

EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS
PÚBLICAS Y ANÁLISIS DE LA ENAPEA

RESUMEN EJECUTIVO



EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS PÚBLICAS Y ANÁLISIS DE LA ENAPEA

RESUMEN EJECUTIVO



EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS PÚBLICAS Y ANÁLISIS DE LA ENAPEA

RESUMEN EJECUTIVO

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

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

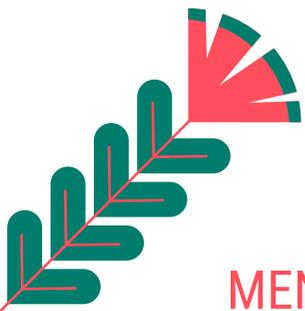
INCIDENCIA Y DIFUSIÓN

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



MENSAJES PRINCIPALES

1. En México, el embarazo temprano es un problema público con graves consecuencias individuales, sociales e intergeneracionales.
2. El embarazo temprano involuntario se relaciona de manera estrecha con las desigualdades sociales y la violencia de género.
3. Los gobiernos y la sociedad garantizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes de manera desigual, tanto entre grupos poblacionales como en el territorio.
4. Para que alcance sus metas, es apremiante que la Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes (Enapea) reafirme su enfoque de derechos, forme a las personas que participan en su implementación, y fortalezca sus acciones intersectoriales e intergubernamentales.



INTRODUCCIÓN

CADA DÍA, ALREDEDOR DE MIL ADOLESCENTES MEXICANAS de entre 12 y 19 años se vuelven madres, un poco más de la mitad sin planearlo o desearlo. De hecho, la pandemia de covid-19 profundizó esta tendencia: entre 2020 y 2021 tuvieron lugar poco más de 29 mil nacimientos adicionales a los proyectados (Gobierno de México, 2021).

El embarazo temprano¹ se relaciona de manera estrecha con las desigualdades sociales: es más frecuente que se embaracen las adolescentes que tienen acceso limitado a la educación sexual, las de hogares con ingresos bajos, las indígenas y las 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, 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 a 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.

En concreto, las desigualdades sociales significan que no todas las mujeres en México 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. Por ejemplo, la proporción de mujeres mexicanas en edad reproductiva (15 a 49 años) que reportan tener necesidades satisfechas de planificación familiar con métodos modernos es de apenas 80.4%. Además, las adolescentes de entre 15 y 17 años, las de ingresos bajos, 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).

Las graves consecuencias del embarazo temprano involuntario han impulsado a los gobiernos en México a implementar programas y acciones para prevenirlo y atenderlo. La propuesta más acabada al respecto es la Estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea) que comenzó en 2015 y se ajustó en una segunda fase en 2021. A partir de un enfoque de derechos, la Enapea propuso un esquema de trabajo intersectorial e intergubernamental con metas muy ambiciosas para 2030: reducir a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes de entre 15 y 19 años y erradicar el embarazo infantil. Los instrumentos principales para alcanzar estas metas son acciones de educación sexual, salud reproductiva, prevención de la violencia de género, entre otras, que implementan grupos enfocados en la prevención del embarazo adolescente: a nivel federal, el grupo interinstitucional (GIPEA), los grupos estatales (GEPEA) y los grupos municipales (Gmupea).

1 En esta investigación adoptamos 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 reconocemos que el término adolescencia es una construcción social que ha cambiado en el tiempo y varía entre grupos poblacionales, étnicos y culturales. En el texto, sin embargo, 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.

El proyecto *Embarazo temprano en México* que presentamos en este resumen ejecutivo incluye dos informes complementarios *Panorama de estrategias públicas para su atención* y *Un análisis de la implementación descentralizada de la Enapea*. En el *Panorama* ofrecemos un diagnóstico sucinto del problema público del embarazo temprano en México, comparamos la Estrategia mexicana con las que se han implementado en Argentina y Colombia, y analizamos el papel de los 32 gobiernos de las entidades federativas en la operación de la Enapea a partir de dos dimensiones: los derechos sexuales y los reproductivos, y la coordinación intersectorial e intergubernamental que la Estrategia propone. En *Un análisis de la implementación descentralizada* describimos el diseño federal vigente de la Enapea y evaluamos la manera en que ha operado en sus fases I y II para contribuir a que alcance sus objetivos de manera más eficaz. En este caso ofrecemos una mirada más profunda de las acciones de los gobiernos de cuatro entidades federativas: Baja California, Michoacán, Querétaro y Tabasco.

