

EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS
PÚBLICAS PARA SU ATENCIÓN



EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS PÚBLICAS PARA SU ATENCIÓN



EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS PÚBLICAS PARA SU ATENCIÓN

Vanessa Arvizu, Laura Flamand, Melisa González
y Juan C. Olmeda

306.87430972

A795em

Arvizu Reynaga, Alma Vanessa.

Embarazo temprano en México : panorama de estrategias públicas para su atención / Vanessa Arvizu, Laura Flamand, Melisa González y Juan C. Olmeda. – 1a ed. – Ciudad de México,; El Colegio de México, Red de Estudios sobre Desigualdades, 2022.

1 recurso en línea (68 p. : il., gráf.)

Requisitos de sistema: lector de archivos PDF

ISBN 978-607-564-398-4

1. Embarazo en la adolescencia – Aspectos sociales – México. 2. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo (México). 3. Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (México). 4. Adolescentes – Desigualdad social – México. 5. Adolescentes – Marginación social – México. I. Flamand Gómez, Laura, coaut. II. González, Melisa, coaut. III. Olmeda, Juan Cruz, coautor. IV. t.

Primera edición, 2022

D.R. © El Colegio de México, A. C.

Carretera Picacho Ajusco núm. 20

Ampliación Fuentes del Pedregal

Alcaldía Tlalpan 14110,

Ciudad de México, México

www.colmex.mx

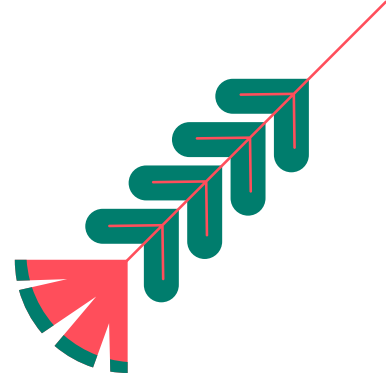
ISBN 978-607-564-398-4

El Colegio de México es el único responsable del contenido de este volumen y agradece el apoyo de Pfizer México para su realización.

*Por maternidades elegidas
y sociedades más igualitarias*

En memoria de
Margarita Miranda Carmona / 1928-2022
Partera en el Valle del Mezquital

ÍNDICE



1. Introducción	11
2. El problema público del embarazo temprano. México en perspectiva comparada	13
2.1 La fecundidad adolescente y las desigualdades sociales	14
2.2 El embarazo temprano y las desigualdades regionales	18
3. ¿Cómo se atiende el problema del embarazo en la adolescencia en México?	20
3.1 Estrategias nacionales para atender el embarazo temprano (Argentina, Colombia y México)	21
3.2 La implementación desde los grupos estatales para la prevención del embarazo en adolescentes (GEPEA)	24
3.2.1 Entidades con tasas bajas de fecundidad (15-19 años): Yucatán, Querétaro y Baja California	26
3.2.2 Entidades con tasas medias de fecundidad (15-19 años): Tamaulipas, Morelos y Oaxaca	29
3.2.3 Entidades con tasas altas de fecundidad (15 a 19 años): Zacatecas, Tabasco y Chihuahua.	31
3.2.4 Análisis comparado	34
3.3 La implementación de la Enapea desde los gobiernos estatales. Análisis por dimensiones con miras a fortalecer la Estrategia	35
3.3.1 Dimensión de derechos sexuales y derechos reproductivos	37
3.3.2 Dimensión de coordinación intersectorial e intergubernamental	45
3.3.3 Hallazgos principales del análisis por dimensiones	49
4. Buenas prácticas en la implementación de la Enapea	52

4.1 Buenas prácticas de los gobiernos estatales	53
4.1.1 En salud sexual integral	53
4.1.2 En la definición de la población objetivo	53
4.1.3 En la coordinación intersectorial	54
4.1.4 En la coordinación intergubernamental	55
5. Conclusiones generales	57
Referencias	60
Anexos	65
Buenas prácticas de la sociedad civil	65

ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

FIGURAS

Figura 1. / Proporción de mujeres en edad reproductiva con necesidades satisfechas de métodos anticonceptivos.	16
Figura 2. / Nivel educativo alcanzado entre madres tempranas y adultas (%) .	18
Figura 3. / Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años. Entidades federativas en México, 2019	19
Figura 4 / Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años por entidad federativa. Nacimientos por cada mil adolescentes, 2019	25
Figura 5 / Conceptos principales de los informes GEPEA, 2020. Yucatán, Querétaro y Baja California	27
Figura 6. / Conceptos principales de los informes GEPEA 2020. Tamaulipas, Morelos y Oaxaca	30
Figura 7. / Conceptos principales de los informes GEPEA, 2020. Zacatecas, Tabasco y Chihuahua	32
Figura 8. / Dimensiones de fortalecimiento de la Enapea. Evaluaciones de Eurosocial e INSP	37
Figura 9. / Enfoque de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Gobiernos estatales de México, 2020	38
Figura 10. / Población objetivo para la estrategia de embarazo adolescente. Gobiernos estatales de México, 2020	42
Figura 11. / Coordinación intersectorial entre los integrantes de los GEPEA. Gobiernos estatales de México, 2020	46
Figura 12. / Coordinación intergubernamental. Grupos estatales de prevención del embarazo adolescente, 2020	48

CUADROS

Cuadro 1. / Tasa de fecundidad en adolescentes. Nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años	15
Cuadro 2. / Resumen de las acciones realizadas en las entidades federativas de acuerdo con la TEFA.	34
Cuadro 3. / Acciones de prevención y atención reportadas por los gobiernos estatales. México, 2020	40
Cuadro 4. / Frecuencia de acciones de prevención y atención en educación sexual integral. Gobiernos estatales en México, 2020	40
Cuadro 5. / Coordinación de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, 2020	46
Cuadro 6. / Compilación de buenas prácticas a nivel subnacional.	56

COLABORADORAS Y COLABORADORES

INVESTIGACIÓN

Vanessa Arvizu
Laura Flamand
Melisa González
Juan C. Olmeda
Jeraldine del Cid*

DISEÑO Y CORRECCIÓN DE ESTILO

Nieves Dánae
Margarita Carrasco
Nancy Carolina García
Jaime Ramírez

INCIDENCIA Y DIFUSIÓN

León Ruíz
Mariano de Carli
Walter Doehner
Rolando Rodríguez
Tania Ochoa
Cristina Portas
Elizabeth Serratos

ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Mónica Vargas
Esperanza Rojas
Jessica Domínguez

* Flacso-México

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Amssac	Asociación mexicana para la educación sexual A. C.
Balance	Balance, A. C.
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CDMX	Ciudad de México
Colmex	El Colegio de México
Conapo	Consejo Nacional de Población
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Coplade	Comité de planeación para el desarrollo
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias
EAINNA	Estrategia de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes
Enapea	Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes
GBD	Global Burden of Disease Study
GEPEA	Grupos estatales para la prevención del embarazo en adolescentes
GIPEA	Grupo interinstitucional para la prevención del embarazo en adolescentes
Gmupea	Grupos municipales para la prevención del embarazo en adolescentes
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
ILSB	Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir
Imjuve	Instituto Mexicano de la Juventud
INEGI	Instituto Nacional de Geografía y Estadística
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
Mexfam	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAESSRA	Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes
PENIA	Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
Segob	Secretaría de Gobernación
SEP	Secretaría de Educación Pública

SIGPEA	Sistema de Información Georreferenciada para la Prevención de Embarazos en Adolescentes
Sinac	Subsistema de Información sobre Nacimientos
TEFA	Tasa específica de fecundidad en adolescentes
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
Unasse	Unidad de atención psicológica, sexológica y educativa para el crecimiento personal A.C.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



1. INTRODUCCIÓN

EN PLENO SIGLO XXI, el embarazo involuntario durante la adolescencia es una realidad palpable y preocupante en la región de América Latina y el Caribe.¹ Esto resulta paradójico, pues la tasa de fecundidad general ha disminuido de manera sostenida en las últimas décadas (Neal *et al.*, 2018). En México, cada día, más de mil adolescentes de entre 12 y 19 años se vuelven madres sin planearlo o desearlo (Conapo, 2022). De hecho, la pandemia de covid-19 profundizó esta tendencia. El Consejo Nacional de Población en México estimó un aumento de 30% de los embarazos de adolescentes no intencionados entre 2020 y 2021, es decir, poco más de 29 mil nacimientos adicionales a los que se habían proyectado (Gobierno de México, 2021).

Atender esta situación de manera efectiva implica desarrollar políticas públicas con un eje intergubernamental y en las cuales participen de manera activa las adolescencias, sus familias y la sociedad civil organizada. En México, la apuesta más clara es la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) que comenzó en 2015 y se reforzó con una segunda fase en 2021. Tal como se propone en el documento que condensa sus lineamientos fundacionales, desde un inicio, la Enapea se propuso como objetivo *reducir el número de embarazos adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente a los derechos sexuales y reproductivos*. Este objetivo se tradujo en metas particularmente ambiciosas para 2030: erradicar los nacimientos en niñas menores de 15 años y reducir a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19.

En este informe presentamos un panorama de las políticas y acciones desarrolladas en el marco de la Enapea para atender el problema del embarazo involuntario en niñas y adolescentes. La información que analizamos surge de una revisión exhaustiva de los trabajos de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) quienes se encargan de implementar las acciones de la Estrategia en el plano subnacional. Asimismo, identificamos y sintetizamos los programas que han desarrollado organizaciones de la sociedad civil de manera independiente o en colaboración con los gobiernos de las entidades. Nuestros objetivos centrales son dos: primero, detectar los énfasis de la implementación descentralizada de la Enapea en las 32 entidades federativas y, segundo, documentar las buenas prácticas que se han desarrollado alrededor de la Estrategia desde las esferas gubernamental y social.

Tener hijas o hijos está condicionado por una gama de determinantes sociales como las preferencias familiares, la cultura, el nivel educativo o el grado de desarrollo (Reina y Castelo-Branco, 2014). La mayor proporción de los embarazos tempranos son involuntarios o no planeados, además, con mucha frecuencia, como detallaremos, derivan de vulneraciones

1 De acuerdo con las encuestas demográficas más recientes y disponibles, una proporción muy alta de las mujeres adolescentes gestantes no deseaban tener un hijo o hija, o hubiesen preferido posponer el embarazo. La proporción corresponde a 46% de las argentinas embarazadas de 19 años o menos, 64% de las colombianas menores de 20 años y 49 % de las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años.



a los derechos tanto sexuales como reproductivos. Hemos decidido adoptar el término “embarazo temprano” por dos razones. Primero, porque así se incluye tanto aquellos que ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años como los de las niñas de entre 10 y 14 años. Segunda, porque reconoce que el término adolescencia es una construcción social que ha cambiado en el tiempo y varía entre grupos poblacionales, étnicos y culturales. Sin embargo, en el texto, también utilizamos el término embarazo en la adolescencia y embarazo en adolescentes por el nombre oficial de la política pública que el gobierno mexicano ha operado desde 2015, la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Nuestra investigación parte de que, como diversos trabajos académicos han revelado, el embarazo temprano se relaciona de manera estrecha con las desigualdades sociales: es más frecuente que se embaracen las adolescentes indígenas con acceso limitado a la educación sexual, de hogares con ingresos bajos y que residen en zonas con niveles altos de violencia, que las adolescentes que no viven en estas condiciones (Expósito, 2012; La Berbera, 2015; Mellizo-Rojas y Cruz-Castillo, 2016). Además, como mostraremos más adelante, el embarazo en la adolescencia puede afectar la vida de madres, padres e hijas/os ya que las desventajas asociadas a la maternidad o paternidad temprana derivan en brechas en el ingreso, la educación, la calidad del empleo y el acceso a la seguridad social, entre otras. De este modo, el embarazo temprano puede profundizar desigualdades sociales preexistentes y crear nuevas.

A menos de 8 años de que se cumpla el plazo que la Enapea propuso para alcanzar sus metas, las acciones dirigidas a atender el problema se han multiplicado. Desde su diseño, la Enapea se asume como una política intergubernamental y, en consecuencia, ha establecido un papel crucial para los gobiernos de las entidades federativas en su implementación con el argumento de su mayor cercanía con la población y sus necesidades particulares. Desde luego, también las actividades de diversas organizaciones de la sociedad civil, tanto en el plano estatal como en el nacional, han resultado fundamentales. A lo largo del informe, avanzamos respuestas a las siguientes preguntas: ¿En el plano subnacional, las acciones gubernamentales y sociales se enmarcan en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, en particular en la educación sexual y los servicios de salud? ¿Hay mecanismos efectivos de coordinación intergubernamental e intersectorial, podrían mejorarse para fortalecer la Estrategia Nacional?

Este informe se organiza en tres apartados. Primero, presentamos un diagnóstico sucinto del problema público del embarazo temprano en México en perspectiva comparada con lo que ocurre en Argentina y Colombia. Segundo, discutimos brevemente la implementación de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo desde el plano federal² para después analizar con detalle el papel de los gobiernos estatales en su implementación alrededor de dos dimensiones: los derechos sexuales y los reproductivos, y la coordinación intersectorial e intergubernamental que la Estrategia propone. Tercero, identificamos buenas prácticas subnacionales tanto gubernamentales como sociales que esperamos ayuden a implementar la Enapea de manera más efectiva.

2 El segundo informe de este proyecto se ocupa de evaluar la implementación descentralizada en la Enapea. En ese documento discutimos con detalle el diseño y las oportunidades de ajuste en la Estrategia para aumentar su efectividad.



2. EL PROBLEMA PÚBLICO DEL EMBARAZO TEMPRANO. MÉXICO EN PERSPECTIVA COMPARADA



ESTA SECCIÓN OFRECE UN PANORAMA sobre el problema del embarazo en la adolescencia en México en perspectiva comparada.³ Si bien este informe se concentra en México, el embarazo involuntario durante la adolescencia está presente en toda América Latina, por lo cual se vuelve necesario ubicar el caso mexicano respecto al contexto regional. Con ello, buscamos ilustrar en qué medida la evolución de las tendencias en México corresponde a la de otros países del continente y a la regional. Después, resaltamos las similitudes y diferencias entre las estrategias que Argentina y Colombia han desarrollado para atender el mismo fenómeno.

Para estructurar este análisis, primero presentamos la evolución de las tasas de fecundidad adolescente en la región y resaltamos cómo distintas desigualdades sociales ponen en riesgo a las jóvenes para embarazarse cuando no lo desean; también señalamos las severas desventajas que estas madres, padres e hijas/os enfrentan durante el resto de sus vidas. Después, para contextualizar la situación de México frente a otros países, analizamos de forma paralela el problema del embarazo en la adolescencia en Argentina y Colombia. Ambos casos comparten con México una elevada heterogeneidad de las tasas de embarazo en la adolescencia entre sus estados, provincias o departamentos. A esta condición común se suma que tanto Argentina como Colombia han desarrollado estrategias nacionales ambiciosas y que han mostrado resultados positivos en la atención del problema. Por ambas razones, las estrategias de estos países pueden ofrecer lecciones valiosas en cuanto a la implementación descentralizada de políticas para atender y prevenir el embarazo involuntario en la adolescencia.

Tras esta revisión, el segundo apartado del documento se enfoca en mostrar la heterogeneidad de necesidades y condiciones que existen en las entidades federativas de México en cuanto al embarazo temprano. Si bien, en México, existen entidades con tasas específicas de fecundidad más elevadas que en otras, su distribución no sigue un patrón territorial determinado: en el norte, centro y sur del país hay entidades que presentan tasas altas, medias y bajas. Además, estas diferencias también están presentes entre los municipios de una misma entidad, es decir, incluso en entidades con tasas de fecundidad bajas se localizan municipios con tasas altas. Para tomar decisiones de acción pública que penetren los territorios y favorezcan las sinergias intergubernamentales, es indispensable conocer esta diversidad y estas asimetrías.

2.1 LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES

En general, es posible emplear dos indicadores para documentar la evolución del embarazo en la adolescencia: el porcentaje de nacimientos en madres menores de 20 años respecto del total de nacimientos y la tasa específica de fecundidad adolescente.⁴

3 Esta sección presenta los hallazgos centrales de Del Cid, Flamand y Olmeda (2022), un trabajo comparado sobre el embarazo temprano involuntario en Argentina, Colombia y México que desarrollamos en el marco de este mismo proyecto de investigación.

4 Número total de nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años.

En el período 2010-2017, tanto México como Colombia y Argentina registraron reducciones en el primer indicador, aunque con variaciones significativas: Colombia presenta la reducción más grande con 3 puntos porcentuales menos, sigue Argentina con 2.5 y México con apenas 0.9. En la región, además, la tasa de fecundidad en adolescentes se ha reducido de 71.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 2009 a 61.2 en 2019. De los tres países que estudiamos, como muestra el cuadro 1, México presenta la tasa más baja en 2019 (58.6), después Argentina (62.4) y finalmente Colombia (64.3). La reducción más grande ocurrió en este último país, pues la tasa de fecundidad adolescente disminuyó en 14.3 nacimientos en 10 años. Argentina presenta el comportamiento más estable con una reducción de apenas 0.8 nacimientos.

Cuadro 1 / Tasa de fecundidad en adolescentes
Nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años

Año	Argentina	Colombia	México	Regional
2009	63.19	78.61	68.57	71.49
2010	63.32	76.85	67.70	70.39
2011	63.44	75.08	66.84	69.29
2012	63.57	73.32	65.97	68.17
2013	63.41	71.98	64.85	67.15
2014	63.25	70.65	63.73	66.13
2015	63.10	69.32	62.61	65.11
2016	62.94	67.98	61.49	64.07
2017	62.78	66.65	60.37	63.03
2018	62.57	65.48	59.45	62.10
2019	62.35	64.31	58.54	61.18

Fuente: Banco Mundial (2021). *World development indicators*.

Nota: Los países que incluimos para calcular los datos regionales fueron Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curacao, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas de San Martín, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, St. Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, San Martín, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

El embarazo en la adolescencia tiene una relación de doble vía con las desigualdades sociales, pues, en cierta medida, deriva de ellas y al mismo tiempo tiende a profundizarlas. Las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad tienen más probabilidades de embarazarse durante la adolescencia y, si esto ocurre, sus vidas suelen tornarse más complejas.⁵ De hecho,

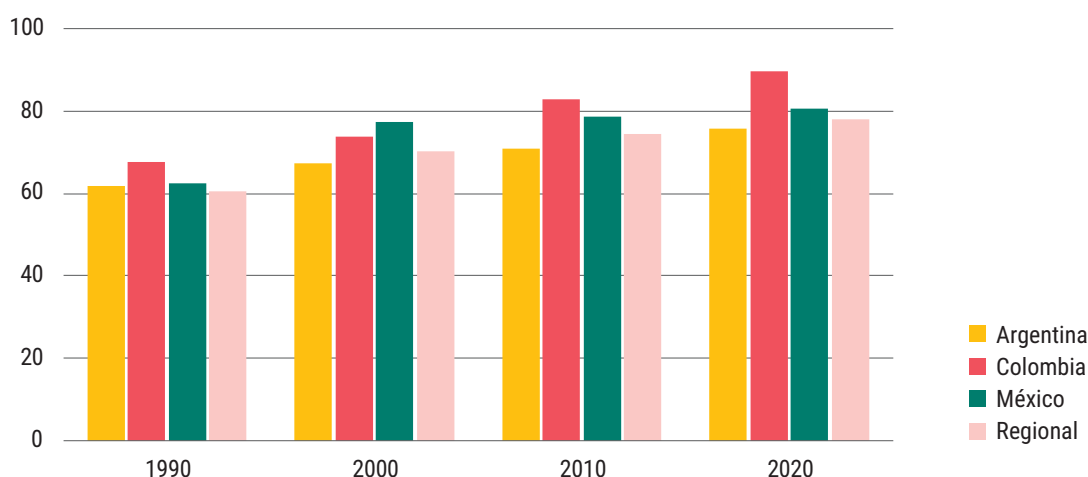
5 Varios estudios muestran que las hijas de madres adolescentes tienen entre 66% y dos veces más riesgo de llegar a ser madres adolescentes; además, se embarazan a edades más tempranas que sus madres (East *et al.*, 2007).

como señala Frenkel (2019), el embarazo en la adolescencia es causa y consecuencia de la vulneración de ciertos derechos.

