líneas de Acción de la ENAPEA. 20 de septiembre de 2016* (México: SEP-Oficialía Mayor, Área de Igualdad de Género, 2016) https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8_Acciones_SEP_Dra_Silvia_Ramirez.pdf (Consultado el 9 de enero de 2017).
[143] *Idem.*

Pese a estos esfuerzos para su consolidación curricular en el contexto escolar básico, medio y medio superior, no se cuenta hasta este momento con evidencia sobre los procesos y resultados asociados a la EIS. Desde el 2012, la SEP ha publicado manuales para docentes de nivel preescolar y de educación básica, que incluyen tanto elementos teóricos como estrategias para el aula[144] y se ha ofrecido capacitación y actualización docente en la materia. Sin embargo, se ha identificado que muchos de los contenidos se imparten incompletos o con sesgos personales del profesorado; además, ante el temor de reclamos de madres y padres de familia, los docentes prefieren omitir estos temas en el aula.

Una de las principales dificultades para proporcionar EIS desde edades tempranas es la resistencia de grupos conservadores que promueven una postura enfocada en la abstinencia y no en la información. Pese a que la LGDNNA de 2015 incorporó en el artículo 58[145] el derecho a recibir EIS para niños y adolescentes de acuerdo con su edad y etapa de desarrollo. Durante el ciclo escolar 2015-2016, 71.1% de las niñas de 9 a 11 años recibieron EIS, mientras que, en el caso de los niños, el porcentaje fue de 69.20%.[146]

La EIS es la principal herramienta para que NNA tomen decisiones libres, informadas y responsables sobre su cuerpo y su sexualidad, promoviendo así el pleno ejercicio de sus derechos en sus relaciones erótico-afectivas, ayudando a que estas sean libres de violencia. La EIS es uno de los factores protectores más importantes para disminuir o evitar los comportamientos de riesgo identificados. Existe evidencia científica clara que indica que los programas de EIS que incluyen información sobre el sexo más seguro o cómo protegerse de ITS y del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tienden a llevar a NNA a posponer el inicio de su vida sexual, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de anticonceptivos.[147]

Sin embargo, los contenidos se imparten de forma parcial a NNA (dependiendo del tema, entre 16 y 50%) y existe una falta de homogeneidad y de continuidad en la impartición de los mismos. A nivel secundaria, más de 95% de los

[144] AMSSAC, *Educación Integral de la Sexualidad. Formación para maestras y maestros de Educación Básica. Manual para la educadora y el educador. Nivel preescolar. Manual para la maestra y el maestro. Nivel primaria. Manual para la maestra y el maestro. Nivel secundaria* (México: SEP, 2012) http://educacionprimaria.mx/guia-y-manual-de-educacion-integral-de-la-sexualidad-para-el-maestro-y-la-maestra-de-preescolar-primaria-y-secundaria/ (Consultado el 21 de octubre de 2017).

[145] "VIII. Promover la educación sexual integral conforme a su edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, de las niñas, niños y adolescentes que le permitan a niñas, niños y adolescentes ejercer de manera informada y responsable sus derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las leyes y los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte." DOF, *op. cit.*

[146] Estimaciones de la SEP con base en Estadísticas y formatos DGPPyEE, SEP y Proyecciones de Población a mitad de año CONAPO 1990-2030, manuscrito inédito (abril 2013).

[147] Rosalba Rojas *et al.*, "Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México", *Salud Pública de México*, vol. 59, núm. 1, enero-febrero, pp. 19-27 (2017), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100019 (Consultado el 9 de enero 2018).

estudiantes entrevistados[148] reporta haber recibido información sobre una gran cantidad de temas, mientras que, en el nivel primaria, hay temas que casi no son abordados, por ejemplo: cómo hablar con la pareja sobre el uso del condón, cómo vencer barreras para conseguir MAC y aquellos relacionados con el placer. Durante la primaria, el tema tratado con mayor frecuencia con las mujeres fue el de las relaciones (60.0%) y el menos tratado fue el del placer (7.7%); en tanto que, en la secundaria, los temas presentados a las mujeres en la escuela con mayor frecuencia fueron estos: cómo protegerte para prevenir el VIH (90.3%) y cómo protegerte para prevenir un embarazo (90.2%); y el menos tratado fue sobre el placer (72.5%).[149]

La exposición a contenidos de EIS completos en materia de SSR se asocia también a un conjunto de factores psicosociales y habilidades para la vida. La referencia a contenidos completos se relaciona con las variables incluidas en los cuestionarios aplicados a la población encuestada; dichos contenidos se organizaron en tres áreas temáticas: salud sexual y reproductiva, autoeficacia, y relaciones y derechos; y se consideraron completos y adecuados cuando incluyeron la totalidad de los temas dentro de cada área temática.[150]

La reflexión en torno a la vida sexual es mayor en adolescentes expuestos a contenidos de EIS completos, que en aquellos que fueron expuestos a contenidos de EIS incompletos. La exposición a contenidos de EIS completos está asociada a una menor sintomatología depresiva, impulsividad y exposición a violencia, abuso o discriminación, y a una mayor capacidad de pensamiento crítico.[151]

Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos

En un estudio sobre cobertura de la EIS en México, realizado a adolescentes de 15 a 18 años, destaca el hecho de que la mayoría no conocen sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, sólo 27.5% sabe que tiene derecho a recibir anticoncepción de emergencia y 54.5% sabe que tiene derecho a recibir educación integral en sexualidad, asimismo, 52.9% sabe que tiene derecho a recibir condones y sólo 42.9% identifica que a cualquier edad pueden decidir cuándo tener hijas/os. En contraste, 33.7% sabe que tiene derecho a tener relaciones sexuales sólo cuando lo desee y 21.3% identifica que tiene derecho a buscar una vida sexual placentera.[152] Vistos estos resultados desde una perspectiva longitudinal, es evidente que este grupo de adolescentes estudiado no recibió suficiente información sobre EIS en su etapa de vida previa a alcanzar los 15 años de edad, lo que se refleja en falta de capacidades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

[148] INSP, *op. cit.,* p. 86.
[149] *Ibidem,* p. 32.
[150] *Ibidem,* p. 78.
[151] *Ibidem,* p. 90.
[152] *Ibidem,* pp. 59-60.

Comunicación y aspectos psicoafectivos

La adolescencia es concebida como un proceso que va de la dependencia durante la infancia a la inserción paulatinamente autónoma en la sociedad. Por lo que resulta necesario que durante este proceso se hagan visibles las vivencias particulares de NNA, específicamente las relacionadas con el ámbito de la sexualidad, en donde las estructuras institucionales (familia, escuela, comunidad, medios de comunicación) difunden creencias, mitos y estereotipos que generan imágenes abstractas de la mujer y el hombre, algunas veces desempatadas de la realidad.[153]

De acuerdo con el Informe Mundial de la Población 2014, las principales barreras para que adolescentes y jóvenes en América Latina alcance el progreso son estas: las costumbres locales y prácticas sociales predominantes (35.5%) y el bajo estatus de las mujeres (12.9%), relacionado con la poca valoración social, el limitado empoderamiento y la baja participación; seguidos de bajos índices de alfabetización (9.7%) y escaso compromiso de los políticos o responsables de las decisiones (9.7%).[154] Por lo anterior, el entorno familiar y comunitario constituye un apoyo central en el desarrollo de NNA, pues si bien los gobiernos tienen la responsabilidad de brindar servicios que atiendan las necesidades de esta población, el primer contacto que tienen NNA para solventar sus dudas, son las y los adultos que están en su entorno más cercano.

La comunicación sobre temas de la sexualidad entre madres, padres e hijas/os
La inclusión de temas sobre sexualidad en los procesos de comunicación entre madres, padres e hijos/as, ayuda a promover un conjunto de actitudes y comportamientos saludables, incluyendo un uso consistente de anticonceptivos y disminución de comportamientos riesgosos. El análisis realizado por el INSP en 2014 indica que 1 de cada 5 adolescentes escolarizados en México no tuvo comunicación con sus madres y padres sobre temas de salud sexual y reproductiva en los 6 meses anteriores a la encuesta[155]. Esto puede obedecer al tabú que la sexualidad representa o la falta de conocimiento de padres y madres sobre estos temas.

En una investigación con mujeres de 12 a 19 años residentes en la Ciudad de México, se encontró que aquellas que habían dialogado con sus madres sobre sexualidad, retrasaban el inicio de la vida sexual, lo que demuestra que contar con mayor información y confianza para aclarar dudas e inquietudes permite realizar una toma de decisiones más consiente y responsable. Sin embargo, otro estudio sobre aspectos sociales del embarazo en América Latina, señala que

[153] SEP, *op. cit.,* p. 93.
[154] UNFPA, *El Estado Mundial de la Población 2014. El Poder de los Adolescentes. Los Jóvenes y la Transformación del Futuro,* (UNFPA, 2014), p. 73.
[155] INSP, *op. cit.,* p. 85.

70% de NNA no recurre a los adultos de su entorno y alrededor de 50% prefiere guardar silencio sobre su sexualidad.[156]

Los mensajes brindados por las y los padres suelen ser parciales, precautorios y por lo general implican una concepción tradicional de los roles de género. Para ello, tanto madres como padres transmiten valores e imponen límites, frente a la limitada transmisión de contenidos que favorezcan el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida.[157] NNA reciben mensajes que toman la forma de prohibiciones, restricción de movimientos y advertencias sobre las consecuencias negativas de la sexualidad premarital; y no reciben información sobre sus cuerpos, la menstruación o el proceso reproductivo.

Madres y padres de familia enfrentan retos importantes para discutir aspectos de tipo relacional y sexual con sus hijas e hijos. Lo cual refleja la necesidad de articular los sectores de educación y salud para generar un mensaje conjunto que sensibilice a las madres y padres de familia sobre la importancia de mantener una comunicación abierta, cálida e informada con sus hijos e hijas y promover estrategias que orienten y preparen a los adultos para este fin. La comunicación intergeneracional sobre temas de salud sexual y reproductiva es fundamental para promover estrategias que permitan incentivar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de NNA con apoyo y guía de los adultos en sus entornos cercanos.[158]

Insuficiente acceso a servicios e insumos de SSR para menores de 15 años

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) reporta que únicamente 46.8% de las y los adolescentes escolarizados entrevistados[159] dijo haber visitado un centro de salud o un consultorio médico para recibir servicios o información sobre salud sexual y reproductiva (SSR), mientras que 14% no sabe siquiera si cuenta con afiliación a algún tipo de servicio de salud. Si bien, la gran mayoría de NNA (97%) conoce al menos un método anticonceptivo, 1 de cada 4 no utilizaron ninguno en su primera relación sexual. Lo anterior es resultado de la persistencia de sesgos en la provisión de métodos anticonceptivos, que van desde la actitud del personal de salud, que manifiesta prejuicios frente a la sexualidad adolescente, hasta la confianza que tienen ellas y ellos para acercarse y solicitar atención u orientación.[160]

Respecto del acceso a información, orientación, prescripción y cobertura de MAC, se han realizado avances significativos mediante diversos programas y

[156] Edith Alejandra Pantelides, "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", *Notas de Población*, año 31, núm. 78, pp. 18-20 (2004).
[157] INSP, *idem.*
[158] *Ibidem,* p. 86.
[159] INSP, *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Informe Final* (México: INSP, 2014). p. 71, http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf (Consultado el 7 de agosto de 2017).
[160] *Idem.*

acciones de gobierno encaminados a garantizar los derechos de NNA, particularmente por medio del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018 de la Secretaría de Salud (SS), que está alineado con el objetivo del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), por el cual se han instalado 2140 Servicios Amigables para los Adolescentes por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).[161] Para la operación de estos servicios amigables se cuenta con un modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva (maissra), el cual describe los criterios necesarios de infraestructura, operación y atención, para el otorgamiento de los servicios. Además, se ha diseñado un sistema de garantía de calidad (nominación de servicios amigables), orientado a medir sistemáticamente el cumplimiento de los criterios en todas las unidades que brindan servicios amigables.

Uso de métodos anticonceptivos

De acuerdo a la ENSANUT 2012, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Esta cifra es superior a la observada en la ENSANUT 2006, que reportó 15% de adolescentes de entre 12 y 19 años que habían iniciado vida sexual, 17% entre los hombres y 14% entre las mujeres.

Este aumento del 23% ha ido de la mano de un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (71.50%), siendo el condón el más utilizado. No obstante, se observa una menor utilización de anticonceptivos en las mujeres: 67%, frente a 85% en los hombres,[162] lo cual suele estar relacionado a actitudes negativas de la familia y la comunidad hacia la sexualidad en adolescentes y el uso de métodos anticonceptivos.[163] Sin embargo, en lo concerniente al grupo de 10 a 14 años, persiste una ausencia de datos desagregados sobre el uso de MAC, aun cuando el CNEGSR reporta que 40% de las atenciones brindadas en los Servicios Amigables corresponde a NNA menores de 15 años.[164]

De acuerdo con el artículo "Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Lessons" from Mexico del INSP, la Universidad de Ciencias y Salud de Oregón (OHSU por sus siglas en inglés) y la OMS —publicado en *Maternal and Child Health Journal*—, el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (dispositivos intrauterinos e implantes) entre las adolescentes que no han estado embarazadas es bajo y su aumento se ha mantenido estable en

[161] INMUJERES, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2016* (México: INMUJERES, 2017), p. 112, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/221292/informe-2016-ENAPEA.pdf (Consultado el 28 de septiembre de 2017).
[162] Estimaciones del INSP con base en la ENSANUT 2012.
[163] El condón es utilizado por 8 de cada 10 hombres y por 6 de cada 10 mujeres. En promedio, por persona, las mujeres reportaron recibir 6.9 condones gratuitos en los últimos 12 meses y los hombres 8.3 condones, tanto de instituciones públicas, como de organizaciones no gubernamentales, ferias de salud, servicio médico de escuelas y médicos privados. Juan Pablo Gutiérrez *et a., Encuesta Nacional de Salud …, idem.*
[164] INMUJERES, *op. cit.,* p. 112.

el tiempo. En contraste, entre las adolescentes que han estado embarazadas, el uso de estos MAC es mayor y ha incrementado con los años. Una alta proporción de ellas (90%) ha estado casada o cohabita con su pareja, lo que indica que el acceso a estos métodos puede estar relacionado con un embarazo previo, lo que muestra las dificultades que las adolescentes tienen para acceder a MAC altamente efectivos para la prevención del primer embarazo.[165]

De acuerdo al INSP, en 2012, 68.7% de NNA de 12 a 19 años estaba informado sobre el uso correcto del condón y 65.5% reportó hacer un uso consistente de MAC modernos.[166] Sin embargo, estas cifras difieren al hacer referencia a este mismo segmento de NNA residentes en zonas rurales, urbanas, con pertenencia o no a un pueblo indígena, en donde la brecha entre las niñas y adolescentes representa alrededor de 2% en el conocimiento y uso de MAC modernos, y casi de 1% en las niñas y adolescentes mujeres, respecto de los niños y adolescentes hombres. Situación que deja al descubierto cómo se suman condiciones de vulnerabilidad para un sector de la población: ser niña o adolescente mujer, vivir en una zona rural, pertenecer a un pueblo indígena y hablar una lengua indígena, frente al acceso a información e insumos relacionados con la salud sexual y reproductiva.[167]

En relación con el uso de anticonceptivos, se reporta que entre las mujeres adolescentes 1 de cada 4 (25.7%) que inicia vida sexual no utiliza anticonceptivos en esa primera relación sexual. Adicionalmente, 9% de las y los adolescentes reportó haber hablado con alguien sobre qué método usar antes de la primera relación y 11% reportó haber hablado con alguien sobre anticoncepción después de la primera relación sexual.[168] Si bien estas cifras no muestran las prácticas sexuales de NNA de 10 a 14 años, los datos presentados permiten identificar las áreas de oportunidad y las necesidades que se requiere satisfacer desde los servicios de salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con el CONAPO[169], la relación entre fecundidad y haber comenzado relaciones sexuales antes de los 15 años con uso de métodos anticonceptivos modernos presenta una muy baja correlación. Lo cual se explica porque el porcentaje que usó métodos anticonceptivos modernos en general es muy bajo entre las menores de 15 años.

Inicio de la vida sexual

[165] INSP, "Salud reproductiva, anticonceptivos y embarazo. La situación en adolescentes y mujeres jóvenes mexicanas", INSP, https://www.insp.mx/avisos/4170-salud-reproductiva-16.html
[166] Indicadores para Evaluación y Monitoreo de la ENAPEA. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/309114/Informe_Final_Indicadores_12032018.pdf
[167] Aremis Villalobos Hernández *et al.,* "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México", *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 2, marzo-abril, pp. 141-142 (2015), http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7409/10852 (Consultado el 9 de enero de 2018).
[168] *Idem.*
[169] CONAPO (2018). Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y análisis de los factores que la explican. En UAEM. "Jóvenes, Problemáticas y retos en sus relaciones", México.

Si bien la ENADID 2014 señala que las mujeres nacidas entre 1980 y 1989 (al momento de la encuesta tenían entre 25 y 34 años), tuvo su primer encuentro sexual a los 17.7 años, de acuerdo con la *ENSANUT 2012* y tal como ha sido mencionado previamente en otras secciones, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que ha iniciado vida sexual es de 23%, con una proporción mayor en hombres (25.5%), que en mujeres (20.5%); es decir que, aunque no se tengan datos desagregados en esta encuesta para el subgrupo de 12 a 14 años, se infiere que a un número importante de NNA tienen su primera relación sexual antes de los 15 años.

Estimaciones de CONAPO[170] sobre la correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad, señala que el inicio de la vida sexual a edades cada vez más tempranas y frecuentemente con un bajo uso de métodos anticonceptivos, está altamente relacionado con las condiciones de violaciones a los derechos de las niñas. La correlación entre fecundidad y haber comenzado la vida sexual antes de los 15 es la más fuerte y significativa.

La *ENIM 2016* mostró que 7.2 % de las mujeres de 15 a 24 años reportó haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.[171] Respecto de este inicio de vida sexual, un estudio de investigación realizado por el INSP y el CENSIDA en una muestra de escuelas secundarias a nivel nacional, reportó que cerca de 36% de los estudiantes adolescentes había iniciado su vida sexual, cifra mayor en los hombres (45%) que en las mujeres (28%); de esta población, 20.2% de los escolares son sexualmente activos.[172]

A pesar de la ausencia de información estadística desagregada para la población de 10 a 14 años, se puede inferir, a partir de los datos expuestos en las distintas estadísticas, la limitada y sesgada información con la que cuentan los NNA respecto de su sexualidad y sus posibilidades anticonceptivas, además de su escasa capacidad de negociación para el uso de los MAC. En el caso de la información sobre uso del condón, 68.7% de los NNA de 12 a 19 años dijo contar con dicha información, datos que difieren entre la población indígena, urbana y rural. Las barreras en los servicios de salud basadas en los prejuicios del personal, la falta de capacitación y sensibilización en torno a los derechos sexuales y reproductivos de NNA; las limitaciones que tiene esta población para acudir de manera independiente en busca de información y orientación, ya sea por la falta de recursos propios, libertad de movimiento y disfrute de tiempo, dan como resultado el desconocimiento y la vulneración de sus derechos y, con ello, que no puedan ejercer y disfrutar de una sexualidad satisfactoria y sin riesgos.[173]

[170] *Ibidem*
[171] INSP-UNICEF, *op. cit.,* p. 12.
[172] INSP, *op. cit.,* p. 66.
[173] La Salud Sexual y Reproductiva se define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y con todos los aspectos referidos con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, para lo

3.2 Causas Estructurales

Las causas estructurales identificadas, se refieren a las condiciones macro que hacen posible la persistencia de disparidades, exclusión y privaciones en la población de 10 a 14 años en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y como consecuencia, determinan el embarazo en esta etapa de la vida.

