

**Documento con la definición de los indicadores viables,
requeridos para el monitoreo de la ENAPEA a nivel
local, así como las fuentes de datos disponibles.**

Tabla de contenido

<i>Introducción</i>	5
<i>1. Análisis de los contextos internacional, nacional y sub-nacional</i>	6
1.1. Adolescencia, juventud y desarrollo.	6
1.2. Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe.	15
1.3. Embarazo adolescente en México y el Estado de México.	22
<i>2. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)</i>	26
2.1. Fundamento y características generales de la ENAPEA.	26
2.2. Alineación de la ENAPEA con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y el Índice de Desarrollo Humano del PNUD.	32
2.3. Análisis sistémico de la ENAPEA.	36
2.4 Análisis de indicadores de la ENAPEA.	45
2.5. Clasificación, jerarquización y evaluación de indicadores y fuentes de información primaria y secundaria	48
2.6. Análisis de indicadores de la ENAPEA.	53
<i>3. Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ).</i>	56
3.1. Índice de Desarrollo Humano (IDH)	56
3.2. Enfoque de capacidades	56
3.3. Enfoque de capacidades de Martha Nussbaum.	58
3.4. Capacidades Centrales	59
3.5. Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el marco de la ENAPEA.	65
3.5. Cálculo del Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el marco de la ENAPEA.	75
<i>4. Bibliografía</i>	78
<i>5. Anexos</i>	89
Anexo 1	89
<i>Comparativa de indicadores de acuerdo con el Subgrupo de Indicadores para el monitoreo y seguimiento SIMS ENAPEA</i>	89
Anexo 2	94
<i>Alineación de ODS, Consenso de Montevideo e Índice de Desarrollo Humano con la ENAPEA.</i>	94

Anexo 3	110
<i>Literatura especializada</i>	110
Anexo 4	132
<i>Análisis de metadatos de indicadores por componentes</i>	132
Anexo 5	133
<i>Metadatos de indicadores propuestos para la ENAPEA Estado de México</i>	133
Anexo 6.	135
<i>Indicadores y fuentes de información para el Índice de Desarrollo Humano-PNUD adaptado a la ENAPEA.</i>	135

Introducción

A partir de este entregable se inicia el análisis del patrón de actividades, roles y relaciones que experimenta la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) para reforzar la implementación que se ha llevado a cabo por el Consejo Estatal de Población del Estado de México (COESPO-EM).

En la definición de los indicadores viables para el monitoreo de la ENAPEA, se partió del principio de que éstos contribuirían de manera eficiente al cumplimiento de objetivos de los componentes, propósito y fin de ésta.

Para ello se plantean referentes sobre la juventud, niñas, niños y adolescentes con una perspectiva que los ve como actores y constructores de sus proyectos de vida y con el potencial y las capacidades para alcanzar altos niveles de bienestar, calidad de vida, desarrollo humano en libertad para ser y hacer y no como receptores de tradiciones y dinámicas generacionales que los inmoviliza e invisibiliza.

Con esa óptica se analizan las circunstancias del embarazo en niñas y adolescentes y se contextúan las acciones de prevención de la ENAPEA, cuyas bases conceptuales contienen la esencia de esos planteamientos.

Por otro lado parte de un ejercicio que da contexto y relevancia nacional e internacional a la ENAPEA se revisaron a profundidad los indicadores de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible y del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y el Índice de Desarrollo Humano de PNUD, con los cuales se encuentra una alta correspondencia.

A partir de ello se realizaron varios tipos de análisis de la ENAPEA, el primero consistente en un ejercicio de corte conceptual desde un enfoque sistémico con base en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner, y el planteado¹ en las bases de la ENAPEA, que permitió identificar las relaciones inter e intrasistémicas en los niveles micro, endo, sexo y macrosistémicos entre los componentes de la estrategia.

De ello se desprenden algunos aspectos de articulación sistémica entre los componentes y al interior de los mismos por lo que se recomienda armonizarlos con base en los hallazgos reportados de este análisis y los resultados del segundo análisis de los indicadores a partir de sus metadatos, que permitió integrar una propuesta para contar con indicadores viables que se constituyan en guía para la toma de decisiones a partir de una comprensión integral de la ENAPEA pertinente, idónea y factible en el ámbito local con alcance nacional.

A los indicadores identificados dentro de las dimensiones de la ENAPEA se agregaron variables que han mostrado ser consistentes y viables en el fenómeno del embarazo de niñas y adolescentes. Que derivaron en la propuesta de actualización de indicadores de la ENAPEA para el estado de México.

A la par se construyeron las bases conceptuales y los referentes de operacionalización de la propuesta del Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ). Se sustenta en el enfoque de las capacidades humanas de Amartya Sen y principalmente de Martha Nussbaum, de donde se recuperan ocho capacidades que al contrastarlas con la ENAPEA y el índice de Desarrollo Humano planteado por el PNUD resultan con una alta alineación entre ellas. Con base en lo cual se fortalece la propuesta de incorporar el IIEADH como parte del fin de la ENAPEA.

¹ El modelo Ecológico de Urie Bonfennbrenner

1. Análisis de los contextos internacional, nacional y sub-nacional

1.1. Adolescencia, juventud y desarrollo.

La invisibilidad predominante de los jóvenes como sujetos sociales y actores estratégicos del desarrollo, asociada a la omisión de las respuestas, genera vacíos y peligros en el desarrollo juvenil y para sus sociedades.

Krauskopf(2005)

La adolescencia y juventud, representan la continuidad histórica de vida de sujetos sociales, donde construyen y reconstruyen historias individuales socialmente en un periodo de vida que se distingue por su complejidad.

En este periodo, los y las jóvenes continúan con la edificación y transformación de trayectorias de vida, articuladas con un entramado de crecimiento físico, y desarrollo psicológico y social, que transforman, amplían, y en su caso consolidan, procesos biológicos, cognitivos, afectivos, morales, educativos y sociales así como, comportamientos, creencias, conocimientos, intereses y expectativas vitales.

Transformaciones, que se reflejan entre, otras cosas, en la apropiación de diferentes roles y relaciones, formas de pensamiento y acción, gestión de emociones y sentimientos, toma de decisiones e identidad, cimentadas en, y por su interacción con, el entramado de condiciones y decisiones estratégicas glocalizadas², nuevas y/o resignificadas de índole económico, familiar, comunitario, educativo, social, político, demográfico, cultural, histórico, científico, tecnológico, de comunicación, derechos, salud y afiliaciones, que impactan o no, en mayor o menor medida, en su participación ciudadana, calidad de vida, en sus esfuerzos, motivaciones, anhelos y deseos de una vida digna construida como actor central en libertad, que en suma contribuyan al desarrollo humano y social.

Por otro lado, este “florecimiento”, desarrollo en sí durante la adolescencia y juventud supone entonces crear una vida digna, tener la capacidad, potencial y talento para crear proyectos de vida y alcanzar metas decididas, capacidad de sobreponerse a condiciones adversas e implica una medida psicológica de bienestar general.

Es decir, la adolescencia y juventud esencialmente implican un sentido de vida positivo, es el tiempo de capacidad y oportunidad, un momento clave para direccionar y redireccionar situaciones de vida para lograr el enriquecimiento del desarrollo (Krauskopf, 2005).

En este sentido asumimos que la generación actual es gente joven³ que enfrentan con facilidad la obsolescencia del conocimiento y aportan respuestas innovadoras, dado que la experiencia ya no es el único referente para ampliar el conocimiento y éste ya no es exclusivos de los mayores así como, ni las dudas e incertidumbre, donde de hecho las juventudes ya no son “un pre-proyecto de futuro” de hecho son futuro en su presente y no

² Glocalizadas: conjugación de glocalización: acrónimo formado por las palabras globalización y localización, que implica la interrelación de lo global con lo local como parte de las condiciones actuales del desarrollo de nuestras sociedades; “*pensar globalmente y actuar localmente*”.

³ Se emplearán indistintamente los términos jóvenes, juventud o gente joven con base en los parámetros de edad que establecido la ONU, la OMS y la OPS, para denominar como juventud-jóvenes (ONU-OMS), gente joven (OPS) a quienes se encuentran en el rango de edad de entre 10 y 25 años, y en su momento, niñez planteado por la UNICEF que abarca de los 0 a los 18 años; adolescencia entre 10 y 19 planteado por OMS y la OPS, niñas niños y adolescentes que comprende de los 10 a los 18 y juventud de 12 a 29 plasmados en México en leyes de la materia correspondiente. Más detalle al respecto se puede observar en la figura 1 del presente documento.

son “un” proyecto de vida, en realidad se constituyen en una vida con proyectos. Al respecto son co-gestores y promotores del desarrollo propio y de su colectivo.

Es decir, las trayectorias juveniles están enmarcadas en un rompimiento de las secuencias ordenadas de vida ideal que les plantean los adultos, como por ejemplo casarse-iniciarse en la sexualidad activa-formar una familia-reproducción para preservación de su “generación”, esta linealidad ha perdido fuerza en el recorrido de vida, de hecho se han abierto rutas diversas que contradicen esa perspectiva “ideal de vida” “estable” “patriarcal” y adultocentrista. Más aún si analizamos igualmente, las secuencias estudio-trabajo, hogar primario-independencia, roles de género, entre otros.

Lo que hace la gente joven es romper la linealidad y normatividad que han supuesto las etapas y tareas de desarrollo individual y social, construyendo algunas nuevas en mundo actual, en parte de cristal para algunos de ellos⁴, de cambios acelerados en todos los ámbitos de la vida consecuencia del progreso y las tecnologías de la información y el conocimiento, de incertidumbre y líquido⁵.

Por ello, se han manifestado ampliamente en el grueso los jóvenes (incluidos la niñez y la adolescencia) capacidades para mostrar un buen desempeño en distintas áreas de actividad (académica, socioemocional, cognitivas, vocacionales, resolución de conflictos), sexualidad, valoración positiva de sí mismos y búsqueda de una vida independiente (paradójicamente aun siendo “dependientes”), vínculos positivos con personas e instituciones (que implica al comportamiento cívico y cuestionamiento, protesta y crítica para la transformación de situaciones que afectan la justicia y el desarrollo), de empatía e identificación con los demás, búsqueda de identidad y prosocialidad y compromiso con los otros y lo otro (animales, medio ambiente), iniciativa, autocontrol, regulación emocional, y afectividad.

Estos aspectos por supuesto no son homogéneos ni lineales en la gente joven, de hecho debemos considerarlos como componentes (junto con otros que aludiremos más adelante) de condiciones de vida heterogéneas.

En este sentido, considerando las características de las condiciones y decisiones a tomar a partir de ellas, la formación de la identidad en los jóvenes es fundamental, por ejemplo, el escaso dominio y la carencia de espacios sociales propios que experimentan muchos jóvenes, el énfasis aún tan marcado en la individuación ha llevado a que privilegien el cuerpo como territorio simbólico de expresión y autoafirmación: tatuajes, vestimentas, cabellos.

Como plantea Krauskopf (2005) hay diversos aspectos que han llevado a estas transformaciones e identidades juveniles, de las cuales podemos destacar las siguientes:

1. La cercanía local ya no determina de modo exclusivo la presencia de las influencias. A través de los medios masivos de comunicación se da la multilocalización; se puede estar presente en varios lugares. La informática ha producido realidades virtuales que abren nuevas rutas para la elaboración de la identidad y las cosmovisiones.
2. Hay diferentes representaciones de sí mismo en el tiempo. Conviven y participan en múltiples interconexiones que se traducen en la multiplicidad de los tiempos

⁴ Se asocia con la fragilidad, donde los jóvenes de esta generación podrían ser “inestables” o “inseguros”, debido que se les ha brindado todo de ahí que “sean” muy sensibles e inestables ante los problemas que se presentan en su vida cotidiana.

⁵ Las realidades sólidas de nuestros abuelos, como el trabajo y el matrimonio para toda la vida, se han desvanecido. Y han dado paso a un mundo más precario, provisional, ansioso de novedades y, con frecuencia, agotador.

concretos de la vida cotidiana. La representación del tiempo tiene actualmente múltiples referentes: tiempos públicos, tiempos familiares, tiempos subjetivos, tiempos biológicos. El presente se hace simultáneo y extendido, el futuro más brevemente y anticipado

3. Las vías identificatorias de los jóvenes en las agregaciones urbanas son otro ejemplo. Los ámbitos de agregación juvenil son espacios de sociabilidad, en el inter de la socialización tradicional de la escuela, la familia, el trabajo, la religión, la política, y otros asignados a los tiempos de ocio, donde se expresan culturas juveniles constituidas en centros de producción de sentido múltiples, mutantes y diverso, como es el caso de las tribus urbanas, las microredes, enmarcadas en la desinstitucionalización. La sensibilidad juvenil comienza a poner en práctica toda una ritualidad distintiva, que va marcando y protegiendo el espacio de su cotidianidad.
4. La dimensión estética como creación de otros marcos de referencia, de nuevas subjetividades colectivas y de formas artísticas, permite ver a las culturas juveniles, y a las más creativas entre ellas, como descomunales potencias de transformación. La ecología, la diversidad sexual, la paz, los derechos humanos, la defensa de las tradiciones, la expansión de la conciencia, el rock, se convierten en banderas, en objetos-emblema que agrupan, que dan identidad a grupos de jóvenes

Por otro lado, la modernidad y las representaciones sociales de la juventud determinan en cierta forma particularidades en el desarrollo de la identidad e incluso orientan su inclusión, omisión o exclusión de las acciones públicas.

Igualmente, la forma en que se ha representado a las juventudes, han incidido en su invisibilidad. Por ejemplo, tradicionalmente se les ha visto como la etapa del ciclo vital dedicada a la preparación, que los instala en la postergación de la acción y de la toma de decisiones, dado que la “preparación” los instala en la subordinación al que sabe y por lo tanto, no se valora su aporte como ciudadano.

De hecho, la invisibilidad juvenil emerge fácilmente en lo negativo y se brinda importancia a los jóvenes en virtud de problemas que buscan corregirse: su sexualidad, la drogadicción, la delincuencia, la llamada deserción escolar, con lo que se instala un círculo vicioso: invisibilidad-falta de oportunidades de participación constructiva-anonimato-combate juvenil al anonimato-procuración del reconocimiento mediante la identidad negativa asignada-identidad negativa asumida.

De esta forma, la ahora visibilización negativa, derivada del reconocimiento estigmatizante de las personas que atraviesan el periodo juvenil, es una adversidad que afecta su socialización.

Siguiendo de nuevo a Krauskopf (2005) contamos con diversos ejemplos de esta visibilización negativa:

1. Si se les niega el reconocimiento, se tornan invisibles como sujetos sociales y sólo se les destaca cuando se considera que causan problemas, lo que los estigmatiza, en contexto social carente de estímulos para un compromiso estructurante.
2. La carencia de ámbitos para una visibilidad positiva y para la incorporación social de las habilidades y destrezas de niños y jóvenes, pueden hacer de la calle, la escuela y de la cárcel, la universidad.

3. No encontrar satisfacciones en una inserción más constructiva favorece la búsqueda de sensaciones de logro a través de comportamientos de riesgo.
4. Se les expone a gratificaciones efímeras, a la explotación laboral, a la vida ociosa, bajas condiciones salariales y ausencia de garantías laborales a interrumpir sus estudios, a incorporarse en el sector informal de la economía, a empleos esporádicos de baja calificación, de hecho las contrataciones que demandan silencios cómplices para cubrir la impunidad de los empleadores, distorsionan el sistema de valores en la exclusión
5. La estacionalidad en el área rural produce meses de búsqueda, desorientación y tiempo improductivo, y aun cuando trabajen en las zonas rurales, por andar en ropas de trabajo sucias, sufren la estigmatización por ser vagos
6. La afirmación juvenil se establece sin una perspectiva de futuro válida que lleva a evitar los peligros para poder preservar los logros presentes y futuros, y se constituye en desorganizadores en la vida, que devienen, entre otras cosas en anestesia o intensidad sensorial en las drogas con predominio en el alcohol.
7. En la lucha por alcanzar las metas de afirmación juvenil en el desarrollo, se incrementa la necesidad de los adolescentes y jóvenes de encontrar los elementos para organizar su comportamiento y dar sentido a su relación presente con el entorno, amplios sectores juveniles viven la exclusión y la invisibilidad la invisibilidad de la etnicidad en la representación de las juventudes, está inserta, además, en la invisibilidad de la juventud rural
8. Lesiona la autoestima, tiene impacto en la toma de decisiones, en la capacidad de planificación, administración, desarrollo de la autonomía y la integración social.
9. Aunado a esta visibilización negativa, la aceleración de los cambios del mundo actual y la tecnología, introduce la diferencia entre lo que el individuo proyecta para su vida y los proyectos que para él forjó su familia original. La rapidez de los cambios ha conducido a códigos diferentes para interpretar la realidad entre las generaciones. Los jóvenes de esta época han crecido en un ecosistema comunicativo tecnológico y ahí, la elaboración de identidades encuentra en el espacio cibernético, expresiones culturales propias y conocimientos manejados ágilmente, que son disruptivas en la linealidad intergeneracional.
10. Igualmente, la preparación no cumple su sentido para las personas jóvenes si no va unida a la valoración de sus aportes y a la experiencia productiva. La posibilidad de poner las ideas y valores en práctica permite enriquecer las conceptualizaciones, acciones e incorporación social, de no ser así generan resistencias frente a un orden social del que están convencidos que no están convidados a su construcción, dirección e interpelación

Por supuesto que la invisibilidad y la visibilidad negativa contribuyen a la manifestación de comportamientos opuestos a la visión tradicional de “rol” que desempeña el joven y como hemos visto se reflejan en “problemáticas” de índole social y personal manifiestos por ejemplo en comportamientos de riesgo de índole sexual y de salud, embarazos tempranos, violencia en cualquiera de sus manifestaciones, “rebeldía”, adicciones, comportamiento antisocial.

Sin embargo, los jóvenes no están exentos de condiciones que propicien estas manifestaciones que pueden ser independientes y/o también, estar asociados en parte con la estigmatización, invisibilización y visibilización negativa, condiciones negativas como la

pobreza, la carencia de servicios para el cuidado y preservación de la salud, seguridad social, acceso a alimentación suficiente y de calidad, condiciones de vivienda inadecuadas, espacios públicos inseguros, familias disfuncionales, pocas oportunidades de empleo, pobre calidad en la educación, pertenencia a grupos étnicos, migración, discapacidad, rezago educativo, problemas de justicia social, entre otros.

Un ejemplo estructural de lo anterior es el caso de las etnias y el embarazo en niñas y adolescentes.

Es sabido que en ciertas etnias, grupos en condiciones de pobreza y de exclusión social, no se cumplen las secuencias de acciones y roles esperados en el imaginario normativo de las etapas. Un ejemplo de ello son las madres-niñas que cuidan del hogar y han iniciado el rol materno antes de gestar. Posteriormente es posible que sean hijas-madres al embarazarse en la adolescencia (Krauskopf, 2005)

De hecho en las comunidades indígenas de nuestro país embarazarse en la adolescencia e incluso antes de la misma deviene no sólo de prácticas como la ejemplificada, sino también está asociada a limitaciones y condiciones que los ubican en desventaja (pobreza, carencia de servicios de salud, analfabetismo, escolaridad, estructura y tamaño promedio de los hogares)⁶ afectando su vida personal, particularmente en las mujeres sobre temas como el libre ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

Habría que agregar aspectos como la desinformación y prohibición de hablar libremente sobre la vida sexual y reproductiva, creencias religiosas, acceso a servicios de salud, mitos, creencias, tradiciones sobre el sexo y el rol de la mujer, la discriminación de la que son objeto y la violencia hacia la mujer, entre lo cual se encuentra la violencia física y sexual, el machismo, el matrimonio infantil, la violencia obstétrica el comercio y la trata.⁷

Los testimonios de mujeres indígenas de diferentes etnias del país (Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Chihuahua) son por demás ilustrativos, como lo muestra Vite (2021) al hablar con mujeres indígenas empoderadas que están trabajando para tratar mejorar y ejercer libremente sus derechos y de las de mujeres indígenas en la actualidad, de ahí que sus palabras y experiencias originarias sean representativas de esta situación, en adelante presentamos extractos de lo dicho por ellas.

Rosy (Chiapas):

Cuando nosotras fuimos creciendo fue muy difícil tener acceso a esos temas (sexo) desde el núcleo familiar...Yo tengo una sobrina de 16 años que está embarazada y, cuando pasó, me dio tristeza porque yo siempre hablé con ella y no quería que le ocurriera lo

⁶Retomando información de INMUJERES (2021), señalan, con datos del censo 2020 del INEGI; de 7'364,645 personas que habla alguna lengua indígena (6%), 48.6% son hombres y 51.4% son mujeres; 60.5 % de 12 años y más declaró ser económicamente activa/o (42.8% mujeres y 79.2% hombres, cifras mayores del nivel nacional, 42.4% y 71.6%, respectivamente), sin embargo, de acuerdo con la ENIGH 2018, siete de cada diez personas hablantes de lengua indígena se encuentran en situación de pobreza, casi duplicando la cifra respectiva para no hablantes (74.9% frente a 39.4%) y en el caso de pobreza extrema el dato es seis veces mayor (35.6% frente a 5.6%). Con base en el censo 2020 señalan que el 23.1% no tiene afiliación a servicios de salud, mientras que el analfabetismo es de 20.9% (total), 35.6% (mujeres) y 17.8% (hombres). El promedio de escolaridad de la población de 15 años es 6.2 años (5.8 para las mujeres y 6.7 para los hombres), y de los 2'858,588 hogares censales indígenas, 73.9% de jefes y 26.1% jefas; 66.1% de los hogares con jefe hombre es nuclear y de las jefas es 47.7%, mientras que en los hogares unipersonales para los jefes es 6.5% y las mujeres 16.2%. Así mismo el tamaño promedio de los hogares indígenas es de 4.1 personas, mayor que el promedio nacional de 3.6 integrantes por hogar.

⁷“Usos y costumbres”: todavía se escucha que en comunidades indígenas los padres o tutores te ofrecen llevarte a una o todas sus hijas a cambio de una suma acordada de dinero, para que *contraigan matrimonio* o sean *empleadas del hogar* o a *trabajar de manera precarizada en una maquila*, u *obligarlas a prostituirse*, incluso como *vientres de alquiler*. Asimismo, de acuerdo con un informe elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en México, 45 de cada 100 menores víctimas de trata pertenecen a comunidades indígenas y el 85% del total de las víctimas son mujeres o niñas (García, 2021).

mismo que a mí...A veces no sabemos lo que pasa por sus mentes, creo que tiene mucho que ver el contexto en el que están. Cuando menos te lo esperas una niña de 14 años ya está embarazada y quisiéramos cambiar eso. (p. 8)

Dioselina (Chiapas):

Ni mi papá, ni mi mamá se acercaron para hablarme sobre esos temas porque no era permitido en nuestra cultura. En las costumbres de la comunidad eso no es algo que se hable. Lo de la menstruación yo ni siquiera lo sabía. La primera vez que me bajó no sabía qué era, sólo amanecí toda ensuciada, pero desconocía de qué se trataba. Fui con mi mamá y ella me explicó, pero nunca nos hablaron de cuando tuviéramos nuestra primera relación, cómo debía de ser, cómo cuidarnos, protegernos, riesgos que tenemos como mujeres. Nunca nos hablaron de eso y nadie lo dice, porque hasta ahorita los papás de antes no hablan de eso con sus hijos, es como si fuera un pecado... Allá en mi comunidad todas las mujeres, incluso ahora, se casan muy jóvenes, muchas se embarazan en la prepa o saliendo de la secundaria. (p. 13)

Ella misma agrega que la iglesia es parte de esta problemática “porque dice que debemos de tener el número de hijos que Dios nos manda, por eso las mujeres tuvieron muchos. Yo creo que todos tenemos más de cinco hermanos y tiene que ver con la iglesia” (p. 15), además de que en muchas comunidades, dice, “no cuentan con un centro de salud y tienen que venir hasta el municipio, pero no los reciben” (p. 18).

Candelaria (Chiapas), casada a los 16 años:

Yo me casé y empecé a tener relaciones, a tener hijos. Tuve cuatro, a lo mejor es porque no sabía, ya después cuando mis hijos estuvieron más grandes me cuidé, porque el gobierno mandaba a las enfermeras a la comunidad y hacían pláticas. Algunas mujeres empezaron a planificar, *algunas, porque los hombres no querían eso.* (p. 21)

Tonatzin (Michoacán):

A las mujeres nos educan de una manera distinta que a los hombres, nos educan para estar al servicio...Mi mamá nos decía “tienen que aprender a hacer comida, para que sean buenas mujeres”... “deben tener bien limpia la casa, para que cuando llegue su marido no se enoje”, hay un chip que te van metiendo. Tú piensas que cuando te casas perteneces al marido, incluso todavía hay muchos lugares en donde dicen “no voy a la clínica porque es médico, ya hasta que llegue una doctora” y hemos tenido experiencias donde personal médico cuenta que hay mujeres que no se dejan revisar *porque el marido no las deja*...llegó un caso donde la señora decía “es que yo no tengo permiso de mi esposo de que me toquen mi cuerpo”. Es el desconocimiento y la violencia, porque cuando existe violencia, aunque tú no quieras o no tengas ganas de tener relaciones sexuales, si el marido llega borracho y agresivo, pues tienes que acceder para que no te golpee a ti o a los hijos. (pp. 30-31)

Respecto a los mitos señala:

En mi familia nunca se habló de eso, mi mamá nunca nos habló del tema, se consideraba como algo sucio o morboso... La mamá de una vecinita nos decía que no nos subiéramos a la bici porque hay mitos acerca del himen de las mujeres, que si subimos a un árbol, si brincamos o nos ponemos pantalón dejas de ser señorita. Cuidado si ibas reglando a la escuela, porque te decían “cuidado con los muchachos, si los muchachos o los hombres se te arriman, te puedes embarazar”, no te explicaban bien.(p. 32)

A cerca de la discriminación dice que observó en un servicio al que llegó una usuaria:

Era alcohólica y su esposo la había golpeado y violado. Traía palazos de la leña marcados en la espalda, así que antes de hacer la denuncia fuimos a que la revisara un médico en un centro de salud y recuerdo que fue una discriminación terrible. La señora iba alcoholizada y estaba sucia, entonces las enfermeras se taparon la nariz, con una puntita le quitaron el rebozo y le dijeron que era una cochina. (p. 35)

En otra experiencia indica que:

Estaba en la sala de parto y había muchas mujeres que gritaban, algunas de 16, 17, 18 años. Les decían “cállense, así hubieran gritado cuando se los estaban haciendo”. Yo pedí que me operaran, pero la enfermera me decía que mi esposo tenía que firmar para autorizarlo... no son así con cualquiera, discriminan a las mujeres, sobre todo a las que vienen de comunidades... si ven que traes rebozo o la vestimenta de una comunidad, te discriminan. (p. 36)

Estela (Oaxaca):

Desconocía sobre métodos anticonceptivos, no se hablaba de eso en las comunidades. Sólo hablaban de la salpingoclasia en las mujeres que ya tenían dos o tres hijos, pero eso de los condones o las pastillas es apenas ahora. Mi primera vez fue con miedo, yo no sabía qué me iba a pasar, parecía piedra. No sabía qué me satisfacía, tampoco que el no menstruar era porque estabas embarazada. Yo tenía 17 años y a esa misma edad tuve a mi primer hijo. (pp. 42-43)

Leticia (Oaxaca):

Hablar de sexo abiertamente no está permitido, en las comunidades indígenas eso se prohíbe... Muchas veces cuando se habla de sexualidad creen que una va a tener sexo y no es así, se debe aprender a diferenciar. Antes las mujeres ni siquiera tenían un noviazgo, sino que los papás se arreglaban con la familia del novio, hacían un trato para casar a sus hijos cuando ellas tenían 12 o 13 años...en las comunidades cuidan mucho la virginidad. Nos dicen “cúidate mucho”, pero no te dicen cómo ni de qué. Te repiten que si no eres señorita nadie te va querer, entonces ahí entra la violencia porque no vas a salir, no vas a hacer nada más que obedecer al hombre. (pp. 47-48)

Enedina (Chihuahua) señala que las mujeres son agredidas en el hogar, pero también son víctimas de violencia obstétrica:

Tuve tres cesáreas y en las dos primeras siempre me anesthesiaban medio cuerpo para abajo. En la tercera la ginecóloga decidió ponerme anestesia general a pesar de que yo le pedí que no lo hicieran. Me la pusieron general y se les pasó el bisturí, me trozaron hasta la vejiga. Duré como 20 días con sonda y a la doctora no la volví a ver.

Tardé en recuperarme. Tenía fiebre, así que regresé al hospital y cuando me sacaron el hilo de la sutura brotó la pus, una cosa horrible...así han pasado otras cosas que compañeras me han platicado, de cómo sufren, lo que les dicen, las maltratan, las regañan cuando están pariendo. (p. 55)

Rosario (Chihuahua):

Me casé a los 16 años, me estaba aliviando a los 17 y ni sabía que estaba embarazada. A partir de entonces el doctor me dijo lo que me pasaba y lo que me iba a seguir pasando. Ahí es donde ya entendí las cosas. Yo no usé ningún método durante los embarazos que tuve, no porque no quisiera, sino que nos decían que debíamos tener los hijos que Dios quisiera. Yo tengo siete, mi mamá tuvo 14, entonces una tenía que cumplir. (p. 60)

Como se desprende de estos extractos de los testimonios, las condiciones bajo las que viven las mujeres en las comunidades indígenas y particularmente niñas y adolescentes, las vulnera en sus derechos y libertades sobre la salud sexual y reproductiva y en gran medida propicia el embarazo y la maternidad temprana.

Con sus matices, la mayoría de estos factores, más algunos otros como la invisibilidad y la visibilización negativa, por solo citar unos ejemplos, determinan esa condición igualmente en niñas y adolescentes en general.

Por ello, toman gran valor las palabras de Dioselina, cuando dice que es necesario para las mujeres luchar por sus libertades y derechos en relación con la sexualidad y reproducción, sobre lo que se tiene que concientizar más “a los hombres, porque muchas veces no permiten que sus esposas ya no quieran tener más hijos. También es necesario ver por el bienestar de los niños, poderles dar educación, alimento, una vivienda”. (p. 18)

De ahí que el desarrollo humano de las niñas, niños y jóvenes, consideramos, se encuentra en la ampliación de sus libertades y capacidades, propiciando oportunidades y la capacidad de agencia (agentes de cambio) en los individuos, organizaciones y grupos de actores colectivos que implica pensar, deliberar y actuar estratégicamente para llevar a cabo sus objetivos y metas, que les permita enfrentar los cambios y la incertidumbre con imaginación y decisión transformadora.