En este *resumen ejecutivo* presentamos los hallazgos más sobresalientes de nuestra investigación con el propósito de invitarles a leer los informes completos y a consultar los materiales adicionales que hemos preparado para fortalecer la Enapea.²

Nuestro estudio revela fallas en la implementación de la Enapea asociadas sobre todo a deficiencias en la coordinación entre gobiernos y entre sectores que dan lugar a tres problemas específicos: (a) Entre el funcionariado estatal, la presencia de enfoques diversos, incluso contradictorios, sobre el ejercicio y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes. (b) La existencia del falso supuesto de que la población objetivo de la Enapea es homogénea y, en consecuencia, la falta de precisión respecto de la necesidad de diversificar sus acciones considerando las características y las necesidades de madres, padres, jóvenes, niñas y niños. En particular entre poblaciones con carencias sociales, migrantes o discapacitadas. (c) Finalmente, la insuficiencia de capacidades burocráticas en las entidades, lo que dificulta la implementación de esta Estrategia. En particular, mostramos que no se dispone de recursos materiales adecuados y también enfatizamos la necesidad de formar a las personas responsables de manera continua sobre todo ante los cambios de gobierno.

PROTECCIÓN PLENA A LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS REPRODUCTIVOS

Nuestra investigación parte de reconocer la protección heterogénea de los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes, así como de que las desigualdades sociales son una barrera para su ejercicio. Con el propósito de aprender sobre políticas de atención y prevención del embarazo temprano que se han implementado en otras regiones, comenzamos con una comparación de las estrategias nacionales de Argentina, Colombia y México por su diversidad de aproximaciones y resultados.

En general, es posible emplear dos indicadores para documentar la evolución del embarazo temprano. Primero, la tasa específica de fecundidad adolescente: en la región de América Latina, el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años se ha reducido de 71.5 nacimientos en 2009 a 61.2 en 2019. Segundo, el porcentaje de nacimientos en madres menores de 20 años respecto del total de nacimientos: los tres países que comparamos registraron reducciones en esta proporción entre 2010 y 2017, aunque con variaciones significativas.

2 Los informes en texto completo y los materiales adicionales están disponibles en el sitio de la Red de Estudios sobre Desigualdades (desigualdades.colmex.mx).

Colombia presenta la reducción más grande con 3 puntos porcentuales menos, sigue Argentina con 2.5 y México con apenas 0.9.

En cuanto a las estrategias nacionales, en los tres países resalta la importancia del acceso a la educación sexual y a los métodos anticonceptivos. No obstante, la estrategia colombiana aventaja a las de Argentina y México porque en su diseño considera de manera muy explícita que las desigualdades son un factor crucial tanto en las causas como en las consecuencias del embarazo temprano. La estrategia argentina, por otra parte, enfatiza la agencia de las y los adolescentes y se concentra, además, en tratar el problema cuando el embarazo es involuntario con énfasis en los derechos tanto a la salud sexual como a decidir.

A continuación resaltamos tres aprendizajes que derivan de esta comparación y que podrían aumentar la efectividad de la Enapea en México. 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 desaventajadas.

Segunda, desarrollar estrategias que conjunten el trabajo de diversas agencias sectoriales nacionales y subnacionales (ej. educación, salud, género) considerando la heterogeneidad territorial. También es urgente 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 consecuencia, 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 se limitan casi totalmente 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 requiere 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.

EL EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO ES UN PROBLEMA HETEROGÉNEO EN EL TERRITORIO

Las tasas específicas de fecundidad adolescente (TEFA) de todas las entidades federativas en México son elevadas si se comparan con las del resto del mundo. Sin embargo, se observa una incidencia heterogénea del embarazo adolescente involuntario en el territorio nacional, como muestra la figura 1. Las tasas de fecundidad adolescente muy altas se registran en Guerrero y Chiapas. Las tasas altas, en distintas regiones del territorio nacional: en el norte (Chihuahua y Coahuila), el centro (Puebla y Tlaxcala) y el sur (Tabasco). Las tasas más bajas, en la Ciudad de México y Baja California Sur (figura 1).