Es crucial destacar que la relación entre embarazo adolescente y desigualdades no es exclusiva de América Latina, sino que es una realidad mundial (Dillon y Cherry, 2014). Sin embargo, como las brechas socioeconómicas son especialmente profundas en la región, estas condiciones agravan las consecuencias perniciosas del embarazo en mujeres menores de edad. En suma, en México y en América Latina, en general, las desigualdades sociales significan que no todas las mujeres en la región pueden ejercer sus derechos reproductivos de manera plena: no todas pueden decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. Para ilustrar este punto, a continuación, analizamos, de manera puntual, el acceso a métodos anticonceptivos modernos en la región.

La proporción de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que reportan tener necesidades satisfechas de planificación familiar con métodos modernos es relativamente heterogénea entre los países y en el tiempo (figura 1). En la región en su conjunto fue de 78.1% en 2020 y dos de los tres países que analizamos presentan proporciones superiores a la media regional: Argentina con 75.8, Colombia con 89.6 y México con 80.4. Es crucial observar la evolución del indicador en el caso mexicano, pues está prácticamente estancado desde hace 20 años.

Figura 1 / Proporción de mujeres en edad reproductiva con necesidades satisfechas de métodos anticonceptivos



Fuente: Elaboración propia con base en IHME (2021). Health data. Indicator 3.7.1: Proportion of women of reproductive age (15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (%) y en el Global Burden of Disease Study GBD (2019).

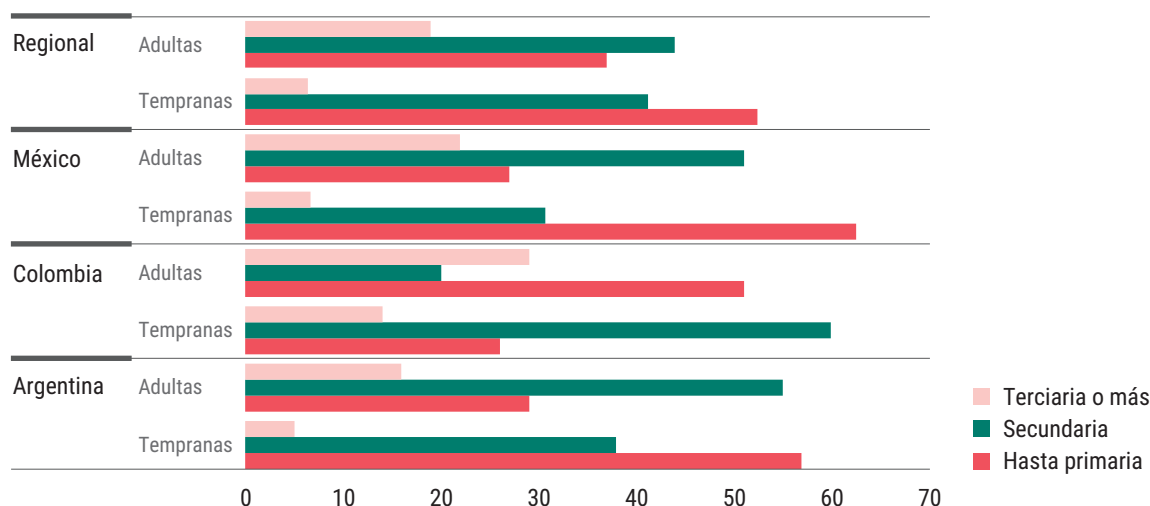
Nota: Los decenios anteriores a 2020 se basan en registros administrativos, los de 2020 en proyecciones. Los datos por país se obtuvieron directamente de la fuente, mientras que los datos regionales son cálculos propios. Los países que incluimos para calcular los datos regionales fueron Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curacao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Además, el acceso a métodos anticonceptivos es muy desigual entre diferentes grupos poblacionales. Las adolescentes de entre 15 y 17 años, las mujeres indígenas, las de bajos ingresos, quienes viven en zonas rurales o no cuentan con educación suelen tener menor acceso y usar con menos frecuencia algún método anticonceptivo (Ponce de León *et al.*, 2019). El análisis de Ponce de León y colaboradores revela que el uso de métodos anticonceptivos de larga duración y reversibles apenas alcanzaba 10% en 17 de los 23 países que estudian. Lo anterior muestra que los programas nacionales de salud de la región no han logrado impulsar el uso de este tipo de métodos anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos o los implantes hormonales, que son más efectivos, seguros, convenientes y garantizan una mayor adherencia terapéutica. Esta falla resulta relevante, pues la adopción creciente del uso de métodos anticonceptivos ha reducido la fertilidad entre adolescentes en 6.8% en la región. Además, se estima que, si la demanda total de anticonceptivos entre las personas adolescentes no unidas se cubriera, podría alcanzarse una reducción adicional de 8.9% (Sánchez-Páez y Ortega, 2018).

Como ya mencionamos, las mujeres adolescentes en condiciones de vulnerabilidad tienen mayores probabilidades de embarazarse que las que no viven en estas condiciones. Pero ¿qué ocurre cuando son madres a temprana edad? La maternidad durante la adolescencia suele generar efectos negativos en el curso de vida futuro, entre otros temas, en el logro educativo, la satisfacción con el trabajo, los ingresos y el acceso a la seguridad social. En un contexto de grandes desigualdades sociales, los efectos del embarazo en la adolescencia sobre la trayectoria escolar se entretajan y acumulan con otras desventajas como bajos ingresos, vivir en hacinamiento, entornos sociales/familiares que no valoran la educación o las reglas escolares rígidas que favorecen a estudiantes “tradicionales” sin hijos o hijas (Arvizu, 2021).

Por ejemplo, estudios realizados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población revelan que las madres adolescentes tuvieron tres veces menos oportunidades de obtener un título universitario que aquellas que pudieron postergar su maternidad (figura 2). En promedio, mientras 18.6% de las mujeres que fueron madres en la primera década de la edad adulta alcanzaron algún nivel de educación terciaria, solo 6.4 % de quienes fueron madres en la adolescencia (madres tempranas) alcanzaron este nivel (UNFPA, 2020). Si bien las proporciones de mujeres que alcanzan educación superior (terciaria o más) varían en todos los países, la brecha que se observa entre las madres tempranas y las adultas se mantiene relativamente constante: en Argentina es 11.3 %, en Colombia, 14.7 % y en México, 15.5% (figura 2).

Figura 2 / Nivel educativo alcanzado entre madres tempranas y adultas (%)



Fuente: Elaboración propia con datos de UNFPA (2020).

Nota: Los países que se utilizaron para calcular el dato regional son Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Las encuestas de los estudios Milena tomaron una muestra de mujeres de 20 a 64 años, se define como madres tempranas a aquellas que tuvieron un hijo entre los 10 y 19 años, y madres adultas a las que tuvieron un hijo entre los 20 y los 29 años.

2.2 EL EMBARAZO TEMPRANO Y LAS DESIGUALDADES REGIONALES

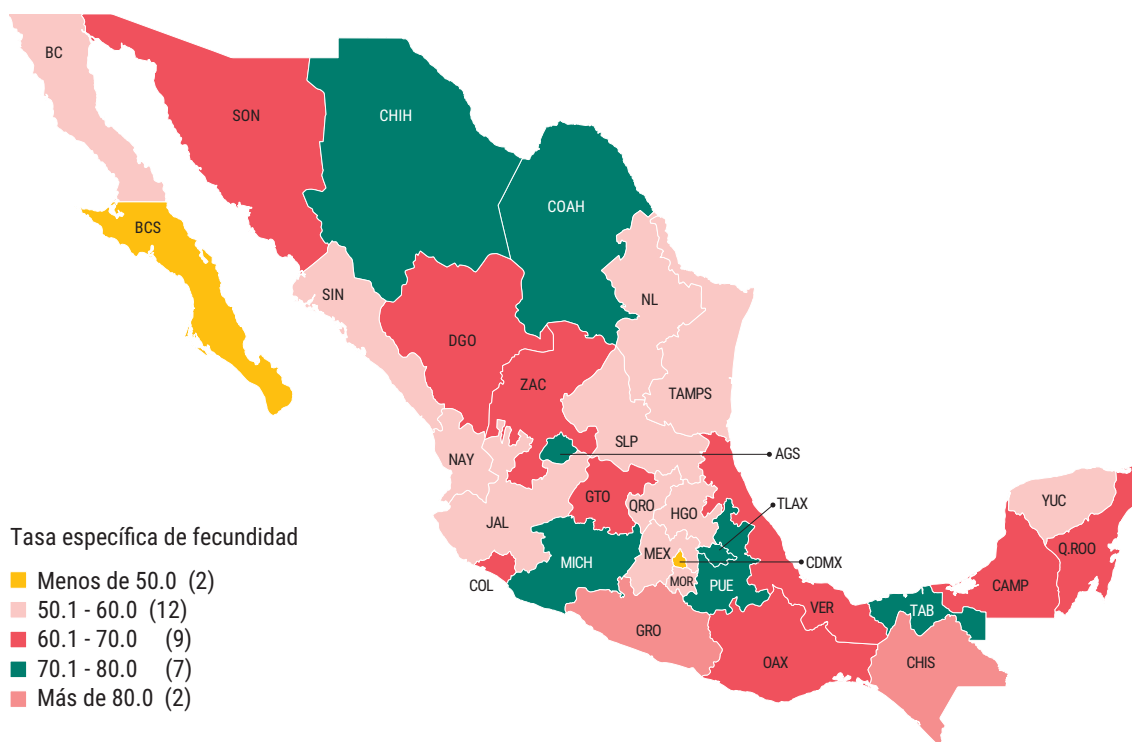
Las tasas de fecundidad en adolescentes que presentamos en este diagnóstico revelan diferencias muy significativas entre los países de América Latina. Como observamos, México ha logrado reducir de manera importante estas tasas, aunque estos valores se encuentran aún lejos de los objetivos establecidos por la Enapea. También hemos dejado en claro la vinculación que existe entre este fenómeno y las persistentes desigualdades que se verifican en la región.

Centrarse en las tasas agregadas no debe, sin embargo, hacernos perder de vista una realidad evidente: el embarazo en la adolescencia también interactúa con desigualdades territoriales; en consecuencia, las intervenciones diseñadas para atender este grave problema social tienen que tomar en cuenta esta heterogeneidad territorial.

En pocas palabras, la incidencia del embarazo adolescente involuntario es heterogénea en el territorio nacional. Como muestra la figura 3, Guerrero y Chiapas, dos de los estados más pobres del país, tienen tasas de fecundidad en adolescentes muy altas. Sin embargo, el mapa revela con claridad que las tasas altas⁶ se presentan en todo el país, en el norte (Chihuahua y Coahuila), el centro (Puebla y Tlaxcala) y el sur (Tabasco). Esto contrasta con lo que se observa en entidades como la Ciudad de México o Baja California Sur donde se registran las tasas más bajas.

6 Entre 70 y 80 nacimientos por cada 1,000 mujeres en la estratificación que utilizamos para el mapa.

Figura 3 / Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
Entidades federativas en México, 2019




Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (2021).

Esta heterogeneidad se torna crucial cuando se propone una política pública para atender el problema a escala nacional. En principio, es claro que, si bien puede ser necesario desarrollar estrategias nacionales, es indispensable avanzar acciones que consideren la incidencia diversa del problema en el territorio y permitan atender los contextos más complejos de manera específica.

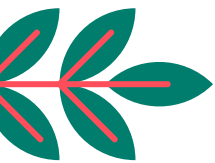
En un país federal como México, en donde los gobiernos estatales cuentan con facultades y responsabilidades para implementar políticas públicas, desarrollar estrategias que den cuenta de estas diferencias territoriales implica lograr un equilibrio particular entre otorgar autonomía a las unidades subnacionales para que adapten las estrategias nacionales a la realidad local y que el gobierno federal fije el rumbo y lidere a todas las entidades para avanzar en una misma dirección. Para lograr este equilibrio es esencial establecer mecanismos que posibiliten la interacción intergubernamental.

Después de analizar estos datos, en las secciones que siguen analizamos las estrategias nacionales de atención y prevención del embarazo en la adolescencia en los tres países. Lo anterior nos permite situar la política desarrollada en México para atender el asunto en el contexto de lo que otros países con situaciones similares han emprendido. Luego, nos centramos particularmente en la experiencia mexicana para considerar en qué medida las diferencias en las realidades estatales se condicen con diferentes acciones y/o enfoques para atender el problema.



3. ¿CÓMO SE ATIENDE EL PROBLEMA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN MÉXICO?





DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, es innegable que en América Latina y el Caribe se ha avanzado en garantizar los derechos sexuales y reproductivos, así como en promover políticas de igualdad de género. En México, Argentina y Colombia se han desarrollado estrategias particulares para atender el embarazo adolescente, también iniciativas para promover la educación sexual integral y legalizar la interrupción del embarazo. Por ello, retomamos las estrategias de estos países para revisar y comparar el enfoque y planeación de la Enapea a la luz de sus símiles regionales. Posteriormente, ahondamos en la implementación de la estrategia mexicana en el plano subnacional.

3.1 ESTRATEGIAS NACIONALES PARA ATENDER EL EMBARAZO TEMPRANO (ARGENTINA, COLOMBIA Y MÉXICO)

En esta sección, presentamos tres elementos que muestran espacios donde la acción gubernamental podría mejorar para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los reproductivos, seguidos de un breve análisis de las estrategias nacionales que los tres países han desarrollado para responder al problema del embarazo en la adolescencia. En México, analizamos la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) (México, 2017); en Argentina, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia 2017-2019 (PENIA) (Argentina, 2017), y en Colombia, revisamos la Estrategia de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes con Énfasis en la Prevención del Embarazo en la Infancia y Adolescencia (2015-2025) (EAINNA) (Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA, 2017).

De hecho, hay tres áreas de oportunidad en las acciones de política pública sobre el embarazo temprano en América Latina que consideramos tienen que enfatizarse todavía más para atender este problema en México de manera efectiva. La primera se trata de los *roles de género tradicionales*. A pesar de los avances en el tema, en diferentes ámbitos de la vida diaria (como los hogares e, incluso, las escuelas) se siguen reproduciendo ideas arcaicas respecto a cuáles son las tareas y responsabilidades que *deben* asumir hombres y mujeres, incluidas las posiciones sobre el embarazo y la maternidad, lo cual tiene efectos sobre el embarazo en la adolescencia. En Colombia, Murad-Rivera y colaboradores (2018) encontraron que hay una proporción mayor de embarazos en la adolescencia en contextos donde se piensa que el papel de la mujer está ligado al cuidado del hogar; mientras que, en México, Stern (2004) señala la importancia de entender cómo se definen culturalmente los roles de género para atender el embarazo en la adolescencia.

La reproducción de roles de género tradicionales se encuentra presente incluso a nivel de las estrategias nacionales, ya que en el diseño e implementación de acciones para tratar este problema social se deposita la responsabilidad casi exclusivamente en las niñas y en las adolescentes; mientras que, en el caso de los varones, las acciones se orientan a la educación sexual y al uso de anticonceptivos con enfoque preventivo, pero sin resaltar las obligaciones que se derivan de la paternidad.

La segunda área de atención refiere al *acceso limitado a información y educación sexual*. Si bien Argentina, Colombia y México han mostrado progresos sustantivos en cuanto a incluir la educación sexual en los programas, todavía existe un número importante de adolescentes que adquieren la primera información sobre el tema en sus círculos cercanos, lo cual tiende a alimentar mitos y preconcepciones sobre la sexualidad. Para ilustrar este punto, resulta pertinente el trabajo de Adaszko (2005), quien señala que en el caso argentino el funcionariado público es muy consciente de este vacío en distintas provincias del país. En México, Stern (2004) destaca que *ignorar factores básicos sobre la sexualidad y la reproducción hace a las mujeres jóvenes vulnerables a un embarazo temprano* (p. 152). Este elemento se incluyó en las tres estrategias nacionales de Argentina, Colombia y México. Sin embargo, como mostraremos más adelante, en el caso mexicano, el enfoque y las acciones de educación sexual integral son muy heterogéneas y, además, no siempre parten del respeto a los derechos sexuales y los reproductivos de las adolescencias.

La tercera área de atención enfatiza el *acceso desigual a métodos anticonceptivos*. En general, la falta de medios para acceder a métodos anticonceptivos o el rechazo por razones sociales o culturales⁷ suelen ser los principales obstáculos para su uso y no la falta de conocimiento. Este elemento se vincula directamente con la garantía desigual del derecho a la salud sexual, que depende, por ejemplo, de si las personas cuentan o no con acceso efectivo a los servicios de salud. Este último punto resulta de particular preocupación en México, dado que 35 millones de personas reportan no tener acceso alguno a servicios de salud en 2020 en el fragmentado sistema mexicano (Coneval, 2021).

A partir de reconocer la protección heterogénea de los derechos y las desigualdades sociales como barrera para su ejercicio, las estrategias nacionales de Argentina, Colombia y México se proponen disminuir el embarazo en adolescentes a partir de diversas aproximaciones. En los tres países resalta la importancia del acceso a métodos anticonceptivos y a la educación sexual. En Colombia, el tratamiento de la sexualidad es más completo y se relaciona con elementos estructurales que destacan las diversas vulnerabilidades. La estrategia argentina enfatiza la agencia de las y los adolescentes, y se concentra, además, en tratar el problema cuando el embarazo es involuntario.

Respecto de las paternidades, la Enapea en México menciona a los varones, sobre todo, en cuanto a la corresponsabilidad en el acceso a métodos anticonceptivos. Después de un cuidadoso proceso de evaluación, la fase II de la implementación (2021-2024) se replanteó esta aproximación y, en principio, dedica más atención a la corresponsabilidad en el embarazo, gestación y paternidades, así como a dedicar atención especial a las zonas donde habitan grupos más vulnerables. Como mostraremos más adelante, en el tema de paternidades y en la atención a grupos marginados, el caso mexicano revela un mosaico muy heterogéneo en cuanto a las acciones de los gobiernos estatales.

El PENIA de Argentina, por su parte, no menciona específicamente a los varones. Sin embargo, se enmarca en derechos sexuales y reproductivos explícitamente. En cuanto a la aplicación, se concentra sobre todo en el acceso a anticonceptivos, así como en la cobertura de la salud sexual y reproductiva, lo cual establece límites específicos respecto del derecho a la salud. La estrategia argentina parte de la necesidad de sensibilizar a los adolescentes, se concentra en los embarazos involuntarios y en la agencia de la población objetivo; de este modo,

7 De hecho, en el caso mexicano, varios estudios han revelado que tener una actitud favorable a la igualdad de género incrementa de manera muy significativa la probabilidad de usar condón (Casique, 2011).

el plan es un medio para ofrecer información que acompañe sus decisiones. Asimismo, refiere a la violencia sexual y a la interrupción legal del embarazo (ILE), con lo cual se propone brindar atención integral.

La EAINNA de Colombia enfatiza el embarazo en la infancia y adolescencia con un enfoque integral, además, distingue entre derechos sexuales y reproductivos. La estrategia incluye aspectos diversos de la dimensión sexual en la vida de las y los adolescentes, a partir de lo que en su estrategia denominan *realizaciones*. Esta aproximación amplía la visión de la sexualidad más allá de la asociación con la reproducción. Además, la EAINNA considera que las desigualdades son un factor crucial tanto en las causas como en las consecuencias del problema, un aspecto en el que la estrategia colombiana aventaja a las de Argentina y México.