Solo de esa forma crearemos ciertas condiciones que faciliten a la persona una vida que es merecedora de la dignidad humana que poseen, mientras otras condiciones no lo hacen, y así contribuir al desarrollo humano, donde el centro del desarrollo es la persona.

Desarrollo humano definido por el Programa De Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) como el proceso de expansión de las capacidades (individuales y colectivas) de las personas que amplían sus opciones y oportunidades, lo que implica el progreso de la vida y el bienestar humano, con el fortalecimiento de capacidades relacionadas con todas las cosas que una persona puede ser y hacer en su vida en forma plena y en todos los terrenos, con la libertad de poder vivir como nos gustaría hacerlo y con la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo, en condiciones de una vida digna y plena dentro de un colectivo social.

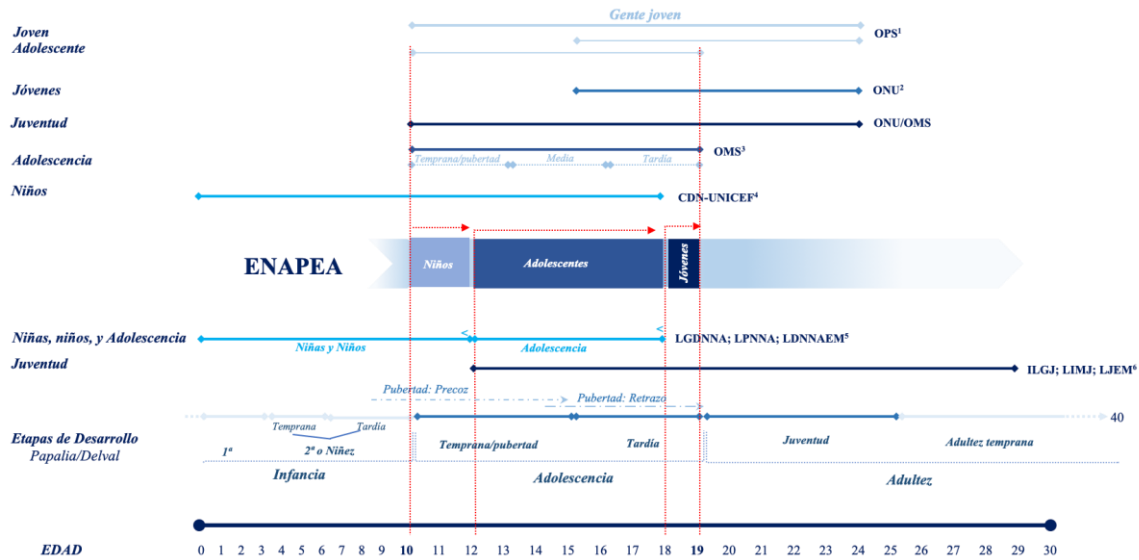
Desarrollo humano de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, donde una/o de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y, el 85% vive en países en desarrollo, comprendiendo aproximadamente el 30% de la población en América Latina y el Caribe⁸.

Los jóvenes en América Latina y el Caribe, representan un segmento importante de la población. El 25% de la población de esta región se encuentra en edades comprendidas entre 15 y 29 años (OPS-OMS-ONU ver figura 1), que representa 165 millones de personas.

⁸ Organización Panamericana de la Salud: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177:salud-del-adolescente&Itemid=2428&lang=es

Figura 1

Niños, niñas y adolescentes. Marcos etarios según referentes internacionales y nacionales.



¹ OPS: Organización Panamericana de la Salud

² ONU: Organización de las Naciones Unidas

³ OMS: Organización Mundial de la Salud

⁴ CDN-UNICEF: Convención sobre los Derechos del Niño.

⁵ LGDNNA: Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

LPNNA: Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes

LDNNAEM: Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México

⁶ ILGJ: Iniciativa que expide la Ley General de la Juventud. México

LJM: Ley del Instituto Mexicano de la Juventud

LJEM: Ley de la Juventud del Estado de México

Ese 25% se convierte en 30% si tomamos en cuenta el rango de edad que la Organización Mundial de la Salud define como juventud y comprende la población de entre los 10 y los 24 años de edad (Donas, 2001).

Por otro lado, el rango de edad propuesto por la OMS para referir la etapa adolescente es de los 10 a 19 años, la cual divide en 3 periodos desagregados por edad temprana (pubertad) (10-13), media (13-16) y tardía (16-19). Del mismo modo en la Convención de los Derechos del Niño, liderada por la UNICEF, se establece el rango de entre 0 y 18 años para referirse a la niñez.

Por su parte, en la ENAPEA se retoma esa referencia, adecuándola con sus actividades y líneas de acción, en donde caracteriza estos 3 periodos del desarrollo en niños (10-12 años), adolescentes (12 a 19 años) y jóvenes (19 años), además de que corresponde con el referente de niños, niñas y adolescentes (niñas y niños >12; adolescencia <18) y juventud (12-29) consignadas en las leyes Nacionales y en este caso del Estado de México correspondientes. Por último, mostramos en el gráfico tres de las ocho etapas del desarrollo humano (Papalia, Feldman y Marell, 2012).

Cabe destacar que ubicamos estos referentes con la finalidad de mostrar la diversidad en relación con los rangos de edad establecidos sobre quienes se consideran niñas, niños, adolescencia y juventud, y que, dentro de esa diversidad existen coincidencias sustanciales que permitieron convencionalmente definir el rango de edad que se considera en el desarrollo de la estrategia de prevención que aquí nos ocupa, con lo cual ésta se encuentra alineada con el contexto internacional y nacional, tanto normativa, como conceptualmente.

Con lo cual nos permitimos usar de manera consistente e indistinta el término juventud con base en el referente de la OMS y en los casos que se desagregan los grupos etarios hablaremos de niñas, niños y adolescentes de acuerdo con lo convenido en la ENAPEA.

Finalmente, es necesario destacar que la población adolescente y joven en América Latina y el Caribe se encuentra atravesando por la última etapa del bono demográfico, por lo que para poder aprovechar sus beneficios y el potencial económico que representa, se requieren políticas públicas efectivas que mejoren sus condiciones y sus oportunidades que permitan mejorar su situación de vida, entre ellas el atender el problema del embarazo en edades tempranas. Alcanzar el desarrollo sostenible está directamente relacionado con el empoderamiento de las y los adolescentes y jóvenes.

De ahí lo destacado del tema que nos ocupa en materia de prevención del embarazo en la adolescencia y de la implementación de estrategias de monitoreo y apoyo a las niñas y adolescentes embarazadas.

1.2. Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe.

América Latina y el Caribe se enfrentan, hoy más que nunca, al reto de responder a las necesidades y exigencias planteadas por aquellos niños y niñas que, dejando atrás la pequeña infancia, se encaminan ahora hacia el mundo adulto.

Per Engebak -UNICEF-ALCV(2001)
20 años después...

El embarazo adolescente (ver caracterización en la tabla 1) y la maternidad temprana afectan la trayectoria de vida de las niñas y adolescentes. Las niñas y adolescentes ven afectadas sus oportunidades de acceso a continuar con su educación, para ingresar al mercado laboral o a mejores servicios de salud. Así pues, el embarazo en adolescentes no es únicamente un problema de salud pública sino de desarrollo y derechos humanos y de inequidad de las niñas y adolescentes y se ven afectados sus hijos y sus comunidades.

Los embarazos a temprana edad debido a la multidimensionalidad de sus causas son una expresión de la violencia, desigualdad y por tanto, acrecienta y perpetúa las brechas sociales que existen, los círculos de la pobreza y marginación. En específico, este suceso tiene efectos en la vida de niñas, adolescentes y mujeres ya que limita sus expectativas de crecimiento y desarrollo personal, escolar, profesional, presentes y futuros.

Incide en el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano de las jóvenes al poner en riesgo su salud y la de sus hijas e hijos, pues tienen mayor probabilidad de presentar muerte materno-infantil y a su vez; tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir una infección de transmisión sexual.

Por ello, el embarazo en la adolescencia es considerado un problema poblacional, social, económico, educativo y de salud pública. No sólo porque implica un riesgo médico de consecuencias no deseadas ni previstas (Galvez Espinosa, 2018), sino por los procesos de cambio social y cultural que están ocurriendo en contextos binacionales y por lo cual es necesario evitar predisponer las necesidades de las jóvenes y adolescentes embarazadas o madres en términos solamente de su salud sexual y reproductiva (Castañeda-Camey, De León y Brazil-Cruz, 2019).

Tabla 1

Caracterización del embarazo adolescente.

Embarazo		Caracterización			
Infantil	Adolescente				
<p>Cuando una persona del sexo femenino de 10-14 años queda embarazada y, por circunstancias ajenas a su decisión, continúa con la gestación hasta convertirse en madre.</p> <p>Aunque entre 10 y 14 años, de acuerdo a diversas teorías del desarrollo humano, se abarcarían dos etapas (niñez media y adolescencia), se le denomina “embarazo y maternidad en niñas o infantil⁹</p>	<p>Cuando una persona del sexo femenino de 15-19 años queda embarazada y, continúa con la gestación hasta convertirse en madre.</p>	<p>Fenómeno multidimensional que afecta la generación de capacidades de las personas.¹⁰</p>	<p>Problema de salud pública, desarrollo, derechos humanos e inequidad.¹¹</p>	<p>Problema social y económico importante para México. Involucra costo de oportunidad para el desarrollo social y el crecimiento económico del país.¹²</p>	<p>Problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas.¹³</p>

Fuente: Elaboración propia

Hay que destacar que en este caso multidimensionalidad no significa linealidad en la explicación causal del embarazo en niñas y adolescentes, sino que tiende a ser un proceso recursivo, en donde lo que en algún momento se considera causa en otro puede ser efecto y viceversa.

Por ejemplo, como señala Coll (2001),

Uno de los acontecimientos frecuentemente discutidos es que el embarazo es causa de abandono escolar. En realidad, de acuerdo con el conocimiento disponible y a nuestra propia experiencia, la adolescente que se embaraza y sigue adelante con el embarazo, ya había abandonado la escuela antes de embarazarse.

A lo que agregaríamos que en otros casos el proceso suele ser a la inversa.

Así mismo, como el mismo Coll menciona, es necesario reconocer que el embarazo las adolescentes lo viven y significan de forma totalmente diferente según la etapa de la

⁹ Montejano, R. (2020). Embarazo y maternidad infantil en México. *Derechos humanos en riesgo. Política y Cultura*. 53, 87-104. En: https://www.redalyc.org/journal/267/26763954004/html/#redalyc_26763954004_ref4

¹⁰ PNUD (2017). *Embarazo en adolescentes: un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida*. En https://www.undp.org/content/dam/dominican_republic/docs/odh/publicaciones/pnud_do_INDH2017.pdf

¹¹ Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).

¹² UNFPA (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – MILENA 1.0*. En: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf

¹³ ENAPEA (2020). En: https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA/Que_es_la_ENAPEA

adolescencia en que se encuentren, así como las causas particulares que lo pudieron haber propiciado, que nos permitirá matizar diferencialmente la acepción del embarazo como un problema. Si consideramos las tres etapas que plantea la OMS, encontramos lo siguiente:

1. Etapa temprana de la adolescencia (10 a 13 años). Suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos.

En general tienen dificultades para asumir plenamente el cuidado de sus hijos, porque requieren siempre respaldo para ello. Las más de las veces el niño(a) es criado por la abuela como si fuera hijo de ella y hermano de su madre biológica.

En muchos casos se plantea el aborto como opción, y no como idea de ellas sino por presión de los adultos. También les cuesta mucho pensar en entregar al bebé en adopción, propuesta que suele surgir cuando el embarazo es producto de un incesto.

2. Etapa media (13 a 16 años), suelen sentirse omnipotentes y no le temen a nada.

Su preocupación mayor está en el cambio de su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar.

El clásico “a mí no me va a pasar”, funciona en estos casos, lo que dificulta su preparación para la maternidad, y cuando comienzan las primeras contracciones suelen asustarse bastante.

Quienes están asistiendo a la escuela o pertenecen a sectores sociales medios y altos, piensan en el aborto como opción (a veces por ellas mismas o presionadas por sus padres y/o el embarazador) y de hecho lo concretan.

3. Etapa tardía (16-19). Tienen comportamientos muy similares a los de mujeres mayores.

Muchas de ellas buscaban tener ese hijo como parte de su proyecto de vida. O aunque no lo buscaran, tampoco les preocupaba demasiado si quedaban embarazadas. Están en general en parejas estables (casadas o no) y si pertenecen a un entorno social en el cual hay una mejor aceptación del embarazo en la adolescencia no se presentan mayores inconvenientes.

Con estos referentes, en su momento tendríamos la oportunidad de analizar de manera más puntual la dinámica del embarazo de las niñas y adolescentes, por el momento su conocimiento debe dar pauta para considerarla en futuros análisis. Por el momento analizaremos la situación del embarazo en niñas y adolescentes, en América Latina y en nuestro país a partir de la información disponible.

En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo (66,5 por cada 1.000). Además, se estima que casi el 18% de los nacimientos en la región corresponden a madres menores de 20 años. Cada año, alrededor de un millón y medio de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz.¹⁴

De acuerdo con el Informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina*.

¹⁴ UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional, P. 4. Consultado en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf

Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay, el embarazo adolescente genera costos a los Estados que suponen, en promedio, el 0,35 % del Producto Interno Bruto (PIB) o 1.242 millones de dólares anuales por país.

El embarazo adolescente es causante de desigualdad que enfrenta América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad en adolescentes (15 a 19 años)¹⁵ sólo es superada por África.¹⁶ La evolución de la fecundidad adolescente se ha caracterizado por un lento descenso, no solo en comparación con la disminución registrada por la fecundidad global en la misma región, sino también en comparación con el descenso de la fecundidad adolescente en el resto del mundo.

Las agendas internacionales reconocen como una de sus prioridades la disminución de las tasas de fecundidad adolescente. En 1994, 179 países adoptaron el Programa de Acción histórico durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto. Este programa transformó la forma en que se abordaban los vínculos entre la población, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible, y colocó los derechos, las necesidades y las aspiraciones de las personas en el centro del desarrollo sostenible.

Los países se comprometieron a luchar para alcanzar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, tasas de mortalidad infantil por debajo de 35 por cada 1000 nacidos vivos, tasas de mortalidad en niños menores de 5 años por debajo de 45 por cada 1000 nacidos vivos para el 2015, y una reducción del 75% de las tasas de mortalidad materna para el 2015.¹⁷

Veinticinco años después, los países reafirmaron su compromiso y presentaron ambiciosos compromisos con acciones concretas que buscan acelerar la implementación del Programa de Acción de la CIPD sobre el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y la igualdad de género, sin dejar a nadie atrás, en particular los jóvenes como agentes de cambio positivo.

Así, entre los compromisos de la de la CIPD+25 plasmados en la Declaración de Nairobi, destacan¹⁸:

- Garantizar que haya cero necesidad insatisfecha de información y servicios de planificación familiar y la disponibilidad universal de anticonceptivos modernos de calidad, accesibles, asequibles y seguros.
- Garantizar el acceso de todos los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, a información y educación integral apropiada a su edad, además de servicios

¹⁵ La tasa de fecundidad específica (TFE) en adolescentes de 15-19 años en la región se redujo de 65,6 (2010- 2015) a 60,7 (2015-2020), lo que representa una disminución del 7.47% en la TFE. Sin embargo, aún existen variaciones importantes entre subregiones y países, lo mismo que al interior de los países. El número estimado de embarazos no planeados en niñas de entre 15 y 19 años en ALC en el 2019 fue de 2.115.000

OPS (2020) El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Consultado en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20especifica,de%20los%20pa%C3%ADses%20\(2\).](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20especifica,de%20los%20pa%C3%ADses%20(2).)

¹⁶ Cada año alrededor de 21 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años se quedan embarazadas en países en desarrollo. Dos millones de ellas tienen menos de 15 años. En estas regiones, alrededor de 16 millones de chicas de entre 15 y 19 años y 2,5 millones de menores de 16 años dan a luz cada año.

WHO (2020). Adolescent pregnancy. Consultado en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

¹⁷ Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa. Consultado en: <https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf>

¹⁸ ídem

integrales amigables a los adolescentes, de calidad y oportunos que les permitan tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva, protegerse adecuadamente de embarazos no planeados, de todas las formas de violencia sexual y por razón de género y prácticas nocivas, y de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, para facilitar una transición segura a la vida adulta.

- Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, con el fin de hacer realidad el potencial socioeconómico pleno de todas las personas.
- Invertir en la educación, las oportunidades de empleo y la salud, incluidos servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, para los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, con el fin de aprovechar al máximo el potencial del dividendo demográfico
- Proporcionar datos desagregados de calidad y oportunos que garanticen la privacidad de los ciudadanos y también incluyan a los adolescentes más jóvenes, invirtiendo en innovaciones en salud digital, incluidos sistemas de inteligencia de datos, y mejorando los sistemas de datos para informar políticas dirigidas a lograr un desarrollo sostenible.
- Comprometernos con el concepto de que no puede discutirse ni decidirse nada sobre la salud y el bienestar de las personas jóvenes sin su significativa participación e intervención (“nada sobre nosotros sin nosotros”).

Por otro lado, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su meta 3.7 reconoce que para disminuir las tasas de embarazo adolescente se debe garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales, con un énfasis particular en el primer nivel de atención.¹⁹

Por su parte, en 2013, los países de América Latina y el Caribe suscribieron los compromisos del *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*²⁰ el cual reconoce a las niñas, niños y jóvenes como sujetos de derechos, hace un llamado a proteger sus derechos, a tener control y decidir sobre su salud sexual y reproductiva, a la educación integral de la sexualidad, y a tomar medidas para prevenir el embarazo adolescente. Así como fomentar la inversión en educación para que las jóvenes y adolescentes embarazadas puedan continuar escolarizadas, y fomentar una mayor participación de los niños, adolescentes y jóvenes en la prevención del embarazo en adolescentes así como para prevenir la violencia de género, el matrimonio forzado, el abuso.

El capítulo B. *Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes* de este instrumento, establece medidas prioritarias que tienen como objetivo atender las necesidades especiales de adolescentes y jóvenes, preocupados por los altos y desiguales niveles de embarazo en la adolescencia que se registran en la región, que

¹⁹ Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Consultado en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

²⁰ CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Consultado en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

suelen estar asociados, en particular entre las menores de 15 años, a uniones forzadas, y abuso y violencia sexuales.

Del mismo modo, *el capítulo D. Acceso Universal a servicios de salud sexual y reproductiva* reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos y que se debe avanzar hacia el logro de la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

En el 2016, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el UNFPA, y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) elaboraron una serie de enfoques estratégicos y acciones prioritarias para apoyar la reducción del embarazo en la adolescencia.²¹

1. Visibilizar el embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y su impacto, además de los grupos más afectados, con datos desglosados, informes cualitativos e historias.
2. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, asegurándose de adaptar los abordajes a sus realidades y hacer frente a sus desafíos específicos.
3. Promover la participación de la juventud y empoderarla de modo que contribuya al diseño, la implementación y el seguimiento de intervenciones estratégicas.
4. Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir recursos en la aplicación de intervenciones de efectividad demostrada.
5. Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de manera eficaz los determinantes del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.
6. Pasar de proyectos con un alcance limitado a programas sostenibles de gran escala.
7. Crear un entorno favorable para la igualdad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Actualmente, se cuenta con suficiente evidencia acerca de la prevención del embarazo, se conocen los alcances del problema, sus costos económicos y sociales y se sabe que para encontrar las intervenciones más eficientes se requiere del compromiso político necesario y de inversiones estratégicas. En distintos países de la región se pueden encontrar buenas prácticas para atender el problema.

En el Uruguay²² se implementaron diversas leyes progresistas, como la ley sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, una ley emblemática aprobada en el 2008 que establece la obligación del Estado de garantizar las condiciones necesarias para proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos de todas las personas. En esta ley se establece que todas las políticas y programas de salud sexual y reproductiva deben garantizar la cobertura universal en el nivel de la atención primaria, al igual que la calidad, confidencialidad y privacidad de los servicios; contar con recursos humanos capacitados adecuadamente en

²¹ OPS (2020) El Embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Consultado en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20especifica.de%20los%20pa%C3%ADses%20\(2\).](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20especifica.de%20los%20pa%C3%ADses%20(2).)

²² Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, Uruguay 2016–2020 [Internet]. Montevideo: MSP;2017 [citado el 14 de agosto del 2020]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategiaintersectorial-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en>

asesoramiento, métodos anticonceptivos y servicios de reinserción escolar. Estos servicios están diseñados para ayudar a las madres jóvenes a continuar con sus estudios y su desarrollo personal durante el embarazo, además de evitar o postergar un segundo embarazo en tanto no hayan alcanzado sus metas educativas, laborales y personales. La tasa de segundo embarazo en adolescentes ha permanecido por debajo del 2% desde hace muchos años, y aproximadamente el 80% de las madres adolescentes que se han reintegrado al sistema educativo formal concluyen su educación secundaria. El modelo ha sido reproducido en otros países, como Granada, Saint Kitts y Nevis, Botsuana, Gambia y Kenia.

1.3. Embarazo adolescente en México y el Estado de México.

Janette: Me desconcertaba... Los cambios son varios, y como que no asimilas mucho que dejaste de ser niña cuando ya de repente vas a ser mamá, y todo es muy rápido... Era como una enredadera bastante grande.

En Villanueva, Robles y Galicia (2010)

De acuerdo con el Censo de Población 2020 el INEGI reporta que en México hay una población total de 126,014,024 habitantes, de los cuales 48,79% son hombres y 51,21% mujeres (64'540,634). El 17.26% (21'750 230) corresponde al grupo etario de 10 a 19 años, de éstos, el 49.35% son mujeres (10'733,920).

El Estado de México es la entidad con mayor número de habitantes en el país, 16'992,418 lo que representa el 13.48% de la población total, de los cuales 8'251,295 son hombres y 8'741,123 mujeres. En el Estado de México del total de la población 2'941,214 corresponden al grupo etario de 10 a 19 años de los cuales 1'453,307 son mujeres (49.41%

De acuerdo con proyecciones del CONAPO (2018), para el 2030, la tendencia de la población de 10 a 19 años²⁷ será decreciente, 2.8% para el país y 4.5% en el Estado de México, siendo un poco menor este decrecimiento en los hombres (2.7% y 4.2%) respecto a las mujeres (2.8% y 4.5%) a nivel nacional y estatal respectivamente. Como se observa este decrecimiento²⁸ es mayor en el Estado de México, respecto al país (igualmente, ver tabla 2).

Tabla 2

Proyección nacional de población de 10-14 y 15-19 años

AÑO	10-14 AÑOS			15-19 AÑOS		
	Mujeres	Hombres	TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
2020	5,457,130	5,655,589	11,112,719	5,452,680	5,619,968	11,072,648
2021	5,442,653	5,618,201	11,060,854	5,451,509	5,624,910	11,076,419
2022	5,429,335	5,627,263	11,056,598	5,446,970	5,623,888	11,070,858
2030	5,251,815	5,449,636	10,701,451	5,347,763	5,523,907	10,871,670

Fuente: Cálculos propios a partir de proyecciones de CONAPO (2018).

²⁷ Los datos de las proyecciones del CONAPO para 2020 concuerdan en un 98.6% y 97.5% respecto a los datos del Censo de población y Vivienda tanto a nivel nacional como estatal respectivamente, de ahí que algunas consideraciones que haremos respecto a los años 2021, 2022 y 2030, se basarán en esas proyecciones considerando un margen de error mínimo, ascendente o descendente, tanto para el datos de índole nacional (1.4%) y como del Estado de México (2.6%).

²⁸ Todos los datos fueron cálculos propios con base en las proyecciones del CONAPO.

Hay que destacar que la diferencia es mínima entre hombres y mujeres de los grupo etarios de 10-a 14 años y de 15 a 19 años en años recientes (2020 y 2021) y venideros (2022 y 2030, tanto al interior de cada grupo etario como entre ambos grupos en México (Tabla 2) y el Estado de México (Tabla 3).

Tabla 3*Proyección de población de 10-14 y 15-19 años en el Estado de México*

AÑO	10-14 AÑOS			15-19 AÑOS		
	Mujeres	Hombres	TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
2020	715,323	744,116	1,459,439	729,716	751,680	1,481,396
2021	711,256	740,667	1,451,923	728,216	751,525	1,479,741
2022	707,380	737,479	1,444,859	725,959	750,344	1,476,303
2030	684,316	708,560	1,392,876	695,504	724,642	1,420,146

Fuente: Cálculos propios a partir de proyecciones de CONAPO (2018).

Además de observar en ambos casos la tendencia decreciente, se muestra que para 2030 serán menos niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años que en la actualidad, lo cual da cuerpo a la pirámide poblacional que tenderá a agruparse gradualmente en mayor cantidad a partir de edades superiores a los 19 años, ello nos habla de una tendencia de envejecimiento de la población, y por supuesto mayor esperanza de vida (Tabla 4), donde, aun cuando no hay diferencia entre la esperanza de vida en México y en el Estado de México, ésta es y será mayor en las mujeres (79 vs 74 años) en cualquiera de los dos ámbitos.

Tabla 4*Esperanza de vida Nacional y en el Estado de México 2020-2022 y 2030.*

AÑO	Nacional			Estado de México		
	Mujeres	Hombres	TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
2020	78.28	72.37	75.23	77.81	73.12	75.48
2021	78.38	72.49	75.35	77.94	73.22	75.60
2022	78.52	72.62	75.49	78.09	73.34	75.73
2030	79.61	73.79	76.70	79.34	74.40	76.88

Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones de CONAPO (2018).

En ello va, igualmente, la contribución que se realice en materia de promoción del desarrollo humano en los jóvenes de nuestro país y el Estado de México y desde luego su implicación en la prevención del embarazo en niñas y adolescentes.

A que en ese sentido, encontramos que la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2018), arroja información que nos indica que la tasa de fecundidad en México era de 2.07 para 2018. Por grupo quinquenal, es de 70.6 por cada mil, en los sectores urbano la tasa se encontraba en 1.94 mientras que en el rural es de 2.51. Se identifica una disminución de 0.14 hijos respecto al valor en 2014 (2.21 hijos) y, una disminución de 6.4 puntos en la tasa de hijos por cada mil respecto a la tasa global de fecundidad en las localidades rurales, se situó en 2.81 y de 2.04 en localidades urbanas, lo que representa una disminución de 0.3 y 0.1 respectivamente comparado con 2018.

Según INMUJERES de los 2.0 millones de nacimientos registrados en 2019, el 16.6% (348,046) fueron de madres de menores de 20 años: 339,539 en adolescentes y 8,507 nacimientos en niñas menores de 15 años. En el 81.8% de los casos de madres menores de 20 años, se trataba de su primer hijo/a.

La tasa global de fecundidad en el Estado de México es de 1.82 (INEGI, 2018). Según datos del Sector Salud, en el año 2018 de los 156,757 nacimientos de madres entre 9 y 17 años, 146,450 correspondieron a adolescentes de 15 a 17 años, el resto a las menores de edad (GM, 2019). Según datos del COESPO (GEM, 2018) en el Estado de México, son madres al año, 4 de cada 100 mujeres adolescentes.

Considerando las proyecciones de la CONAPO podemos observar (Tabla 5), en primer lugar cómo desde 1950 hasta el 2021, la tasa específica de fecundidad adolescente en nuestro país ha disminuido en un 82 puntos (54.7% menos, en 70 años) y se espera que para 2030 y 2050 disminuya respecto al 2021, 8% y 15% respectivamente, los datos en el Estado de México son muy similares, salvo que para 2050 se consideran una disminución del 17%.

Como se puede observar la tasa global de fecundidad paso de casi 7 niños a 2, y la tendencia seguirá decreciendo hasta 2050 que se ubica en 1.7 en México y 1.55 en el Estado de México. Es claro con ello que el número de nacimientos seguirá disminuyendo.

Tabla 5

Tasa específica de fecundidad adolescente, tasa global y nacimientos en la República Mexicana y el Estado de México 1950-2050.

AÑO	República Mexicana			Estado de México		
	TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	NACIMIENTOS DE ADOLESCENTES	TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	NACIMIENTOS DE ADOLESCENTES
	1950	149.49	6.57	202465	ND	ND
1970	134.67	6.62	348999	124.01	6.34	25432
1975	130.07	5.88	414358	118.99	5.57	36739
2000	77.87	2.67	402829	74.14	2.43	51557
2015	74.33	2.18	405645	65.94	2.01	48279
2020	68.53	2.05	373661	62.39	1.89	45526
2021	67.69	2.03	369004	61.67	1.87	44908
2022	66.92	2.01	364537	61.02	1.85	44301
2030	62.24	1.88	332870	56.28	1.71	39142
2050	57.06	1.72	265410	51.02	1.55	29634

Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones de CONAPO (2018).

Por otro lado se consideró en este caso el dato de 2015 para contrastarlo respecto a la meta de la ENAPEA, donde se establece que para 2030 se disminuirá a 0 los nacimientos de niñas y adolescentes de 10 a 14 años y en un 50% en aquellas de 15 a 19.

Los datos disponibles de la proyección son solamente de la población entre 15-19 y en este caso podemos observar que manteniendo la tendencia natural, de 2015 a 2030 solamente se

disminuirá en un 23.2% a nivel nacional y 22.6% estatal. De hecho si consideramos la proyección a 2050 la disminución será mínima 15% y 24% respectivamente.

En todo caso según estas proyecciones, ambos están muy lejos de la meta establecida, de hecho de 2015 a 2021 solo se ha disminuido en un 9.8% en el país y 6.9% en el Estado de México, siguiendo esa tendencia de ninguna forma se alcanzará esta meta.

Por lo tanto, aun con todas las bondades, de la ENAPEA o precisamente por ellas, (ver siguiente apartado), o se fortalecen e intensifican las acciones de la misma, o se planteen metas realistas, o ambas cosas.

2. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)

2.1. Fundamento y características generales de la ENAPEA.

Afrontar... la Estrategia desde un abordaje holístico que integrara tanto la perspectiva de género como el enfoque de derechos, enmarcados en el contexto de desigualdades estructurales que viven las y los adolescentes en México, quienes, si bien son visibilizados como un grupo específico de población, deben ser reconocidos en toda su diversidad y con todas sus particulares experiencias y condiciones de vida.

Escalante (2016)

En México en 2015 se instrumentó la Estrategia Nacional para la Atención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en correspondencia con las propuestas de la Agenda 2030 y el Consenso de Montevideo, con el propósito de reducir el embarazo en adolescentes con absoluto respeto a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y a su vez contribuir significativamente a su prevención y atención y alineada a los objetivos, estrategias y líneas de acción de los principales instrumentos de planeación federales y estatales que orientan la acción de las 13 dependencias que participan en el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA).