En un país federal como México, desarrollar políticas y acciones de gobierno que consideren esta heterogeneidad territorial implica lograr un equilibrio particular: por un lado, gobiernos de las entidades con autonomía para que adapten la estrategia nacional a la realidad local y, por otro, un gobierno federal que fije el rumbo y lidere a todas las entidades para avanzar en una dirección común. Para examinar en qué medida este equilibrio está presente, en la investigación, primero estudiamos la implementación de la Estrategia nacional en las 32 entidades federativas con la convicción de que las acciones de los gobiernos subnacionales son esenciales para la implementación efectiva y el logro de las metas.

Figura 1 / Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
Entidades federativas en México, 2019



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

LA IMPLEMENTACIÓN DESCENTRALIZADA DE LA ENAPEA EN MÉXICO

Nuestra investigación se concentra en analizar la implementación de la Enapea en las entidades federativas y los municipios de México durante sus fases I y II.

La fase II de la Enapea surgió para reorientar sus acciones a partir de los hallazgos de evaluaciones externas en las cuales se identificó la necesidad de trabajar de forma más efectiva con grupos de adolescentes vulnerables, así como de ajustar las acciones al contexto y administración federal actual. Esta segunda fase se propone precisar los esfuerzos de la Estrategia para que avance de manera más eficaz hacia una meta común avalada por las entidades federativas, los municipios y las comunidades (Gobierno de México, 2021). En específico, contempla que la Secretaría de Educación federal refuerce el currículo escolar con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Se espera que estos ajustes contribuyan a erradicar la violencia de género, a promover la corresponsabilidad masculina, así como a prevenir el consumo de alcohol y otras sustancias que suelen relacionarse con prácticas sexuales de riesgo (Gobierno de México, 2021).

Para analizar el trabajo territorial de la Enapea en las entidades federativas procedimos en dos niveles: Primero, revisamos de manera sistemática los informes de los grupos estatales para identificar tendencias generales y prácticas destacadas en las 32 entidades federativas. Segundo, investigamos a detalle la implementación de la Estrategia en Baja California, Michoacán, Querétaro y Tabasco.³

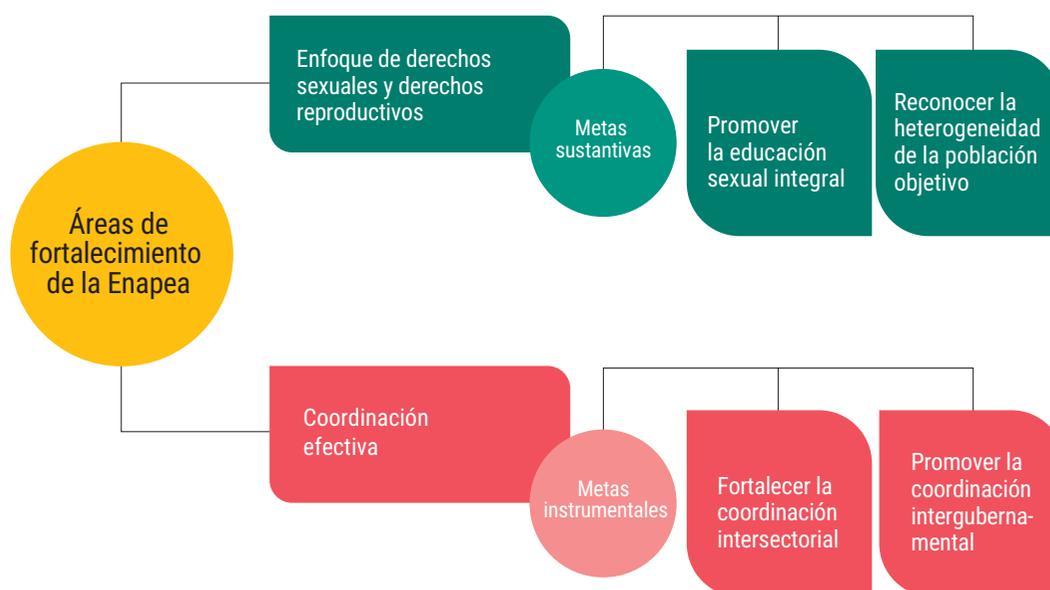
A continuación resumimos los hallazgos más relevantes de esta estrategia metodológica a dos niveles. En general, detectamos que los gobiernos de las entidades parten de una percepción distinta de la gravedad del problema del embarazo temprano y tienen visiones muy heterogéneas sobre la manera de atenderlo. 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.

