

2024



Acción
por México

EMBARAZO ADOLESCENTE Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE MÉXICO: RETOS Y
AVANCES

ALEJANDRA CONTRERAS

EMBARAZO ADOLESCENTE Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE MÉXICO: RETOS Y AVANCES

Alejandra Contreras

2024

RESUMEN

En la siguiente investigación se caracterizará la problemática del embarazo adolescente y del acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México en relación con la situación nacional, así como a nivel local. Retomando una perspectiva que reconozca la heterogeneidad del territorio de la Ciudad de México se demostrará cuáles son los factores que influyen en que ciertas alcaldías tengan altas tasas de fecundidad específica adolescente.

Contenido

I.	Introducción	1
	Problemática abordada.....	3
II.	Justificación	4
III.	Planteamiento del problema	7
IV.	Objetivo.....	21
V.	Marco teórico.....	22
VI.	Formulación de la hipótesis	28
VII.	Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis	29
VIII.	Conclusiones	39
	Posibles soluciones.....	42
IX.	Bibliografía	43

I. Introducción

“¿Qué voy a hacer?” es quizás la pregunta más frecuente con la que se enfrentan las y los adolescentes que se enteran de que ellas o sus parejas están embarazadas. En una entrevista a la revista *Forbes*, Lizbeth, quien supo de su embarazo a los 16 años y dio luz a los 17, expresa que esa fue su reacción al saber que tendría un hijo. Su testimonio refleja en gran medida las problemáticas que se presentan a las adolescentes embarazadas: continuar con la escuela o buscar un trabajo para conseguir algún ingreso, carecer del apoyo de padres y/o pareja y preguntarse si se está lista o no para afrontar lo que viene. (Cervantes, 2023, párr. 2 y 4)

La pregunta en torno a “¿qué voy a hacer?” es también una expresión de incertidumbre que remite a una de las dimensiones frecuentemente asociadas a los embarazos adolescentes: el acceso, o bien falta de acceso, a la salud sexual y reproductiva. Si bien es común que las madres primerizas, tanto adultas como adolescentes, se sientan en un primer momento abrumadas por el prospecto de la maternidad y la crianza, esa sensación también puede estar provocada por la falta de información sobre procesos biológicos y psico emocionales propios del embarazo, la crianza y la sexualidad.

El caso de Lizbeth también plantea otra dimensión frecuentemente presente en los embarazos adolescentes. Su hijo nació con retraso en el desarrollo, condición prevalente en los embarazos de niñas entre los 10 y hasta los 16 años, cuyas anatomías no están preparadas para lo que implica un embarazo. (Santillán, 2015, párr. 13 y 15) En ese sentido, a la falta de condiciones sociales y económicas propicias para su embarazo, se sumaron las condiciones biológicas, las cuáles no solo impactan en los recién nacidos, sino también en las madres mismas.

La situación vivida por Lizbeth está lejos de ser un caso aislado, México es el país de la OCDE con la mayor tasa específica de fecundidad adolescente, está se refiere al número de embarazos por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años

de edad (World Health Organization, s.f. párr. 5) Según datos del año 2023, la tasa específica de fecundidad adolescente en México es de 60.3 nacimientos por cada 1000 niñas y adolescentes (INEGI). Mientras que las últimas cifras publicadas señalan que para lo que va del año 2024, la tasa es de 59.46. (ENAPEA-SIMS/CONAPO, 2024)¹ En este panorama la Ciudad de México es la entidad con la tasa más baja, 47.1 nacimientos por cada 1000 adolescentes, 13.2 puntos por debajo de la promedio nacional si se compara con las cifras de 2023. (Secretaría de Gobernación, 2023)

Sin embargo, es importante recalcar que la cifra de la Ciudad de México, incluso si es observada con relación a lo que ocurre en el resto del país, continúa siendo una cifra alta. La comparación con cifras de otros países resulta provechosa para dimensionar la gravedad de la problemática. Por ejemplo, según datos del Banco Mundial, para el 2021 la tasa específica de fecundidad adolescente en los países de la Unión Europea fue de 11 embarazos por 1000 adolescentes, en Uruguay de 36 y en Costa Rica de 37. (Banco Mundial, 2021)

De acuerdo con el panorama anterior, el objetivo de esta investigación es dar respuesta a las siguientes preguntas. ¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta la prevención de embarazos adolescentes en la Ciudad de México? ¿Cómo dimensionar el problema en una mega urbe diversa y densamente poblada? ¿Cómo entender la relación entre desigualdad social y acceso a la salud sexual y reproductiva? ¿Qué variables socioeconómicas impiden o facilitan el acceso a la salud sexual e impactan en la tasa específica de fecundidad adolescente? ¿Cuáles han sido las estrategias para disminuir la tasa de embarazos adolescentes en la Ciudad de México? ¿Qué avances encontramos en la prevención del embarazo adolescente en México?

La presente investigación retoma datos estadísticos de organismos oficiales nacionales como el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) y el

¹ Se usará este estilo de citación para referir a los datos tomados de la plataforma de la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazos Adolescentes- Sistema de Indicadores de Monitoreo y Seguimiento, seguido por la instancia específica que recopiló la información y el año de los datos.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), así como del importante caudal de información generado por la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) y del Grupo de Prevención del Embarazo de la Ciudad de México (GEPEA). También se encontrarán datos recabados por organismos internacionales como la OCDE, la UNFPA y el Banco Mundial. Además, retoma algunas de las discusiones suscitadas en torno al tema del embarazo adolescente, su prevención y causas que se encuentran en trabajos académicos y fuentes hemerográficas. Se trata de una investigación de tipo cualitativa y documental.

Problemática abordada

Como se mencionó anteriormente las altas tasas específicas de embarazo adolescente tanto en la Ciudad de México, como en México en general y los impactos sociales del embarazo adolescente hacen relevante esta problemática.

II. Justificación

La importancia de llevar a cabo esta investigación, así como de la necesidad de continuar indagando en sus causas y prevención opera en varias dimensiones relacionadas con las consecuencias del embarazo adolescente. Como ya se apuntó brevemente, el embarazo adolescente afecta a los y las adolescentes y a sus hijos o hijas. Un punto crucial es que los estudios indican que los padres adolescentes, y en mayor medida, las madres pasan por una fuerte reconfiguración de su proyecto de vida que frecuentemente va en detrimento de su crecimiento y desarrollo personal. Existen dificultades en el acceso a la educación, en la inserción al mercado laboral, en la generación de ingresos e incluso en la cotización para servicios de salud pública. (UNFPA, 2020)

Las madres adolescentes son también frecuentemente estigmatizadas y estereotipadas por la sociedad en su conjunto. Prevalece la idea de que el embarazo adolescente es producto de una decisión individual y errada que se toma a partir de la inconsciencia y la ignorancia, dejando de lado la complejidad de factores contextuales y sociales que influyen en dicho fenómeno, como los roles y las disparidades de género, la violencia sexual, la falta de acceso a salud sexual y reproductiva, e incluso las normas culturales -existe un amplio consenso sobre cómo hay mayor prevalencia de embarazos de niñas y adolescentes en comunidades indígenas. (UNFPA, 2020, 15) El estigma continúa a lo largo de sus vidas, pues como se mencionó, las consecuencias del embarazo adolescente influyen fuertemente en sus trayectorias posteriores. Ampliar la comprensión de la problemática, así como reducir los estigmas sociales son también cuestiones que justifican ahondar en el tema.

Desde un punto de vista económico, el embarazo adolescente también representa un grave problema. El Fondo de Población de las Naciones Unidas ha estimado los costos que el embarazo adolescente tiene en las economías locales y nacionales. De acuerdo con un estudio realizado por esta agencia, el embarazo adolescente dificulta el aprovechamiento del bono demográfico con el cual

actualmente cuenta México, pues las adolescentes que pasan por un embarazo tienen más dificultades para insertarse en el mercado laboral. (UNFPA, 2020, 3)

Se calcula que para quienes fueron madres durante su niñez o adolescencia hay una pérdida de 3 mil millones de pesos mexicanos por desempleo o costo de oportunidad por desempleo, es decir son los ingresos que no perciben las madres adolescentes por el tiempo y las condiciones que dedican a sus embarazos y se calcula al contrastar con los ingresos percibidos por quienes no tuvieron un embarazo durante la adolescencia (UNFPA, 2020, 19). Asimismo, se estima en una cifra de 30 908 850 716 miles de millones de pesos las pérdidas del país por el abandono y rezago educativo vinculados tanto al embarazo adolescente, como a la maternidad temprana. Este número da cuenta de cómo el rezago educativo impacta en la disminución de los ingresos al no lograr alcanzar niveles de instrucción más altos que están asociados a mejores salarios. (UNFPA, 2020, 22) Por último, se estiman en 5 884 524 505 miles de millones de pesos los gastos destinados a la atención en salud de los embarazos adolescentes en los servicios públicos de salud. (UNFPA, 2020, 23)

Si bien la relevancia de la problemática resulta innegable, un elemento señalado en los documentos que identifican los avances y retrocesos de la ENAPEA, principal estrategia gubernamental para atender la problemática y en la cual se ahondará más adelante, es que, al menos cuando inició sus actividades en 2015, carecía de presupuesto, por lo cual se tuvo que apoyar en recursos de un fondo FOBAM (Fondo para el bienestar y el avance de las mujeres) del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Éste otorga a cada entidad federativa 3 millones de pesos. (Torres, 2022, párr. 11) Para el 2020, se continuó señalando la falta de asignación presupuestaria específica como una de las dificultades para implementar la ENAPEA. (González y Ramos, 2020, 12)

De acuerdo con el informe de 2021 publicado por la GEPEA de la Ciudad de México y con datos de la Dirección General de Administración y Finanzas en la Secretaría de las Mujeres, el total de presupuesto ejercido fue de \$2 178 588.40 que provinieron del FOBAM (GEPEA, 2022, 45). Mientras que en el último informe

publicado por la misma instancia, el total del presupuesto ejercido en 2022 orientado a la prevención del embarazo en adolescentes fue de \$2 664 185, de éstos \$2 420 000 provinieron del FOBAM y \$91 784 de la Fundación Marie Stopes. (GEPEA, 2023, 58).