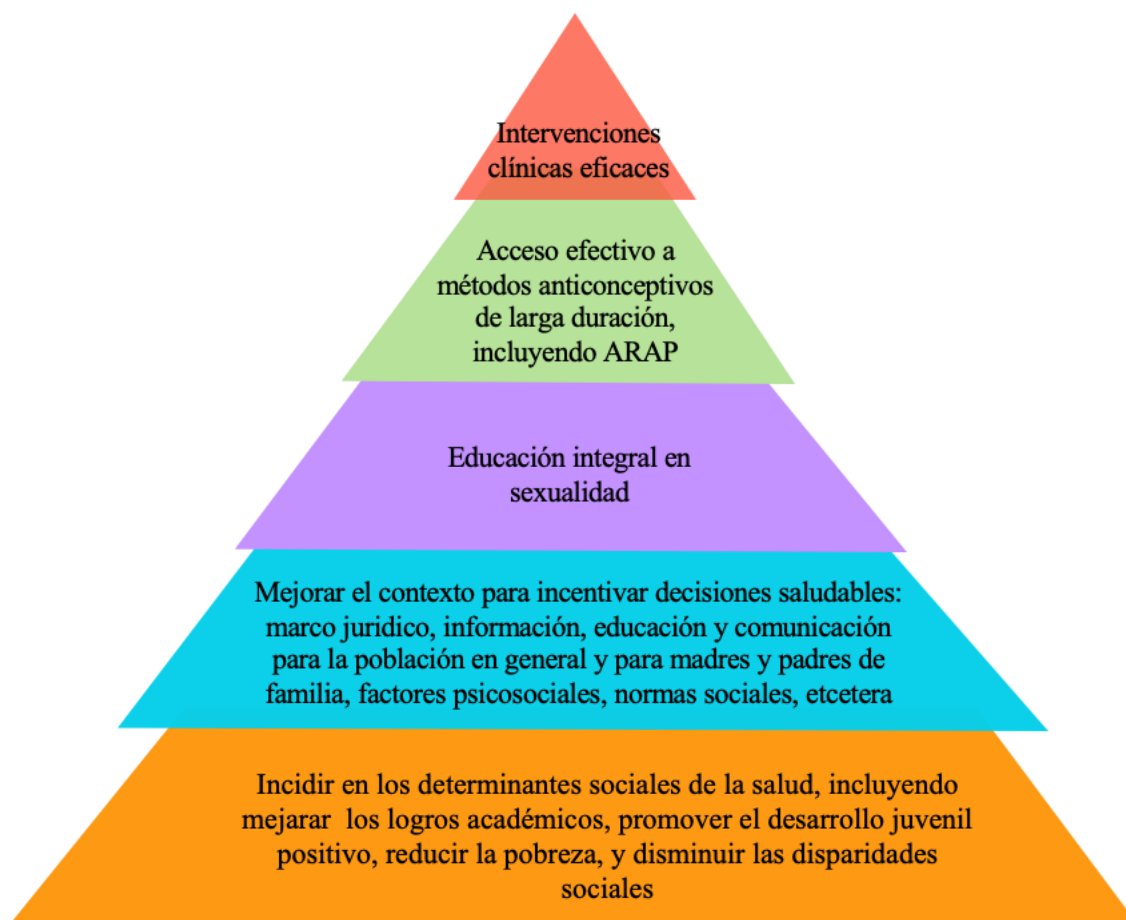
El marco conceptual de la ENAPEA surge de cuatro referencias: 1) el diagnóstico situacional y de salud; 2) la pirámide de impacto sobre la salud, 3) el modelo socio-ecológico de comportamiento de salud del adolescente, y 4) el modelo ecológico de factores determinantes del embarazo en adolescentes de UNFPA.

El diagnóstico situacional sentó las bases del documento original de la ENAPEA y la pirámide de impacto sobre la salud reconoce que la salud pública es el resultado de muchos factores más allá de la atención clínica y se adaptó para la prevención del embarazo en adolescentes (figura 2).

En la base se encuentran determinantes sociales para el desarrollo adolescente y juvenil; seguidos por, los factores que facilitan la toma de decisiones apropiadas para la salud; la educación integral en sexualidad; métodos anticonceptivos que dan protección de larga duración y finalmente, las intervenciones clínicas eficaces, que como se puede observar más adelante constituyen los referentes de base de los diversos componentes de la ENAPEA.

Figura 2

Pirámide de impacto sobre la salud



Fuente: Tomada de Gobierno de la República. ENAPEA

Por otro lado, el modelo socio-ecológico de comportamiento de salud adolescente distingue factores estructurales que corresponden a los de la base de la pirámide y factores ecológicos, y el modelo ecológico de los factores determinantes del embarazo en adolescentes distingue seis niveles: nacional, entidad federativa, comunitario, escuela y los pares, familias y lo individual (para mayor detalle ver tabla 6).

Tabla 6

Modelos socio-ecológico y ecológico.

Modelo socio-ecológico de salud del adolescente					
Factores estructurales			Factores ecológicos		
<ul style="list-style-type: none"> ● Justicia y desigualdad ● Estrato económico ● Etnicidad ● Género ● Pobreza ● Exclusión social 			<ul style="list-style-type: none"> ● Entorno físico y social, y sus cambios. ● Dinámica relacional, en familias, pares y parejas ● Factores individuales: psicológicos, cognitivos y de preferencias e intereses 		
Modelo ecológico de los factores determinantes del embarazo en adolescentes					
Nacional	Entidad federativa	Comunidad	Escuela y los pares	Familias	Lo individual
Leyes relacionadas con el matrimonio infantil, la violencia de género y el acceso de las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos	Factores relacionados con las políticas públicas, el manejo de programas y servicios y la promoción, a nivel municipal, la modificación de la normatividad en torno a los bandos de buen gobierno y la gestión de programas dirigidos a mejorar el entorno habilitante	Actitudes sobre las niñas, la sexualidad y el acceso a métodos	Expectativas de las madres y los padres relacionadas con la educación y el matrimonio	Obstáculos para asistir a la escuela, la falta de acceso a una educación integral en sexualidad, la presión de grupo, los roles de género	Edad de pubertad e inicio de la vida sexual y los roles de género internalizados

De esta forma, se planteó como objetivo general de la ENAPEA, reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

Para dar cumplimiento del objetivo de la ENAPEA se plantearon un Fin y Propósito, se definieron seis componentes principales y tres componentes transversales, 16 subcomponentes (Tabla 7), y actualmente cuenta con 53 indicadores que permiten monitorear y evaluar su instrumentación (ver Figura 3).

Tabla 7

Componentes y subcomponentes de la ENAPEA.

Componentes	Subcomponentes 2019
1. Educación inclusiva, integral y flexible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planes, programas y materiales educativos ajustados con el currículo educativo actualizado y agentes educativos y sociales capacitados garantizando procesos de aprendizaje con enfoque en competencias y énfasis en habilidades para la vida. 2. Regularización y reincorporación escolar de niñas, niños y adolescentes garantizada mediante modalidades escolares para que la escuela continúe siendo una prioridad en su proyecto de vida. 3. Apoyos otorgados para la inclusión, continuación y conclusión de los estudios para reducir las barreras que elevan los costos de asistir a la escuela.
2. Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidades de niñas, niños y adolescentes fortalecidas para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de Educación Integral en Sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares. 2. Procesos permanentes de capacitación y formación garantizados al personal docente en la enseñanza de contenidos de Educación Integral en Sexualidad. 3. Escuelas vinculadas con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la Educación Integral en Sexualidad y el fomento del liderazgo y la ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.
3. Oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas duales de estudio y trabajo, como programas de capacitación para el empleo y autoempleo de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México fortalecidos, ampliados y promocionados
4. Entorno habilitante.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Barreras legales, culturales e institucionales eliminadas para garantizar los Derechos Humanos que amparan la protección contra la violencia sexual y reproductiva, como la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para niñas, niños y adolescentes. 2. Estrategia de comunicación para la promoción de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes diseñada e implementada para prevenir el embarazo adolescente en un marco de igualdad de género y con visión intercultural. 3. Proyectos de investigación financiados para generar evidencia de modelos efectivos y novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en niñas y adolescentes.
5. Servicios de salud amigables, resolutivos, inclusivos y versátiles.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condiciones institucionales y entorno habilitante asegurados para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos a niñas, niños y adolescentes, incluyendo los ARAP, con especial énfasis en el marco normativo y regulatorio, y la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud. 2. Acciones de mercadeo social promovidas con niñas, niños y adolescentes de los servicios disponibles de SSR amigables, con énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos en aquellos grupos en condiciones de desventaja social, por los canales y vías adecuados con apoyo de IMSS-BIENESTAR (utilizando las Tics). 3. Servicios amigables para adolescentes mejorados, ampliados y adecuados, asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva para niñas, niños y adolescentes, según los criterios de la OMS y la normatividad nacional. 4. Disponibilidad de los métodos anticonceptivos garantizada para niñas, niños y adolescentes en todas las unidades de salud, así como estrategias novedosas exploradas e incorporadas para la oferta y el suministro de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, por medio de diferentes esquemas de provisión de fijos o itinerantes, dentro y fuera de las instituciones de salud. 5. Embarazos subsiguientes en madres niñas y adolescentes prevenidos mediante la oferta de educación sexual integral y métodos anticonceptivos en los diferentes momentos que se tiene contacto con ellas; éstos incluyen: la consulta prenatal, parto, puerperio y control del niño sano, con énfasis en la erradicación de la discriminación y estigmatización, así como de la violencia obstétrica.
6. Prevención y atención de la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones de identificación y atención oportuna de los casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes fortalecidas, con especial atención en las zonas rurales, indígenas, urbanas marginadas, de contexto migrante y en municipios priorizados en los programas nacionales de prevención y atención de la violencia y el delito.

Fuente: elaboración propia con información de la RNAPEA

El Fin de la ENAPEA es contribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las y los adolescentes mexicanos para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna mediante la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes.

El propósito es reducir los embarazos en niñas y adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Figura 3

Matriz de marco lógico para la prevención del embarazo en adolescentes²⁹



Fuente: Secretaría General Del Consejo Nacional De Población (2021)

Componente 1: Tiene como intención generar oportunidades educativas en México para niñas, niños y adolescentes, ampliadas en todos los niveles educativos, de gestión pública con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano.

Componente 2: Otorgar educación integral en sexualidad desde la infancia que favorece la adquisición gradual, desarrollo, manejo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Componente 3: Ampliar las oportunidades laborales de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México, que les permitan un ingreso suficiente para una vida

²⁹ Actualmente el componente 3 se refiere a la perspectiva de derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos. Los 16 subcomponentes solo se emplean de referencia y están vinculados directamente a los indicadores correspondientes del componente principal. Actualmente en el Sistema de Indicadores para Monitoreo y Seguimiento de la ENAPEA sólo se contempla, en los metadatos siete de los 16. Así mismo los componentes transversales se ven reflejados en las especificaciones, tanto de los objetivos de cada componente principal como en el tipo de desagregación de los indicadores.

sin carencias, asegurando que concluyan la educación obligatoria y buscando sinergias con estrategias similares y participación social.

Componente 4: Promover un entorno legal, social y regulatorio habilitante bajo un esquema de participación social que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de niñas, niños y adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva.

Componente 5: Garantizar los servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población 10-19 años, en apego a la normatividad; además se incrementa la demanda fomentando la participación social y se asegura el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP) para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.

Componente 6: Fortalecer y homologar el marco legal en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia sexual y reproductiva contra niñas, niños y adolescentes, derechos humanos garantizados que amparan la protección contra la violencia sexual y reproductiva, y acciones de difusión de derechos sexuales y reproductivos ampliadas, fomentando la participación de niñas, niños y adolescentes.

Debemos destacar que se realizó un análisis comparativo de los componentes de la ENAPEA (anexo 1) en donde se señalan cambios cualitativos a partir de 2018, algunos de ellos impactan de manera significativa; es el caso de la aparición de subcomponentes por cada componente y la eliminación de tres subcomponentes relacionados con los servicios de orientación y asesoría laboral, los subsidios otorgados a empresarios formales y las acciones de protección y restitución de derechos de las niñas, los niños y adolescentes, los cuales en el informe del 2019 (ya no aparecen igualmente, se redujo de 63 indicadores a 53 que son en la actualidad (aun cuando aparecen 54 en el Sistema de Indicadores para el Monitoreo y Seguimiento de la ENAPEA).

Por otro lado, de los 53 indicadores reportados por diversas instituciones responsables de los temas, el 77% tiene cobertura nacional y estatal, y el resto únicamente nacional. Asimismo, alrededor del 40 por ciento de los indicadores tienen desagregación por tamaño de localidad (rural/urbano) y solamente en el 24 por ciento es posible identificar a la población en condición de habla de lengua indígena.

2.2. Alineación de la ENAPEA con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y el Índice de Desarrollo Humano del PNUD.

*No dejar a nadie atrás, transformar el mundo...de,
por y a partir de las niñas, niños y adolescentes de
hoy.*

Como hemos visto el problema del embarazo adolescente no es un problema local, sino corresponde a una problemática global, que particularmente tanto en la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, existen referentes que permiten dar cuenta de preocupaciones de índole mundial respecto al embarazo adolescente, y algunos de los indicadores que de forma general tienden a ser factores asociados a la problemática del embarazo y por supuesto con las acciones para su atención, coincidentes con las emprendidas a través de la ENAPEA en nuestro país.

Ya hemos señalado que la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su meta 3.7 se reconoce la necesidad de acceso universal de servicios de salud sexual y reproductiva con la finalidad de disminuir las tasas de embarazo adolescente. Asimismo, en los compromisos suscritos en el Consenso de Montevideo niñas, niños, adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, hace un llamado a proteger sus derechos, a tener control y decidir sobre su salud sexual y reproductiva, a la educación integral de la sexualidad, y a tomar medidas para prevenir el embarazo adolescente, que del mismo modo en los Capítulos B y D se señalan derechos y necesidades de niños, niñas y adolescentes y el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, vinculados directamente con el embarazo adolescente.

Por otro lado, con base en la importancia que se le da en la ENAPEA al Desarrollo Humano de niños, niñas y adolescentes y en virtud de fortalecer la estrategia en ese tenor, consideramos que el Índice de Desarrollo Humano que año con año reporta el PNUD se relaciona directamente con esa pretensión.

Por lo tanto procederemos a mostrar la alineación que existe entre estos tres instrumentos, con la ENAPEA, estrategia que responde claramente a una solución local pensada globalmente. La alineación responde a la necesidad de articular y orientar con altura de miras la estrategia. Del mismo modo este es un paso para la identificación de áreas de oportunidad que enriquezcan y permitan actualizar, si fuera el caso, algunos elementos de la estrategia.

Esta alineación se hace de manera detallada en relación con cada uno de los componentes de los instrumentos. Consideramos que se profundiza aún más en esta alineación respecto a ejercicios previos y se muestran las fortalezas de la ENAPEA.

Se contrastaron la estructura y diversos componentes entre sí y se comentan sucintamente algunas implicaciones de los resultados de esta articulación y armonización.

Comenzamos por describir los componentes de cada uno de estos instrumentos. Como ya hemos visto, la ENAPEA está compuesta por un Fin, un Propósito 6 componentes y 53 indicadores, (tabla 8)

Tabla 8

Elementos constitutivos de la Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible; Consenso de Montevideo; Índice de Desarrollo Humano y la ENAPEA.

ENAPEA	Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	Índice de Desarrollo Humano PNUD
Fin.	17 objetivos,	10 Capítulos (objetivos)	3 capacidades 4 Indicadores
Propósito.	169 Metas	108 Acuerdos-Medidas prioritarias	
6 componentes principales	244 Indicadores	140 Indicadores	
7 subcomponentes			
3 Componentes Transversales			
53 indicadores			
Fin [1-I]	1. Fin de la Pobreza [7-M] [14-I]	A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos [6-A/MP] [25-I]	1. Salud [1-I]
Propósito [5-I]	2. Hambre Cero [8-M] [13-I]	B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes [11-A/MP] [18-I]	2. Educación [2-I]
1. Educación [8-I]	3. Salud y Bienestar [13-M] [27-I]	C. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos [15-A/MP] [8-I]	3. Ingreso [1-I]
2. Educación Integral de la Sexualidad [5-I]	4. Educación y Calidad [10-M] [11-I]	D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva [14-A/MP] [23-I]	
3. Oportunidades Laborales [13 I]	5. Igualdad de Género [9-M] [14-I]	E. Igualdad de género [19-A/MP] [17-I]	
4. Entrono Habilitante [4-]	6. Agua Limpia y Saneamiento [8-M] [11-I]	F. La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes [10-A/MP] [9-I]	
5. Servicios de salud Amigables [11-I]	7. Energía Asequible y No contaminante [5-M] [6-I]	G. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad [9-A/MP] [16-I]	
6. Violencia Sexual [15-I]	8. Trabajo Decente y Crecimiento económico [12-M] [17-I]	H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos [7-A/MP] [16-I]	
CT1. Perspectiva de género	9. Industria Innovación e Infraestructura [8-M] [12-I]	I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial [7-A/MP] [8-I]	
CT2. Derechos humanos	10. Reducción de las Desigualdades [10-M] [11-I]	J. Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo [10-A/MP]	
CT3. Interculturalidad	11. Ciudades y Comunidades Sostenibles [10-M] [15-I]		
	12. Producción y consumo Responsables [11-M] [13-I]		

13.	Acción por el Clima [5-M] [8-I]
14.	Vida Submarina [10-M] [10-I]
15.	Vida de Ecosistemas terrestres [12-M] [14-I]
16.	Paz, Justicia e Instituciones Sólidas [12-M] [23-I]
17.	Alianzas para lograr los Objetivos [19-M] [25-I]

La agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible, se estructura por 17 objetivos, 169 metas, el Consenso de Montevideo 10 capítulos-objetivos, 108 acuerdos-medidas prioritarias. El índice de Desarrollo Humano solamente cuenta con tres capacidades y cuatro indicadores.

A partir del primer corte de análisis correspondiente a los componentes estructurales encontramos que la ENAPEA se encuentra alineada con nueve Objetivos de Desarrollo Sostenible (53%), Seis capítulos del Consenso de Montevideo (66) y uno del Índice de Desarrollo Humano (33%)(tabla 9). Dentro de los cuales el Fin de la ENAPEA se relaciona directamente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1. Fin de la Pobreza y 2 Hambre Cero y Del Consenso de Montevideo con el capítulo A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos; El Propósito de la ENAPEA con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3. Salud y Bienestar, 6. Agua Limpia y Saneamiento y 7. Energía Asequible y no Contaminante y del Consenso de Montevideo con el capítulo B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes;

Tabla 9

Componentes estructurales de la Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Consenso de Montevideo e Índice de desarrollo Humano

ENAPEA	Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	Índice de Desarrollo Humano PNUD
Fin	1 Fin de la Pobreza	A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos	2. Educación
Propósito	2 Hambre Cero	B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes	
1 Educación	3 Salud y Bienestar	D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva	
2 Educación Integral de la Sexualidad	4 Educación y Calidad	E. Igualdad de género	
3 Oportunidades Laborales	5 Igualdad de Género	H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derecho	
4 Entorno Habilitante	6 Agua Limpia y Saneamiento	I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial	
5 Servicios de salud Amigables	7 Energía Asequible y No contaminante		
6 Violencia Sexual	8 Trabajo Decente y Crecimiento económico		
	16 Paz, Justicia e Instituciones Sólidas		
8/8	9/17	6/9	1/3

Los componentes 1. Educación y 2. Educación Integral de la Sexualidad se alinean con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4. Educación Calidad y el Capítulo D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva del Consenso de Montevideo y la capacidad 2 del Índice de Desarrollo Humano; Finalmente, los componentes 3. Oportunidades Laborales, 4. Entorno Habilitante, y Servicios de Salud Amigables y 6. Violencia Sexual, están alineados con los objetivos de Desarrollo Sostenible 5. Igualdad de Género, 8. Trabajo Decente y Crecimiento Económico y 16. Paz Justicia e Instituciones Sólidas, mientras que lo hace con los capítulos E. Igualdad de Género, H. Pueblos Indígenas, Interculturalidad y Derecho e I. Afrodescendientes Derechos y Combate al Racismo y Discriminación.

En relación con elementos específicos encontramos que se encuentran alineados el fin, propósito y componentes de la ENAPEA con 33 (14% de indicadores) metas e indicadores de la Agenda 2030 (14 con el fin; una en relación con el propósito; cinco con el componente 1; una con el componente 2; cinco con el componente 3; nueve con el componente 4; cuatro con el componente 5 y cinco con el componente 6); 41 (29% de indicadores) Capítulos e indicadores del Consenso de Montevideo (seis con el fin; cuatro en relación con el propósito; cinco con el componente 1; cuatro con el componente 2; cuatro con el componente 3; tres con el componente 4; seis con el componente 5 y cuatro con el componente 6), finalmente con dos (50%) indicadores del Índice de Desarrollo Humano (tabla 10).

Tabla 10

Metas, capacidades, capítulos, medidas prioritarias e indicadores de la Agenda 2030, Consenso de Montevideo e Índice de Desarrollo Humano alineados con la ENAPEA.

ENAPEA	Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo		Índice de Desarrollo Humano PNUD
	Metas (1.1); Indicador (1.1.1)	Capítulo (A); Indicador (1)	Medida prioritaria (1.);	Capacidad (C2) Indicador (1)
Fin	1.1.1; 1.2.1, 1.2.2; 1.3.1; 1.4.1 2.1.1; 2.1.2; 3.8.1; 3.8.2; 6.1.1; 6.2.1; 7.1.1; 7.1.2; 11.1.1	A.1; A.2; A.3: A.4: A.6: A.9		
Propósito	3.7.2	B.10; B.13:B.15;B.18		
1. Educación	4.1.1: 4.3.1: 4.5.1; 4.6.1	B.5;B.16:B.6	11:13	C2.1 C2.2
2. Educación Integral de la Sexualidad	4.7.1	D.5: D7:D.17 B.9,	12; 20	
3. Oportunidades Laborales	5.4.1 8.7.1: 8.b.1	A.14 B.2 E.8: E.9		
4. Entorno Habilitante	1.b.1 5.1.1	D.22 H.9 L414	15: 33: 35: 57: 87: 95	
5. Servicios de salud Amigables	3.3.1:3.8.1: 3.b.3: 5.6.1	B.14 D.1; D.3; D.5	38:44	
6. Violencia Sexual	5.2.1; 5.2.2; 5.3.1: 16.1.3: 16.2.3	A.19 B.11; B1: E.12		
8/8	33/(169 metas): 244 indicadores	41/(10 capítulos: 100 Medidas prioritarias): 140 indicadores		2/4 indicadores

De estos indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Consenso de Montevideo, destacan de forma particular, por referirse a un indicador que se atiende como propósito en la ENAPEA y que muestra su alineación y articulación puntual con estos instrumentos:

1. El 3.7.2 *Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad* y el 5.3.1 *Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años y antes de cumplir los 18 años* de la Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible
2. El B.10 *Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad* (indicador 3.7.2 de los ODS), y el B.13 *Porcentaje de mujeres y de hombres de entre 20 y 24 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años (indicador 12.4 de la Guía operacional adaptado), desagregando tres categorías: antes de los 15 años, antes de los 18 años y antes de los 20 años*, del Consenso de Montevideo

Del mismo modo destacan los indicadores del Índice de Desarrollo Humano que se alinean con la ENAPEA, referidos a los C2. 1. Años Esperados de Escolaridad y C2. 2. Años promedio de escolaridad, que se alinean como indicadores proxy de la ENAPEA Eficiencia Terminal: Número de alumnos que egresan de un determinado nivel educativo en un ciclo escolar, por cada cien alumnos de la cohorte escolar inicial del mismo nivel. Permite conocer el número de alumnos que terminan un nivel educativo de manera regular o extemporáneamente y Tasa neta de escolarización: Número de alumnos en un nivel educativo al inicio del ciclo escolar del rango de edad típico correspondiente al nivel educativo, por cada cien en el mismo grupos de edad de la población.

Los demás indicadores corresponden a factores que están asociados a la medición del fin respecto niñas, niñas y adolescentes que se encuentran por arriba de la línea de bienestar y principalmente con aquellos que se asocian con esta finalidad y la de contribuir al desarrollo humano juvenil como elementos que contribuyen a la prevención del embarazo temprano y las acciones pertinentes para su prevención, así como los que impulsan la tendencia a mejores condiciones de bienestar de las niñas, niños y adolescentes (para mayor detalle de estos indicadores (ver anexo 2).

2.3. Análisis sistémico de la ENAPEA.

Todos empezamos en el “realismo ingenuo”, esto es, en la doctrina de que las cosas son lo que parecen. Suponemos que la hierba es verde, el hielo frío y las piedras duras. Pero el físico nos asegura que el verde de la hierba, el frío del hielo y la dureza de las piedras no son el verde, el frío y la dureza que conocemos a través de nuestra experiencia, sino algo totalmente diferente

Albert Einstein

Para el primer análisis se consideró como referente conceptual el modelo socio-ecológico propuesto en la ENAPEA enmarcado en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner que establece cuatro subsistemas interrelacionados, que conforman el sistema ecológico del fenómeno a estudiar (microsistema, endosistema, exosistema y macrosistema) que permiten ubicar qué tan distal (lejano) o proximal (cercano) está la influencia (causalidad-

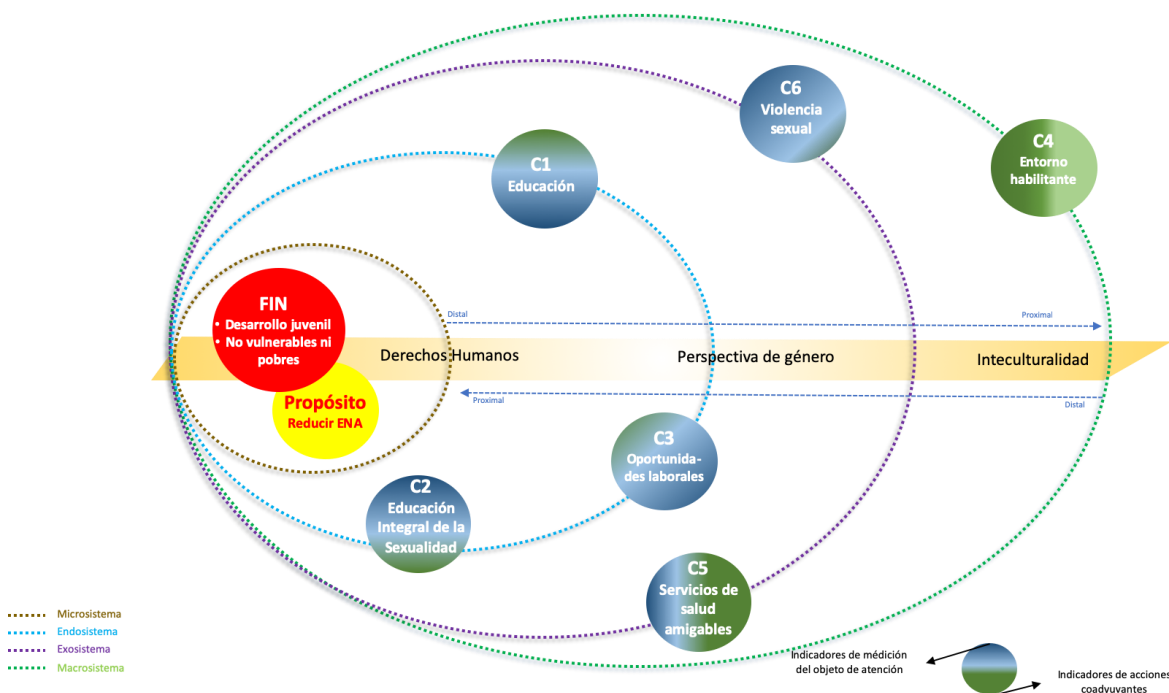
dependencia) del elemento analizado, tanto en su relación itersistémica (relación entre los cuatro subsistemas) como intrasistémica (relación entre los elementos de un subsistema).

En primer término se analizan el sistema ecológico de los elementos constitutivos de la ENAPEA [fin, propósitos y componentes (principales y transversales)].

En este caso el fin y propósito como los puntos de partida y llegada (microsistema) de la relación con los componentes que se consideran factores que influyen en el cumplimiento o no de los mismos (endo, exo y macrosistema), en donde encontramos que a mayor cercanía de subsistemas (proximal) su influencia es mayor y a la inversa, a mayor lejanía distal) su influencia es menor.

Figura 4

ENAPEA: Relaciones sistémicas entre Fin, Propósitos y Componentes



Como se puede observar son los componentes de educación, educación integral de la sexualidad y oportunidades laborales que se considera tienen una influencia mayor en el cumplimiento de los objetivos (proximales-están más cercanos al fin y propósito), tal como se señala en la literatura científica que incluso los incorpora como factores protectores de mayor impacto, por lo cual se ubicaron en el endosistema (ver anexo 3 de literatura revisada).

En este caso se puede asumir que la influencia mutua entre elementos de los subsistemas implicaría, por ejemplo, respecto a las niñas, niños y adolescentes, tendencias como: quienes asisten a la escuela y se embarazan aumentan su probabilidad de abandonar la escuela, y por ende el propósito y fin se ven afectados, aunque no se puede descartar la relación inversa que debe ser analizada. Se espera una tendencia diferencial que implicaría que a mayor educación (incluida la educación integral de la sexualidad por ejemplo) menores probabilidades de embarazarse y en consecuencia mayor probabilidad de alcanzar el fin y propósito de la

ENAPEA. Podría estar pasando con el componente de oportunidades laborales, así como su interrelación entre los tres componentes. Esto nos debe llevar a considerar acciones más intensivas y de calidad al respecto.

Lo mismo sucede con los componentes de violencia sexual y servicios amigables de salud ubicados en el exosistema, solamente que en este caso la distancia es un poco mayor respecto al fin y propósito, pero son próximos a los componentes del endosistema, esto genera otro tipo de condicionalidad, asociación y causalidad en las relaciones con el fin y propósito, es decir estos componentes potencian su influencia positiva (aumentar el bienestar y desarrollo y disminuir el embarazo adolescente) o negativa (aumentar el embarazo y disminuir el bienestar y desarrollo humano) si se encuentran asociados con alguno o algunos de los elementos del endosistema, por ejemplo a menor violencia sexual y mayor educación habrá menor probabilidad de embarazo y mayor de bienestar y desarrollo humano. Probabilidades que disminuirían enormemente si un elemento del exosistema (lo mismo sucedería con los del macrosistema) se considerara como factor determinante y aislado, omitiendo los correspondientes al endosistema, esto querría decir que por el solo hecho de contar con servicios de salud amigables aumentará el bienestar y desarrollo y disminuirán los embarazos en adolescentes, situación muy poco probable ya que la dinámica propia del subsistema exosistémico y del componente, en este caso servicios de salud amigables puede tener poca relación con la dinámica del microsistema y actuar independiente al mismo, por sólo citar un ejemplo.