En nuestra investigación, en suma, documentamos un mosaico muy diverso de maneras de implementar la Enapea en las 32 entidades federativas. Algunas diferencias son esperables y deseables por las características territoriales, poblacionales o de la gravedad del problema público en entidades específicas; otras diferencias, como explicaremos, contradicen el enfoque general de la Estrategia o subrayan carencias en infraestructura o capacidades burocráticas que es necesario atender para lograr una implementación eficaz.

Hemos organizado nuestros hallazgos en dos secciones, como muestra la figura 2, una primera refiere al enfoque de derechos sexuales y reproductivos; la segunda, a la coordinación intersectorial e intergubernamental necesaria para implementar el modelo federal de la Enapea con los ajustes de la fase II.

3 En el grupo de entidades seleccionadas incluimos dos con tasas de fecundidad alta en mujeres de 15 a 19 años (Michoacán y Tabasco) y dos con tasas bajas (Baja California y Querétaro). Además, escogimos entidades que muestran variación respecto a la composición del grupo estatal de prevención del embarazo en adolescentes, la instancia gubernamental que lo lidera y las políticas o normas relacionadas con la interrupción legal del embarazo. También conviene notar que, aun cuando hay diferencias, en las cuatro entidades, dominan los entornos de escasas oportunidades educativas y laborales, más actos de violencia entre las adolescentes mujeres que entre los varones y que solo un poco más de la mitad de las adolescentes sexualmente activas o sus parejas utilizan métodos anticonceptivos. Los datos precisos de estas diferencias pueden consultarse en los informes en extenso.

Figura 2 / Áreas de fortalecimiento de la Enapea



Fuente: Elaboración propia.

ENFOQUE DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DESCENTRALIZADA DE LA ENAPEA

I. LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS REPRODUCTIVOS

Todas las entidades reportan que planifican estrategias de prevención y atención con una perspectiva de derechos. Sin embargo, los informes estatales no distinguen entre los derechos sexuales y los reproductivos, pues únicamente dos entidades detallan estos conceptos. Asimismo, el embarazo en la adolescencia se sigue asociando de manera dominante con las mujeres: solo siete entidades incluyeron el tema de paternidades y reportaron acciones específicas en este rubro.

La Enapea asume el embarazo en la adolescencia como un problema público de causas multifactoriales (Gobierno de México, 2015). No obstante, encontramos que solo 19 entidades lo reconocen como un problema de responsabilidad colectiva que involucra a los gobiernos, las organizaciones sociales, las comunidades y las familias. Del resto de las entidades, tres plantean que se trata de un problema individual; otras tres establecen que es una responsabilidad tanto individual como colectiva; y las siete restantes no mencionan su perspectiva al respecto.

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 según el número de nacimientos en madres adolescentes o aquellos con segmentos grandes de poblaciones vulnerables. En las entidades con tasas bajas de fecundidad adolescente, los grupos estatales dedican más atención a los derechos sexuales y reproductivos o a la 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.