Figura 7. Causas estructurales

Fuente: Elaboración propia con base en datos de UNICEF.[174]

3.2.1 Desigualdad económica, social y de género

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y de entre los países de mediano desarrollo, México tiene una tasa de fecundidad en adolescentes de las más altas, 64,2 por cada 1,000 nacimientos en adolescentes de entre 15 y 19 años, mientras que Suiza tiene tan sólo 4,3 por cada 1,000 nacimientos. Lo que muestra que el grado de desarrollo y las brechas de desigualdad son determinantes para enfrentar el embarazo en adolescentes, impactando con mayor negatividad a las más jóvenes: niñas y adolescentes de 10 a 14 años.[175]

Aunada a la desigualdad social y económica, el impacto que los roles de género tienen en mujeres y hombres en términos de poder, autonomía y participación inciden en las expectativas y las posibilidades de construcción de un proyecto de; el modelo de feminidad y masculinidad jerárquico dominante y la influencia de las ya mencionadas circunstancias macroestructurales – pobreza, marginación, desigualdad social y falta de oportunidades educativas y laborales -plantean un contexto totalmente adverso.[176]

La persistente desigualdad de género y la discriminación en estructuras legales, sociales y económicas, genera estigmatización y marginalización en niñas y adolescentes que vulnera sus derechos humanos: "cuando se les niega información y servicios que necesitan para prevenir el embarazo, se menoscaba principalmente su autonomía; cuando quedan embarazadas y se las obliga a abandonar la escuela, se vulnera su derecho a la educación; cuando se las obliga a casarse o son víctimas de violencia y coacción sexual, se violan sus

---

cual requiere que los derechos sexuales de todas las personas sean respetados, protegidos y ejercidos plenamente. Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018* (México: Secretaría de Salud, 2013).

[174] Elaboración propia con base en UNICEF-Division of Policy and Strategy, *idem*.

[175] División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, UNICEF, *op. cit.,* p. 10.

[176] *Idem*.

derechos a la libertad sexual y a la autonomía reproductiva. Cuando se respetan los derechos humanos de las niñas, se les otorga la libertad de forjar y mantener relaciones saludables con amigos y pares; de delinear su propio proyecto de vida; sí tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y pueden obtener una educación, independientemente de su situación, estarán mejor capacitadas para convertirse en ciudadanas saludables, productivas y facultadas para participar en igualdad de condiciones en su hogar, comunidad y nación."[177]; así mismo, cuando se les obliga a continuar con un embarazo resultado de violación, se les tortura y se les infringen tratos crueles, inhumanos y degradantes.[178]

3.2.2 Vulneración del Estado laico. Creencias religiosas permean en lo cultural, en la toma de decisiones legislativas y en las políticas públicas

La laicidad es un proceso en construcción para el que no es suficiente la separación de esferas, (estatal y religiosa) sino que requiere una autonomía estatal respecto a la legitimación religiosa. En la educación sexual a partir de los noventa se avanzó debido a que el Estado laico está sostenido por un fuerte marco legal y político; y a que la evidencia científica y las prioridades en población, salud, género y derechos humanos mostraron mayor legitimidad que los valores religiosos. Sin embargo, los contenidos y su impartición están permeados por discursos religiosos debido al uso de redes de poder y a la preocupación por la pérdida del orden sexual,[179] ésta última abre la puerta a la influencia religiosa; por eso es tomada en cuenta tanto por actores católicos como por quienes formulan las políticas públicas y también, por quienes defienden la educación laica.[180]

Pese a que México es un estado laico (artículo 24, 40 y 115 Constitucional), donde se respeta la diversidad de cultos, las creencias religiosas permean no sólo la implementación de normas y leyes vigentes, sino también, los procesos legislativos y el diseño de políticas públicas, particularmente en lo que a derechos sexuales y reproductivos se refiere, y en particular, si se trata de NNA.

3.2.3 Cultura adultocéntrica. Ausencia de una cultura de derechos de la infancia.

[177] Emma Näslund-Hadley y Georgina Binstock, "El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase", *Notas Técnicas,* núm. IDB-TN-281, p. 29, http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36562729 (Consultado 24 de septiembre de 2017).
[178] Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Febrero 2013
[179] Armando Díaz, "La contienda por los contenidos de educación sexual: repertorios discursivos y políticos utilizados por actores en México a inicios del siglo XXI", *Debate Feminista*, núm. 53 (2017), p. 1. http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2017/05/articulos/DF_18.pdf (Consultado el 25 de noviembre de 2017).
[180] *Ibidem,* p. 85.

Frente a NNA prevalece una cultura adultocéntrica, tutelar y paternalista, sin perspectiva de juventudes ni de género, ello impacta en el diseño de las políticas públicas que debieran generar un entorno habilitante[181], que les permita gozar y ejercer todos sus derechos.

Particularmente respecto de la sexualidad en NNA de 10 a 14 años, la sociedad mexicana tiene una perspectiva conservadora, donde prevalece la idea de mantener a esta población alejada de la Educación Integral en Sexualidad, de los servicios amigables y de cualquier contacto con información relacionada con el tema, por considerarla perjudicial para su desarrollo.[182]

Una manifestación más de esta ausencia de enfoque de derechos, es que NNA enfrentan discriminación por edad, especialmente ante los casos de violencia sexual, ya que en muchos de los casos su dicho tiene poca credibilidad, sus deseos quedan de lado y son las y los adultos quienes toman decisiones por ellas, bajo el argumento de que niñas y adolescentes, no saben, y que son las y los adultos quienes deben decidir lo mejor para ellas.[183]

3.2.4 Marco jurídico ambiguo generador de incertidumbre e interpretaciones restrictivas.

Si bien México ha construido un marco jurídico garantista de los derechos humanos, con logros importantes en la armonización legislativa y formulación de normativa con base en los acuerdos y compromisos asumidos ante en instancias internacionales, particularmente en lo que se refiere a la autonomía reproductiva y acceso a servicios con respeto a la intimidad, privacidad y confidencialidad de NNA, éstos no se traducen en un goce efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos. Prueba de ello es el marco normativo de las 4 Entidades Federativas que consideran dispensas para el matrimonio infantil; persisten interpretaciones restrictivas para el acceso a servicios de SSRR y existe disparidad en la tipificación de delitos sexuales y en los plazos y requisitos para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en casos de violación[184],

[181] Un entorno habilitante se produce al "armonizar el entorno legal y facilitar el acceso a información confiable y pertinente y a servicios de calidad que afecten positivamente la capacidad de los individuos para llevar una vida sana y tomar decisiones responsables en torno a su salud y plan de vida; un entorno habilitante es necesario para promover el desarrollo del capital social". UNFPA, o*p. cit.* p. 18.

[182] Brando Flores, "4 grandes falacias del Frente Nacional por la Familia", *Animal político*, 10 de septiembre de 2016 (2016), http://www.animalpolitico.com/blogueros-de-generando/2016/09/10/falacias-frente-nacional-familia/ (Consultado el 8 de septiembre de 2017).

[183] Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM), *REDIM invita este 10 de Mayo a recordar que en México existen Madres Adolescentes para quienes está pendiente la garantía de derechos*, (México: REDIM, 2010). http://www.derechosinfancia.org.mx/Especiales/10052010%20Madres%20adolescentes.html

[184] Lo anterior pese a que la Ley General de Víctimas, promulgada en 2013, es de observancia en todo el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para toda autoridad federal o local que intervenga en la atención a víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos. Además, dicha ley reconoce específicamente los derechos de las víctimas a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral y debida diligencia. Asimismo, en su artículo 29 refiere la obligación para toda institución hospitalaria pública de dar atención inmediata de emergencia a las víctimas de hechos delictivos o de violaciones a derechos humanos, sin exigir condición alguna para su admisión e independientemente de su capacidad económica y su nacionalidad.

según la entidad federativa de que se trate.[185] Asimismo, en el ámbito administrativo, la falta de homologación normativa técnica, confunde al personal involucrado, lo que se traduce en la inaplicabilidad de éstas.[186]

Estas inconsistencias y vacíos legislativos, pero sobre todo el desconocimiento del marco jurídico vigente, se traducen en barreras que limitan el ejercicio libre, informado y responsable de la sexualidad por parte NNA, toda vez que la ambigüedad normativa, impide la trasmisión de información veraz, científica y laica, y da paso a consideraciones de tipo personal, con sesgos basados en prejuicios e ideas estereotipadas sobre la sexualidad y los derechos de NNA.

De este modo, las y los servidores públicos, enfrentan a un panorama normativo que, ante la falta de divulgación, conocimiento, aplicación y homologación, promueve una toma de decisiones basada en criterios personales y juicios de valor, lejos del marco de derechos, vigente en la constitución y leyes en la materia.

3.2.5 Fragmentación del sistema de salud con limitados recursos humanos y materiales

El Sistema Nacional de Salud se integra por una serie de instituciones diferenciadas según el segmento de la población que atienden, lo que da por resultado una atención sanitaria fragmentada, donde coexisten distintos tipos de beneficios y calidad en el servicio; subsisten cuotas y aportaciones diferenciadas según la institución y las condiciones del beneficiario, y presenta diferentes fuentes de financiamiento; ello produce ineficacia y principalmente, desigualdad.[187] En términos de la atención para la población de 10 a 14 años, existe un reto importante a fin de reducir las brechas de cobertura en servicios de salud: los horarios de atención primaria. Al respecto, se tiene registro de que los horarios en los cuales las instituciones de salud brindan atención primaria, resultan inoperantes para poder acceder a ellos, pese a que algunos servicios amigables, cuentan ya con horarios vespertinos, el horario limitado de atención provoca que las personas no asistan de manera constante y adecuada a las instituciones que cuentan con este tipo de atención especializada para adolescentes. De este modo, las posibilidades para que las y los menores de 15 años cuenten con un acceso a servicios e insumos en SSRR, están sujetas al funcionamiento del sistema de salud[188].

---

[185] UNICEF, *Los derechos de la niñez…, ibidem*, p. 30.

[186] De acuerdo con la Doctora Patricia Uribe, directora del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), hace falta homologar estas normas oficiales mexicanas: NOM-039-SSA2-2014 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, NOM-005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar, NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, NOM- 009-SSA2-2013 Promoción de la salud escolar, y la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Pues los criterios para la prevención y atención incluyen lenguajes, protocolos y definiciones dispares.

[187] M. Carbonell, *El Derecho a la Salud* (México: UNAM-IIJ, 2013), p. 49.

[188] OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México* (París: OCDE, 2016) http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/9789264265523-es (Consultado el 26 de noviembre de 2017).

A esta fragmentación se suma el descuido de la atención primaria de la salud, priorizando enfoques biomédicos, sobre un enfoque de salud pública que ofrezca, la posibilidad de realizar oportunamente intervenciones preventivas. Y ante la complejidad de los servicios de salud, aunada a las actitudes estereotipadas y el estigma y prejuicios de los profesionales de la salud, las niñas y adolescentes, se ven imposibilitadas de acceder a ellos y obtener una atención continua y de calidad.[189]

De acuerdo con la Evaluación de la Implementación de la Declaración Ministerial en América Latina, sobre la inversión financiera en la salud sexual y reproductiva (SSR) de jóvenes, el gasto público en salud es del 7.5 % del PIB, lo que representa menos de la media mundial[190]. En el caso de México se destina el 6.2% del PIB a la atención de la salud, siendo así uno de los países que destina menor número de recursos en comparación con el resto de los países miembros de la OCDE[191].

Lo anterior sólo es una muestra de lo necesario que es mantener y hacer progresiva la inversión en NNA, priorizando esta asignación y gasto equitativo, transparente y con rendición de cuentas, es la única vía para alcanzar los objetivos planteados en la ENAPEA, lo cual se reflejará en alcanzar crecimiento económico y bienestar social en el mediano y largo plazo. Finalmente, es estratégico y urgente que se refuercen las acciones para la reducción de la pobreza y la disminución de la desigualdad en NNA.[192]

3.2.6 Impunidad y no aplicación de la ley

La *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2014*, realiza una estimación de la cifra negra de los delitos ocurridos en México. Según esta estimación, "93.8% de los delitos ocurridos en el país no se denuncian, pero la estimación varía según el tipo de delito: va desde 28.3% para robo total de vehículo, hasta 98.5% para extorsión. En el caso de "otros delitos", la estimación de la cifra negra es de 94.1% y ahí es donde están incluidos los delitos sexuales. Con base en las estimaciones de la cantidad de violaciones que ocurren por año en el país, aproximadamente 12% del total llegan a la etapa de averiguación previa y únicamente entre 2.5 y 3% terminan en sentencia condenatoria: la impunidad en el delito de violación supera el 97%. Los datos brindados por los organismos de procuración de justicia estatales evidencian que 37.48% de las personas que figuran como víctimas de violencia sexual en las averiguaciones previas tienen menos de 15 años. De acuerdo con lo

[189] UNICEF, Taller sobre determinantes…, *idem*.
[190] IPPF/Región Hemisferio Occidental (RHO)-Democracia y Sexualidad (DEMISEX), *Evaluación de la implementación de la declaración ministerial "prevenir con educación". Su cumplimiento en América Latina 2008-2015* (México: IPPF/RHO-DEMISEX, 2015) https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/EVALUACION%202015%20FINAL%20VERSION%20WEB.pdf (Consultado el 26 de noviembre de 2017).
[191] OCDE, *idem*.
[192] UNICEF, *Los derechos de la niñez…, ibidem*, p. 73.

reportado por el sector salud, 31% de las víctimas atendidas se encuentra en una edad de 0 a 15 años y se registran 337 embarazos producto de una violación en el periodo 2010-2015".[193]

Falta de aplicación de marcos normativos

El año 2013 entró en vigor la Ley General de Víctimas que establece la obligación, para toda institución hospitalaria pública, de dar atención inmediata de emergencia a las víctimas de hechos delictivos o de violaciones a derechos humanos, sin exigir condición alguna para su admisión, e independientemente de su capacidad económica y su nacionalidad, particularmente a las víctimas de violación sexual; y señala que se deberá garantizar 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. En el año 2014 se reformó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Y en el año 2016, se modificó la NOM 046-SSA2-2005. Bajo esta normatividad, en todo el país, una mujer o niña mayor de 12 años que haya sufrido una agresión sexual y resulte embarazada, tiene el derecho de acudir a cualquier servicio de salud público a realizarse una interrupción del embarazo, sin necesidad de presentar una denuncia por violación, ni de obtener una autorización por parte de autoridad alguna (ministerio público o juez) o consentimiento de madre, padre o tutor/a. Esta modificación pone de manifiesto el interés superior de la infancia y el reconocimiento sus capacidades evolutivas como sujetos de derecho, para tomar decisiones que son relevantes para su futuro.

Sin embargo, el desconocimiento de las obligaciones de los prestadores de salud, o el afán de imponer sus creencias personales, apuntalado por la inserción en la NOM 046 de la objeción de conciencia, siguen siendo un obstáculo para que niñas y adolescentes víctimas puedan acceder a estos derechos.[194] El propio personal de salud entrevistado en grupos focales en el marco del Diagnóstico Nacional de Violencia Sexual en México, describe las limitaciones que tienen para detectar casos de violencia que no sean muy evidentes, se sienten inseguros, poco calificados y con pocos elementos para realizar estas tareas, por lo que la violencia sexual, exenta de lesiones físicas perceptibles, no es tomada en cuenta por los servicios de salud. [195] Al invisibilizar que estas niñas y adolescentes fueron víctimas de violencia sexual, su probabilidad de volver al entorno de violencia y presentar, un embarazo aumenta. Muestra de ello es que en 2016 de los nacimientos estimado por CONAPO con base en las estadísticas vitales de nacimientos en menores de 15 años de edad (11,808) al menos 1.5% ya habían cursado hasta tres gestaciones.

Las instancias de salud tienen una situación privilegiada para detectar casos de violencia sexual infantil, pero en muchos casos desconocen la normativa y no atienden de manera adecuada a las niñas y adolescentes afectadas, no saben a

[193] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *op. cit.* pp. 195-405.
[194] GIRE, *op. cit.,* p. 8.
[195] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *op. cit.,* p. 335.

dónde referirlas ni canalizarlas para recibir orientación, en caso de desear interponer una denuncia.[196] No se cuenta con rutas claras y públicas ante el embarazo de una niña como resultado de una violación, ni sobre su derecho a interrumpir ese embarazo conforme a la NOM 046. Tampoco sobre las obligaciones que las instancias de salud y los servidores públicos que ahí laboran, tienen respecto a la prestación de servicios de aborto legal. Y, persiste falta de capacitación y sensibilidad de las y los servidores públicos (salud, docentes y ministerios públicos) referente a la detección y atención de casos de violencia sexual en NNA,[197] así como los escasos apoyos y recursos asignados a las instancias encargadas de detectar, atender y sancionar este tipo de conductas.[198]

4. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA LA ACCIÓN

Considerando que los embarazos en adolescentes menores de 15 años no ocurren en un espacio vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan sistémicamente, en esta sección del documento, se hace un ejercicio de alineación entre los factores causales (análisis de causalidades) y los factores determinantes del embarazo en niñas adolescentes que el Modelo Ecológico propone. Esta alineación permite ubicar claramente las interrelaciones entre las causas y los niveles, para así focalizar estratégicamente las recomendaciones de intervención.

A su vez, las recomendaciones se agrupan por nivel de intervención del Marco Ecológico y se subdividen en algunas de carácter general y otras de carácter específico. Las de carácter general son aquellas cuya responsabilidad es competencia de diversas instancias y que se orientan a la atención de causas estructurales.

Las de carácter específico tienen una vinculación más directa con las causas inmediatas y/o subyacentes, y pueden ser competencia de una o más instancias.

A continuación, se presentan las tablas con la alineación y las recomendaciones estratégicas:

[196] UNICEF, Taller sobre determinantes…, *idem*.
[197] GIRE, *idem.*
[198] CEAV-Comité de Violencia Sexual, *op. cit.,* p. 423.

4.1. Causalidades y Modelo Ecológico

Tabla 3. Alineación del Modelo Ecológico con factores causales del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años

NIVELES / CAUSAS	A. CAUSAS INMEDIATAS	B. CAUSAS SUBYACENTES	C. CAUSAS ESTRUCTURALES
1. NIVEL NACIONAL	▪ Matrimonio infantil	▪ Contenidos ausentes de EIS ▪ Insuficiente acceso a SSSR y MAC ▪ Falta de oportunidades para el desarrollo y el ejercicio de DH ▪ Legislación permisiva ▪ Personal de educación y salud no sensibilizado	▪ Desigualdad económica ▪ Vulneración del estado laico ▪ Cultura adultocéntrica ▪ Cultura patriarcal ▪ Sistema de salud fragmentado ▪ Marco jurídico ambiguo ▪ Altos índices de impunidad
2. NIVEL COMUNIDAD	▪ Matrimonio infantil ▪ Violencia sexual	▪ Patrones culturales ▪ Contenidos ausentes de EIS ▪ Falta de oportunidades para el desarrollo y el ejercicio de DH ▪ Legislación permisiva ▪ Modelos dominantes mujer/madre ▪ Personal de educación y salud no sensibilizado ▪ Prejuicios y desinformación ▪ No denuncia ni atención	▪ Cultura adultocéntrica ▪ Cultura patriarcal ▪ Sistema de salud fragmentado ▪ Altos índices de impunidad
3. NIVEL ESCUELA/PARES	▪ Ejercicio no planificado de la sexualidad ▪ Violencia sexual	▪ Contenidos ausentes de EIS ▪ Prejuicios y desinformación ▪ No denuncia ni atención	▪ Cultura adultocéntrica ▪ Cultura patriarcal ▪ Altos índices de impunidad
4. NIVEL FAMILIAR	▪ Ejercicio no planificado de la sexualidad	▪ Comunicación y aspectos psicoafectivos	▪ Cultura adultocéntrica ▪ Cultura patriarcal

	▪ Matrimonio infantil ▪ Proyecto de vida dependiente ▪ Violencia sexual	▪ Patrones culturales ▪ Violencia familiar y sexual ▪ Modelos dominantes mujer/madre ▪ Prejuicios y desinformación ▪ No denuncia ni atención	
5. NIVEL INDIVIDUAL	▪ Violencia familiar y sexual ▪ Ejercicio no planificado de la sexualidad ▪ Carencia de proyecto de vida	▪ Comunicación y aspectos psicoafectivos ▪ Prejuicios y desinformación ▪ No denuncia ni atención	

4.2 Recomendaciones con base en el Modelo Ecológico

Tabla 4. Recomendaciones de acción en el marco de las atribuciones de cada dependencia