Por otro lado, se encuentra el macrosistema, en el cual ubicamos el componente de entorno habilitante. Como se observa, en este caso la distancia es la más lejana de todos los subsistemas respecto al fin y propósito, aplica en este caso la asociación con los subsistemas intermedios respecto al microsistema con los cuales se debe articular para aumentar sus probabilidades de influencia, esto implicaría, por solo citar un ejemplo, que un entorno habilitante de calidad seguido por un sistema de salud amigable eficiente y una educación integral de la sexualidad aumentaría enormemente la probabilidad de éxito en el logro del fin y propósito de la ENAPEA. No sería así si se considera aisladamente respecto a su influencia e impacto en el fin y objetivo, esto equivaldría a decir que por que tenemos leyes y una estrategia formalmente buena el fin y propósitos se van a alcanzar, eso se ubicaría casi en una forma de pensamiento mágico.

Como se puede observar a partir del exosistema su influencia está mediada en mayor o menor medida por diversos elementos de subsistemas más cercanos al propósito y fin.

Por otro lado, la complejidad es mayor si tomamos en cuenta los componentes transversales que en esencia desempeñan el papel de articuladores de este entramado complejo de relaciones, sin ellos, los resultados carecerían de un significado unificado, vinculado a la ideología (creencias, actitudes, comportamientos y valores) implicada en la perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad, por lo que, indudablemente deberán estar presentes en cualquiera de los planteamientos correspondientes a los componentes de cada subsistema, de ahí que la medición de los objetivos, metas e indicadores de los diversos componentes que orientan al sistema de la ENAPEA y que son objeto de atención (en el gráfico se resaltan en color azul en los diversos componentes y representan una mayor cantidad en casi todos ellos, salvo el de entorno habilitante), así como los que implican acciones e intervención directas (en el gráfico se resaltan de color verde y son los menos) deberán ser construidos con la filosofía propia en los componentes transversales.

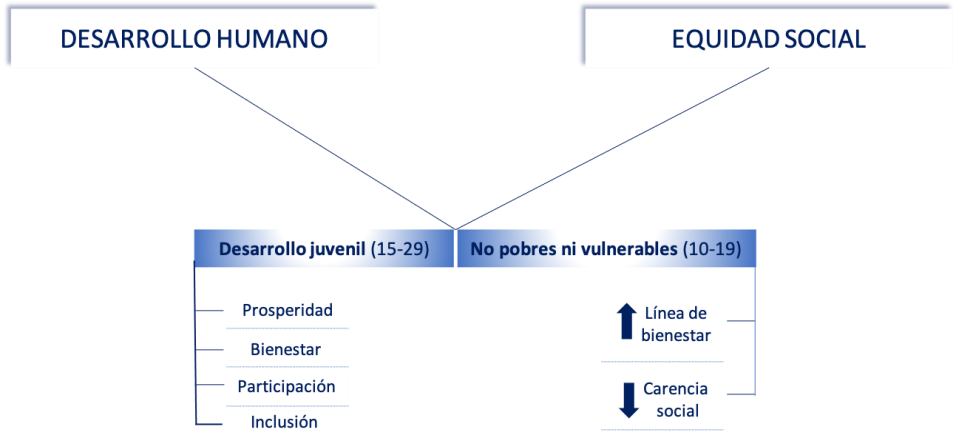
Visto en esta primera aproximación analítica, se fortalece la necesidad de desarrollar las acciones correspondientes de los diversos componentes de manera articulada, coordinada entre las diversas instancias encargadas, de lo contrario se disminuye la posibilidad de alcanzar el éxito de la ENAPEA. Sería muy costoso (en todos los sentidos) para la ENAPEA dejar que las cosas fluyan de manera “natural” e independiente y solamente medir la ocurrencia de los indicadores cualquiera que fuera su tendencia, sin impulsar fuertemente las acciones que pueden transformar esta tendencia “natural”. Con ello se podrían proponer políticas públicas más fuertes, sólidas, pertinentes y relevantes.

El fin es claro en su pretensión; contribuir al desarrollo humano y equidad para las y los jóvenes (15 a 29 años) y que se encuentren por arriba de la línea de bienestar (10 a 19 años) (Figura 5).

Aquí se observan dos aspectos que impactan en su logro, el primero puede conducir a situaciones de parcialidad (y en consecuencia de discriminación) y el segundo que, al carecer de referentes asociados directamente con los componentes principales de la ENAPEA (ver definiciones y características puntuales de los indicadores) pueden ser mediciones dependientes de ésta.

Figura 5

Fin de la ENAPEA



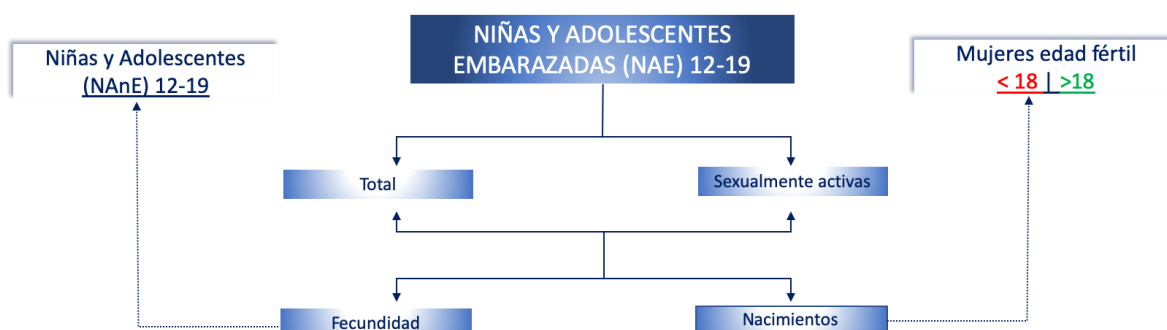
En el primer caso falta la medición de desarrollo juvenil de quienes se ubican entre los 10 y los 15 años. Se hace necesario que se cuente con información al respecto. En el segundo caso tanto el desarrollo juvenil como los no pobres ni vulnerables que son indicadores que se miden por parte de las instituciones responsables, podrían ser monitoreados incluso independientemente de los que se hace en el marco de la ENAPEA (como al parecer ya lo hacen en esas instituciones) con lo cual haría innecesaria la estrategia al respecto, por lo que es recomendable que tales indicadores se vinculen claramente con los objetivos de la ENAPEA.

Respecto al propósito (figura 6) reducción del embarazo adolescente, se ve plasmado en que las mujeres en edad fértil menores de 18 años (asumimos que por la condición legal de

mayoría de edad, por que dejan fuera las de 19 que se ubican en el marco del rango de la que se establece para la ENAPEA) no se embaracen y como consecuencia se incremente la población de niñas y adolescentes (12-19) sin embarazarse (en este caso se deja fuera la medición de los menores de 10 a 12).

Figura 6

Propósito de la ENAPEA



Para ello se miden la totalidad de niñas y adolescentes embarazadas, sexualmente activas y por supuesto la fecundidad de las mismas y los nacimientos.

En general el propósito se ve equilibrado, sin embargo, valdría la pena analizar la precisión operacional de la medición de sus indicadores.

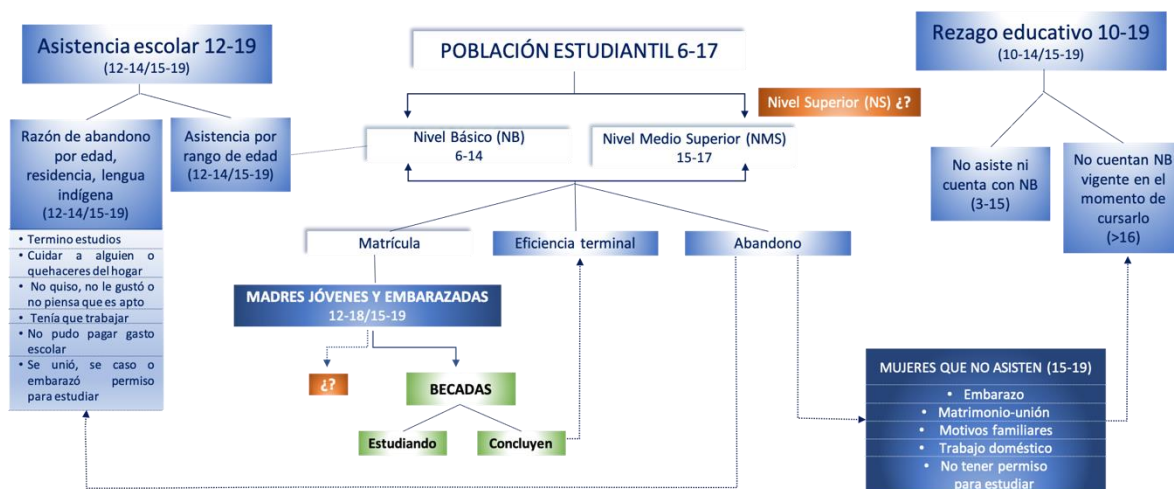
El componente 3 sobre educación (ver figura 7) comprende la medición de la mayor parte de las variables relevantes y sus posibles relaciones, respecto a la condición educativa de niñas, niños y adolescentes (asistencia escolar en el nivel básico y medio superior rezago educativo, abandono y sus variaciones de sus vertientes y madres jóvenes embarazadas que asisten a la escuela).

Sin embargo, en este caso una vez más se refleja el problema del rango de edad que se pretende medir (10 a 19 años), por un lado en asistencia escolar se omite la población de 10 a 12 años. Caso contrario en rezago educativo que se mide en nivel básico de 3 a 15 años siendo el corte de 10 a 15.

Se mide la variable mujeres que no asisten a la escuela en un rango de 15 a 19 años, omitiendo las de 10 a 15 y desagregando causas en las cuales no se diferencia de otras causas claramente, el embarazo y respecto de los matrimonio-unió útiles para los fines particulares de la ENAPEA. Lo mismo sucede en la medición de Razón de abandono donde no aparece el embarazo diferenciada de las otras en el momento del resultado final.

Figura 7

Componente 1: Educación



Por otro lado, se mide el nivel educativo de población estudiantil de 6 a 17, que implica, por un lado medir población de educación básica incluida toda la primaria, cuando se debe considerar la edad mínima de 10 que implicaría hacerlo a partir del tercer tercio de la educación primaria y toda la secundaria. En el extremo superior del rango de edad se considera solamente hasta los 17 años, cuando debiera tomarse en cuenta las de 18 y 19 que incluiría mediciones en los primeros años de la educación superior.

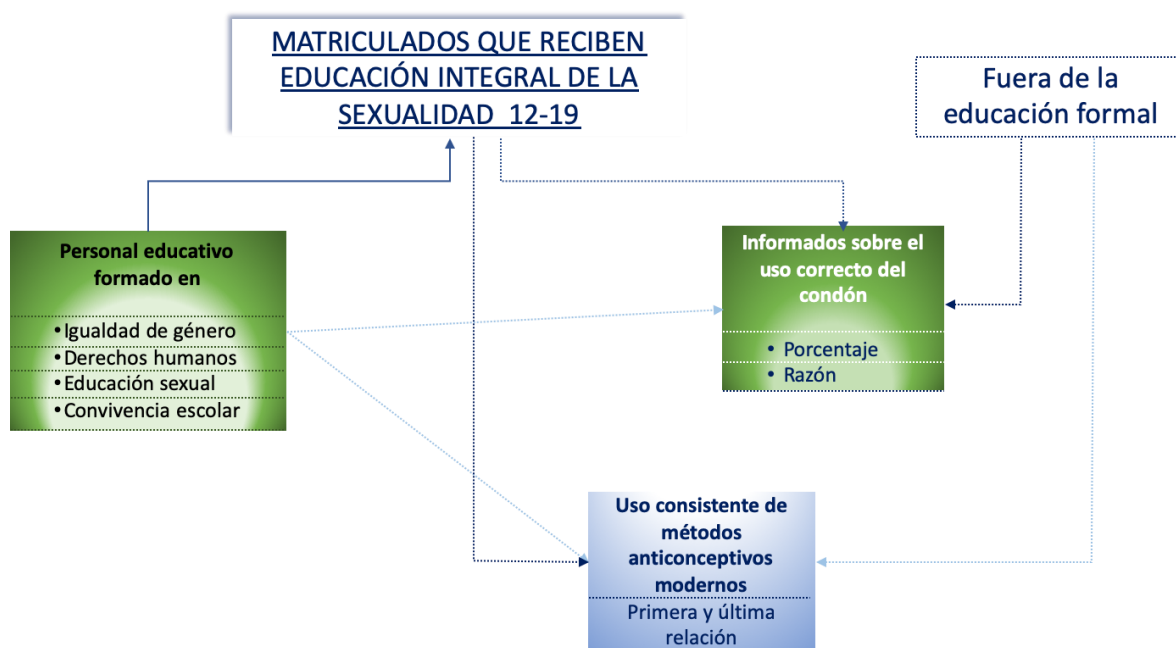
En relación con las mujeres, madres jóvenes y embarazadas, también omite a la población de 10 a 12 años y solamente se registran a quienes reciben beca, por lo que se carece de la información del total de madres jóvenes y embarazadas escolarizadas. En este último caso cabe destacar que se incorpora la medición de indicadores que implican acciones de apoyo a las madres jóvenes y embarazadas.

Asumimos que por las fuentes de información de donde se obtiene el dato de los indicadores, lleva a no contar con la información pertinente de la población de 10 a 19 años, sin embargo, es necesario se analicen mecanismos que permitan acercarse a mediciones de acuerdo con lo esperado con la finalidad de evitar sesgos que se desprenden de la información recabada.

El componente 2: Educación integral de la sexualidad (figura 8) integra indicadores correspondientes tanto a la medición de variables que son objeto de atención de la ENAPEA, como aquellos correspondientes a acciones que se llevan a cabo para la educación integral de la sexualidad.

Figura 8

Componente 2: Educación integral de la sexualidad



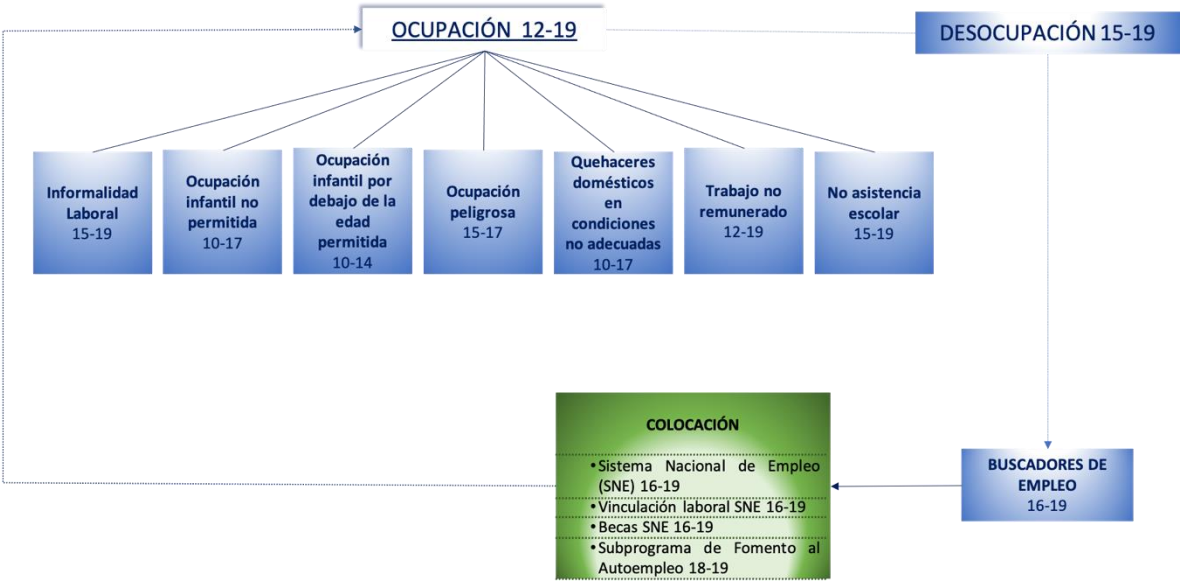
Una vez más se refleja el problema del rango de edad al omitir a la población de 10 a 12 y al igual que en el anterior caso, la información relacionada con las jóvenes embarazadas, no se ve reflejada. Valdría la pena analizar la medición de mujeres embarazadas y madres a temprana edad que recibieron educación integral de la sexualidad. Misma consideración en relación con valorar la factibilidad de medir cuántos recibieron educación sexual fuera de la escuela.

El componente 3, sobre oportunidades laborales se muestra bien equilibrado en relación con las variables relacionadas con la ocupación y desocupación de la población objetivo, incluida la relacionada con acciones de apoyo como es la colocación para el empleo (figura 9).

En todo caso, habría que considerar la posibilidad de su desagregación a partir de jóvenes embarazadas, madres y no embarazadas, que enriquecería el análisis vinculado directamente con el propósito de la ENAPEA.

Figura 9

Componente 3: oportunidades laborales



Los indicadores del componente 4 sobre entorno habilitante (figura 10) refieren acciones que se realizan por parte de diferentes instancias comprometidas con el objetivo de la ENAPEA, que aunque son de corte mutuamente excluyentes, muestran la prioridad de atención de la prevención del embarazo en niñas, niños y adolescentes.

Figura 10

Entorno habilitante

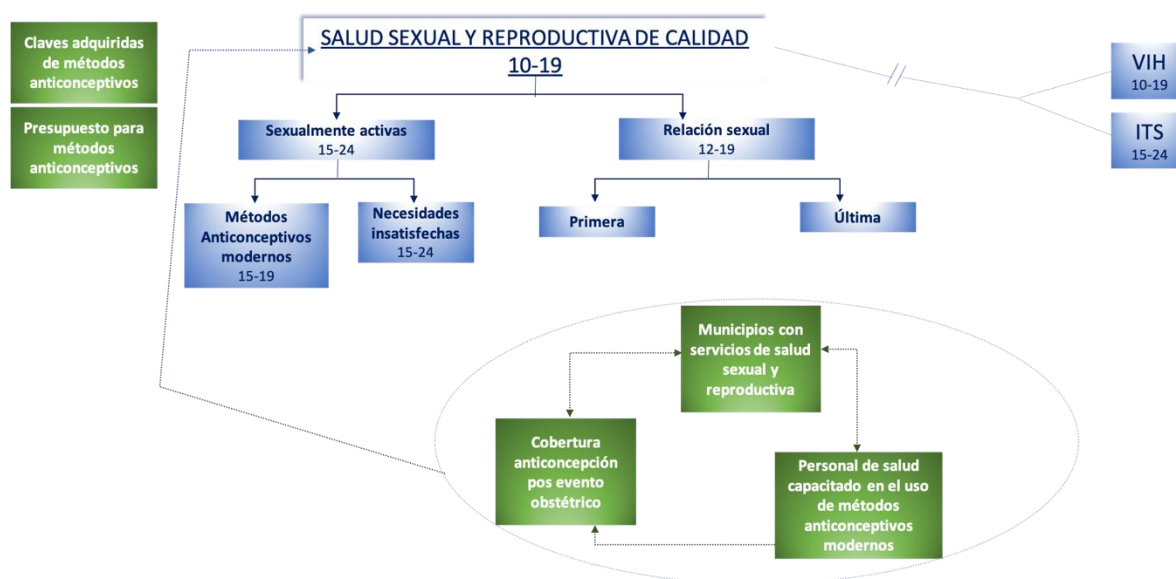


En este caso dando cuenta de algunas de las variables, habría que considerar la coordinación interinstitucional, derivada del entorno nacional y por entidad federativa, así como la gestión política adecuada para contar con la información de manera oportuna.

El componente 5, servicios de salud amigable presenta, tanto indicadores relacionados con acciones como de medición del objeto de atención (figura 11). Aun cuando se muestra una clara desconexión entre ellos miden los aspectos esenciales de este componente.

Figura 11

Componente 5. Servicios de salud amigables

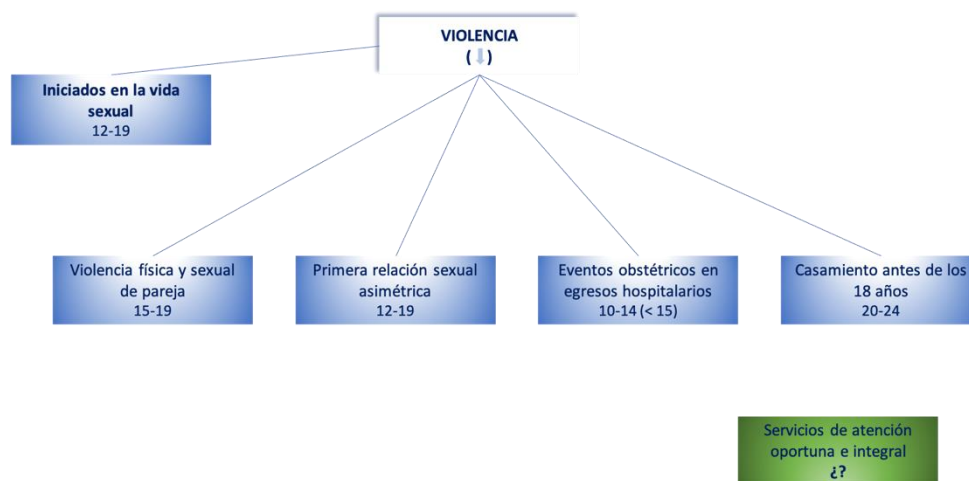


Es claro que se orienta hacia la prevención primaria y cuentan solamente con una medida de resultados adversos relacionados VIH o ITS y aquí una vez más, pondríamos a consideración la medida de mujeres jóvenes que recibieron información sobre salud sexual y reproductiva en los servicios de salud, pero que aún con ello se embarazaron.

En el componente 6 sobre violencia, se solicita información que mide variables que dan cuenta principalmente de la violencia física y sexual, eventos obstétricos y el maltrato derivado del matrimonio infantil. Asimismo se verifica información relacionada con información sobre la iniciación en la vida sexual (figura 12).

Figura 12

Componente 6. Violencia sexual



Sin embargo no se muestran indicadores que midan las acciones preventivas y/o correctivas de la violencia sexual. Se recomienda considerar la inclusión de indicadores relacionados con servicios de atención oportuna, así como medir, de ser posible, la recurrencia de la violencia en jóvenes madres y/o embarazadas.

Este primer análisis nos permite observar una primera aproximación modélica de la ENAPEA y de la cual se desprende la necesidad de considerar algunos ajustes en los criterios de su construcción (rango de edad, medición de acciones de intervención, medición situación correspondiente de las madres jóvenes y embarazadas cuando así proceda) así como la incorporación fundada sólidamente de indicadores que fortalezcan la estrategia.

Tomando en cuenta el modelo sistémico, los aspectos señalados anteriormente para ser atendidos en el fin y cada componente, permitirían de alguna forma mejorar la dinámica de operación y relaciones al interior de cada subsistema y a su vez permitirían una operación con mayor armonía de el sistema ecológico ENAPEA a través de la articulación sistémica.

2.4 Análisis de indicadores de la ENAPEA.

La ciencia es el padre del conocimiento, pero las opiniones son las que engendran la ignorancia.
Hipócrates

El segundo análisis se realizó de manera puntual sobre los indicadores y se llevó a cabo con base en los metadatos del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la ENAPEA³⁰. Se construyó una Matriz de Análisis (ver anexo 4) utilizando la metodología CREMA (claridad, relevancia, economía, monitoreable, adecuado y aportación marginal)³¹ con las variables de información del indicador: nombre, definición, método de cálculo, sentido del indicador,

³⁰ Consultado en: <http://indicadores.conapo.gob.mx/ENAPEA.html#>

³¹ Metodología para la aprobación de indicadores de los programas sociales, propuesta por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

desagregaciones disponibles, línea de base, metas, última medición disponible. Con la finalidad de determinar oportunidad y accesibilidad, vigencia, validez y confiabilidad

Este análisis nos llevó a localizar diversas particularidades que a continuación se detallan

Fin de la ENAPEA

El análisis muestra congruencia el interior de los dos indicadores, con la salvedad que el caso de bienestar juvenil la encuesta que nutre la información no se ha actualizado desde 2014, esto, aunado con lo que se señala en el análisis sistémico que podrían ser monitoreados independientemente de los que se hace en el marco de la ENAPEA, lleva a proponer el Índice de desarrollo humano que más adelante se detalla.

Propósito

Los indicadores relacionados con el propósito de la ENAPEA consideramos que deben permanecer dado que muestran consistencia en su proceso de medición, la única salvedad es la que se señala en el análisis sistémico donde se debe pensar en cuidar datos relacionados con el rango de edad establecido y precisión de causas por embarazo,

Componente 1. Educación.

De los ocho indicadores que integran el componente uno carece de línea base y ninguno tiene meta asignada para el periodo que comprende del 2018 al 2025, sin embargo 4 cuentan con meta 2030.

Llama la atención que el indicador: porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año, para el 2030 tienen asignada una meta menor a la línea base, lo que constituye un error técnico para su monitoreo.

Indicador. Abandono Escolar por nivel educativo y sexo. El indicador es sensible a flujos migratorios interestatales y a programas especiales para recuperar a las y los alumnos que suspenden temporalmente sus estudios, por lo que el indicador a nivel entidad federativa puede tener valores negativos.

Aunque es relevante considerar que el embarazo adolescente no es la única causa de deserción escolar.

Indicador. Tasa neta de escolarización (Porcentaje) (SEP) su difícil medición salvo que su alimentación se realice a partir de las bases de datos de la SEP por periodo.

Subcomponente. Regulación e incorporación escolar de niñas, niños y adolescentes garantizada mediante modalidades escolares para que la escuela continúe siendo una prioridad en su proyecto de vida.

Indicador. Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año. Carece de meta y su avance está sujeto a asignación presupuestal que tiende a la baja.

Componente 2. Educación integral de la sexualidad.

De los cinco indicadores todos cuentan con línea base, carece de definición de metas y reportan avance en función de su línea base. Únicamente dos cuentan con meta 2030.

Para el indicador “Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad” la meta 2030 es menor a la línea base para el Estado de México.

Para el indicador “Porcentaje del personal educativo de educación básica formados para la incorporación de las perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar en los ambientes de aprendizaje escolar (SEP)”, la línea base y la meta 2030 son iguales, lo que implicaría la no necesidad de acción alguna.

Componente 3. Oportunidades laborales.

De los 13 indicadores, el dato más actual de la línea base es 2016, lo que implica que los datos están desactualizados, lo cual propiciará reportes de avances aparentemente altos. Únicamente dos tienen meta para 2030.

Indicador. Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años. Carece de metas definidas sin embargo refiere un avance.

Componente 4. Entorno habilitante

De los cuatro indicadores, solo uno tiene línea base, uno con meta 2025 y dos más tienen meta 2030.

El indicador “índice de armonización legislativa nacional” presenta una inconsistencia relevante, pues la línea base (2017) en el Tablero (73.7%) es distinta que la de metadatos (66.7%).

Componente 5. Servicios de Salud Amigables.

De los 11 indicadores, únicamente dos tienen asignada la meta 2030.

Los indicadores “Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes” y “Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de anticonceptivos” se sugiere sean integrados en uno solo, debido a su similitud.

El indicador “Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos)” presenta una nula confiabilidad pues la información puede no ser accesible o confiable al no existir sistemas municipales que garanticen su alimentación.

El indicador “Cobertura de anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes” el nombre del indicador hace referencia a adolescentes, pero el método de cálculo no considera un rango de edad específico. El resultado no es preciso.

Componente 6. Violencia sexual.

De los cinco indicadores, dos cuentan con línea base y únicamente uno define la meta 2030.

El indicador “Tasa de eventos obstétricos en mujeres menores de 15 años” presenta para su monitoreo una *estimación* lo que dificulta su evaluación.

Observaciones generales:

Los indicadores definidos en cada uno de los componentes que carecen de metas presentan una dificultad *per se*, pues en ausencia de un parámetro definido su medición es arbitraria.

Los datos que dan soporte al sistema de monitoreo, en su mayoría, se encuentran desactualizados, resulta necesario y urgente su actualización a fin de contar con una línea base.

2.5. Clasificación, jerarquización y evaluación de indicadores y fuentes de información primaria y secundaria

Alguien podría ver un peñasco y exclamar: “¡un hombre!”, y quizá muestre luego a otra persona cómo es que ve un hombre en el peñasco.

Wittgenstein





Derivado de lo anterior se clasifican, jerarquizan y evalúan los indicadores y fuentes de información primaria y secundaria de la ENAPEA con base en lo cual se toma la decisión de dejar la mayor parte de ellos, sugerir la eliminación de algunos y se propone la incorporación de otros.

A la par, se identificaron los avances en el monitoreo específico del Estado de México (tabla7), donde es claramente visible que salvo los indicadores del fin de la ENAPEA, los demás (80 por ciento del total) no cuentan con información suficiente para su seguimiento.

La siguiente Tabla (11), presenta un resumen del análisis. Se muestra el porcentaje de indicadores que se distribuyen en las cuatro categorías disponibles:

Tabla 11.

Avance de los indicadores de la ENAPEA, Estado de México³²

<i>Nivel</i>	<i>Avances Indicadores</i>			
				
Fin	-	-	-	100%
Propósito	17%	33%	-	50%
Componente 1	25%	12.5%	12.5%	50%
Componente 2	-	-	20%	80%
Componente 3	-	-	-	100%
Componente 4	-	-	-	100%
Componente 5	9%	-	9%	82%
Componente 6	-	20%	-	80%

³² Los avances fueron calculados con base en el avance reportado en el sistema para el Estado de México, la línea base y las metas definidas. El cálculo del ratio de logro se semaforizó con base en:

Cuando se busca un valor inferior a la línea de base (sentido descendente): $(\text{Línea Base} - \text{Avance reportado}) / (\text{Línea base} - \text{Meta})$

Cuando se busca un valor superior a la línea de base (sentido ascendente): $(\text{Avance reportado} - \text{Línea Base}) / (\text{Meta} - \text{Línea Base})$

Cuando se busca mantener el valor de la línea de base (constante): $1 - ((\text{Línea Base} - \text{Avance reportado}) / \text{Línea Base})$.

Fuente: elaboración propia con base en el Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la ENAPEA

(1) *Rojo*: Tendencia contraria, (2) *Amarillo*: Avance cercano, (3) *Verde*: Tendencia correcta y (4) *Gris*: Falta de información.