¿Qué lecciones deja este puntual estudio comparado de las estrategias nacionales para que la Enapea en México aumente su efectividad?

Primera, en diferentes países de la región se han detectado avances en la educación integral en sexualidad, sin embargo, todavía existe una brecha significativa entre el diseño de estrategias gubernamentales de atención al embarazo adolescente y su implementación. En particular, es apremiante fortalecer su aplicación desde los gobiernos subnacionales con énfasis en su pertinencia cultural, en especial, para las comunidades indígenas.

Segunda, desarrollar estrategias que conjunten el trabajo de diversas agencias sectoriales nacionales y subnacionales (ej. educación, salud, género) considerando la heterogeneidad territorial. Además de desarrollar estrategias intersectoriales en los territorios, es indispensable articular las políticas para prevenir y atender el embarazo adolescente con aquellas orientadas a la interrupción legal del embarazo o las específicas para prevenir las violencias de género. Con este propósito es necesario que la perspectiva de género tenga un papel central en la formación y capacitación del funcionariado público.

Tercera, las políticas en torno al embarazo adolescente no deben circunscribirse a acciones de prevención; es imprescindible desarrollar programas que atiendan a niñas y adolescentes que ya son madres para que adquieran autonomía y continúen su desarrollo. Esto supone asumir que las políticas para prevenir y atender el embarazo en la adolescencia se articulen en torno al ejercicio pleno de los derechos sexuales y de los reproductivos.

Las lecciones derivadas de las experiencias nacionales en otros países se refuerzan con las recomendaciones derivadas de las evaluaciones de la Enapea. Como detallamos en otro trabajo asociado a este proyecto de investigación, las evaluaciones que se han desarrollado sobre la Estrategia mexicana en los últimos años han revelado dos dimensiones que requieren fortalecerse. Por un lado, el énfasis en los derechos sexuales y los reproductivos mediante la educación sexual integral y la consideración de la enorme heterogeneidad que existe entre las adolescencias en México. Esto significa que la Estrategia nacional necesita incluir una gama diversa de acciones para alcanzarlas, en particular nos referimos a poblaciones en situación de pobreza, en entornos violentos, en comunidades aisladas, de pueblos indígenas o con discapacidades. Por otro, dada la heterogeneidad en las condiciones, necesidades y capacidades gubernamentales presentes en las entidades federativas en México, consideramos crucial robustecer los espacios e instrumentos de coordinación intersectorial e intergubernamental. En la siguiente sección, en consecuencia, estudiamos con detalle el papel de los grupos estatales para la prevención del embarazo en la implementación de la Enapea y sus acciones durante 2020.

3.2 LA IMPLEMENTACIÓN DESDE LOS GRUPOS ESTATALES PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (GEPEA)

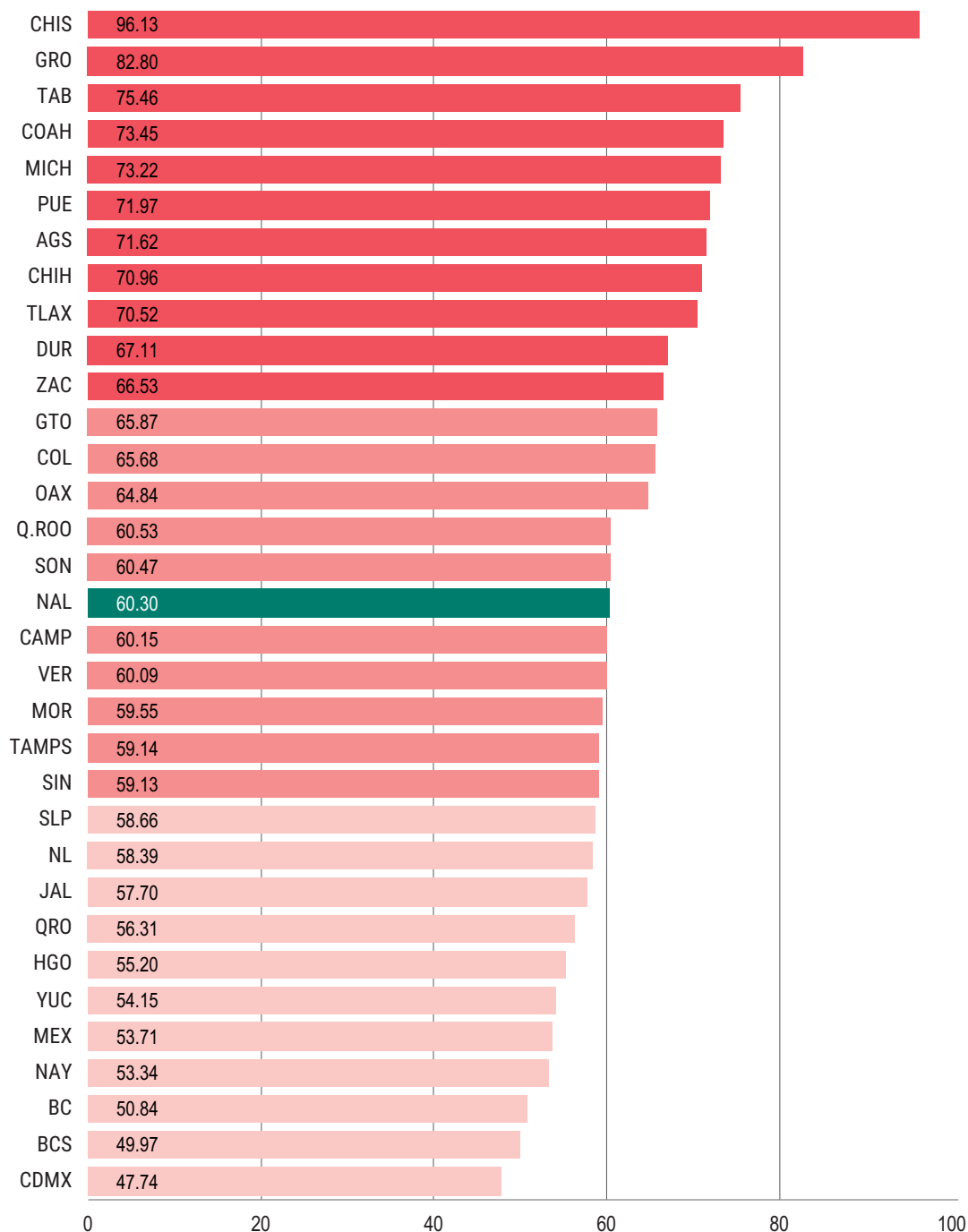
La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) estableció un Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) en el plano federal y que *las entidades federativas constituirán el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), tomando como modelo de referencia el nacional, pero se podrá adecuar el modelo respetando los arreglos institucionales en los estados.* (Conapo, 2017). En consecuencia, en cada una de las entidades federativas, se creó un GEPEA que opera de forma constante y de cuyas acciones se genera un informe anual. Esta sección se basa en la revisión y análisis de los informes de los 32 grupos estatales en su edición 2020.

Para analizar el trabajo de los gobiernos estatales, revisamos de manera sistemática los informes en cuanto a su diagnóstico y acciones. A partir de este ejercicio, identificamos tendencias generales y prácticas destacadas. En esta sección, presentamos los hallazgos más destacados a partir de la categorización de estados por niveles de la tasa de fecundidad específica para adolescentes. Para ganar precisión también discutimos a detalle una selección de entidades por categoría que ilustran las políticas existentes en del resto del país.

En cuanto a los informes estatales, procedimos en tres pasos: categorizar las entidades, analizarlas por categorías y, finalmente, identificar acciones específicas para grupos poblacionales o territorios concretos. Para categorizar las entidades, partimos de las cifras oficiales del INEGI para 2019 y 2020, las organizamos de menor a mayor tasa específica de fecundidad en adolescentes (TEFA) y establecimos como cifra nacional la mediana de los datos. En cuanto al análisis de categorías, recurrimos a los informes GEPEA de cada entidad, comenzamos con un análisis preliminar de cada informe que llevó a crear una base de datos que permitiera establecer comparaciones entre estados respecto a los derechos sexuales y reproductivos, por un lado, y la coordinación intersectorial e intergubernamental, por otro.

Después, analizamos esta base con el *software* para análisis cualitativo Maxqda 2022, lo cual nos permitió identificar las similitudes y contrastes entre los informes de los GEPEA de las entidades federativas con las herramientas visuales del *software*, en particular, nubes de frecuencias de los vocablos. Además de las nubes, el *software* permite crear un reporte de frecuencias de palabras destacando las de mayor mención, así identificamos los aspectos principales del trabajo que reporta cada grupo estatal. Por ejemplo, identificamos los criterios de focalización de acciones (de prevención o de atención) tanto por territorio como por subgrupo poblacional. Después de revisar las nubes y los reportes de frecuencia de las palabras, clasificamos a las entidades a partir de su tasa específica de fecundidad en 2019. Consideramos los datos de 2019 para después contrastar con los informes de los GEPEA, las acciones que los gobiernos estatales emprendieron en 2020 en el marco de la estrategia federal. A partir de esta clasificación generamos tres grupos: entidades con tasas de fecundidad altas (11 entidades), medias (10) y bajas (11) (ver figura 4).

Figura 4 / Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años por entidad federativa
Nacimientos por cada mil adolescentes, 2019



Fuente: Natalidad del INEGI 2019 y del Censo de Población y Vivienda 2020.

*Tasa de fecundidad: Nacimientos por cada mil adolescentes del rango etario. La tasa nacional corresponde a la mediana de los datos del total de entidades.

A partir del trabajo previo en Maxqda, determinamos qué tanta importancia da cada gobierno estatal a las acciones de atención y prevención del embarazo en niñas y adolescentes. Es decir, analizamos si hay equilibrio entre ambos tipos de acciones por el carácter persistente y, con frecuencia, no planeado del embarazo en la adolescencia y la forma en que la política pública atiende y acompaña a quienes ya atravesaron por esta situación.

En general, en las tres categorías de entidades se enfatiza la prevención; sin embargo, hay matices. En todas las entidades hay tanto acciones de prevención como de atención, incluso, en cuatro casos, el número de las acciones es casi idéntico entre ambos tipos. En las acciones de prevención, la más frecuente es organizar talleres para adolescentes, mujeres y hombres, sobre temas de educación, derechos y salud sexuales y reproductivos, en los cuales a menudo se entregan métodos anticonceptivos. Si bien representan una proporción menor, las acciones de atención son muy diversas entre las entidades: desde el cuidado médico a mujeres adolescentes embarazadas y la atención perinatal, hasta el seguimiento de carpetas de investigación relacionadas con delitos sexuales.

Además, analizamos las acciones dirigidas a grupos poblacionales o territorios específicos. Es decir, si los GEPEA de las diversas entidades desarrollaron acciones de diagnóstico, prevención o atención enfocadas a población indígena, migrante o afrodescendiente, a adolescentes varones o a municipios específicos. Este análisis se propone ilustrar las necesidades potenciales en entidades con características determinadas. Todas las entidades establecieron como objetivo implementar la estrategia con un enfoque universal, es decir, en todos los municipios y para toda la población adolescente y joven en sus territorios. Sin embargo, las acciones más comunes consistieron en definir municipios de atención prioritarios a partir de las tasas de fecundidad registradas. Respecto a grupos poblacionales, las acciones específicas más comunes se dirigieron a la indígena, a la afrodescendiente y, en los estados fronterizos del norte, a la migrante.

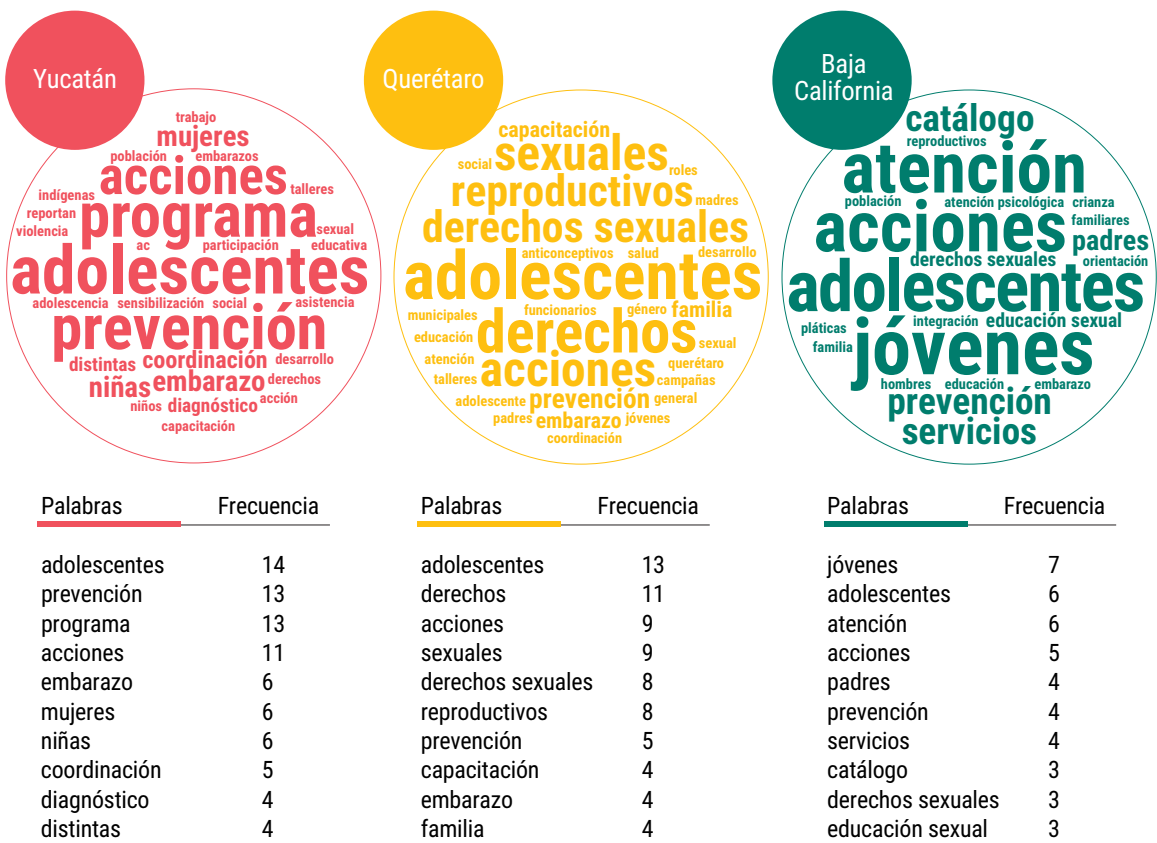
Luego del trabajo anterior, seleccionamos tres entidades representativas de cada grupo de tasas de fecundidad adolescente, es decir con tasas de fecundidad específica alta, media y baja. A continuación, presentamos los hallazgos del análisis de los informes de los GEPEA en cuatro secciones. Las tres primeras corresponden a cada grupo de entidades (tasas bajas, medias y altas); en cada una partimos de un panorama descriptivo de las entidades y después detallamos las acciones que realizaron. En cada sección presentamos un acercamiento puntual a las tres entidades representativas con sus nubes de frecuencias de palabras que resumen visualmente los hallazgos. Después, presentamos un análisis comparado de las tres entidades representativas de cada categoría.

3.2.1 ENTIDADES CON TASAS BAJAS DE FECUNDIDAD (15-19 AÑOS): YUCATÁN, QUERÉTARO Y BAJA CALIFORNIA

Las entidades que conforman la categoría de tasa baja de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años son: Ciudad de México, Baja California Sur, Baja California, Nayarit, Estado de México, Yucatán, Hidalgo, Querétaro, Jalisco, Nuevo León y San Luis Potosí. El punto de corte es una tasa de 59 nacimientos por cada mil adolescentes; dentro de esta categoría las tasas toman valores desde 47.7 en la Ciudad de México hasta 58.7 en San Luis Potosí. Como en el plano nacional, en los estados que forman parte de esta categoría predomina el enfoque de la prevención del embarazo adolescente.

Las acciones de prevención que predominaron fueron talleres, seminarios y conferencias abiertos al público, aunque desarrollados para niñas, niños y adolescentes. Los temas recurrentes en este tipo de actividades fueron los derechos, así como la salud y la educación sexual y reproductiva. En cuanto a la atención, las principales acciones son becas a madres adolescentes, atención médica para las madres y sus hijas/os, así como la anticoncepción post evento obstétrico. La especificidad de la implementación es muy patente: en 8 de las 10 entidades se han desarrollado acciones de enfoque multicultural, 4 implementan acciones diferenciadas entre los territorios, 4 incluyen a los varones en las actividades generales y 2 tienen acciones específicas para adolescentes varones.⁸ En particular, en algunos estados se han desarrollado mecanismos detallados para detectar y atender casos de violencia relacionados con embarazos en adolescentes.

Figura 5 / Conceptos principales de los informes GEPEA, 2020
Yucatán, Querétaro y Baja California



Fuente: Elaboración propia con información de los informes GEPEA de Yucatán, Querétaro y Baja California para el 2020.

8 Jalisco y San Luis Potosí.

Yucatán

La TEFA de Yucatán es de 54.2 y la sexta más baja a nivel nacional. Igual que las otras entidades de tasas bajas, implementa actividades de prevención y atención, pero se distingue por su enfoque por edades: para las niñas y los niños de 10 a 14 años dominó el enfoque preventivo, mientras que para las y los adolescentes de 15 a 19 años se realizaron acciones tanto de prevención como de atención. Respecto de las acciones de prevención, se reportan conferencias de sensibilización en género y nuevas masculinidades, así como programas para promover la permanencia educativa. En materia de atención, el foco estuvo en los programas intersectoriales de asistencia ante casos de violencia sexual, en materia legal, psicológica y social. Asimismo, el GEPEA toma en cuenta las diferencias entre las zonas urbanas, rurales e indígenas para diseñar e implementar sus acciones.

Querétaro

Querétaro, con una TEFA de 56.31, es la octava entidad con menos incidencia de embarazo en la adolescencia. Su estrategia de acción no prioriza territorios ni grupos específicos de la población adolescente, pero se incluyen acciones para involucrar a los varones en la crianza, donde se reporta que la población indígena participa. Las acciones enfatizaron la prevención y, tras el diagnóstico que realizó el grupo estatal, se han programado acciones de atención también. En la prevención, el abanico de opciones que se desplegaron fue sensibilizar a personas a cargo de la crianza de personas adolescentes, capacitar al personal docente, repartir métodos anticonceptivos, así como becas y talleres de derechos sexuales y reproductivos. En la atención, las becas “Elisa Acuña” y la atención médica a madres adolescentes son las principales acciones.

Baja California

En Baja California, el tercer estado con menor TEFA (50.84), las acciones de prevención y de atención están casi equilibradas. Las acciones de prevención consistieron en desarrollar un portal de internet y una línea telefónica enfocados en educación sexual para adolescentes o personas que tienen bajo su tutela a adolescentes, brindar acceso gratuito a métodos anticonceptivos y ofrecer atención psicológica. Las acciones de atención fueron impartir pláticas de sensibilización y orientación sobre la crianza dirigidas a adolescentes (mujeres y hombres) para mejorar las dinámicas familiares, otorgar becas de estudio y reforzar la atención psicológica. Sin embargo, el GEPEA de Baja California no reporta acciones con enfoque multicultural, ni criterio alguno para priorizar territorios.

En resumen, las tres entidades cuentan con acciones tanto de prevención como de atención, sin embargo, detectamos matices. Respecto a las acciones de prevención y atención, Yucatán implementó un enfoque diferenciado de acuerdo con los grupos de edad, mientras que en Querétaro y Baja California se partió de una visión general. En cuanto a la especificidad territorial, Yucatán reporta un enfoque diferenciado para la atención en zonas rurales y de población indígena; Querétaro, aunque no reporta acciones diferenciadas, implementó medidas de atención para población indígena y para varones. Finalmente, Baja California reportó todas sus acciones de forma general.

