



Salud Sexual y Reproductiva en México: logros y retos a 10 años del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

Gabriela Mejía Paillés, María Felipa Hernández, Elder Lara Castañeda, Alejandro Velázquez, Miguel Sánchez, Florentino Domínguez y Virginia Muñoz¹

Resumen

A 10 años de la adopción del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD), se busca hacer un recorrido por los principales indicadores en Salud Sexual y Reproductiva en el país, mostrando los niveles y tendencias de estos a nivel nacional, y en la medida de lo posible, desagregando los indicadores por condición de habla de lengua indígena y localidad (rural/urbana). De esta forma, se busca enfatizar los avances y retos en la materia, así como su interrelación con otros temas y medidas del CMPD.

Términos clave: *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva, niñez, adolescencias y juventudes, México, indicadores.*

Introducción

La conmemoración de la primera década desde el lanzamiento de una agenda internacional en materia de población y desarrollo lleva a reflexionar sobre los logros alcanzados y, particularmente, a recapacitar en los retos, e incluso en los retrocesos, a fin de concentrar esfuerzos para garantizar el pleno beneficio de su implementación para toda la población de un país. En 2013, miembros y asociados de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de Naciones Unidas, además de sectores gubernamentales, sociedad civil y academia, aprobaron el Consenso

de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD) como uno de los acuerdos intergubernamentales más amplios adoptados en la región en materia de población y desarrollo (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Asociación Latinoamericana de Población [ALAP], 2020), trazando de esta forma la ruta a seguir en materia de la política poblacional.

El CMPD ha sido considerado como un referente a nivel internacional en materia de políticas de población, dado que se centra en garantizar y proteger los derechos humanos, en particular, los derechos sexuales y reproductivos (DSYR), la igualdad de género y la inclusión de los grupos en condición de vulnerabilidad (UNFPA, 2023). El CMPD es una de las agendas más vanguardistas a nivel internacional al hacer un llamado a los gobiernos de la región a promover, garantizar y proteger los derechos sexuales y reproductivos, erradicar los embarazos tempranos y no deseados, y las uniones tempranas, eliminar las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y a tomar en cuenta la diversidad de la población con el fin de fomentar la inclusión social, considerando las necesidades de mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas LGBTTTIQA, personas mayores, personas que viven con discapacidad, pueblos indígenas y afrodescendientes, y personas en condición de vulnerabilidad (Naciones Unidas, CEPAL, 2013).

México está afiliado a otras cumbres y asambleas, en las cuales se han adoptado importantes

¹ Dirección de Estudios Sociodemográficos, Coordinación de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva, Secretaría General del Consejo Nacional de Población (gmejia@conapo.gob.mx; felipa.hernandez@conapo.gob.mx; elarac@segob.gob.mx; ajvelazquez@conapo.gob.mx; miguel.castillo@conapo.gob.mx; fdominguezv@conapo.gob.mx; virginia.munoz@conapo.gob.mx).

compromisos internacionales con el fin de lograr el desarrollo poblacional. Sin embargo, es significativo mencionar que, a pesar de estos compromisos, muchos de ellos vinculantes, se han incumplido necesidades básicas en el tema de la salud sexual y reproductiva (SSR), evidenciando los rezagos socioeconómicos derivados de las grandes desigualdades que todavía persisten en el país (Cárdenas, 2020).

Como se ha descrito en documentos previos, el CMPD consta de nueve temas contenidos en capítulos enlistados de la “A” a la “I”, dentro de los cuales se exponen 98 medidas prioritarias para fortalecer las políticas en materia de población con apego a garantizar los derechos humanos (para la lista completa de capítulos y medidas prioritarias, véase CEPAL, 2013). Asimismo, incluye cerca de 140 indicadores en la Guía Operacional, la cual sirve como una herramienta para dar seguimiento a las medidas prioritarias del CMPD (Naciones Unidas, CEPAL, 2015). En particular, el capítulo “D” se enfoca en el “Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva”.

La inclusión de los DSYR se remonta a décadas de luchas y diálogo por parte de organizaciones feministas de la sociedad civil con el fin de alcanzar la igualdad de género (Carosio, 2022), requisito indispensable para lograr un verdadero desarrollo que incluya a todas las personas. Mucho es lo que ya se ha escrito sobre los DSYR, desde la incorporación del término “derechos humanos” en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 como un primer paso para incluir en la discusión a las mujeres (Naciones Unidas, 1948); la mención explícita del término “derechos sexuales y reproductivos” por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo celebrada en 1994 (Naciones Unidas, 1994); hasta la más reciente conmemoración de los 25 años de El Cairo, en la Cumbre de Nairobi, llevada a cabo en 2019 (UNFPA, 2019).

El CMPD hace hincapié en los DSYR como pilares fundamentales para lograr el desarrollo poblacional y de esta forma eliminar la pobreza que aqueja a la región (Naciones Unidas, CEPAL, 2013). El eje rector que impulsa el capítulo “D” es lograr el acceso universal a los DSYR. Sin embargo, el CMPD resalta que dicho acceso ha sido “insuficiente y desigual” entre los diversos grupos poblacionales (CEPAL, 2013) y hace énfasis en

tomar en cuenta a los grupos en condición de vulnerabilidad mediante su inclusión en capítulos específicos. En particular, en el capítulo “H” se habla sobre las medidas prioritarias para incluir en las políticas poblacionales a los pueblos indígenas mediante el tema “Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos”, mientras que en el capítulo “I” se aborda a la población afrodescendiente con el tema “Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial”.

Este artículo tiene como objetivo mostrar los avances, pero sobre todo los retos en los principales indicadores en el terreno de la SSR en México en el marco de los primeros diez años desde la adopción del CMPD en 2013. Es importante señalar que, el análisis se enfoca en los indicadores que reporta la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) al CMPD, además de otros que se consideran importantes por el impacto que se deriva de ellos, es decir, dependen del avance que se tenga en el acceso a la SSR, como son: la razón de mortalidad materna y el acceso al aborto libre y seguro. Cabe mencionar que, la pandemia de la COVID-19 ocasionó importantes retrocesos en materia de población y desarrollo a nivel global (UNFPA, 2023). Por lo que, en el décimo aniversario del CMPD, contar con un ojo crítico es primordial con el propósito de cuantificar los avances y retrocesos desde su lanzamiento hasta la fecha. Para ello, mostramos los niveles y tendencias de los principales indicadores que dan cuenta del “Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva” en México. Además, en la medida de lo posible, se busca tener un enfoque transversal con otros temas contenidos en el CMPD al desagregar los indicadores para ciertas poblaciones, como la indígena y rural, con el fin de visibilizar los patrones de estos grupos, primordialmente en condición de vulnerabilidad.

El texto se divide en tres secciones. En la primera, se hace un esbozo de las principales fuentes de información utilizadas para la obtención de los indicadores que se presentan; después, se describen los niveles y tendencias de los principales indicadores en materia de SSR; y finalmente, se presenta una discusión y conclusión sobre los retos y avances a diez años del CMPD.



Fuentes de información para estimar los principales indicadores de SSR

La mayoría de las cifras presentadas provienen de las estimaciones que realiza la SGCONAPO con base, principalmente, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en sus versiones 2014 y 2018. Asimismo, se utilizan datos provenientes de la Conciliación Demográfica de México 1950-2015, las Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2016-2050, las Estadísticas Vitales de Natalidad (EVN) publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares (ENDIREH). También, se emplea información proveniente del Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAIS), y se hace referencia a los Códigos Penales de las entidades federativas en el tema de aborto.

Para estimar la fecundidad en menores de 15 años se emplea el método de reconstrucción de cohortes de nacimientos descrito anteriormente por Meneses y Ramírez (2018). Sin embargo, derivado de la tendencia observada en las EVN en años recientes, se optó por hacer un ajuste con una extrapolación basada en una función logarítmica en lugar de un ajuste lineal, como lo proponían las autoras en su momento, la cual se comprobó que producía un mejor ajuste mediante análisis de sensibilidad.

En la medida de lo posible, los indicadores se desagregan por condición de habla de lengua indígena (HLI), la cual se estima a partir de la pregunta “¿Habla algún dialecto o lengua indígena?” que se incluye en el cuestionario de hogar de la ENADID, y que se aplica a todas las personas de tres años y más integrantes del hogar. En cuanto a los indicadores desagregados por lugar de residencia, se clasificaron las localidades en rurales y urbanas, realizando el corte de acuerdo con el número de habitantes, en donde las primeras se refieren a localidades con menos de 2 500 habitantes, mientras que las urbanas se definen como aquellas localidades con 2 500 o más.

Principales indicadores en materia de SSR en México en el marco del CMPD

En este apartado se describen los principales indicadores contenidos en el capítulo “D” sobre el “Acceso universal a los servicios de salud reproductiva”. Además, se hace un breve recorrido por algunos indicadores del capítulo “B” (Derechos de las niñas, niños y adolescentes) debido a su estrecha relación con varios aspectos de la SSR.

Razón y tasa de fecundidad forzada en niñas de 10 a 14 años (B.10a; ODS 3.7.2). La medida prioritaria 12² del CMPD va encaminada a implementar programas de SSR integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes. Entre los indicadores establecidos para dar seguimiento a esta medida prioritaria se incluyen las tasas específicas de fecundidad en niñas de 10 a 14 años y en adolescentes de 15 a 19. Estrictamente, estos dos indicadores dan seguimiento a las medidas prioritarias sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes del capítulo “B”. No obstante, ambos se encuentran estrechamente ligados con el ejercicio de la reproducción y de los derechos sexuales y reproductivos de la población menor de 20 años. Las tasas específicas de fecundidad se refieren al número de nacimientos ocurridos en un periodo específico de tiempo, normalmente, en un año, por cada mil mujeres en edad reproductiva. Por su parte, la razón de fecundidad contempla a un grupo de edad en el cual la mayoría de las niñas menores de 12 años todavía no se encuentran en edad fértil al no haber experimentado la menarca (primera menstruación), la cual en México se estima ocurre en promedio a los 12.6 años (Meneses y Ramírez, 2018; Rubinstein et al., 2017). Debido a lo anterior, la tasa de fecundidad en niñas

² Medida Prioritaria 12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.