Este análisis se realizó identificando los valores en el avance para el Estado de México, en aquellos componentes donde fuera posible, utilizando como herramientas el desglose por entidades federativas y con las encuestas y fuentes de información definidas.

De esta forma, la evolución en las dimensiones e indicadores, sugieren año con año, replantear las necesidades y formas de evaluación de este índice tomando en cuenta la realidad de las personas desde una óptica multidimensional, en consideración de las desigualdades y privaciones persistentes, entre las que se destacan factores como la pobreza y las cuestiones laborales y de género. Por ello, el enfoque plantea una interrelación de diversas mediciones.

Por otro lado, el resultado del análisis de los indicadores fue su semaforización (tabla 12) lo que nos permitió identificar aquellos que deben conservarse y los que pueden ser prescindibles. Lo anterior, considerando que el sistema de monitoreo debe ser factible para el seguimiento a nivel estatal, y deseable a nivel municipal. A la par, el sistema debe contener las mediciones tanto suficientes como necesarias para poder determinar y comprender los avances y las deficiencias de la Estrategia.

Tabla 12

Semáforo de análisis de indicadores ENAPEA

		Adecuado (verde)
		Eliminar (rojo)
Propósito: Se reducen los embarazos en niñas y adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos		
Razón de fecundidad en niñas de 10 - 14 años.		Se sugiere conservar
Tasa específica de fecundidad en niñas de 12 a 14 años.		Se sugiere conservar
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.		Se sugiere conservar
Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 que han estado embarazadas alguna vez		El indicador es relevante, pero es más adecuado el siguiente (que añade el elemento de haber iniciado vida sexual)
Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas		Se sugiere conservar
Porcentaje de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad		El indicador es relevante, pero es más informativa la tasa de fecundidad.

<p>Componente 1: Oportunidades educativas en México para niñas, niños y adolescentes ampliadas en todos los niveles educativos de gestión pública con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano.</p>		
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por rezago educativo.		Se sugiere conservar
Eficiencia terminal.		Se sugiere conservar
Abandono escolar por nivel educativo y sexo.		Indicador sensible a flujos migratorios interestatales y a programas especiales para recuperar alumnos(as) que suspenden temporalmente sus estudios; a nivel entidad federativa puede tener valores negativo
Tasa neta de escolarización (Porcentaje) (SEP)		No es tan relevante; indicador muy general, de fácil medición.
Distribución porcentual de la población por asistencia escolar (CONAPO)		Se sugiere conservar
Porcentaje de madres jóvenes y jóvenes embarazadas que reciben beca y permanecen en los servicios educativos de tipo básico, respecto al total que reciben beca en el mismo año.		La meta está sujeta a la asignación presupuestal para el Pp S243 Programa Nacional de Becas, específicamente para la "Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas"; la información del programa no parece estar disponible.
Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año.		Se sugiere conservar
Porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que concluyen el tipo educativo básico		Se sugiere conservar
<p>Componente 2: Se otorga educación integral en sexualidad desde la infancia que favorece la adquisición gradual, desarrollo, manejo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.</p>		
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años informados sobre el uso correcto del condón		Se sugiere conservar
Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años informadas sobre el uso correcto del condón con respecto a niños y hombres adolescentes informados sobre el uso correcto del condón*		Se sugiere conservar
Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años		Se sugiere conservar

Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad		Se sugiere conservar
Porcentaje del personal educativo de educación básica formados para la incorporación de las perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar en los ambientes de aprendizaje escolar (SEP)		Se sugiere conservar
Componente 3: Se amplían las oportunidades laborales de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México, que les permitan un ingreso suficiente para una vida sin carencias, asegurando que concluyan la educación obligatoria y buscando sinergias con estrategias similares y participación social.		
Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años		El indicador es relevante para el tema, pero no necesariamente para medir el avance hacia el Componente. Por esta misma razón no es adecuado.
Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años		Se sugiere conservarlo. A diferencia del anterior, este indicador permite medir el logro del Componente.
Tasa de no asistencia escolar de la población ocupada de 15 a 19 años		No es adecuado porque no contribuye a la medición del logro del Componente.
Tasa de ocupación infantil no permitida de la población de 10 a 17 años		Se sugiere conservar
Tasa de ocupación infantil por debajo de la edad mínima de la población de 10 a 14 años		Se sugiere conservar
Tasa de ocupación peligrosa de la población ocupada de 15 a 17 años		Se sugiere conservar
Tasa de quehaceres domésticos en condiciones no adecuadas para la población de 10 a 17 años		Se sugiere conservar
Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo.		Se sugiere conservar
Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron atención a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo), del Servicio Nacional de Empleo.		Es relevante, pero con lo anterior es suficiente. Asimismo, para el establecimiento de metas es necesario identificar a la población objetivo.
Tasa de colocación de buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron capacitación a través del Subprograma Bécate del Servicio Nacional de Empleo.		En el sistema se establece que no es posible establecer meta para este indicador.
Número de buscadores de empleo de 18 y 19 años apoyados a través del Subprograma Fomento al Autoempleo		Se sugiere conservar

Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto del número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio.		Se sugiere conservar
Promedio de horas del trabajo no remunerado de la población de 12 a 19 años		Se sugiere conservar
Componente 4: Se promueve un entorno legal, social y regulatorio habilitante bajo un esquema de participación social que favorezcan las decisiones libres, responsables e informadas de niñas, niños y adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva		
Índice de Priorización de GEPEA		Se sugiere conservarlo; sin embargo, aunque el indicador promueve la institucionalización, no aporta directamente al IEDHNA
Índice de Armonización legislativa nacional		Se sugiere conservar
Número de actividades o campañas realizadas por el CONAPO en los diferentes componentes de comunicación (planeación, producción, difusión y evaluación) de acuerdo al tipo de población atendida		La difusión es una actividad clave dentro del Componente. Sin embargo, se debe fortalecer la medición y explorar si es posible tener la información local.
Número de proyectos de coinversión apoyados que promueven acciones que inciden en la prevención del embarazo en adolescentes		El indicador promueve el entorno social y el apoyo a proyectos que inciden en la prevención del embarazo en la adolescencia. Sin embargo, se debe indagar por la desagregación estatal por parte de INDESOL.
Componente 5: Se garantizan los servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población de 10-19 años, en apego a la normatividad; además se incrementa la demanda fomentando la participación social y se asegura el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP) para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad		
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes		Es un indicador estratégico, y mide el uso en la primera relación sexual. Sin embargo, el indicador del Componente 2 está más completo (mide primera y última relación sexual)
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12-19 años en la última relación sexual		Es un indicador estratégico, y mide el uso en la última relación sexual. Sin embargo, el indicador del Componente 2 está más completo (mide primera y última relación sexual)
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos		El rango de edad es hasta 24 años, por lo que no se considera adecuado para embarazo adolescente.
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de anticonceptivos		Se sugiere conservar

Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos)		Se sugiere conservar, ya que es un indicador interesante para el cumplimiento del Propósito, pero hay que considerar la confiabilidad de las fuentes de información.
Incidencia registrada de ITS en población de 10 a 19 años de edad		Se sugiere conservar
Incidencia de VIH en la población de 15 a 24 años de edad		Se sugiere conservar
Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes		Se sugiere conservar
Cobertura de anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes.		El nombre del indicador dice que es en adolescentes, pero el método de cálculo no considera un rango de edad específico.
Número de claves adquiridas de métodos anticonceptivos por institución.		Se sugiere conservar
Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos		Se sugiere conservar

Componente 6: Se amplían las selecciones para la identificación temprana de la violencia sexual contra las niñas, niños y adolescentes y se implementan servicios para su atención oportuna e integral

Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (12-19 años) que iniciaron vida sexual		El indicador es relevante porque brinda información para dimensionar la población potencial de la Estrategia. Sin embargo, no es claro el resultado en el que se quiere incidir.
Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses.		Se sugiere conservar
Porcentaje de adolescentes con primera relación sexual asimétrica.		Se sugiere conservar
Tasa de eventos obstétricos en mujeres menores de 15 años de edad.		Se sugiere conservar
Proporción de mujeres entre 20 y 24 años de edad que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años		El indicador es relevante para el Componente y para el Propósito; pero no se puede monitorear porque no hay claridad en la definición de metas.

En resumen, se sugiere conservar el 72 por ciento de los indicadores actuales, y definir las metas que se esperan alcanzar a partir de 2022 hasta 2030, con énfasis en las mediciones tanto a nivel estatal como municipal, donde sea al caso. Para la definición de las metas se pueden analizar las mediciones históricas, así como buscar referentes nacionales e internacionales que permitan determinar el tipo de alcance que se espera lograr.

Cabe mencionar que adicionalmente, como parte del análisis se llevó a cabo una revisión documental del monitoreo y seguimiento realizado a nivel estatal en cada una de las entidades federativas. En general, cada Estado presenta sus informes de seguimiento con las acciones realizadas, sin embargo, en la mayoría de los documentos públicos no es posible identificar los avances de los indicadores establecidos para su estado. No obstante, las acciones, programas y estrategias reportadas sirven también de base para analizar el sistema de indicadores en su conjunto.

2.6. Análisis de indicadores de la ENAPEA.

Pero una cosa fue desearlo, pensarlo, plantearlo, y otra llevarlo a cabo.

S. Segovia

Derivado de las diversas etapas de análisis antes descritas, se sugiere adicionar al sistema de monitoreo los indicadores que se presentan a continuación en la Tabla 9; para complementar aquellos que se sugiere mantener. Los metadatos de los indicadores propuestos se presentan en el (Anexo 13).

Tabla 13.

Propuesta de Indicadores Adicionales

Componente	Nombre del indicador	Definición del indicador	Fuentes de Información
Propósito	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de zonas rurales que han estado embarazadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de zonas rurales que declaran haber estado embarazadas alguna vez	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Propósito	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición migrante que han estado embarazadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición migrante que declaran haber estado embarazadas alguna vez	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Propósito	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición de habla de lengua indígena que han estado embarazadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición de habla de lengua indígena que declaran haber estado embarazadas alguna vez	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Componente 2	Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que reportó haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien él utiliza condón o métodos tradicionales	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Componente 4	Unidades municipales relacionadas con GEPEA	Número de municipios con instancias locales similares a los GEPEA instaladas	Registros administrativos

Componente 5	Transmisión de VIH de madre a hija o hijo	Mide el total de nuevos casos de VIH por transmisión vertical o reportados como perinatal	Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de VIH y sida
Componente 6	Proporción de mujeres y niñas de 15 años y más que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior (última) pareja en los últimos 12 meses	Mide la proporción de mujeres y niñas de 15 años y más que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior (última) pareja en los últimos 12 meses	INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)

De esta forma la matriz de la ENAPEA, incorporando los indicadores propuestos queda de la siguiente forma:

Tabla 14

Matriz de indicadores de la ENAPEA con los indicadores propuestos.

Nivel de Objetivo	Indicador	Tipo (original/adicional)
Propósito: Se reducen los embarazos en niñas y adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos	Razón de fecundidad en niñas de 10 - 14 años.	Original
	Tasa específica de fecundidad en niñas de 12 a 14 años.	Original
	Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.	Original
	Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas	Original
	Porcentaje de niñas y adolescentes de 15 a 19 años de zonas rurales que han estado embarazadas	Adicional
	Porcentaje de niñas y adolescentes de 15 a 19 años en condición migrante que han estado embarazadas	Adicional
Componente 1: Oportunidades educativas en México para niñas, niños y adolescentes ampliadas en todos los niveles educativos de gestión pública con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por rezago educativo	Original
	Eficiencia terminal	Original
	Distribución porcentual de la población por asistencia escolar (CONAPO)	Original
	Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año	Original
	Porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que concluyen el tipo educativo básico	Original
Componente 2: Se otorga educación integral en sexualidad desde la infancia que favorece la adquisición gradual, desarrollo, manejo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años informados sobre el uso correcto del condón	Original
	Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años informadas sobre el uso correcto del condón con respecto a niños y hombres adolescentes informados sobre el uso correcto del condón*	Original
	Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años	Original
	Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad	Original

saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.	Porcentaje del personal educativo de educación básica formados para la incorporación de las perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar en los ambientes de aprendizaje escolar (SEP)	Original
	Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas	Adicional
Componente 3: Se amplían las oportunidades laborales de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México, que les permitan un ingreso suficiente para una vida sin carencias, asegurando que concluyan la educación obligatoria y buscando sinergias con estrategias similares y participación social.	Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años	Original
	Tasa de ocupación infantil no permitida de la población de 10 a 17 años	Original
	Tasa de ocupación infantil por debajo de la edad mínima de la población de 10 a 14 años	Original
	Tasa de ocupación peligrosa de la población ocupada de 15 a 17 años	Original
	Tasa de quehaceres domésticos en condiciones no adecuadas para la población de 10 a 17 años	Original
	Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo.	Original
	Número de buscadores de empleo de 18 y 19 años apoyados a través del Subprograma Fomento al Autoempleo	Original
	Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto del número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio.	Original
	Promedio de horas del trabajo no remunerado de la población de 12 a 19 años	Original
	Componente 4: Se promueve un entorno legal, social y regulatorio habilitante bajo un esquema de participación social que favorezcan las decisiones libres, responsables e informadas de niñas, niños y adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva	Índice de Priorización de GEPEA
Índice de Armonización legislativa nacional		Original
Número de actividades o campañas realizadas por el CONAPO en los diferentes componentes de comunicación (planeación, producción, difusión y evaluación) de acuerdo al tipo de población atendida		Original
Número de proyectos de coinversión apoyados que promueven acciones que inciden en la prevención del embarazo en adolescentes		Original
Unidades municipales relacionadas con GEPEA		Adicional
Componente 5: Se garantizan los servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población de 10-19 años, en apego a la normatividad; además se incrementa la demanda fomentando la participación social y se asegura el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP) para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad		Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de anticonceptivos
	Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos)	Original
	Incidencia registrada de ITS en población de 10 a 19 años de edad	Original
	Incidencia de VIH en la población de 15 a 24 años de edad	Original
	Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes	Original
	Número de claves adquiridas de métodos anticonceptivos por institución.	Original
	Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos	Original
	Transmisión de VIH de madre a hija o hijo	Adicional
	Componente 6: Se amplían las selecciones para la identificación temprana de la violencia sexual contra las niñas, niños y adolescentes y se	Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses.
Porcentaje de adolescentes con primera relación sexual asimétrica.		Original
Tasa de eventos obstétricos en mujeres menores de 15 años de edad.		Original

implementan servicios para su atención oportuna e integral	Proporción de mujeres y niñas de 15 años y más que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior (última) pareja en los últimos 12 meses	Adicional
--	---	-----------

3. Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ).

3.1. Índice de Desarrollo Humano (IDH)

La libertad para determinar la naturaleza de nuestras vidas es uno de los aspectos valiosos de la experiencia de vivir que tenemos razón para atesorar.

Amartya Sen

Para que las personas prosperen las trayectorias de desarrollo deben promover la equidad; sin embargo, las desigualdades se reflejan de una manera muy compleja y multidimensional.

De esta manera, teniendo como base que

- a. “Las personas no deben reducirse a una sola dimensión como criaturas económicas” (PNUD, 1990, p.13),
- b. Se consideran mediciones relevantes relativas a la vida prolongada (expectativa de vida relacionado con la atención a la salud y nutrición).
- c. Son igualmente relevantes los conocimientos por medio de la alfabetización, a partir de una educación primaria, secundaria y terciaria adecuada y de calidad; y de igual forma, posibilitar el desarrollo de la ciencia y tecnología futuras.

Entendemos que el desarrollo humano de un país no solo deberá considerar los indicadores tradicionales del progreso económico, sino la posibilidad de aglutinar mayor información que refleje el derecho fundamental de tener una vida larga y saludable, creativa y digna.

El propósito final del desarrollo es que la gente tenga las posibilidades para elegir una vida en la que puedan realizar a plenitud su potencial como seres humanos.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es pues, un indicador que permite medir o monitorear el progreso de las naciones, sintetiza el avance promedio de tres aspectos básicos del desarrollo humano: salud, educación e ingreso.

Sin embargo, se debe considerar que el IDH medido de esta forma da un panorama general de las capacidades de las personas, por lo que es necesario tener en cuenta algunas otras susceptibles de medición y seguimiento para contar con una perspectiva más amplia del desarrollo y bienestar humano en la procuración de una vida digna.

3.2. Enfoque de capacidades

Las capacidades pertenecen, en primer y prioritario lugar, a las personas individuales, y sólo luego, en sentido derivado, a los colectivos.

Martha Nussbaum

El enfoque de las capacidades planteado por Amartya Sen surge en el contexto del desarrollo humano como un marco conceptual con la premisa de juzgar el bienestar y la calidad de vida de las personas. Sostiene que tal desarrollo no termina en el aumento de la producción económica nacional, y que por eso su estimación mediante la renta disponible es insuficiente. El desarrollo tiene que ver con las cosas que las personas pueden realmente hacer o ser, los llamados funcionamientos y así con las capacidades de que disponen, entendidas como las oportunidades para elegir y poder llevar una u otra clase de vida (Sen, 2000).

Desde el concepto de capacidades Sen analiza problemas sociales que afectan el bienestar humano, como la desigualdad, la pobreza, la calidad de vida, la ausencia de desarrollo humano y la injusticia social todo esto permite realizar una nueva mirada de estos problemas y evaluar los alcances y límites de una sociedad verdaderamente libre.

Los conceptos de capacidad y funcionamiento son centrales en la teoría de Sen. A partir de los cuales indica que el bienestar de un individuo puede entenderse teniendo en cuenta la calidad de su vida, definida como un conjunto de funcionamientos interrelacionados consistentes en acciones y estados. Asimismo, advierte que los funcionamientos pueden abarcar desde cosas muy elementales, como estar bien alimentado o tener buena salud, hasta realizaciones más complejas como tener dignidad o integrarse socialmente.³³

De esta manera el enfoque de las capacidades se concentra en las libertades sustantivas que los individuos tienen y no sólo en los resultados particulares que consiguen alcanzar. Para el autor, esta concentración en la libertad provee un marco general que permite analizar la ventaja individual y la privación en las sociedades contemporáneas. En consecuencia, el núcleo del enfoque no es sólo aquello que una persona realmente termina por hacer, sino lo que ella es capaz de hacer y ser, independientemente de que elija o no aprovechar esa oportunidad. Por ejemplo, al tomar el concepto de capacidades desde la perspectiva de Sen para evaluar la desigualdad de servicios recibidos en el caso del embarazo adolescente, se logran visualizar las necesidades sociales, económicas y políticas que para los adolescentes involucrados se llegan a asumir como ideales, la libertad y la igualdad, en este sentido no se tomaría en cuenta el grado de satisfacción de las adolescentes embarazadas o por la cantidad de recursos con que cuentan para llevar un tipo de vida u otra, sino por lo que son capaces de hacer o ser realmente.

La capacidad en este enfoque es un reflejo de la libertad para alcanzar funcionamientos valiosos. En la medida en que los funcionamientos son constitutivos del bienestar, la capacidad representa la libertad de una persona para alcanzar el bienestar. Esta conexión puede parecer bastante sencilla, pero puede ser pertinente considerar la capacidad incluso para evaluar el nivel de bienestar alcanzado y no sólo la libertad de alcanzar el bienestar. Sen propone que una vida buena es una vida rica en elecciones valiosas mediante la capacidad para funcionar, bienestar y libertad para tener una u otra forma de vida. Para explicar la libertad de llevar una forma de vida u otra hay que considerar todo el repertorio de funcionamientos a nuestro alcance. Esta es la misión del conjunto capacidad, que es formado por todos los funcionamientos de los que es capaz el sujeto y que así engloba sus diferentes formas y estilos de vida posibles.

Este es un giro significativo para pensar la sociedad, porque establece diferencias relevantes sobre las distintas demandas que deben emprender las instituciones al interior de la sociedad para mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. Pues ya no se indaga por las necesidades básicas, los bienes primarios o los recursos con que cuenta un individuo, sino por sus capacidades que le permiten llegar a hacer o ser. Se indaga por la libertad con la que cuenta una persona para alcanzar aquello que valora.

Martha Nussbaum ha coincidido con Amartya Sen en plantear un nuevo enfoque del desarrollo humano, el cual tuvo su impacto en el informe lanzado por el Programa de las

³³ Sen, A. (1996). "Capacidad y bienestar". En M. Nussbaum & A. Sen (Comps.). La calidad de vida (pp. 54-83). México: Fondo de Cultura Económica

Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) desde 1990, en donde se sitúa a las capacidades humanas como centro de evaluación alternativa al enfoque clásico de corte utilitarista.

El nuevo enfoque rechaza que el crecimiento del Producto Interno Bruto sea suficiente para evaluar la calidad de vida de las naciones, pues deja de lado la justa distribución y las legítimas aspiraciones de la gente. En tal sentido, Nussbaum y Sen consideran que el desarrollo humano tiene que mirar más a la creación de las condiciones de posibilidad para superar la pobreza y la inequidad, antes que quedarse solo en el estudio cuantitativo de los datos económicos.

3.3. Enfoque de capacidades de Martha Nussbaum.

La capacidad es, en efecto, nada más que una perspectiva desde el punto de vista de la cual se puede evaluar en forma razonable las ventajas y desventajas de la persona.

Amartya Sen

Como se ha mencionado, el enfoque de las capacidades, como una forma de evaluación de la calidad de vida que ha cobrado gran influencia a través de los Informes de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Para Martha Nussbaum la visión de Sen está centrada en el papel de las capacidades dentro del cual se realizan las mediciones de calidad de vida; a lo que responde de un modo más exigente, como enfoque universal.

Para ella el enfoque sólo es valioso si se le desarrolla de manera pertinente donde exista estructura, detalles e información necesaria para su contenido de modo que visualice de manera apropiada la vida de las mujeres. Por ello, el enfoque de capacidades propuesto por Martha Nussbaum es el que asumimos en la presente propuesta.

En la vida de las personas no sólo es importante la satisfacción con lo que hace, sino también acerca de lo que hace y de lo que está en condiciones de hacer, para así poder esclarecer cuáles son sus oportunidades y libertades. Esto implica la revisión de los recursos disponibles y cómo estos pueden ponerse (o no) en acción, abriendo así una amplia gama de posibilidades.

A partir de esta idea, Martha Nussbaum presenta su visión del enfoque basado en 10 capacidades, las cuales podrían ser consideradas como metas generales para lograr una sociedad justa y una vida realmente humana. Esto, claro, agregando datos de diferentes tipos de vida, pudiendo establecer diferencias y comparaciones en la calidad de vida de acuerdo con la región, clase o condición de vida. Por esta razón, “en ciertas áreas centrales del funcionamiento humano, una condición necesaria de justicia para un ordenamiento político público es que él mismo brinde a los ciudadanos un cierto nivel básico de capacidad.” (Nussbaum, 2012; p. 118).

Por ello plantea que las capacidades centrales no son solo de orden instrumental, sino que “tienen valor en sí mismas, haciendo plenamente humana la vida que las incluye. Pero se considera también que tienen un papel particularmente generalizado y central en todo lo demás que la gente planea y hace” (Ibid., p. 122)

Ante ello, propone que las personas, para nuestro caso las jóvenes, deben poder ser libres y dignificados, honrando su vida en cooperación y reciprocidad en su interrelación con los demás ya que debe plasmar su razón práctica y su compromiso con la sociedad.

Se persigue una sociedad en la que cada una de las personas sea tratada como digna de atención, y en la cual cada una haya sido puesta en condiciones de vivir realmente en forma humana. Si los seres humanos son el fin del desarrollo humano, poseen dignidad de un fin en sí. El principio de las personas como fin se articula en las capacidades de cada persona, y aquellas que se buscan para todas, y no sólo para para unos cuantos.

Las capacidades que propone Nussbaum son: Vida; Salud; Integridad Corporal; Sentidos Imaginación y Pensamiento; Emociones; Razón Práctica; Afiliación; Otras Especies; Juego; y Control del Entorno. Pensando en ello, se impone integrar las diez capacidades para construir el Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ), lo que parece pertinente, desde la perspectiva que hemos planteado en este documento y sobre todo en la idea de que las mediciones para dicho índice deben ir más allá del ingreso (PNUD, 2019) para contribuir al logro de la calidad de vida y dignidad humana.

Por otro lado, siendo atingentes con el planteamiento de capacidades que es base del IDH, sus tres capacidades (Esperanza de Vida, Educación e Ingresos) quedan contenidas en las capacidades centrales que se proponen. De esta forma la medición del desarrollo humano comprendería las diez capacidades planteadas por Nussbaum.

Con ello antepondríamos la idea de la dignidad humana, tratada en forma humanitaria, promovida a través de las capacidades para todos y cada uno de los adolescentes como personas dignas de atención.

3.4. Capacidades Centrales

La capacidad viene a ser, una especie de libertad: la libertad sustantiva de alcanzar combinaciones alternativas de funcionamientos...no son simples habilidades residentes en el interior de una persona (capacidades internas) sino que incluyen también las libertades o las oportunidades creadas por las combinaciones entre las entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico.

Martha Nussbaum

Las diez capacidades permiten determinar un mínimo social respetable en una gama de áreas o contextos y tienen aplicaciones múltiples, lo que quiere decir que pueden adecuarse con las creencias locales y diversas circunstancias.

Los indicadores para medir estas capacidades y el consecuente Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) que se desprenda de su construcción, se propone incorporarlos como parte del Fin de la ENAPEA. Previo a la determinación de los indicadores y la identificación de sus fuentes de información, se plantean enseguida en qué consiste cada una de dichas capacidades (Nussbaum, 2016).

1. *Vida*. Ser capaces de vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que la vida se reduzca a algo que no merezca la pena vivir.

Considerando este planteamiento, podemos ver que las niñas, niños y adolescentes en general y de manera particular las jóvenes madres y adolescentes embarazadas se encuentran en condiciones de riesgo; mortalidad e interrupción del nacimiento, aunado a patrones conductuales como el consumo de drogas, la naturalización de la violencia y la práctica sexual de riesgo entre otros.

Cabe destacar que los indicadores que se desprendan de esta capacidad, serían equivalentes al de esperanza de vida del IDH.

2. *Salud Física* (corporal). Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y disponer de un lugar apropiado para vivir.

En el embarazo adolescentes se identifica la necesidad de fomentar el uso de métodos anticonceptivos en todas las relaciones sexuales, para ejercer la sexualidad libre y satisfactoria, así como el aumento de las necesidades nutricionales, en macro y micronutrientes que se producen durante esta etapa relacionado con la edad biológica.

Como se observa, algunos indicadores de la ENAPEA (componente 2 y 5) se encuentran alineados con esta capacidad.

3. *Integridad Física* (corporal). Ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia de género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.

Analizando esta capacidad en la temática del embarazo adolescente, se puede decir que la violencia contra la mujer es un problema social que tiene gran impacto en la salud de las mujeres en México y el resto del mundo. Este tipo de violencia encuentra sus raíces en la desigualdad entre los géneros, en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas. Con la violencia contra las mujeres embarazadas, se visualiza un considerable impacto en la salud tanto de la mujer como en la del bebé por las consecuencias físicas y emocionales que tiene, además por su alta prevalencia demanda de servicios de salud de calidad.

Algunos indicadores de los componentes 2, 5 y 6 de la ENAPEA se encuentran alineados con esta capacidad.

4. *Sentidos, imaginación y pensamiento*. Ser capaces de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de poder hacer estas cosas de una forma realmente humana, es decir, informada y cultivada gracias a una educación adecuada, que incluye (pero no se limita a ello), el alfabetismo y una formación básica matemática y científica. Ser capaces de hacer uso de la imaginación y el pensamiento para poder experimentar y producir obras autoexpresivas, además de participar en acontecimientos elegidos personalmente, de índole religioso, literario o musicales, entre otros. Ser capaces de utilizar la mente de manera protegida por las garantías a la libertad de expresión, con respeto a la expresión política, artística y de culto religioso. Ser capaces de buscar el sentido propio de la vida de forma individual. Ser capaces de disfrutar de experiencias placenteras y de evitar daños innecesarios.

En este punto, el embarazo en adolescentes está colocando a todos los involucrados en estado de vulnerabilidad en diferentes dimensiones de su vida. La falta de una información de calidad sobre el embarazo, poniendo en riesgo su proyecto de vida con la presencia de un embarazo no deseado, como se evidencia en varios de los informes de la ENAPEA y del UNFPA, por ejemplo. Por otro lado, la educación formal, cumple un rol de formadora y socializadora en la construcción del proyecto de vida de los adolescentes, siendo esto transcendental en la vida de la niñez y adolescencia de manera integral, ya que ayuda a visualizar sus metas personales, profesionales y sociales que estén vinculadas con las capacidades, habilidades y destrezas presentes en las adolescentes para la construcción de un proyecto de vida personal en sus diferentes etapas vitales..

Los indicadores de los componentes 1 y 2 se encuentran alineados con esta capacidad y además podrían ser referentes para la capacidad dos sobre educación del IDH del PNUD.

5. *Emociones*. Ser capaces de tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; amar a los que nos aman y nos cuidan y sentir pesar ante su ausencia; en general, amar, sentir pesar, añorar, agradecer y experimentar ira justificada.

Bienestar emocional, que implica el manejo de las emociones positivas y negativas, entendiéndolas y controlándolas, gestando mecanismos y estrategias de respuesta y afrontamiento que les lleve a una gestión emocional equilibrada y armónica, y a su vez a generar respuestas inhiban que los miedos, ansiedades traumas abrumadores, abusos y/o negligencias, predominen en su comportamiento y apreciación sobre sí mismos y los otros. Defender esto supone promover formas de asociación humana que pueden ser demostrablemente esenciales para su desarrollo.

En este punto, las consecuencias de tener un hijo en la adolescencia dependerán del contexto particular y debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado lo físico, psicológico y social y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social.

Como generalmente el embarazo no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero principalmente, por ser adolescente, uno de ellos se involucra directamente con la responsabilidad emocional que conlleva la maternidad en donde no está psicológicamente madura y sigue siendo dependiente física, cognitiva, afectiva y económicamente, aspecto el cual agrava más la situación cuando ocurre en la adolescencia temprana. Impacta directamente en sus relaciones interpersonales, con la familia y el nuevo rol que se espera cumplir, las expectativas personales, la ansiedad experimentada durante y posterior al embarazo, la aceptación de los grupos inmediatos como la familia, la escuela, la comunidad, entre otros.

6. *Razón práctica*. Ser capaces de formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida. Esto supone la protección de la libertad de conciencia.