En el análisis más profundo de las cuatro entidades federativas seleccionadas, identificamos tres perspectivas distintas para definir el problema público del embarazo adolescente entre el funcionariado. En los cuatro estados encontramos funcionarios y funcionarias que refieren el problema desde el *enfoque preventivo*, aunque con mayor incidencia en Baja California y Michoacán. De hecho, suelen relacionarlo con pobreza y falta de desarrollo, y sugieren que interactúa con la violencia y la delincuencia. De igual manera, hay funcionarias y funcionarios que privilegian el *enfoque educativo* con el cual las soluciones propuestas incluyen en la población objetivo a los adolescentes varones, así como a madres y padres de familia. También se intenta involucrar a otros actores como docentes y sindicatos educativos para promover el consentimiento con énfasis en el “plan de vida”. También identificamos un *enfoque de derechos* que, además de la prevención, se concentra en la agencia de la población objetivo y se articula con otras políticas vigentes relacionadas con el tema, como la interrupción voluntaria del embarazo. Este, al igual que los enfoques anteriores, estuvo presente en todas las entidades, pero se detectó con más frecuencia entre el funcionariado de Querétaro y Tabasco.

II. PREVENIR O ATENDER EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Si bien existen acciones de prevención y de atención en todas las entidades federativas, aquellas con tasas medias y altas de fecundidad adolescente priorizan la prevención con una gama más diversa de acciones que las entidades con tasas bajas. Otra diferencia significativa es que las entidades con tasas medias y altas suelen concentrar sus acciones de prevención en adolescentes en el sistema escolarizado, así como en personas tutoras y en funcionariado. En cuanto a la atención del embarazo temprano, en los estados con tasas de fecundidad adolescente más baja, las acciones de atención se han acotado principalmente a las becas de permanencia escolar y a la prestación de servicios de salud. En contraste, en las entidades con tasas medias y altas, existe un abanico de acciones más diversas y con un fuerte componente para prevenir y erradicar la violencia mediante atención jurídica y de salud. También, en algunos estados, observamos que se ofrece un seguimiento detallado a los casos de las víctimas.

En cuanto al equilibrio entre la prevención y la atención es imprescindible fortalecer las acciones para atender a las madres tempranas y a sus hijas/os, pues suelen enfrentarse a condiciones escolares y laborales más adversas e, incluso, son más vulnerables ante la violencia (UNFPA, 2020).

COORDINACIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DESCENTRALIZADA DE LA ENAPEA

I. COORDINACIÓN EFECTIVA ENTRE LOS SECTORES Y GOBIERNOS QUE PARTICIPAN EN LA ENAPEA

La coordinación más frecuente y explícita es la intersectorial, tanto en el plano federal como en el estatal. Nuestro análisis revela deficiencias en la coordinación intergubernamental, en particular, la vinculación de los gobiernos estatales con los municipales. De fondo, también resaltamos las capacidades burocráticas insuficientes para atender este grave problema público en términos de recursos financieros, personal e infraestructura.

Uno de los aspectos más importantes en la coordinación intersectorial es el liderazgo y composición en los grupos estatales, pues incide en los temas que se priorizan en la implementación de la Estrategia, así como en la disponibilidad de recursos humanos y materiales.

Al respecto, aunque el Consejo Nacional de Población es la instancia que lidera en el plano federal, los Consejos Estatales de Población no son coordinadores en todas las entidades. En cuanto a la composición, en todos los grupos participan las instancias estatales para las mujeres (IEM), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF), el sector salud y el educativo; también se involucran casi siempre las instancias de trabajo con juventudes (31 estados) y las de desarrollo social (31 estados).

Además de las instancias gubernamentales, las organizaciones de sociedad civil participan como integrantes de los GEPEA en 21 entidades. Su participación es importante, porque los gobiernos estatales suelen replicar estrategias sociales con éxito relativo. Además, las organizaciones sociales permiten focalizar acciones en poblaciones específicas y territorios de difícil acceso. Finalmente, otras instancias involucradas en los GEPEA, aunque con menos frecuencia, son las organizaciones internacionales y el sector privado; no obstante, los informes estatales no reportan sus actividades.