A partir del contraste entre estas tres entidades representativas de la categoría de tasas bajas, observamos que suele existir un margen de maniobra muy amplio para realizar acciones dirigidas a prevenir embarazos, tal como plantea el objetivo principal de la Enapea, pero también para atender a las madres y, en ocasiones, padres adolescentes. Asimismo, resalta el énfasis en la sensibilización de personas adultas, sean personal docente, de los servicios de salud o personas a cargo de una persona menor. Estos temas se discuten con más detalles en el análisis comparado que presentamos en un apartado posterior.

3.2.2 ENTIDADES CON TASAS MEDIAS DE FECUNDIDAD (15-19 AÑOS): TAMAULIPAS, MORELOS Y OAXACA

Los estados con tasa específica de fecundidad media son Sinaloa, Tamaulipas, Morelos, Veracruz, Campeche, Sonora, Quintana Roo, Oaxaca, Colima y Guanajuato y Zacatecas. El punto de corte es una tasa mayor a 59 nacimientos por cada mil adolescentes; dentro de esta categoría las tasas toman valores desde 59.3 en Sinaloa hasta 65.9 en Guanajuato. En esta categoría, siete entidades realizaron acciones de prevención y atención con prioridad en la prevención; en las otras tres, en contraste, las acciones de atención no están presentes o son casi inexistentes.⁹ Las principales acciones de prevención consisten, como sucede en los estados con tasa bajas, en talleres en temas de derechos, salud y educación sexual y reproductiva, dirigidos a adolescentes, en el sistema escolarizado, sobre todo. Además, en estas entidades se reportaron con más frecuencia talleres impartidos a padres/madres de familia y a funcionariado, la operación de servicios de salud amigables a las personas adolescentes y las becas de estudio.

Las acciones de atención más comunes son becas, distribución de métodos anticonceptivos para madres adolescentes, seguimiento educativo, psicológico o sanitario a madres adolescentes y atención a casos de violencia. Finalmente, las acciones específicas principales son territoriales, en seis entidades, o multiculturales, en tres. Además, en dos entidades se focaliza la atención a adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, mientras que en dos entidades no se especifica si existen acciones focalizadas únicamente en niñas, niños y adolescentes.¹⁰

Tamaulipas

Tamaulipas registra una tasa específica de fecundidad de 59.1, ocupando el décimo segundo lugar a nivel nacional. Tal como ocurre en el grupo de entidades con tasas medias, en esta entidad, las acciones de prevención son mayoría, pero también se contemplan algunas actividades encaminadas a la atención. El enfoque en la prevención se concentra en realizar talleres y conferencias, sobre todo virtuales, con temas de violencia, educación sexual y prevención del suicidio. También se capacita al personal del primer nivel de atención en salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes. En atención, las becas de estudio a madres adolescentes constituyen la acción principal. Finalmente, el GEPEA reportó acciones estatales de manera general, por lo que no hay información puntual sobre actividades específicas dirigidas a un grupo de población o territorio, en contraste con entidades de su misma categoría.

9 Colima, Sinaloa y Sonora.

10 Quintana Roo y Veracruz.

Figura 6 / Conceptos principales de los informes GEPEA, 2020
Tamaulipas, Morelos y Oaxaca



Fuente: Elaboración propia con información del informe GEPEA Tamaulipas, Morelos y Oaxaca, 2020.

Morelos

En Morelos, la tasa específica de fecundidad adolescente se ubica en 59.6, ocupando el estado una posición por detrás de Tamaulipas en la prelación nacional. El objetivo primordial de las acciones es la prevención con campañas en radio y televisión para concientizar en temas de violencia, de derechos, así como de educación sexual y reproductiva. También se fomentan diálogos intergeneracionales entre adolescentes y la persona adulta a su cargo. Las acciones de atención más relevantes refieren a implementar el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA). En cuanto a las acciones específicas, la entidad emplea las tasas municipales de embarazo adolescente como criterio de priorización.

Oaxaca

En el estado de Oaxaca, la tasa específica de fecundidad adolescente asciende a 64.84. Como la mayoría de las entidades con tasas medias, el gobierno estatal acentúa la prevención. Sin embargo, cuenta además con acciones de atención diversas. Las acciones de prevención consisten en capacitar a personal docente en temas de género y sexualidad adolescente, difundir la cartilla de derechos sexuales y reproductivos, y promover estímulos al mérito académico. La atención se reflejó en las becas “Elisa Acuña” para madres adolescentes, atención de primer contacto con víctimas de violencia de género y en capacitaciones a servidores públicos para atender casos de violencia sexual y de género. En Oaxaca, destaca el enfoque multicultural, pues se crearon programas de estímulo académico específicos para adolescencias afromexicanas e indígenas, así como un campamento feminista para niñas y adolescentes mixtecas.

A partir de la comparación entre estos tres estados representativos del grupo de tasas de fecundidad media, observamos que, si bien existen acciones tanto de prevención como de atención, las de atención son más acotadas, dado que las becas a madres adolescentes son el elemento principal, mientras que en el abanico de prevención se incluyen capacitaciones, campañas de sensibilizaciones y de difusión. En cuanto a la especificidad de las acciones, existen tres categorías: quienes dirigen sus acciones a ciertos grupos de población, como Oaxaca con la población afromexicana e indígena, quienes priorizan territorialmente, como Morelos a partir de las TEFA municipales, y quienes solo reportan acciones generales, como Tamaulipas.

3.2.3 ENTIDADES CON TASAS ALTAS DE FECUNDIDAD 15-19 AÑOS: ZACATECAS, TABASCO Y CHIHUAHUA

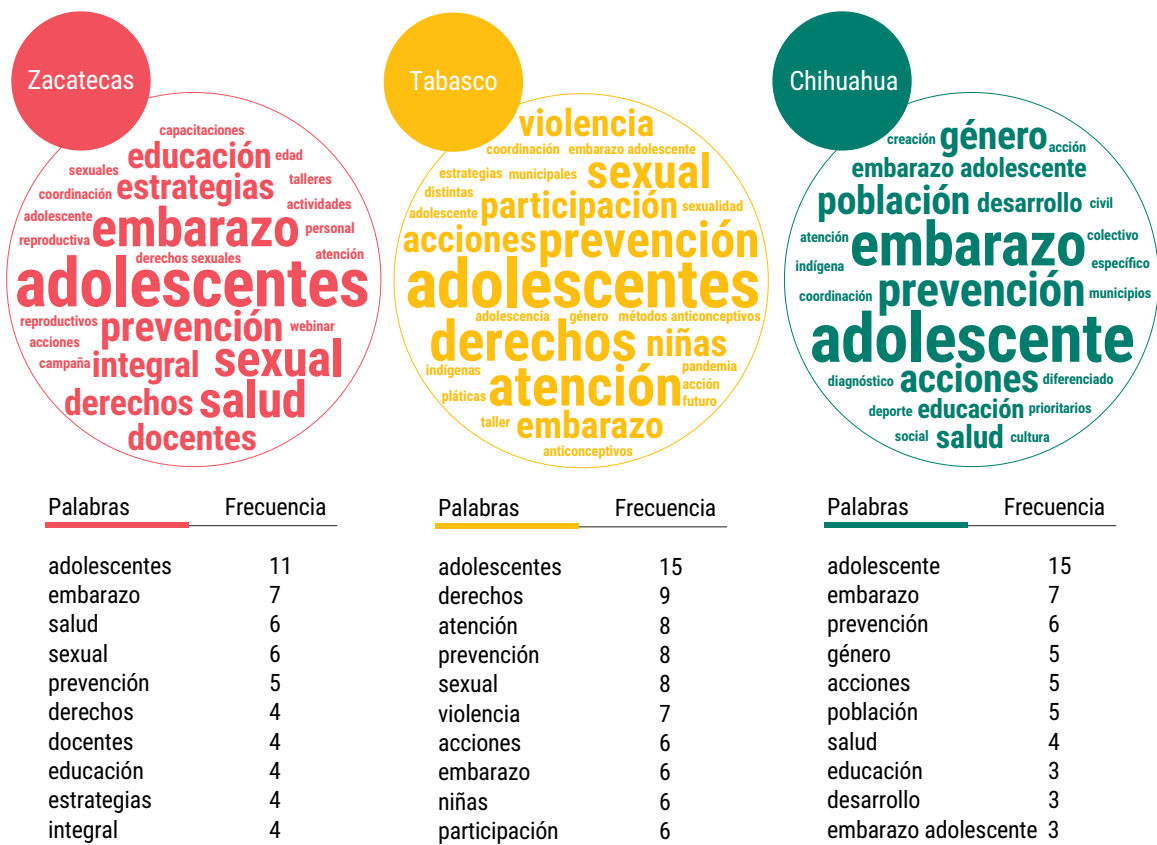
Las entidades en el grupo de tasas de fecundidad alta son aquellas que registran 66 o más nacimientos por cada 1,000 adolescentes. El grupo se conforma con Zacatecas, Durango, Tlaxcala, Chihuahua, Aguascalientes, Puebla, Michoacán, Coahuila, Tabasco, Guerrero y Chiapas. Mientras que 8 gobiernos estatales reportan acciones de prevención y atención; 3 no reportan acciones de atención o son una porción muy baja del total.¹¹ Las principales acciones de prevención se concentran en atender la violencia a partir de la impartición de talleres, capacitaciones e incluso vigilancia en planteles educativos.¹² También resaltan los talleres de derechos y de salud sexual y reproductiva con entrega de métodos anticonceptivos, como ocurre en la categoría de tasas bajas.

En cuanto a las acciones de atención, las más comunes son las relacionadas con casos de violencia e incluyen desde brindar atención médica y acceso a la interrupción legal del embarazo, hasta proveer acompañamiento legal y psicológico (5 entidades), talleres de cuidados enfocados en la salud de la madre adolescente (4 entidades) y becas (2 entidades). Respecto a las acciones específicas para algún grupo, en 5 entidades se cuenta con criterios de priorización territorial, en 7 se reportan acciones con atención a población indígena, 1 se enfocó en adolescentes y jóvenes sordos y 1 más en migrantes. En cuanto a la atención enfocada en varones, se reportan acciones dirigidas en Chiapas, Nuevo León, San Luis Potosí y Querétaro.

11 Chihuahua, Puebla y Zacatecas.

12 GEPEA Michoacán.

Figura 7 / Conceptos principales de los informes GEPEA, 2020
Zacatecas, Tabasco y Chihuahua



Fuente: Elaboración propia con base en los informes GEPEA de Zacatecas, Tabasco y Chihuahua, 2020.

Zacatecas

Zacatecas tiene una TEFA de 66.5. El enfoque de sus acciones se encuentra volcado a la prevención y realizaron talleres, conferencias y *webinars* de derechos, educación sexual y reproductiva, así como escuelas de liderazgo donde destaca el énfasis en la educación sexual integral. También resaltan las capacitaciones a personal de salud, docente y adultos a cargo de una persona adolescente. El reporte de acciones de atención se limitó a la atención médica y la especificidad de sus acciones es muy sobresaliente porque generaron *webinars* en lenguaje de señas.

Tabasco

Tabasco es la tercera entidad con mayor TEFA en el país (75.5) en 2019. En Tabasco predomina el enfoque preventivo, pero también se reportan actividades de atención con foco especial

en la violencia. En cuanto a prevención, se desarrollaron talleres y conversatorios sobre embarazo adolescente y sexualidad, se brindó consulta médica sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes de 10 a 19 años y se difundieron campañas de métodos anticonceptivos. Además, un componente relevante de las acciones de prevención se dirigió a la violencia sexual con campañas, grupos de adolescentes para la prevención de violencia sexual y jornadas comunitarias. En materia de atención, reportan servicios integrales en casos de violación sexual (médica, psicológica y tratamiento antirretroviral), visitas domiciliarias a menores adolescentes embarazadas y un taller de denuncia como elemento reparador de la integridad ante un abuso sexual. En la entrega de métodos anticonceptivos, destaca el énfasis territorial, pues las zonas de difícil acceso se priorizaron, sobre todo zonas rurales y con comunidades indígenas.

Michoacán

Con una tasa específica de fecundidad de 73.22, Michoacán tiene la quinta más alta en el plano nacional. La implementación de su estrategia cuenta con componentes preventivos y de atención, resalta que el tema de violencia está presente en ambos rubros. Para prevenir embarazos durante la adolescencia, se realizaron talleres, conferencias y foros virtuales de educación sexual y prevención de violencia. Aun cuando el acceso a métodos anticonceptivos es una prioridad en la entidad, se reconoce que enfrentaron limitaciones ante la pandemia. Respecto de la atención, se brindó acompañamiento legal a 151 niñas, niños y adolescentes; además, se ofreció seguridad en algunos planteles escolares ante el acoso sexual en los trayectos escuela-casa. También se capacitó al funcionariado de salud, educación, desarrollo social y procuración de justicia. Finalmente, de acuerdo con sus cifras de embarazo en personas de 10 a 19 años y en población rural e indígena, se priorizaron 30 municipios en cuanto a la traducción y adaptación de materiales.

Chihuahua

En Chihuahua, el octavo estado en el grupo de tasas altas de fecundidad específica en la adolescencia (70.96), se priorizó la prevención del embarazo, dado que no se reportaron acciones dirigidas a adolescentes que ya son madres o padres. Como acciones preventivas, se realizaron conferencias de salud sexual integral de las y los adolescentes; también se detectó la necesidad de capacitar al funcionariado y, en consecuencia, se realizaron talleres con perspectiva de género para sensibilizarlos. Asimismo, se reportan investigaciones diagnósticas para detectar otras necesidades y planear acciones. En cuanto a la precisión territorial de la implementación, nueve municipios se atendieron en especial a partir del listado de municipios prioritarios del PAESSRA.

En la categoría con tasas altas de fecundidad resalta que la priorización de acciones obedeció a un enfoque preventivo con énfasis en educación sexual integral en la mayoría de los casos (talleres y atención a la salud sexual y reproductiva). En cuanto a la atención hay contrastes, pues mientras algunas entidades la enfatizan, como Michoacán; otras, como Chihuahua, prácticamente la omiten. También resaltamos el componente de prevención y atención a la violencia que ha estado presente tanto en los aspectos preventivos como de atención en los GEPEA en este grupo de entidades. Finalmente, este tipo de entidades

enfaticaron la focalización de la Enapea: hay ejemplos donde las acciones se dirigieron a poblaciones específicas (indígena y con discapacidad auditiva) y otros donde los criterios fueron territoriales, por TEFA municipal o por la división entre entornos rurales y urbanos.

3.2.4 ANÁLISIS COMPARADO

A partir del análisis por categorías de estados, en esta sección recopilamos sobre nuestros hallazgos principales. A lo largo de esta sección, procuramos rescatar elementos útiles para proponer una conversación en términos de derechos, educación sexual integral y coordinación. El resumen de acciones que realizaron las entidades de acuerdo con la TEFA se resumen en el cuadro 2.

Si bien existen acciones de prevención y de atención en las tres categorías, la clara prioridad entre las entidades con tasas medias y tasas altas es la prevención. Asimismo, resalta que entre ambos tipos de entidades existe más diversidad de acciones de prevención que la observada en las entidades con tasas bajas. En las entidades con tasas bajas las principales acciones fueron talleres, seminarios y conferencias de acceso abierto y para el público en general sobre derechos, salud, y educación sexual y reproductiva. En las entidades con tasas medias y altas, dominan los talleres y las conferencias de derechos, salud y educación sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes en el sistema escolarizado, así como a personas tutoras y funcionariado. También es frecuente la promoción de servicios de salud amigables para las adolescencias.

Cuadro 2 / Resumen de las acciones realizadas en las entidades federativas de acuerdo con la TEFA

	<div>Tasas bajas</div>	<div>Tasas medias</div>	<div>Tasas altas</div>
Acciones	Tanto de prevención como de atención	Prioridad a la prevención	Prioridad a la prevención
Prevención	Talleres de acceso abierto en temas de derechos	Talleres, servicios de salud y becas para la permanencia escolar	Talleres en temas de violencia, derechos y salud sexual
Atención	Becas y atención médica a madres adolescentes	Becas, anticonceptivos y seguimiento a casos de violencia	Becas, talleres de cuidados y atención a casos de violencia

Fuente: Elaboración propia con información de los informes anuales GEPEA estatales para 2020.

El enfoque más presente en los informes en general fue la educación sexual integral que se menciona en 25 de los 32 informes. Esta tendencia se entiende a la luz de la Enapea y la manera en que plantea sus objetivos, pues se propone reducir la TEFA entre los 15 y 19 años, así como erradicar el embarazo infantil, metas que requieren un énfasis claramente preventivo. Ante un panorama adverso, es comprensible que una entidad priorice las acciones inmediatas y directas dirigidas a abatir las tasas, mientras que las acciones de atención se considerarían una faceta menos apremiante.

Sin embargo, las acciones de prevención también son significativas, pues las mujeres que han sido madres adolescentes suelen enfrentarse a condiciones de trabajo más precarias, a mayores dificultades para continuar su trayectoria escolar, e, incluso, son más vulnerables ante la violencia (UNFPA, 2020). En los GEPEA de los estados con tasas de fecundidad más baja, donde existe mayor equilibrio entre prevención y atención, las acciones de atención se han acotado principalmente a las becas de permanencia escolar y a la prestación de servicios de salud. Los servicios de salud suelen ser de carácter diverso e integral: control prenatal, atención de parto y puerperio, así como la colocación de métodos anticonceptivos post evento obstétrico.

Un aspecto que es crucial resaltar en los GEPEA de entidades con tasas medias y altas consiste en que pese a dar menor énfasis a la atención, los grupos que trabajan en este aspecto despliegan un abanico de acciones más diverso y con un fuerte componente dirigido a prevenir y erradicar la violencia. Al igual que en las entidades de tasa bajas, los programas de becas y el despliegue de servicios de salud son comunes, además, se brindan talleres de cuidados. En cuanto a los casos relacionados con episodios de violencia, las entidades reportan ofrecer atención jurídica y de salud; además, algunos estados reportan seguir los casos de las víctimas de manera detallada. Las acciones de atención a casos de violencia requieren de una capacidad de coordinación intersectorial mínima que se proponen lograr al incorporar a las fiscalías en los GEPEA o con la implementación de estrategias como la Ruta NAME.

3.3 LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ENAPEA DESDE LOS GOBIERNOS ESTATALES. ANÁLISIS POR DIMENSIONES CON MIRAS A FORTALECER LA ESTRATEGIA

Los trabajos que hasta la fecha han analizado o evaluado la Enapea se han concentrado en el modelo federal, es decir, se han basado, sobre todo, en el documento general que conforma la Estrategia en su fase I y en la actual fase II, así como en observar y analizar las actividades del grupo intersectorial federal. En nuestro caso, la contribución más significativa es analizar la implementación subnacional de la Enapea. Esta orientación nos ha permitido identificar diferencias entre lo que se registra de manera explícita en los documentos oficiales federales y lo que ocurren en las entidades federativas. Es decir, hemos hecho hincapié en cómo los GEPEA intervienen para generar acciones en los 32 estados del país en el marco general de la Estrategia nacional.

Como ya adelantamos en la sección anterior, encontramos que el trabajo que realizan los gobiernos de las entidades federativas es un mosaico diverso. Aunque todos los GEPEA tienen presentes las metas de reducir la tasa de embarazos adolescentes y erradicar los embarazos infantiles, la manera en la que actúan para alcanzar dichas metas depende de las necesidades y desigualdades de su población, la heterogeneidad de sus territorios, el enfoque con el que trabajan las personas que participan en la Enapea, así como la eficacia en la coordinación

para decidir qué tipo de acciones son necesarias en sus entidades y cómo implementarlas. Un ejemplo es que, si bien la Estrategia se sustenta tanto en acciones de prevención como de atención del embarazo temprano, la mayoría de las entidades se enfocan en la prevención, sobre todo para poner mayor énfasis en la reducción de casos de embarazo en niñas y adolescentes. Sin embargo, en materia de atención, se mencionó con mucha frecuencia las acciones de cuidado a la salud física y mental de las adolescentes, así como el seguimiento puntual de los casos de violencia sexual a menores de edad.