El embarazo adolescente es una problemática de carácter biopsicosocial, ya que interrumpe y desequilibra el proceso de desarrollo biológico, psicológico y social de

la adolescente. Como se ha constatado con la ENAPEA la vivencia de la adolescencia se ve dificultada en la joven que se embaraza precozmente, poniendo en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa ya que se ve enfrentada a una situación en que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aun cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo, ni esté preparada física y psicológicamente para cumplir con ellas, es aquí en donde se vivencia este conflicto subjetivo con importancia dentro del embarazo, la construcción de un proyecto de vida.

Esta capacidad se encuentra alineada con los componentes 2 y 4 y con el fin de la ENAPEA.

7. *Afiliación.* a) Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad. Implica proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, así como la libertad de asamblea y de discurso político; b) Tener las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser tratados como seres dignos, cuyo valor es idéntico al de los demás. Esto implica, como mínimo, la protección contra la discriminación por motivo de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia u origen nacional. En el trabajo, poder trabajar como seres humanos, ejercitando la razón práctica y forjando relaciones significativas de mutuo reconocimiento con otros trabajadores.

El embarazo adolescente está muchas veces asociado a las dificultades de comunicación y relación afectiva entre padres e hijos, los adolescentes no siempre mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia en temas como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados. Cuando no existe buena comunicación familiar para entregar la información adecuada, ni una formación familiar sobre valores frente a la sexualidad, es muy probable que la adolescente termine por embarazarse o en el caso de los hombres, éste deje embarazada a su pareja, la búsqueda de reconocimiento por parte del otro y principalmente del grupo de los amigos en donde la adolescente comienza a tener noviazgos temprana edad para ser aceptada socialmente y esto mejore su autoestima, son algunos factores que se involucran directamente con la afiliación.

8. *Control sobre el propio entorno.* a) *Político.* Ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política junto con la protección de la libertad de expresión y de asociación; b) *Material.* Ser capaces de poseer propiedades (tanto tierras como bienes muebles) no sólo de manera formal, sino en términos de una oportunidad real; tener derechos sobre la propiedad con base en la igualdad con otros; tener el derecho de buscar un empleo en condiciones de igualdad con otros, ser libres de registros y embargos injustificados.

Las altas tasas de embarazo y el bajo e inconsistente uso de anticonceptivos entre los adolescentes son expresiones de una problemática socialmente profunda el débil

reconocimiento por parte de la sociedad, de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, que se refleja en múltiples obstáculos desde las normas e instituciones sociales para el ejercicio sexual de los adolescentes y que afectan la manera en que los adolescentes entienden y viven su sexualidad. En este sentido es posible ubicar a los adolescentes como un grupo carente de poder frente a esta dimensión de sus vidas. Es aquí en donde la ENAPEA desempeña un papel fundamental, a partir de la participación las instituciones que la integran (CONAPO y los COESPO entre ellas), el UNFPA así como otras instituciones y organizaciones internacionales que promueven trabajos para coadyuvar en su atención, investigación y el desarrollo de programas orientados al empoderamiento de los jóvenes a través de, entre otras cosas, la defensa de sus derechos a la vida, la salud y particularmente la salud sexual y reproductiva.

El componente 4 de la ENAPEA se encuentra alineada con esta capacidad, así como la capacidad 3 del IDH-PNUD.

9. *Otras especies*. Poder vivir una relación próxima con los animales, las plantas y el mundo real.
10. *Juego*. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.

Capacidades, éstas últimas que, no sólo en las jóvenes embarazadas y madres adolescentes, si no también en la juventud en general, son fundamentales para fortalecer vínculos con uno mismo y los otros (en esta etapa de la vida el disfrute social y sexual, desempeñan un papel relevante en la configuración de la identidad y personalidad, si no recordemos la visibilización del comportamiento social de riesgo de la juventud durante el confinamiento) y, con lo otro, de lo que formamos parte y nos hemos alejado por ser “seres racionales superiores” y lo transformamos (más para mal que para bien quizá, como se nos llama la atención cuando nos dicen que estamos en la época del antropoceno³⁴ si no es que en el virtuceno³⁵).

Cabe destacar que para Martha Nussbaum señala que estas diez capacidades se sustentan mutuamente entre sí en múltiples sentidos, sin embargo destaca que afiliación y razón práctica desempeñan un papel arquitectónico diferenciado, pues organizan y tienen una presencia dominante sobre las demás, en el sentido de que cuando las otras están presentes de manera acorde con la dignidad humana, esas dos están entretejidas en ellas. Ejemplificándolo al señalar que si las personas están bien alimentadas, pero no facultadas para ejercer la razón práctica ni para hacer planes sobre su salud y nutrición, esto no es

³⁴ Concepto creado por el biólogo estadounidense Eugene F. Stoermer, popularizado a principios del decenio de 2000 por el holandés Paul Crutzen, premio Nobel de Química, para designar la *época en la que las actividades del hombre empezaron a provocar cambios biológicos y geofísicos a escala mundial*. Ambos científicos habían comprobado que esas mutaciones habían alterado el relativo equilibrio en que se mantenía el sistema terrestre desde los comienzos de la época holocena.

³⁵ La época sin lugar ni tiempo, que comienza en 2021. Nos dice Juan Carlos Casco “Si analizas lo que está pasando a tu alrededor, observarás como van reduciendo su presencia en nuestras vidas las fábricas, las oficinas, los bancos, los centros de gestión administrativa, los centros de consultas médicas, los centros educativos, los comercios... Están comenzando a migrar de sus formas físicas de acero, ladrillos y hormigón a estructuras inmateriales de ceros y unos. Está menguando su identidad y presencia material... Están en espacios sin lugares... Esa es la revolución silenciosa que está en marcha, la verdadera ola de cambio que nos trae el VIRTUCENO: viajes sin desplazamientos, aulas sin lugares, consultas médicas sin edificios, centros y espacios de trabajo sin oficinas... Y todo ello construido sin materiales, con ceros y unos. Definitivamente nos estamos trasladado a vivir a “un mundo que no existe”, que no se ve, al menos que no está hecho de cosas físicas. En este momento estamos en pleno proceso de mudanza, con el desajuste y los tropiezos que toda mudanza supone”.

plenamente acorde con la dignidad humana, se les está cuidando como se les cuida a los bebés.

Conjuntamente con lo anterior y teniendo en cuenta que el fenómeno del embarazo en niñas y adolescentes es multidimensional, debemos tener presente que existen problemáticas que tanto transversal como directamente impactan contundentemente en el desarrollo de las diez capacidades en el curso de vida de las adolescentes en general, y en lo particular embarazadas y madres a saber; pobreza, respeto a los derechos humanos; derechos sexuales y reproductivos; fenómenos de imprevisible ocurrencia y alto impacto como la pandemia de la enfermedad del coronavirus (*COVID-19*); la economía nacional y su impacto en economía y relaciones al interior de la familia; la transformación axiológica y social que pautan nuevas configuraciones de niños, niñas y adolescentes-juventudes y colectivos en la época actual; la discriminación, falta de respetos y violencia hacia los otros, la diversidad, las “minorías”; la amplia penetración de las tecnologías de la información y comunicación en la vida cotidiana, e influencia en creencias, ideología y patrones de comportamiento personal, social y del cuidado de la propia vida y su sentido; el consumismo y depredación del medio ambiente; el impacto de la globalización económica y cultural en una era planetaria cuyo sello principal es la incertidumbre que vivimos en todos los ámbitos de la vida, entre otros.

De esta forma la propuesta integra las 10 capacidades al fin, propósito y nueve componentes (seis principales y tres transversales) de la ENAPEA.

Con base en los referentes que se han desarrollado a lo largo de la delimitación de las 10 capacidades, se muestra un esquema general de la alineación (tabla 15) del Índice de Desarrollo Humano (InDeHJ) en el Marco de la ENAPEA y el Índice de desarrollo Humano del PNUD (en el anexo 6 se muestra un ejercicio de análisis de indicadores proxy para su construcción y posterior cálculo si se diera el caso).

Tabla 15

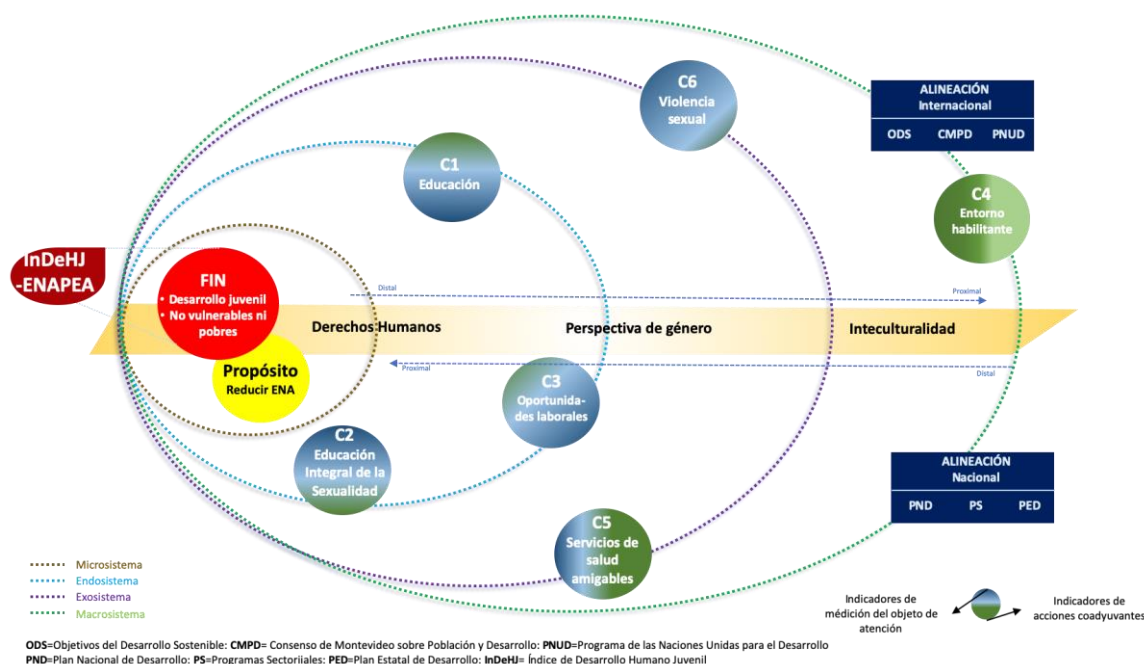
Alineación del Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el marco de la ENAPEA e Índice de Desarrollo Humano general (IDH-PNUD)

InDeHJ-ENAPEA	ENAPEA	IDH PNUD
Capacidades	Fin y componentes	Componentes
Capacidad 1. Vida	-----	Capacidad 1 (Larga vida y Saludable-Salud)
Capacidad 2. Salud Corporal	Componente 2 Educación Componente 5 Servicios de Salud Amigables	
Capacidad 3. Integridad Corporal	Componente 2 Educación Componente 5 Servicios de Salud Amigables Componente 6 Violencia Sexual	
Capacidad 4. Sentidos, Imaginación y Pensamiento	Componente 1 Educación Componente 2 Educación Integral de la Sexualidad	Capacidad 2 (Conocimiento-Educación)
Capacidad 5. Emociones	-----	-----
Capacidad 6. Razón Práctica	Fin Componente 1 Educación Componente 4 Oportunidades laborales	
Capacidad 7. Afiliación	-----	-----
Capacidad 8. Control del Entorno	Componente 4 Oportunidades Laborales	Capacidad 3 (Nivel de Vida digna-PIB)

Como se puede observar, con excepción del componente, Entorno Habilitante de la ENAPEA, consideramos que la propuesta de capacidades se alinea prácticamente con todos los componentes de la estrategia y de hecho lo hace con los tres componentes del IDH del PNUD. Finalmente, tomando en cuenta el modelo socioecológico y el modelo ecológico sistémico para el análisis de la ENAPEA se muestra en la siguiente figura (13) cómo se insertaría el Índice de Desarrollo Humano en el marco de esta estrategia.

Figura 13

Integración sistémica del Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeH) a la ENAPEA



Podemos observar que el InDeHJ se integra en el fin y a partir de ahí se articula sistémicamente con los demás componentes, además de que se incorpora en el Macrosistema la alineación de la ENAPEA con instrumentos internacionales y nacionales.

3.5. Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el marco de la ENAPEA.

Tenemos que creer en las niñas, tenemos que creer en nuestras hermanas, en nuestras hijas y permitir que sean lo que quieran ser... no tienes que hacer nada, simplemente no tienes que cortarles las alas, dejarlas volar libre y que consigan sus sueños.

Gul Makai →Malala Yousafzai

A continuación (Tabla 16), se presentan los componentes del Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el Marco de la ENAPEA.

El InDeHJ (Tabla 16) está integrado por las diez capacidades que propone Martha Nussbaum como lo mínimo y esencial que se exige de una vida humana para que sea digna a partir de superar el nivel de umbral más que suficiente de esas diez capacidades centrales. En este

sentido, proporcionar es diez capacidades a todos los ciudadanos y ciudadanas es una condición necesaria de justicia social.

Se incluyen 26 dimensiones que se desprenden de las definiciones de cada una de las capacidades, de ellas, tres corresponden a la capacidad vida; cuatro a salud física; tres a integridad física; cuatro a sentidos, imaginación y pensamiento; cuatro a emociones; dos a razón práctica; seis a afiliación; dos a control del propio entorno; una a otras especies, y una para jugar. Se contemplan 26 variables y 75 indicadores. Para cada uno de estos indicadores se identificaron las fuentes de información correspondiente, la mayor parte de ellas cubren con los criterios de contemplar la información desagregada en el Estado de México por municipio, sexo, edad en el rango de 10 a 19 años, con la posibilidad de distribuirlas de 10 a 14 y 15-19 y por supuesto distinguir quienes se encuentren embarazadas en ese rango de edad.

Tabla 16

Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el marco de la ENAPEA.

CAPACIDAD	DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR	Dirección del indicador	FUENTE DE INFORMACIÓN	Ponderación
1. VIDA	1.1. Vivir hasta el término de una vida humana de duración normal	1.1.1. Esperanza de vida niñas y adolescentes	1.1.1.1 Esperanza de vida en las edades 10 a 19 años Número medio de años que, en promedio, les resta por vivir a los sobrevivientes de la cohorte de 10 a 19 años, sometidos en todas las edades restantes a los riesgos de mortalidad del período en estudio.	Positiva	Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020 INEGI Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco	9.0
	1.2. No morir de forma prematura	1.2.1. Mortalidad en Niñas y adolescentes	1.2.1.1. Tasa de mortalidad de 10 a 19 años , y Tasa de mortalidad 10-19 embarazadas-madres jóvenes Probabilidad de las niñas y adolescentes de morir antes de cumplir en el rango de edad de 10 a 19 años. Cociente entre las defunciones de niñas y adolescentes de 10-19 años ocurridas en un período dado y el total de niñas y adolescentes en el mismo lapso. 1.2.1.2. Porcentaje de mortalidad por enfermedades contagiosas en niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años embarazadas y madres jóvenes respecto al total de la misma población. 1.2.1.3. Tasa de suicidio de niñas y adolescentes embarazadas en un rango de 10 a 19 años respecto a su grupo etario total	Negativa	Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020 INEGI ENSANUT 2018	5.4

	1.3. No morir antes de que la propia vida se vea reducida, que no merezca la pena vivirla	1.3.1. Enfermedades degenerativas 1.3.2. Comportamientos de riesgo	1.3.1.1. Tasa de prevalencia de enfermedades degenerativas de 10 a 19 años Número de personas de 10 a 19 años que padecen enfermedades degenerativas en el año de medición por cada 1.000 habitantes de 10 a 19 años.. 1.3.2.1. Porcentaje de problemas alimenticios, de anorexia y bulimia en niñas y adolescentes respecto al total del grupo etario. 1.3.2.2. Porcentaje del consumo de drogas, Alcohol y Tabaco en niñas y adolescentes respecto al total del grupo etario. 1.3.2.3. Porcentaje de intento suicida en niñas y adolescentes respecto al total del grupo etario	Negativa	ENSANUT 2018	3.6
Subtotal	3	4	8			18.0
2. SALUD FÍSICA (CORPORAL)	2.1. Mantener una buena salud	2.1.1. Servicios física	2.1.1.1. Porcentaje de población adolescente que accede a servicios de salud y cuentan con seguridad social 2.1.1.2. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que mostraron su cartilla nacional de vacunación con el registro del cuadro completo de vacunas aplicadas, respecto del total del grupo etario.	Positiva	ENCODAT 2017 ENSANUT 2018 Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica	2.8
	2.2. Salud reproductiva	2.1.2. Salud mental	2.1.2.1. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 sin tristeza y de depresión.			
		2.2.1. Prácticas sexuales seguras	2.2.1.1. Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva. 2.2.1.2. Uso consistente de métodos anticonceptivos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años.	Positiva	Sistemas oficiales de información de las instituciones ENSANUT 2018	0.8
	2.3. Alimentación	2.3.1. Consumo de alimentos	2.3.1.1. Porcentaje de consumo de alimentos nutricionalmente saludables en adolescentes.	Positiva	ENCODAT 2017	2.8

	2.4. Vivienda digna	2.4.1. Vivienda y urbanización	2.4.1.1. Porcentaje de viviendas propias, independientes y sin hacinamiento, respecto al total de viviendas en el estado y municipio. 2.4.1.2. Porcentaje de viviendas con servicios básicos (agua-luz-saneamiento/baños-alcantarillado) respecto al total de viviendas en el estado y municipios. 2.4.1.3. Porcentaje de viviendas que cuentan con piso de cemento, cocina, recamaras y luz suficientes	Positiva	ENCODAT 2017 INEGI 2020	1.6
Subtotal	4	5	10			8
3. INTEGRIDAD FÍSICA (CORPORAL)	3.1. Desplazarse libremente de un lugar a otro	3.1.1. Seguridad	3.1.1.1. Índice de seguridad estatal y por municipio 3.1.1.2. Tasa de homicidios y criminalidad estatal y municipal 3.1.1.3. Porcentaje de accidentes automovilísticos en mujeres de 10 a 19 años en relación con el grupo etario	Negativa	ENSANUT 2018	2.8
	3.2. Estar protegidos de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica.	3.2.1. Violencia	3.2.1.1. Porcentaje de ataques violentos a niñas y adolescentes de 10 a 19 años, en relación con su grupo etario. 3.2.1.2. Porcentaje de violencia sexual a niñas y adolescentes de 10 a 19 años, en relación con su grupo etario. 3.2.1.3. Porcentaje de violencia doméstica a niñas y adolescentes de 10 a 19 años, en relación con su grupo etario.	Negativa	ENSANUT 2018	2.8
	3.3. Disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.	3.3.1. Satisfacción sexual y reproducción	3.3.1.1. Porcentaje de embarazos a término con niños nacidos vivos de adolescentes de 12 a 19 años respecto a la suma de abortos, y nacidos muertos. 3.3.1.2. Porcentaje de relaciones sexuales de primera vez por decisión propia y en los últimos tres meses en mujeres de 10 a 19 años respecto al grupo etario	Positiva	ENSANUT 2018	2.4
Subtotal	3	3	8			8

4. SENTIDOS, IMAGINACIÓN Y PENSAMIENTO (S,I,P)	4.1. Usar los S,I,P de un modo “verdaderamente humano”, formado y cultivado por una educación adecuada	4.1.1. Escolaridad	4.1.1.1. Cobertura escolar de primaria, secundaria, nivel medio superior y los dos primeros años de nivel superior por sexo en el estado y municipios. 4.1.1.2. Aptitud para leer y escribir por nivel educativo básico, medio superior y superior por sexo, estado y municipio.	Positiva	INEGI-EDUCACIÓN. 2020	5.4
	4.2. Experimentación y producción de obras y actos religiosos, literarios, musicales y expresión política según la propia elección.	4.2.1. Arte-cultura-religión	4.2.1.1. Porcentaje de lectores de entre 10 y 19 años respecto al total del grupo etaria 4.2.1.2. Porcentaje de población entre 10 y 19 años que profesa alguna religión respecto a la que no la profesa. 4.2.1.3. Porcentaje de interés y participación en eventos culturales de la población adolescente. 4.2.1.4. Porcentaje de interés y conocimiento sobre aspectos públicos y democracia, participación y representación de personas de 15 a 19 años.	Positiva	INEGI-CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE. 2020	2.7
	4.3. Disfrutar experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.	4.3.1. Bienestar subjetivo	4.3.1.1. Índice de bienestar subjetivo en adolescentes de 10 a 19 años.	Positiva	ENSANUT 2018	3.9
Subtotal	4	3	7			12
5. EMOCIONES	5.1. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismos	5.1.1. Afecto general	5.1.1.1. Porcentaje de las personas de 18 años y más que se ubican en un balance alto (5.01 a 10), en el aspecto afectivo en lo general.	Positiva	ENSANUT 2018	3
	5.2. Poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros y sentir duelo por su ausencia	5.2.1. Alegría-Felicidad	5.2.1.1. Porcentaje de población adulta por sexo, que en la niñez, adolescencia y edad adulta e experimento gran alegría y felicidad y se encuentra muy satisfecho (a) con la vida, según datos nacionales y estatales	Positiva	INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.	2

	5.3. Amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada.	5.3.1. Calma-buen humor	5.3.1.1. Porcentaje de las personas de 18 años y más que se ubican en un balance alto (5.01 a 10), tranquilo, calmado sosegado/preocupado, ansioso o estresado. 5.3.1.2. Porcentaje de las personas de 18 años y más que se ubican en un balance alto (5.01 a 10), buen humor/mal humor	Positiva	ENSANUT 2018 INEGI: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL	2
	5.4. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad.	5.4.1. Vital-muy satisfecho con la vida	5.4.1.1. Porcentaje de las personas de 18 años y más que se ubican en un balance alto (5.01 a 10), con energía o vitalidad/cansado o sin vitalidad por estado 5.4.1.2. Porcentaje de población según sexo que ha tenido eventos negativos por personas cercanas en los doce meses previos y se encuentra muy satisfecha con la vida. 5.4.1.3. Porcentaje de las personas de 18 años y más que se ubican en un balance alto (5.01 a 10), concentrado o enfocado en lo que hacía / aburrido o sin interés en lo que estaba haciendo por estado	Positiva	INEGI. Bienestar Subjetivo en México. Módulo BIARE Ampliado. 2014.	3
Subtotal	4	4	7			10
6. RAZÓN PRÁCTICA	6.1. Formarse una concepción del bien.	6.1.1. Comportamiento cívico	6.1.1.1. Porcentaje de participación cívica y política por estado y municipios 6.1.1.2. Porcentaje de interés y conocimiento sobre aspectos públicos y democracia, participación y representación de personas de 15 a 19 años.	Positiva	Encuesta Nacional de Cultura Cívica (ENCUCI) 2020	5.6

	6.2. Reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida.	6.2.1. Planificación de la vida, libertad de conciencia y observancia religiosa	6.2.1.1. Porcentaje de la población, por sexo que se identifica en un nivel superior (7) según enunciados de plenitud (ser feliz, necesidades materiales cubiertas, condiciones de vida excelentes, su vida se aproxima al ideal, ha alcanzado metas importantes, no cambiaría nada de su vida y considera estar satisfecho). 6.2.1.2. Porcentaje de la población, por sexo que se identifica en un nivel superior (7) según enunciados eudemónicos (Sentirse satisfecho consigo mismo, optimista respecto al futuro, libre de decidir su propia vida, gusto por aprender cosas nuevas, sentir que lo que hace vale la pena, sentirse afortunado). 6.2.1.3. Porcentaje de personas que se sienten muy satisfechos con su vida en general, según ocupación y sexo.	Positiva	Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNViH)	8.4
Subtotal	2	2	5			14

7. AFILIACIÓN	7.1. Proteger instituciones que constituyen y nutren tales formas de afiliación, así como la libertad de reunión y de expresión política.	<p>7.1.1. Poder vivir con y para los demás.</p> <p>7.1.2. Reconocer y mostrar interés por otros seres humanos.</p> <p>7.1.3. Participar en formas diversas de interacción social.</p> <p>7.1.4. Ser capaces de imaginar la situación de otro u otra.</p>	<p>7.1.1.1. Porcentaje de la red social de soporte por estado y municipio.</p> <p>7.1.1.2. Porcentaje de participación electoral de personas de 18 años y más.</p> <p>7.1.2.1. Porcentaje de población de 15 años y más, según el grado de orgullo por ser mexicano y por el lugar donde vive.</p> <p>7.1.2.2. Porcentaje de población por sexo que en los doce meses previos realizó acciones solidarias y se encuentra muy satisfecha con la vida, respecto al total de población.</p> <p>7.1.3.1. Porcentaje de población por sexo que en los 30 días previos tuvo reunión presencial con familiares y se encuentra muy satisfecho con la vida.</p> <p>7.1.3.2. Porcentaje de población por sexo que en los 30 días previos tuvo reunión presencial con amistades y se encuentra muy satisfecho con la vida</p> <p>7.1.4.1. Porcentaje de toma de decisiones y libertad personal de mujeres de 15 años y más, actual o anteriormente unidas..</p>	Positiva	<p>INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)</p> <p>Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)</p>	7
	7.2. Disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.	<p>7.2.1. Disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos.</p> <p>7.2.2. Que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás.</p>	<p>7.2.1.1. Porcentaje de formas de discriminación padecidas en algún momento de la vida en población adulta y satisfacción en la vida</p> <p>7.2.1.2. Porcentaje de discriminación, creencias sobre igualdad de género y derechos de los grupos minoritarios en personas de 15 años y más por motivos</p>	Negativa	<p>Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis)</p> <p>INEGI. Bienestar subjetivo en México. Módulo BIARE ampliado</p>	7
	2	6	8			14

<p>8. CONTROL DEL PROPIO ENTORNO</p>	<p>8.1. Política</p>	<p>8.1.1. Participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida</p> <p>8.1.2. Derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación.</p>	<p>8.1.1.1. Porcentaje de población de 15 años y más según grado de acuerdo con la frase "En México, para la toma de decisiones, el gobierno considera las opciones de las personas como usted".</p> <p>8.1.1.2. Porcentaje de población de 15 años y más según grado de acuerdo con la frase "Considero que tengo conocimientos y habilidades para participar en actividades políticas, tales como votar, asistir a manifestaciones o protestas, postularme por un cargo público, participar en un partido político"</p> <p>8.1.2.1. Porcentaje de población de 15 años y más según grado de preocupación e interés por asuntos de los problemas de su colonia o localidad y del país</p> <p>8.1.2.2. Porcentaje de relaciones con individuos, asociaciones y poder público de población de 15 años y más</p> <p>8.1.2.3. Porcentaje de población de 15 años y más que ha ejercido su derecho a la libertad</p> <p>8.1.2.4. Porcentaje de percepción de ausencia de corrupción en el sistema judicial.</p> <p>8.1.2.5. Porcentaje de confianza en la aplicación de la ley.</p>	<p>Positiva</p>	<p>INEGI. Encuesta Nacional de Cultura Cívica (ENCUCI) 2020</p>	<p>3.5</p>
--	--------------------------	--	---	-----------------	---	------------

		<p>8.2.1. Poseer propiedades como inmuebles y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas</p> <p>8.2.2. Tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás</p> <p>8.2.3. Estar protegidos legalmente frente a registros y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial.</p>	<p>8.2.1.1. Porcentaje de viviendas particulares habitadas y sus ocupantes, respecto al total de viviendas en la entidad y municipio</p> <p>8.2.2.1. Porcentaje de población de 15-24 según actividad económica y condición de actividad no económica.</p> <p>8.2.2.2. Porcentaje de población de 15-24 años según inserción al mercado laboral, posición de trabajo y acceso a seguridad social.</p> <p>8.2.2.3. Relación de apoyo potencial de los adolescentes</p> <p>8.2.3.1. Porcentaje de asuntos atendidos y resueltos por la justicia en todas las materias, en relación con los denunciados.</p>	Positiva	<p>ENSANUT Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018 Nueva serie INEGI. Tabulados sobre uso del tiempo y bienestar subjetivo 2014.</p> <p>INEGI. Panorámica de la población joven por condición de actividad. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH).</p>	3.5
Subtotal	2	5	15			7
9. OTRAS ESPECIES	9.1. Relación próxima y respetuos a con el planeta	<p>9.1.1. Animales</p> <p>9.1.2. Mundo natural</p>	<p>9.1.1.1. Porcentaje de la población por sexo que tiene disponibilidad de mascota en casa y se encuentra muy satisfecha con la vida.</p> <p>9.1.2.1. Porcentaje del promedio diario de residuos sólidos, orgánicos e inorgánicos seleccionados o separados respecto a los no recolectados según prácticas para desechar residuos.</p> <p>9.1.2.2. Porcentaje de disponibilidad de agua de red pública, servicio de drenaje y alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, y gestión sustentable.</p> <p>9.1.2.3. Distribución porcentual de hogares según su percepción del cambio climático.</p> <p>9.1.2.4. Porcentaje de contaminación de aire y descomposición de residuos estatal y municipal</p>	<p>Positiva</p> <p>Negativa (9.1.2.4.)</p>	<p>INEGI. Censo Nacional de Gobiernos Municipales y Demarcaciones Territoriales de la Ciudad de México 2019.</p> <p>INEGI- Modulo de hogares y medio ambiente (MOHOMA). 2018</p> <p>INEGI. Indicadores de bienestar.</p>	4
Subtotal	1	3	5			4

10. JUGAR	10.1. Reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas y ocio.	10.1.1. Satisfacción y felicidad en recreación y ocio	10.1. Porcentaje de satisfacción y felicidad en actividades recreativas y ocio 10.2. Promedio de tiempo dedicado a actividades productivas, de recreación y ocio.	Positiva	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014	5
Subtotal	1	1	2			5
Total	26	36	75			100

Cabe destacar que, dependiendo las variables que contenga el indicador y la información contenida en la base de datos, éste se desagregará por:

- Estatal y por municipio
- Edades de 10 a 19 años (10-14 y 15-19)
- Población Urbana y Rural
- Condición étnica
- Mujeres embarazadas y no embarazadas
- Comparación por sexo

Finalmente, como se puede observar en la tabla se indica la dirección del indicador (positiva y negativa) así como la ponderación correspondiente por dimensión y capacidad, donde la suma de estas últimas es 100, valor total del índice. Estos datos se incorporan para efectos del cálculo del InDeHJ-ENAPE, que se detalla en el siguiente apartado.

3.5. Cálculo del Índice de Desarrollo Humano Juvenil (InDeHJ) en el marco de la ENAPEA.

Como ya se ha adelantado el valor final del índice es 100, que se transforma en 1 al dividirlo entre 100, con la finalidad de equiparlo en su momento con el IDH-PNUD. A partir de este último referente se consideran los mismos niveles (3) de desarrollo humano (Tabla 17).