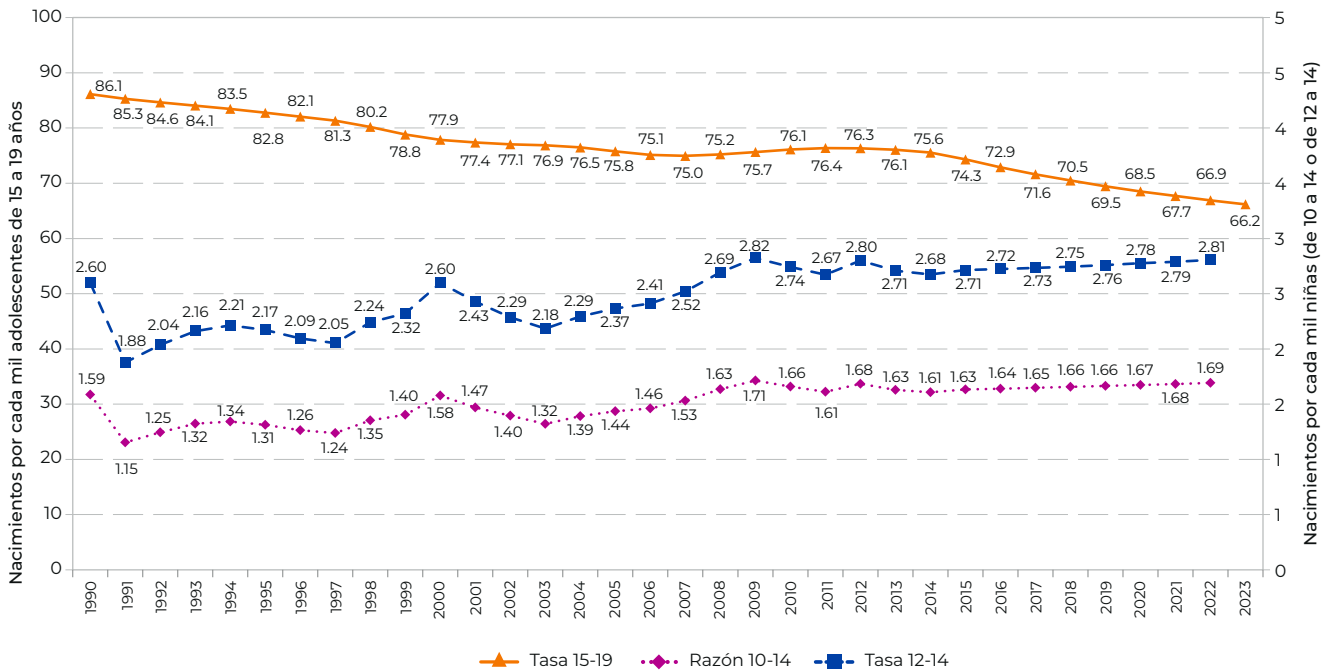
de 12 a 14 años es un indicador más exacto, ya que se asume que la mayoría de las niñas en este grupo de edad ya se encuentran en riesgo de exposición, es decir, en edad fértil, a diferencia de las niñas de 10 y 11 años contempladas en el denominador de la razón de fecundidad y sus nacimientos.

En 2022, se estima que la razón de fecundidad forzada de niñas de 10 a 14 años y la tasa de fecundidad forzada de niñas de 12 a 14 años en México fue de 1.69 y 2.81 por cada mil niñas de 10 a 14 años y de 12 a 14 años, respectivamente. Ambos indicadores muestran tendencias similares al alza entre 1990 y 2022, con patrones importantes de enfatizar previo al lanzamiento del CMPD. Por ejemplo, los patrones de tendencia mostraron incrementos entre 1991 y 2000, así como entre 2003 y 2009. Desde 2013 y hasta 2022, se aprecia un estancamiento de ambos indicadores. Destaca también el hecho de que, en el último año, la fecundidad de niñas de 10 a 14 años y de 12 a 14 años fue en promedio 4 por ciento mayor que en 2013 (véase gráfica 1).

Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años (B.10b; ODS 3.7.2). A diferencia de la fecundidad forzada en niñas de 10 a 14 años, la fecundidad adolescente ha ido a la baja entre 1990 a 2023, siendo en este último año 13 por ciento menor que en 2013. El descenso de la fecundidad adolescente ha sido especialmente notorio entre 1997 y 2001 y de 2014 a la fecha. La tasa específica de fecundidad adolescente proyectada para 2023 es de 66.2 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años. De acuerdo con la Conciliación Demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la Población, la fecundidad adolescente disminuyó en todas las entidades entre 2013 y 2023.

Porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, desagregando tres categorías: antes de los 15, antes de los 18 años y antes de los 20 (B.11). En el contexto de países como México, el inicio de la vida sexual es un importante marcador en el proceso de

Gráfica 1.
República Mexicana. Razón de fecundidad y Tasa de fecundidad forzada en niñas de 10 a 14 años, 1990-2022 y Tasa específica de fecundidad adolescente, 1990-2023



Fuente: Estimaciones de la SGCONAPO con base en Estadística Vitales de Natalidad, 1990-2021 y CONAPO. Estimaciones con base en la Conciliación Demográfica de México, 1990-2015 y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.



la formación familiar (Echarri y Pérez Amador, 2007; Mejía Paillés, 2012), debido a su estrecha relación con las uniones conyugales y la procreación (Parrado y Zenteno, 2002; Stern, 2007). De acuerdo con los resultados de las dos últimas ENADID, entre 2014 y 2018 hubo un aumento en la proporción de mujeres de 20 a 24 años que iniciaron su vida sexual antes de los 15, 18 y 20 años. La proporción de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años pasó de 4.7 a 6.1 por ciento entre 2014 y 2018, el incremento se observó en ambas localidades y condiciones de habla de lengua indígena (véase gráfica 2). Las mujeres que empezaron su vida sexual antes de los 18 años representaron 36.5 por ciento en 2014 y 41.8 por ciento en 2018. Por último, para la edad 20, el inicio de la vida sexual es predominante entre las mujeres de la cohorte que al momento de las entrevistas tenían entre 20 y 24 años, además la proporción de mujeres que empezaron su vida sexual antes de los 20 años aumentó de 60.9 por ciento en 2014 a 65.4 por ciento en 2018. El incremento fue especialmente notorio entre las mujeres que no hablan alguna lengua indígena, cuya proporción pasó de 61.0 a 65.7 por ciento en el mismo periodo de tiempo.

Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años y antes de cumplir los 18 años (B.12; ODS 5.3.1). El momento de la primera unión, por lo general, ha sido de interés en términos de su vínculo directo con el comienzo de la maternidad, sin embargo, las primeras uniones –en forma de matrimonios o cohabitación– también tienen implicaciones más amplias en términos del inicio de la reproducción, las relaciones de género, las formas en que se organiza la vida familiar y los cambios sociales (Mensch et al., 2005; Quisumbing y Hallman, 2005). Al observar la proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable, entre 2014 y 2018, las uniones conyugales antes de los 15 y 18 años mostraron una ligera disminución a nivel nacional, descendiendo de 3.7 a 3.6 por ciento y de 21.4 a 20.8 por ciento, respectivamente. Antes de los 15 años, el descenso se visibilizó entre las mujeres hablantes de lengua indígena, y entre las mujeres residentes en zonas rurales (véase gráfica 2). En cuanto a la proporción de mujeres en unión conyugal antes de

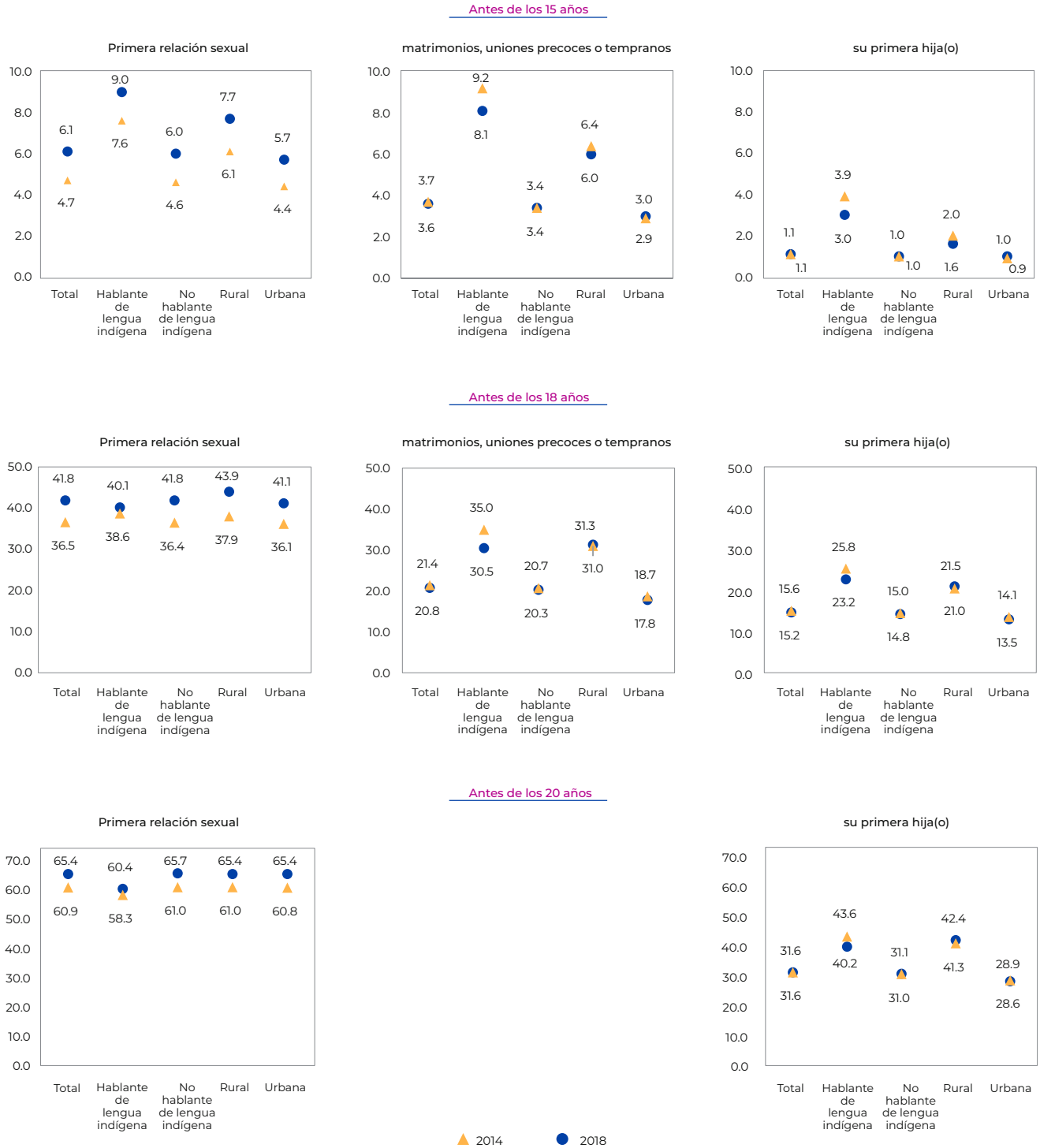
los 18 años, también fue entre las mujeres hablantes de lengua indígena donde el porcentaje descendió en mayor medida de 35.0 a 30.5.

Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron su primera(er) hija(o) antes de los 20 años, desagregando tres categorías: antes de los 15, antes de los 18 años y antes de los 20 años (B.13). La maternidad y paternidad constituyen uno de los eventos más trascendentales en la vida de las personas, sin embargo, cuando este evento ocurre en la niñez y adolescencia tiene importantes implicaciones de carácter social (Dorothy et al., 2020), económico (Aracena-Genao et al., 2022; UNFPA, 2020) y de salud pública (Trommlerová, 2020; Walker y Holtfreter, 2021).

En la República Mexicana, entre 2014 y 2018 se observó una estabilización en la proporción de las mujeres de 20 a 24 años que tuvieron su primer hijo antes de los 15, 18 y 20 años. En el caso del porcentaje de mujeres que tuvieron su primer nacimiento antes de los 15 años, este se mantuvo similar en ambos años (1.1%); las mujeres que se volvieron madres antes de los 18 años pasaron de 15.6 a 15.2 por ciento; mientras que las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años se mantuvieron en 31.6 por ciento en ambos años (véase gráfica 2). Resultan preocupantes las fuertes desigualdades que muestra este indicador a su interior, por ejemplo, en 2018, los niveles más altos de mujeres que se volvieron madres antes de los 15 y antes de los 18 años se ubican entre las mujeres que hablaban alguna lengua indígena, cuya proporción antes de los 15 años es tres veces mayor (3.0%) con respecto a las mujeres no hablantes de lengua indígena (1.0%). Sin embargo, conforme avanzan las edades contempladas en este indicador, disminuyen las diferencias entre los distintos subgrupos.