A su vez, la coordinación para implementar la Estrategia suele ocurrir con más frecuencia de manera intersectorial, entre las organizaciones que conforman los GEPEA, que intergubernamental, entre los tres órdenes de gobierno, como detallamos más adelante.

Para analizar los informes 2020 de los GEPEA a partir de las dimensiones de fortalecimiento de la Estrategia también utilizamos Maxqda, un *software* de análisis cualitativo. En este caso, además de las nubes de frecuencias de palabras, creamos familias de códigos y asignamos fragmentos de la base de datos que construimos a partir del análisis de los informes anuales de los 32 GEPEA (2020). Estas familias de códigos se crearon a partir de las dimensiones analíticas derivadas de las áreas de fortalecimiento que revelan las evaluaciones que se han realizado sobre la Enapea: el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, y la coordinación entre las instancias que diseñaron e implementan la Estrategia como se ilustra en la figura 8.

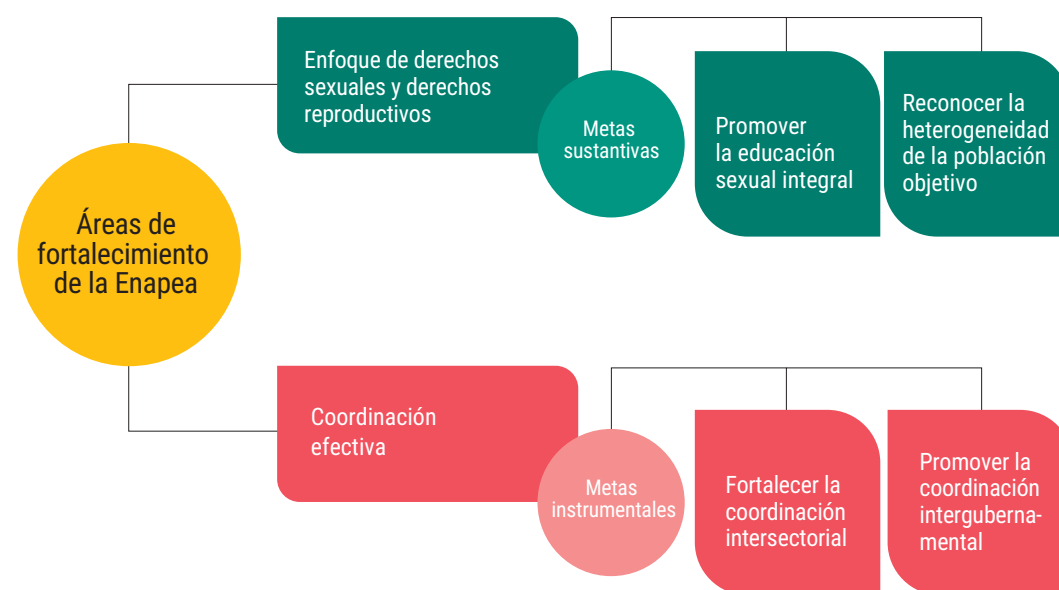
La primera dimensión, derechos sexuales y reproductivos, corresponde a las metas sustantivas de la Estrategia. Así indagamos sobre cómo se conceptualiza el embarazo en la adolescencia y el trabajo con perspectiva de derechos que desarrollan los gobiernos de las entidades. Esta dimensión se organiza en un apartado sobre las características de la educación sexual y otro sobre la heterogeneidad de las poblaciones objetivo.

La coordinación intersectorial e intergubernamental se relaciona con las formas de organización de la acción pública para alcanzar las metas instrumentales. Es decir, la cooperación entre las instancias que participan desde diferentes sectores de la actividad pública y aquella entre los distintos órdenes de gobierno. Ambos tipos de coordinación son cruciales para la implementación descentralizada de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente en México.

Como hemos referido, estas dimensiones parten de las evaluaciones que Eurosocia (González y Ramos, 2020) y el INSP (Gutiérrez, 2015) realizaron a la Enapea, donde propusieron recomendaciones para mejorar la implementación de la Estrategia: redoblar esfuerzos en materia de educación sexual integral, acceso a métodos anticonceptivos y erradicación de la violencia sexual. También señalaron la necesidad de fortalecer la coordinación entre los organismos y actores que trabajan para alcanzar las metas de la Estrategia a nivel federal, estatal y municipal. Conviene resaltar que estas recomendaciones derivaron en la reorientación de la Enapea en su fase II. El documento que presenta esta reorientación propone nuevas guías para el trabajo conjunto entre gobiernos, instancias y componentes prioritarios: educación sexual integral y psicosocial; marco normativo, cultural y estructural; servicios de salud amigables; identificación y atención oportuna e integral de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes.

Figura 8 / Dimensiones de fortalecimiento de la Enapea

Evaluaciones de Eurosocial e INSP



Fuente: Elaboración propia con información del INSP (2015) y Eurosocial (2020).

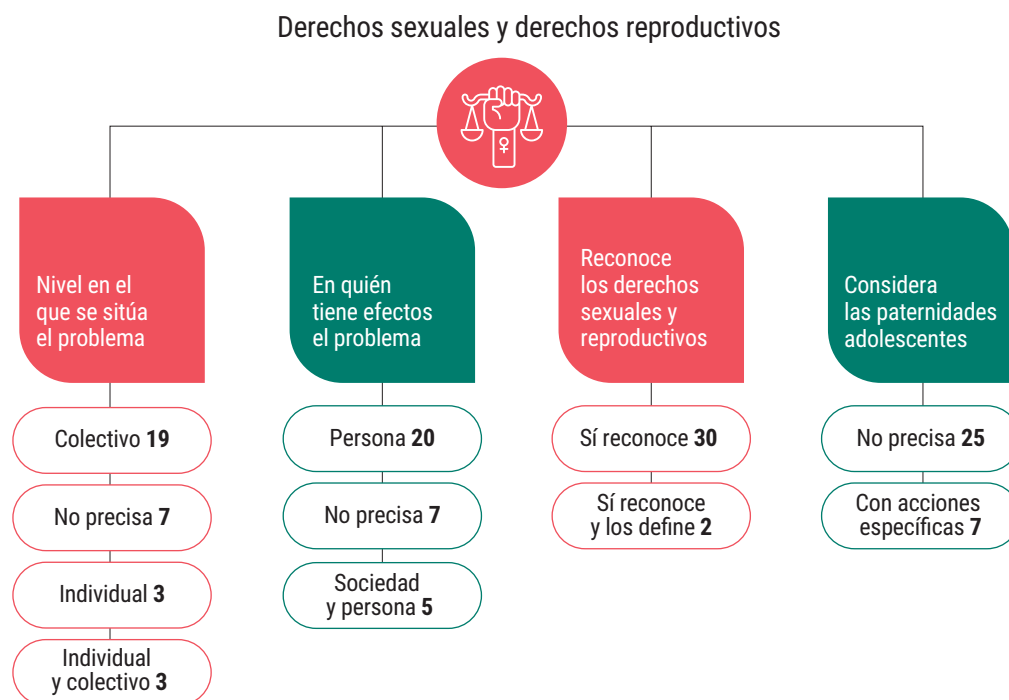
3.3.1 DIMENSIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

La Enapea reconoce el embarazo en la adolescencia como un problema público de causas multifactoriales con consecuencias que afectan las vidas de las madres y gestantes, los padres adolescentes, sus hijas e hijos (GPEA, 2015). Las consecuencias que se han estudiado con más profundidad refieren a menor acceso a la educación, oportunidades laborales limitadas y elevados riesgos de salud. Cuando analizamos los informes de los GEPEA, encontramos que solo 19 entidades¹³ reconocen el embarazo adolescente como un problema de responsabilidad colectiva. Es decir, se involucra a los gobiernos, las organizaciones sociales, las comunidades y las familias, pues, en buena medida, las causas derivan de las desigualdades sociales estructurales que enfrentan las infancias y las adolescencias (figura 9).

Del resto de las entidades, 3 de ellas (Chihuahua, Morelos y Nuevo León) asumen el problema como individual. De acuerdo con Stern (2012), esta es una postura tradicional donde las causas y consecuencias de un embarazo en esta edad, así como el nacimiento de un hijo o hija, se adjudican a las adolescentes. Esta definición, desde luego, deja de lado las investigaciones en el tema, las cuales han documentado que el embarazo en la adolescencia no es una decisión netamente personal, sino que involucra patrones socioculturales donde la maternidad o la paternidad se vuelven situaciones esperadas o una de las mejores opciones en los planes de vida de las personas adolescentes para evitar la exclusión o el señalamiento social. (Stern, 2012; Campero, *et al.*, 2020).

13 Aguascalientes, Baja California Sur, Chiapas, CDMX, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

Figura 9 / Enfoque de los derechos sexuales y derechos reproductivos
Gobiernos estatales de México, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los informes de los GEPEA 2020.

En los casos de los gobiernos de tres entidades (Coahuila, Jalisco y Nayarit), los informes establecen que el problema es una responsabilidad tanto individual como colectiva. Es decir, que deriva tanto de decisiones personales como de los contextos culturales, económicos y políticos que reproducen las desigualdades sociales e inciden en la manera cómo se vive la reproducción.

Además, aunque la definición del problema se concentró en la responsabilidad colectiva en los informes de los gobiernos de diecinueve entidades (figura 9), se reconoce que los efectos dominantes son individuales y recaen en las y los adolescentes, sus familias, y sus hijas e hijos. Los efectos del embarazo temprano que se enfatizan son ingresos menores, niveles educativos más bajos, complicaciones en la salud materna y limitaciones en el desarrollo infantil. Cinco gobiernos estatales (Chiapas, Chihuahua, Colima, Hidalgo y Nayarit) presentan una concepción más compleja de las consecuencias, pues enfatizan que el embarazo en la adolescencia tiene efectos sociales e individuales dado que amplifica las brechas sociales, profundiza la pobreza e incrementa el gasto público.

Ahora bien, todas las entidades reportaron que planifican estrategias de prevención y atención con una perspectiva de derechos. Como evidencia, el vocablo “derechos” fue el que se menciona en segundo lugar de frecuencia (53 menciones) en el conteo de palabras de esta

HIDALGO

En 12 municipios con alta tasa de fecundidad adolescente llevaron a cabo acciones de sensibilización, en particular, foros dirigidos al funcionariado público, padres y madres de familia sobre el derecho a la participación de niñas, niños y adolescentes. De estos foros resultó una agenda de infancia y adolescencia con énfasis en derechos sexuales y reproductivos y con perspectiva de género.

GEPEA Hidalgo / 2020

dimensión. Sin embargo, los informes no distinguen entre los derechos sexuales y los reproductivos, únicamente dos entidades (Aguascalientes y Tabasco) precisaron estos conceptos. Esta anotación es importante porque en los informes suelen tratarse de la misma manera los derechos a la sexualidad plena sin violencia o discriminación (Ciriza, 2002 en Bonaccorsi y Reybet, 2008) y aquellos relacionados con las decisiones reproductivas como el número de hijas o hijos deseados, el uso de métodos anticonceptivos o el espaciamiento entre nacimientos (ONU, 2021).

Finalmente, el problema de embarazo en la adolescencia se sigue asociando de manera dominante con las mujeres. Solo siete entidades (CDMX, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora) incluyeron el tema de paternidades y reportaron acciones específicas para involucrar a los varones en la corresponsabilidad de cuidado y crianza de hijas e hijos.

Educación sexual integral

Las metas de la Enapea no solo refieren a la disminución de las tasas de fecundidad en adolescentes, también incluyen líneas de acción sobre el acceso y permanencia en la educación, la planeación y desarrollo de acciones libres de prejuicios sobre el ejercicio de la sexualidad, la capacitación del sector salud y educativo para entregarles materiales formativos actualizados en educación sexual integral, entre otras. Al analizar los informes de los gobiernos estatales en cuanto a la Enapea, clasificamos estas acciones en dos tipos, de prevención y de atención.

Nuestro análisis revela que la mayoría de los gobiernos estatales priorizaron las acciones de prevención (cuadro 3). “Prevención” fue el segundo vocablo con mayor frecuencia (112 menciones) en el conteo de palabras de esta dimensión después de “adolescentes.”

En cuanto a las acciones de prevención (cuadro 4), las más mencionadas refieren a educación sexual integral, pues 25 de las 32 entidades informaron trabajar en este rubro. Conviene resaltar que, por la pandemia, los gobiernos estatales tuvieron que ajustar los medios para informar a las personas adolescentes sobre sexualidad. De esta manera, los centros educativos y otras instancias gubernamentales organizaron actividades virtuales: seminarios, talleres y campañas; también desarrollaron aplicaciones móviles, sitios web y trabajo con las comunidades para alcanzar a las y los adolescentes.

Cuadro 3 / Acciones de prevención y atención reportadas por los gobiernos estatales
México, 2020

Tipo de acciones	Entidades que reportan	
	Priorización de las acciones	Buenas prácticas
Prevención	25	4
Atención	1	6
Prevención y atención	6	15

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los reportes subnacionales de los GEPEA 2020.

Cuadro 4 / Frecuencia de acciones de prevención y atención en educación sexual integral
Gobiernos estatales en México, 2020

Componente de la Enapea	Entidades que reportan	
	Acciones de prevención	Acciones de atención
Educación inclusiva, integral y flexible	5	9
Educación sexual integral	25	1
Oportunidades laborales apropiadas	5	3
Entorno habitable	23	5
Servicios de salud amigables	10	18
Detección temprana y atención de la violencia sexual	16	12
No precisa	1	2

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los informes de los GEPEA 2020.

El segundo grupo de actividades de prevención que se menciona con más frecuencia en los informes corresponde al componente “entorno habitable” de la Enapea: se trata de las personas que rodean a las y los adolescentes, así incluye trabajo con las familias y la capacitación del funcionariado en servicios educativos y de salud. En específico, los gobiernos de las entidades se esforzaron para actualizar al funcionariado en materia de embarazo en la adolescencia. Los informes señalan, sin embargo, los desafíos asociados a esta actualización como los cambios de gobierno y la rotación de personal.

ZACATECAS

La Secretaría Estatal de las Mujeres realizó talleres de formación para adolescentes y jóvenes multiplicadores de derechos sexuales y reproductivos para que apoyen en la difusión de información y actividades con otras personas adolescentes. Además, en conjunto con la sociedad civil, llevaron a cabo talleres de sensibilización docente sobre cómo brindar educación libre de prejuicios.

GEPEA Zacatecas / 2020

Ahora bien, aunque la mayoría de las acciones fueron preventivas, algunos gobiernos estatales también se enfocaron en la atención. Se ocuparon, sobre todo, de ofrecer servicios de salud como atención a partos, interrumpir el embarazo por voluntad de la paciente y colocar métodos anticonceptivos. Otro rubro refiere a atender a adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencia; este tópico también se colocó entre las diez palabras con mayor frecuencia de menciones (50) en el conteo de palabras de esta dimensión. Sin embargo, estas actividades no se llevan a cabo en todas las entidades y la atención suele limitarse en la asesoría a las familias para el proceso de denuncia. En consecuencia, resaltamos la responsabilidad gubernamental de seguir los casos de manera puntual para proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así como su desarrollo seguro.

Finalmente, otras acciones corresponden al componente de “educación inclusiva” de la Enapea. Se centraron en la entrega de compensaciones que permitan permanecer y graduarse de los niveles educativos. Uno de los apoyos más reiterados fue el programa de becas para educación básica “Elisa Acuña” que, a pesar de ser federal, solo se reportó en cinco estados: Campeche, Guerrero, Oaxaca, Querétaro y Veracruz.

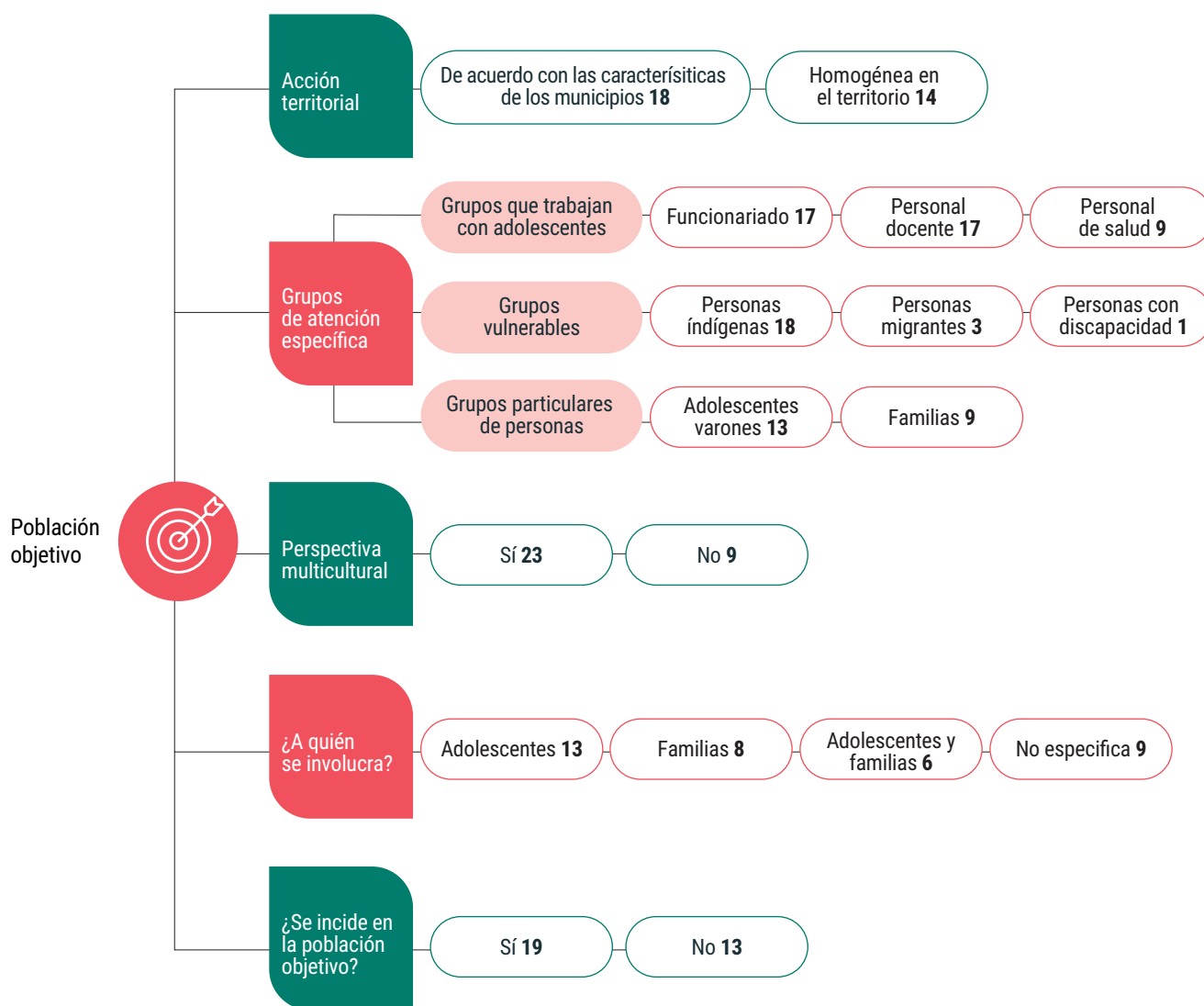
Población objetivo

En el documento general de la primera fase de la Enapea (2015), se incluyó el componente focalización que consiste en identificar los municipios con tasas más elevadas de embarazo en la adolescencia, así como aquellos donde persisten rezagos educativos y de salud para la población. El propósito de identificar estos municipios es concentrar las acciones y actividades de la Estrategia para atender los rezagos que se experimentan en estos territorios. No obstante, en el mismo documento, se estableció que, si bien la focalización se considera una estrategia efectiva para alcanzar a la población objetivo y cumplir las metas de la Enapea, la selección y la duración de esta priorización se acordaría con las instancias y los gobiernos estatales involucrados de manera conjunta. Esto, quizás, puede explicar por qué solo un poco más de la mitad de las entidades federativas (18)¹⁴ reportaron acciones con focalización

14 Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

territorial. Los 14 gobiernos estatales restantes¹⁵ no mencionaron estrategias diferenciadas de identificación y acción para la población que reside en los municipios con tasas elevadas de fecundidad adolescente. Es decir, informaron que realizan acciones homogéneas en toda la entidad (figura 10).