RECOMENDACIONES MODELO ECOLÓGIO-NIVEL NACIONAL	INSTANCIAS RESPONSABLES
DE CARÁCTER GENERAL: ▪ Crear políticas públicas integrales con perspectiva de derechos de niñas, niños y adolescentes, en las que participen todos los sectores involucrados con esta población, donde las opiniones de NNA sean tomadas en cuenta, e incentivar su participación en el diseño, operación y evaluación de dichas políticas.	Todas las instancias de la APF que integran el GIPEA
▪ Ofrecer oportunidades de desarrollo integral para que NNA encuentren dentro y fuera del ámbito educativo opciones alternativas a los roles y estereotipos de género, mediante el acceso a oportunidades recreativas, culturales y deportivas de NNA en condiciones de igualdad y de respeto a sus derechos humanos.	GIPEA, GEPEAs, SNDIF, PFPNNA, SEP, Secretaría de Cultura, CONADE.
▪ Crear programas interinstitucionales de atención y protección integral con perspectiva de derechos de niñas, niños y adolescentes, específicos para niñas embarazadas y niñas madres.	Todas las instancias de la APF que integran el GIPEA
DE CARÁCTER ESPECÍFICO ▪ Con base a lo establecido en la NOM 047, fortalecer los servicios de SSRA mediante acciones de capacitación y sensibilización permanente de su personal; mejora continua de la calidad; actualización y socialización de normas, lineamientos y manuales operativos; y supervisión habilitante continua.	SS, SSE.
▪ Promover campañas de transformación cultural en materia de EIS, dirigida a diferentes niveles educativos, en concordancia con el desarrollo evolutivo de NNA.	SEP.
▪ Impulsar la armonización de la legislación y normativa correspondiente (particularmente la LGDNNA) a fin de contar con los mismos cortes de edad en lo que se refiere a la conceptualización de niñez y adolescencia, y así evitar dejar sin protección a las personas de 10 y 11 años de edad.	SE-SIPINNA, SNDIF.
▪ Impulsar la armonización de los códigos penales que tipifican el estupro y la violación equiparada, cuidando que velen por el interés superior de la niña, niño o	GIPEA, SE-SIPINNA, SNDIF, Inmujeres.

adolescente.	
▪ Intensificar la promoción del establecimiento de la edad mínima de 18 años para el matrimonio sin dispensas en el Código Civil Federal y en los Códigos Civiles y Familiares de las entidades faltantes: Sonora y Baja California.	GIPEA, SE-SIPINNA, SNDIF, Inmujeres.
▪ Armonizar las leyes estatales de derechos de niñas, niños y adolescentes, donde corresponda, para que establezcan que la edad mínima para contraer matrimonio sean los 18 años.	SE-SIPINNA.
▪ Diseñar interinstitucionalmente Protocolos o Mecanismos de atención integral (legal y social) para NNA víctimas de violencia sexual, aplicables a las diversas instancias que puedan estar en contacto con esta población.	SS, SE-SIPINNA.
▪ En cumplimiento a la NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, establecer protocolos operativos, que garanticen el acceso a la interrupción del embarazo cuando niñas o adolescentes víctimas de violencia lo soliciten (oferta y atención segura). En cumplimiento a los Códigos Penales, según corresponda, se garantice el derecho al aborto a niñas y adolescentes menores de 15 años por las causales de afectación grave a la salud y/o poner en riesgo su vida (oferta y atención segura).	SS, SSE.
▪ Impulsar la Educación Integral en Sexualidad de manera integral en la política educativa nacional, conforme a lo establecido la Ley General de Educación y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	GIPEA, SEP.
▪ Generar estimaciones y hacer difusión de éstas sobre los diversos factores causales del embarazo en niñas menores de 15 años, así como en adolescentes entre 15 y 19 años de edad que permitan un mayor conocimiento de los aspectos que inciden en el embarazo en este grupo etario.	GIPEA, CONAPO, INSP.
▪ Promover el investigar con mayor profundidad y rigurosidad científica sobre las causalidades identificadas en este documento y utilizarla para el diseño e implementación de políticas pública en la materia.	GIPEA.
▪ Diseñar programas de capacitación interdisciplinaria continua del personal involucrado en la operación de la ENAPEA, haciendo énfasis en las particularidades del grupo de NA menores de 15 años.	GIPEA.
▪ Establecer mecanismos formales de vinculación operativa, en materia de atención a NNA menores de 15 años, que fortalezcan el trabajo interinstitucional entre los servicios educativos y los servicios de salud.	SS, SSE.
▪ Integrar los diferentes programas de salud que incluyen intervenciones	SS, SSE.

orientadas a las y los NNA, considerando las características particulares de niñas y adolescentes menores de 15 años: salud materna, salud infantil, salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia, entre otros.	
▪ Intensificar la promoción de la armonización de las leyes estatales de salud con la inclusión de cuatro preceptos mínimos: a) el carácter prioritario de la planificación familiar y la anticoncepción, b) proporcionar información y orientación educativa sobre los derechos a niñas y adolescentes menores de 15 años; c) informar sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años, en especial sobre la afectación a la salud de niñas y adolescentes de manera grave a aquellas menores de 15 años; y d) la obligación de establecer servicios de SSR como medio para la ejecución del derecho de toda persona a decidir.	GIPEA, SS
▪ Establecer, en el marco de la ENAPEA, un mecanismo robusto de seguimiento y evaluación de las intervenciones dirigidas a menores 15 años.	GIPEA, CONAPO

RECOMENDACIONES MODELO ECOLÓGICO-NIVEL COMUNITARIO	INSTANCIAS RESPONSABLES
DE CARÁCTER GENERAL	
▪ Impulsar en el ámbito comunitario una EIS que contrarreste los patrones culturales que perpetúan roles y estereotipos de género y que favorezcan el ejercicio de los DSR de NNA.	GEPEAs.
▪ Diseñar estrategias comunitarias de promoción, entre NNA, de referentes distintos a los modelos dominantes —maternidad y paternidad—, que les ofrezcan alternativas reales de legitimación social, desarrollar sus capacidades de manera integral y vislumbrar un futuro de oportunidades.	GEPEAs.
▪ Ofrecer oportunidades de desarrollo integral para que NNA encuentren dentro y fuera del ámbito educativo opciones alternativas a los roles y estereotipos de género, mediante el deporte, las artes y los oficios.	GEPEAs.
DE CARÁCTER ESPECÍFICO	
▪ Con base a lo establecido en la NOM 047, fortalecer los servicios de SSR mediante acciones de capacitación y sensibilización permanente de su personal; mejora	SSE, otras instituciones de salud estatales.

continua de la calidad; actualización y socialización de normas, lineamientos y manuales operativos; y supervisión habilitante continua.	SSE, otras instituciones de salud estatales, SEP estatales.
▪ Operar programas de salud sexual y reproductiva que respeten la voz y autonomía de las niñas y adolescentes utilizando estrategias exitosas de educación entre pares	SSE.
▪ Reforzar la infraestructura y operación de servicios amigables, con énfasis en las zonas que cuentan con altos índices o están en riesgo de embarazo en niñas y adolescentes de 10 a 14 años.	
▪ Crear estrategias de información y comunicación permanentes, pertinentes y acordes a las necesidades de SSR específicas de NNA, a partir de alianzas interinstitucionales y esfuerzos focalizados en las poblaciones con mayor rezago o en mayor riesgo de embarazo.	GEPEAs.
▪ Adecuar y operar interinstitucionalmente protocolos y/o mecanismos de atención integral (legal y social) para NNA víctimas de violencia sexual, aplicables a las diversas instancias que puedan estar en contacto con esta población.	GEPEAs.
▪ Investigar y sancionar adecuadamente los casos de abuso sexual infantil e implementar medidas especiales para reducir el nivel de impunidad.	SIPINNA estatal, PPNNA,
▪ En cumplimiento a la NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, establecer protocolos operativos, que garanticen el acceso a la interrupción del embarazo cuando niñas o adolescentes víctimas de violencia lo soliciten (oferta y atención segura). En cumplimiento a los Códigos Penales, según corresponda, se garantice el derecho al aborto a niñas y adolescentes menores de 15 años por las causales de afectación grave a la salud y/o poner en riesgo su vida (oferta y atención segura).	SSE, PPNNA GEPEAs. SEDESOL estatales.
▪ Impulsar la Educación Integral en Sexualidad de manera integral en la política educativa nacional, conforme a lo establecido la Ley General de Educación y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	COESPOs.
▪ Operar programas interinstitucionales de atención y protección integral, específicos para niñas embarazadas y niñas madres de 15 años, que cuenten con la participación de las instancias locales de salud, desarrollo social, justicia, educación, entre otras.	GEPEAs, SSE y SEP estatales. PPNNA
▪ Construir espacios comunitarios habilitantes para niñas y adolescentes embarazadas y/o madres	SSE, otras instituciones de salud estatales.

▪ Recopilar, difundir y utilizar más información estadística local de la población de 10 a 14 años, sobre los diversos factores causales del embarazo adolescente; y utilizarla para la planeación de actividades y toma de decisiones.	COESPOs.
▪ Fortalecer la capacidad del personal de salud y docente en materia de conocimientos, habilidades y actitudes relacionados con la EIS a NNA, en el marco de sus atribuciones y retomando las acciones, programas y experiencias existentes.	GEPEAs, SSE y SEP estatales.
▪ Capacitar al personal de las instancias locales encargadas de impartir y administrar justicia acerca del marco integral de derechos humanos.	PPNNA
▪ Realizar, en las unidades de salud, tamizaje para violencia en general y sexual en particular, al atender a NNA menores de 15 años.	SSE, otras instituciones de salud estatales, GEPEAs.
▪ Registrar sistemáticamente información sobre los servicios de aborto legal por violación, a efecto de planearos y presupuestarlos para garantizar su disponibilidad y mejorar su calidad.	SSE, otras instituciones de salud estatales, GEPEAs.
▪ Operar programas de capacitación interdisciplinaria continua del personal involucrado en la operación de la ENAPEA, haciendo énfasis en las particularidades del grupo de NA menores de 15 años	GEPEAs
▪ Formar redes de apoyo en la comunidad que permitan tener un mayor acercamiento y conocimiento de la población de NNA, involucrándola de manera activa en acciones de educación y preventivas dentro de la comunidad.	GEPEAs
▪ Intensificar la promoción del sitio “Familias y Sexualidades. Prevención del embarazo en adolescentes”, sitio web con contenidos informativos sobre sexualidad, derechos sexuales, prevención de la violencia, género, plan de vida entre otros, dirigido a madres, padres, tutores y cuidadores/as de niñas, niños y adolescentes	GEPEAs, Mecanismos estatales de la Mujer.
▪ Generar más contenidos de EIS (sexualidad, derechos sexuales, prevención de la violencia, género, plan de vida entre otros) en diversos formatos, para impartirlos de manera presencial en espacios comunitarios con madres, padres, tutores y cuidadores/as de niñas, niños y adolescentes.	GEPEAs, SEP estatales, planteles escolares.

RECOMENDACIONES MODELO ECOLÓGICO-NIVEL ESCUELA/PARES	INSTANCIAS RESPONSABLES

▪ Impulsar en los planteles escolares una EIS que contrarreste los patrones culturales que perpetúan roles y estereotipos de género y que favorezcan el ejercicio de los DSR de NNA.	SEP estatales, planteles escolares,
▪ Diseñar estrategias escolares de promoción, entre NNA, de referentes distintos a los modelos dominantes —maternidad y paternidad—, que les ofrezcan alternativas reales de legitimación social, desarrollar sus capacidades de manera integral y vislumbrar un futuro de oportunidades.	GEPEAs.
▪ Evaluar cualitativa y periódicamente que los contenidos de EIS impartidos en preescolar, primaria y secundaria, se desarrollen de manera completa y por docentes capacitados para ello, libres de prejuicios y sesgos.	SEP estatales, planteles escolares.
▪ Fortalecer las estrategias de educación entre pares para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.	GEPEAs.
▪ Operar estrategias escolares de información y comunicación, permanentes, pertinentes y acordes a las necesidades de SSR específicas de NNA, en concordancia con la evolución de sus facultades, e incluyendo acciones entre pares.	SEP estatales, planteles escolares.
▪ Reforzar campañas permanentes que combatan el estigma, den a conocer la caracterización de la violencia sexual infantil, las instancias de atención y las rutas a seguir.	GEPEAs.
▪ Participar, desde el ámbito escolar, en los Protocolos interinstitucionales de atención integral (legal y social) para NNA víctimas de violencia sexual.	SEP estatales, planteles escolares.
▪ Fortalecer las capacidades del personal docente en materia de EIS, a efecto de que cuenten con los conocimientos, habilidades y actitudes que satisfagan las necesidades de información y orientación de NNA, ESPECIALMENTE MENORES DE 15 AÑOS.	GEPEAs, SEP estatales.
▪ En los programas escolares de EIS, abordar el tema de la sexualidad, desde un enfoque científico, relevante y pertinente, que les permita a las y los participantes, en primer lugar, comprender la construcción social y cultural de la sexualidad; su importancia en el desarrollo integral de las personas; la sexualidad en cada etapa de la vida; el ejercicio de la sexualidad y las relaciones de género; los riesgos asociados con el ejercicio de la sexualidad; la diversidad sexual; así como la identidad sexual y la identidad de género.	SEP estatales, planteles escolares.
▪ En los programas de capacitación a docentes, abordar el derecho a una Educación Integral en Sexualidad; los enfoques de la educación sexual; así como	SEP estatales.

el papel de la escuela y su importancia para prevenir y atender la violencia sexual a partir de la EIS. ▪ Promocionar, desde el ámbito escolar, el uso del sitio "Familias y Sexualidades. Prevención del embarazo en adolescentes", dirigido a madres, padres, tutores y cuidadores/as de niñas, niños y adolescentes. ▪ Impulsar estrategias escolares de sensibilización a padres y madres de familia, y a docentes, a partir de sus propias vivencias acerca de las realidades y las perspectivas de las niñas, niños y adolescentes y aprender a animarlas/os para que acudan a los servicios de salud y soliciten ayuda cuando lo necesiten.	GEPEAs, SEP estatales, planteles escolares. GEPEAs, SEP estatales, planteles escolares.

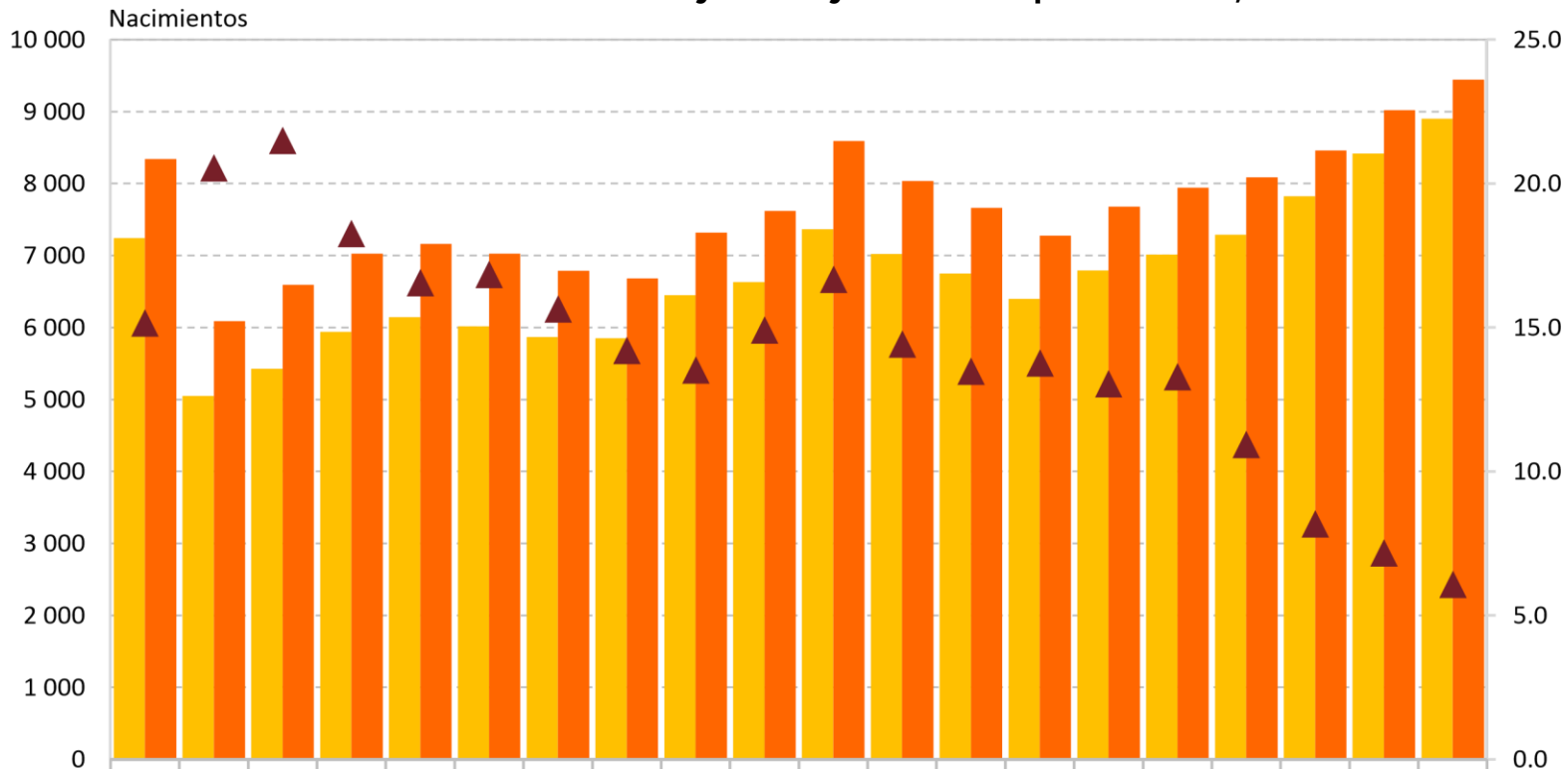
RECOMENDACIONES MODELO ECOLÓGICO-NIVEL FAMILIAR	INSTANCIAS RESPONSABLES
▪ Impulsar estrategias de sensibilización a padres y madres de familia para promocionar, entre NNA y desde el ámbito familiar, referentes distintos a los modelos dominantes —maternidad y paternidad—, que les ofrezcan alternativas reales de legitimación social, desarrollar sus capacidades de manera integral y vislumbrar un futuro de oportunidades. ▪ Fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación eficaz en EIS, entre adultas y adultos, particularmente madres y padres de familia, a fin de fortalecer su perfil como primera fuente de información y conocimientos sobre sexualidad para NNA. ▪ Sensibilizar a padres y madres de familia, a partir de sus propias vivencias, acerca de las realidades y las perspectivas de las niñas, niños y adolescentes y aprender a animarlas/os para que acudan a los servicios de salud y soliciten ayuda cuando lo necesiten.	GEPEAs, Sistemas DIF estatales y municipales. GEPEAs, Sistemas DIF estatales y municipales. GEPEAs, Sistemas DIF estatales y municipales.

RECOMENDACIONES MODELO ECOLÓGICO-NIVEL INDIVIDUAL	INSTANCIAS RESPONSABLES
▪ Operar programas de empoderamiento para NNA, a efecto de que se asuman como titulares de derechos, particularmente derechos sexuales y reproductivos. ▪ Difundir entre NNA los programas e iniciativas locales orientados a la permanencia	GEPEAs. GEPEAs.

escolar, de tal forma que en función de sus características personales, puedan acceder oportunamente a ellos.	
▪ Incluir a los niños y adolescente varones en todas las iniciativas vinculadas a la prevención del embarazo adolescente, para hacer conciencia en ellos de su responsabilidad en la materia.	GEPEAs.
▪ Capacitar a NNA en programas orientados a fortalecer las habilidades para la vida.	GEPEAs.
▪ Invertir en estrategias y programas orientados a la atención integral y la protección de niñas embarazadas o que tienen hijas/os, garantizando que acceden a ellos.	GEPEAs.