En cuanto al presupuesto destinado a la salud sexual y reproductiva a nivel federal, se reportó un monto de Programa de Salud Materna Sexual y Reproductiva de \$4 239 millones de pesos. Este programa está encargado de garantizar el acceso a salud sexual y reproductiva a una población de alrededor de 34 millones de mujeres y adolescentes (Fundar, 2023, párr. 1 y 3)

A partir del análisis de la investigación se puede obtener: mejorar la calidad de vida y asegurar la movilidad social de las adolescentes, empoderarlas para tomar decisiones informadas, generar conciencia social y promover el bienestar y desarrollo económico del país.

III. Planteamiento del problema

¿Por qué si la Ciudad de México cuenta con las tasas específicas de fecundidad adolescente más bajas del país es relevante y urgente continuar las acciones y estrategias para la resolución del problema? ¿Cuáles son los elementos que hay que considerar para entender dicha relevancia y urgencia?

Comencemos por plantear algunas definiciones, si bien en estricto sentido el embarazo es definido como “el estado en que se desarrolla un feto en el útero de una mujer fértil, durante el periodo que ordinariamente inicia con la concepción y termina con el nacimiento” (Sapién López, Manjárez Hernández, 2021, párr. 1) la problemática del embarazo adolescente desborda por mucho esta definición e incluye, como se ha sugerido anteriormente, los efectos que tiene en los proyectos de vida y el bienestar de las madres y padres adolescentes, la salud y el entorno en el que crecen los y las hijas de embarazos adolescentes, así como las implicaciones sociales, económicas y de salud pública que impactan en toda la sociedad.

Apegándonos a cómo la problemática ha sido enmarcada por la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) nos enfocaremos a lo largo de la investigación en aquél que sucede entre los 15 y los 19 años. Otros términos como embarazo precoz o embarazo temprano han sido utilizados para incluir tanto al embarazo de niñas como el de adolescentes.

El embarazo adolescente en la Ciudad de México ha sido un desafío persistente en los últimos años, y sigue siendo una preocupación importante en términos de salud pública. A pesar de los esfuerzos por reducir las tasas de embarazo adolescente, estas siguen siendo considerablemente altas en la Ciudad de México y en México en general. Si bien como se verá a continuación el panorama es complicado, es importante comenzar afirmando que es y ha sido posible a lo largo de la historia de nuestro país incidir en el número de adolescentes que tienen un embarazo. Basta hacer un acercamiento a las cifras que arrojó la problemática a mitad del siglo pasado cuando la tasa de fecundidad adolescente era de 147.84

embarazos por cada 100 000 adolescentes (CONAPO, s.f.), mientras que para 1970 la tasa de la Ciudad de México era de 120.94. (CONAPO, s.f.), números que rebasan por mucho las cifras de hoy en día.

Tabla 1. Promedio de tasa específica de fecundidad adolescente por trienios para México

Trienio	Tasa específica de fecundidad adolescente
2006-2008	70.9
2011-2013	77
2015-2017	70.6

Fuente: elaboración propia con datos de INEGI, 2021.

Como se observa en la Tabla 1, para el trienio 2006-2008 hubo una tasa de 70.6 embarazos a nivel nacional, en el trienio 2011-2013 hubo un incremento de 6.04 puntos con respecto al trienio anterior y, finalmente, en el trienio 2015- 2017, la tasa descendió 6.4 puntos. Estas cifras demuestran que no hablamos de un problema en el que haya decrecimientos lineales, sino cifras que develan la naturaleza compleja del problema.

Otro aspecto tiene que ver con el ritmo al cual se ha ido dando la baja de la tasa específica de embarazo adolescente en comparación con la tasa específica de embarazo no adolescente, ya que en el caso de las adolescentes la disminución de embarazos aparte de no ser lineal ha sido más lenta en comparación con otros grupos etarios. (ENAPEA, 2015, 14)

Tabla 2: Tasa específica de fecundidad de adolescente de 15 a 19 años por estados, 2024.

Estados	Tasa
Ciudad de México	47.21
Yucatán	49.63
Baja California	49.8
Colima	51.36
Hidalgo	51.85
Campeche	52.49
Morelos	52.53
Veracruz	52.56
Durango	52.98
México	54.53
Quintana Roo	54.7
Chihuahua	56.01
Baja California Sur	56.88
Guanajuato	56.97
San Luis Potosí	57.12
Tabasco	57.81
Sonora	57.85
Tamaulipas	58.78
Sinaloa	59.27
Nacional	59.46
Querétaro	60.04
Aguascalientes	61.45
Guerrero	61.49
Nayarit	62.02
Jalisco	63.93
Oaxaca	65.58
Michoacán	65.63
Puebla	67.42

Zacatecas	67.45
Nuevo León	67.82
Coahuila	68.76
Tlaxcala	69.22
Chiapas	79.87

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAPEA-SIMS/CONAPO, 2024.

Como se observa en la tabla 2, en cuanto a la Ciudad de México para 2024, la tasa de fecundidad específica es de 47.21, la cifra más baja de todos los estados del país, casi 22 puntos por debajo del estado con la mayor tasa: Chiapas y poco más de 12 puntos por debajo del promedio nacional que se estima en 59.46.

En este punto vale la pena plantear los factores que influyen en las altas tasas de fecundidad en materia de educación, situación socioeconómica, cuestiones culturales y violencia sexual. Como se demostrará, todos los factores están interrelacionados, evidencia de la necesidad de entender el problema con un enfoque multidisciplinario, multifactorial y por lo tanto integral.

Factores socioeconómicos y educativos

Uno de los grandes ejes de las discusiones en torno al embarazo adolescente es la influencia de los factores socioeconómicos en poblaciones con tasas específicas de fecundidad altas. Es de común acuerdo entre los especialistas que las adolescentes de comunidades y familias con bajos ingresos tienen mayores probabilidades de enfrentar embarazos no deseados debido a la falta de acceso a servicios de opciones educativas (Welti, 2000), salud reproductiva, anticonceptivos. El acceso limitado a la educación sexual y reproductiva integral contribuye también al embarazo adolescente, en tanto los y las adolescentes cuentan con menos herramientas para decidir sobre sus experiencias sexuales, si bien es importante no restarles agencia en sus decisiones de vida. (Welti, 2000) Sin embargo, las adolescentes pueden carecer de información precisa sobre la reproducción, la

anticoncepción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Esto puede llevar a prácticas sexuales riesgosas y a embarazos no planificados.

Las adolescentes que enfrentan dificultades económicas pueden tener dificultades para acceder a servicios de salud reproductiva, como consultas médicas, métodos anticonceptivos y atención prenatal. La falta de recursos financieros, de cobertura territorial en los servicios públicos e incluso de saturación de estos, puede hacer que estos servicios sean inaccesibles o menos prioritarios en comparación con otras necesidades básicas.

En contextos donde el desempleo juvenil es alto y las oportunidades económicas son limitadas, los y las adolescentes pueden sentirse presionados para asumir roles adultos antes de estar preparados emocional, física y financieramente. Esto puede llevar a relaciones sexuales precoces, embarazos no planificados y riesgos adicionales para la salud sexual y reproductiva.

Tabla 3. Porcentaje de la población femenina de 15 a 19 años que no asiste a la escuela por causa de no asistencia, 2018

Causa de no asistencia	Porcentaje
Se embarazó o tuvo un/a hijo/a	10.8
Se casó o unió	2.7
Familia no la dejó continuar y se dedicó al hogar	2.04
Reprobó materias, no quiso o gusto estudiar	33.21
Falta de recursos, necesidad de trabajar	26.4
Otros	24.86

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAPEA-SIMS/CONAPO, 2018

Para el 2018, en la Ciudad de México, el 28.66% de las adolescentes entre 15 y 19 años no asistió a la escuela (ENAPEA-SIMS/CONAPO, 2018). **Como se puede ver en la Tabla 3** el 10.80% de quienes no asisten lo hace porque se embarazó o tuvo un/a hijo/a. Por lo que se reafirma la relación entre acceso y permanencia en el sistema educativo y embarazo adolescente, pues un tercio de las adolescentes que no asisten a la escuela lo hacen por un embarazo. En este rubro la cifra de la Ciudad de México está por encima del promedio nacional que se encuentra en 9.37% y 6.94 puntos por encima del estado que tiene el porcentaje más bajo de inasistencia relacionada al embarazo adolescente, el cual es Chiapas, cuyo porcentaje es del 49.3% de adolescentes entre 15 y 19 años que no asisten a la escuela y la mayor causa de inasistencia es la reprobación de materias y la insatisfacción general con su experiencia educativa. (ENAPEA-SIMS)

Sin embargo, si bien el resto de las adolescentes entre 15 a 19 años de la Ciudad de México que no asisten a la escuela lo hacen por razones diferentes al embarazo o a la crianza, la inasistencia por otros motivos también es un factor que influye en el embarazo adolescente, pues no solo se deja la escuela por esta razón, sino que quienes dejan la escuela tienen más probabilidades de quedar embarazadas. Al respecto el INEGI menciona “ se considera que la inasistencia escolar facilita que se den embarazos a temprana edad. Por otro lado, el mismo embarazo provoca deserción escolar o bajo rendimiento” (2021, 2)

Otro elemento que resaltan estas cifras relación entre falta de recursos y permanencia en la escuela. El 26.4% de las adolescentes de 15 a 19 años dejaron de asistir a la escuela por este motivo. Lo cual refuerza la interdependencia de los factores socioeconómicos, educativos y el embarazo adolescente.