Tabla 17

Niveles del InDeHJ

Nivel		Valores	%
DeHJ	Muy alto	> 0.80	[> 80]
DeHJ	Alto	0.70 – 0.80	[70-80]
DeHJ	Medio	0.50 – 0.70	[50-70]
DeHJ	Bajo	< 0.50	[< 55]
Total		1	[100]

Para obtener el InDeHJ, se procede a realizar el cálculo correspondiente de acuerdo con lo siguiente:

1. Se ajustarán los indicadores considerando la dirección positiva o negativa de cada uno de ellos de acuerdo con su naturaleza con base en el método estándar de puntos de correspondencia.

A mayor valor del indicador = mejor situación | **Indicador positivo**, por ejemplo, “porcentaje de población de 15 a 18 con electricidad en casa”.

A mayor valor del indicador = peor situación | **Indicador negativo** por ejemplo, “porcentaje de población de 13 a 17 años que sufrió algún tipo de violencia”.

La fórmula utilizada para normalizar los indicadores, dependiendo de la dirección positiva o negativa es la siguiente:

$$Y_i = \frac{[X_{\max} - X_i]}{[X_{\max} - X_{\min}]} * 100$$

En donde:

- Y_i es cualquiera de los indicadores seleccionados.
- X_{\min} y X_{\max} son el mínimo y máximo posible respectivamente que puede alcanzar el indicador seleccionado.
- 100 es el mayor valor posible de alcanzar en la nueva escala.
- X_i es el valor real

Al realizar esta transformación para todos y cada uno de los indicadores que operacionalizan los índices de las diferentes variables y dimensiones, se dispondrá de puntajes directamente sumables para expresar el nivel de comportamiento relativo de los indicadores.

2. Una vez unificada la forma de medirlos y definir los índices por indicador, cada uno de ellos mostrará un valor entre 0 y 100 puntos, que indica que entre más alto es el puntaje, mejor es el nivel de cada índice de los indicadores.

Con esos valores se procede a, a) obtener el valor de la variable promediando en aquellas casos donde haya más de un indicador, de ser un solo indicador se usa directo el índice transformado; b) obtener el valor ponderado de la variable (promedio de índices transformados de cada indicador o índice único) a través de la siguiente operación: $[V_i = X_i * p_v / 100]$, donde V_i corresponde a cada variable ponderada; X_i es el índice de los indicadores (promediado o no); p_v , ponderación de la variable.

Obtenido este dato, se procede a sumar las variables ponderadas para obtener el valor de la capacidad: $C_i = (\sum V_j)$, donde C_i son las capacidades ponderadas; V_j se refiere a las variables ponderadas.

De esa forma la construcción lineal del InDeHJ consistirá en la suma simple de cada capacidad ponderada, expresando el valor más alto una mejor situación y viceversa, se asume que todos los índices tienen la misma importancia para la definición del InDeHJ.

De forma que el InDeHJ estará expresado de la siguiente forma: **InDeHj**=(ΣC_j), donde ΣC_j representa la sumatoria de todas las capacidades ponderadas.

Aplicando este método se obtiene como resultado una sumatoria que como máximo tendrá 100 puntos.

4. Bibliografía

- Albornoz-Arias, N., Arenas-Villamizar, V. V., Martínez-Santana, M. C., Carreño Paredes, M. T., & Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Factores socioecológicos para la intervención en embarazo de adolescentes en el Estado Táchira, Venezuela. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, vol. 38, núm. 5, 2019. En <https://www.redalyc.org/journal/559/55962867003/55962867003.pdf>
- Benavides Delgado, J. (2016). Violencia en el noviazgo: diferencias de género. *Informes psicológicos*, 16(2), 27-36.
- Calzada, L. F. y Pérez, M. V. (2017). El desarrollo humano como un derecho social, pp 93-106, en Cano, S. L y Narro, J. L. (coordinadores) (2017). *Visión social de los derechos humanos. Una perspectiva multidisciplinar*. UNAM-CNDH. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37800.pdf>
- Castañeda-Camey, N., De León, M., y Brazil-Cruz, L. (2019). Embarazo y maternidad: percepciones de las jóvenes en un contexto binacional México-Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 17(1), 327-342.
- Castañeda, J. y Santa-Cruz, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*. 62, 109-118. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/438711/302671>
- Centro Reina Sofía (2020). Índice sintético de desarrollo juvenil comparado ISDJC-2020. Centro Reina Sofía-FAD.
- CEPAL (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3797/1/lcw347.pdf>
- CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica de desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. CEPAL.
- CEPAL (2018). Propuesta de indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. CEPAL.
- CEPAL-UNFPA (2015). Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. CEPAL
- Chandra-Mouli V, Plesons M, Hadley A, Maddaleno M, Oljira L, Tibebu S,. Conclusiones de las iniciativas de los gobiernos nacionales de Chile, Inglaterra y Etiopía para reducir los embarazos de adolescentes. *Early Childhood Matters* 2019:9. Disponible en: <https://espacioparalainfancia.online/2019/lessons-learned->

[fromnational-government-led-efforts-to-reduce-adolescent-pregnancy-in-chile-england-and-ethiopia/](#)

- CNDH (2018). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley General de Prestaciones de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil. 4ª edición. Ed CNDH.
- CNI-PNUD (2018). Primera Encuesta de Desarrollo Humano en niños, niñas y adolescentes. Ed. CNI-PNUD.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia . ¿Cuál es el problema? Cap. 22 pp 425-445 en Donas, B. S. (compilador) (2001). Adolescencia y juventud en América Latina. Ed. Libro Universitario Regional (EULAC- GTZ).
- CONAPO (2017). *Fichas de los metadatos de los indicadores para la evaluación y monitoreo de la ENAPEA. Versión definitiva Mayo 2017*. Subgrupo de trabajo de indicadores para el monitoreo y evaluación de la ENAPEA. Secretaría de Gobernación.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/532151/Fichas_metadatos_indicadores_ENAPEA.pdf
- CONAPO (s.f.). Sistema de indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA. Secretaría de Gobernación. <http://indicadores.conapo.gob.mx/ENAPEA.html>
- CONAPO (s.f.). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes (ENAPEA)*. México Gobierno de la República.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232448/1_ENAPEA_Reu_Estraordinaria_MMT.pdf
- CONEVAL (2014). Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México.
<https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL PARA EL DISENO Y CONTRUCCION DE INDICADORES.pdf>
- CONAPO (2018). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. En <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- CONEVAL-UNICEF (2019). Pobreza infantil y adolescente en México 2008-2016. Dónde vive y qué características tiene la población de 0 a 17 años en situación de pobreza. México. CONEVAL-UNICEF.
- CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social página Web.
<https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>
- Consejo Estatal de Población del Estado de México (s.f.). *Jóvenes*. Secretaría General de Gobierno. En: <https://coespo.edomex.gob.mx/jovenes>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (s.f.). *Medición multidimensional de la pobreza en México: un enfoque de bienestar económico y de derechos sociales*.

<https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documentos/Medicion-multidimensional-de-la-pobreza-en-Mexico.pdf>

- Consejo Nacional de Población (2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Gobierno de la República. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf
- Consejo Nacional de Población (2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Gobierno de la República. En: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf
- Couceiro, A. (coord.) (2019). *El menor maduro. Cinco aproximaciones a un perfil poliédrico*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. DOI: 10.5281/zenodo.3530525
- Da Silva, B., I., Cader, S. y Leao, L. (2015). Embarazo en la adolescencia: una revisión sistemática del impacto de la edad materna en las complicaciones clínicas, obstétricas y neonatales en la primera fase de la adolescencia. *Adolescencia e Saude*, 12(2), 58-72.
- De la Villa Moral, M., García, A., Cuetos, G., & Sirvent, C. (2017). Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 8(2), 96-107
- Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa. Consultado en: <https://www.nairobisummitcprd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf>
- Donas, B. S. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano en adolescentes Cap. 24. pp 469-499 en Donas, B. S. (compilador) (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica. Ed. Libro Universitario Regional (EULAC- GTZ).
- Drayton VL, Montgomery SB, Modeste NN, Frye-Anderson BA, McNeil P. The impact of the Women's Centre of Jamaica Foundation programme for adolescent mothers on repeat pregnancies [se publicó una corrección en West Indian Med J 2001; 50(1): 4]. *West Indian Medical Journal* 2000;49(4):316–326.
- Dubois, M. A. (2008). El debate sobre el enfoque de las capacidades: las capacidades colectivas. Araucaria. *Revista iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*. N° 20. Segundo semestre de 2008. Págs. 35-63
- Dubois, M. A. (s/f). El desarrollo humano como paradigma emancipador de las desigualdades, especialmente de la de género: una visión crítica de las bases teóricas de Sen. Inédito PP 1-22 <http://portal.onu.org.do/contenidos/archivos/DH%20y%20generoDubois.pdf>
Versión preliminar.
- ENAPEA (2020). ¿Qué es la ENAPEA? En: https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA/Que_es_la_ENAPEA

- Escalante, N. T. (2016). Embarazo adolescente en México: un problema de desigualdad que no se resuelve con una estrategia. *Revista Electrónica de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la CDHDF*. Núm. 11. Pp 6-39.
- Espinosa, C. S., Plancarte, T. M., Mendoza, E. O., & Campos, A. S. (2019). El embarazo en adolescentes, un verdadero problema de salud pública en México. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(3), 304-314.
- Gallo, P., Mari-Klose, M., Cano, A., S., Folguera, I. Y Julia, A. (2020). “Millenials” ante la adversidad. Efectos de la crisis sobre la salud, los hábitos y la percepción de riesgos. Madrid. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. DOI: 105281/zenodo.3712091
- Gálvez Espinosa, M., Rodríguez Arévalo, L., & Rodríguez Sánchez, C. O. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 280-289.
- García, A. K. (2021). El trabajo forzado, matrimonio, embarazo infantil y explotación sexual, el destino de muchas mujeres indígenas víctimas de trata. *El economista*. 13 de junio de 2021, en <https://www.economista.com.mx/politica/Trabajo-forzado-matrimonio-embarazo-infantil-y-explotacion-sexual-el-destino-de-muchas-mujeres-indigenas-victimas-de-trata-20210613-0005.html>
- GEM (2018). Consejo Estatal de Población. Jóvenes. Embarazo Adolescente. Pagina web <https://coespo.edomex.gob.mx/jovenes>
- GM-Gobierno de México (2019). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). Informe 2019. GM. http://coespo.campeche.gob.mx/phocadownload/INFORME_GIPEA_2019_V_F.pdf
- Gobierno de la República (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf
- Gobierno de la República (2016a). *Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Informe ejecutivo enero 2016. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60988/INFORME_Ejecutivo del GIPEA 2015 version definitiva.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60988/INFORME_Ejecutivo_del_GIPEA_2015_version_definitiva.pdf)
- Gobierno de la República (2016b). *Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Informe 2016. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe Ejecutivo del GIPEA 2016 27032017 Version Final.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo_del_GIPEA_2016_27032017_Version_Final.pdf)
- Gobierno de la República (2017). *Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Informe 2017. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/309108/InformeEjecutivo2017.pdf>
- Gobierno de México (20 de septiembre 2020). *¿Qué es la ENAPEA?*. https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA/Que_es_la_ENAPEA

- Gobierno del Estado de México (2019): *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes ENAPEA Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes GEPEA*. Informe Ejecutivo del GEPEA Estado de México 2019. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/560737/Informe_2019_GEP_EA_EDOMEX.pdf
- González, Rangel y Hernández (2019). Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. *Saude soc.* 29(3). <https://scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n3/e181032/es/>
- GR (2012). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente. Gobierno de la República.
- Grisales, R. H., Márquez, F. y Rojas, J. C. (2014). Construcción de un índice de desarrollo para jóvenes de 14 a 26 años, Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2014; 35(4): 242-247
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (Enero de 2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Informe ejecutivo.* Gobierno de la República Mexicana. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60988/INFORME_Ejecutivo del GIPEA 2015 version definitiva.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60988/INFORME_Ejecutivo_del_GIPEA_2015_version_definitiva.pdf)
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Informe 2016.* Gobierno de la República Mexicana. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo del GIPEA 2016_27032017 Version Final.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo_del_GIPEA_2016_27032017_Version_Final.pdf)
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2017). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Informe 2017.* Gobierno de la República Mexicana. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo del GIPEA 2016_27032017 Version Final.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo_del_GIPEA_2016_27032017_Version_Final.pdf)
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2018). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Informe 2018.* Gobierno de la República Mexicana. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/417443/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2018.pdf
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Informe 2019.* Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558796/INFORME_GIPEA_2019_VF.pdf
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2018). *Retos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) al 2030.* Gobierno de la República Mexicana.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/417492/Retos_ENAPEA_2030.pdf

Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). (Mayo 2020). Segundo informe de los indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA 2018.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579119/2_Informe_Indicadores_13_05_2020_compressed.pdf

Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA)(2018). *Informe de los indicadores para monitoreo y evaluación de la ENAPEA. Marzo de* 2018.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/532152/Informe_Final_Indicadores_07feb2018-2a.pdf

Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (10 de septiembre 2018). *Análisis de causalidades del embarazo en niñas y Adolescentes menores de 15 años*. Subgrupo para erradicar el embarazo en adolescentes y niñas menores de 15 años. Secretaría de Gobernación.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis_de_Causalidades_final_04_04_2019.pdf

Gutiérrez, et. al. (2015). *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento 1. a) Documento de análisis del diagnóstico, coherencia interna de la ENAPEA y evaluación del diseño de la ENAPEA (1ª. Fase de la evaluación de diseño)*. Instituto Nacional de Salud Pública.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227648/1_Evaluacion_del_diseño.pdf

Gutiérrez, et. al. (2015). *Documento 3. Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Instituto Nacional de Salud Pública.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227650/3_Plan_General_de_Evaluacion.pdf

INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Resultados principales. INEGI en

https://ceiba.org.mx/publicaciones/Centro_Documentacion/Population/2019_ENADID.2018_INEGI.pdf

INEGI (2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. (12 de agosto) datos nacionales*. Comunicado de prensa núm. 393/20 10 de agosto de 2020.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Juventud2020_Nal.pdf

INMUJERES (2021). Población indígena. Actualización mayo 2021, en http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Poblacion_indigena.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2021). *Sistema de indicadores de género. Madres adolescentes*. http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf

- Krauskopf, D (2005) El desarrollo juvenil contemporáneo: entre la integración y la exclusión. Seminario internacional. La escuela media hoy. Desafíos, debates, perspectivas. Del 5 al 8 de abril de 2005 en Huerta Grande, Córdoba. Panel: La experiencia juvenil contemporánea. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente. Área de Desarrollo Profesional Docente. En <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001897.pdf>
- Mansilla, A. M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. Revista de Investigación en Psicología, Vol. 3Nº. 2, Diciembre 2000, pp 105-116. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
- Maraña, M. (2010). Cultura y Desarrollo. Evolución y perspectivas. UNESCO Etxea. https://www.unescoetxea.org/dokumentuak/Cultura_desarrollo.pdf
- Margulis, M. (2001). Juventud: una aproximación conceptual Cap. 2. pp 41- 57 en Donas, B. S. (compilador) (2001). Adolescencia y juventud en América Latina. Ed. Libro Universitario Regional (EULAC- GTZ).
- Martínez, E., Montero, G. y Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Revista Espacios. 41(47), 1-10. En: <http://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>
- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.
- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.
- Ministerio de Salud del Gobierno de Perú. *Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes* 2013-2021. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969201/ds_012_2013_sa.pdf
- MinSalud y UNFPA (2014). CONPES Social 147/2012. Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo. Colombia. MinSalud y UNFPA.
- Molina, A., Pena, R., Díaz, C. y Antón, M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*. 45(2) e2018. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es&tlng=es.
- Monreal-Gimeno, M.C, Povedano-Díaz, A. y Martínez-Ferrer, B. (2014). Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 5(3), 105 – 114. https://www.uv.es/lisis/amapola/2015/modelo_eco_jour_edu.pdf
- Montejano, R. (2020). Embarazo y maternidad infantil en México. *Derechos humanos en riesgo. Política y Cultura*. 53, 87-104.

https://www.redalyc.org/journal/267/26763954004/html/#redalyc_26763954004_ref4

- Montero, A., Matamala, M., & Valenzuela, M. (1999). Principales características biopsicosociales del embarazo y parto en adolescentes. *Rev Sogia*, 6(1), 10.
- Monterrosa-Castro, Á., Arteta-Acosta, C., & Ulloque-Caamaño, L. (2017). Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia*, 30(1), 34-46.
- Muradás, M. (2021). *Antecedentes. Grupo de Indicadores para el Monitoreo y Seguimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIMS-ENAPEA)*. 1era reunión ordinaria 24 de marzo 2021. Secretaría General del Consejo Nacional de Población. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629856/Antecedentes_Subgrupo_IMS_compressed.pdf
- Muradás, M. (2021). Determinantes del embarazo adolescente en México y su impacto socioeconómico. Secretaría General del Consejo Nacional de Población. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/627660/DeterminantesImpactoEA_final.pdf
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.
- Nussbaum, M. (2012). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Herder.
- O'Farril, D. C., Alfaro, A. C., García, A. G. Á., & Gómez, Y. S. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1).
- Oliva, D. A., Hernando, G. A., Parra, J. A., Pertegal, V. M. A., Ríos, B. M. y Antolín, S. L. (2008). La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Oliva, D. A., Povedano, D. A. Suárez, R. C., Antolín, S. L., Rodríguez, M. A. Y Musito, O. G. (2020). Bienestar y desarrollo positivo adolescente desde una perspectiva de género. Un estudio cuantitativo. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD.
- Organización Mundial de la Salud (31 de enero de 2020). El embarazo en la adolescencia. *Centro de prensa*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.): *Datos y cifras. Salud Adolescente*. Banco Mundial. https://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Determinantes e inequidades en salud*. https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). El Embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Consultado en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20especifica,de%20los%20pa%C3%ADses%20\(2\)](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20especifica,de%20los%20pa%C3%ADses%20(2))
- Otero, A. y Zunzunegui, V. (2016). Capítulo 6: Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. Elsevier. En <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/Determinantes-sociales-de-la-salud-y-su-influencia-en-la-atención-sanitaria.pdf>
- Pan American Health Organization (13-17 november, 2017). *Capacity building workshop in using the Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!).* Healthy life course. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13931:global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescents-aa-ha&Itemid=3667&lang=es
- Pautassi, L. Y Royo, L. (2012). Enfoque de derechos en las políticas de infancia. Indicadores para su medición. CEPAL-UNICEF.
- Pinzón-Rondón, Á. M., Ruiz-Sternberg, Á. M., Aguilera-Otalvaro, P. A., & Abril-Basto, P. D. (2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 487-499.
- PNUD (2017). Desarrollo Humano en República Dominicana. Embarazo adolescente: Un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida. PNUD.
- PNUD (2017). Embarazo en adolescentes: un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida. En https://www.undp.org/content/dam/dominican_republic/docs/odh/publicacion_es/pnud_do_INDH2017.pdf
- PNUD (2019). *Informe sobre desarrollo humano. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI.* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD (2020). Informe sobre Desarrollo humano. La próxima frontera. El desarrollo humano y el antropoceno. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://report.hdr.undp.org/es/index.html>
- PNUD (2020). Technical notes. Calculating the human development indices—graphical presentation. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf

- PNUD México (2010). Boletín número uno: Indicadores de desarrollo humano y mercado laboral de mujeres y hombres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Boletin_de_genero_documento_final.pdf
- PNUD México (2014). *Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México: nueva metodología*. <https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/indicadores-de-desarrollo-humano-y-genero-en-mexico--nueva-metod.html>
- PNUD México (s.f.) Desarrollo Humano. https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/povertyreduction/in_depth/desarrollo-humano.html
- RACI (s.f.). El PNUD publicó el Índice de Desigualdad de Género 2019. *Novedades*. <https://raci.org.ar/el-pnud-publico-el-indice-de-desigualdad-de-genero-2019/>
- Rea Ponce, S. T. (2021). Análisis de los factores demográficos y socioeconómicos que intervienen en el embarazo de adolescentes atendidas en establecimientos de salud pública del distrito metropolitano de Quito, año 2020 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Redondo Pacheco, J., Inglés Saura, C. J., & García Lizarazo, K. L. (2017). Papel que juega la edad en la violencia en el noviazgo de estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga. *Diversitas: perspectivas en Psicología*, 13(1), 41-54.
- Salvia, A. y Tuñón, I. (2011). Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano de la infancia. Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil. Universidad de la República, Montevideo. Seminario Internacional “Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil”. Centro Interdisciplinario Infancia y Pobreza Universidad de la República Montevideo, 7 y 8 de abril 2011.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta ecológica*, (55), 14-20.
- Sen, A. (2018). La idea de justicia [Traducción de Hernaldo Valencia Villa]. Taurus.
- UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – MILENA 1.0. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf.
- UNFPA. (14 de Julio de 2021). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
- UNICEF México (2019). Programa *Adolescencia con sus derechos garantizados, las y los adolescentes pueden movilizar al mundo*. <https://www.unicef.org/mexico/adolescencia>

- UNSD (United Nations-Statistic Division-Sustainable Development Goals) (2017). Anexo. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos del Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Labor de la comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Pp. 1-23. A/RES/71/313. Development Goal indicators website. En https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf o <https://sdg.humanrights.dk/es/goals-and-targets>
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, Uruguay 2016–2020 [Internet]. Montevideo: MSP;2017 [citado el 14 de agosto del 2020]. En: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategiaintersectorial-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en>
- Vargas Pérez, A. (2013). El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente. *Revista Con-Ciencia*, 1(1), 141-148
- Villasís-Keever, M. y Miranda-Novales, M.(2016) El protocolo de investigación IV: las variables de estudio. *Revista Alergia*: 63(3), 303-310. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755025003.pdf>
- Vite, D. K. (2021). El derecho de todas: voces de mumeres indígenas. INPI. En <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/620371/libro-El-derecho-de-todas-Voces-de-mujeres-indigenas-INPI-CAMI.pdf>
- World Health Organization (2020). Adolescent pregnancy. En: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization (2017). *Family planning evidence brief. Reducing early and unintended pregnancies among adolescents*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255862>

5. Anexos

Anexo 1

Comparativa de indicadores de acuerdo con el Subgrupo de Indicadores para el monitoreo y seguimiento SIMS ENAPEA

	2017 ³⁶	2018 ³⁷	Actual ³⁸
Fin	F1. Índice de desarrollo juvenil, 2015 (IMJUVE)	F.1 Índice de desarrollo juvenil (IMJUVE)	F.1 Índice de desarrollo juvenil (IMJUVE)
Contribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las y los adolescentes mexicanos para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna mediante la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes.	F2. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes clasificados como no pobres ni vulnerables	F.2. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes clasificados no pobres ni vulnerables.	F.2. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes clasificados no pobres ni vulnerables (CONEVAL)
Propósito	P1. Tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años (CONAPO)	P.1. Tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años.	P1a. Razón de fecundidad en niñas de 10 a 14 años mil (CONAPO)
Se reducen los embarazos en niñas y adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos.	P.2. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (CONAPO)		P1b. Tasa específica de fecundidad en niñas de 12 a 14 años (Por cada mil) (CONAPO)
	P3. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12-19 años que han estado embarazadas alguna vez		P2. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (Por cada mil) (CONAPO)
	P4. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas	P.2. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.	P3. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que alguna vez han estado embarazadas (INSP)
	P5. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años beneficiarias de PROSPERA que alguna vez han estado Embarazadas	P3. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez	P4. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas (INSP)
	P6. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años beneficiarias de PROSPERA que han estado embarazadas alguna vez entre las sexualmente activas	P4. Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las que iniciaron vida sexual	P7. Porcentaje de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años (CONAPO)
	P7. Porcentaje de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad		

³⁶ Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA)(2018). *Informe de los indicadores para monitoreo y evaluación de la ENAPEA*. En: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/532152/Informe_Final_Indicadores_07feb2018-2a.pdf

³⁷ Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA)(2018). *Segundo informe de los indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA 2018*. En: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579119/2_Informe_Indicadores_13_05_2020_compressed.pdf

³⁸ CONAPO: Sistema de indicadores para el monitoreo y seguimiento de la ENAPEA. <http://indicadores.conapo.gob.mx/ENAPEA.html>

<p>Componente 1</p> <p>Tiene como intención generar “oportunidades educativas en México para niñas, niños y adolescentes, ampliadas en todos los niveles educativos, de gestión pública con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano.</p>	<p>C1.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por rezago educativo</p>	<p>C1.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia</p>	<p>C1.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por rezago educativo (CONEVAL)</p>
	<p>C1.2 Eficiencia terminal</p>	<p>por rezago educativo.</p>	
	<p>C1.3 Abandono escolar por nivel educativo y sexo</p>	<p>C1.2 Eficiencia terminal</p>	<p>C1.2 Eficiencia Terminal (SEP)</p>
	<p>C1.4 Tasa bruta de escolarización (Cobertura) por nivel educativo</p>	<p>C1.3 Abandono escolar por nivel educativo y sexo</p>	<p>C1.3 Abandono escolar por nivel educativo y sexo (Porcentaje) (SEP)</p>
	<p>C1.5 Tasa neta de escolarización</p>	<p>C1.5 Tasa neta de escolarización</p>	<p>C1.5 Tasa neta de escolarización (Porcentaje) (SEP)</p>
	<p>C1.6 Porcentaje de la población femenina de 15 a 19 años que no asiste a la escuela por falta de dinero, no le gusta estudiar, matrimonio o unión, se embarazó u otras razones.</p>	<p>C1.6 Distribución porcentual de la población por asistencia escolar</p>	<p>C1.6 Distribución porcentual de la población por asistencia escolar (CONAPO)</p>
	<p>Subcomponentes</p>		
	<p>C1.S1 Porcentaje de madres jóvenes y jóvenes embarazadas que reciben beca y permanecen en los servicios educativos de tipo básico, respecto al total que reciben beca en el mismo año</p>		
		<p>Subcomponentes</p>	<p>Subcomponentes</p>
		<p>C1.S1. Porcentaje de madres jóvenes y jóvenes embarazadas</p>	<p>C1.S1 Porcentaje de madres jóvenes y jóvenes embarazadas que reciben beca y permanecen en los servicios educativos de tipo básico, respecto al total que reciben beca en el mismo año (SEP)</p>
	<p>C1.S2 Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año</p>	<p>que reciben beca y permanecen en los servicios educativos</p>	
	<p>C1.S3 Porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que concluyen el tipo educativo básico</p>	<p>de tipo básico, respecto al total que recibe beca en el mismo</p>	
		<p>año</p>	
		<p>C1. S2. Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de</p>	<p>C1.S2 Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca del tipo media superior respecto al total de mujeres que reciben beca en el mismo año (SEP)</p>
		<p>tipo medio superior respecto al total de mujeres que reciben</p>	
		<p>beca en el mismo año</p>	
		<p>C1.S3. Porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que</p>	<p>C1.S3 Porcentaje de mujer beneficiarias de beca que concluyen el tipo educativo básico (SEP)</p>
		<p>concluyen el tipo educativo básico</p>	
		<p>C2.4. Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad.</p>	

Componente 2

Se otorga educación integral en sexualidad desde la infancia que favorece la adquisición gradual, desarrollo, manejo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

C2.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes, informados sobre el uso correcto del condón

C2.2 Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años informados sobre el uso correcto del condón con respecto a niños y hombres adolescentes informados sobre el uso correcto del condón

C2.3 Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años

C2.4 Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad

Subcomponentes

C2.S2 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 10 a 19 años que refieren haber recibido de sus maestros y maestras educación integral en sexualidad en todas sus dimensiones

C2.1 Porcentaje de niñas, niños y

adolescentes de 12 a 19 años informadas(as) sobre el uso correcto del condón

C2.2. Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años

informadas sobre el uso correcto del condón con respecto a

niños y hombres adolescentes informados sobre el uso

correcto del condón

C2.3. Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años

C2.4. Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben

educación integral en sexualidad.

Subcomponentes

C2.S1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 10 a 19

años que refieren haber recibido de sus maestros y maestras

educación integral en sexualidad en todas sus dimensiones

C2.S2. Porcentaje de personal educativo de educación básica

formado para la incorporación de las perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar en los ambientes de aprendizaje escolar

C2.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años informadas(os) sobre el uso correcto del condón.

C2.2 Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años informadas sobre el uso correcto del condón respecto a niños y hombres adolescentes informados sobre el uso correcto del condón (INSP)

C2.3 Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años (Porcentaje)(INSP)

C2.4 Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad (SEP)

Subcomponentes

C2.S2 Porcentaje del personal educativo de educación básica formados para a incorporación de perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia escolar en los ambientes de aprendizaje escolar (SEP)

Componente 3

Se amplían las oportunidades laborales de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México, que les permitan un ingreso suficiente para una vida sin carencias,

C3.1 Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años

C3.2 Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años

C3.1 Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años

C3.2 Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años

C3.1 Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años (Porcentaje)(STPS)

C3.2 Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años (Porcentaje)(STPS)

<p>asegurando que concluyan la educación obligatoria y buscando sinergias con estrategias similares y participación social.</p>	<p>C3.3 Tasa de no asistencia escolar de la población ocupada de 15 a 19 años</p>	<p>C3.3 Tasa de no asistencia escolar de la población ocupada de 15 a 19 años</p>	<p>C3.3 Tasa de no asistencia escolar de la población ocupada de 15 a 19 años (Porcentaje)(STPS)</p>
	<p>C3.4 Tasa de ocupación infantil no permitida de la población de 10 a 17 años</p>	<p>C3.4 Tasa de ocupación infantil no permitida de la población de 10 a 17 años</p>	<p>C3.4 Tasa de ocupación infantil no permitida de la población de 10 a 17 años (Porcentaje)(STPS)</p>
	<p>C3.5 Tasa de ocupación infantil por debajo de la edad mínima de la población de 10 a 14 años</p>	<p>C3.5 Tasa de ocupación infantil por debajo de la edad mínima de la población de 10 a 14 años</p>	<p>C3.5 Tasa de ocupación infantil por debajo de la edad mínima de la población de 10 a 14 años (Porcentaje)(STPS)</p>
	<p>C3.6 Tasa de ocupación peligrosa de la población ocupada de 15 a 17 años</p>	<p>C3.6 Tasa de ocupación peligrosa de la población ocupada de 15 a 17 años</p>	<p>C3.6 Tasa de ocupación peligrosa de la población ocupada de 15 a 17 años (Porcentaje)(STPS)</p>
	<p>C3.7 Tasa de quehaceres domésticos en condiciones no adecuadas para la población de 10 a 17 años</p>	<p>C3.7 Tasa de quehaceres domésticos en condiciones no adecuadas para la población de 10 a 17 años</p>	<p>C3.7 Tasa de quehaceres domésticos en condiciones no adecuadas para la población de 10 a 17 años (Porcentaje)(STPS/SNE)</p>
	<p>Subcomponentes</p>	<p>Subcomponentes</p>	<p>Subcomponentes</p>
	<p>C3.S1 Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo</p>	<p>C3.S1 Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo</p>	<p>C3.S1 Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo (Porcentaje)(STPS/SNE)</p>
	<p>C3.S2 Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron atención a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo), del Servicio Nacional de Empleo</p>	<p>C3.S2 Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron atención a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo), del Servicio Nacional de Empleo</p>	<p>C3.S2 Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron atención a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo) del Servicio Nacional de Empleo (Porcentaje)(STPS/SNE)</p>
	<p>C3.S3 Tasa de colocación de buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron capacitación a través del Subprograma Bécate del Servicio Nacional de Empleo</p>	<p>C3.S3 Tasa de colocación de buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron capacitación a través del Subprograma Bécate del Servicio Nacional de Empleo</p>	<p>C3.S3 Tasa de colocación de buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron capacitación a través de Subprograma Bécate del Servicio Nacional de Empleo (Porcentaje)(STPS/SNE)</p>
	<p>C3.S4 Número de buscadores de empleo de 18 y 19 años</p>	<p>C3.S4. Número de buscadores de empleo de 18 y 19 años apoyados a través del Subprograma Fomento al Autoempleo</p>	<p>C3.S4 Número de buscadores de empleo de 18 a 19 años apoyados a través del Subprograma Fomento al Autoempleo (número absoluto) (STPS/SNE).</p>
	<p>C3.S5 Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto al número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio (SEP)</p>	<p>C3.S5 Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto al número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio (SEP)</p>	<p>C3.S5 Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto al número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio (SEP)</p>

	apoyados a través del Subprograma Fomento al Autoempleo	C3.S5 Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto del número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio	C3.S5 Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto del número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio
		C3.S6 Promedio de horas del trabajo no remunerado de la población de 12 a 19 años	C3.S6 Promedio de horas de trabajo no remunerado de la población de 12 a 19 años (horas) (INMUJERES)

Componente 4

Se promueve un entorno legal, social y regulatorio habilitante bajo un esquema de participación social que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de niñas, niños y adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud reproductiva.