Porcentaje de hijas(os nacidas(os) vivas(os) tenidos en la adolescencia y en la juventud que no fueron planificados (B.15). Este indicador se refiere al número de mujeres de 15 a 29 años que querían esperar más tiempo para tener a su última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) a la fecha de la encuesta o que no habían querido tenerla(o). De esta forma, el porcentaje de hijas(os) que no fueron planificadas(os) disminuyó entre 2014 y 2018, sin embargo, aumentó ligeramente entre el grupo de 15 a 19 años, donde solo uno de cada dos

Gráfica 2.
Porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que experimentaron distintos eventos transicionales antes de los 15, 18 y 20 años, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2014 y 2018



hijas(os) fue planificada(o). La presencia de hijas(os) no planificadas(os) es mayor en las mujeres que habitan en localidades urbanas que en las rurales en todos los grupos de edad, así como entre quienes no hablan una lengua indígena, siendo las adolescentes de 15 a 19 años quienes presentan los mayores niveles en ambos tipos de localidad y condición de habla de lengua indígena (véase gráfica 3).

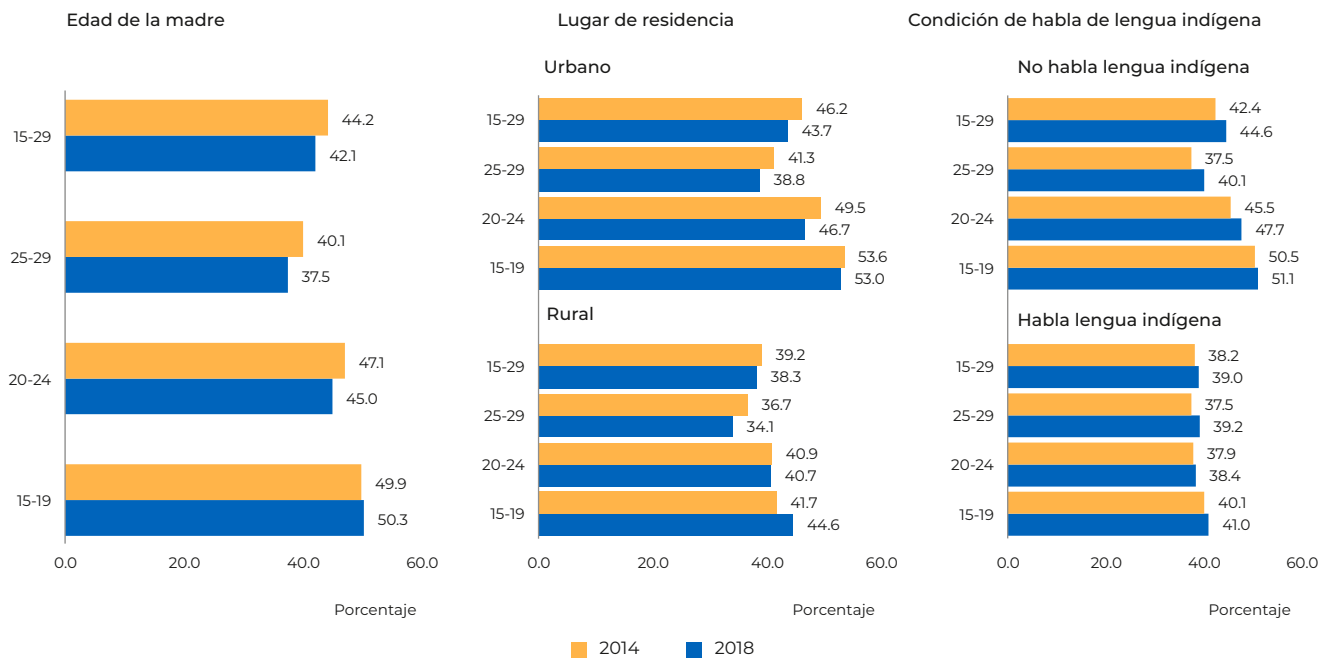
Porcentaje de adolescentes que desertan del sistema educativo por embarazo, crianza o unión (B.16). Este indicador hace referencia a la población menor de 20 años, es decir, adolescentes que dejaron el sistema educativo por un embarazo, crianza o una unión, entre el total de la población menor de 20 años que desertó de la escuela. En el caso de México, derivado de las fuentes de información disponibles se realiza la estimación solo para mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Dicha proporción se incrementó ligeramente entre 2014 y 2018 en casi todos los grupos de población considerados hasta alcanzar 20.3 por ciento a nivel nacional según la estimación más

reciente. El mayor aumento del grupo que desertó por estas causas se observó en las localidades rurales, donde pasó de 16.9 a 22.3 por ciento, seguido de las mujeres que hablan alguna lengua indígena, entre quienes cambió de 11.0 a 13.8 por ciento. El único grupo donde se observó una reducción fue entre la población urbana (véase gráfica 4).

Porcentaje de adolescentes que han tenido hijas(os) nacidas(os) vivas(os) según número de hijas(os) (B.18). Respecto a la distribución porcentual de mujeres adolescentes de acuerdo con el número de hijas (os) nacidas(os) vivas(os) (HNV), al momento de la encuesta se obtuvo que entre 2014 y 2018 hubo una ligera disminución entre las adolescentes que reportaron HNV en este último año; es decir, la mayoría de las adolescentes no declararon HNV. En 2018 alrededor de 11.0 por ciento reportaron una(un) hija(o) y menos del 2.0 por ciento tenían dos o más HNV (véase cuadro 1). Además, continúa siendo menor el porcentaje de adolescentes sin HNV en localidades urbanas respecto a las rurales, lo mismo ocurrió entre adolescentes

Gráfica 3.

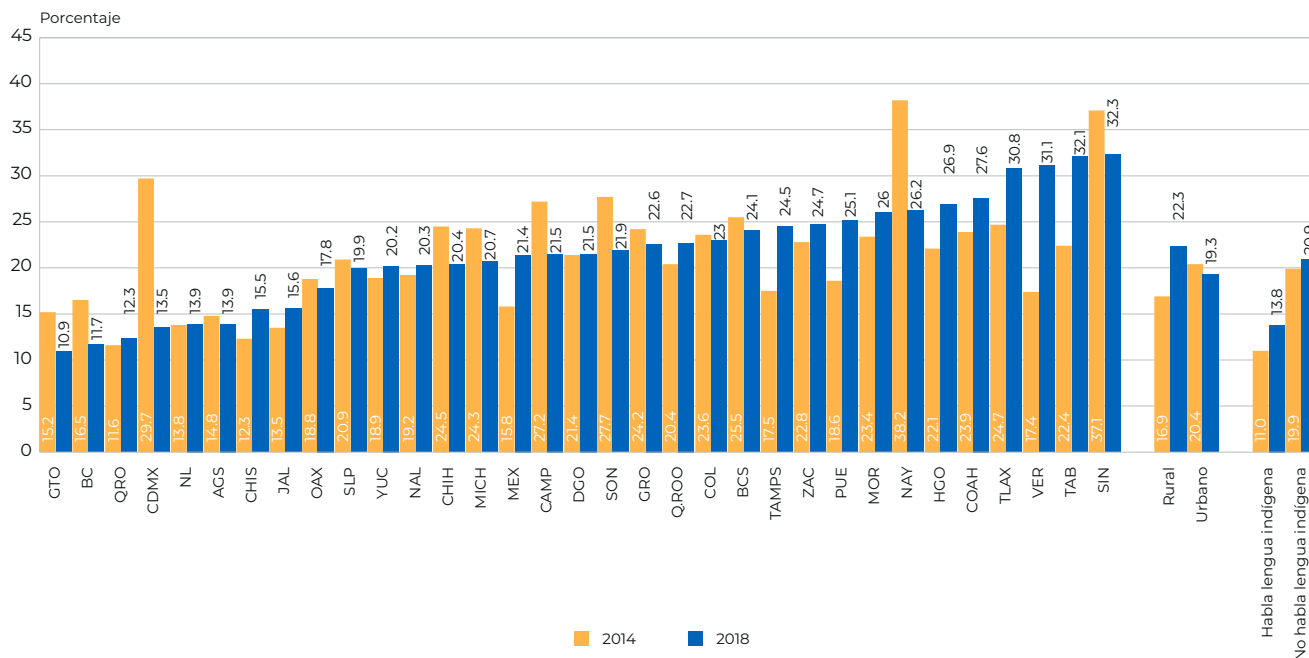
República Mexicana. Porcentaje de hijas(os) nacidas(os) vivas(os) tenidas(os) en la adolescencia y juventud que no fueron planificadas(os), a nivel nacional y por características sociodemográficas, 2014 y 2018



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

Gráfica 4.

República Mexicana. Porcentaje de adolescentes que desertaron del sistema educativo por embarazo, crianza o unión, a nivel nacional, estatal y por características sociodemográficas, 2014 y 2018



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

hablantes de lengua indígena cuyo porcentaje fue menor al presentado por no hablantes de lengua indígena; y, en ambos casos sin cambios importantes en el tiempo. Sin embargo, en el caso de adolescentes con una(un) hija(o), el porcentaje fue mayor entre adolescentes de zonas rurales y entre hablantes de lengua indígena, que incluso aumentó durante el periodo de estudio, reduciéndose la proporción de quienes tienen paridad cero entre 2014 y 2018.

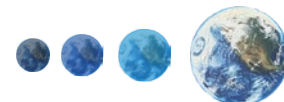
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres según tipo de métodos (modernos y tradicionales) (D6). Este indicador se refiere a la proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) que actualmente usan un método anticonceptivo, ya sea moderno³ o tradicional.⁴ En

sí, este indicador se mantuvo casi sin cambios entre 2014 y 2018. A nivel nacional, tres de cada cuatro MEFSA son usuarias de algún método anticonceptivo (véase cuadro 2). Por lugar de residencia, no es de sorprender que en áreas rurales sea menor el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos, respecto a lo presentado por sus contrapartes residentes de zonas urbanas (71.4% vs. 76.7%). Asimismo, la prevalencia de métodos anticonceptivos entre hablantes de lengua indígena sigue siendo menor en comparación con la de las mujeres que no hablan lengua indígena, manteniéndose una brecha de alrededor de 12.0 puntos porcentuales entre ambos grupos.

Proporción de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos (D.7 (MEFU); ODS 3.7.1). Este indicador hace referencia al porcentaje de mujeres unidas en edad reproductiva que no desean tener una(un) hija(o) o la(lo) desean posponer y que actualmente usan un método anticonceptivo moderno para lograrlo. Entre 2014 y 2018, la proporción de mujeres en edad

³ Los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización femenina y masculina, las pastillas hormonales orales, el dispositivo intrauterino (DIU), el condón masculino y femenino, inyecciones hormonales, implantes subdérmicos, métodos vaginales de barrera y anticoncepción de emergencia.

⁴ Los métodos tradicionales incluyen calendario, ritmo, método de la temperatura, método del moco cervical o de Billings y el retiro o coito interrumpido.



Cuadro 1.

República Mexicana. Porcentaje de adolescentes que han tenido hijas(os) nacidas(os) vivas(os) según número de hijas(os), a nivel nacional y por características sociodemográficas, 2014 y 2018

Número de hijas(os) nacidas(os) vivas(os)	Nacional		Lugar de residencia				Condición de habla de lengua indígena			
	2014	2018	Rural		Urbano		Sí		No	
			2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Sin hija(o)	87.1	87.8	83.3	83.6	88.3	89.0	84.6	79.8	87.2	88.1
Una hija(o)	10.9	10.8	14.3	14.7	9.8	9.7	12.7	17.7	10.8	10.5
Dos y más hijas(os)	2.0	1.4	2.4	1.7	1.9	1.3	2.8	2.4	2.0	1.4

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

Cuadro 2.