Figura 10 / Población objetivo para la estrategia de embarazo adolescente
Gobiernos estatales de México, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los informes anuales de los GEPEA 2020.

15 Aguascalientes, Baja California, Chiapas, CDMX, Coahuila, Estado de México, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas.

OAXACA

Realizaron acciones específicas para la población indígena del estado, tales como pláticas de información y sensibilización para la población estudiantil, madres y padres de familia en temas de derechos sexuales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, prevención del embarazo y de la violencia sexual. También, crearon materiales (cuadernillos y trípticos) sobre métodos anticonceptivos y repartieron condones masculinos a la población adolescente.

GEPEA Oaxaca / 2020

La principal diferencia entre las entidades que focalizaron las acciones de manera territorial y las que no es que las primeras suelen coordinar el trabajo con los Grupos Municipales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Gmupea). Estos grupos municipales, a su vez, recogen y comunican las necesidades específicas de la población en sus territorios. Esta práctica ha permitido que las acciones se dirijan a objetivos específicos: por ejemplo, en comunidades de bajos recursos, con altos índices de violencia o con menor acceso a servicios sociales, entre otras.

Además de la focalización territorial, la Enapea precisa que, si bien las acciones se dirigen primordialmente a personas de entre 10 y 19 años, también es importante integrar a otros grupos de interés por su influencia sobre las y los adolescentes. De este modo, también distinguimos grupos específicos con los cuales los GEPEA han colaborado:

- a. Grupos que trabajan con adolescentes: Solo 17 gobiernos de las entidades reportaron acciones dirigidas al funcionariado, en especial personal docente y del sector salud.¹⁶ Las acciones refieren a actualizaciones o capacitaciones sobre perspectiva de género y en derechos sexuales y reproductivos de las infancias y adolescentes. La intención explícita es evitar los sesgos y prejuicios sobre el ejercicio de la sexualidad de las personas adolescentes, además de ofrecerles herramientas actualizadas para atender casos de violencia.
- b. Grupos vulnerables: En 22 informes de los GEPEA se reportan acciones dirigidas a personas indígenas, migrantes o con discapacidad. *Indígenas*. Algunas entidades incorporaron instancias especializadas al GEPEA como los institutos estatales para los pueblos indígenas, afroamericanos o migrantes para desarrollar acciones específicas en comunidades donde habitan estas poblaciones. En su mayoría, reportaron trabajo con comunidades indígenas y de pueblos originarios.¹⁷ No sorprende, por tanto, que el

16 **Funcionariado (17):** Chihuahua, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. **Docentes (17):** Campeche, Durango, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas. **Personal de salud (9):** Chiapas, Durango, Hidalgo, Michoacán, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas.

17 Campeche, Chiapas, Chihuahua, CDMX, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

vocablo “indígenas” apareció entre las diez primeras palabras con más menciones (25) en el conteo de palabras de esta dimensión. *Migrantes*. Aunque el flujo de personas migrantes y refugiadas es más frecuente en los estados de las fronteras norte y sur del país, solamente algunos de la región norte (Baja California, Chihuahua y Sinaloa) reportaron haber desarrollado estrategias específicas para estas personas. *Con discapacidad*. De acuerdo con los informes, únicamente Zacatecas desplegó iniciativas para adolescentes con discapacidad, en concreto, desarrolló materiales para personas sordas. Esta es una omisión grave que requiere atención, pues las y los adolescentes con discapacidad tienen más dificultades para acceder a información sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, además, tienen menos posibilidades de acceder a métodos anticonceptivos y a servicios de planificación familiar (UNFPA, 2018).

- c. Grupos particulares de personas: Trece estados¹⁸ desarrollaron acciones específicas para adolescentes varones (figura 4) que, en general, trabajaron con una perspectiva de nuevas masculinidades en cuanto a involucrarse con las hijas/os, reducir la violencia y el machismo. Incluir a los hombres en las acciones de prevención y atención del embarazo en la adolescencia es un avance, pues, en general, prevalecen estereotipos de género en cuanto a cómo se percibe el ejercicio sexual y quienes deben ocuparse de las actividades de cuidado y crianza (Rojas y Villalobos, 2020). Nueve entidades desarrollaron estrategias para las familias, las cuales se realizaron, en general, dentro de las escuelas.¹⁹

Destaca también que en Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Tlaxcala se involucró a las y los adolescentes en el diseño e implementación de las acciones, tal como se indica en el documento base de la Enapea (2015). Por ejemplo, las personas adolescentes cumplieron tareas de apoyo en la difusión de la encuesta OPINNA que recupera las experiencias durante pandemia de niñas, niños y adolescentes; también elaboraron cómics o materiales sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, difundieron información sobre métodos anticonceptivos a otras y otros adolescentes o, en ocasiones, ayudaron a decidir cuáles son las actividades más adecuadas en temas de sexualidad y prevención de violencia en sus comunidades. En Querétaro, las adolescentes se involucraron en la constitución de la legislatura juvenil del estado; en Sinaloa, se les consultó cuáles son los temas necesarios o que generan inquietud entre las y los adolescentes en cuestión de sexualidad, derechos y reproducción para tratarlos en las escuelas. Es claro que incorporar a los adolescentes para desarrollar estrategias y acciones permite al funcionariado entender mejor cómo perciben sus derechos y, además, brinda ventajas en cuanto a conocer sus necesidades respecto del embarazo en la adolescencia.

Finalmente, en 19 entidades,²⁰ detectamos correspondencia entre las poblaciones que se detectaron como prioritarias en el diagnóstico estatal y las acciones que efectivamente se realizaron. Por ejemplo, en Campeche, el informe anual del GEPEA enfatiza las desventajas de acceso a sistemas de salud y educación sexual de las adolescencias indígenas; en consecuencia, el gobierno estatal realizó actividades dedicadas a estas poblaciones como foros virtuales y la operación de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA). Ahora bien, algunos

18 Baja California, Chiapas, Chihuahua, CDMX, Colima, Estado de México, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora.

19 Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Zacatecas.

20 Campeche, Chiapas, CDMX, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Yucatán.

informes explican la falta de correspondencia entre el diagnóstico y las acciones realizadas por las dificultades que implicó la crisis sanitaria, en particular para alcanzar a comunidades remotas o aisladas.

3.3.2 DIMENSIÓN DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL E INTERGUBERNAMENTAL

En la evaluación realizada a la Enapea por Eurosocia (2020), resaltaron las recomendaciones para la coordinación: tanto entre los sectores e instancias que integran cada el GIPEA, los GEPEA y los Gmupeas, como entre los planos federal, estatal y municipal. En esta sección, por tanto, analizamos el trabajo de coordinación intersectorial e intergubernamental para la implementación de la Enapea en las entidades federativas durante 2020.

Coordinación intersectorial

El documento formal que presenta la primera fase de la Enapea establece que los grupos estatales pueden tomar como modelo de organización al grupo federal. Sin embargo, también se reconoce que cada estado puede conformar el grupo como más convenga, siempre y cuando se consideren los contextos municipales y locales. En cuanto a la coordinación intersectorial, el GEPEA es responsable de capacitar y asesorar a sus integrantes, gestionar los procesos y articular a las instancias gubernamentales, internacionales, privadas, o de la sociedad civil que participan. Nuestro análisis reveló que los GEPEA se han conformado con estructuras diversas, para empezar, si bien en todos los grupos participan instancias gubernamentales, no siempre son las mismas (figura 11).

En todos los grupos estatales participan las instancias estatales para las mujeres, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF), la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación; también participan casi siempre las instancias de las juventudes. (31) y la Secretaría de Desarrollo Social (31). En contraste, aunque el Consejo Nacional de Población es la instancia coordinadora a nivel federal, los Consejos Estatales de Población, sus símiles estatales, no participan²¹ ni fungen como coordinadores en todas las entidades (cuadro 5).

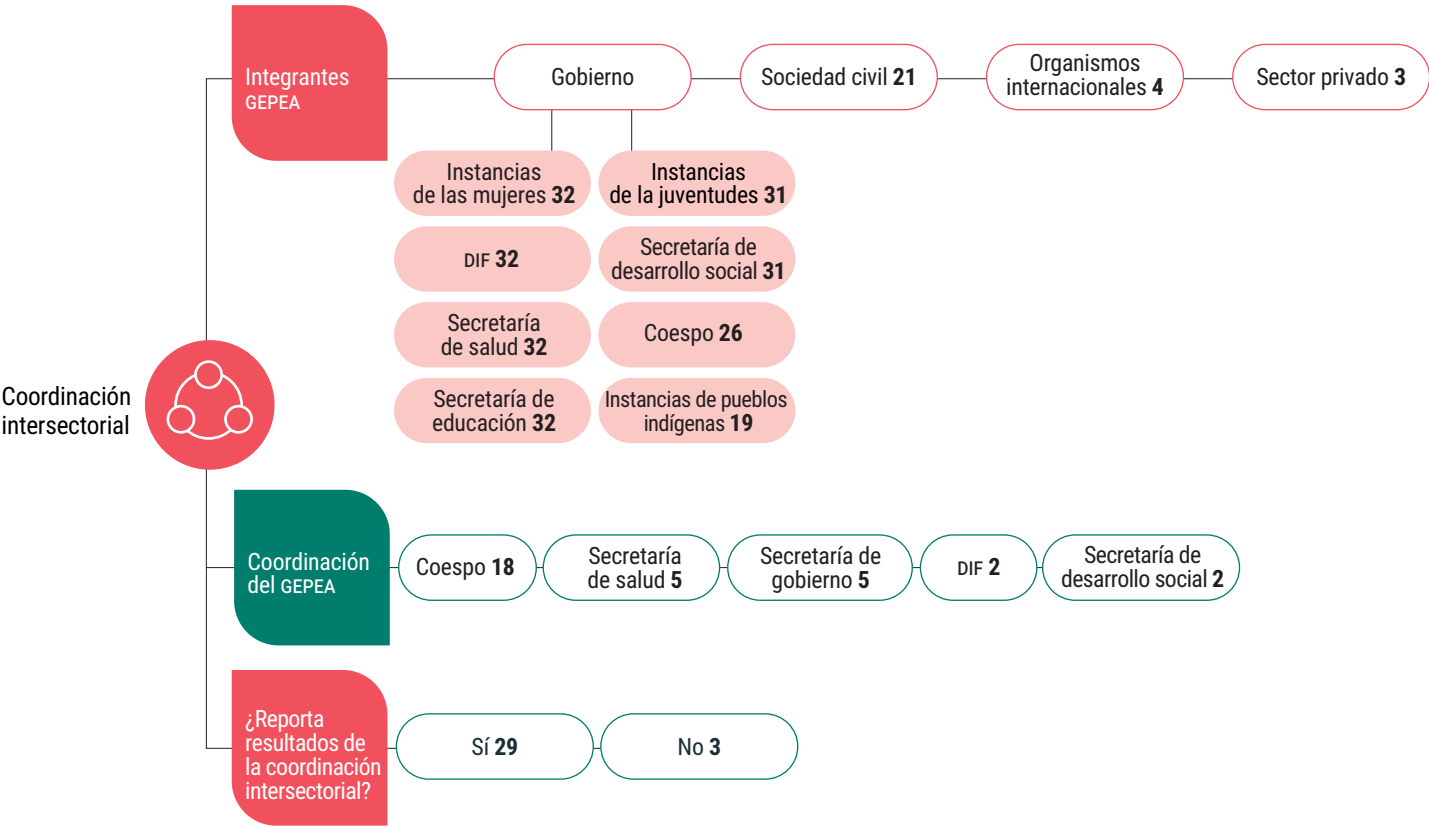
El liderazgo del GEPEA tiene consecuencias importantes para determinar los temas que se priorizan en la implementación de la Estrategia. Por ejemplo, las entidades con liderazgo de los consejos estatales de población suelen privilegiar los diagnósticos si se les compara con otras entidades con otras instancias a la cabeza de la Enapea.

En casi dos terceras partes de las entidades (19) participan las instancias estatales para los pueblos indígenas.²² Desde luego, hay una alta coincidencia entre la presencia de estas instancias en los GEPEA y las que mencionamos en el apartado anterior en cuando a desarrollo de estrategias específicas para atender a estas poblaciones. La intervención de estas instancias es valiosa porque visibiliza a las adolescencias que pertenecen a estas comunidades y que suelen encontrarse en situaciones de vulnerabilidad en cuanto a embarazo durante la adolescencia por racismo institucional y social, violencias estructurales y marginación (Espinosa, 2017).

21 Baja California, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Quintana Roo y Tabasco.

22 Campeche, CDMX, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora y Veracruz.

Figura 11 / Coordinación intersectorial entre los integrantes de los GEPEA
Gobiernos estatales de México, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los informes de los GEPEA 2020.

Cuadro 5 / Coordinación de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
México, 2020

¿Quién coordina el GEPEA?	¿En qué entidades?
Consejo Estatal de Población (17)	Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Durango, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán
Secretaría de Salud (5)	Chiapas, Coahuila, Colima, Morelos y Nuevo León
Secretaría de Gobierno (5)	Baja California, Ciudad de México, Quintana Roo, Tabasco y Tamaulipas
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2)	Guanajuato y Guerrero
Secretaría de Desarrollo Social (2)	Chihuahua y Jalisco
Consejo Estatal de Planeación (1)	Zacatecas

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los reportes subnacionales de los GEPEA 2020.

NUEVO LEÓN

Cuentan con un Sistema de información Georreferenciada para la Prevención de Embarazos en Adolescentes (SIGPEA) que concentra información de cinco dependencias: Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Estatal de las Mujeres y Secretaría de Desarrollo Social. Este sistema incorpora información actualizada de todas las dependencias para realizar un diagnóstico del problema en el estado y derivar acciones específicas en las localidades.

GEPEA Nuevo León / 2020

Además de las instancias gubernamentales, las organizaciones de sociedad civil (osc) participan como integrantes de los GEPEA en 21 entidades.²³ Dichas osc suelen involucrarse en planear y decidir acciones. También se reporta que desde el GEPEA se replican estrategias que las organizaciones han desarrollado antes y que tuvieron relativo éxito en el plano estatal, municipal o local. Otra función de las organizaciones de la sociedad civil que detectamos es que ayudan a focalizar las acciones en poblaciones y territorios específicos.

Las instancias de sociedad civil que participaron con más frecuencia en los GEPEA durante 2020 fueron:

- ✓ Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C (Mexfam): Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora y Veracruz.
- ✓ REDefine: Ciudad de México, Michoacán, Quintana Roo y Veracruz.
- ✓ Vifac: Aguascalientes, Guanajuato y Sinaloa.

Otras instancias involucradas en los GEPEA, aunque con menos frecuencia, son las organizaciones internacionales (Colima, Guerrero, Oaxaca y Yucatán) y el sector privado (Colima, Querétaro y Sinaloa). No obstante, en los informes hay poco detalle sobre cómo se involucran en las reuniones y las acciones de la Enapea.

En general, los informes estatales registran con detalle las actividades de coordinación intersectorial. De hecho, los gobiernos de algunas entidades incluyen documentos internos como minutas, acuerdos y agendas del GEPEA; en consecuencia, palabras como “estrategias”, “coordinación” y “acciones” aparecieron entre las diez más frecuentes en el conteo de palabras de esta dimensión. Asimismo, la mayoría de los grupos estatales publicó los resultados de esta coordinación (con excepción de Aguascalientes, Querétaro y Quintana Roo), aun cuando también señalaron las dificultades que implicó desarrollar las sesiones regulares durante la pandemia.

23 Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, CDMX, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Yucatán.

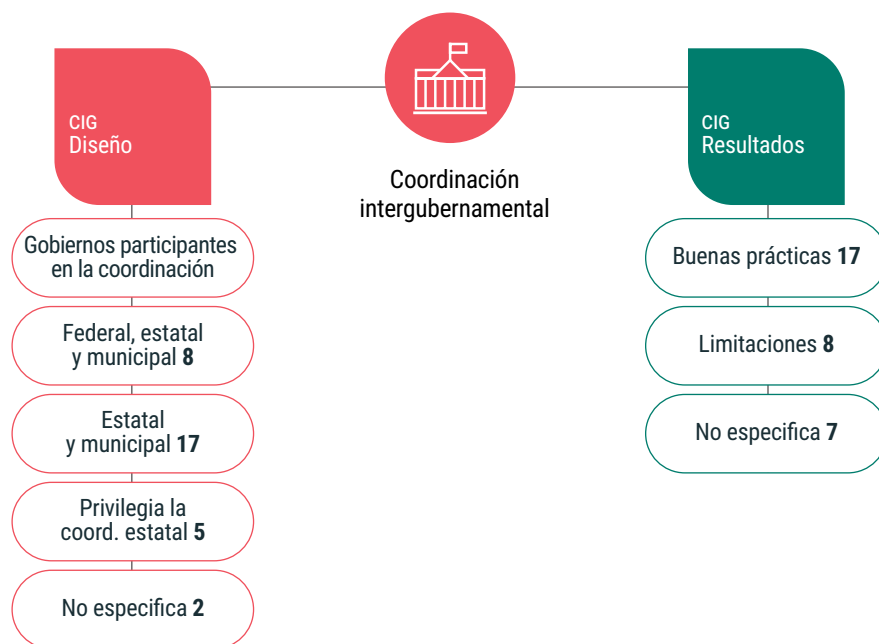
Coordinación intergubernamental

De acuerdo con el documento formal de la primera fase de la Enapea (Gobierno de México, 2017), Conapo e Inmujeres establecieron líneas de coordinación intergubernamental para alcanzar las metas de la Estrategia. En concreto, mecanismos para alcanzar consensos, así como estrategias de cooperación y comunicación entre los órdenes federal, estatal y municipal.

En el plano federal, el organismo responsable es el GIPEA que designa a una persona representante para vincularse con los grupos de las entidades federativas (GEPEA). Los GEPEA, a su vez, se encargan de gestionar y articular esfuerzos con los municipios para implementar acciones que alcancen a las localidades remotas o aisladas. Finalmente, la Enapea también propuso desarrollar grupos de coordinación en el plano municipal (Gmupea) que incorporen, además de instancias gubernamentales, a organizaciones de base comunitaria, representantes de las asociaciones de madres y padres de familia, así como dos representantes de las y los adolescentes para facilitar la detección de necesidades locales.

Ahora bien, aunque esta propuesta de coordinación sugiere la participación activa de los tres órdenes de gobierno, en los informes de los GEPEA, encontramos situaciones diversas. Solo en la mitad de las entidades (17) se reportan actividades coordinadas entre los gobiernos estatales y los municipales.²⁴ En general, los Gmupeas se han desarrollado en los municipios con más concentración poblacional, aquellos donde se han detectado más casos de embarazo en la adolescencia, en algunas zonas rurales o con poblaciones indígenas (figura 12).

Figura 12 / Coordinación intergubernamental
Grupos estatales de prevención del embarazo adolescente, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los reportes subnacionales de los GEPEA 2020.