ANEXOS

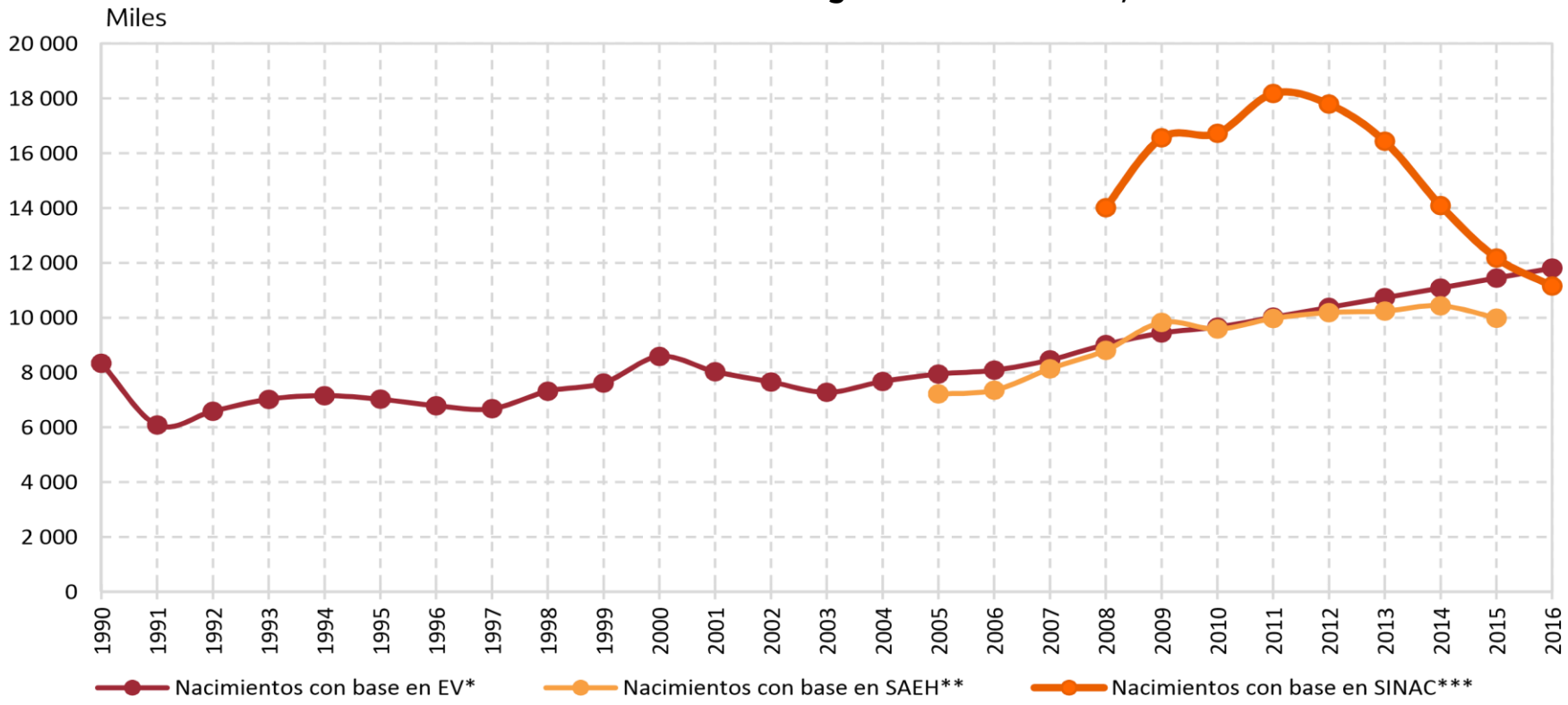
Gráfico 4. República Mexicana. Comparativo del número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad reconstruidos a 4 y 7 años y diferencias porcentuales, 1990-2009



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10 a 14 R4 años	7 24	5 04	5 42	5 94	6 14	6 01	5 86	5 85	6 44	6 63	7 36	7 02	6 75	6 39	6 79	7 01	7 28	7 82	8 41	8 90
10 a 14 R7 años	8 34	6 08	6 59	7 02	7 16	7 02	6 78	6 68	7 32	7 62	8 59	8 03	7 66	7 27	7 67	7 94	8 08	8 46	9 02	9 44
▲ Diferencias porcentuales	15.2	20.5	21.5	18.3	16.6	16.8	15.6	14.2	13.5	14.9	16.7	14.4	13.5	13.8	13.0	13.3	10.9	8.2	7.2	6.1

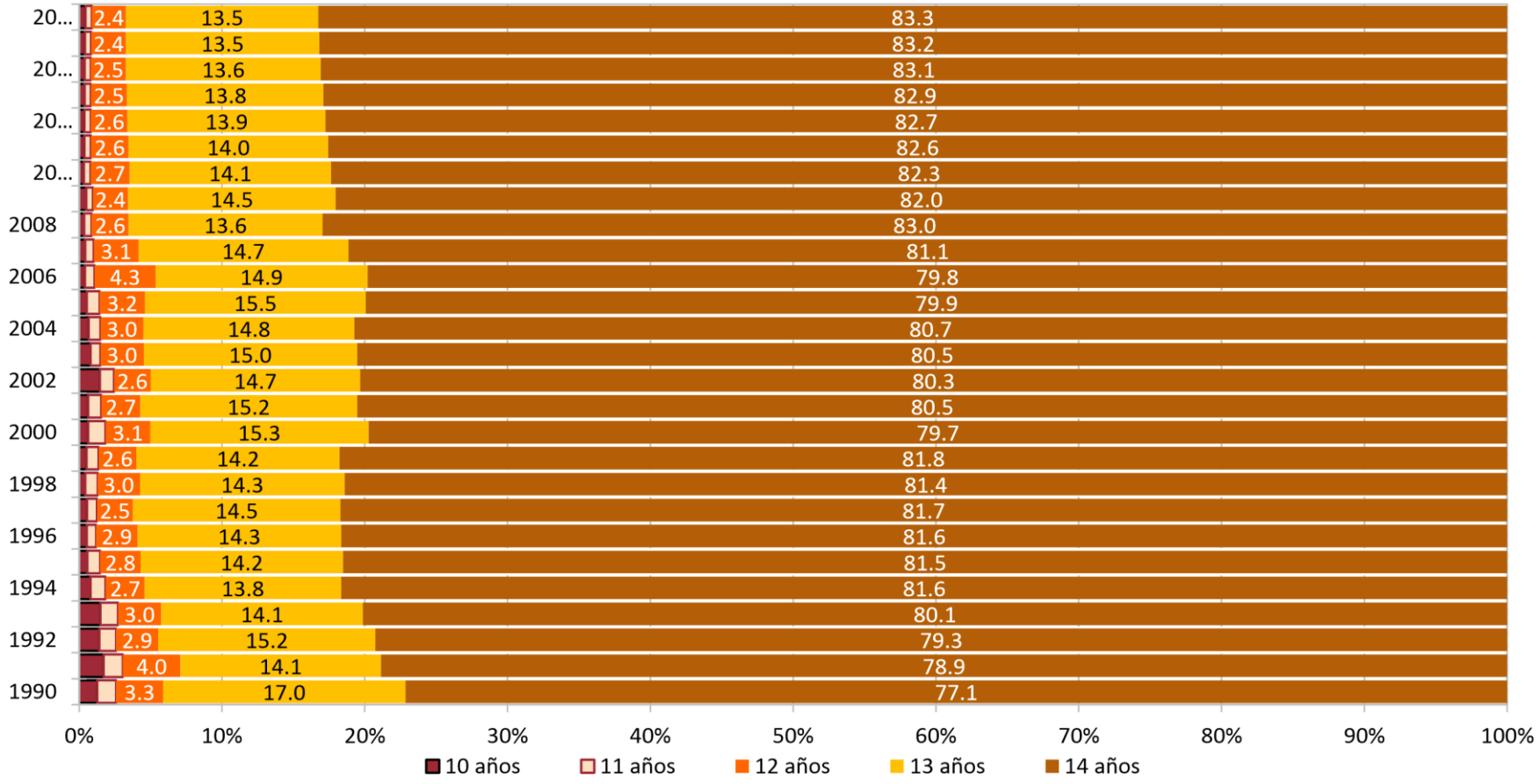
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 5. República Mexicana. Número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad según distintas fuentes, 1990-2016



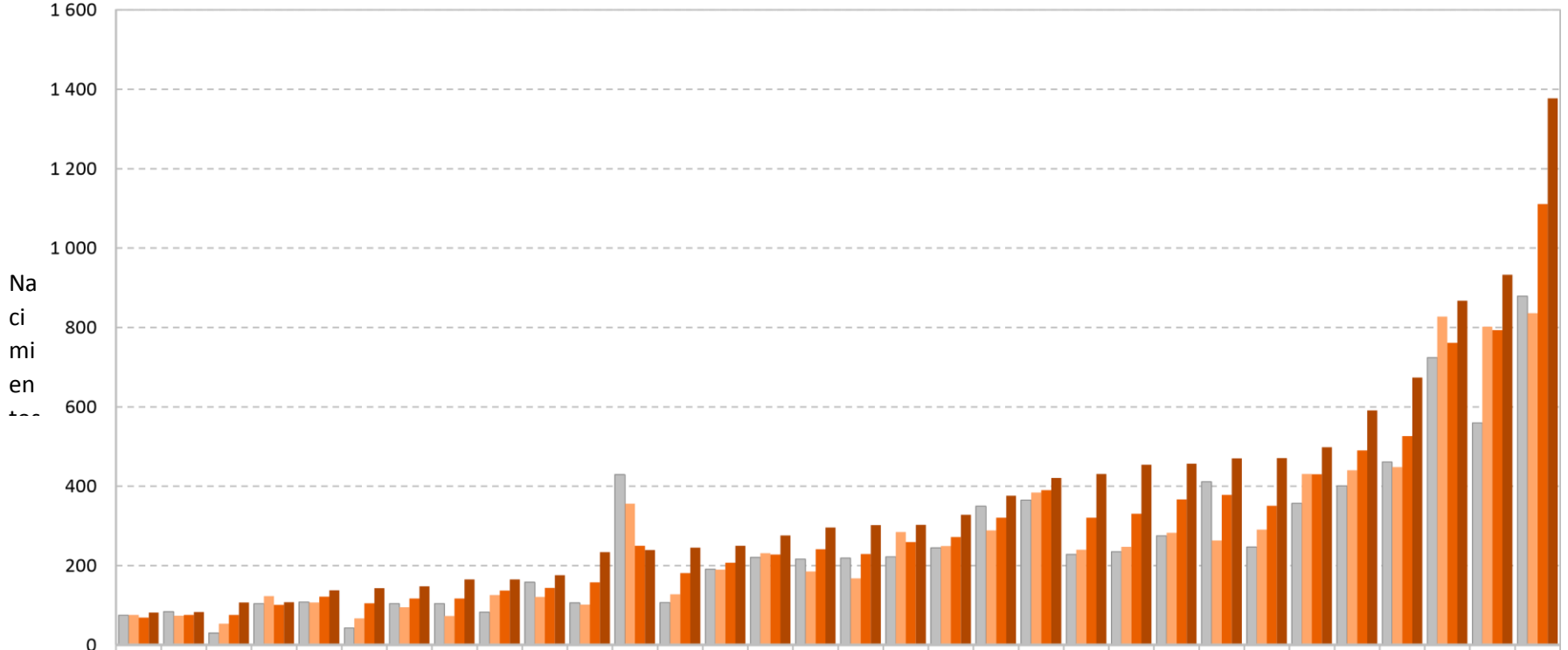
Nota: *Se refiere a nacimientos reconstruidos a siete años con base en Estadísticas Vitales de Natalidad. A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos a partir de una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos.
**El total de nacimientos corresponde al total de egresos hospitalarios por parto registrados en las instalaciones de la Secretaría de Salud así como el total de egresos hospitalarios en Instituciones del Sector Público (IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR) cuya afección principal de ingreso fue el parto (CIE10 O80-O84).
Fuente: *Estimaciones del CONAPO con base en los Registros Administrativos de Natalidad, 1990-2016.
**Estimaciones del CONAPO con base en el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la SSA e Instituciones del Sector Salud, 2005-2015. ***Estimaciones del CONAPO con base en el Subsistema de Información sobre Nacimientos, 2008-2016.

Gráfico 6. República Mexicana. Distribución porcentual de los nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por edades individuales según año de ocurrencia, 1990-2016



* A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos a partir de una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos. Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

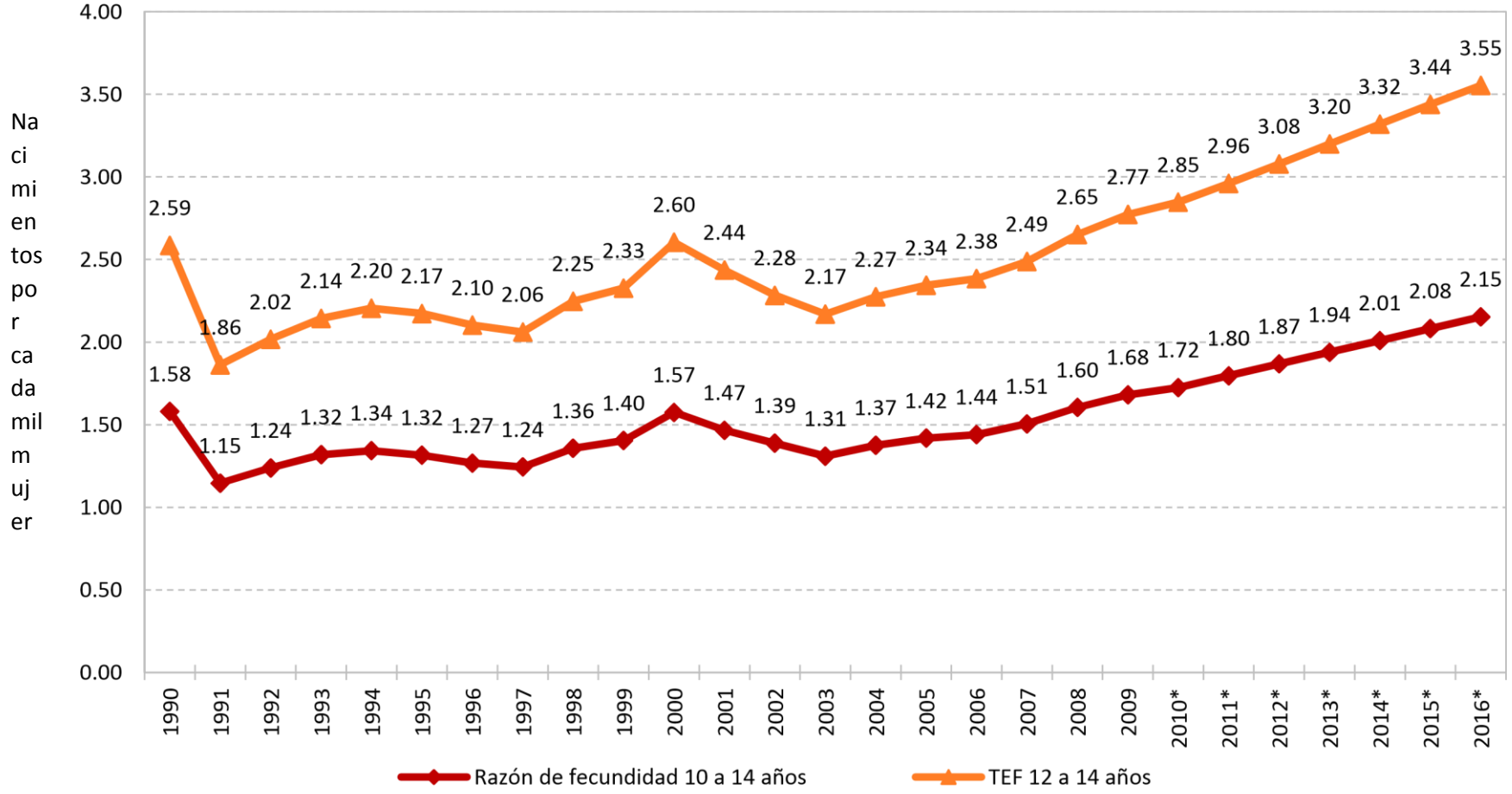
Gráfico 7. República Mexicana. Número de nacimientos estimados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por entidad federativa, 1990-2016



	CL	TX	BS	CP	NY	AG	ZT	QT	QR	DG	MO	TB	YU	SO	SL	SI	HG	BC	NL	MI	OX	CO	TM	CH	CM	GT	JL	PU	GR	VZ	CS	MX
1990	75	84	30	104	108	43	104	104	83	158	106	429	107	191	221	216	219	222	245	350	365	228	235	275	411	247	357	401	461	724	559	879
2000	76	74	54	123	107	67	95	73	126	121	102	356	128	190	231	185	168	285	249	289	384	240	247	283	263	291	431	440	448	827	802	836
2010*	69	76	76	101	122	105	117	117	137	144	158	250	181	207	228	241	229	259	272	321	390	321	331	367	378	351	430	490	526	761	793	1111
2016*	82	83	107	108	138	143	148	165	165	176	234	239	245	250	276	296	302	303	328	376	421	431	454	457	470	471	498	591	674	867	933	1 377

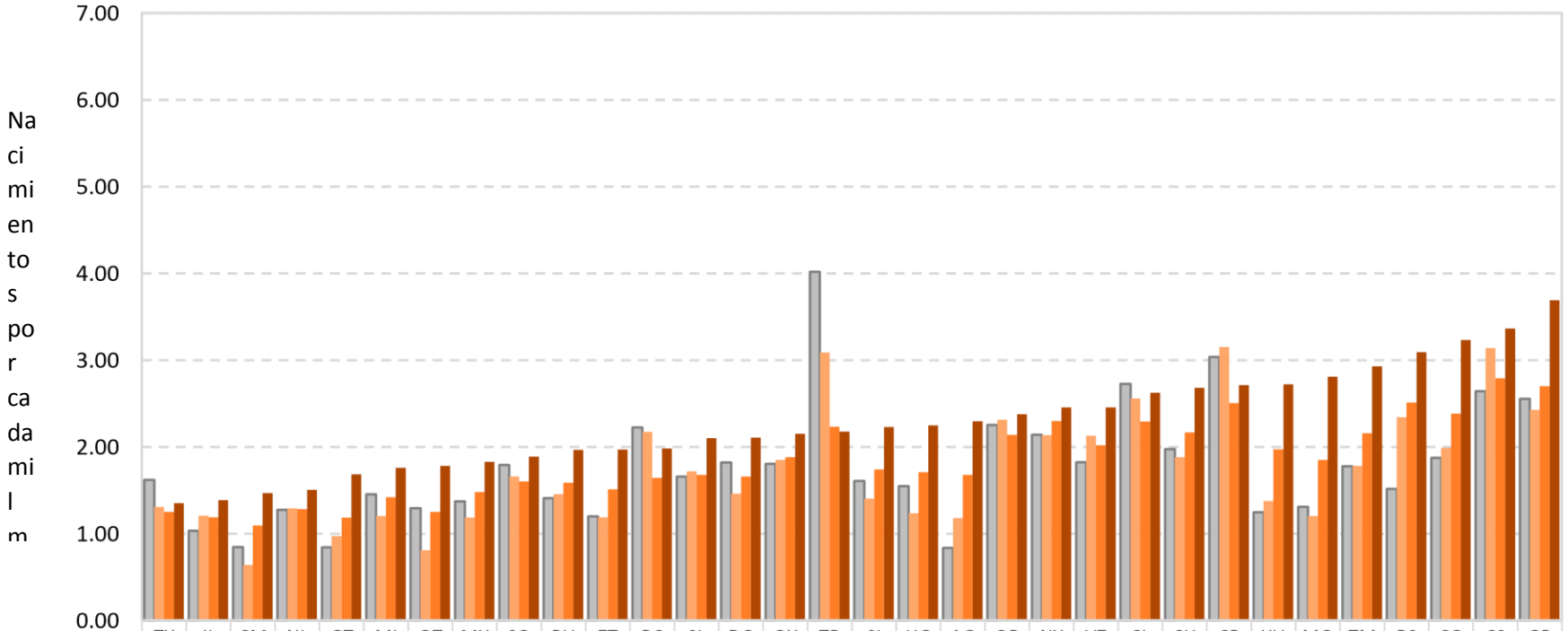
* A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos a partir de una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 8. República Mexicana. Tasa y razón de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad, 1990-2016



* A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos a partir de una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

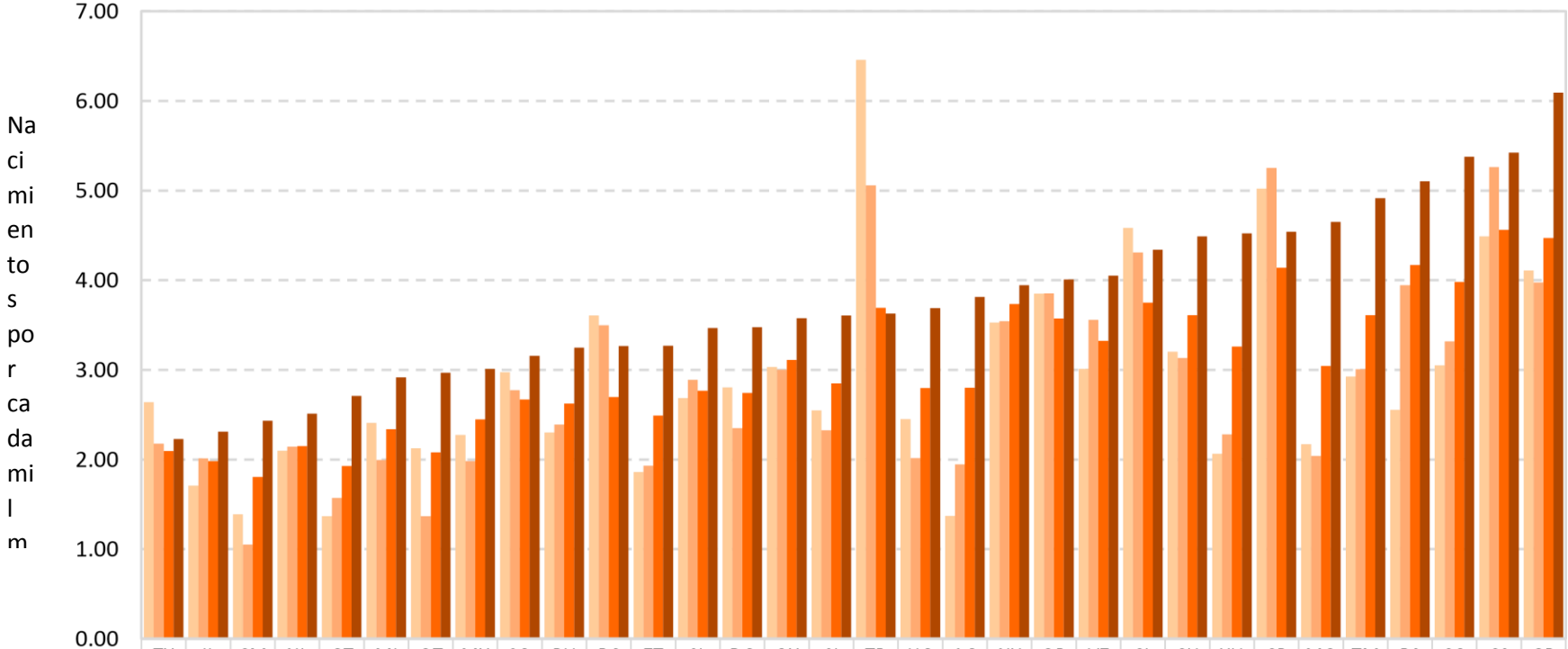
Gráfico 9. República Mexicana. Razón de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por entidad federativa, 1990-2016