Acceso a salud sexual y reproductiva.

En los últimos años se ha ampliado el debate en torno a los significados diferenciados de la salud reproductiva y la salud sexual, encuadrando la discusión dentro de una comprensión amplia sobre los derechos reproductivos y sexuales que será definido a continuación.

Por derechos reproductivos se entiende:

se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a **decidir libre y responsablemente el número de hijas e hijos**, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (CONAPO, 2023, párr. 3)

Mientras que por derechos sexuales se entiende:

abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y reproductiva (CONAPO, 2023, párr.2)

En México existe una cartilla de derechos sexuales y reproductivos que propone una lectura conjunta de los enfoques detallados anteriormente. Se compone de 14 puntos: 1) la decisión sobre el cuerpo y la sexualidad de manera libre autónoma e informada; 2) a vivir experiencias y expresiones sexuales, eróticas o de género; 3) a expresar en la esfera pública afectos e ideas sin temor a prejuicios y discriminación; 4) a decidir con quién o quiénes relacionarse afectiva, erótica y socialmente; 5) a resguardar confidencialmente la información escolar, laboral, de salud y digital; 6) a proteger la integridad psicológica, física y sexual viviendo sin violencia; 7) a tener hijos o hijas, en qué momento y con quién o quiénes; 8) a vivir libre de prejuicios y estereotipos de género que limitan el ejercicio de derechos; 9) a ejercer la sexualidad sin discriminación que atenten contra la dignidad humana; 10) a acceder a información, actualizada, veraz, completa y científica sobre sexualidad, 11) a ejercer el derecho a recibir educación integral en sexualidad, 12) a acudir a servicios de salud sexual y reproductiva; 13) a construir y expresar la identidad de género, orientación sexual y política y 14) a participar activamente en

las políticas públicas que puedan impactar en la sexualidad y reproducción. (SEGOB-CONAPO, s.f.)

En la Ciudad de México, se tiene una cobertura del 100% en el rubro de municipios (alcaldías) con al menos un Servicio Amigable² para adolescentes con atención en salud sexual y reproductiva, 10 puntos por encima del promedio nacional que se encuentra en 90.25% y 40 puntos por encima de Guerrero, el estado que cuenta con menor porcentaje con 59.26%. (ENAPEA-SIMS) La Ciudad de México es también la entidad con la mayor prevalencia de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que actualmente usan métodos anticonceptivos modernos³ con una cifra de 80.93% muy por encima del promedio nacional de 57.34% y del estado con el porcentaje más bajo que es Yucatán con 42.50%. (ENAPEA-SIMS)

Factores culturales

En cuanto a factores culturales, en algunas comunidades, las normas culturales y religiosas pueden desalentar la educación sexual y el uso de anticonceptivos e imponer juicios morales a las adolescentes que sí buscan activamente acceder a información. Dichos juicios pueden extenderse incluso a maestras, maestros, proveedores de servicios médicos y familiares que deseen proveer de información a los y las adolescentes. Todo lo anterior contribuye al aumento de los embarazos adolescentes. (Esquivel y Trujano, 1991)

Existen presiones sociales y expectativas de género que incentivan y empujan a las mujeres a que asuman roles de cuidado y maternidad desde una edad temprana; ello puede influir en el comportamiento sexual de las y los adolescentes, haciendo que les sea más difícil tomar decisiones informadas sobre

² “Los Servicios Amigables son espacios diseñados especialmente para proporcionar atención en materia de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes, de acuerdo a sus necesidades particulares. Estos servicios se encuentran ubicados dentro de las unidades médicas de la Secretaría de Salud y proporcionan información, orientación, consejería, atención médica, atención psicológica, dotación de métodos anticonceptivos, entre otros, a mujeres y hombres de 10 a 19 años de edad.” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2023)

³ Comprender cualquier anticonceptivo (condón, pastillas, dispositivos intrauterinos, etc., con la excepción del métodos tradicionales, tales como el ritmo.

su salud sexual y reproductiva. Bajo esta presión, pueden establecer relaciones románticas para demostrar su valor a través de la maternidad. En entornos donde las oportunidades educativas y económicas son limitadas para las mujeres, algunas adolescentes pueden ver la maternidad como una de las pocas vías disponibles para encontrar estatus social o seguridad económica. En algunas culturas y familias, se espera que las mujeres se casen y tengan hijos a una edad temprana. Estas expectativas influyen en las decisiones de las adolescentes en torno a la sexualidad y la reproducción. Si bien es complejo elaborar y, por lo tanto, acceder a datos cuantitativos en este rubro, estudios con grupos focales y de caso brindan algunas claves para entender cómo los factores y las creencias culturales se enlazan con las condiciones socioeconómicas. (Esquivel y Trujano, 1991)

En un estudio realizado a partir de entrevistas a mujeres habitantes de la Ciudad de México que pasaron por un embarazo adolescente, expresaron cómo en el transcurso del noviazgo y el cortejo se reforzaron los roles de género en los que las mujeres se desarrollaron a partir de preconcepciones como la cualidad inherentemente positiva de tener una pareja y de los varones como seres sancionados socialmente a expresar su sexualidad. También se retrató la subordinación a los deseos e iniciativas masculinas como conductores de su vida sexual, a la abstinencia sexual como una idea impuesta por los padres y a la maternidad como un rol femenino que les permitió salir de la vida familiar. (Sapién-López, Manjarrez-Hernández, 2021)

En cuanto a los espacios de sociabilidad de los y las adolescentes, las normas sociales dentro de grupos de amigos o comunidades pueden influir en el comportamiento de los adolescentes en relación con la sexualidad y la reproducción. Hasta ahora nos hemos referido escasamente al rol de los adolescentes varones en la problemática, la presión de grupo para tener relaciones sexuales o para demostrar la virilidad masculina puede aumentar el riesgo de embarazo adolescente. Si bien como ya se mencionó un enfoque de salud sexual incluye el disfrute pleno y placentero de una vida sexual, este debe idealmente de

suceder en un entorno libre de presión y expectativas ajenas a la propia decisión individual de los y las adolescentes.

Violencia sexual

Otro elemento de peso asociado con el embarazo es la violencia sexual y de género, la cual puede contribuir al embarazo adolescente en casos de coerción sexual o relaciones abusivas. La violencia sexual se manifiesta de diversas formas, como el acoso sexual, la violación y el abuso sexual. Los perpetradores pueden ser conocidos de la víctima, como familiares, parejas íntimas, amigos o figuras de autoridad. Las adolescentes que son víctimas de violencia sexual pueden quedar embarazadas como resultado de estos encuentros forzados y no consentidos. En algunas relaciones, especialmente aquellas marcadas por desigualdades de poder, las adolescentes pueden sentirse presionadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad. Esta presión puede manifestarse a través de amenazas, manipulación emocional o coerción física, lo que aumenta el riesgo de embarazo no deseado. (IPAS, s.f.)

Las adolescentes que son víctimas de violencia de género, incluida la violencia sexual, pueden enfrentar barreras para acceder a servicios de salud reproductiva, como anticonceptivos de emergencia o pruebas de embarazo. La falta de acceso a estos servicios limita las opciones de las adolescentes para prevenir o manejar un embarazo no deseado. (cita) Las adolescentes que son víctimas de violencia sexual pueden experimentar sentimientos de vergüenza, culpa o estigma, lo que dificulta que busquen ayuda o apoyo después de un incidente de violencia. Esto puede perpetuar el ciclo de violencia y aumentar el riesgo de embarazo adolescente. (cita) Las normas culturales que perpetúan la desigualdad de género contribuyen a la tolerancia o normalización de la violencia contra las mujeres y las niñas. La falta de denuncia de la violencia y la impunidad de los agresores perpetúan un entorno donde la violencia de género, incluida la violencia sexual, es tolerada o ignorada. (IPAS, s.f.)

Según datos de la ENAPEA, En la Ciudad de México, en el 2018, el 22.40% de los niños, niñas y adolescentes entre 12 y 19 años reportaron que su primera relación sexual fue asimétrica, es decir se percibió que hubo una relación de subordinación de las mujeres hacia los hombres. (ENAPEA-SIMS, 2018).

El 45.83% de niñas y adolescentes embarazadas en 2022 reportaron estar embarazadas como consecuencia de una violencia sexual. (SIMS/CNEGSR, 2022) En 2021, 10.58% de adolescentes entre los 15 y los 19 años sufrieron violencia sexual durante su infancia (ENAPEA-SIMS/Inmujeres, 2021). Mientras que el segmento de 20 a 24 años es de 13.48% (ENAPEA-SIMS/Inmujeres, 2021). Por último, la Ciudad de México tiene un porcentaje de 100% en el otorgamiento de anticoncepción de emergencia otorgada a niñas y adolescentes de 10 a 19 años de edad sobrevivientes de violación sexual que se acercaron a una autoridad o servicio médico. (ENAPEA-SIMS, CNEGSR, 2022). Estas cifras, además de ser alarmantes nos hablan de cómo existe aún un profundo problema en el ejercicio real de los derechos sexuales en las adolescentes mexicanas.