República Mexicana. Porcentaje mujeres en edad fértil sexualmente activas que usan cualquier métodos anticonceptivos (modernos y tradicionales) y solo métodos anticonceptivo modernos, 2014 y 2018

Característica sociodemográfica	Cualquier método anticonceptivo moderno y/o tradicional		Método anticonceptivo moderno	
	2014	2018	2014	2018
Total	75.6	75.5	71.3	72.0
Lugar de residencia				
Rural	71.2	71.4	67.3	68.3
Urbano	76.7	76.7	72.3	73.1
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	63.7	64.2	60.4	61.1
No habla	76.2	76.1	71.8	72.6

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

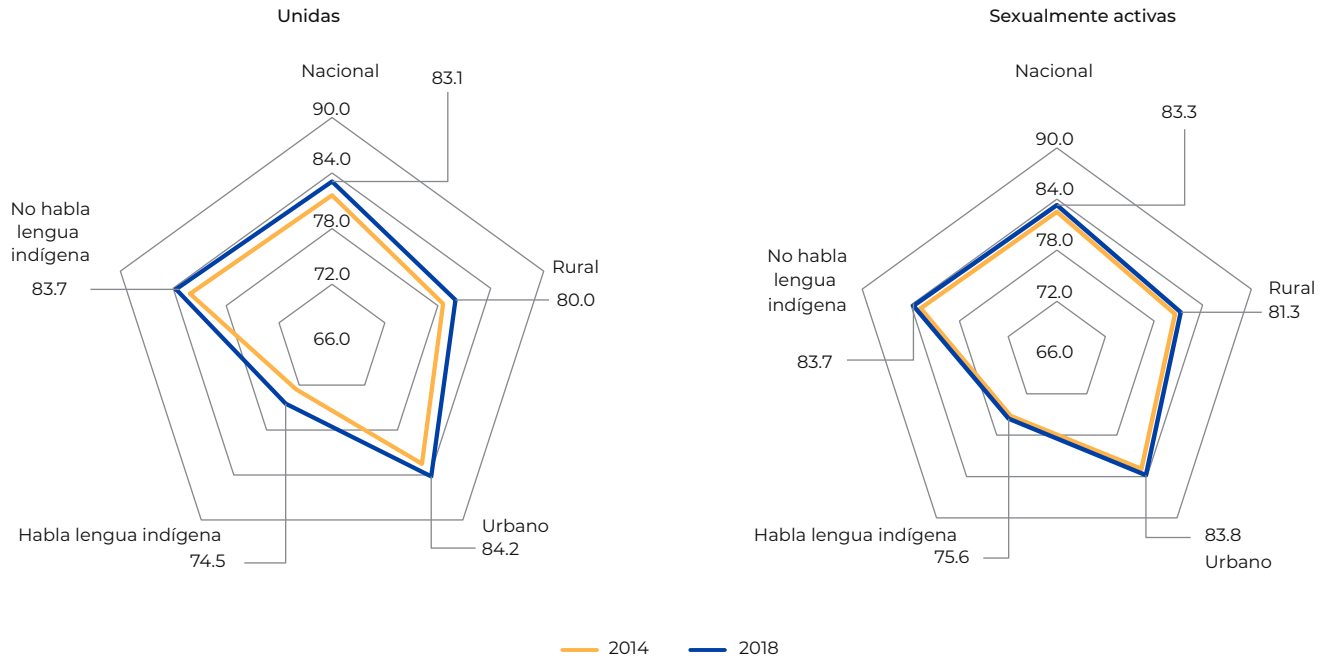
fértil unidas (MEFU) con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos se incrementó ligeramente, lo mismo ocurrió entre las MEFU residentes de zonas rurales y entre hablantes de alguna lengua indígena, pero la proporción en estos grupos de mujeres continuó siendo menor, incluso en el caso de las MEFU rurales, la brecha se abrió de 3.9 a 4.2 puntos porcentuales respecto a lo presentado por las MEFU que vivían en zonas urbanas entre el periodo; en el caso de las MEFU hablantes de lengua indígena la brecha pasó de 9.5 a 9.2 puntos porcentuales entre ambos años respecto a las MEFU no hablantes de lengua indígena (véase gráfica 5).

Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos (D.7 (MEFSA); ODS 3.7.1). Este indicador incluye a las mujeres tanto unidas como

no unidas que reportaron actividad sexual el mes previo a la encuesta y que no desean tener una(un) hija(o) o la(lo) desean posponer y que actualmente son usuarias de un método anticonceptivo moderno. Como se puede observar en la gráfica 5, la proporción de MEFSA con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos entre 2014 y 2018 tuvo un escaso aumento. Entre las MEFSA hablantes de lengua indígena continúa presentándose el menor porcentaje donde además la brecha se amplió respecto a las NHLI, de 7.6 a 8.1 puntos porcentuales en el periodo; mientras que entre las residentes de zonas rurales también mostraron una menor proporción de demanda satisfecha, pero a un nivel mayor respecto a las HLI, y mantuvieron casi sin cambios la brecha que tienen respecto a las MEFSA residentes de zonas urbanas de 2.3 en 2014 y 2.5 puntos porcentuales en 2018.

Gráfica 5.

República Mexicana. Proporción de mujeres en edad fértil unidas y sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, nacional y por características sociodemográficas, 2014 y 2018



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

Tasa o razón de mortalidad materna (D.8; ODS 3.1.1). La tasa o razón de mortalidad materna (RMM), definida como el número de muertes maternas por cada 100 mil nacimientos, mostró importantes descensos a principios del milenio, principalmente atribuibles a la agenda de desarrollo impulsada en ese entonces. Cabe destacar que, desde finales del siglo pasado, ya se comenzaban a vislumbrar descensos en este indicador. Sin embargo, la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) impulsó que los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) realizaran acciones para reducir las muertes maternas en territorio nacional, y así cumplir con los objetivos planteados. De esta forma, para lograr una mejor medición cuantitativa de las muertes maternas se estableció la búsqueda intencionada de las defunciones atribuibles a la maternidad (Presidencia de la República, 2011). La tendencia descendente del indicador comienza a estabilizarse en la década pasada. Sin embargo, en 2020 la pandemia de la COVID-19 generó importantes retrocesos en este indicador,

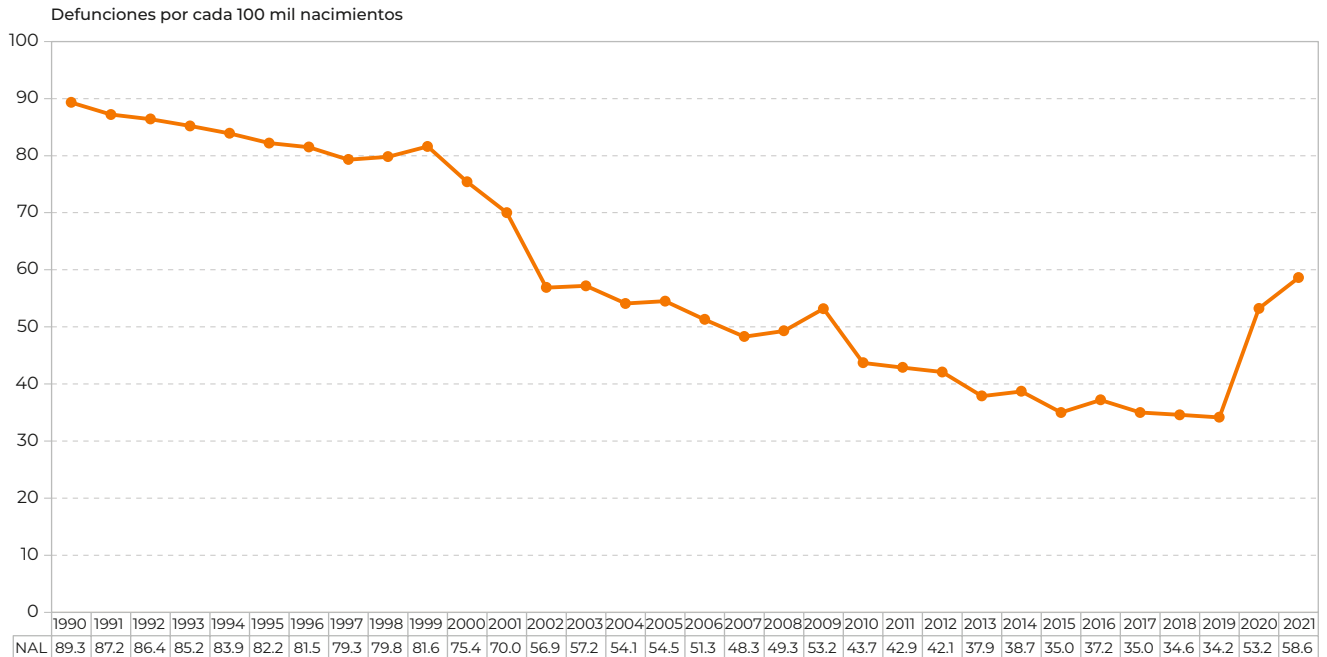
ubicando a la RMM en niveles no vistos desde hacía 20 años con 58.6 muertes maternas por cada 100 mil nacidas(os) vivas(os), lo cual representa un incremento de 54 por ciento respecto a 2013 (véase gráfica 6).

Existe en el país legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con las siguientes causas: a) por la sola voluntad de la mujer; b) por violación o incesto; c) por peligro de la vida de la mujer; d) por peligro en la salud de la mujer; e) otras causas (D.11). En el marco de la medida prioritaria 42,⁵ instrumentada para asegurar principalmente el aborto legal, y la existencia de servicios de aborto seguro y de calidad para las mujeres

⁵ Medida prioritaria 42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos.



Gráfica 6.
República Mexicana. Razón (o tasa) de Mortalidad Materna, 1990-2021



Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAIS).

y personas gestantes con embarazos no deseados, se deben de reconocer los avances alcanzados en este tema a diez años del CMPD, ya que una tercera parte de las entidades federativas (10) han despenalizado el aborto por voluntad de las mujeres en sus Códigos Penales⁶ a nivel estatal (véase gráfica 7). La primera entidad federativa en hacerlo fue la Ciudad de México en 2007. Poco más de diez años después, lo hizo Oaxaca en 2019, a la cual le siguieron Hidalgo, Veracruz, Baja California y Colima en 2021. Es importante destacar el caso de Coahuila, entidad que sentó un precedente judicial para su aplicación en todos los estados del país, ya que derivó que, en 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) se pronunciara a favor de garantizar el derecho de las mujeres y personas gestantes a decidir sobre sus propios cuerpos, declarando inconstitucional la criminalización del aborto en México (SCJN, 2021).

⁶ De acuerdo con los Códigos Penales Estatales donde la interrupción del embarazo es legal, la mujer cuenta con una fecha límite para poderlo llevar a cabo, que en la mayoría de las entidades es hasta las 12 semanas de gestación.

Por último, Quintana Roo, Sinaloa,⁷ Baja California Sur y Guerrero se sumaron en 2022 a la interrupción legal del embarazo (ILE).