	TX	JL	CM	NL	GT	MI	QT	MX	SO	PU	ZT	BC	SL	DG	OX	TB	SI	HG	AG	QR	NY	VZ	CL	CH	CP	YU	MO	TM	BS	CO	CS	GR
1990	1.62	1.03	0.85	1.28	0.84	1.45	1.30	1.37	1.79	1.41	1.20	2.23	1.66	1.82	1.81	4.02	1.61	1.55	0.84	2.25	2.14	1.82	2.73	1.98	3.04	1.25	1.31	1.78	1.52	1.88	2.64	2.55
2000	1.31	1.21	0.64	1.29	0.97	1.21	0.81	1.18	1.66	1.45	1.19	2.17	1.72	1.46	1.85	3.09	1.41	1.24	1.18	2.32	2.14	2.13	2.56	1.88	3.15	1.38	1.21	1.78	2.34	1.99	3.14	2.43
2010*	1.25	1.19	1.09	1.28	1.19	1.42	1.25	1.48	1.60	1.59	1.51	1.64	1.68	1.66	1.88	2.23	1.74	1.71	1.68	2.14	2.30	2.02	2.29	2.17	2.51	1.97	1.85	2.16	2.51	2.38	2.79	2.70
2016*	1.35	1.39	1.47	1.51	1.68	1.76	1.78	1.83	1.89	1.97	1.97	1.98	2.10	2.11	2.15	2.18	2.23	2.25	2.30	2.38	2.46	2.46	2.62	2.68	2.71	2.72	2.81	2.93	3.09	3.23	3.37	3.69

* A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos a partir de una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

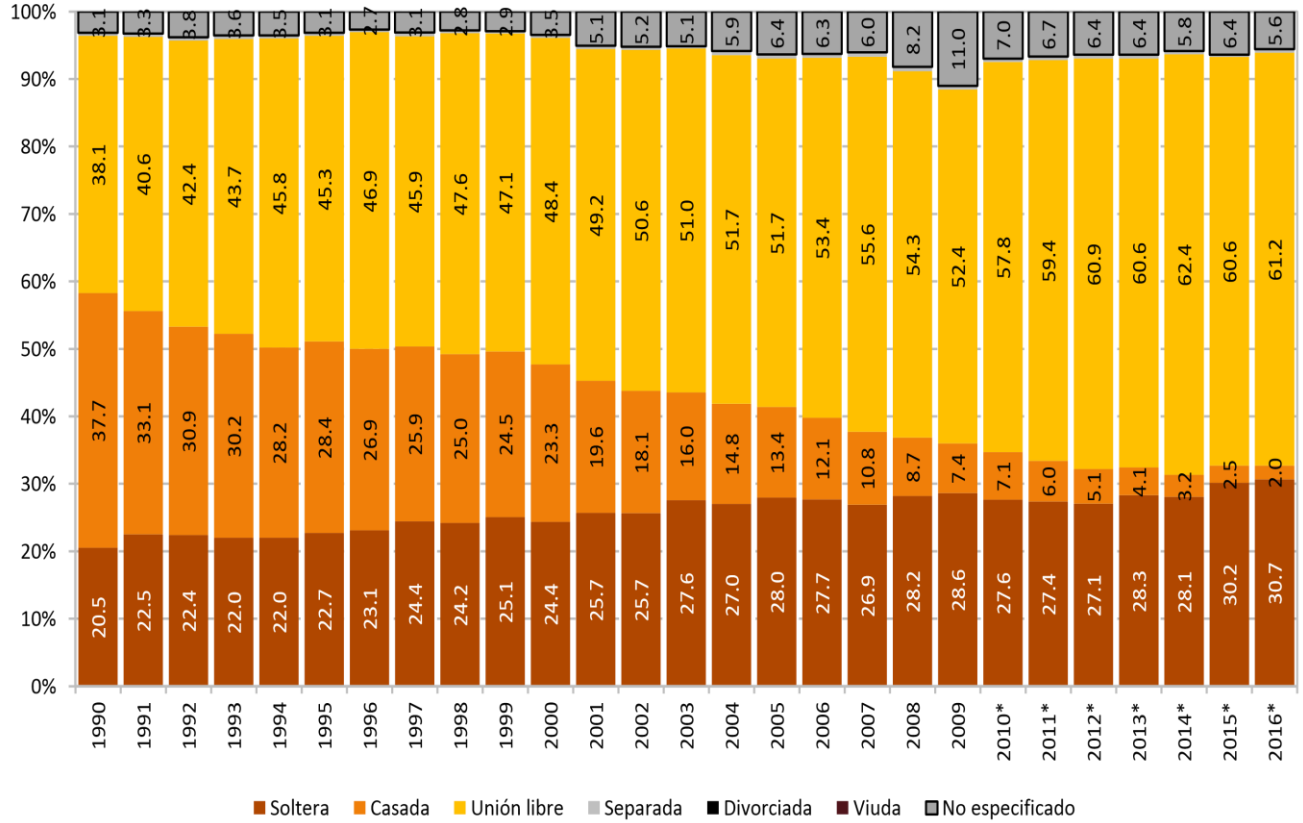
Gráfico 10. República Mexicana. Tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad por entidad federativa, 1990-2016



	TX	JL	CM	NL	GT	MI	QT	MX	SO	PU	BC	ZT	SL	DG	OX	SI	TB	HG	AG	NY	QR	VZ	CL	CH	YU	CP	MO	TM	BS	CO	CS	GR
1990	2.64	1.71	1.39	2.10	1.37	2.41	2.13	2.27	2.97	2.30	3.61	1.86	2.69	2.80	3.03	2.55	6.46	2.45	1.37	3.53	3.85	3.01	4.58	3.20	2.06	5.02	2.17	2.93	2.55	3.05	4.49	4.11
2000	2.18	2.01	1.05	2.14	1.57	1.99	1.37	1.98	2.77	2.39	3.50	1.93	2.89	2.35	3.00	2.33	5.06	2.02	1.94	3.54	3.85	3.56	4.31	3.13	2.28	5.25	2.04	3.01	3.94	3.32	5.26	3.98
2010*	2.09	1.98	1.81	2.15	1.93	2.34	2.08	2.45	2.67	2.62	2.70	2.49	2.77	2.74	3.11	2.85	3.69	2.80	2.80	3.74	3.57	3.32	3.75	3.61	3.26	4.14	3.04	3.61	4.17	3.98	4.56	4.47
2016*	2.23	2.31	2.43	2.51	2.71	2.91	2.97	3.01	3.16	3.25	3.27	3.27	3.47	3.48	3.58	3.61	3.63	3.69	3.82	3.95	4.01	4.05	4.34	4.49	4.52	4.54	4.65	4.92	5.10	5.38	5.42	6.09

* A partir del año 2010 se estima el total de nacimientos a partir de una extrapolación lineal con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

Gráfico 11. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación conyugal de la mujer, 1990-2016

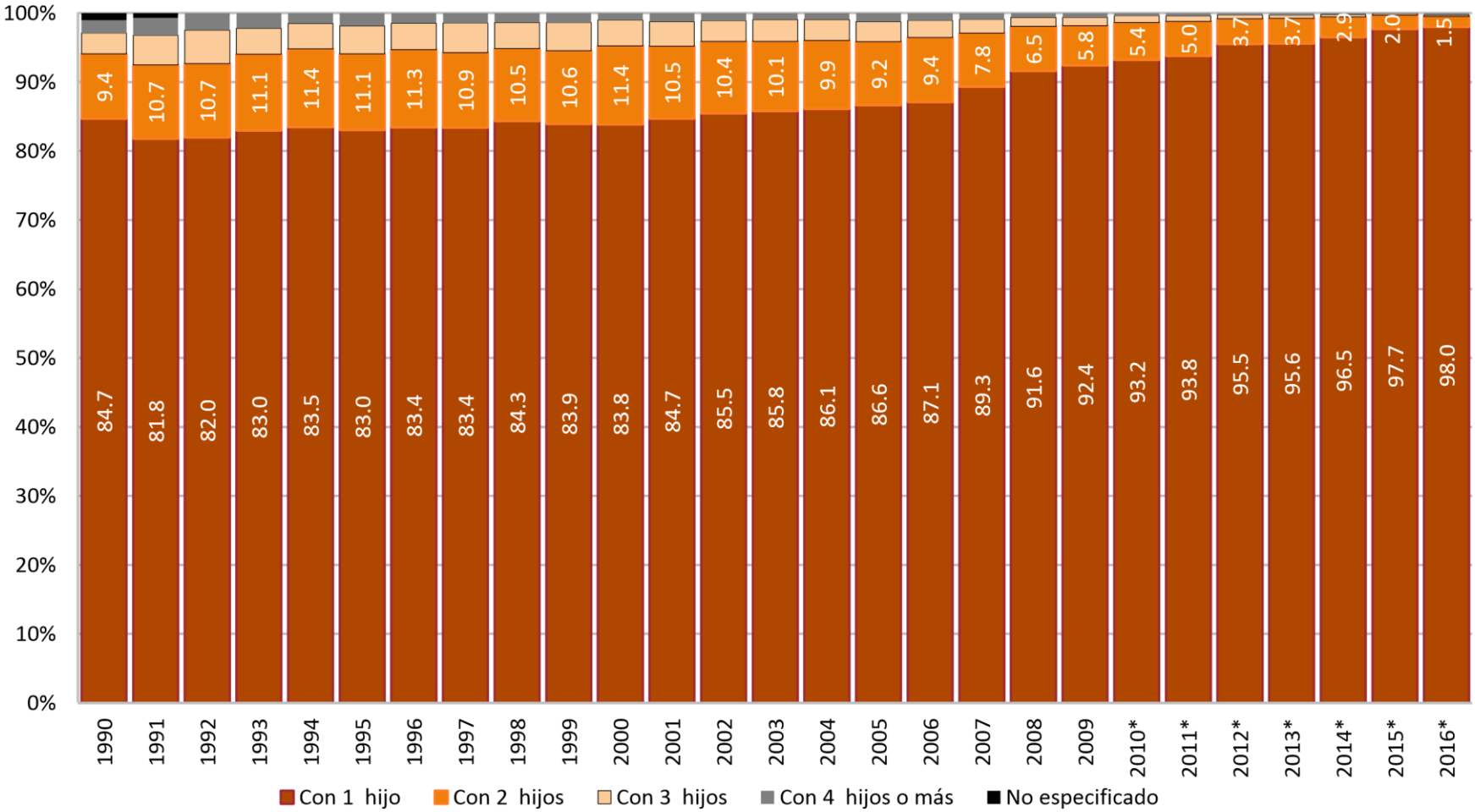


* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

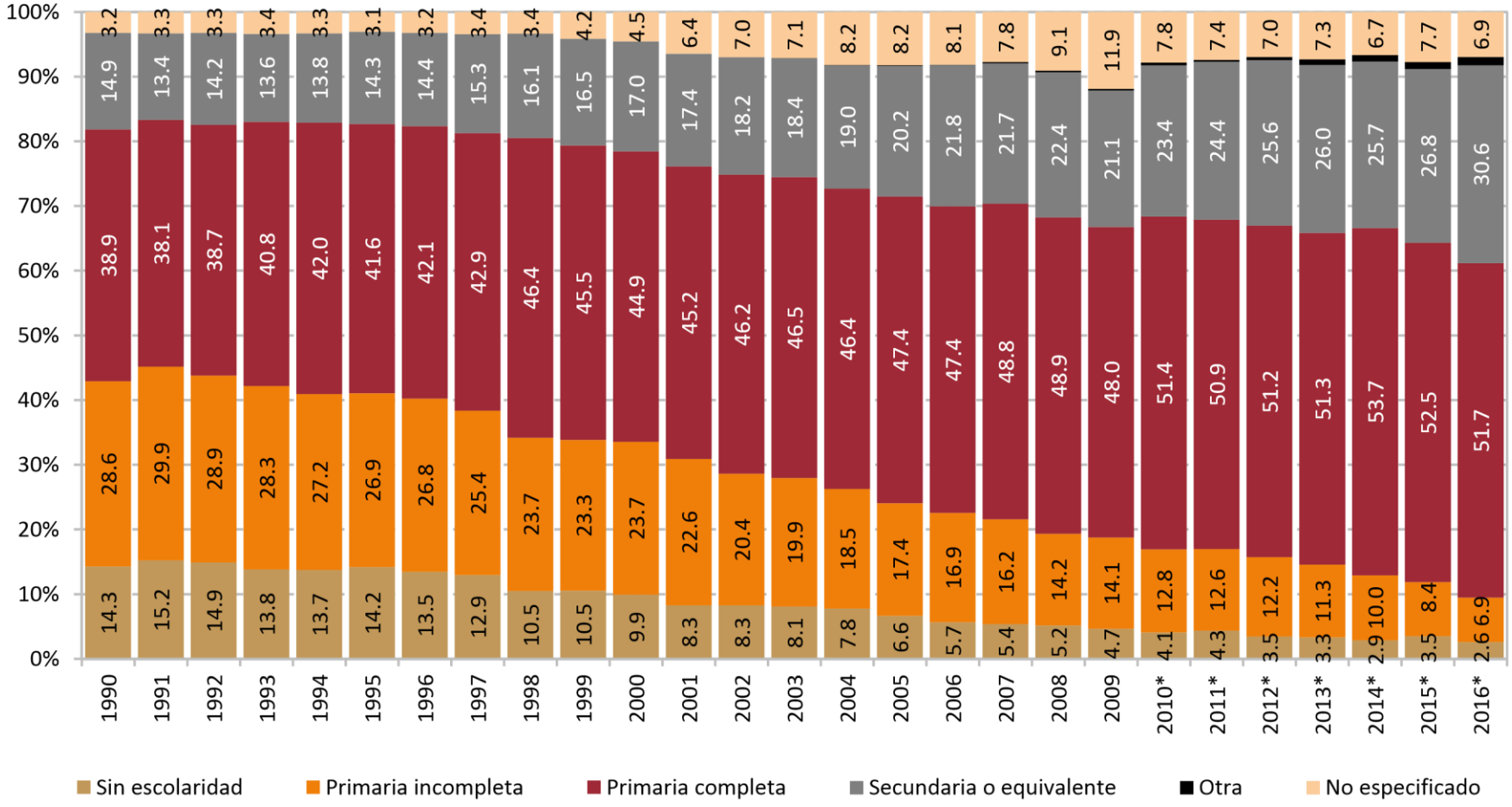
Ha habido una disminución importante en la frecuencia de aquellas niñas y adolescentes que declaran estar casadas: en 1990 este porcentaje era de 37.7, mientras que para 2016 se estima que es solo de 2.0 por ciento. No obstante, el porcentaje de niñas que manifestaron estar unidas, pasó de 38.1 a 61.2 por ciento en 2016.

Gráfico 12. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por orden de nacimiento del último hijo nacido vivo de la mujer, 1990-2016



* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 13. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por escolaridad de la mujer, 1990-2016