Tabla 4. Razón de mortalidad materna en adolescentes 15 a 19 años, 2022

Estado	Razón de mortalidad materna
Aguascalientes	0
Baja California	2
Baja California Sur	2
Campeche	0
Coahuila	0
Colima	1
Chiapas	7
Chihuahua	5
Ciudad de México	2

Durango	2
Guanajuato	3
Guerrero	3
Hidalgo	0
Jalisco	5
México	3
Michoacán	3
Morelos	0
Nayarit	3
Nuevo León	3
Oaxaca	1
Puebla	3
Querétaro	3
Quintana Roo	0
San Luis Potosí	1
Sinaloa	2
Sonora	1
Tabasco	2
Tamaulipas	0
Tlaxcala	0
Veracruz	7
Yucatán	1
Zacatecas	0
Total	63

Fuente: elaboración propia con datos de INEGI, 2022

Por último con relación al tema de violencia sexual, la razón de mortalidad materna, la defunción de madres por cada 100 000 nacimientos es un indicador que permite acercarse a la operación del acceso a la salud reproductiva de la adolescentes embarazadas de 17 a 19 años. Como se puede ver en la Tabla 4 Si bien la cifra de la Ciudad de México es poco más de tres veces menor que la razón de mortalidad en Chiapas, nos habla de que aún hay áreas de oportunidad para mejorar las

condiciones de salud de las mujeres que dan a luz. Si bien queda pendiente indagar sobre el motivo detrás de la mortalidad en este segmento de la población.

Es importante mencionar que existe una fuerte relación entre la prevención y detección de la violencia sexual y el enfoque en salud y derecho sexuales. Este último enfatiza y alienta a que los y las adolescentes tengan un conocimiento libre e informado de su cuerpo, sus deseos y preferencias. En palabras simples, los adolescentes deben de ser capaces de identificar qué tipo de contactos y contextos sexuales son deseados y cuáles no, esto permite alertar a los adultos, autoridades, etc. sobre situaciones de riesgo. (Hernández, 2022, párr. 8)

Retomando la pregunta con la que inició este apartado: ¿Por qué si la Ciudad de México cuenta con las tasas específicas de fecundidad adolescente más bajas del país es relevante y urgente continuar las acciones y estrategias para la resolución del problema? ¿Cuáles son los elementos que hay que considerar para entender dicha relevancia y urgencia?

Ante este panorama se implementó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), un esfuerzo en el que participan instituciones gubernamentales⁴ y organizaciones de la sociedad civil, que comenzó a operar en el año 2015 con el objetivo de reducir a la mitad los embarazos en las adolescentes de 15 a 19 años y erradicarlos en las niñas menores de 14 para el año 2030. Desde el 2020 la ENAPEA entró en una segunda fase en la que se reformularon algunos de los aspectos originalmente planteados para encaminar, a partir de los resultados obtenidos y las proyecciones a futuro, la acción. Esto respondió en gran medida al hecho de que si bien los diagnósticos detectaban una

⁴ La ENAPEA es coordinada por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población y el Instituto Nacional de Mujeres que lleva la Secretaría Técnica. Los integrantes, además de las dos instancias ya mencionadas son la Secretaría de Gobernación, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Secretaría del Bienestar, el Instituto Nacional de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Mexicano de la Juventud, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y Sistema Nacional de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes

serie de avances, la proyección indicaba que al ritmo que se avanzó entre 2015 y 2020 la ENAPEA solo lograría disminuir en un 20% los embarazos adolescentes y no en un 50% como se proyectó en su formulación original. (ENAPEA, 2021, 15) En el plano local, los Grupos Estatales para Prevención del Embarazo (GEPEA) son los encargados de monitorear y adaptar las estrategias nacionales, cuando a lo largo del documento nos refiramos al GEPEA, nos referimos exclusivamente al que opera en la Ciudad de México.

Vale la pena recalcar que este documento se centrará en los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y sólo en menor medida en los embarazos de niñas entre los 10 y los 14 años, casos que forman parte de un universo diferenciado a los de las adolescentes. Si bien la ENAPEA tiene como objetivo general evitar el embarazo en la segunda década de la vida (ENAPEA, 7, párr. 3), las metas específicas para los embarazos de niñas menores a los 14 años es la erradicación, mientras que para las adolescentes de 15 a 19 años es de disminuirlos a la mitad. Por otro lado, se considera impreciso hablar de una tasa de fecundidad en este grupo etario en tanto es en el transcurso de este periodo que se dan las primeras menstruaciones en las niñas, por lo que las tasas de fertilidad son aproximadas y normalmente se acompañan de la cifras de razón de fertilidad que toman en cuenta dicho sesgo al explicitar que se están tomando en cuenta a la población que puede aún no haber llegado a la menarquía. (51, párr. 1)

IV. Objetivo

Objetivo general

1. Caracterizar la problemática del embarazo adolescente y el acceso a la salud sexual en la Ciudad de México.

Objetivos particulares

1. ¿Qué pretende lograr esta investigación? Identificar los principales avances y retos de las estrategias de prevención de los embarazos adolescentes y el acceso a la salud sexual y reproductiva
2. Caracterizar el panorama de las alcaldías que concentran las tasas más altas de embarazo adolescente.

V. Marco teórico

En tanto los embarazos adolescentes son una temática que abarca ámbitos multidisciplinarios y sus orígenes y consecuencias son multifactoriales, su discusión se ha dado en diversos terrenos: la salud pública, los estudios de género, la historia y/o la medicina, etc., sin embargo, la psicología, la demografía y la sociología han sido campos disciplinarios especialmente fértiles para la reflexión de la problemática.

Para el caso de México, aún no contamos con estudios de carácter histórico que precisen a mayor detalle en qué contextos y por qué razones los gobiernos y ciertos sectores de la sociedad comenzaron a percibir específicamente al embarazo adolescente como un problema de salud pública y de planeación familiar intrínsecamente distinto al embarazo de mujeres adultas. La inclusión en 1974 durante el gobierno de Luis Echeverría de temáticas de educación sexual en los libros de texto gratuito es también un indicador importante para fechar cómo desde los círculos oficiales se ha ido encaminando dicha temática. Algunos autores han propuesto tentativamente que fue a mitad de la década de los ochenta cuando surgió la preocupación por el embarazo adolescente (Stern, 2003, 725) Y fue en dicho periodo e inicios de los noventa cuando comenzaron a publicarse los primeros análisis sobre el embarazo adolescente en México. Los textos de de Weiss, Atkin, Gribble, Andrade-Palos, 1991; Morris, Núñez, Monroy, Bailey, Cárdenas, Whatley, 1988; Arcelus y 1988 y Wulf, 1986 son algunos ejemplos.

Coincidiendo con los antecedentes tentativos ya apuntados, algunos autores de otras partes del mundo han señalado la importancia de las décadas de los sesenta y setenta como el arco temporal en el cual emerge una preocupación por el número de embarazos adolescentes en algunos países. Por ejemplo, en los Estados Unidos hubo un incremento sustancial de embarazos adolescentes después de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, en tanto estos usualmente fueron precedidos por matrimonios, no existió una preocupación específica por el tema. Fue hasta la década de los sesenta y setenta, décadas de intensos cambios

sociales y culturales en lo que se expandió el uso de anticonceptivos y de métodos de interrupción de embarazo cuando se dieron campañas específicas para prevenir el embarazo adolescente (Vinovskis, 2003)

Es también importante entender que en la década de los sesenta a nivel global emergió el tema del control poblacional como una preocupación insignia de la época. Esta se expresó en sus inicios como una alerta por el aumento poblacional en los países subdesarrollados/ del “Tercer Mundo”/ del Sur por parte de los países desarrollados/ del “Primer Mundo”/ del Norte, como Estados Unidos, Japón y Suecia. (BBC Mundo, 2011)

Se creía que el exceso de población llevaría a generar conflictos ambientales, de falta de alimento y otros servicios, por lo que era urgente atender el problema. Además estaba la creencia de que los países subdesarrollados al no tener el crecimiento económico necesario serían incapaces de dar sostén a sus poblaciones crecientes. Los Estados Unidos incluso condicionaron la ayuda económica a los países subdesarrollados a la implementación de políticas de planeación familiar. En este contexto global de atención al crecimiento poblacional podemos situar campañas como la esterilización masiva de 8 millones de hombres indios y la política del hijo único en China. (BBC Mundo, 2011) Aunque también es necesario anotar que este tipo de encuadramiento de la problemática, sustentado mayoritariamente en las campañas basadas en anticonceptivos e interrupción del embarazo eventualmente comenzó a ser criticado. (Felitti, 2009)

La conformación del movimiento feminista y su influencia en el movimiento estudiantil de 1968 y a lo largo de los setenta marcó un antes y un después en cómo las mujeres abordaron tanto la maternidad y la sexualidad, en específico, como su lugar en la sociedad, en general. La demanda por el acceso a los anticonceptivos y por situar a la maternidad como un elección libre, deseada e informada, la organización conjunta para colocar en la esfera pública temas de interés para las mujeres y el rompimiento de los estigmas asociados a la sexualidad, así como la visibilización de un punto de vista propiamente femenino sobre la sexualidad fueron

algunos de los aportes realizados por las feministas en los sesenta y setenta. (Rodríguez, 2015)

Fue también en la década de los setenta cuando en México se da la institucionalización de la planificación familiar. Con el gobierno de Luis Echeverría Álvarez se creó el programa de Planeación Familiar Integral en 1972, se emitió la Ley General de Población en 1974, que proponía la organización de programas de planificación familiar así como el seguimiento a sus resultados. A nivel constitucional, en el artículo 4º se plasmó el derecho a la planeación familiar. Además derivado de la Ley General de Población se creó el Consejo Nacional de Población en 1974. En 1976 y 1977 se realizó la Encuesta Mexicana de Fecundidad, el primer esfuerzo por tener una visión comprehensiva del embarazo y del rol de factores económicos y sociales que influían en él. (Torres-Ramírez, 2000)

Sobre la salud sexual, como ya se ha hecho alusión, también recibió un importante impulso en la década de los setenta. Como menciona Gabriela Rodríguez Ramírez, actual Secretaría General de la CONAPO, esta inició con un carácter enfocado en la reproducción:

‘En 1974 se empezó a hablar en quinto de primaria de la educación sexual reproductiva, de la pubertad, de la reproducción humana; en la secundaria se empezó a hablar de la prevención de embarazos y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual. (2004,13).