24 Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

VERACRUZ

Realizaron un informe específico del trabajo desempeñado por los grupos municipales para la prevención del embarazo adolescente, en el cual destacan cómo adecuaron las acciones a nivel local durante la pandemia y las iniciativas de los gobiernos municipales para ello. Por ejemplo, difundir información mediante diálogos, conversatorios y videoconferencias virtuales.

GEPEA Veracruz / 2020

De hecho, solo ocho entidades (Baja California Sur, Campeche, CDMX, Estado de México, Jalisco, Morelos, Sonora y Tamaulipas) reportaron coordinación entre los órdenes federal, estatal y municipal. Esto incluyó planeación conjunta, acuerdos logrados entre el GIPEA y los GEPEA, así como la focalización de acciones en las localidades y municipios.

En cinco entidades (Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Oaxaca y San Luis Potosí) encontramos referencias muy vagas a las actividades en cuanto a coordinación con los órdenes federal y municipal. Generalmente el reporte solo especifica las acciones que realizaron en el estado sin profundizar si, para ello, hubo intervención de otros órdenes de gobierno.

De manera general, aunque los informes reportan menos actividades de coordinación intergubernamental que de intersectorial, localizamos buenas prácticas y también referencias a las limitaciones que las entidades enfrentan respecto de colaborar con otros órdenes de gobierno. En las buenas prácticas, algunos grupos estatales registraron las tareas asociadas a organizar reuniones ordinarias con el GIPEA o con los grupos municipales, aunque también reportan con frecuencia la capacitación que se ofrece al funcionariado. La palabra “capacitación” apareció de manera recurrente en el conteo de palabras de esta dimensión (31). Además, destacaron casos como el de Campeche donde desarrollaron mesas de trabajo para detectar componentes de la Enapea que se habían desatendido y planear la mejora de esta situación mediante el trabajo intergubernamental e intersectorial.

Con respecto a las limitaciones, de manera recurrente, se reportan dificultades para celebrar reuniones entre los grupos federal, estatales y municipales durante el confinamiento. Otras situaciones limitantes fueron la falta de presupuesto para implementar la Estrategia (Nayarit) y la necesidad de tener una figura responsable de la Enapea y capacitada en derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en cada municipio (Querétaro).

3.3.3 HALLAZGOS PRINCIPALES DEL ANÁLISIS POR DIMENSIONES

El análisis por dimensiones nos permite derivar conclusiones puntuales sobre cómo se implementa la Enapea a nivel estatal. Cada uno de los gobiernos estatales desempeña acciones diferentes para atender los objetivos de la Estrategia. Es decir, a pesar de que los documentos de ambas fases de la Enapea brindan lineamientos para atender los ejes rectores de la Estrategia, en la práctica, la forma en que se han implementado en el plano subnacional depende de distintos factores, entre los cuales destacan: las necesidades en salud, educación y erradicación de la violencia de la población adolescente en la entidad; la manera en que el

funcionariado y los actores que participan en la Estrategia conciben el embarazo en adolescentes; las prioridades de los gobiernos estatales, así como la naturaleza de la coordinación entre las instancias que participan en el GEPEA.

En la práctica, las personas que participan en los GEPEA o los sectores que se involucran en la Enapea (sociedad civil, organismos internacionales, comunidad, academia) realizan un esfuerzo sustantivo para alcanzar las metas de la Estrategia con acciones diversas y, en muchos casos, complejas. Sin embargo, en los informes llama la atención que los gobiernos estatales parten de percibir el problema con distintos niveles distintos de gravedad y también de visiones heterogéneas respecto a cómo atenderlo. Por ejemplo, hay entidades que tienen zonas rurales empobrecidas y de difícil acceso como Chiapas, Michoacán, Puebla o Tabasco donde las posibilidades de la población para acceder a atención médica o a oportunidades educativas y laborales son más limitadas. Por ejemplo, tienen menor conectividad a internet en sus comunidades lo cual, durante la pandemia, obstaculizó el acceso a la educación sexual integral.

Durante las dos etapas de la Estrategia, los documentos rectores han priorizado atender a las poblaciones de zonas rurales aisladas, sin embargo, no todos los gobiernos estatales cuentan con las condiciones y recursos indispensables para cumplir este objetivo. Se trata de centros de salud con personal suficiente, escuelas equipadas o centros de capacitación vinculados con el mercado laboral local. También conviene resaltar que una parte de los gobiernos estatales tienden a dirigir las acciones a la población adolescente de manera general sin atender en específico a las poblaciones con mayores riesgos de embarazos durante la adolescencia, violencia sexual o matrimonios forzados. En contraste, otros gobiernos estatales han desarrollado intervenciones particulares para las adolescencias de las comunidades rurales o indígenas, en unos cuantos estados del norte del país para las migrantes y solo en una a aquellas con discapacidad. En general, este grupo suele pasar inadvertido en cuanto a acciones que les permitan conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a la directiva de la Enapea de involucrar a los varones, los informes revelan que la mayoría de las acciones de los GEPEA se destinan a las mujeres adolescentes. Nuestro análisis también muestra que la mayoría de las acciones de los gobiernos estatales fueron de prevención en coincidencia con la intención central de la Estrategia y sus metas explícitas. No obstante, los GEPEA también mencionaron en sus informes las acciones de atención dirigidas a adolescentes embarazadas o madres. Se trata de becas para que no abandonen la educación, atención médica prenatal y postnatal, colocación de métodos anticonceptivos posteriores al parto, entre otras. Además, en todas las entidades es evidente la necesidad de dedicar más atención y recursos a los casos de violencia sexual.

Como revela nuestro análisis, la coordinación es una necesidad fundamental de la Enapea: entre los gobiernos, los distintos sectores, así como entre las organizaciones públicas y sociales que colaboran en los GEPEA. Se revela con claridad, por ejemplo, que todavía es indispensable fortalecer la comunicación entre el GIPEA y los gobiernos estatales. Además, de acuerdo con los informes, la coordinación que menos ocurre es la intergubernamental, en particular con los gobiernos municipales. En este tema, consideramos esencial avanzar en establecer los grupos municipales porque aglutinan y reportan las necesidades específicas de las localidades en los temas relativos al embarazo adolescente.

Finalmente, la coordinación más frecuente y explícita fue la intersectorial. Como los insumos centrales de nuestra investigación fueron los informes de los GEPEA, consideramos la probabilidad de que por construcción hubiera mayor énfasis en este tipo de coordinación. Sin embargo, es claro que la coordinación entre sectores varía de manera muy significativa

entre los grupos estatales: la instancia que coordina no es la misma para todos, cada grupo establece cuándo tener reuniones, los procedimientos de trabajo, las prioridades de focalización territorial o poblacional, así como si se crean grupos municipales y dónde.



4. BUENAS PRÁCTICAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ENAPEA





4.1 BUENAS PRÁCTICAS DE LOS GOBIERNOS ESTATALES

El análisis de la forma como se implementa la Estrategia en el plano subnacional permitió valorar el trabajo que desempeñan los grupos estatales para adecuar la Enapea a las necesidades y posibilidades de cada entidad. De esta manera, en esta sección destacamos acciones específicas de los gobiernos estatales que han atendido cuatro áreas principales de fortalecimiento de la Estrategia: la educación sexual integral, la definición de la población objetivo, así como coordinación intersectorial e intergubernamental.

Las buenas prácticas que identificamos en los informes de los GEPEA de 2020 se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios: (a) se presentan en estados con tasas bajas, medias y altas de fecundidad adolescente; (b) fueron exitosas en la entidad porque atienden alguna de las necesidades específicas de las y los adolescentes, las replicaron en distintas localidades, los gobiernos subsecuentes las mantuvieron o son de carácter innovador en cuanto a que pocas veces encontramos acciones similares en los informes de otras entidades (cuadro 6).

4.1.1 EN SALUD SEXUAL INTEGRAL

En materia de educación sexual integral, reconocemos la iniciativa de Coahuila (TEFA de 73.4) en cuanto a las capacitaciones que impartieron para funcionariado, madres y padres de familia en temas de salud sexual y reproductiva, derechos de las infancias y adolescencias, y habilidades psicoemocionales para tener una mejor comunicación con sus hijas e hijos. Como hemos señalado a lo largo de nuestro trabajo, las familias son una pieza crucial para la Estrategia, su participación significa que pueden replicar algunas acciones en casa (ej. charlar sobre temas de reproducción y sexualidad) o inclusive evitar que se opongan a la entrega de anticonceptivos o la difusión de información en sexualidad.

En Baja California (TEFA de 50.8), se creó un portal electrónico enfocado en la educación sexual integral de jóvenes y adolescentes que también incluye información para madres y padres de familia. Este portal sirvió de apoyo, especialmente en pandemia, para que la información estuviera al alcance de los usuarios cuando fue difícil acercar la educación sexual a las y los adolescentes por el confinamiento.

También resaltan otras entidades como Querétaro (TEFA de 56.3) y Zacatecas (TEFA de 66.5) que se concentraron en capacitar al personal educativo y de salud para sensibilizarlo en temas de género, derechos sexuales y reproductivos para que atiendan a las y los adolescentes con este enfoque.

4.1.2 EN LA DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Como ya mencionamos, algunos gobiernos estatales han priorizado acciones para distintas poblaciones adolescentes como indígenas, migrantes y varones, pero que otro grupo de

gobiernos han dirigido sus iniciativas a la población en general. Por ejemplo, detectamos acciones donde se mezclaron grupos de jóvenes mayores de 20 años con infantes menores de 10 años. En consecuencia, destacamos prácticas como las de Oaxaca (TEFA de 64.8) que incluyó información sobre los padres adolescentes en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac), pues los otros GEPEA solo reportan incluir la información de las madres adolescentes. Además, realizaron trabajo específico con adolescentes indígenas y afroamericanos sobre uso de anticonceptivos, prevención y atención de la violencia sexual y ofrecieron becas para que estas poblaciones continúen su educación.

En Yucatán (TEFA de 54.1) se impulsó la corresponsabilidad de los varones en temas de cuidado y se organizaron talleres sobre masculinidades en las poblaciones indígenas para reducir la violencia de género en estas comunidades. También resaltan esfuerzos como el de Chihuahua, que registra y atiende explícitamente a las adolescentes migrantes porque están más expuestas a la violencia sexual, por lo que el GEPEA reportó las iniciativas para atender los casos y prevenir el abuso en menores migrantes.

Aunque estas prácticas revelan la importancia de focalizar a las poblaciones adolescentes, todavía hay grupos que suelen no estar atendidos, por ejemplo, quienes tienen alguna discapacidad, no asisten a la escuela o no tienen un registro de nacimiento. Este es un reto que queda latente para la Estrategia todavía y que será necesario resolver con acciones a corto plazo.

4.1.3 EN LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

De manera general, los informes desarrollan la forma en que se organizan, comunican y relacionan las personas integrantes de los GEPEA para llegar a acuerdos y generar planes de trabajo conjuntos. Estas tareas forman parte de la coordinación intersectorial, en el siguiente apartado, destacamos las iniciativas y modos de organizar las acciones de algunos gobiernos estatales.

En Chiapas (TEFA de 96.1), el GEPEA elaboró árboles de problemas para analizar las causas culturales, socioeconómicas y políticas de los embarazos tempranos en el estado. De esta manera, se determinó cuáles son los factores sociales, las condiciones adversas y los rubros no atendidos que incrementan el número de embarazos en adolescentes. Después se estudiaron los efectos o consecuencias que tiene esta situación y, con esta información como base, se establecieron los objetivos de trabajo para el grupo estatal y las personas participantes de las distintas dependencias.

El GEPEA de la Ciudad de México llevó a cabo otra práctica destacada donde especialistas de la academia (Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional y El Colegio de México) colaboraron con las secretarías de salud, educación y juventud para producir contenidos audiovisuales, capacitar al funcionariado y desarrollar intervenciones para prevenir la violencia sexual (talleres, seminarios virtuales, conferencias, entre otros). En general, la capacitación del funcionariado estuvo presente en la mayoría de los informes de los GEPEA, ya sea como un logro o una necesidad en el gobierno de la entidad. Sin embargo, los grupos estatales refirieron contar con el apoyo de especialistas como ocurrió en la Ciudad de México en muy escasas ocasiones.

4.1.4 EN LA COORDINACIÓN INTERGUBERNAMENTAL

En cuanto a la coordinación intergubernamental, uno de los aciertos referidos en los informes fue crear Gmupea para emprender acciones en los municipios de manera más informada y efectiva. Entre los estados que reportaron contar con grupos municipales, destacó Veracruz (TEFA de 60.0) porque en el informe 2020 se desglosó el trabajo que realizan estos grupos: el registro del total de la población atendida, las acciones que desplegaron en cada localidad y cuáles realizaron en conjunto con el gobierno estatal.

De los informes, destacamos el caso de Colima (TEFA de 65.6) porque el informe detalla cuál es el papel que cada nivel de gobierno desarrolló para implementar la estrategia en la entidad. Por ejemplo, resaltó la forma en que el GIPEA brindó guía para crear el grupo estatal y elaborar los informes anuales. En el plano local, el informe presenta con detalle de qué manera selecciona a las personas que participan en los grupos municipales y cuáles son sus funciones.

Finalmente, esta compilación de buenas prácticas revela que hay acciones con resultados positivos en todos los rubros reconocidos como áreas de fortalecimiento de la Enapea. Las buenas prácticas no están generalizadas en las 32 entidades del país, varios gobiernos no reportaron acción alguna en estas áreas. Sin embargo, con resultados muy promisorios, algunos gobiernos estatales centran su atención en la coordinación; mientras otros se ocupan de delimitar la población objetivo o de los temas de educación sexual integral. Esperamos que esta relación de las intervenciones que han tenido resultados favorables sea un aliciente para que otros GEPEA consideren adaptarlas a sus necesidades e implementarlas en sus territorios.

Cuadro 6 / Compilación de buenas prácticas a nivel subnacional

Educación sexual	Población objetivo	Coordinación intersectorial	Coordinación intergubernamental
<p>BAJA CALIFORNIA</p> <p>Se creó un portal enfocado en educación sexual para adolescentes, madres y padres de familia.</p>	<p>CHIHUAHUA</p> <p>Se presentó un diagnóstico específico de la situación del embarazo adolescente en la población indígena.</p>	<p>CHIAPAS</p> <p>Se desarrollaron árboles de problemas para apoyar el proceso de planeación del GEPEA de forma intersectorial.</p>	<p>CAMPECHE</p> <p>Se crearon los grupos municipales para la prevención del embarazo en adolescentes.</p>
<p>COAHUILA</p> <p>Se capacitaron padres y madres de familia en temas de salud sexual y reproductiva, derechos y habilidades psicoemocionales.</p>	<p>GUERRERO</p> <p>Las acciones sobre derechos sexuales y reproductivos contaron con un enfoque multicultural y se tradujeron los contenidos.</p>	<p>CIUDAD DE MÉXICO</p> <p>Se capacitó al personal que atiende adolescentes en temas de género, salud, juventudes, derechos y multiculturalidad.</p>	<p>COLIMA</p> <p>El GEPEA está integrado por autoridades de los tres órdenes de gobierno y por organizaciones no gubernamentales.</p>
<p>QUERÉTARO</p> <p>Se enfatizó en la capacitación y sensibilización del funcionamiento en perspectiva de género, derechos sexuales y reproductivos.</p>	<p>OAXACA</p> <p>Se incluyeron datos sobre los padres adolescentes en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac). Se realizaron acciones específicas para poblaciones indígenas y afroamericanas.</p>	<p>MICHOACÁN</p> <p>Se utilizó una plataforma de monitoreo para el seguimiento de los indicadores del GEPEA.</p>	<p>SONORA</p> <p>Se detalló la participación de los grupos municipales y la focalización de acciones en las localidades donde el problema es más grave.</p>
<p>ZACATECAS</p> <p>Se capacitó al personal de salud para orientar en salud reproductiva a la población de 10 a 19 años. Se llevó a cabo el taller para docentes en estrategias de educación sexual.</p>	<p>YUCATÁN</p> <p>Se llevaron a cabo talleres de sensibilización en masculinidades. Se promovieron acciones de prevención de violencia contra mujeres en poblaciones indígenas.</p>	<p>NUEVO LEÓN</p> <p>Se coordinaron distintas instancias que participan en el GEPEA, para alimentar un sistema de información georreferenciada para la prevención de embarazos en adolescentes.</p>	<p>VERACRUZ</p> <p>En el informe anual, se desglosó el trabajo de los Grupos y el total de población atendida con cada una de las acciones municipales.</p>

Fuente: Informes de los GEPEA en las entidades federativas.



5. CONCLUSIONES GENERALES

MÉXICO ES EL PAÍS con la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta entre los integrantes de la OCDE, aunque ha disminuido en los últimos años. El embarazo durante la adolescencia es un problema público severo que amerita intervención gubernamental por las consecuencias perniciosas que puede tener sobre madres, padres, hijas e hijos en las esferas de la educación, la salud, el trabajo y, en general, el bienestar. Por ejemplo, entre las mujeres de 20 años, solo 4 de cada 10 madres con niñas/os dependientes se encuentran empleadas o estudiando, mientras que la proporción se eleva a 7.5 de cada 10 para las mujeres sin niñas/os dependientes (OCDE, 2017).

En la primera parte de este informe, mostramos que el embarazo temprano se vincula de manera estrecha y compleja con las desigualdades sociales. De hecho, destacamos que este problema se deriva con mucha frecuencia de trasgresiones a derechos, en específico, a los sexuales, a los reproductivos y a una vida libre de violencia. La relación entre embarazo temprano y desigualdades sociales es de doble vía. Por un lado, las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad están más expuestas a enfrentar un embarazo no planeado y no deseado que aquellas que no viven en esas condiciones. Por otro, experimentar un embarazo temprano afecta la trayectoria de vida futura de estas adolescentes y les genera desafíos en el sistema escolar, en el acceso al mercado de trabajo y en otros espacios.

La Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2015 (Enapea) es una política intergubernamental e intersectorial con metas ambiciosas que no parece posible alcanzar para 2030: erradicar el embarazo infantil y disminuir a la mitad la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 y 19 años. Nuestro análisis de las estrategias nacionales de Argentina y Colombia revelan la necesidad de que en México nos concentremos en tres temas cruciales: (a) Reducir la brecha entre el diseño y la implementación de las iniciativas de educación sexual integral. En concreto, es necesario que la perspectiva de género tenga un papel central en la formación y capacitación del funcionariado público, así como en la sensibilización de las familias y comunidades. (b) Reforzar el enfoque de protección de derechos de las acciones y, por tanto, desarrollar también programas de atención a las madres y padres tempranos, así como a sus hijas e hijos para fortalecer su autonomía y promover que continúen su desarrollo. (c) Fortalecer el enfoque territorial de las acciones de prevención y atención con mecanismos concretos de coordinación intersectorial e intergubernamental. En particular, las experiencias de Argentina y Colombia revelan los beneficios de articular las políticas para prevenir y atender el embarazo adolescente con aquellas orientadas a la interrupción legal del embarazo o las específicas para prevenir las violencias de género.

En esta investigación, nos concentramos en estudiar la implementación de la Estrategia nacional en las 32 entidades federativas porque las acciones de los gobiernos subnacionales son esenciales para la implementación efectiva y el logro de las metas.

La primera parte de nuestro análisis de las acciones de los grupos estatales de prevención del embarazo adolescente (GEPEA) clasificó a las entidades por tasas de fecundidad adolescente altas, medias y bajas. Este estudio revela que: (a) Los grupos estatales privilegian las acciones de prevención sobre las de atención, aunque hay variación dependiendo de la tasa de fecundidad; los gobiernos de las entidades con tasas bajas muestran más equilibrio entre sus iniciativas de prevención y atención. (b) El diseño federal de la Estrategia establece la atención universal a la población adolescente; sin embargo, en la práctica, los grupos estatales priorizan los municipios de acuerdo con las tasas de fecundidad adolescente, el número de nacimientos de madres adolescentes o con segmentos poblaciones vulnerables. (c) En las entidades con tasas bajas, los grupos estatales dedican más atención a iniciativas relacionadas con derechos o atención a la salud; en contraste con lo que ocurre en entidades con tasas medias y, sobre todo, altas, en donde predomina el tema de atención a la violencia.