Porcentaje de nacidas(os) vivas(os) cuya madre asistió a cuatro o más consultas prenatales (D.15). A nivel nacional entre 2014 y 2018 se encontró un mínimo cambio en el porcentaje de mujeres en edad fértil (MEF) con una(un) última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) a la fecha de la encuesta que asistieron a cuatro o más consultas prenatales, aunque conviene destacar que el porcentaje fue de 95.7 por ciento en 2014 y de 96.7 en 2018. Cabe señalar que las HLI cerraron la brecha respecto al número de consultas a las que asisten con respecto a las NHLI, de 5.4 a 3.7 puntos porcentuales en el periodo, al situarse en 90.7 y 96.1 por ciento en 2014, y en 93.2 y 96.9 por ciento en 2018, respectivamente.

Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado (D.16). El indicador hace

⁷ La interrupción legal del embarazo se contempla hasta las 13 semanas de gestación.

Gráfica 7.

República Mexicana. Entidades Federativas donde se ha despenalizado el aborto voluntario, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en los Códigos Penales Estatales.

referencia a los partos que fueron atendidos por personal médico especializado, es decir, por médicas(os) o enfermeras(os), el cual aumentó ligeramente entre mujeres adolescentes y jóvenes (15-29 años),⁸ y entre mujeres en edad fértil (15-49 años). Destaca que fue entre las mujeres adolescentes HLI donde se incrementó más, con 11.0 puntos porcentuales, seguidas por las jóvenes HLI de 20 a 24 años con 6.9 y las de 25 a 29 con 7.9 puntos porcentuales (véase cuadro 3). Las proporciones de estos grupos de mujeres continúan siendo menores respecto a lo presentado por las mujeres NHLI e incluso respecto a las residentes de lugares rurales, estas últimas a su vez también ascendieron el porcentaje 2.4, 3.9 y 1.7 puntos en cada uno de los grupos de edad, respectivamente.

Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales, el uso de métodos

anticonceptivos y el cuidado de su salud sexual y reproductiva (D.17; ODS 5.6.1). Este indicador contempla a la mujeres casadas o unidas que toman sus propias decisiones en los tres componentes contemplados y, por ende, se encuentra contenido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5, el cual trata sobre la igualdad de género. Para el caso de México, es a partir de 2021⁹ que se puede construir un proxy más confiable sobre dicho indicador, por ello solo se presentan datos para este año al carecer de comparabilidad con estimaciones anteriores. A nivel nacional se estimó que en 2021 la proporción de MEFU que tomaron decisiones propias informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales,¹⁰ el uso de métodos anticonceptivos y el cuidado de su salud

⁸ Se hace especial énfasis en las mujeres adolescentes y jóvenes dado que son los grupos de edad que más contribuyen a la fecundidad del país.

⁹ Se estima a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021.

¹⁰ La estimación a nivel nacional se considera estadísticamente confiable, pero al desagregar la estimación del indicador por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena de las mujeres, el coeficiente de variación fue mayor a 15%, sin embargo, reflejan los resultados esperados.



Cuadro 3.
República Mexicana. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, a nivel nacional y por características sociodemográficas, 2014 y 2018

Grupo de edad	Nacional		Lugar de residencia				Condición de habla de lengua indígena			
	2014	2018	Rural		Urbano		Sí		No	
			2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
15 a 19	95.4	96.4	92.0	94.4	96.8	97.3	70.0	81.0	96.9	97.6
20 a 24	96.5	97.3	91.0	94.9	98.5	98.2	77.0	83.9	97.8	98.2
25 a 29	96.0	96.7	91.5	93.2	97.7	98.1	74.9	82.8	97.5	97.6
15 a 29	96.1	96.9	91.4	94.0	97.9	98.0	75.2	83.0	97.6	97.9
15 a 49	96.1	97.0	91.1	93.7	97.9	98.3	76.4	82.6	97.5	98.1

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

sexual y reproductiva fue de 4.0 por ciento; considerando el lugar de residencia de las MEFU y la condición de habla de lengua indígena se obtuvo que el porcentaje fue mayor entre las residentes de zonas urbanas (4.4%) que entre las que viven en zonas rurales (2.9%), y también entre NHLI (4.1%) que entre HLI (2.6%).

Discusión y conclusión

Al examinar las tendencias de los indicadores aquí presentados, se observa que se han logrado avances muy modestos en la mayoría de estos desde el lanzamiento del CMPD en 2013, muchos de los cuales ya presentaban tendencias estancadas o desaceleradas, situación que lleva a reflexionar sobre las posibles explicaciones de los niveles antes vistos. Cabe señalar que la mayoría de los indicadores sobre SSR estimados a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica corresponden a un período de tiempo de solo cuatro años (2014 a 2018), y previo a la pandemia de la COVID-19.

Comenzando con la tasa específica de fecundidad (TEF) en niñas de 10 a 14 años, a pesar de que este indicador se estimó a partir de la reconstrucción de nacimientos ocurridos entre las niñas de este grupo de edad con las tendencias que se venían observando en las estadísticas vitales de natalidad y, dado que el registro extemporáneo se agravó como resultado de la pandemia (Mejía Paillés et al., 2022), las estimaciones muestran un importante estancamiento en este indicador en los últimos años. Al analizar los años correspondientes al periodo de la pandemia, de momento no se observa un descenso de los

nacimientos en este grupo de edad, pero tampoco un incremento principalmente atribuible a la violencia sexual experimentada durante la pandemia por niñas y adolescentes (CEPAL et al., 2020; Rosas Villicaña, 2021). No obstante, estos indicadores se deben de tomar con cautela, dado que, aún resulta muy apresurado tener total certeza sobre los niveles de fecundidad entre 2020 y 2022. Por lo tanto, estas cifras nos llevan a reconocer la importancia de contar con datos estadísticos confiables y oportunos, tema considerado en la medida prioritaria 17.¹¹

En el caso de la TEF en adolescentes de 15 a 19 años se constata una situación similar. A la fecha de la publicación de este artículo, la Conciliación Demográfica de México 1950-2019 y las nuevas Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2020-2070 ya se encontrarán publicadas, y los niveles de fecundidad seguramente serán menores a los presentados aquí, salvo los años de la pandemia, para los cuales se tendrán que seguir actualizando las estimaciones a medida que se cuente con datos más confiables. A pesar de lo anterior, es importante resaltar que, se tratan de TEF muy elevadas para este grupo poblacional. La reducción de la TEF en adolescentes en México ha involucrado, a grandes rasgos, a varias generaciones de mujeres, tiempo en el cual se han visto importantes transformaciones sociales, económicas,

¹¹ Medida prioritaria 17. Garantizar también datos estadísticos confiables, desagregados por sexo, edad, condición migratoria, raza, etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.

políticas y culturales en el país, entre ellas, mayores niveles de escolaridad (Giorguli et al., 2010; Parker y Pederzini, 2000), importantes incrementos en la participación de las mujeres en el ámbito laboral remunerado (García y Pacheco, 2000), impresionantes incrementos en la prevalencia anticonceptiva (CONAPO, 2000; CONAPO, 2020; Juárez y Quilodrán, 1990; Mier y Terán y Partida, 2001; Zavala de Cosío, 2001), por mencionar algunos. Sin embargo, cabe destacar que la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en adolescentes sexualmente activas es 15 puntos porcentuales menor en comparación con lo registrado a nivel nacional entre mujeres sexualmente activas en edad fértil (57.3% vs 72.0%). Asimismo, las adolescentes reportan en su gran mayoría recurrir al uso del preservativo masculino (CONAPO, 2019), siendo elevado el conocimiento funcional de este en dicho grupo etario, pero no universal (de 84.9%) (CONAPO, 2020). Cabe señalar que, en 2018, de las adolescentes que no usaban un método anticonceptivo, 16 por ciento reportó que se quería embarazarse, es decir, del total de adolescentes sexualmente activas, solo 6.4 por ciento quería ser madre.

Sin embargo, de acuerdo con el indicador de inicio temprano de la vida sexual (porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que tuvieron su primera relación sexual, antes de los 15, 18 y 20 años), vemos un ligero aumento en la proporción de mujeres que iniciaron su vida sexual en la adolescencia. A pesar de esto, de acuerdo con las estimaciones de la SGCNAPO, la edad mediana a la primera relación sexual se ha rejuvenecido en casi un año entre las mujeres que a la fecha de la ENADID 2018 tenían entre 25 y 34 años (edad mediana de 18.7 años) y las que tenían 35 a 49 años (cuya edad mediana se situó en 19.4 años). Por lo que se confirma que, la edad al inicio de la vida sexual se ubicó en la edad límite considerada como adolescencia, y esta va en descenso. Particularmente, en este grupo de edad (20-24), en 2018 tres de cada cinco (59.4%) mujeres usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual (CONAPO, 2020), proporción mayor comparada con la observada para el resto de las mujeres en edad fértil (40%), y aunque se observa un mayor uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual entre las cohortes más jóvenes (CONAPO, 2020), la proporción que no lo hizo queda

expuesta al riesgo de un embarazo no intencional, así como de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.

Resulta interesante que al igual que la iniciación sexual, también en la primera unión se comienzan a percibir cambios paulatinos. Los patrones de formación de unión se han ido modificando en todo el mundo, observándose aumentos en la edad de la primera unión, principalmente asociados a los cambios sociales y estructurales, así como al aumento en el nivel de escolaridad, la urbanización y el surgimiento de nuevos roles para las mujeres (Fussell y Palloni, 2004). Sin embargo, en América Latina, el matrimonio es casi universal y, como se ve en los indicadores previamente presentados, aún ocurre a edades tempranas. En México se observan cambios en cuanto a las uniones conyugales en las cohortes más jóvenes, diferencias que se acentúan aún más entre las mujeres con mayor escolaridad, quienes continúan retrasando la edad a la primera unión (Pérez Amador, 2020). De esta forma, la importancia de incluir este indicador nos lleva a reflexionar sobre la relación entre el inicio de la vida sexual y las uniones conyugales, particularmente la disociación de ambos eventos entre los grupos más favorecidos de la población (Rojas y Castrejón, 2011).

A pesar de estas transformaciones antes mencionadas, incluidos los descensos en los niveles de fecundidad desde la década de los setenta (Zavala de Cosío, 2020), los indicadores sobre este componente de la dinámica demográfica siguen mostrando un calendario persistente de fecundidad temprana en el país. Es así como dos terceras partes de las mujeres de 20 a 24 años en 2018 ya habían sido madres antes de cumplir 20 años, además, con una importante proporción de nacimientos no planificados (42.1%) ocurridos en la adolescencia y juventud.

En cuanto a la medida prioritaria 15,¹² enfocada en prevenir los embarazos subsecuentes en la adolescencia, se identificó que, la gran mayoría de las adolescentes tenía nuliparidad, pero resulta importante destacar que poco más de 10 por ciento ya

¹² Medida Prioritaria 15. Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia.



habían experimentado al menos un nacimiento en esta etapa temprana de la vida (10.9% ya tenía paridad uno y 2.0% tenía paridad dos o más). No obstante, se puede concluir que estos nacimientos en su gran mayoría ocurren una vez que se ha salido del sistema educativo ya que, solo una de cada cinco adolescentes que deserta del sistema educativo, lo hizo por motivos de un embarazo, crianza o por iniciar una unión conyugal (20.3%). Al respecto se debe destacar que la medida prioritaria 13¹³ se enfoca en evitar este tipo de deserción escolar (de las adolescentes embarazadas y madres jóvenes), mediante el fortalecimiento de las políticas y programas encaminados a esto.