La misma autora ha propuesto que a este primer momento de institucionalización de la educación sexual, le siguió un enfoque preventivo del VIH/SIDA en 1982, esta etapa se caracterizó por el impulso al uso del condón, así como por la comunicación de campañas en medios de comunicación masivos. Por último, alrededor de 1994, con la Cuarta Conferencia Mundial de Población que tuvo como sede la ciudad de El Cairo, Egipto, Rodríguez fecha el enfoque de género, derechos sexuales y reproductivos, el cual continúa hasta hoy en día. (Rodríguez, 2015)

Otro antecedente histórico relevante para la comprensión del surgimiento de una preocupación específica por el embarazo adolescente está en el hecho de que a diferencia de lo que ocurre con otros grupos etarios, el número de embarazos adolescentes no ha decrecido al mismo ritmo. Este elemento ha sido crucial para la construcción del embarazo adolescente como un fenómeno que merece metodologías, conceptos y enfoques propios. Gran parte del caudal investigativo que se ha generado en las últimas décadas ha estado motivado por las particularidades que presenta el embarazo de las adolescentes y por cómo se diferencia de aquéllos de mujeres en edad adulta.

Hoy en día en México contamos con un varias aportaciones al tema- Existen estudios generales de la sexualidad adolescente (Tuñón y Eroza, 2001); de la construcción de estereotipos relacionados al embarazo adolescente (Stern, 2007; Stern 2003); de la vulnerabilidad de las madres adolescentes (Stern, 2004) de tipo demográfico (Menkes y Suárez, 2003; Welti, 2000); de análisis de los censos (Esquivel y Trujano, 1991); como un problema de salud pública (Díaz-Sánchez, 2003); como un problema de tipo económico (Aracena-Genao y Leyva, 2022); de tipo cultural (Sosa Sánchez, 2021; Núñez y Ayala, 2012), entre otros.

Gran parte de estos estudios coinciden en postular que las políticas de control población y natalidad, así como los programas que emergieron posteriormente de éstas, han dado resultado y son el motivo por el cual las tasas de fecundidad de las adolescentes, pero también de las mujeres adultas, hayan descendido.

Ahora bien, para complementar esta perspectiva es relevante entender cuál ha sido el papel que históricamente se le ha dado a la adolescencia mexicana. La noción de adolescencia es una construcción social que no ha sido ajena a debates y redefiniciones, sin embargo históricamente se ha percibido como una etapa de transición entre la infancia y la adultez. Desde inicios del siglo pasado el incremento en la esperanza de vida, el crecimiento de las ciudades, así como la publicación de la influyente obra *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (Adolescencia: su psicología y sus relaciones a la fisiología, antropología, sociología, sexo, crimen,

religión y educación) de Stanley Hall fueron fundamentales para que el término “adolescente” fuera más utilizado. (Huacuja, 2015), (2015). La obra de Stanley, un psicólogo y pedagogo estadounidense, postulaba, entre otras cosas, que la adolescencia era una etapa de riesgo, problemática y de falta de autocontrol. Esta postura fue determinante para configurar las actitudes que el mundo adulto tomaría frente a los y las adolescentes, pues dio pie a la conformación de intentos por moldear y contener los impulsos propios de la realidad biológica, psicológica y social de esta etapa de la vida, incluyendo los sexuales. (Huacuja, 2015)

Fue a inicios del siglo xx que comenzaron a articularse espacios e instituciones, especialmente de tipo educativos, pensados específicamente para los adolescentes. Tanto la Escuela Nacional Preparatoria, como el proyecto de escuela secundaria incorporaron la visión de Hall de ser espacios de moralización, de contención y de formación de los hábitos que los futuros ciudadanos y profesionistas que la nación necesitaba. (Huacuja, 2015)

En la década de los cincuenta se vivió un mayor ingreso de las mujeres a la educación media superior y superior, así como crecimiento de la clase media, por lo que dio solidez a la idea de que las y los adolescentes pertenecían a determinados espacios y debían de ocuparse de ciertas actividades que los prepararían para la vida adulta. Pervivió la idea de que quienes no desempeñaran dichos roles, eran “rebeldes”. (Luna, 2020) Ideas que se solidificaron en las décadas de los sesenta y noventa con los movimientos contraculturales.

Como se ha puede observar, al interior de la sociedad existen tensiones entre la agencia de las y los sujetos adolescentes y la formación de actitudes y comportamientos pensados como necesarios o ideales en la edad adulta. Los y las adolescentes, junto a la niñez, también han sido los sujetos en quienes se han depositado numerosos proyectos de futuro.

La importancia de traer a colación dichas discusiones recae en entender cómo a partir del entendimiento de esta etapa como diferenciada de la niñez y la adultez, se generaron ideas y preceptos sobre el lugar que debían desempeñar en

la sociedad lo cual ha impactado en la formulación de políticas públicas. Retomando los enfoques que se le ha dado a la educación sexual, se puede entender cómo la forma de ver y comprender a los y las adolescentes ha influido en cómo se intenta informarles sobre su sexualidad. No es casualidad que los primeros enfoques de salud sexual, se hayan concentrado en cuestiones relacionadas a la reproducción y la prevención que coincide con la visión de los y las adolescentes como seres sin control y “rebeldes”. Hoy en día partir del entendimiento de los derechos de las y los adolescentes en los ámbitos sexuales y reproductivos ha abierto la puerta a políticas más comprehensivas e integrales.

VI. Formulación de la hipótesis

La hipótesis que guía esta investigación es que el principal reto en materia de prevención del embarazo adolescente y salud sexual en la Ciudad de México se encuentra en atender y observar la problemática a nivel alcaldías. Se parte del hecho de que al observar la disparidad entre tasas específicas de fecundidad, emergen ciertos territorios como aquéllos que necesitan de acción más urgente, así como de una estrategia específica e integral que visibilice los elementos económicos, sociales y culturales que dan explicación a por qué las tasas de fecundidad son más elevadas ahí.

En este sentido, retomamos una de las críticas a la ENAPEA que indica que no se ha puesto suficiente atención a cómo la problemática se desenvuelve en ciertas escalas espaciales, específicamente aquellos tipos de demarcaciones como los municipios y las alcaldías (Torres, 2022, párr. 5)

De acuerdo con lo anterior reafirmamos que para plantear adecuadamente los retos y avances que se han generado en la atención al problema, es necesario hacer un acercamiento más preciso a las alcaldías con altas tasas específicas de fecundidad adolescente, las cuales serán tomadas como unidades de análisis en el desarrollo de la investigación y entender cómo los factores tradicionalmente asociados a la problemática: factores socioeconómicos, accesos a servicios de salud sexual y violencia sexual interactúan en las alcaldías específicas.

VII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis

A continuación se demostrará cómo solo mediante un análisis a partir de las dinámicas de las alcaldías con tasa más altas de fecundidad adolescente se pueden visibilizar realmente los retos a los que se enfrenta el embarazo adolescente y el acceso a salud sexual en la Ciudad de México.

El análisis se centra en identificar a través de las cifras oficiales del año 2020, 2021 y 2022 presentadas en documentos públicos de diversas oficinas gubernamentales en México, a nivel nacional y estatal, el comportamiento actual de las tasas específicas de fecundidad adolescente de 15 a 19 años en la Ciudad de México en su relación con factores socioeconómicos, en especial, de aquellas que alcaldías que presentan las tasas más altas dentro de las 16 alcaldías en que se divide esta ciudad. Bajo esta óptica se identifican a Milpa Alta, Xochimilco, Cuajimalpa, Tláhuac y Magdalena Contreras, la cual será vista como una subzona al interior de la Ciudad de México.

La siguiente tabla nos informa sobre las tasas de fecundidad adolescente en 2020, para mejor comprensión ha sido ordenada por valores decrecientes.

Tabla 3. Tasa específica de fecundidad adolescente por alcaldía en valores decrecientes y porcentaje en la tasa total de la Ciudad de México

Alcaldía	Tasa	Porcentaje del total de la tasa de CDMX
Milpa Alta	88.79	11.29
Xochimilco	80.90	10.29
Cuajimalpa de Morelos	80.82	10.27
Tláhuac	71.08	9.04

Magdalena Contreras	66.35	8.44
Iztapalapa	48.72	6.19
Gustavo A. Madero	47.49	6.01
Tlalpan	49.69	5.94
Álvaro Obregón	43.91	5.58
Venustiano Carranza	40.66	5.17
Coyoacán	36.94	4.7
Cuauhtémoc	35.82	4.55
Iztacalco	35.12	4.46
Azcapotzalco	26.24	3.34
Miguel Hidalgo	26.5	3.31
Benito Juárez	11.2	1.42

Fuente: Elaboración propia con datos de GEPEA, 2023

Un primer rasgo para resaltar son las grandes disparidades que se observan entre las tasas de fecundidad de las distintas alcaldías. Entre Milpa Alta, alcaldía con la cifra más alta, y Benito Juárez, con la más baja, hay una diferencia de casi 78 adolescentes embarazadas. Incluso se pueden observar diferencias notables entre alcaldías que están en posiciones consecutivas, como Magdalena Contreras con 66.35 embarazos e Iztapalapa con 48.72, entre ambas existe una diferencia de 17.63 embarazos. Otro caso es el de Benito Juárez y Miguel Hidalgo; la primera con 11.2, la segunda con 26.05, una diferencia de 14.85. Estamos pues ante un panorama sumamente diverso y heterogéneo, pero que implica ver más allá de las cifras nacionales como único indicador de la situación local en la Ciudad de México y comenzar a entender la realidad local.