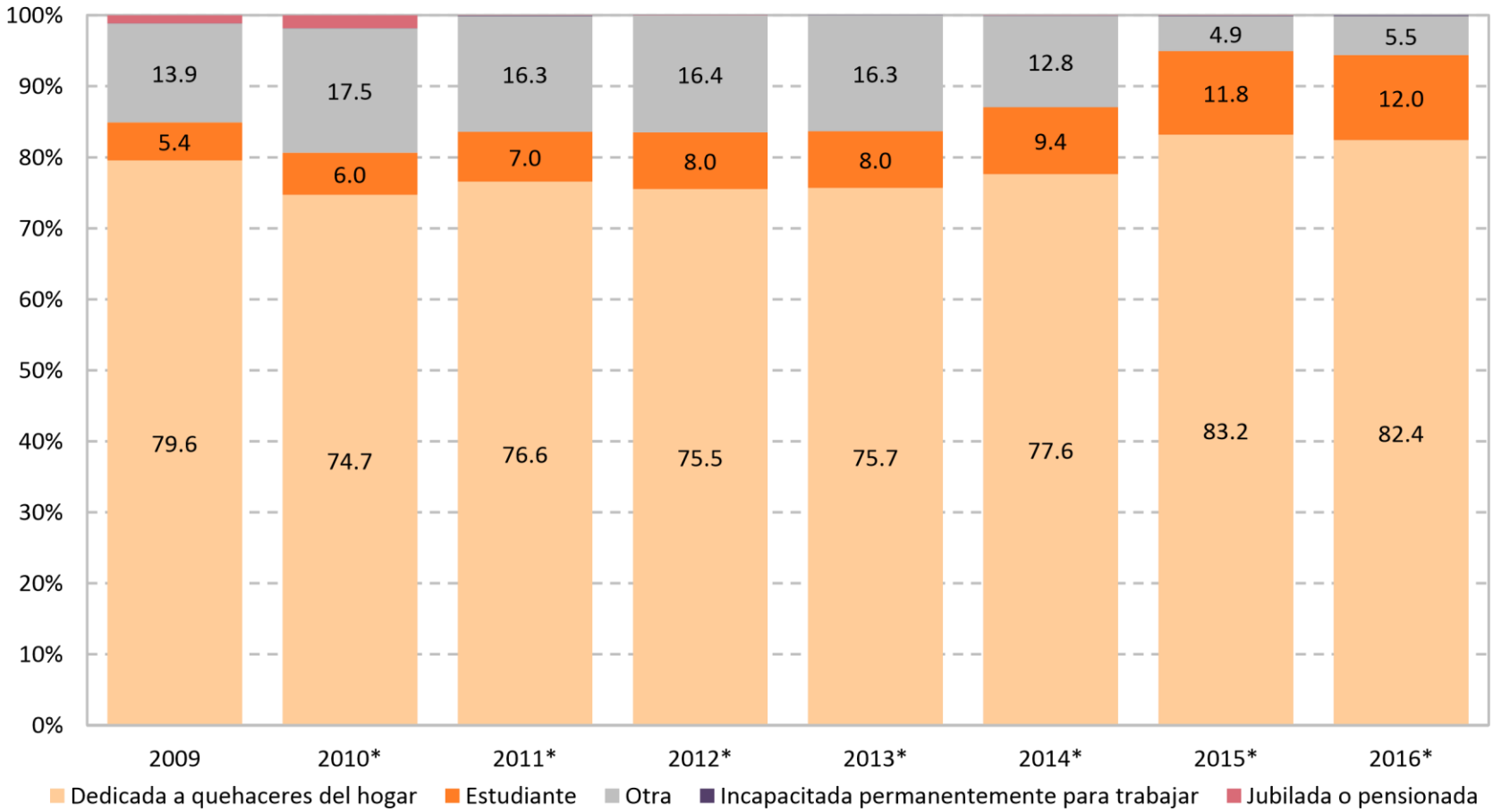


* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

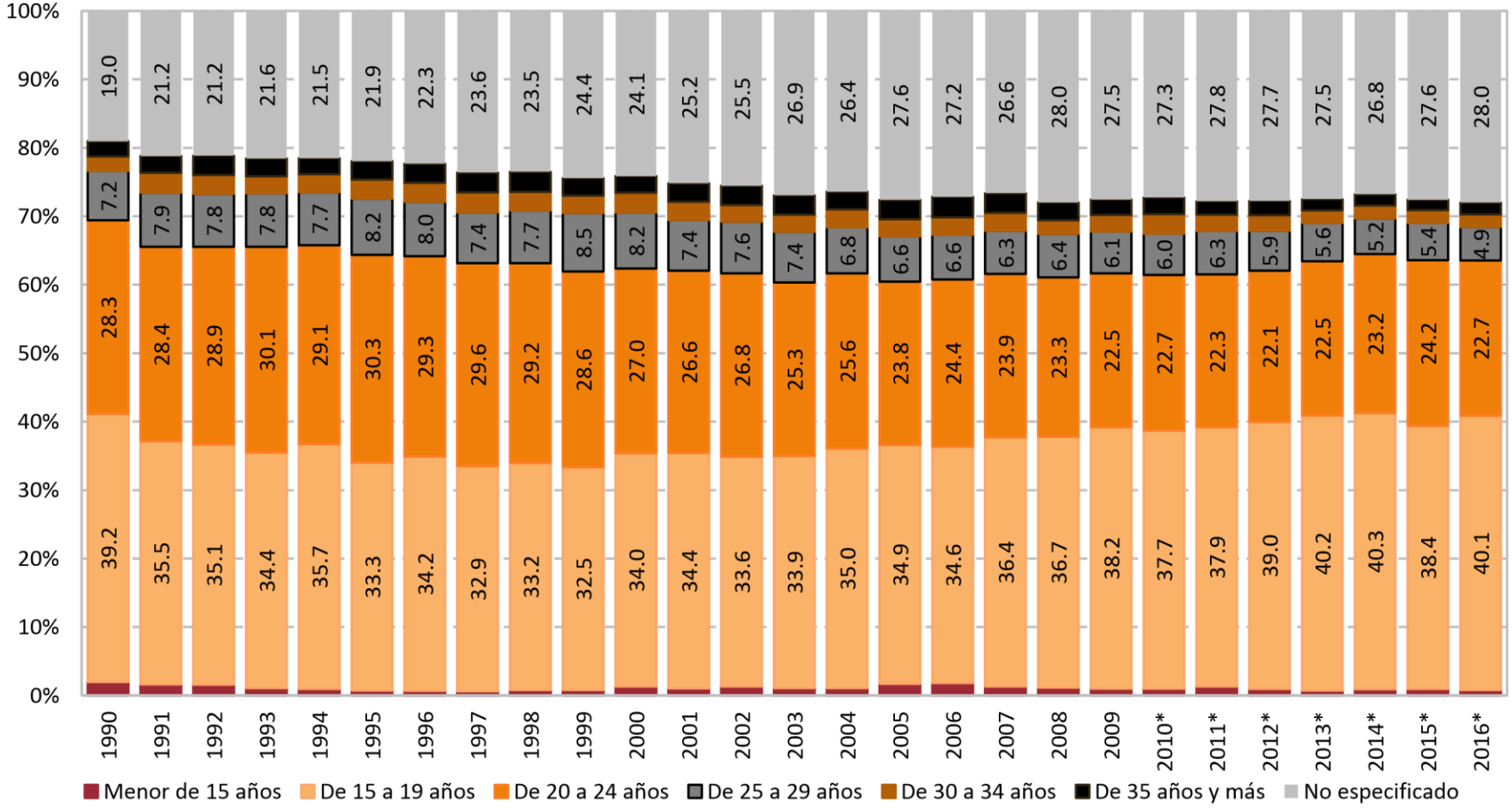
Gráfico 14. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación laboral de la mujer,

2009-2016



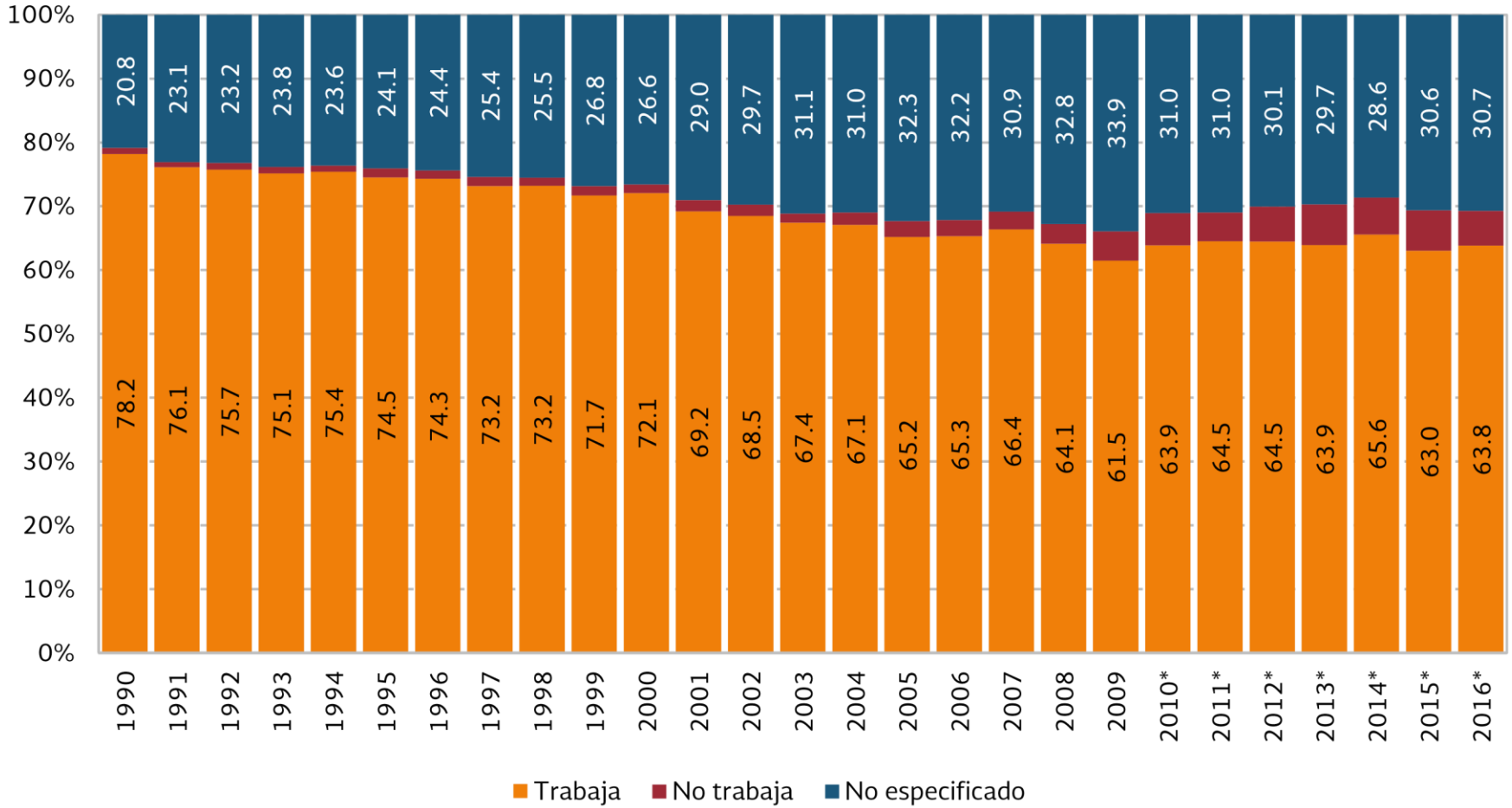
Nota: La desagregación sobre la actividad a la que se dedican los progenitores que no desempeñan una actividad económica comenzó a captarse a partir de 2009.
* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 15. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por edad del progenitor de sus hijos(as), 1990-2016



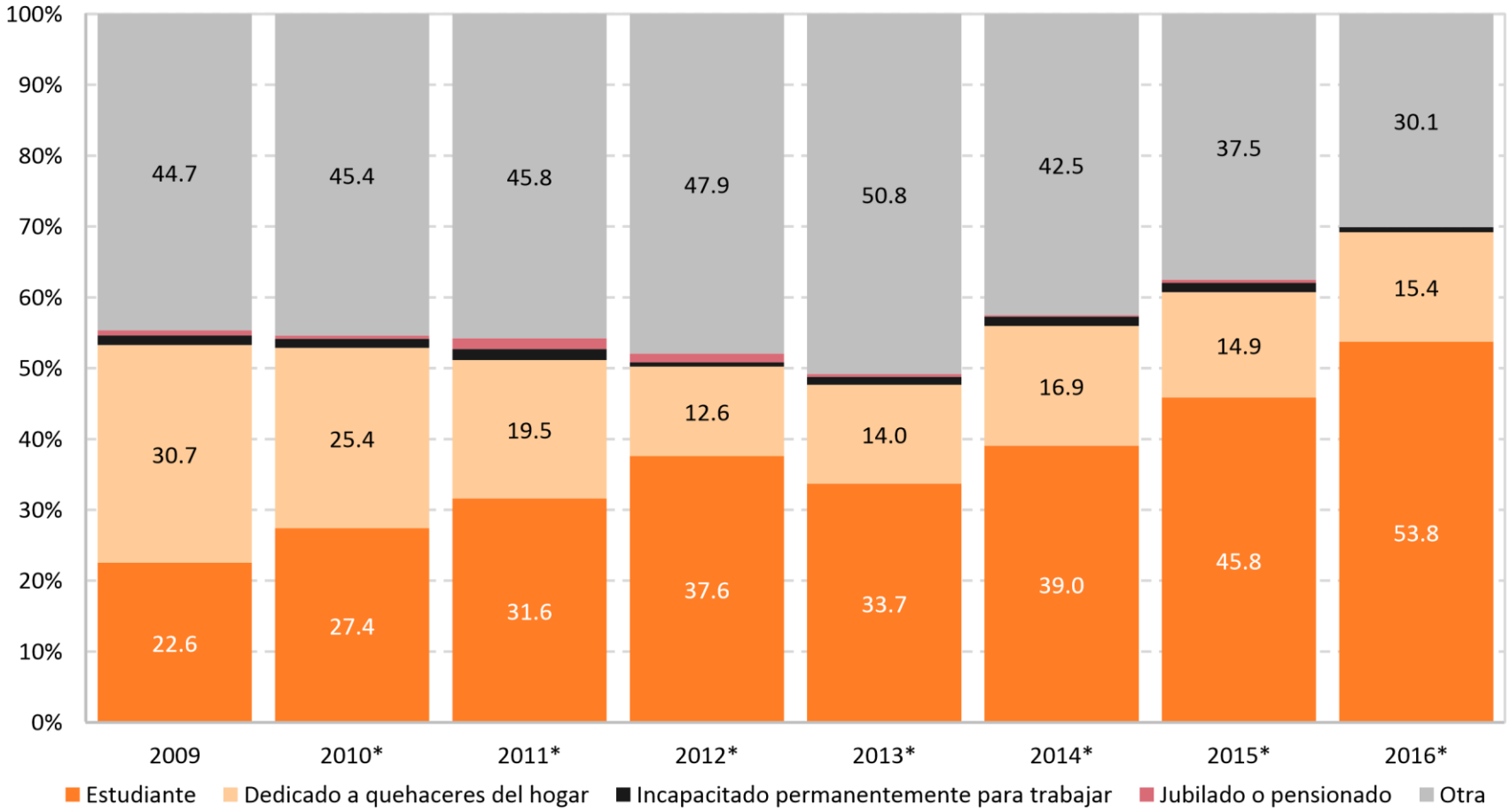
* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 16. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por condición de actividad económica del progenitor de sus hijos(as), 1990-2016



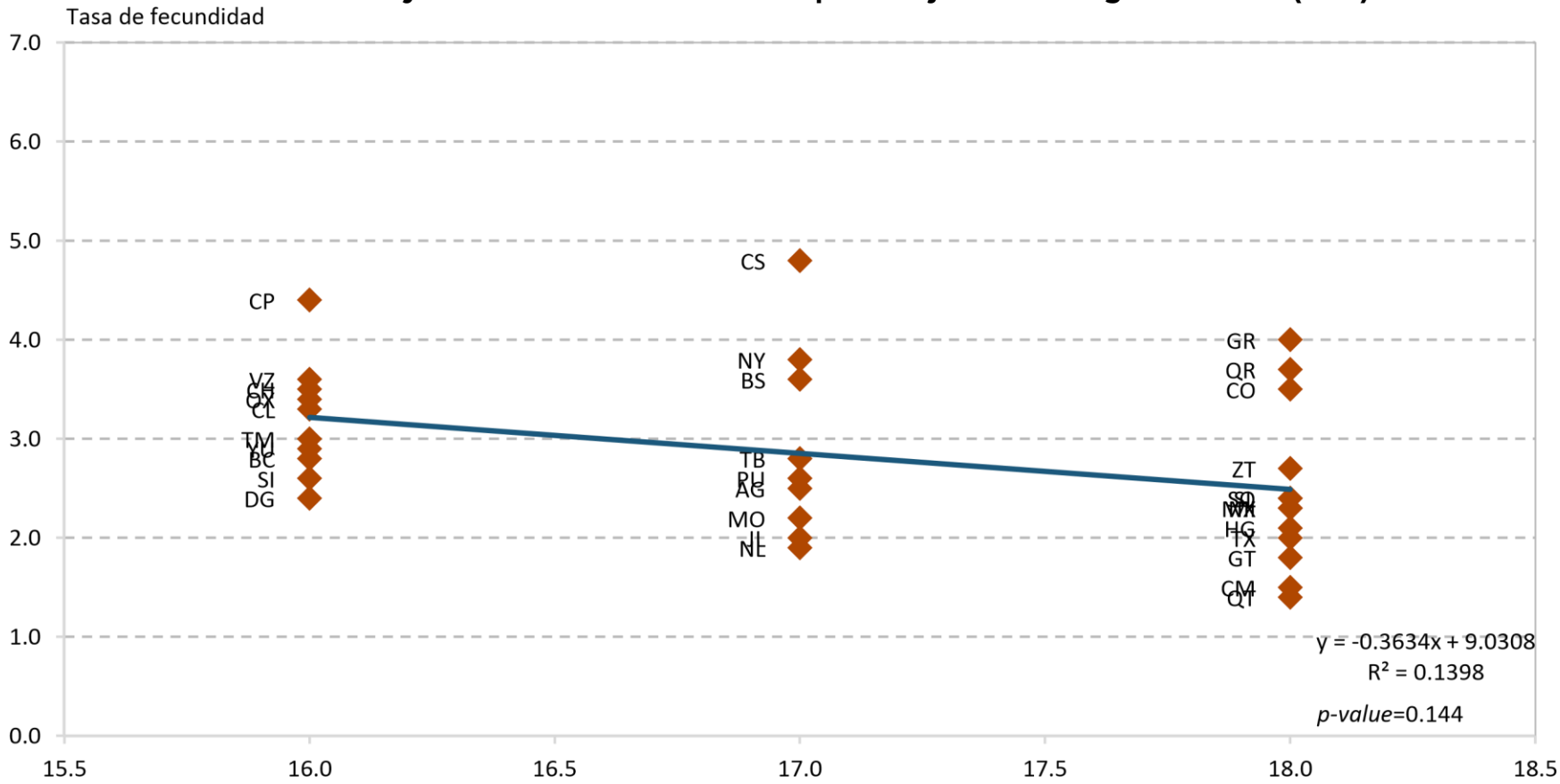
* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 17. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación laboral del progenitor de sus hijos(as), 2009-2016



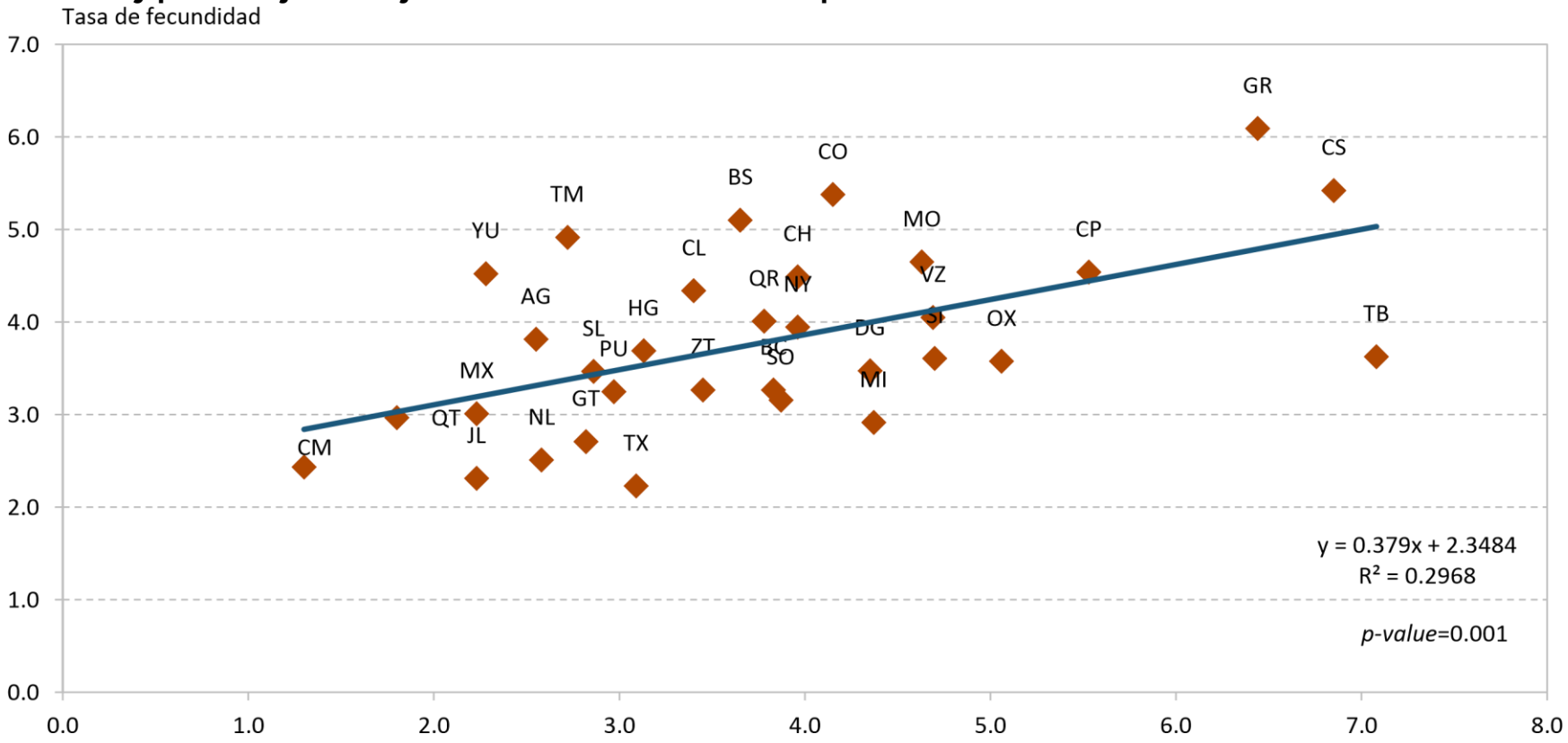
Nota: La desagregación sobre la actividad a la que se dedican los progenitores que no desempeñan una actividad económica comenzó a captarse a partir de 2009.
* Estimación con base en la reconstrucción de nacimientos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016.