Como se mencionó anteriormente, en contextos como el de México existe una estrecha relación entre varios de los eventos que ocurren a lo largo de la vida y que tienen una importante vinculación con la formación familiar como son la iniciación sexual, la primera unión y el nacimiento de la primera(er) hija(o). Es por esto, que la perspectiva de curso de vida juega un importante rol en proveer un marco teórico a fin de lograr un mejor entendimiento de los niveles vistos en varios de los indicadores aquí mostrados (Zavala et al., 2022). Además es importante mencionar que dicho proceso es diferenciado entre los distintos sectores de la sociedad mexicana derivado de las grandes desigualdades que persisten al interior del país, entre los diferentes estratos socioeconómicos (Brugelles y Rojas, 2016; Zavala de Cosío, 2020), y entre habitantes de comunidades rurales (Mejía Paillés, 2017), así como HLI como se mostró en las diferentes desagregaciones por grupo de población

Derivado de los niveles y tendencias de estos indicadores, es necesario fortalecer los esfuerzos para llevar a la población del país (con énfasis en la población adolescente y joven) “programas de salud sexual y salud reproductivas integrales, oportunos y de calidad” de acuerdo con sus necesidades, sus deseos e intenciones de procrear, enfatizando la importancia de la educación integral en la sexualidad (medida prioritaria 11)¹⁴ desde la educación básica,

para brindar mayores herramientas a la población, incluyendo a los varones, con el objetivo de que cuente con nuevas y mejores oportunidades de vida al permitirles tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y el momento adecuado para la reproducción. Por esto, es necesario continuar robusteciendo políticas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), en la cual se plantean varias acciones para cumplir con las medidas prioritarias del capítulo B del CMPD, entre ellas la 12 (salud sexual y reproductiva), 14 (prevención del embarazo adolescente),¹⁵ 15 (prevención del embarazo subsecuente en la adolescencia), 16 (garantía de oportunidades y capacidades),¹⁶ de forma intersectorial e intergubernamental, dado que dicha Estrategia involucra no solo a las dependencias del gobierno federal, sino al sector académico, organismos internacionales y a la sociedad civil. Igualmente es necesario continuar fortaleciendo y a la vez simplificando los mecanismos de coordinación entre las instituciones involucradas en la operación de esta política poblacional para lograr los objetivos planteados en esta (CONAPO, 2021).¹⁷

Como se ha documentado ampliamente, en México, la reducción en la tasa global de fecundidad (TGF) ha sido el resultado del programa de planificación familiar impulsado desde la década de los setenta para reducir el crecimiento poblacional (CONAPO, 2000; Juárez y Quilodrán, 1990; Mier y Terán y Partida,

la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

¹⁵ Medida Prioritaria 14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos.

¹⁶ Medida Prioritaria 16. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una sana convivencia y una vida libre de violencia, mediante estrategias intersectoriales que incluyan actuar sobre los determinantes que dificultan la convivencia y promueven la violencia, que brinden una formación que promueva la tolerancia y el aprecio por las diferencias, el respeto mutuo y de los derechos humanos, la resolución de conflictos y la paz desde la primera infancia, y aseguren la protección y el acceso oportuno a la justicia de las víctimas y la reparación del daño.

¹⁷ Para mayores detalles de la ENAPEA, véase: <https://enapea.segob.gob.mx>

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

¹⁴ Medida Prioritaria 11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo

2001; Zavala de Cosío, 2001). Es así como en 1976, se registraba que 30.2 por ciento de las mujeres unidas usaban un método anticonceptivo, proporción que en 20 años se duplicó, alcanzando 68.5 por ciento en 1997 (CONAPO, 2000). De este modo, la TGF pasó de 6.6 hijas(os) por mujer a inicios de la década de los setenta para ubicarse en la actualidad en niveles ligeramente por debajo del reemplazo poblacional (CONAPO, 2018). Sin embargo, en las pasadas dos décadas se ha registrado que el uso de métodos anticonceptivos ha sufrido una importante desaceleración, al alcanzar una prevalencia de 72.3 por ciento entre mujeres unidas, nivel que se ha mantenido casi inamovible, registrando un nivel de 73.1 de acuerdo con los datos más recientes (2018) (CONAPO, 2020).

Cabe destacar que la prevalencia anticonceptiva actualmente se encuentra en un nivel que se podría considerar hasta cierto punto alto, pero esta se encuentra principalmente dictada por la oclusión tubaria bilateral (OTB) (CONAPO, 2020), es decir, un método permanente adoptado por casi la mitad de las usuarias (45.9%), a edades tempranas. Es así como en 2018, una de cada cuatro mujeres entre 25 y 29 años ya había optado por este método, cifra que va en incremento, hasta alcanzar a más de la mitad de las mujeres a partir del grupo de edad 35 en adelante (CONAPO, 2020). Desde una mirada crítica, es importante destacar que, para muchas mujeres en contextos menos favorecidos (como comunidades rurales), la OTB resulta ser su primer método anticonceptivo (Brugeilles, 2005), lo que se traduce en que esa primera relación sexual, ocurriera de forma desprotegida, exponiéndolas a un embarazo no intencional a edades tempranas y muy seguramente a convertirse en madres de forma prematura, sin omitir su riesgo de exposición a una ITS. Además, una importante proporción de mujeres residentes en localidades rurales (aproximadamente 25%) se trata de población indígena,¹⁸ quienes a su vez ya presentan una menor proporción en el uso de anticonceptivos modernos, los cuales son contemplados en la medida prioritaria 44,¹⁹ que se dirige a asegu-

rar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos. Aunado a esto, la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos está dejando fuera a casi una de cada cinco mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas. Es por esto, que la política de población enfocada a garantizar el acceso universal a los métodos anticonceptivos se debe de hacer con estricto apego a garantizar los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de su curso de vida, es decir, dependiendo del momento en el cual se encuentran las personas, tomando en cuenta sus preferencias y necesidades en torno a sus intenciones y deseos reproductivos, así como los cambios que van teniendo de acuerdo a lo largo de sus vidas reproductivas.

La literatura más reciente hace evidente el estancamiento de la RMM (o tasa de mortalidad materna) en el lustro previo a la pandemia a nivel global (UNFPA, 2023), la cual registraba 223 defunciones por cada cien mil nacidas(os) vivas(os) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). La vinculación entre el uso de métodos anticonceptivos y su efecto positivo en reducir la mortalidad materna, al propiciar intervalos intergenésicos más prolongados, ha sido ampliamente documentada (Conde-Agudelo et al., 2012; Sridhar y Salcedo, 2017).²⁰ De acuerdo con estimaciones de la SCONAPO, poco más de la mitad (54.4%) de las mujeres que tuvieron un nacimiento dentro de los cinco años previos al levantamiento de la ENADID 2018 declararon haber optado por un método anticonceptivo después del parto (CONAPO, 2020). Asimismo, a pesar de que en México las cuatro visitas prenatales recomendadas por la OMS como estándar mínimo durante el embarazo casi alcanzan la universalidad, y que la gran mayoría de los partos son atendidos por personal altamente calificado, el país no es la excepción en la desaceleración en la reducción de dicho indicador. Aunado a esto, la mortalidad materna se incrementó sustantivamente a raíz de la pandemia de la COVID-19. Dado que la medida prioritaria 40²¹ se en-

en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.

¹⁸ Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2020.

¹⁹ Medida Prioritaria 44. Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados

²⁰ De igual forma esta relación también se vincula con reducciones de las muertes fetales e infantiles (Conde-Agudelo et al., 2006; Rutstein y Winter, 2015).

²¹ Medida Prioritaria 40. Eliminar las causas prevenibles de mor-



foca en eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, resulta fundamental replantear el seguimiento que se da a este indicador en el país (Zavala et al., 2022), el cual es casi tres veces superior a la RMM registrada en países más desarrollados, la cual se ubica en 12 muertes maternas por cada cien mil nacimientos (OMS, 2023).

En 2006, se promulgó en México la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la cual tiene como objetivo impulsar la igualdad de género en los ámbitos públicos y privados para lograr el empoderamiento de las mujeres en el país (González et al., 2022). En ese sentido, el indicador proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva, no solo abarca la igualdad de género en la primera parte de este, sino que también aborda aspectos relacionados con la SSR. Mientras que en el CMPD este indicador se ubica dentro del capítulo D (SSR), en la agenda internacional 2030, se ubica dentro del ODS 5, el cual se enfoca en conseguir la igualdad de género como una herramienta fundamental para lograr un desarrollo sostenible. Sin embargo, con base en los resultados presentados en este indicador, todavía se observan las brechas persistentes entre grupos considerados en condición de vulnerabilidad.

El uso de métodos anticonceptivos es un importante mecanismo de empoderamiento para adolescentes y mujeres, ya que les permite regular su fecundidad, lo que conlleva a que más mujeres puedan continuar con sus estudios y/o se incorporen a la vida económica del país. Según datos de los censos, en 1970 la tasa de participación económica de las mujeres de 12 años o más alcanzaba 16.4 por ciento (García, 1975). Cinco décadas después se ubica en 49 por ciento (INEGI, 2021), que como se dijo anteriormente, coincide con el incremento de la prevalencia

bilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños.

anticonceptiva en el país. Desafortunadamente, para el caso mexicano, estimar este indicador como se propuso originalmente, representa un enorme reto, ya que de momento no se cuenta con la pregunta sobre si las mujeres se pueden negar a tener relaciones sexuales. Por eso se hace una aproximación teniendo en cuenta la pregunta sobre “de quién fue la decisión de cuándo tener relaciones sexuales”, considerando que una mujer tiene autonomía cuando la decisión recae principalmente en la mujer, lo que no necesariamente implica que ellas mismas las tengan que iniciar para considerarse empoderadas. Por ello, es importante hacer una inversión substancial en las fuentes de información necesarias para poder realizar estimaciones más apegadas a los indicadores propuestos tanto en el CMPD como en otras agendas internacionales, entre ellas la 2030 para el desarrollo sostenible.

Cabe mencionar que uno de los avances más importantes a diez años del CMPD es el cambio realizado a la legislación de diez entidades federativas que permiten a una mujer interrumpir su embarazo de forma legal, pero sobre todo de manera segura, sin importar la causal. El Código Penal Federal establece que no habrá sanciones jurídicas o de cualquier índole a las mujeres que practiquen el aborto cuando el embarazo: 1) sea producto de una violación, 2) sea imprudencial o culposo, y 3) ponga en riesgo la vida de la madre. Sin embargo, en el ámbito de los DSyR, la sentencia de la SCJN, aunque prohíbe la criminalización de las mujeres que se practican un aborto, no lo vuelve legal en el resto de las entidades federativas, donde todavía se prohíbe por voluntad de la mujer o personas gestantes. De tal manera, podemos observar que en el país aún muestra dificultades en materia de salud y vulneración a los DSyR, lo que impide que las mujeres ejerzan su derecho libre y autónomo de reproducción. Es importante señalar que, donde las legislaciones prohíben y sancionan el aborto, las mujeres recurren a la clandestinidad y al aborto inseguro (Åhman y Shah, 2011; Grimes et al., 2006), lo que dificulta contar con información estadística confiable y oportuna acerca de este evento. Es por esto, que se debe de seguir abogando por la legalización en todo el país, ya que la prohibición de este, no lo limita, sino que hace que su práctica sea

insegura e incluso mortal (Okonofua, 2006; Taype-Rondan y Merino-García, 2016).

Una de las principales limitaciones de este artículo son las fuentes de información empleadas en la estimación de la mayoría de los indicadores aquí presentados, ya que muchas de ellas carecen de actualizaciones recientes, lo que hace que los indicadores no reflejen por completo los niveles y tendencias más actuales. Por ejemplo, la última ENADID disponible fue levantada en 2018,²² por lo que los efectos de la pandemia de la COVID-19 escapan a este instrumento. Lo mismo sucede con los indicadores que emplean como fuentes de información las Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas, 2016-2050, publicadas también en 2018, las cuales muestran las tendencias proyectadas a partir de la Encuesta Intercensal 2015.