Cuando la ENAPEA fue planteada en 2015 con el objetivo de reducir a la mitad la tasa específica de fecundidad adolescente, dicha cifra giraba en torno a 77 nacimientos por cada 1000 mujeres (ENAPEA, 2015), es decir la meta se planteaba

para llegar a 38.5 embarazos de adolescentes por cada 100 000 en el año 2030. Si tomamos este criterio, encontramos que solamente en 6 alcaldías -Coyoacán, Cuauhtémoc, Iztacalco, Azcapotzalco, Miguel Hidalgo y Benito Juárez – se tienen tasas cercanas a la meta. Sin embargo, como se apuntó en la introducción continúan siendo cifras bastante elevadas si se comparan, por ejemplo, con las de la Unión Europea que está en 11.

Asimismo, las tasas más altas en las alcaldías de la Ciudad de México se asemejan a las más altas de algunos estados del país⁵, incluso la tasa de Milpa Alta de 88.79 supera por 8.92 embarazos a la de Chiapas. De igual manera, las tasas de Xochimilco y Cuajimalpa de Morelos son ligeramente más elevadas que las de Chiapas. (Véase Tabla 2: Tasa específica de fecundidad por estados, 2024, p. 9 y 10)

Lo anterior deja claro que al interior de la Ciudad de México existe una compleja variedad de situaciones, un conglomerado diferenciado de casos que necesitan enfoques particulares para su atención.

En términos del volumen de población a la que esta problemática afecta, para el caso de la Ciudad de México el INEGI estima un total de 9,209.944 personas, de esta cifra hay **319,280 mujeres y 331,109 entre los 15 y 19 años**. Con estos números la capital del país se coloca por debajo del Estado de México en cantidad total de población, estado que ocupó el primer lugar con un total 16 992 418 personas. El total de personas en la Ciudad de México representó poco más del 7.3% del total nacional (126,014.024 personas) y las y los adolescentes de la Ciudad de México, el 0.25% del total de la población nacional y cuando hablamos de embarazo adolescente debemos de situar en este porcentaje la comprensión de la problemática. (INEGI. 2021, 25 de enero)

⁵ Es cierto que una comparación a nivel de municipios presentaría otros contrastes, sin embargo, se trae a colación el tema para resaltar la heterogeneidad de las cifras de la Ciudad de México

Respecto a la distribución de la población de 9,209,944 personas en alcaldías de la Ciudad de México, contabilizadas por el INEGI en el Censo 2020, la siguiente tabla da cuenta de la distribución numérica

Tabla 5 Población total por alcaldía y por adolescentes de 15 a 19 años, 2020

Alcaldía	Población total de 15 a 19 años	Población total mujeres	Población total hombres
Álvaro Obregón	54,848	27,247	27,601
Azcapotzalco	27,983	13,711	14,272
Benito Juárez	18,970	9,407	9,563
Coyoacán	39,399	19,308	20,091
Cuajimalpa	16,776	8,334	8,442
Cuauhtémoc	31,790	15,628	16,162
Gustavo A. Madero	84,333	41,281	43,052
Iztacalco	27,759	13,495	14,264
Iztapalapa	143,193	70,085	73,108
Magdalena Contreras	18,889	9,304	9,585
Miguel Hidalgo	22,594	11,257	11,337
Milpa Alta	13,445	6,468	6,977
Tláhuac	32,389	15,738	16,651
Tlalpan	52,955	25,919	27,036

Venustiano Carranza	30,110	14,875	15,235
Xochimilco	34,956	17,223	17,733
Total	650,389	319,280	331,109

Fuente: elaboración propia a partir de datos tomados de SEDECO, 2020

De las 16 alcaldías de la Ciudad de México, se han escogido cinco, bajo el criterio de que en éstas tienen las tasas específicas de fecundidad adolescente más altas: Milpa Alta con una tasa de 88.79 que representa el 11.24% de la tasa total de la Ciudad de México, Xochimilco con una tasa de 80.90 que es el 10.24% de la tasa total; Cuajimalpa de Morelos con una tasa de 80.82 que representa el 10.23% del total de los embarazos adolescentes en la Ciudad de México; Tláhuac con una tasa de 71.08, que corresponde al 9% del total y Magdalena Contreras con una tasa de 66.35% que es el 8.40% del total. Es decir entre esas cinco alcaldías se concentra aproximadamente la mitad de todos los embarazos adolescentes en la Ciudad de México con el 49.11% de la tasa total. La tasa de fecundidad específica de esta subzona es de 77.58%.

Para 2020, las cinco alcaldías seleccionadas sumaron **1,452.484** de habitantes, es decir el 15.7% del total de habitantes de la CDMX. A su vez, los adolescentes de 15 a 19 años sumaron un total de **116,455**, de éstos 57,067 son mujeres y 59,388 son hombres. Este segmento poblacional es el 17.9% con relación al total de población de las cinco alcaldías. Específicamente en el caso de las adolescentes de 15 a 19 años de Milpa Alta, Xochimilco, Tláhuac, Cuajimalpa y Magdalena Contreras, ellas son el 3.9% en relación con el total de la población adolescente de 15 a 19 años en las 16 alcaldías y el .61% con relación al total de la población total de las 16 alcaldías. ¿Por qué es importante hacer esta disgregación de cifras y porcentajes? **Por que es en el 3.9% de población de la Ciudad de México donde debemos de concentrarnos para comprender las razones del embarazo adolescente y motivar su prevención de manera**

urgente y para comprender los retos de la problemática en la Ciudad de México.

Para completar el panorama anterior, se observa que en las alcaldías de Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Álvaro Obregón, Tlalpan y Coyoacán, que tienen por arriba de 550.000 habitantes se concentran el 57.6% del total de adolescentes de 15 a 19 años en las 16 demarcaciones territoriales; en las otras seis alcaldías- Azcapotzalco, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Iztacalco, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza se distribuye el 24.48%. **Es decir, cuando hablamos de las alcaldías que necesitan atención de manera urgente no hablamos de las alcaldías que concentren el mayor número de adolescentes de 15 a 19 años, lo cual indica que en una porción relativamente menor de la población según la dispersión poblacional de la Ciudad de México se concentran la mayoría de los embarazos adolescentes.**

Ahora bien, haciendo un acercamiento a las subzonas de interés, en orden decreciente la población de adolescentes de 15 a 19 años por alcaldía es: Xochimilco con un total de 34 956, de las cuales 17 223 son mujeres; Tláhuac con 32 389 en total y 15 738 mujeres; Magdalenas Contreras con 18 889 y 9 304 mujeres; Cuajimalpa con 16 776 y 8 334 mujeres y Milpa Alta con 13 445 y 6 468 mujeres. Así, Milpa Alta es la demarcación con menor población total de adolescentes de 15 a 19 años y de mujeres adolescentes, tanto de la subzona de 5 alcaldías, como de las 16 alcaldías.

Tabla 6. Visión comparativa de tasa específica de fecundidad adolescente y total de población femenina de 15 a 19 años

Alcaldía	Tasa específica de fecundidad	Población femenina de 15 a 19 años
Milpa Alta	88.79	6468
Xochimilco	80.9	17223
Cuajimalpa	80.82	8334
Tláhuac	71.08	15738
Magdalena Contreras	66.35	9304

Fuente: elaboración propia a partir de datos de GEPEA, 2023 y SEDECO, 2020)

Como se puede ver en la tabla 6 Xochimilco tiene una tasa de 80.90 que está por debajo de Milpa Alta que tiene 88.79, sin embargo, tiene una población femenina de más de 10 755. Otro ejemplo es Tláhuac que tiene una población más alta que Milpa Alta, y Cuajimalpa, pero una tasa menor. Es decir, hay casos en que a menor población de adolescentes de 15 a 19 años se dan registros de altas tasas de fecundidad adolescente. Hablamos entonces de que se requiere ahondar en otras variables socioeconómicas que aporten explicaciones más precisas sobre este tema. **Dentro de la subzona de urgencia, las alcaldías con menor cantidad de jóvenes tienen la mayor tasa de fecundidad. Resalta el caso de Milpa Alta por su alta concentración de embarazos en su comparativamente baja población adolescente femenina.**

Para contar con más elementos que ahonden en los rasgos socioeconómicos de las alcaldías seleccionadas, se recurre a presentar algunos datos relevantes que permitan acercarse más a sus características de marginación, CONAPO lo define de la siguiente forma:

El índice de marginación es una medida-resumen que permite diferenciar entidades federativas y municipios según el impacto global de las carencias que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas (CONAPO, 2023, 10)

Se rescatan algunos datos sobre educación y vivienda en las cinco alcaldías seleccionadas de la Ciudad de México. Cabe señalar que no todos los datos refieren en especial a jóvenes de 15 a 19 años, sin embargo son relevantes porque dan un panorama de las características de marginación del entorno inmediato donde viven y crecen en esta etapa de su vida. Analizar la correlación entre estas tasas y diversas variables socioeconómicas proporciona elementos significativos para entender los factores subyacentes que contribuyen a las tasas de embarazo adolescente.