Gráfico 18. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y edad mínima al matrimonio para mujeres en códigos estatales (2013)



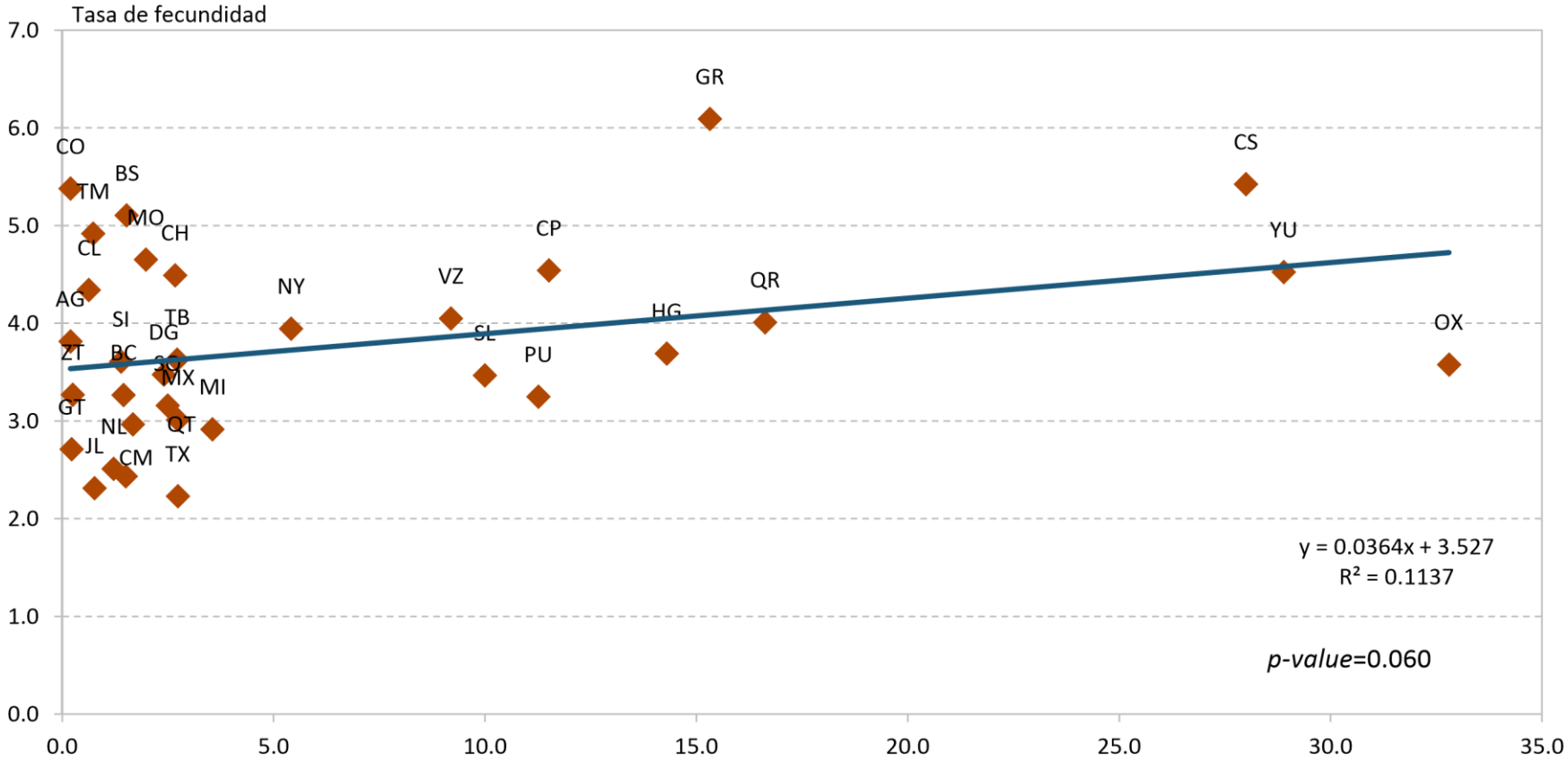
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016, CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030 y datos de Carmona (2013) con base en el Código Civil o Familiar de cada entidad federativa.

Gráfico 19. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que se casaron o unieron antes de los 15 años de edad



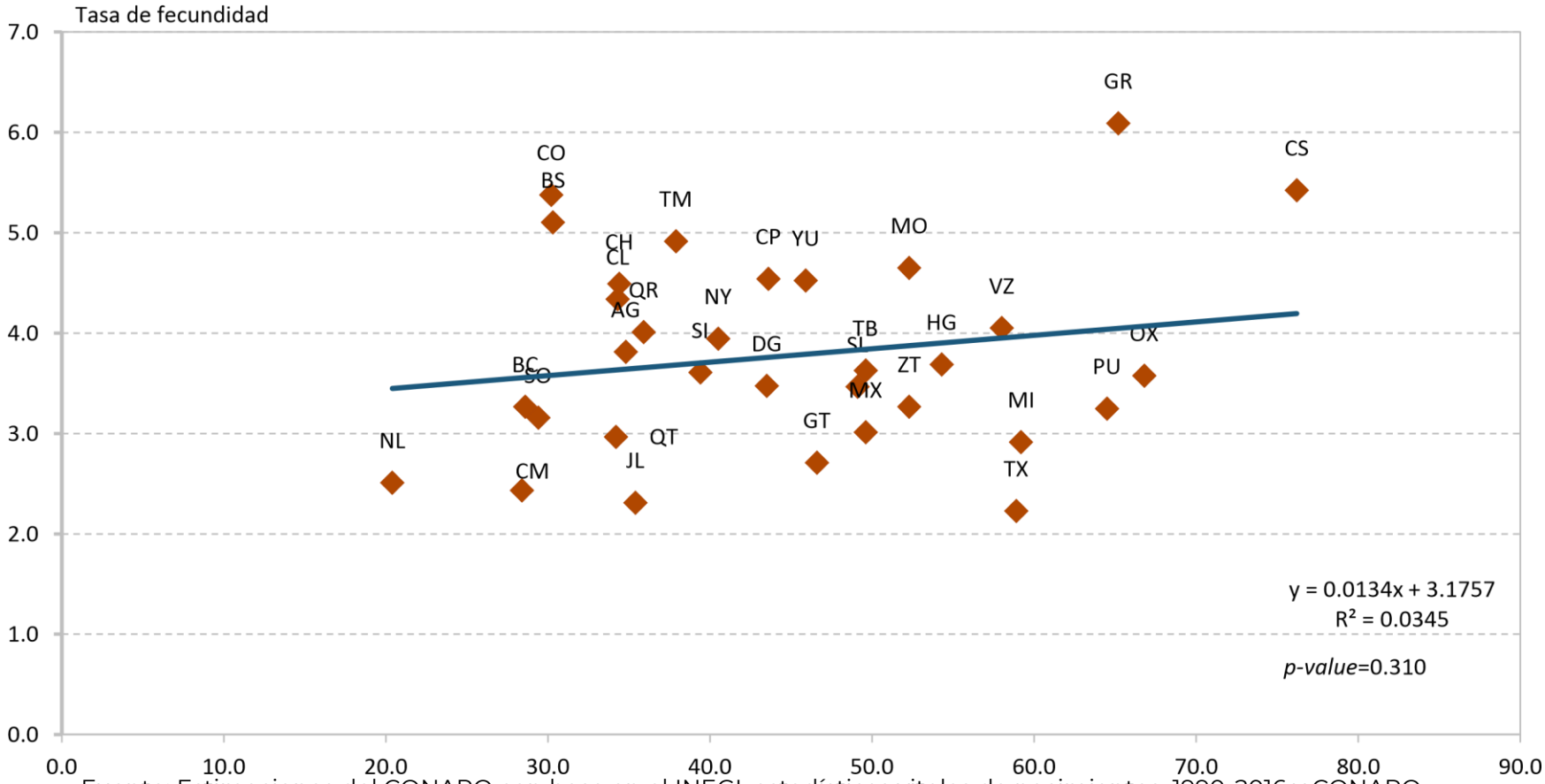
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

Gráfico 20. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de población hablante de lengua indígena



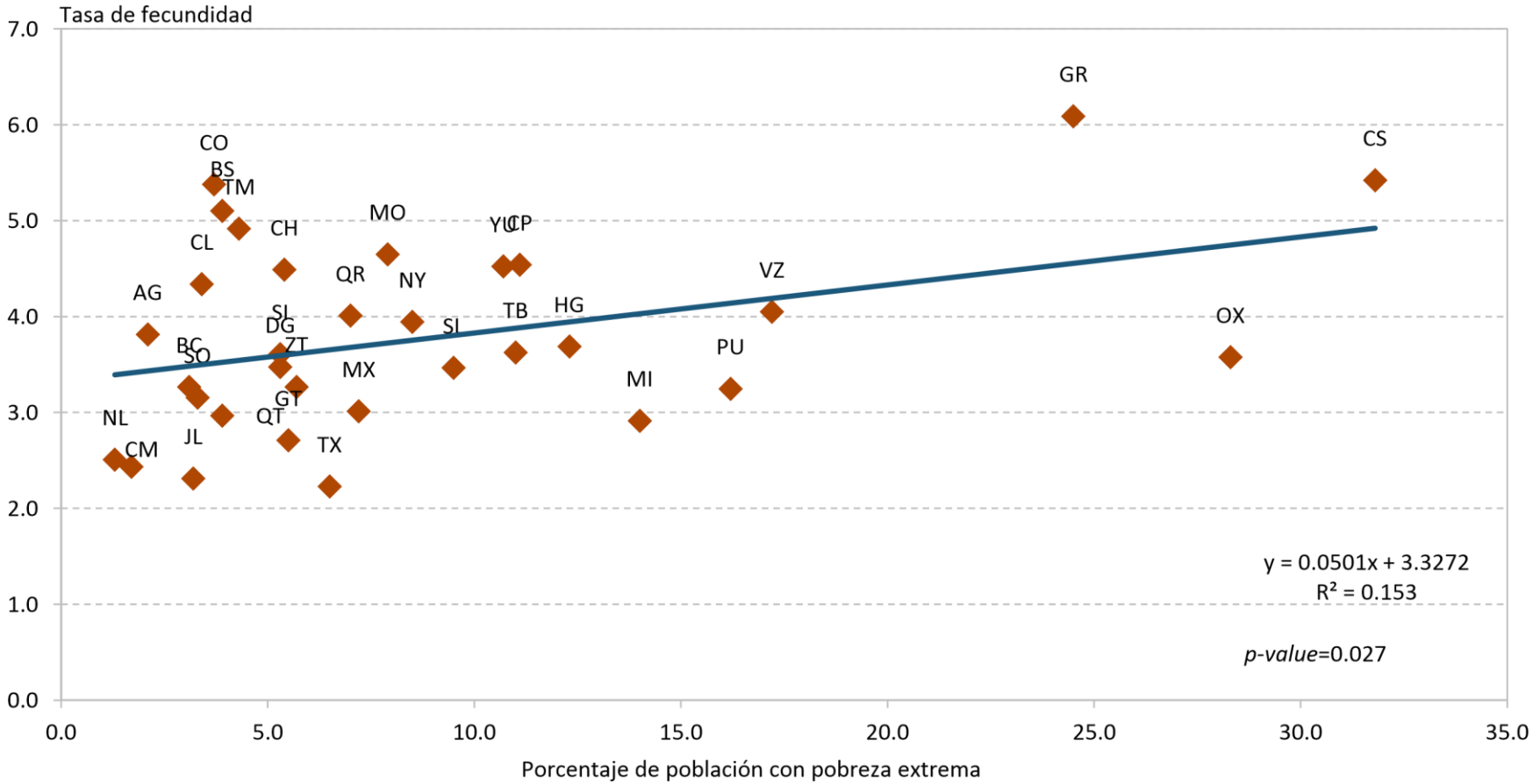
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 19902030, e Infografía. Población indígena. Estimaciones del CONAPO, con base en la Encuesta Intercensal, 2015.

Gráfico 21. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de población con pobreza



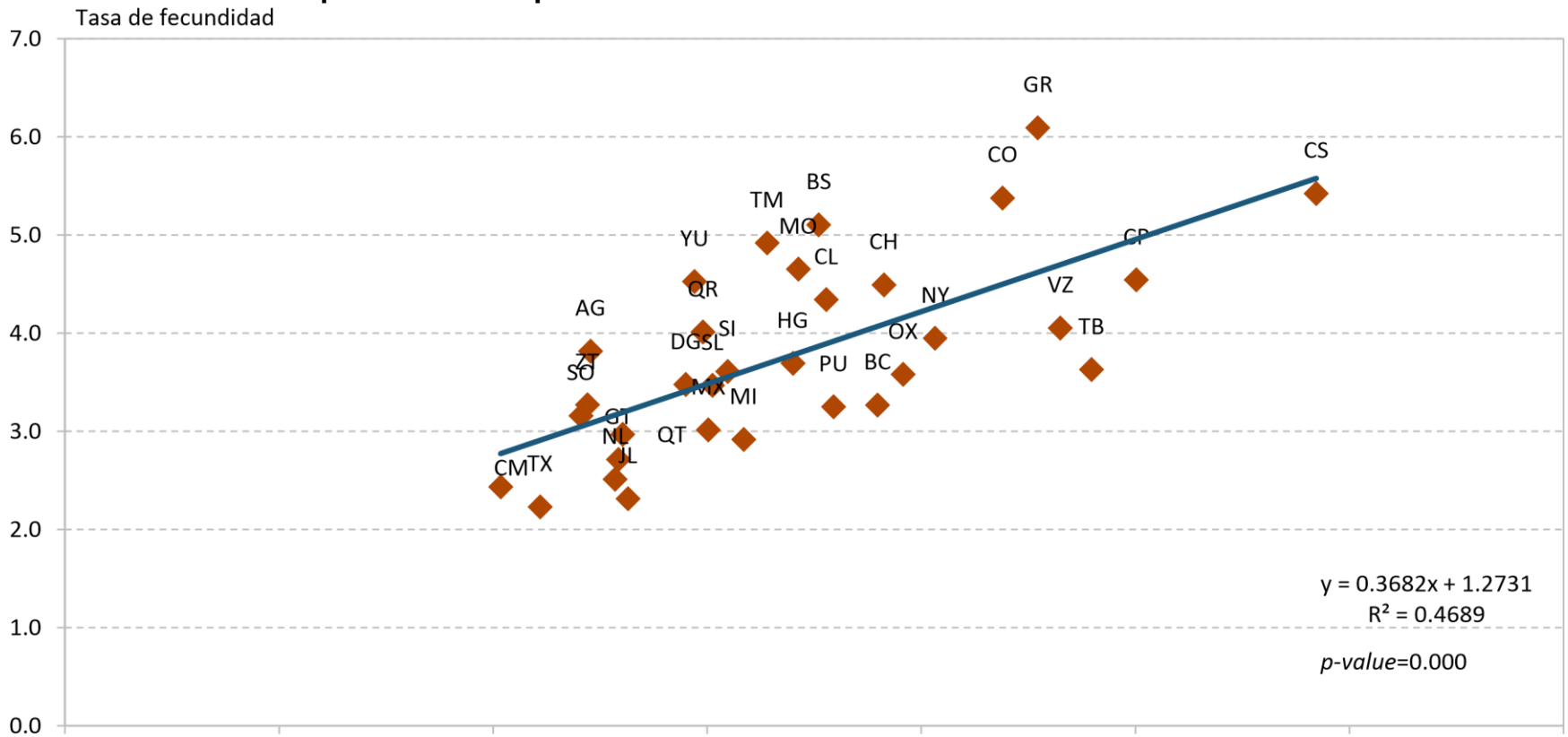
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030 y Estimaciones del CONEVAL, con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2015.

Gráfico 22. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de población con pobreza extrema



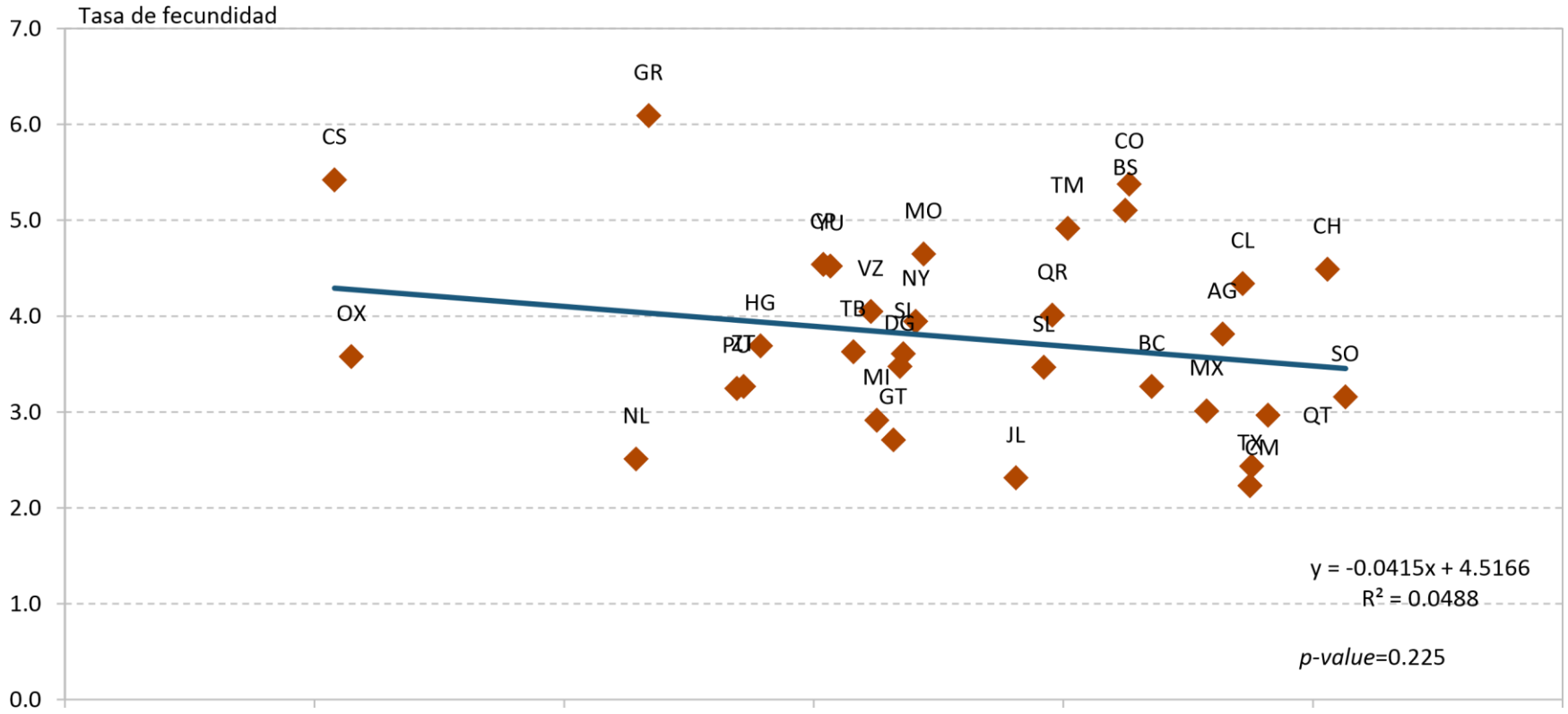
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030 y Estimaciones del CONEVAL, con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2015.

Gráfico 23. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad



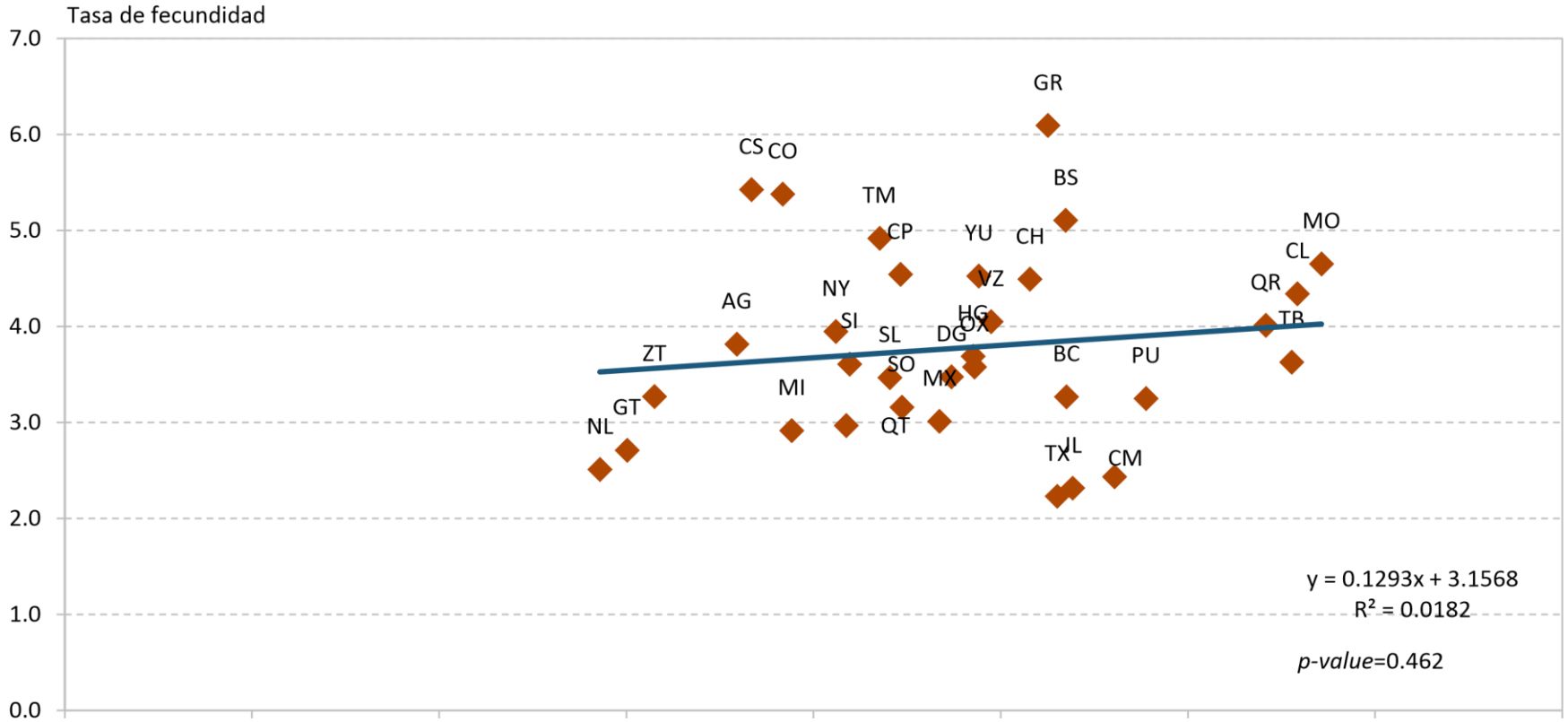
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

Gráfico 24. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y que usaron métodos anticonceptivos modernos



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2016, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

Gráfico 25. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que sufrieron violencia sexual[1] durante su infancia



[1]Solo incluyen a las mujeres que indicaron alguna de las siguientes situaciones: ¿Intentaron forzarla a tener relaciones sexuales? y ¿La obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenazas o a la fuerza?
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016 y CONAPO, Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1990-2030.