Asimismo, derivado de las fuentes de información en materia de SSR, de momento solo es posible presentar los indicadores para mujeres en edad fértil. Históricamente, en las encuestas enfocadas a estudiar fecundidad se ha excluido a los hombres, ya que dichos instrumentos tienen como objetivo generar representatividad sobre la población en riesgo (Fledderjohann y Roberts, 2018). La investigación reciente muestra que la exclusión de los hombres obedece más a cuestiones de tipo cultural que de caracteres pragmático, como se suele argumentar para no incluirlos (Slauson-Blevins y Johnson, 2016). Un ejemplo de esto es el reporte de la fecundidad de cohorte entre mujeres y hombres en México, el cual no muestra diferencias significativas. Es así como la cohorte nacida entre 1972 y 1973 reportó descendencias finales para el caso de las mujeres de 2.6 hijas(os) y para el de los hombres de 2.5 (Páez y Zavala, 2023). Si queremos lograr sociedades más igualitarias entre hombres y mujeres, resulta fundamental considerar la inclusión de los hombres, a fin de entender sus comportamientos y decisiones en el proceso reproductivo.

De igual forma, en lo que respecta a las desagregaciones para grupos considerados en condición

de vulnerabilidad, en particular las que corresponden a la autoadscripción como población afroamericana o afrodescendiente, la considerada en la ENADID 2018, presenta un cierto grado de sesgo debido a su ubicación en el cuestionario, por lo que no es posible realizar estimaciones para esta población, perdiéndose así una importante oportunidad de caracterizar sus comportamientos, principalmente en materia de SSR. Sin embargo, es importante hacer mención que en la actualidad se engloba a la diversidad de este grupo en una sola pregunta “Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres ¿[nombre] se considera negra(o) afroamericana(o) (afrodescendiente)?”, y cuya inclusión en los instrumentos estadísticos por primera vez fue con la Encuesta Intercensal 2015. Por lo que, se sugiere que los instrumentos de captación sobre esta población se modifiquen para visibilizar la complejidad de este grupo, el que se compone de población nativa, es decir, nacida en México, migración reciente de otros países, y población nacida en el continente africano.

Es importante señalar que en este artículo se omite el análisis de los resultados por entidad federativa, debido a que, como se ha mencionado previamente, se contará con una nueva conciliación demográfica y proyecciones de la población, la cual puede mostrar resultados distintos a la información vigente. Asimismo, es importante mencionar de que al presentar los indicadores solo a nivel nacional no se muestran las diferencias que existen a nivel estatal, sin embargo, para la mayoría de los indicadores de SSR se ha realizado un análisis exhaustivo en el libro “Situación de los derechos sexuales y reproductivos. República Mexicana. 2018” (CONAPO, 2020) en la que también se incluyen acciones en las que las entidades federativas deben trabajar para lograr que las mujeres ejerzan sus DSYR. Finalmente, la mayoría de los indicadores provienen de la ENADID, lo que obliga a tener un mejor tratamiento de la información, es decir, vigilar la representatividad estadística a nivel de entidad federativa.

Recientemente, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) publicó el estado de la población mundial 2023 “8 000 millones de vidas, INFINITAS POSIBILIDADES, argumentos a favor de los derechos y libertades”. En este documento se invita a dejar atrás el paradigma

²² A la fecha de la publicación de este artículo, el levantamiento de la ENADID 2023 se encontrará en proceso; una vez publicados los resultados se podrán actualizar la mayoría de los indicadores aquí analizados.



tradicional enfocado en alcanzar metas de carácter numérico (*targets*), y llama a lograr un verdadero desarrollo económico del cual toda la población se pueda beneficiar, impulsando como el eje central en las políticas poblacionales el garantizar los derechos humanos a los ocho mil millones de personas en el mundo, cifra alcanzada en noviembre de 2022 (UNFPA, 2023).

A manera de conclusión, “no dejando a nadie atrás” (Naciones Unidas, 2015), implica planear y fortalecer acciones específicas en materia de políticas públicas que garanticen que todas las personas gocen del desarrollo económico de la nación en condición de igualdad, para lo cual es esencial contar con indicadores robustos que den cuenta de la interseccionalidad en la que está suscrita la población de un país (Echarri, 2020). Dichos indicadores son la mejor herramienta para monitorear los alcances de las políticas públicas, y aunque no debemos enfocarnos en metas de carácter numérico –como por ejemplo, la reducción de la tasa global de fecundidad a un nivel determinado– resulta primordial cuantificar los principales indicadores en materia de SSR y los relacionados con la misma, ya que estos representan un insumo fundamental para fortalecer, o en su caso, implementar políticas poblacionales, que garanticen los derechos humanos de todas las personas en México.

Fuentes consultadas

- Áhman, E. y Shah, I. H. (2011). New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115 (2), 121-126.
- Aracena-Genao, B., Leyva-Flores, R. y Gutiérrez-Reyes, J. P. (2022). Costo económico de atención de embarazos atribuibles a la falla de la política de prevención del embarazo adolescente en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, e00109721.
- Bearak, J., Maddow-Zimet, I., Leong, E. y Kost, K. (2023). *Contraceptive Failure Rates: New Estimates for Individual Methods and Method Combinations* [Paper presentado]. Population Association of America (PAA) Annual Meeting, Nuevo Orleans.
- Brugelilles, C. (2005). Tendencias de la práctica anti-conceptiva en México: tres generaciones de mujeres. En M. Coubès, M. E. Zavala de Cosío y R. Zenteno (Coords.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*, pp. 121-157. El Colegio de la Frontera Norte.
- Brugelilles, C. y Rojas, O. (2016). Inicio de la práctica anticonceptiva y formación de las familias. Experiencia de tres cohortes mexicanas. En M. Coubès, P. Solís y M. E. Zavala (Coords.), *Generaciones, cursos de vida y desigualdad social en México*, 161-188.
- Cárdenas, R. (2020). A 25 años de El Cairo, la cumbre de Nairobi y la agenda de población para México. *Coyuntura Demográfica*, 17, 17-27.
- Carosio, A. (2022). Derechos sexuales y derechos reproductivos en el horizonte de la emancipación. En C. Saldado y M. Patricia (Eds.), *Nudos críticos sobre la desigualdad de género*. CLACSO.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Secretariado General de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19*.
- Código Penal para el Estado de Aguascalientes. (2022, 7 de noviembre). H. Congreso del Estado de Aguascalientes. *Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes*. <https://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-4-11.pdf>
- Código Penal para el Estado de Baja California. (2021, 13 agosto). H. Congreso del Estado de Baja California. *Periódico Oficial del Estado de Baja California*. <https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/>

- TOMO_V/20210813_CODPENAL.PDF
- Código Penal para el estado libre y soberano de Baja California Sur. (2019, 10 de abril). H. Congreso del Estado de Baja California Sur. *Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur*. <https://tribunalbcs.gob.mx/admin/imgDep/Tribunal/CodigoPenal/Codigo%20Penal%20actualizado%20al%2010%20de%20abril%20de%202019.pdf>
- Código Penal del Estado de Campeche. (2023, 13 de enero). Poder Legislativo del Estado de Campeche. *Periódico Oficial del Estado de Campeche*. <https://legislacion.congresocam.gob.mx/index.php/leyes-focalizadas/anticorrupcion/6-codigo-penal-del-estado-de-campeche>
- Código Penal del Estado de Chiapas. (2023, 3 de marzo). H. Congreso del Estado de Chiapas. *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*. https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjg=
- Código Penal del Estado de Chihuahua. (2017, 22 de febrero). H. Congreso del Estado de Chihuahua. *Periódico Oficial del Estado de Chihuahua*. <http://www.congresochihuahua2.gob.mx/biblioteca/codigos/archivosCodigos/28.pdf>
- Código Penal para la Ciudad de México. (2020, 29 de julio). Congreso de la Ciudad de México. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd0cdef5d5adba1c8e25b34751cccfcdcca80e2c.pdf>
- Código Penal del Estado de Coahuila de Zaragoza. (2021, 1 de junio). Congreso de la Estado de Coahuila de Zaragoza. *Periódico Oficial del Estado de Coahuila de Zaragoza*. https://www.congresocoahuila.gob.mx/transparencia/03/Leyes_Coahuila/coa08_Nuevo_Codigo.pdf
- Código Penal para el Estado de Colima. (2022, 26 de marzo). Congreso de la Estado de Colima. *Periódico Oficial "El Estado de Colima"*. https://www.congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatual/Codigos/codigo_penal_26mar2022.pdf
- Código Penal para el estado libre y soberano de Durango. (2023, 18 de junio). Congreso de la Estado de Durango. *Periódico Oficial del Estado de Durango*. [http://congresodurango.gob.mx/Archivos/legislacion/CODIGO%20PENAL%20\(NUEVO\).pdf](http://congresodurango.gob.mx/Archivos/legislacion/CODIGO%20PENAL%20(NUEVO).pdf)
- Código Penal del Estado de Guanajuato. (2023, 19 de mayo). H. Congreso del Estado de Guanajuato. *Periódico Oficial del Estado de Guanajuato*. https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/reforma/pdf/3469/CPEG_AIC_19Mayo2023.pdf
- Código Penal para el estado libre y soberano de Guerrero. (2017, 18 de julio). Congreso del Estado de Guerrero. *Periódico Oficial del Estado de Guerrero*. http://tsj-guerrero.gob.mx/transparencia/instituto_mejoramiento_judicial/2017/Octubre/Codigo_Penal_para_el_Estado_de_Libre_y_Soberano_de_Guerrero.pdf
- Código Penal del estado de Hidalgo. (2023, 29 de marzo). H. Congreso Constitucional del Estado Libre y Soberano de Hidalgo. *Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*. http://www.congresohidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Codigo%20Penal%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf
- Código Penal para el estado libre y soberano de Jalisco. (2023, 3 de junio). Congreso de la Estado de Jalisco. *Periódico Oficial del Estado de Jalisco*. <https://www.jalisco.gob.mx/sites/default/files/C%25C3%25B3digo%2520Penal%2520para%2520el%2520Estado%2520Libre%2520y%2520Soberano%2520de%2520Jalisco%2520%252826OC%2529.pdf>
- Código Penal del Estado de México. (2023, 22 de junio). Legislatura del Estado de México. *Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno"*. <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig006.pdf>
- Código Penal para el estado de Michoacán. (2021, 25 de enero). Congreso de la Estado de Michoacán. *Periódico Oficial del Estado de Michoacán*. <http://congresomich.gob.mx/file/CODIGO-PENAL-ULTIMA-REF-25-DE-ENERO-DEL-2021.pdf>
- Código Penal para el estado de Morelos. (2023, 15 de febrero). H. Congreso de la Estado de Morelos. *Periódico Oficial "Tierra y Libertad"*. <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/codigos/pdf/CPENALEM.pdf>
- Código Penal para el estado de Nayarit. (2019, 19 de marzo). Congreso del estado de Nayarit. *Periódico*