Tabla 7. Tasa específica de embarazo adolescente y situación escolar

Alcaldía	Tasa	Porcentaje de población de 15 años o más sin educación básica	Porcentaje de población de 15 años o más sin educación básica
Milpa Alta	88.79	2.77	23.31
Xochimilco	80.9	1.96	20.55
Cuajimalpa	80.82	1.5	18.56
Tláhuac	71.08	1.67	20.26
Magdalena Contreras	66.35	1.87	21.49

Fuente: elaboración propia con datos de GEPEA, 2023 Y CONAPO, 2023

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

Como se puede ver en la Tabla 7, en población de 15 años o más, el porcentaje de analfabetismo en la subzona de Xochimilco, Tláhuac, Magdalena Contreras, Cuajimalpa y Milpa Alta es alto en comparación con la tasa de la Ciudad de México que es de 1.42, si bien el porcentaje nacional según CONAPO es de 4.8% (2023,41). En ese sentido hablamos de alcaldías que manifiestan problemas en el alcance y cobertura educativa, que ya se ha señalado guarda relación con altas tasas de embarazo. Tanto en Milpa Alta como en Xochimilco vemos que hay una correlación positiva⁶ entre la tasa de embarazo y la población sin educación básica.

La situación se agrava cuando vemos el porcentaje de población de 15 años o más sin educación básica, de nueva cuenta se observa una correlación positiva entre dicho elemento y la tasa de fecundidad en los casos de Milpa Alta y Xochimilco, si bien no así en el resto de las alcaldías de la subzona. En otras palabras, una correlación positiva lleva a interpretar que en los casos de Milpa Alta y Xochimilco a medida que aumenta el porcentaje de población analfabeta y la falta de educación básica, también tiende a aumentar la tasa de embarazos en jóvenes de 15 a 19 años. En los casos de Tláhuac, Cuajimalpa y Magdalena Contreras es necesario hacer estudios a profundidad para entender la influencia de estos factores y cómo interactúan empíricamente.

Continuando con el análisis a partir de correlaciones entre factores socioeconómicos:

Tabla 8. Tasa específica de embarazo adolescente y condiciones de vivienda.

Alcaldía	Tasa de embarazo	Porcentaje de ocupantes sin drenaje ni excusado	Porcentaje de ocupantes sin energía eléctrica	Porcentaje de ocupantes sin agua entubada	Porcentaje de ocupantes con piso de tierra	Porcentaje con hacinamiento
-----------------	-------------------------	--	--	--	---	------------------------------------

⁶ “Una correlación positiva indica que ambas variables varían en el mismo sentido. Una correlación negativa significa que ambas variables varían en sentidos opuestos” (Vinuesa, 2016)

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

Milpa Alta	88.79	0.46	0.29	10.59	2.58	25.9
Xochimilco	80.9	0.14	0.15	8.85	2.29	19.69
Cuajimalpa	80.82	0.05	0.04	0.58	1.05	15.48
Tláhuac	71.08	0.06	0.18	2.29	1.79	18.3
Magdalena Contreras	66.35	0.05	0.06	1.29	0.87	17.85

Fuente: elaboración propia con datos de GEPEA, 2023;

Como se puede ver en la tabla 8, de nueva cuenta observamos una correlación positiva entre los indicadores de vivienda asociados a la marginación y las tasas de embarazo adolescente.

En los casos de Milpa Alta y Xochimilco por un lado, y de Tláhuac y Magdalena Contreras, por el otro, a excepción del rubro de porcentaje de viviendas con hacinamiento, **a mayores porcentajes de personas que viven en condiciones asociadas a la marginación económica y social, mayores tasas de embarazo.** Estas cifras también permiten entender cuáles son las condiciones en las que las madres adolescentes viven sus embarazos y maternidades y sus hijos e hijas, la crianza.

Así, el análisis de correlación de las diversas variables abordadas en las páginas anteriores se revela que las tasas de embarazo en jóvenes de 15 a 19 años están influenciadas por una serie de factores socioeconómicos, incluyendo la educación y las condiciones de vivienda. La comprensión de estas correlaciones puede ayudar a informar políticas y programas dirigidos a reducir las tasas de embarazo adolescente, así como a dirigir con mayor precisión el trabajo de la GEPEA y la ENAPEA, centrándose en la mejora del acceso a la educación sexual y la creación de oportunidades económicas para los y las adolescentes de estas alcaldías. Encontramos que si bien los últimos dos informes de la GEPEA se mencionan talleres de perspectiva de género, de sensibilización de personal para la prevención del embarazo de adolescentes con discapacidad, de sensibilización de

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

madre, padres y educadoras, así como de difusión de material informativo que se aplicaron en las alcaldías de la subzona, es necesario implementar programas que partan de una comprensión profunda y detallada de las dinámicas que ahí imperan.

En resumen, se abre paso la importancia de abordar las inequidades socioeconómicas y mejorar el acceso a recursos y servicios para reducir las tasas de embarazo adolescente y promover el bienestar de las y los adolescentes.

Mediante el análisis estadístico y de correlación de variantes la hipótesis se cumple en el sentido de que el mayor reto del embarazo adolescente en la Ciudad de México está a nivel alcaldías. Se comprobó como las alcaldía que componen la subzona que se analizó concentran cerca del 50% de los embarazos de adolescentes de 15 a 19 años de la Ciudad de México, en especial Milpa Alta surgió como un territorio que necesita especial atención en el tema, que aborde con una estrategia integral la situación en la que viven sus habitantes. Un caso similar es el de Xochimilco. Cuajimalpa se presenta con ciertas ambigüedades, lo cual puede guardar una relación con las desigualdades sociales características de esta alcaldía en la que persisten espacios con condiciones de marginación a la par de zonas de gran afluencia económica. En el caso de Tláhuac y Magdalena Contreras encontramos relaciones similares de correlación entre los indicadores de educación y de situación socioeconómica.

VIII. Conclusiones

Los resultados de esta investigación señalan que el mayor reto de la prevención del embarazo adolescente en la Ciudad de México se encuentra en las alcaldías de Milpa Alta, Xochimilco, Cuajimalpa, Tláhuac y Magdalena Contreras. Se demostró que son casos de urgencia ya que en primer lugar, las tasas específicas de

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

fecundidad adolescente están asociadas a faltas de oportunidades educativas, así como a condiciones relacionadas a la marginación. En segundo lugar, porque dichas tasas son comparables a las tasas promedio de los estados con las cifras más altas de embarazos adolescentes en el país. En especial las alcaldías de Milpa Alta y Xochimilco requieren de estrategias específicas que partan de la comprensión de los factores socioeconómicos y educativos que persisten en las demarcaciones, pero quizás de manera más acuciante de otros elementos asociados al embarazo adolescente como la violencia sexual y los factores culturales.

En cuanto a nuevas agendas de investigación, se presenta como urgente el desarrollo de trabajos con grupos focales, estudios de caso, así como el uso de la historia oral y la entrevista semiestructurada para entender los imaginarios culturales y sociales de las y los adolescente que viven en la Ciudad de México y especialmente en las alcaldías de Milpa Alta, Xochimilco, Magdalena Contreras, Tláhuac y Cuajimalpa. ¿Quiénes son las madres adolescente que viven en estas alcaldías? ¿Qué tipo de educación sexual y reproductiva recibieron? ¿Están familiarizadas con la diferencia entre ambas y cómo se relaciona o no su ejercicio en la vida cotidiana? ¿Cómo fueron recibidos en sus entornos familiares las noticias sobre sus embarazos? ¿Cómo han sido sus trayectorias de vida? ¿En qué medida el espacio en el que nacieron y crecieron influyó en su embarazo? Un título tentativo para este trabajo sería “Imaginarios sobre la maternidad en las adolescentes de las alcaldías de la Ciudad de México con mayores de tasas de fecundidad: un acercamiento desde la historia oral” “Perfil de las madres adolescentes de Milpa Alta: trayectorias y decisiones de vida”

En relación con el acceso a la salud sexual y reproductiva es importante entender que las mujeres en México, además de informarse sobre estos temas en escuelas, campañas oficiales, hospitales, consultorios médicos, etc. también reciben información sobre temas de sexualidad de espacios donde no circulan contenidos especializados o basados en enfoques cuya prioridad son los derechos

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

reproductivos y sexuales, como las redes sociales o en sus círculos privados de sociabilidad. Por lo que una nueva agenda de investigación sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva debe partir de un entendimiento mucho más profundo de los imaginarios y experiencias en torno a la sexualidad que se generan en los y las adolescentes. Es decir, para generar estrategias efectivas de atención al embarazo adolescente, no solo se deben de considerar los contenidos de las campañas a favor de la salud sexual y reproductiva, sino las creencias preexistentes que moldean la recepción de esos contenidos. Títulos tentativos podrían ser: “Influencia del ciberacoso en el desarrollo de la sexualidad adolescente” “Mitos y realidades de la educación sexual entre los y las adolescentes”, “Desinformación sexual en las redes sociales y su influencia en el embarazo adolescente”.

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

Posibles soluciones

Se propone encauzar los esfuerzos a partir de la división de las alcaldías en tres subgrupos. Para las alcaldías con tasas por debajo de 38.5, se debe continuar trabajando y observar si hay altas o bajas, es decir monitorear el comportamiento de las tasa de embarazo. Asimismo, se debe de tener un conocimiento más detallado sobre qué factores han influido en sus tasas relativamente bajas y pensar en formas de aplicar y ajustar algunas estrategias a las demás alcaldías.