En cuanto a las acciones coordinadas entre órdenes de gobierno: en 17 entidades se reportan actividades realizadas entre los gobiernos estatales y los municipales; en ocho, identificamos coordinación entre los órdenes federal, estatal y municipal, y en cinco encontramos referencias muy vagas a la coordinación intergubernamental. Finalmente, los grupos municipales para prevenir el embarazo en la adolescencia solo se han desarrollado en los municipios con mayor concentración poblacional, donde se han detectado más casos de embarazo en la adolescencia y en algunas zonas rurales o con poblaciones indígenas. La creación de estos grupos, pese a su lento avance, es de gran utilidad para la coordinación intergubernamental, ya que aglutinan y reportan las necesidades específicas de las localidades en los temas relativos al embarazo adolescente.

El análisis de las cuatro entidades federativas revela diferencias significativas cuando la instancia que lidera la Estrategia está vinculada con temas de población o bien con las instancias estatales para las mujeres. Estas diferencias se observan en Tabasco donde la instancia líder es el Instituto Estatal de la Mujer y ha vinculado las acciones del grupo estatal con los ejes prioritarios del Fobam, sobre todo en educación sexual y salud reproductiva. En contraste, en Michoacán, Querétaro y Baja California, donde los consejos estatales de población dirigen el grupo estatal, se ha priorizado el trabajo estadístico para construir diagnósticos sobre el embarazo adolescente, así como para definir a los municipios o localidades prioritarios en la atención.

En las cuatro entidades observamos que las organizaciones de la sociedad civil participan de manera limitada, a pesar de que su intervención es crucial para la Estrategia porque suelen trabajar con especialistas en temas relativos al embarazo adolescente y tienen más capacidad para atender a las poblaciones aisladas o alejadas. Ahora bien, en las cuatro entidades federativas, las personas entrevistadas destacaron la participación de adolescentes, comunidad y familias en acciones específicas; sin embargo, esta participación se limita exclusivamente a la ejecución de acciones y todavía no tienen voz en las decisiones o en diseñar acciones en los grupos estatales y municipales.

La coordinación entre los gobiernos estatales y los municipales es un reto debido a las desigualdades territoriales y socioeconómicas, así como los usos y costumbres en el plano local. Las personas entrevistadas en Michoacán y Tabasco notaron los inconvenientes que significa el acceso difícil a algunas zonas rurales o territorios con altos niveles de violencia. En Baja California, una de las complicaciones es el tránsito de personas migrantes, los municipios no suelen tener estadísticas o acciones concretas para atender los embarazos tempranos en adolescentes en estas comunidades.

Asimismo, ninguna de las cuatro entidades ha establecido grupos de prevención en todos sus municipios y argumentaron que, a pesar del esfuerzo por capacitar a quienes integran el GEPEA o los Gmupea, los enlaces especializados se pierden con frecuencia, ya sea por cambios de gobierno, ascensos o despidos. También señalaron que por falta de protocolos de coordinación intersectorial (Querétaro y Michoacán) o de comunicación constante entre las instituciones (Baja California y Tabasco) todavía se duplican actividades entre las instancias del GEPEA.

II. CAPACIDADES BUROCRÁTICAS DISPONIBLES EN GOBIERNOS ESTATALES Y MUNICIPALES PARA IMPLEMENTAR LA ENAPEA

Un instrumento de política fundamental para la implementación de la Enapea es el Fondo para el bienestar y avance de las mujeres (Fobam) que destaca porque sus recursos se encuentran etiquetados exclusivamente para financiar acciones relacionadas con la prevención y atención del embarazo en la adolescencia. Los recursos del Fobam se entregan a las instancias de las mujeres en las entidades que presentan proyectos para contribuir a las metas de la Estrategia nacional. En el presupuesto anual del Fobam en 2021, el monto más bajo entregado a los estados fue de 2.2 millones de pesos (Sonora) y el más alto de 3.6 (Guerrero). Las entidades que estudiamos con detalle reportaron que el presupuesto del Fobam es insuficiente para alcanzar las metas de la Enapea.

Además de los recursos financieros, destacan las limitaciones de infraestructura. El sector salud es el único que dispone de una estructura muy amplia y ha trabajado en equipar los servicios amigables para atender de manera especializada la salud de las adolescencias. En particular en Baja California y Michoacán se promovió que los servicios amigables fuesen espacios exclusivos para adolescentes.