- dico Oficial del Estado de Nayarit. https://www.contraloria.nayarit.gob.mx/assets/pdf/hormateca/codigo_penal_para_nayarit.pdf
- Código Penal para el Estado de Nuevo León. (2023, 16 de junio). H. Congreso Constitucional del Estado Libre y Soberano de Nuevo León. *Periódico Oficial del Estado de Nuevo León*. https://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/CODIGO%20PENAL%20PARA%20EL%20ESTADO%20DE%20%20NUEVO%20LEON.pdf?2023-06-16
- Código Penal para el estado libre y soberano de Oaxaca. (2020, 19 de diciembre). Congreso del Estado de Guerrero. *Periódico Oficial del Estado de Oaxaca*. <https://sspo.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/CODIGO-PENAL-PARA-EL-ESTADO-LIBRE-Y-SOBERANO-DE-OAXACA..pdf>
- Código Penal para el estado libre y soberano de Puebla. (2023, 11 de abril). H. Congreso del Estado de Puebla. *Periódico Oficial del Estado de Puebla*. <https://ojp.puebla.gob.mx/legislacion-del-estado/item/375-codigo-penal-del-estado-libre-y-soberano-de-puebla>
- Código Penal para el estado de Querétaro. (2022, 21 de octubre). H. Congreso del estado libre y soberano de Querétaro. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado "La Sombra de Arteaga"*. https://site.legislaturaqueretaro.gob.mx/CloudPLQ/InvEst/Codigos/COD006_60.pdf
- Código Penal para el estado libre y soberano de Quintana Roo (2023, 6 de junio). H. Congreso del Estado de Quintana Roo. *Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo*. <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XVII-0606-2023-20230608T153604-C1720230529070.pdf>
- Código Penal del estado de San Luis Potosí. (2020, 17 de noviembre). H. Congreso del estado de San Luis Potosí. *Periódico Oficial del estado de San Luis Potosí*. https://normas.cndh.org.mx/Documentos/San%20Luis%20Potos%C3%AD/Código_PE_SLP.pdf
- Código Penal para el estado de Sinaloa. (2023, 14 de abril). H. Congreso del estado libre y soberano de Sinaloa. *Periódico Oficial del estado de Sinaloa*. <https://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>
- Código Penal para el estado de Sonora. (2020, 29 de octubre). H. Congreso del estado libre y soberano de Sonora. *Boletín Oficial del estado de Sonora*. https://stjsonora.gob.mx/acceso_informacion/marco_normativo/CodigoPenalSonora.pdf
- Código Penal para el estado de Tabasco. (2022, 15 de diciembre). H. Congreso del estado libre y soberano de Tabasco. *Periódico Oficial del estado de Tabasco*. https://tsj-tabasco.gob.mx/resources/pdf/biblioteca/codigo_penal.pdf
- Código Penal para el estado de Tamaulipas. (2020, 27 de agosto). Congreso del estado de Tamaulipas. *Periódico Oficial del estado de Tamaulipas*. http://po.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2020/08/Codigo_Penal.pdf
- Código Penal para el estado libre y soberano de Tlaxcala. (2023, 3 de mayo). Congreso del estado libre y soberano de Tlaxcala. *Periódico Oficial del Estado de Tlaxcala*. https://congresodetlaxcala.gob.mx/archivo/leyes2020/pdf/4_codigo_penal_par.pdf
- Código Penal para el estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. (2022, 2 de marzo). H. Congreso del estado de Veracruz. *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz*. <https://www.legisver.gob.mx/Inicio.php?p=co>
- Código Penal para el estado de Yucatán. (2022, 17 de diciembre). H. Congreso del estado de Yucatán. *Periódico Oficial del estado de Yucatán*. <http://congresoyucatan.gob.mx/legislacion/codigos>
- Código Penal para el estado de Zacatecas. (2022, 17 de diciembre). H. Congreso del estado de Zacatecas. *Periódico Oficial del estado de Zacatecas*. <https://www.congresozac.gob.mx/63/ley&cual=103&tipo=pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2000). *La situación demográfica de México, 2000*.
- Consejo Nacional de Población. (2018). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*.
- Consejo Nacional de Población. (2019). *Principales Resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. Datos Abiertos.
- Consejo Nacional de Población. (2020). *Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Repú-

- blica Mexicana*. 2018.
- Consejo Nacional de Población. (2021). *Segunda Fase (Documento Marco) de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024*.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A. y Kafury-Goeita, A. C. (2006). Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *Jama*, 295 (15), 1809-1823.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., Castaño, F. y Norton, M. H. (2012). Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms. *Studies in family planning*, 43 (2), 93-114.
- Dorothy, N., Ritah, N., Benjamin, N., George, M., Sylvia, N., Julius, N. y Nekaka, R. (2020). Transition gone bad? Teenage pregnancy and suggested remedies in a rural community in Eastern Uganda. *Primary Health Care: Open Access*, 10 (3), 1-9.
- Echarri, C. (2020). *Interseccionalidad de las desigualdades de género en México. Un análisis para el seguimiento de los ODS*. ONU Mujeres y Consejo Nacional de Población.
- Echarri, C. y Pérez Amador, J. (2007). En tránsito hacia la adultez: eventos en el curso de vida de los jóvenes en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 22 (1), 43-77.
- Fledderjohann, J. y Roberts, C. (2018). Missing men, missing infertility: The enactment of sex/gender in surveys in low-and middle-income countries. *Population horizons*, 15 (2), 66-87.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). *Adelantando la Promesa. Informe Relativo a la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del Embarazo Adolescente en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe. MILENA 1.0*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2023). *Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2023, 8.000 millones de vidas, INFINITAS POSIBILIDADES, argumentos a favor de los derechos y libertades*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas y Asociación Latinoamericana de Población. (2020). *La implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe: avances y desafíos*.
- Fussell, E. y Palloni, A. (2004). Persistent marriage regimes in changing times. *Journal of Marriage and Family*, 66 (5), 1201-1213.
- García, B. (1975). La participación de la población en la actividad económica. *Demografía y economía*, 9 (1), 1-31.
- García, B. y Pacheco, E. (2000). Esposas, hijos e hijas en el mercado de trabajo de la Ciudad de México en 1995. *Estudios demográficos y urbanos*, 35-63.
- Giorguli, S., Vargas, E., Salinas, V., Hubert, C. y Potter, J. E. (2010). La dinámica demográfica y la desigualdad educativa en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 25 (1), 7-44.
- González, B., Herrera, C. y Ramírez de Garay, L. (2022). Políticas dirigidas a la erradicación de la violencia contra las mujeres basadas en evidencias. En C. Echarri y J. Pérez (Eds.), *La igualdad de género en las políticas para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México*, México: El Colegio de México.
- Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E. y Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The lancet*, 368 (9550), 1908-1919.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Presentación de Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022a). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022b). *Estadísticas Vitales de Natalidad*.
- Juárez, F. y Quilodrán, J. (1990). Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México. *Revista mexicana*



- cana de Sociología, 33-49.
- Mejía Paillés, G. (2012). *A life course perspective on social and family formation transitions to adulthood of young men and women in Mexico*. London School of Economics and Political Science.
- Mejía Paillés, G. (2017). Trayectorias hacia la adultez en México: un acercamiento desde la perspectiva del Análisis de Secuencias. En A. M. Chávez Galindo, R. C. Vázquez y C. Echarri (Eds.), *Los jóvenes mexicanos en la encrucijada de 2010*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mejía Paillés, G., Ramírez, M., Hernández, M. F., Sánchez, M., Dominguez, F., Velazquez Cervantes, A. y Muñoz, V. (2022). Registro oportuno en las estadísticas vitales de nacimientos: retos y oportunidades ante la COVID-19. En Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México* (pp. 35-62).
- Meneses, E. y Ramírez, M. (2018). Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. En Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México* (pp. 39-64).
- Mensch, B., Singh, S. y Casterline, J. B. (2005). Trends in the timing of first marriage among men and women in the developing world. The changing transitions to adulthood in developing countries. *Selected studies*, 118-171.
- Mier y Terán, M. y Partida, V. (2001). Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México, 1930-1997. En J. Gómez de León y C. Rabell (Coords.) (Ed.), *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI* (pp. 168-203). Consejo Nacional de Población y Fondo de Cultura Económica.
- Naciones Unidas. (1948, 10 de diciembre). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Resolución adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III).
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo*.
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Septuagésimo período de sesiones.
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015). *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*.
- Okonofua, F. (2006). Abortion and maternal mortality in the developing world. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28 (11), 974-979.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad Materna*. Datos y cifras.
- Páez, O. y Zavala, M. E. (2023). Patrones de formación familiar y reproductivos en la distintas regiones de México. En M. E. Zavala y P. Sebillé (Eds.), *La odisea de las generaciones en México: de las historias de la vida a los territorios*. El Colegio de México.
- Parker, S. y Pederzini, C. (2000). Género y educación en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 97-122.
- Parrado, E. A. y Zenteno, R. M. (2002). Gender differences in union formation in Mexico: Evidence from marital search models. *Journal of Marriage and Family*, 64 (3), 756-773.
- Pérez Amador, J. (2020). Unión libre y matrimonio: tendencias y brechas socioeconómicas. En S. Giorguli y J. Sobrino (Eds.), *Dinámica demográfica de México en el siglo XXI* (Vol. I). El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Presidencia de la República. (2011). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2010*.
- Quisumbing, A. y Hallman, K. (2005). *Marriage in transition: Evidence on age, education, and assets from six developing countries. The changing transitions to adulthood in developing countries: Selected studies*, 200-269.
- Rojas, O. y Castrejón, J. L. (2011). Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones

- por grupos sociales. *Estudios demográficos y urbanos*, 26 (1), 75-111.
- Rosas Villicaña, R. M. (2021). Orfandad y violencia a niñas, niños y adolescentes en la pandemia de Covid-19. El caso de México en el contexto latinoamericano. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 42 (166), 1-25.
- Rubinstein, A. V., Rahman, G., Risso, P. y Ocampo, D. C. (2017). Presentación de la menarca en madres e hijas ¿ Existe un adelanto? *Acta pediátrica de México*, 38 (4), 219-227.
- Rutstein, S. O. y Winter, R. (2015). *Contraception needed to avoid high-fertility-risk births, and maternal and child deaths that would be averted*. ICF International Farifax.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2021). Despenalización del Aborto, Extracto de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Dirección General de Derechos Humanos.
- Slauson-Blevins, K. y Johnson, K. M. (2016). Doing gender, doing surveys? Women's gatekeeping and men's non-participation in multi-actor reproductive surveys. *Sociological Inquiry*, 86 (3), 427-449.
- Sridhar, A. y Salcedo, J. (2017). Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Maternal health, neonatology and perinatology*, 3, 1-10.
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Sistema de Información de la Secretaría de Salud*.
- Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos*, 105-129.
- Taype-Rondan, A. y Merino-García, N. (2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (4), 829-830.
- Trommlerová, S. K. (2020). When children have children: The effects of child marriages and teenage pregnancies on early childhood mortality in Bangladesh. *Economics & Human Biology*, 39, 100904.
- Walker, D. A. y Holtfreter, K. (2021). Teen pregnancy, depression, and substance abuse: The conditioning effect of deviant peers. *Deviant Behavior*, 42 (3), 297-312.
- Zavala de Cosío, M. E. (2001). La transición de la fecundidad en México. En: J. Gómez de León y C. Rabell Romero (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo xxi*. Fondo de Cultura Económica.
- Zavala de Cosío, M. E. (2020). La diversidad social de la fecundidad en México. En S. Giorguli y J. Sobrino (Eds.), *Dinámica Demográfica de México en el siglo xxi*. El Colegio de México.
- Zavala, M. E., Mejía Paillés, G. y Lugo, M. (2022). El curso de vida de las mujeres mexicanas, formación familiar y participación laboral: una mirada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde una perspectiva de género. En C. Echarri y J. Pérez (Eds.), *La igualdad de género en las políticas para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México*. El Colegio de México.