El análisis de las acciones de los GEPEA a partir de las dimensiones de fortalecimiento de la Enapea (derechos sexuales y reproductivos, por un lado, y coordinación intersectorial e intergubernamental, por el otro) muestra que, en general, los gobiernos de las entidades parten de una percepción distinta de la gravedad del problema del embarazo temprano y tienen visiones muy heterogéneas sobre la manera de atenderlo. Desde luego, el contexto es determinante, pues hay entidades con zonas empobrecidas y aisladas en donde las posibilidades de la población para acercarse a los servicios educativos o de salud son muy limitadas.

Si bien la Enapea en sus fases I (2015) y II (2021) incentiva a las entidades a priorizar la atención a poblaciones vulnerables, resulta crucial que se garanticen las condiciones y los recursos necesarios, pues la situación de las entidades y las capacidades de sus gobiernos son muy heterogéneas. Como detallamos en el informe, hay grupos estatales que dirigen sus acciones a toda la población adolescente sin desarrollar acciones específicas para quienes experimentan más vulnerabilidad en cuanto a embarazos tempranos, violencia sexual o matrimonios forzados. En otras entidades se determinan poblaciones objetivo más específicas y se implementan acciones dirigidas a comunidades rurales y a personas indígenas; en otras más, al norte del país, se implementaron intervenciones específicas para adolescentes migrantes y solo en una se establecieron acciones para adolescentes con discapacidad. La diversidad de percepciones e instrumentos para atender el problema del embarazo temprano también se ilustra con la decisión de involucrar o no a los varones en las acciones de la Estrategia. Como mostramos, a pesar de que la Enapea no se dirige exclusivamente a las adolescentes, la gran mayoría de las acciones que implementaron los GEPEA son para mujeres.

En cuanto a la coordinación intersectorial e intergubernamental, nuestros hallazgos principales son los siguientes. La coordinación intersectorial fue la más explícita, aunque es muy distinta entre los 32 grupos estatales. Para empezar, la instancia que coordina no es la misma en todos los grupos y, como describimos, esto deriva en énfasis distintos dentro de las líneas de acción de la Estrategia Nacional. Cada GEPEA establece de manera relativamente autónoma su manera de trabajar en cuanto a los tiempos para reunirse, la forma de organizar el trabajo y la manera de articular o dar seguimiento a las acciones de cada sector.

De acuerdo con los informes 2020, la coordinación intergubernamental está menos presente. De hecho, parece impostergable institucionalizar espacios regulares de comunicación y colaboración entre el GIPEA federal y los grupos estatales. Además, como hemos referido, no todos los gobiernos estatales reportaron haberse coordinado con los municipales. De hecho, recomendamos conformar más grupos municipales que informen de las necesidades

específicas de las localidades en temas relacionados con el embarazo adolescente y que, asimismo, participen tanto en la implementación como en el seguimiento de las acciones intersectoriales.

En resumen, las evaluaciones más recientes sobre la Enapea y nuestra investigación ratifican la necesidad de reforzar dos dimensiones específicas de las políticas para atender el embarazo temprano en México: un enfoque que garantice los derechos sexuales y reproductivos, así como fortalecer la coordinación intersectorial e intergubernamental.

En cuanto al enfoque desde los derechos sexuales y reproductivos, sugerimos, en particular, impulsar la educación sexual integral entre adolescentes, familias y funcionariado con énfasis en su pertinencia social, territorial y cultural, así como diversificar los instrumentos de la Estrategia nacional para atender a grupos de personas vulnerables, en especial, los que se encuentran en situación de pobreza, baja escolaridad, a los residentes en comunidades aisladas, a los indígenas, los migrantes y aquellos con discapacidades.

La coordinación intersectorial e intergubernamental, por su parte, es indispensables para abatir las tasas de fecundidad adolescente, así como para atender las necesidades de madres/ padres tempranos y de sus hijas e hijos. La coordinación intersectorial implica que participen los sectores de salud, educación y seguridad pública, pero también las instancias transversales que se ocupan de atender a las mujeres, las infancias, las juventudes y los pueblos indígenas, así como la sociedad civil organizada y las comunidades. La coordinación intergubernamental requiere establecer metas compartidas de corto y mediano plazos que articulen de manera más efectiva los grupos de trabajo de la Enapea en los planos federal, estatal y municipal.

REFERENCIAS

- Adaszko, A. (2005). El embarazo durante la adolescencia en las miradas de los funcionarios públicos. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires. Cedes-Unicef-Ministerio de Salud y Ambiente, 2005b, 157-158.
- Arvizu, V. (2021). *Trayectorias educativas y cursos de vida de los estudiantes de licenciatura con hijos; Universidad Autónoma Metropolitana - Cuajimalpa y Universidad Iberoamericana*. [Tesis doctoral]. México. Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.
- Bonaccorsi, N., y Reybet, C. (2008). Derechos sexuales y reproductivos: Un debate público instalado por mujeres. *LiminaR*, 6(2), 52-64. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272008000200004&lng=es&tlng=es
- Campero, L., Cuz-Jiménez, L., Estrada, F. y González, G. (2020). Modelo de intervención para la prevención de embarazo adolescente en contextos rurales: “Yo importo, yo aprendo, yo decido”. En: Fabiola Pérez y Ángeles Sánchez. *Los claroscuros del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Un enfoque cualitativo*. México. UNAM, 245-282.
- Casique, I. (2011). Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26 (3) (78) (septiembre-diciembre, 2011), 601-637.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2021). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- Consejo Nacional de Población (2017). *Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA)*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/3-grupo-estatal-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-gepea>
- Del Cid, Jeraldine, Laura Flamand y Juan C. Olmeda. (2022). “Embarazo en la adolescencia desde una perspectiva de derechos. Diagnóstico e intervenciones públicas en América Latina y el Caribe.” En Unesco-Colmex-Clacso (Eds.), *Danzar en las brumas. Género y juventudes en el entorno desigual de América Latina y el Caribe*. Montevideo. Unesco-Colmex-Clacso. (ISBN 978-92-3-300185-5).
- Dillon M.E., Cherry A.L. (2014). An International Perspective on Adolescent Pregnancy. En Cherry A., Dillon M. (Eds), *International Handbook of Adolescent Pregnancy*. Springer, Boston, MA, 1-38. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-8026-7_1
- East, P., Reyes, B., y Horn, E. (2007). Association between Adolescent Pregnancy and a Family History of Teenage Births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 108-115.
- Espinosa, G. (2017). Maternidades indígenas en contextos dinamitados por el cambio. En: Abril Saldaña, Lilia Venegas y Tine Davis (Coords.). *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. México. Universidad de Guanajuato, 113-144.
- Expósito, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, (3), 203-222.
- Frenkel, J. (2019). *El Embarazo Adolescente en Argentina*. <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/embarazo-adolescente-argentina.pdf>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). *Jóvenes con discapacidad: estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y hacer realidad la salud y derechos sexuales y reproductivos*. Nueva York. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Summary_SP.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia América Latina y el Caribe*. <https://bit.ly/3ddtDKz>

- Gobierno de Aguascalientes (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Aguascalientes. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636462/Informe_GEPEA_Aguascalientes_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Baja California (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Baja California. *Informe 2020*. México. <http://www.copladebc.gob.mx/doctos/CATALOGO%20DE%20PROGRAMAS%20Y%20SERVICIOS%20GEPEA.pdf>
- Gobierno de Baja California Sur (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Baja California Sur. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636470/Informe_GEPEA_Baja_California_Sur_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Campeche (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Campeche. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623522/Informe_GEPEA_Campeche_2020_FINAL2.pdf
- Gobierno de Chiapas (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Chiapas. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642796/Informe_GEPEA_Chiapas_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Chihuahua (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Chihuahua. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623949/Informe_GEPEA_Chihuahua_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Coahuila (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Coahuila. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636464/Informe_GEPEA_Coahuila_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Colima (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Colima. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642798/Informe_GEPEA_Colima_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Durango (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Durango. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634721/Informe_GEPEA_Durango_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Guanajuato (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Guanajuato. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623950/Informe_GEPEA_Guanajuato_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Guerrero (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Guerrero. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628540/Informe_GEPEA_Guerrero_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Hidalgo (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Hidalgo. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628539/Informe_GEPEA_Hidalgo_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Jalisco (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Jalisco. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642797/Informe_GEPEA_Jalisco_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de la Ciudad de México (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes de la Ciudad de México. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623524/Informe_GEPEA_CDMX_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de México. (2017). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf.

- Gobierno de México. (2021). *Segunda Fase de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/670399/Segunda_fase_de_la_ENAPEA_2021-2024_FINAL2.pdf
- Gobierno de Michoacán (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Michoacán. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634720/Informe_GEPEA_Michoacan_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Morelos (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Morelos. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636468/Informe_GEPEA_Morelos_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Nayarit (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Nayarit. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634722/Informe_GEPEA_Nayarit_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Nuevo León (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Nuevo León. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631823/Informe_GEPEA_Nuevo_Leon_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Oaxaca (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Oaxaca. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636467/Informe_GEPEA_Oaxaca_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Puebla (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Puebla. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636466/Informe_GEPEA_Puebla_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Querétaro (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Querétaro. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/637027/Informe_GEPEA_Queretaro_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Quintana Roo (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Quintana Roo. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628541/Informe_GEPEA_Quintana_Roo_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de San Luis Potosí (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de San Luis Potosí. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/637029/Informe_GEPEA_San_Luis_Potosi_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Sinaloa (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Sinaloa. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/636465/Informe_GEPEA_Sinaloa_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Sonora (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Sonora. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/637030/Informe_GEPEA_Sonora_2020_FINAL.pdf Consultado el 5 de agosto del 2021.
- Gobierno de Tabasco (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Tabasco. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623525/Informe_GEPEA_Tabasco_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Tamaulipas (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Tamaulipas. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623518/Informe_GEPEA_Tamaulipas_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Tlaxcala (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Tlaxcala. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623517/Informe_GEPEA_Tlaxcala_2020_FINAL.pdf

- Gobierno de Veracruz (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Veracruz. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634723/Informe_GEPEA_Veracruz_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Yucatán (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Yucatán. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/623520/Informe_GEPEA_Yucatan_2020_FINAL.pdf
- Gobierno de Zacatecas (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de Zacatecas. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/637028/Informe_GEPEA_Zacatecas_2020_FINAL.pdf
- Gobierno del Estado de México (2020). Grupo Estatal para la Prevención de Embarazo en Adolescentes del Estado de México. *Informe 2020*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628537/Informe_GEPEA_EDOMEX_FINAL.pdf
- González, M y Ramos, S. (2020). *Documento de sistematización de la Reunión de trabajo con el GIPEA. Informe entrevistas a informantes clave*. Buenos Aires, Argentina. Eurosocial. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597835/4_Informe_entrevistas_a_informantes_clave.pdf
- Gutiérrez, J. (2015). *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227649/2_Plan_de_Monitoreo_de_la_ENAPEA.pdf
- La Berbera, M. (2015/2016). Interseccionalidad, un «concepto viajero»: Orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *Interdisciplina*, 4(8), 105-122.1 | Fronteras.Derechos.
- Martínez Dávila, C. (2022, 07 de abril). *Conapo, Imjuve, El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organon impulsan un proyecto piloto para la prevención de embarazos adolescentes en la Alcaldía Xochimilco de la Ciudad de México*. México. Naciones Unidas. <https://mexico.un.org/es/177053-conapo-imjuve-el-fondo-de-poblacion-de-las-naciones-unidas-unfpa-y-organon-impulsan-un>
- Mellizo-Rojas, W., y Cruz-Castillo, A. (2016). La interseccionalidad como categoría de análisis: El caso de los derechos sexuales y reproductivos, la violencia sociopolítica y la desigualdad en mujeres de un sector popular de Bogotá. *Revista Eleuthera*, 15. Universidad de Caldas, Colombia
- Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología., Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación., y Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la Adolescencia 2017-2019*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/documento-plan-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en-la-adolescencia-2017>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (27 de agosto de 2021). *Estrategia de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes con énfasis en Prevención del Embarazo en la Infancia y Adolescencia (2015-2025)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/estrategia-atencion-integral-nna-2015-2025-del-2017.pdf>
- Murad-Rivera, R., Rivillas-García, J. C., Vargas-Pinzón, V., y Forero-Martínez, L. J. (2018). *Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas*. Asociación Profamilia. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22412.95362>
- Neal, S., Harvey, C., Chandra-Mouli, V., Caffé, S., & Camacho, A. V. (2018). Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. *Reproductive Health*, 15(1), 146. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>

- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2017, 10 de enero). *Building an Inclusive Mexico: Policies and Good Governance for Gender Equality*. OCDE, 264. <https://doi.org/10.1787/9789264265493-en>
- Organización de las Naciones Unidas (2021). *Derechos sexuales y reproductivos*. Oficina del alto comisionado. <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>
- Ponce de León, R. G., Ewerling, F., Serruya, S. J., Silveira, M. F., Sanhueza, A., Moazzam, A., Becerra-Posada, F., Coll, C. V. N., Hellwig, F., Victora, C. G., & Barros, A. J. D. (2019). Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet. Global Health*, 7(2), e227–e235. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9).
- Reina, M. F., y Castelo-Branco, C. (2014). Teenage pregnancy in Argentina: A reality. En Cherry A., Dillon M. (Eds), *International Handbook of Adolescent Pregnancy*, pp. 171–189. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-8026-7_9
- Rojas, O. y Villalobos, A. Análisis del deseo masculino sobre los embarazos durante la adolescencia en México. En: Fabiola Pérez y Mariana Lugo (Coords.), *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo*. México. UNAM, 157-178.
- Sánchez-Páez, D. A., y Ortega, J. A. (2018). Adolescent contraceptive use and its effects on fertility. *Demographic Research*, (38), 1359-1388. <https://www.jstor.org/stable/26457079>.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 10(39), 129-158. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v10n39/v10n39a6.pdf>.
- Stern, C. (2012). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. En: Claudio Stern, *El “problema” del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a debate*. México. El Colegio de México, 45-56.

ANEXOS

BUENAS PRÁCTICAS DE LA SOCIEDAD CIVIL

EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Balance AC: Adolescentes, autonomía y sexualidad

Esta organización se propone brindar educación integral en sexualidad basada en un enfoque de derechos y libre de prejuicios. Entre los temas que trata se encuentran brindar los insumos para el ejercicio placentero de la sexualidad, los derechos sexuales, la diversidad sexual y los planes de vida, así como para detectar y prevenir la violencia y enfermedades de transmisión sexual.

Mexfam: *OrientaSEX*

Es una línea telefónica donde se brinda información, orientación y consejería a adolescentes, jóvenes, madres y padres de familia, en cualquier tema relacionado con la salud sexual, la salud reproductiva y la violencia de género.

Asociación Mexicana para la Salud Sexual

Esta asociación se encarga de compilar y generar conocimientos sobre la salud sexual basada en los derechos sexuales desde una visión científica. Es una de las asociaciones sobre educación sexual con mayor reconocimiento en el país. Además, ha formado especialistas de la salud con una perspectiva de derechos: cuenta con cinco generaciones graduadas del Diplomado en Sexualidad Infantil y Adolescente y, además, realiza congresos bianuales donde se intercambian conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Esta asociación trabaja directamente con la población adolescente por medio de talleres, material informativo, blogs, guías para la familia e investigaciones.

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB) y REDefine

Con la iniciativa “Lo Público es Nuestro (LPEN)” y en el marco de la Enapea, elaboraron documentos de incidencia política con recomendaciones para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva en las 13 entidades federativas donde el ILSB y REDefine han realizado investigación sobre embarazo adolescente (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Quintana Roo, Sonora y Veracruz). La serie de documentos también incluye cinco trabajos de temas alineados a los componentes de la fase II de la Enapea con un análisis de la situación nacional y recomendaciones específicas para: (1) garantizar el abasto y acceso a métodos anticonceptivos, (2) fortalecer la corresponsabilidad de los hombres en cuanto a la sexualidad y la reproducción, (3) proveer servicios de salud con enfoque intercultural, (4) garantizar el cumplimiento de la norma oficial mexicana 047 en violencia sexual y familiar hacia las mujeres y (5) mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Planned Parenthood Global, Amnistía Internacional, gire y Clacai: *Niñas, no madres*

Niñas, no madres es un movimiento regional integrado por estas cuatro organizaciones para promover el respeto de los derechos de las niñas en América Latina, específicamente con intervención y orientación de los actores que deciden sobre política pública, como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Este movimiento, además, genera documentos y cápsulas informativos sobre la necesidad de erradicar la violencia sexual y las maternidades forzadas en niñas. La estrategia se ha ampliado a 10 países de la región: Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay. El esfuerzo ha derivado en el “Decálogo de recomendaciones a los estados para garantizar la salud, la vida y los derechos de las niñas latinoamericanas”.

GIRE, Mexfam, Ipas, Balance, ILSB y otras asociaciones civiles: *Observatorio Género y Covid*

Observatorio Género y Covid se encarga de elaborar un ejercicio de contraloría social para que las acciones de los gobiernos nacionales frente a la pandemia por covid-19 se implementen con una perspectiva de género e intersectorialidad. Además, suma esfuerzos de la sociedad civil para reducir las desigualdades de género que ocurren desde antes de la pandemia, pero que se han agravado. El Observatorio ha desarrollado investigaciones sobre violencia sexual, el incremento de embarazos no intencionales, y la falta de acceso a métodos anticonceptivos o a una atención médica digna que las niñas han vivido durante la pandemia.

Unasse

La Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento cuenta con un centro comunitario de detección de VIH e ITS en Mérida, Yucatán. En este centro, con estricta confidencialidad y de manera gratuita, personas expertas realizan pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C incluso a menores de edad.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

Cuentan con una red de jóvenes (REDefine) cuyo objetivo es promover y defender los derechos sexuales y los reproductivos. Ha desarrollado capacitaciones para mujeres jóvenes y adolescentes indígenas en temas de educación sexual integral, así como para vincularlas con acciones dirigidas a reducir el embarazo adolescente. Tiene presencia en 12 estados: CDMX, Durango, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Morelos, Michoacán, Nayarit, Puebla, Sonora, Veracruz, Quintana Roo.

Farmacias solidarias (Mexfam)

Es una estrategia para capacitar al personal que labora en farmacias tanto en la venta de medicamentos como en la oferta de consultas médicas de manera que las personas adolescentes interesadas en adquirir métodos anticonceptivos o algún tratamiento reciban atención amigable, libre de prejuicios y basada en los derechos sexuales y reproductivos. Esta iniciativa desarrolló un mapeo comunitario para identificar las farmacias sobre todo en comunidades rurales o en aquellas con acceso limitado a servicios de salud.

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

CLACAI: *Protegerlas Ya. Por el derecho a seguir creciendo*

Es una campaña que suma y coordina activistas, especialistas, sociedad civil, profesionales de la salud y educación para reorientar protocolos que se han desarrollado en otros países de América Latina para atender, asistir, proteger y orientar a las niñas y adolescentes que viven un embarazo no intencional. Su finalidad es que estos protocolos sean más efectivos y se apliquen con una perspectiva de derechos.

Mexfam: *Centro de servicios médicos*

Este centro está integrado con un equipo de profesionales médicos y de enfermería que ofrecen consultas médicas generales y de especialidad (ginecología y obstetricia, urología y psicología), así como estudios de laboratorio, gabinete, quirófano y hospitalización. El personal está capacitado para brindar orientación en caso de violencia de género.



EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS PÚBLICAS PARA SU ATENCIÓN