El personal involucrado en la implementación de la Enapea es insuficiente. Las actividades de la Estrategia suelen reducirse a un número limitado de actores que encabezan los grupos y los enlaces que no siempre facilitan ni participan en la coordinación. Aunque en algunos casos, como en Tabasco y Michoacán, se destaca el esfuerzo de algunas instancias por incluir personal especializado. Sin embargo, los cambios de gobierno y, en consecuencia, de personal, han vulnerado el avance de la estrategia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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 la educación, la salud y el trabajo. 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 esta investigación mostramos que el embarazo temprano se vincula de manera estrecha y compleja con las desigualdades sociales y la violencia. De hecho, 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 o no deseado que aquellas que no viven en esas condiciones. Por otro, un embarazo temprano afecta la

trayectoria de vida de estas adolescentes y puede generar enormes desventajas en el sistema escolar, el mercado de trabajo y en otros espacios.

La Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes se ha propuesto metas muy ambiciosas para 2030 que no parece factible alcanzar en sus condiciones actuales. En esta investigación estudiamos la implementación descentralizada de la Enapea para proponer recomendaciones que la fortalezcan y la tornen más efectiva. Las recomendaciones surgen de buenas prácticas internacionales, nacionales y subnacionales que recuperamos del análisis de estrategias para la prevención y atención del embarazo adolescente en otros países, de la revisión de los informes de los grupos estatales de la Enapea en las 32 entidades federativas y del trabajo de investigación detallado en Baja California, Michoacán, Querétaro y Tabasco.

A. ESTABLECER METAS INTERMEDIAS

Considerando que la fase II de la Enapea reorienta sus componentes hacia un enfoque integral del problema con énfasis en la perspectiva de derechos sexuales y derechos reproductivos, proponemos establecer metas intermedias de tal modo que los grupos estatales puedan cumplirlas de manera escalonada. Estas metas requerirán, probablemente, fortalecer las acciones de salud sexual y reproductiva garantizando los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes, en particular, para que conciban su plan de vida en un entorno libre de violencias.

B. INCLUIR A LAS Y LOS ADOLESCENTES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES

La perspectiva de derechos de las infancias y adolescencias demanda incluir a la población objetivo de la Estrategia en los procesos de decisión en sus grupos federales, estatales y municipales. Las buenas prácticas que identificamos en las entidades federativas en nuestra investigación muestran, de manera contundente, que las acciones de prevención donde participaron las y los adolescentes tuvieron mejores resultados. La clave es superar las perspectivas de tutelaje donde se excluye a las personas adolescentes de las decisiones y, en cambio, respetar sus capacidades y su agencia.

C. INCORPORAR A LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Como documentamos, la participación de organizaciones de la sociedad civil y de autoridades sectoriales en el plano municipal puede resultar clave para promover los derechos sexuales y los reproductivos. En varias entidades, estas organizaciones han construido relaciones de confianza con la comunidad y, en consecuencia, se les recibe con mayor apertura que a las y los funcionarios gubernamentales.

D. ESTABLECER CANALES DE COOPERACIÓN FLUIDOS ENTRE LOS GRUPOS ESTATALES Y LAS FISCALÍAS

Para dar seguimiento a los casos de violencia contra niñas, niños y adolescentes, en particular alrededor de embarazos infantiles o adolescentes, es necesario construir espacios de trabajo conjunto entre los grupos estatales y las fiscalías generales de los estados.

E. CREAR GRUPOS MUNICIPALES PARA FORTALECER LA ESTRATEGIA EN LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL

Los grupos municipales suelen adaptar la Estrategia a las características específicas de la población, lo cual fortalece las tareas de planeación y priorización. Se sugiere, en paralelo, desarrollar un sistema de monitoreo con indicadores de proceso, seguimiento y resultados a nivel municipal que se vincule con el presupuesto etiquetado para la Enapea.

REFERENCIAS

- 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.
- 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 México. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. México. 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
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2020). *Estadísticas vitales de natalidad*. México. <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/>
- 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.
- 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
- 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).
- 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>



EMBARAZO TEMPRANO EN MÉXICO

PANORAMA DE ESTRATEGIAS PÚBLICAS Y ANÁLISIS DE LA ENAPEA