Para las alcaldías que se encuentran por encima de la tasa de 38.5 y por debajo de 66.35 es importante reforzar los ejes de acción de la ENAPEA y prevenir estrategias específicas en caso de que en los próximos años algunas de estas alcaldías formen parte del grupo de tasas bajas o de la subzona de mayor urgencia.

Para la subzona con las tasas más altas se retoma lo mencionado al inicio del apartado, y se suma la propuesta de entender a estas alcaldías desde las dinámicas compartidas, pues al menos en los casos de Tláhuac, Xochimilco y Milpa Alta se tratan de alcaldías colindantes y con características similares. Para los casos de Cuajimalpa y Magdalena Contreras se podría hacer una delimitación territorial conjunta también, la cual podía incluir a Álvaro Obregón, demarcación que en años anteriores también ha estado entre las alcaldías con las tasas de fecundidad más altas.

Por otro lado, se propone que las instancias participantes de la ENAPEA a nivel local, así como la GEPEA transparenten el presupuesto que se le dedica a la prevención del embarazo adolescente. Es importante entender la distribución espacial del presupuesto

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

IX. Bibliografía

Arcelus, M. (1988). La adolescente embarazada y su familia En Atkin, L., Arcelus, M., McGregor, A. et al. *La psicología en el ámbito perinatal*. Pp. 426-447.

Banco Mundial (2021). Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad).

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

BBC Mundo. (2011, 28 de octubre) El control demográfico, ¿una herramienta de los ricos? *BBC News Mundo*.

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/10/111028_control_demografico

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2023, 20 de septiembre). Servicios Amigables para Adolescentes. *Blog del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*.

<https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/articulos/servicios-amigables>

CONAPO. (2023, de junio). Mis derecho sexuales y reproductivos.

<https://www.gob.mx/conapo/documentos/mis-derechos-sexuales-y-reproductivos>

CONAPO. (2023). Índices de marginación. CONAPO.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848423/Indices_Coleccion_280623_entymun-p_ginas-1-153.pdf

CONAPO (s.f.). Conciliación demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2020-2070.

https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/Mapa_Ind_Dem23/index_2.html

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

de Weiss, S. P., Atkin, L. C., Gribble, J. N., & Andrade-Palos, P. (1991). Sex, Contraception, and Pregnancy Among Adolescents in Mexico City. *Studies in Family Planning*, 22(2), 74–82. <https://doi.org/10.2307/1966778>

GEPEA (2023, febrero). *Acciones realizadas por el grupo estratégico de prevención del embarazo adolescentes de la Ciudad de México (GEPEA-CDMX). Informe 2022*. Gobierno de la Ciudad de México. https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Programas/GEPEA/Informe_GEPEA_CDMX_2022.pdf

GEPEA (2022, enero). *Acciones realizadas por el grupo estratégico de prevención del embarazo en adolescentes de la Ciudad de México (GEPEA-CDMX)*. Gobierno de la Ciudad de México. https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Programas/GEPEA/Informe_GEPEA_CDMX_2021.pdf

ENPAEA (2021) *Segunda fase de la estrategia para la prevención del embarazo en adolescentes 2021-2024*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segunda-fase-documento-marco-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-2021-2024>

Esquivel, M. T. y Trujano, M. M. (1991). Políticas de fecundidad y cambio cultural: algunas reflexiones. *Sociológica. Revista del Departamento de Sociología*.6(17), <https://sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/845/818>

Felitti, K. (2009). Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (35), 55-66.

FUNDAR (2023, 24 de octubre). El presupuesto para garantizar la salud sexual y reproductiva sigue siendo insuficiente e inequitativo, el Poder Legislativo tiene una oportunidad histórica para incrementarlo. <https://fundar.org.mx/el-presupuesto->

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

para-garantizar-la-salud-sexual-y-reproductiva-sigue-siendo-insuficiente-e-inequitativo-el-poder-legislativo-tiene-una-oportunidad-historica-para-incrementarlo/

González, M. y Ramos, S. (2020). *Evaluación de la ENAPEA. Informe Final*. Programa para la cohesión social en América Latina.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/600726/INFORME_FINAL_EVAL_ENAPEA_14_13_2020.pdf

Hernández, D. (2022, septiembre 22). No son iguales: ¿por qué hablar sobre derechos sexuales y derechos reproductivos por separado? *CIMAC Noticias*.

<https://cimacnoticias.com.mx/2022/09/22/no-son-iguales-por-que-hablar-sobre-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-por-separado/#gsc.tab=0>

INEGI. (2021, 23 de septiembre). Comunicado de prensa núm. 536/21.

Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescente (datos nacionales).

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embarazos21.pdf

INEGI. (2021, 25 de enero). En México somos 126 014 024 habitantes: censo de población y vivienda.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf

IPAS. (s.f.). Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos.

https://ipaslac.org/uploads/1573155826302_ES_ARCHIVO_1.pdf

Meneses, E. & Ramírez M. (2017) Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento.

En *La situación demográfica en México 2017*

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344287/03_Meneses_Ram_rez.pdf

Meza I. (2015). La edad difícil: los adolescentes modernos en la Ciudad de México (1876-1934). Tesis de Doctorado en Historia. COLMEX.

<https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/1j92q7651?locale=es>

Morris, L., Nunez, L., de Velasco, A. M., Bailey, P., Cardenas, C., y Whatley, A. (1988). Sexual Experience and Contraceptive Use Among Young Adults in Mexico City. *International Family Planning Perspectives*, 14(4), 147–152.

<https://doi.org/10.2307/2133365>

Mothiba, T.M. & Maputle, M. (2012). Factors contributing to teenage pregnancy in the Capricorn district of the Limpopo Province, *Curationis* 35(1).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327768>

REDIM (2023, 9 de agosto). Ciberacoso de adolescente en México. Blog de datos e incidencia política del REDIM.

<https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/08/09/ciberacoso-de-adolescentes-en-mexico-2022/>

Rodríguez, G. (2004). Treinta años de educación sexual en México. En *Población, Desarrollo y Salud Sexual y Reproductiva*. Grupo Parlamentario del PRD Cámara de Diputados Congreso de la Unión LIX Legislatura, pp. 13-28

Rodríguez, R. (2015) Los derechos de las mujeres en México, breve recorrido en *Historia de las mujeres en México*. INHERM. 269-295

Santillán, M. L. (2015, 12 de agosto). *Niños criando niños: embarazo adolescente*. Ciencia

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

UNAM. https://ciencia.unam.mx/leer/480/Ninos_criando_ninos_embarazo_adolescente

Sapién-López, J. S. y Manjarrez-Hernández, E. B. (2021). Origen del embarazo temprano en adolescentes mexicanas: contextos, significados y experiencias.

Papeles de población, 27(109), 59–90.

<https://doi.org/10.22185/24487147.2021.109.22>

Secretaría de Gobernación. (2023, 26 de septiembre). Desciende más de 16 por ciento la tasa de fecundidad de adolescentes en 2023.

<https://www.gob.mx/segob/prensa/desciende-mas-de-16-por-ciento-la-tasa-de-fecundidad-de-adolescentes-en-2023?idiom=es#:~:text=Entre%202015%20y%202023%2C%20la,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.

Stern, C. (2003). Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso.

Estudios Sociológicos, 21(63), 725–745. <https://www.jstor.org/stable/40420800>

SEDECO. (2020). Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020. GCDMX-SEDECO.

<https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>

SEGOB-CONAPO (s.f.). Mis derechos sexuales y reproductivos.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/830742/Mis_derechos_sexuales.pdf

Tapia Cervantes, P. (2023, mayo 11). *Embarazo adolescente en México, en un nivel 'inaceptablemente alto'*. Forbes. <https://www.forbes.com.mx/embarazo-adolescente-en-mexico-en-un-nivel-inaceptablemente->

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

[alto/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20los%20%C3%BAltimos,%2C%20cuando%20fue%20de%2015.1%25.](#)

Torres, I. (2022, 21 de septiembre). México difícilmente erradicará el embarazo adolescente en 2030. *La Crónica*. <https://www.cronica.com.mx/academia/mexico-dificilmente-erradicara-embarazo-adolescente-2030.html>

Torres-Ramírez, A. (2000). La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. *Perinatología y reproducción humana*, 14(2), 108-114.

UNFPA. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México. UNFPA-ONU. <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico>

Vinovskis, M. A. (2003). Historical perspectives on adolescent pregnancy and education in the United States. *The History of the Family*, 8(3), 399–421.

Vinuesa, P. (2016, octubre 14). Correlación: teoría y práctica. https://www.ccg.unam.mx/~vinuesa/R4biosciences/docs/Tema8_correlacion.html

World Health Organization. (s.f.) Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15-19 years) <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3>

Welti Chanes, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*, 6(26), 43-87.

Wulf, D. (1986). Teenage Pregnancy and Childbearing in Latin America and the Caribbean: A Landmark Conference. *International Family Planning Perspectives*, 12(1), 17–22. <https://doi.org/10.2307/2947627>

Embarazo adolescente y acceso a la salud sexual y reproductiva en la Ciudad de México: retos y avances

Es una investigación de análisis del Partido Acción Nacional en la Ciudad de México.
Registro ante el Instituto Nacional de Derechos de Autor en trámite
Partido Acción Nacional en la Ciudad de México
Durango No. 22, Col. Roma, C.P. 06400, México, CDMX.