Lista de figuras, tablas y gráficos

FIGURAS

Figura 1. Modelo Ecológico para la prevención del embarazo adolescente. UNFPA.
Figura 2. Causalidades del embarazo en adolescentes menores de 15 años.
Figura 3. Causas inmediatas y subyacentes. Violencia Sexual.
Figura 4. Causas inmediatas y subyacentes. Matrimonio infantil y uniones tempranas.
Figura 5. Causas inmediatas y subyacentes. Proyecto de vida dependiente.
Figura 6. Causas inmediatas y subyacentes. Ejercicio no planificado de la sexualidad.
Figura 7. Causas estructurales.

TABLAS

Tabla 1. Situación conyugal de NNA de 12 a 14 años, 2015.
Tabla 2. Legislación permisiva sobre dispensas al matrimonio infantil.
Tabla 3. Alineación de los factores causales con el Modelo Ecológico.
Tabla 4. Recomendaciones de acción.

GRÁFICOS

Gráfico 1. República Mexicana. Número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 4 años de edad, 1990-2016
Gráfico 2. Porcentaje de nacimientos registrados por edad de la madre al momento del nacimiento según estado conyugal, 2015.
Gráfico 3. Porcentaje de matrimonios por relación de edad entre los cónyuges, 2015.
Gráfico 4. República Mexicana. Comparativo del número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad reconstruidos a 4 y 7 años y diferencias porcentuales, 1990-2009.
Gráfico 5. República Mexicana. Número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad según distintas fuentes, 1990-2016.

Gráfico 6. República Mexicana. Distribución porcentual de los nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por edades individuales según año de ocurrencia, 1990-2016.
Gráfico 7. República Mexicana. Número de nacimientos estimados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por entidad federativa, 1990-2016.
Gráfico 8. República Mexicana. Tasa y razón de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad, 1990-2016.
Gráfico 9. República Mexicana. Razón de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por entidad federativa, 1990-2016.
Gráfico 10. República Mexicana. Tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad por entidad federativa, 1990-2016
Gráfico 11. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación conyugal de la mujer, 1990-2016.
Gráfico 12. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por orden de nacimiento del último hijo nacido vivo de la mujer, 1990-2016
Gráfico 13. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por escolaridad de la mujer, 1990-2016
Gráfico 14. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación laboral de la mujer, 2009-2016.
Gráfico 15. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por edad del progenitor de sus hijos(as), 1990-2016
Gráfico 16. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por condición de actividad económica del progenitor de sus hijos(as), 1990-2016.
Gráfico 17. República Mexicana. Distribución porcentual de nacimientos de niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad por situación laboral del progenitor de sus hijos(as), 2009-2016
Gráfico 18. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y edad mínima al matrimonio para mujeres en códigos estatales (2013).
Gráfico 19. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que se casaron o unieron antes de los 15 años de edad.

Gráfico 20. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de población hablante de lengua indígena.
Gráfico 21. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de población con pobreza.
Gráfico 22. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de población con pobreza extrema
Gráfico 23. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
Gráfico 24. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y que usaron métodos anticonceptivos modernos.
Gráfico 25. República Mexicana. Correlación entre la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de 12 a 14 años de edad y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que sufrieron violencia sexual[1] durante su infancia.

Referencias

1. Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR)-Investigación en Salud y Demografía. (INSAD). *Monitoreo de la instrumentación del programa de acción específico de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Recomendaciones*. México: ANDAR-INSAD, 2013. Manuscrito Inédito.
2. Amnistía Internacional (AI). *El Estado como "aparato reproductor" de violencia contra las mujeres. Violencia contra las mujeres y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe*. México: Oficina Regional de AI para las Américas, 2016. https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/3388/2016/es/
3. Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC). "Definiciones Básicas". AMSSAC. http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/ (Consultado el 9 de enero de 2017)
4. _____. *Educación Integral de la Sexualidad. Formación para maestras y maestros de Educación Básica. Manual para la educadora y el educador. Nivel preescolar. Manual para la maestra y el maestro. Nivel primaria. Manual para la maestra y el maestro. Nivel secundaria*. México: SEP, 2012. http://educacionprimaria.mx/guia-y-manual-de-educacion-integral-de-la-sexualidad-para-el-maestro-y-la-maestra-de-preescolar-primaria-y-secundaria/
5. Bitácora Social. *Embarazo y maternidad en niñas. Entendimiento sociocultural*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), 2017.
6. Capdevielle, Pauline. *La libertad de conciencia frente al Estado laico/México*. México: UNAM-Instituto de Investigaciones (IIJ), 2015).
7. Carbonell, Miguel. *El Derecho a la Salud*. México: UNAM-IIJ, 2013.
8. Casas, Ximena *et al*. *Vidas robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años*. Planned Parenthood Federation of America (PPFA), 2016. http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf
9. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV)-Comité de Violencia Sexual. *Diagnóstico cuantitativo sobre la atención de la violencia sexual en México. Informe final*. México: CEAV, 2016. http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Diagno%C3%8C%C2%81stico-Cuanti-VS-Versi%C3%83%C2%B3n-completa-14-marzo-CVS.pdf
10. _____. *Cartilla de derechos de las víctimas de violencia sexual infantil*. 2.ª ed. México: CEAV-Comité de Violencia Sexual, 2016. http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/cartilla.pdf

11. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). "Descifr3mo5". *Género y salud en cifras* , vol. 14, núm. 2, mayo-agosto (2016), https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/documentos/genero-y-salud-en-cifras-vol-14-num-2-mayo-agosto-2016 (Consultado el 10 de marzo de 2017).
12. Chiarotti, Susana (coord.). *Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Asunción, Paraguay: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres (CLADEM), 2016. https://www.cladem.org/images/pdfs/publicaciones/regionales/violencia/nin%CC%83as-madres-resumen-ejecutivo.pdf
13. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). *El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*. México: CNDH ,2017.
14. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Comité de los Derechos del Niño (CRC). *Recomendación General núm.31 del* CEDAW *y Observación General núm. 18 del* CRC *sobre las prácticas nocivas*, resolución CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC18, 14 de noviembre de 2014. En ONU-Mujeres. *Matrimonios y uniones tempranas de niñas*. México: ONU-Mujeres, 2016.
15. Comité Promotor. *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. 2.ª ed. México: Comité Promotor, 2016.
16. Consejo Nacional de Población (CONAPO). *El abuso sexual infantil debe acabar. ¡No te calles!* México: CONAPO, 2016.
17. Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI)-UNFPA-OPS-UNICEF *et al*. *Prevención del embarazo en adolescentes con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: "Hacia una política nacional"*. Santo Domingo: Despacho de la Primera Dama-Ministerio de Salud Pública-Ministerio de Educación *et al*., 2011. https://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf
18. Convención de los Derechos del Niño. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas, 1989. Artículo 5.
19. Diario Oficial de la Federación (DOF). Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Artículos 50, fracciones V y XI, y 58, fracción IX. México: DOF, 4 de diciembre de 2014. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014
20. _____. Código Civil Federal, última reforma. Artículo 156, fracción VI. México: DOF, 24 de diciembre de 2013.
21. _____. Ley General de Educación, última reforma. Artículo 7, fracción X. México: DOF, 22 de marzo de 2017.
22. Díaz, Armando. "La contienda por los contenidos de educación sexual: repertorios discursivos y políticos utilizados por actores en México a inicios del siglo XXI". *Debate Feminista*, núm. 53 (2017). http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2017/05/articulos/DF_18.pdf (Consultado el 25 de noviembre de 2017).

23. División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, UNICEF. *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013*. Nueva York: UNFPA, 2013. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf
24. Estadísticas y formatos DGPPyEE, SEP y Proyecciones de Población a mitad de año CONAPO 1990-2030. Manuscrito inédito (abril 2013).
25. Flores, Brando. "4 grandes falacias del Frente Nacional por la Familia". *Animal político*, 10 de septiembre de 2016 (2016). http://www.animalpolitico.com/blogueros-de-generando/2016/09/10/falacias-frente-nacional-familia/ (Consultado el 8 de septiembre de 2017).
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Conceptos fundamentales-Planificación y gestión de programas basados en resultados. Instrumentos para reforzar las buenas prácticas de programación. Planificación Estratégica y Orientación Programática / Oficina de Evaluación*. UNICEF, 2003).
27. _____. *Ending Child Marriage. Progress and Prospects*. Nueva York: UNICEF, 2014.
28. _____. *Guía para la aplicación del monitoreo de resultados para la equidad*. Lima, Perú: UNICEF, 2013.
29. _____-Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza y derechos de niñas, niños y adolescentes en México, 2014*. México: UNICEF-CONEVAL 2015. http://www.unicef.org/mexico/spanish/MX_Pobreza_derechos.pdf
30. _____. *Niñas y niños fuera de la escuela, México*. México: UNICEF, 2016. http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_NFE_MEX.pdf
31. _____. *Los derechos de la niñez y la adolescencia en México. Análisis de su situación*. Manuscrito inédito. UNICEF, 2017.
32. _____. Taller sobre determinantes del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. Ciudad de México, 19 de octubre, 2017.
33. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Directrices Operacionales del UNFPA para la Educación Integral de la Sexualidad*. Nueva York, EUA: UNFPA, 2014.
34. _____. *El Estado Mundial de la Población 2014. El Poder de los Adolescentes. Los Jóvenes y la Transformación del Futuro*. UNFPA, 2014.
35. _____. *Guía para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en las Entidades Federativas*. México: UNFPA, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233399/Gu_a_ENAPEA_Versi_n_Final_Mayo_2017.pdf
36. _____. *Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. El Estado Mundial de la Población 2017*. Nueva York: UNFPA, 2017.
37. _____. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), ONU-MUJERES, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Los estándares internacionales de derechos humanos sobre la edad mínima para contraer matrimonio. México 2016*. México: UNICEF, 2017).

38. Fundación Mexicana de Apoyo Infantil-Save the Children. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estado de las madres en México*. México: Save the Children, 2016.
39. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Data Cívica, IPPF y MEXFAM. *Prohibir sin proteger el matrimonio adolescente en México*. México: GIRE, Data Cívica, IPPF y MEXFAM, 2017.
40. _____. *Violencia sin interrupción*. México: GIRE. http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/12/violencia_sin_interrupcion.pdf
41. Gutiérrez, Juan Pablo *et al. Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Documento 2*. INSP. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98255/Documento_2_Plan_de_Monitoreo_de_la_ENAPEA.pdf
42. _____ *et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados nacionales*. 2.ª. ed. Cuernavaca, México: INSP, 2013.
43. Hernández, Alexis. "¿Qué futuro con este presente? El caso de los embarazos en niñas y adolescentes". *Revista Con la A*, núm. 54 (2017). http://conlaa.com/que-futuro-con-este-presente-el-caso-de-los-embarazos-en-ninas-adolescentes/
44. Hernández, Alicia y José González. "Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada". *Ciencia Ergo Sum*, vol. 23, núm. 2 (2016). http://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10446094003/html/index.html (Consultado el 26 de noviembre de 2017).
45. Herrera, C. *La construcción sociocultural del amor romántico*. 2.ª ed. Madrid: Fundamentos, 2013. Citado en B. Hernández. "Concepción del amor romántico y la violencia de género en la adolescencia". Tesis de Licenciatura, Universidad de la Laguna, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación, 2015.
46. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas de natalidad*. México: INEGI, 2015.
47. _____. *Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI, 2015.
48. _____. *Registros administrativos. Estadísticas vitales sobre nupcialidad*. México: INEGI, 2015.
49. _____. "Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 2016". *Boletín de prensa,* núm. 379/17. Ciudad de México (2017). http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf (Consultado el 20 de agosto de 2017).
50. _____. *Censo Nacional de Impartición de Justicia Estatal 2016: resultados*. México: INEGI, 2017. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825091583.pdf
51. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). "Embarazo Adolescente". *Boletín INMUJERES,* año 1, núm. 2 (2015). http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN2.pdf (Consultado el 4 de octubre de 2017).

52. _____. "Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes". INMUJERES. https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454
53. _____. *Documento de trabajo*. México: INMUJERES, 2016. Manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*Encuesta Intercensal 2015)*.
54. _____. *Documento de trabajo*. México: INMUJERES, 2017. Manuscrito inédito.
55. _____. *Documento de trabajo.* México: INMUJERES, 2017. Manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*Estadísticas vitales*).
56. _____. *Documento de trabajo.* México: INMUJERES, 2017. Manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*ENDIREH-2016*).
57. _____. *Documento de trabajo*. México: INMUJERES, 2017. Manuscrito inédito realizado con base en datos del INEGI (*Estadísticas de nupcialidad 2014 y 2015*).
58. _____. *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2016*. México: INMUJERES, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/221292/informe-2016-ENAPEA.pdf
59. _____. *Documento de trabajo*. México: INMUJERES, 2018. Manuscrito inédito.
60. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. INSP, s. f.
61. _____. "Salud reproductiva, anticonceptivos y embarazo. La situación en adolescentes y mujeres jóvenes mexicanas". INSP. https://www.insp.mx/avisos/4170-salud-reproductiva-16.html
62. _____. *Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Informe Final*. México: INSP, 2014. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf
63. _____. *Estudio sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes desde las Masculinidades. Informe final*. México: INSP, 2015.
64. _____-UNICEF. *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Resumen ejecutivo*. México: INSP-UNICEF, 2015.
65. Ipas México. *Datos recuperados del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud (SSA)*. México: Ipas, 2017. Manuscrito inédito.
66. Ipas. "Embarazo Impuesto por Violación: Niñas-madres menores de 14 años". Ipas. http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Embarazo-impuesto-por-violacion-Resumen%20ejecutivo.aspx
67. IPPF/Región Hemisferio Occidental (RHO)-Democracia y Sexualidad (DEMISEX). *Evaluación de la implementación de la declaración ministerial "prevenir con educación". Su cumplimiento en América Latina 2008-2015*. México: IPPF/RHO-DEMISEX, 2015. https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/EVALUACION%202015%20FINAL%20VERSION%20WEB.pdf

68. Jiménez González, Alberto *et al*. "Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso". *Salud Pública de México*, vol. 59, núm. 1, enero-febrero (2017). http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8410 (Consultado el 15 de agosto de 2017).
69. Lago, Ignacio. *Causalidad, Estadística y Mecanismos Causales*. Universitat Pompeu Fabra. https://www.upf.edu/documents/3298404/3311450/metodologia-espaxol.pdf/5687bff8-80c2-452e-acee-adf9a04bb0ee
70. Lansdown, Gerison. *La Evolución de las Facultades del Niño*. Italia: UNICEF, 2005. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/EVOLVING-E.pdf
71. Lerner, Susana e Ivonne Szasz (Coords.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México y AFLUENTES, 2009. http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2010/01/Salrep-Colmex.pdf
72. Lorenzen Martiny, M. *Migración de niñas, niños y adolescentes: Antecedentes y análisis de información de la Red de módulos y albergues de los Sistemas DIF, 2007-2016*. México: CONAPO, 2016.
73. Martínez, M. *El abuso sexual infantil en México: limitaciones de la intervención estatal*. México: UNAM-IIJ, 2016.
74. Näslund-Hadley, Emma y Georgina Binstock. "El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase". *Notas Técnicas,* núm. IDB-TN-281. http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36562729 (Consultado 24 de septiembre de 2017).
75. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los Derechos del Niño, A/RES/44/25. New York: ONU, 1989.
76. _____-Mujeres. *Matrimonios y uniones tempranas de niñas*. México: ONU-Mujeres, 2016.
77. Organización de Estados Americanos (OEA)-Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)-CEVI. *Garantizar los derechos humanos de las niñas frente a la violencia sexual. Comunicado por el "caso Mainumby"*. Washington: OEA-MESECVI-CEVI, 2015.
78. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *¿Cómo va la vida? Medición del Bienestar*. OCDE, 2015.
79. _____. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México*. París: OCDE, 2016. http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/9789264265523-es
80. Pantelides, Edith Alejandra. "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina". *Notas de Población*, año 31, núm. 78 (2004).
81. Pérez J. y R. Hernández. "El matrimonio de menores de edad en México". *Coyuntura Demográfica*, núm. 8 (2015). http://www.somede.org/coyuntura-demografica/index.php/numero-8/item/matrimonio-menores-edad-mexico (Consultado el 14 de septiembre de 2017).
82. Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA)-Family Care International (FCI)-UNFPA-Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). *Buenas prácticas para la prevención*

del embarazo en adolescentes. Herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas. Bogotá: PLANEA-FCI-UNFPA-AECID, 2011.

83. Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). *REDIM invita este 10 de Mayo a recordar que en México existen Madres Adolescentes para quienes está pendiente la garantía de derechos*. México: REDIM, 2010. http://www.derechosinfancia.org.mx/Especiales/10052010%20Madres%20adolescentes.html
84. Restrepo, O. *et al. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Ministerio de Salud y Protección Social*. UNFPA, 2014.
85. Rojas, Rosalba *et al*. "Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México". *Salud Pública de México*, vol. 59, núm. 1, enero-febrero (2017). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100019 (Consultado el 9 de enero de 2018).
86. Roldán, Nayeli. "Los planes de estudio en México evitan temas sobre "género" y "placer": estudio". *Animal Político*, 7 de octubre de 2015 (2015). http://www.animalpolitico.com/2015/10/mexico-esta-rezagado-en-educacion-sexual-revela-estudio-internacional/ (Consultado el 9 de enero de 2018).
87. Salinas Mulder, Silvia (coord.). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe anual*. Panamá: Plan Internacional-UNICEF, 2014. https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf
88. Sánchez, A. y A. García. "Educación sexual y adolescencia: mitos y perspectivas". *Anales de Pedagogía*, núm. 19-2001 (2001).
89. Secretaría de Educación Pública (SEP). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. México: SEP, 2012. http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf
90. _____-Oficialía Mayor, Área de Igualdad de Género. *Agenda Sectorial para la Educación Integral en Sexualidad con énfasis en la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Avances. Líneas de Acción de la ENAPEA. 20 de septiembre de 2016*. México: SEP-Oficialía Mayor, Área de Igualdad de Género, 2016. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8_Acciones_SEP_Dra_Silvia_Ramirez.pdf
91. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018*. México: SHCP, 2017. http://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2018/paquete/egresos/Proyecto_Decreto.pdf
92. Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018*. México: Secretaría de Salud, 2013.
93. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Códigos civiles y familiares de las 32 entidades federativas y Código Civil Federal. http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/Buscar.aspx?TPub=2
94. Unidad de Política Migratoria-Secretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos-Secretaría de Gobernación (SEGOB). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2015*. México: Unidad de Política Migratoria-

Secretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos-SEGOB, 2015.

95. United Nations (UN)-Division for Social Policy and Development Disability. "Special Rapporteur 1994-2002: Bengt Lindqvist". UN-Division for Social Policy and Development Disability. https://www.un.org/development/desa/disabilities/about-us/history-of-disability-and-the-united-nations/special-rapporteur-1994-2002-bengt-lindqvist.html
96. United Nations Children's Fund (UNICEF)-Division of Policy and Strategy. *Guidance on Conducting a Situation Analysis of Children's and Women's Rights Taking a rights- based, equity-focused approach to Situation Analysis*. UNICEF, 2012.
97. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). "Jóvenes, los más expuestos a formas de violencia social online". *Boletín UNAM-DGCS-683* (2011). http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_683.html (Consultado el 27 de noviembre de 2017).
98. Villalobos Hernández, Aremis *et al*. "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México". *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 2, marzo-abril (2015). http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7409/10852 (Consultado el 9 de enero de 2018).