C4.1 Número de entidades federativas que tienen GEPEA y que además cuentan con un programa de trabajo

Subcomponentes

C4.S1 Índice de armonización legislativa

C4.S2 Número de actividades realizadas por el CONAPO en los diferentes componentes de las campañas de comunicación (planeación, producción, difusión y evaluación) de acuerdo al tipo de población atendida

C4.S3 Número de proyectos apoyados que promueven acciones que inciden en la prevención del embarazo en adolescentes

C1.4 Índice de priorización para la detección de necesidades de atención en los GEPEA

Subcomponentes

C4.S1 Índice de armonización legislativa

C4.S2 Número de actividades realizadas por el CONAPO en los diferentes componentes de las campañas de comunicación (planeación, producción, difusión y evaluación) de acuerdo al tipo de población atendida

C4.S3 Número de acciones focalizadas que contribuyen a prevenir el embarazo en adolescentes

C4.1 Índice de priorización de GEPEA (Porcentaje)(CONAPO)

Subcomponentes

C4.S1 Índice de armonización legislativa (Porcentaje)(SE-SIPPINNA)

C4.S2 Número de actividades o campañas realizadas por el CONAPO en los diferentes componentes de comunicación (planeación, producción, difusión y evaluación) de acuerdo con el tipo de población atendida (Porcentaje)(CONAPO)

C4.S3 Número de acciones focalizadas que contribuyen a prevenir el embarazo en adolescentes (Número absoluto) (INDESOL)

Componente 5

Se garantizan los servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población 10-19 años, en apego a la normatividad; además se incrementa la demanda fomentando la participación social y se asegura el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP) para garantizar una elección

C5.1 Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la primera relación sexual

C5.2 Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la última relación sexual

C5.3 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos

Anticonceptivos

C5.1. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la primera relación sexual

C5.2. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la última relación sexual

C5.3. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

C5.1 Porcentaje de usos de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la primera relación sexual (INSP)

C5.2 Porcentaje de usos de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años en la última relación sexual (INSP)

C5.3 Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (CONAPO)

<p>libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.</p>	<p>C5.4 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de anticonceptivos</p>	<p>C5.4 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de anticonceptivos modernos</p>	<p>C5.4 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de métodos anticonceptivos modernos (CONAPO)</p>
	<p>C5.5 Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico</p>	<p>C5.5. Porcentaje de municipios con al menos un servicio</p>	<p>C5.5 Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos) (CNEGySR)</p>
	<p>de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos)</p>	<p>específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos)</p>	
	<p>C5.6 Incidencia registrada de ITS en población de 10 a 19 años de edad</p>	<p>C5.6 Incidencia registrada de ITS en población de 10 a 19 años de edad</p>	<p>C5.6 Incidencia registrada del ITS en población de 10 a 19 años de edad (por cada 100mil) (CENSIDA)</p>
	<p>C5.7 Incidencia de VIH en población de 15 a 24 años de edad</p>	<p>C5.7 Incidencia de VIH en población de 15 a 24 años de edad</p>	<p>C5.7 Incidencia registrada del VIH en población de 15 a 24 años de edad (por cada mil) (CENSIDA)</p>
			<p>Subcomponentes</p>
	<p>Subcomponentes</p>	<p>Subcomponentes</p>	<p>C5.S1 Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programa para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes (CNEGySR)</p>
	<p>C5.S1 Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes</p>	<p>C5.S1. Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programado para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes</p>	<p>C5.S2 Cobertura de anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes (Porcentaje)(CNEGySR)</p>
	<p>C5.S2 Cobertura de anticoncepción postevento obstétrico en adolescentes</p>	<p>C5.S2. Cobertura de anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes</p>	<p>C5.S3 Número de claves adquiridas de métodos anticonceptivos por institución (número absoluto) (CNEGySR)</p>
	<p>C5.S3 Número de claves adquiridas de métodos anticonceptivos por institución</p>	<p>C5.S3 Número de claves adquiridas de métodos anticonceptivos por institución</p>	<p>C5.S4 Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos (millones de pesos) (CNEGySR)</p>
	<p>C5.S4 Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos</p>	<p>C5.S4 Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos</p>	

<p>Componente 6</p> <p>Marco legal fortalecido y homologado en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia sexual y reproductiva contra niñas, niños y adolescentes, derechos humanos garantizados que amparan la protección contra la violencia sexual y reproductiva, y acciones de difusión de derechos sexuales y reproductivos ampliadas, fomentando la participación de niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>C6.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años de edad que ya iniciaron vida sexual activa</p> <p>C6.2 Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses</p> <p>Subcomponentes</p> <p>C6.S1 Tasa de relaciones asimétricas en la primera relación sexual</p> <p>C6.S2 Tasa de eventos obstétricos en egresos hospitalarios en mujeres menores de 15 años</p> <p>C6.S3 Proporción de mujeres entre 20 y 24 años de edad que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años</p>	<p>C6.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (12 a 19 años) que iniciaron vida sexual</p> <p>C6.2 Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses</p> <p>Subcomponentes</p> <p>C6.S1 Porcentaje de adolescentes con primera relación sexual asimétrica</p> <p>C6.S2. Tasa de eventos obstétricos hospitalarios en mujeres menores de 15 años.</p> <p>C6.S3. Proporción de mujeres entre 20 y 24 años de edad que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años.</p>	<p>C6.1 Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (12-19años) que iniciaron vida sexual (INSP)</p> <p>C6.2 Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses (Porcentaje) (INMUJERES).</p> <p>Subcomponentes</p> <p>C6.S1 Porcentaje de adolescentes con primera relación sexual asimétrica (INSP)</p> <p>C6.S2 Tasa de eventos obstétricos en egresos hospitalarios en mujeres menores de 15 años (Por 10 mil) (CNEGySR)</p> <p>C6.S3 Proporción de mujeres entre 20 y 24 años de edad que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años (Porcentaje) (INMUJERES).</p>
--	---	--	---

Total de indicadores	57 indicadores	53 indicadores	54 indicadores
----------------------	----------------	----------------	----------------

Anexo 2

Alineación de ODS, Consenso de Montevideo e Índice de Desarrollo Humano con la ENAPEA.

ENAPEA		ALINEACIÓN (A)			ODS				ACUERDOS DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO				ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	
INDICADORES	DEFINICIÓN	ODS	CM PD	IDH	Metas	A	Indicadores	A	Acuerdos	A	Indicadores	A	Indicadores	A
Índice de desarrollo Juvenil 15 a 29 años	Índice compuesto basado en cuatro componentes (prosperidad, bienestar, participación, inclusión) que mide de forma integral y de acuerdo a la propuesta del Projuventud, las condiciones de desarrollo de los jóvenes				1.1 Para 2030, erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo, actualmente e medida por un ingreso por persona inferior a 1,25 dólares al día.		1.1.1 Proporción de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza, desglosada por sexo, edad, situación laboral y ubicación geográfica (urbana o rural)		1. Profundizar las políticas públicas y acciones necesarias para erradicar la pobreza y romper los círculos de exclusión y desigualdad como condición para lograr el desarrollo de la región;		A.1 Proporción de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza, desglosada por sexo, edad, situación laboral y ubicación geográfica (urbana o rural) (indicador 1.1.1 de los ODS).			
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes clasificados no pobres ni vulnerables	Mide la proporción de niñas, niños y adolescentes clasificados como no pobres ni vulnerables de acuerdo con la metodología de medición de pobreza multidimensional del CONEVAL. Es aquella población cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar y que no presenta alguna de las carencias sociales consideradas en la metodología de medición multidimensional de la pobreza de CONEVAL	1.1.1; 1.2.1, 1.2.2; 1.3.1; 1.4.1; 2.1.1; 2.1.2; 3.8.1; 3.8.2; 6.1.1; 6.2.1; 7.1.1; 7.1.2; 11.1.1	A.1; A.2; A.3; A.4; A.6; A.9		1.2 Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños y niñas de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.		1.2.1 Proporción de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza, desglosada por sexo y edad		2. Aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo, e incrementar los esfuerzos tendientes a su reconocimiento, promoción y protección, con el fin de eliminar las desigualdades y fomentar la inclusión social;		A.2 Proporción de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza, desglosada por sexo y edad (indicador 1.2.1 de los ODS).		C2. Años esperados de Escolaridad	
Razón de fecundidad en niñas de 10 - 14 años.	Número de nacimientos ocurridos en niñas entre 10 y 14 años que tienen lugar en un determinado		B.10 ; B.15 ; B.18				1.2.2 Proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades				A.3 Proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones, con arreglo a las		C2. 2. Años promedio de escolaridad	

	año, por cada 1000 niñas de 10 a 14 años a mitad de ese año.				que viven en la pobreza, en todas sus dimensiones, con arreglo a las definiciones nacionales		definiciones nacionales (indicador 1.2.2 de los ODS).		
Tasa específica de fecundidad en niñas de 12 a 14 años.	Número de nacimientos ocurridos en niñas entre 12 y 14 años que tienen lugar en un determinado año, por cada 1000 mujeres de 12 a 14 años a mitad de ese año.	3.7.2	B.10	1.3 Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables.	1.3.1 Proporción de la población cubierta por sistemas o niveles mínimos de protección social, desglosada a por sexo, distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas, los recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo, los pobres y los vulnerables		A.4 Proporción de personas que viven por debajo del 50% de la mediana de los ingresos, desglosada por edad, sexo y personas con discapacidad (indicador 10.2.1 de los ODS).		
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.	Número de nacimientos ocurridos en mujeres entre 15 y 19 años que tienen lugar en un determinado año, por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años a mitad de ese año.	3.7.2	B.10	1.4 Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los más vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías y los servicios económicos	1.4.1 Proporción de la población que vive en hogares con acceso a los servicios básicos		A.6 Proporción de la población que vive en hogares con acceso a servicios básicos (indicador 1.4.1 de los ODS).		

				s, incluida la microfinanciación.					
Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 que han estado embarazadas alguna vez	Niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas como proporción del total de niñas y adolescentes		B.13	1.b Crear marcos normativos sólidos en el ámbito nacional, regional e internacional, sobre la base de estrategias de desarrollo en favor de los pobres que tengan en cuenta las cuestiones de género, a fin de apoyar la inversión acelerada en medidas para erradicar la pobreza.	1.b.1 Proporción de los gastos públicos periódicos y de capital que se dedica a sectores que benefician de forma desproporcionada a las mujeres, los pobres y los grupos vulnerables			A.9 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares (indicador 3.8.2 de los ODS).	
Porcentaje de niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas alguna vez entre las que sexualmente activas	Niñas y adolescentes de 12 a 19 años que han estado embarazadas como proporción del total de las niñas y adolescentes que han iniciado vida sexual		B.13	2.1 Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año	2.1.1 Prevalencia de la subalimentación			A.14 Tasa de desempleo, desglosada por sexo, edad y personas con discapacidad (indicador 8.5.2 de los ODS).	
Porcentaje de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad	Es el porcentaje que presentan los nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad respecto al total de nacimientos ocurridos en mujeres en edad fértil en un año determinado		B.13 :B18		2.1.2 Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave entre la población, según la escala de experiencia de inseguridad alimentaria			A.19 Proporción de la población que ha sufrido violencia física, psicológica o sexual en los 12 meses anteriores (indicador 16.1.3 de los ODS).	

Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por rezago educativo.	Mide el porcentaje de niñas, niños y adolescentes del grupo de edad con rezago educativo.			3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave			B.2 Proporción y número de niños de entre 5 y 17 años que realizan trabajo infantil, desglosados por sexo y edad (indicador 8.7.1 de los ODS).
Eficiencia terminal.	Número de alumnos que egresan de un determinado nivel educativo en un ciclo escolar, por cada cien alumnos de la cohorte escolar inicial del mismo nivel. Permite conocer el número de alumnos que terminan un nivel educativo de manera regular o extemporáneamente.	4.1.1: 4.3.1	11: B.5	3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos	11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;		B.5 Proporción de niños, niñas y adolescentes que, a) en los cursos segundo y tercero; b) al final de la enseñanza primaria; y c) al final de la enseñanza secundaria inferior, han alcanzado al menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas, desglosada por sexo (indicador 4.1.1 de los ODS).
Abandono escolar por nivel educativo y sexo.	Número de alumnos matriculados que abandonan la escuela de un periodo escolar a otro, por cada cien alumnos que se matriculan al inicio de cursos de un mismo nivel educativo. El indicador es una relación expresada en términos porcentuales. Se aplica de manera independiente por nivel educativo y sexo.		13: B.16		3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad	12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable,		B.6 Porcentaje de la población escolar que estudia en establecimientos educativos que ofrecen una formación laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad (indicador 9.1 de la <i>Guía operacional</i>).

							placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual				
Tasa neta de escolarización (Porcentaje) (SEP)	Número de alumnos en un nivel educativo al inicio del ciclo escolar del rango de edad típico correspondiente al nivel educativo, por cada cien en el mismo grupo de edad de la población	4.1.1; 4.3.1	11; B.5; B.6	C 2 - 1	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos		3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos)				13.Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes;
Distribución porcentual de la población por asistencia escolar (CONAPO)	Porcentaje de la población femenina de 15 a 19 años que no asiste a la escuela por embarazo, matrimonio, motivos familiares o quehaceres domésticos o no la dejaron seguir estudiando	4.5.1					3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares				14.Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos;

<p>Porcentaje de madres jóvenes y jóvenes embarazadas que reciben beca y permanecen en los servicios educativos de tipo básico, respecto al total que reciben beca en el mismo año.</p>	<p>Mide la cantidad de madres jóvenes y jóvenes embarazadas de 12 a 18 años 11 meses que reciben becas para alfabetización y educación básica y que permanecen en los servicios educativos de tipo básico con respecto al total de becarias atendidas.</p>	<p>4.5.1; 4.6.1</p>		<p>3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos</p>	<p>3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible</p>	<p>15. Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia;</p>	<p>B.9 Porcentaje de niños y niñas, adolescentes y jóvenes que tienen información y conocimiento sobre sexualidad y reproducción adecuados para sus respectivas edades (indicador 11.3 de la <i>Guía operacional</i> adaptado).</p>	
<p>Porcentaje de madres jóvenes que reciben beca de tipo medio superior respecto al total de mujeres que</p>	<p>Mide la cantidad de becas de tipo medio otorgadas a madres jóvenes con respecto al total de becarias atendidas en</p>	<p>4.3.1</p>		<p>4.1 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria,</p>	<p>4.1.1 Proporción de niños, niñas y adolescentes que, a) en los cursos segundo y tercero, b) al final de</p>		<p>B.10 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad (indicador 3.7.2 de los ODS).</p>	

reciben beca en el mismo año.	media superior.			que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad y producir resultados de aprendizaje pertinentes y efectivos	la enseñanza primaria y c) al final de la enseñanza secundaria a inferior, han alcanzado al menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas, desglosada por sexo				
Porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que concluyen el tipo educativo básico	Mide el porcentaje de mujeres beneficiarias de becas que concluyen el tipo educativo básico	4.3.1; 4.6.1		4.3 De aquí a 2030, asegurar el acceso igualitario de todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria	4.3.1 Tasa de participación de los jóvenes y adultos en la enseñanza y formación académica y no académica en los últimos 12 meses, desglosada por sexo			B.11 Porcentaje de mujeres y de hombres de entre 20 y 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, desagregando tres categorías: antes de los 15 años, antes de los 18 años y antes de los 20 años.	
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años informados sobre el uso correcto del condón	Mide la proporción de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran informados sobre el uso correcto del condón.		D.17	4.5 De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad	4.5.1 Índices de paridad (entre mujeres y hombres, zonas rurales y urbanas, quintiles de riqueza superior e inferior y grupos como los discapacitados, los pueblos indígenas y los afectados por los conflictos, a medida que se disponga de datos) para todos los indicadores educativos de esta lista que puedan desglosarse			B.12 Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años y antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS).	

<p>Razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años informadas sobre el uso correcto del condón con respecto a niños y hombres adolescentes informados sobre el uso correcto del condón</p>	<p>Mide la razón de niñas y mujeres adolescentes de 12 a 19 años correctamente informadas sobre el uso del condón con respecto a los niños y hombres adolescentes que se encuentran informados sobre el uso correcto del condón.</p>		D.17	<p>4.6 De aquí a 2030, asegurar que todos los jóvenes y una proporción considerable de los adultos, tanto hombres como mujeres, estén alfabetizados y tengan nociones elementales de aritmética</p>	<p>4.6.1 Proporción de la población en un grupo de edad determinado que ha alcanzado al menos un nivel fijo de competencia funcional en a) alfabetización y b) nociones elementales de aritmética, desglosada por sexo</p>		<p>B.13 Porcentaje de mujeres y de hombres de entre 20 y 24 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años (indicador 12.4 de la <i>Guía operacional</i> adaptado), desagregando tres categorías: antes de los 15 años, antes de los 18 años y antes de los 20 años.</p>	
<p>Uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años</p>	<p>Mide el porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años que reportaron haber hecho uso de cuando menos un método anticonceptivo moderno en la primera y última relación sexual. *Por método moderno se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y Billings.</p>		D.5: D7	<p>4.7 De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible</p>	<p>4.7.1 Grado en que i) la educación para la ciudadanía mundial y ii) la educación para el desarrollo sostenible, incluida la igualdad de género y los derechos humanos, se incorporan en todos los niveles de a) las políticas nacionales de educación, b) los planes de estudio, c) la formación del profesorado y d) la evaluación de los estudiantes</p>		<p>B.14 Número de centros de salud con servicios o espacios amigables para adolescentes por cada 100.000 adolescentes.</p>	

<p>Porcentaje de estudiantes matriculados que reciben educación integral en sexualidad</p>	<p>Mide la cobertura de estudiantes que reciben información en educación integral en sexualidad en temas de los cambios en el cuerpo, el ciclo menstrual, la fecundación, la prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo VIH y VPH, abuso sexual y violencia de género.</p>		<p>12; B.9, 20; D.17</p>	<p>5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo</p>	<p>5.1.1 Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por razón de sexo</p>		<p>B.15 Porcentaje de hijos nacidos vivos tenidos en la adolescencia y en la juventud que no fueron planificados (indicador 12.5 de la <i>Guía operacional</i> adaptado).</p>	
<p>Porcentaje del personal educativo de educación básica formados para la incorporación de las perspectivas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual y convivencia a escolar en los ambientes de aprendizaje escolar (SEP)</p>	<p>Mide el avance en el desarrollo de capacidades teóricas y prácticas vinculadas a funciones y atribuciones del personal educativo en el aula y el entorno social. En temas de igualdad de género, derechos humanos, educación sexual, convivencia escolar, a fin de generar ambientes óptimos de aprendizaje de las y los alumnos de educación básica y a la mejora de la calidad de la educación en un marco de inclusión y equidad.</p>	<p>4.7.1</p>		<p>5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación</p>	<p>5.2.1 Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad</p>		<p>B.16 Porcentaje de adolescentes que desertan del sistema educativo por embarazo, crianza o unión.</p>	
<p>Tasa de desocupación de la población de 15 a 19 años</p>	<p>Porcentaje de la población de 15 a 19 años que está buscando activamente un empleo u ocupación, respecto de la población económicamente activa de 15 a 19 años.</p>		<p>A.14</p>		<p>5.2.2 Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses, desglosada por edad</p>			

					y lugar del hecho						
Tasa de informalidad laboral de la población ocupada de 15 a 19 años	<p>Porcentaje de la población de 15 a 19 años que está ocupada en condiciones de informalidad laboral, respecto de la población ocupada de 15 a 19 años.</p> <p>Informalidad Laboral tiene dos componentes: 1) Los ocupados en unidades productivas que operan principalmente a partir de los recursos de los hogares y que no se constituyen como empresas, por lo que están fuera del marco legal e institucional 2) Los trabajadores que no disfrutan de los beneficios y derechos laborales legales, aunque estén en empresas legalmente constituidas.</p>				5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina	5.3.1 Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años y antes de cumplir los 18 años				B.18 Porcentaje de adolescentes que han tenido hijos nacidos vivos, según número de hijos (indicador 15.3 de la guía operacional adaptado)	
Tasa de no asistencia escolar de la población ocupada de 15 a 19 años	<p>Porcentaje de la población ocupada de 15 a 19 años que no asisten a la escuela, respecto de la población de 15 a 19 años.</p>				5.4 Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país	5.4.1 Proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y asistencial no remunerado, desglosada por sexo, edad y ubicación				C.2 Porcentaje de los trabajadores ocupados que cotizan en el sistema de seguridad social, por sexo y grupos de edad (Indicador 28.3 de la Guía operacional adaptado).	

<p>Tasa de ocupación infantil no permitida de la población de 10 a 17 años</p>	<p>Porcentaje de la población ocupada de 10 a 17 años que realiza actividades económicas que no están permitidas por la Ley Federal del Trabajo, ponen en riesgo su salud, o bien, afectan a su desarrollo, respecto de la población de 10 a 17 años.</p>	<p>8.7.1</p>	<p>B.2</p>	<p>5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen</p>	<p>5.6.1 Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva</p>		<p>C.4 Proporción de la población cubierta por niveles mínimos o sistemas de protección social y asistencia social, desglosada por sexo, distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas, los recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo y los pobres y los grupos vulnerables.</p>	
<p>Tasa de ocupación infantil por debajo de la edad mínima de la población de 10 a 14 años</p>	<p>Porcentaje de la población ocupada de 10 a 14 años que realizan algún tipo de actividad económica, respecto a la población de 10 a 14 años.</p>	<p>8.7.1</p>	<p>B.2</p>	<p>6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos</p>	<p>6.1.1 Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos</p>	<p>33.Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia</p>	<p>D.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave (indicador 3.3.1 de ODS).</p>	
<p>Tasa de ocupación peligrosa de la población ocupada de 15 a 17 años</p>	<p>Porcentaje de la población ocupada de 15 a 17 años en actividades económicas, ocupaciones, lugares, condiciones y jornadas no permitidas por LFT y que pueden afectar el desarrollo físico o mental de los adolescentes ; respecto a la población de 15 a 17 años.</p>	<p>8.7.1</p>		<p>6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento o e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad</p>	<p>6.2.1 Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos, incluidas instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón</p>	<p>35.Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;</p>	<p>D.3 Indicador para monitoreo del fin de la epidemia: i) porcentaje de personas que viven con el VIH; ii) porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento, y iii) porcentaje de personas que se encuentran en tratamiento integral para el VIH que logran la supresión de la carga vírica (indicador 38.1 de la <i>Guía operacional</i> adaptado).</p>	

Tasa de quehaceres domésticos en condiciones no adecuadas para la población de 10 a 17 años	Porcentaje de la población de 10 a 17 años que realiza servicios domésticos y cuidados de personas para el consumo del propio hogar por periodos prolongados o en condiciones peligrosas; respecto a la población de 10 a 17 años.	5.4.1	E.9	7.1 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a servicios energéticos asequibles, fiables y modernos	7.1.1 Proporción de la población que tiene acceso a la electricidad		D.5 Porcentaje de hombres y de mujeres que ponen en práctica elementos básicos de prevención y autocuidado de su salud sexual y su salud reproductiva (indicador 41.3 de la <i>Guía operacional adaptado</i>).
Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años en el Servicio Nacional de Empleo.	Registra el porcentaje de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que se colocan a través de los programas y estrategias del Servicio Nacional de Empleo, señaladamente en Bolsa de Trabajo (BT), Ferias de Empleo (FE), Subprograma Bécate y Subprograma Fomento al Autoempleo (FA)	8.b.1		7.2 De aquí a 2030, aumentar considerablemente la proporción de energía renovable en el conjunto de fuentes energéticas	7.1.2 Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son los combustibles y tecnologías limpias	38.Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus	
Tasa de colocación de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron atención a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo), del Servicio Nacional de Empleo.	Registra el porcentaje de adolescentes buscadores de empleo de 16 a 19 años colocados a través de los servicios de vinculación laboral (Bolsa de Trabajo y Ferias de Empleo), respecto de los atendidos.	8.b.1		8.6 De aquí a 2020, reducir considerablemente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación	8.6.1 Proporción de jóvenes (entre 15 y 24 años) que no cursan estudios, no están empleados ni reciben capacitación		D.7 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS)..
Tasa de colocación de buscadores de empleo de 16 a 19 años que recibieron capacitación a través del Subprograma	Registra el porcentaje de buscadores de empleo de 16 a 19 años egresados de cursos de capacitación del Subprograma	8.b.1		8.7 Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de	8.7.1 Proporción y número de niños de entre 5 y 17 años que realizan trabajo infantil, desglosad	44.Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia	

ma Bécate del Servicio Nacional de Empleo.	a Bécate, que se colocaron en un empleo, respecto de los atendidos.			esclavitud y la trata de personas y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y la utilización de niños soldados, y, de aquí a 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas	os por sexo y edad					
Número de buscadores de empleo de 18 y 19 años apoyados a través del Subprograma Fomento al Autoempleo	Sumatoria de buscadores de empleo de 18 y 19 años apoyados con maquinaria y equipo para iniciar una actividad por cuenta propia.	8.b.1		8.b De aquí a 2020, desarrollar y poner en marcha una estrategia mundial para el empleo de los jóvenes y aplicar el Pacto Mundial para el Empleo de la Organización Internacional del Trabajo	8.b.1 Existencia de una estrategia nacional organizada y en marcha para el empleo de los jóvenes, como estrategia independiente o como parte de una estrategia nacional de empleo			D.17 Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva (indicador 5.6.1 de los ODS).		
Porcentaje de personas de 15 a 19 años formadas para el trabajo respecto del número de personas de 15 a 19 años que demandan el servicio.	Número de alumnas(os) de 15 a 19 años inscritas(os) en formación para el trabajo por cada 100 personas que demandan el servicio.			11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales	11.1.1 Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales, asentamientos informales o viviendas inadecuadas			D.22 Número de instituciones públicas que desarrollan políticas, programas y proyectos para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva con un enfoque de protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (indicador 36.4 de la <i>Guía operacional</i>).		
Promedio de horas del trabajo no remunerado de la población de 12 a 19 años	Es el promedio de horas a la semana que dedican las personas de 12 a 19 años por sexo al trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar, trabajo no remunerado de cuidado para los y las integrantes		E.8	16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo	16.1.3 Proporción de la población que ha sufrido violencia física, psicológica o sexual en los últimos 12 meses			E.8 Tiempo total de trabajo (número de horas de trabajo remunerado y no remunerado) por sexo (indicador 64.1 de la <i>Guía operacional</i>).		

	del hogar, el trabajo no remunerado de apoyo a otros hogares, trabajo no remunerado para la comunidad y trabajo no remunerado voluntario									
Índice de Priorización de GEPEA	Número de entidades federativas que tienen GEPEA y que además cuentan con un programa de trabajo en el marco de la ENEPEA respecto al total de entidades en el país.		14, 15, 33, D.22, 57, 87, 95; H.9; I.4	16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños		16.2.3 Proporción de mujeres y hombres jóvenes de entre 18 y 29 años que sufrieron violencia sexual antes de cumplir los 18 años			E.9 Proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y asistencial no remunerado, desglosada por sexo, edad y ubicación (indicador de los ODS 5.4.1).	
Índice de Armonización legislativa nacional	Mide el avance legislativo en las entidades federativas para incluir disposiciones que establezcan medidas para prevenir el embarazo adolescente con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes. Se consideran las (1) leyes estatales en materia de derecho de niñas, niños y adolescentes; (2) códigos civiles o familiares, federales y estatales; y, (3) las leyes estatales de salud.	1.b.1: 5.1.1	35			57.Hacer efectivas las políticas adoptadas y tomar medidas preventivas, penales, de protección y atención que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia, incluida la esterilización forzada, y estigmatización contra las mujeres y las niñas en los espacios públicos y privados, en particular los asesinatos violentos de niñas y mujeres por motivos de género, asegurando el acceso efectivo y universal a los servicios fundamentales para todas las víctimas y sobrevivientes de la violencia basada en género y prestando especial atención a las mujeres en situaciones de mayor riesgo, como las mayores, embarazadas, con discapacidad, grupos culturalmente diversos, trabajadoras sexuales, que viven con VIH/SIDA, lesbianas, bisexuales, transexuales, afrodescendientes, indígenas, migrantes, que residen en las zonas de frontera, solicitantes de refugio y víctimas de trata, entre otras				

Número de actividades o campañas realizadas por el CONAPO en los diferentes componentes de comunicación (planeación, producción, difusión y evaluación) de acuerdo al tipo de población atendida	Mide la programación anual alcanzada de las etapas de comunicación de la campaña (planeación, producción, difusión y evaluación)							E.12 Proporción de mujeres de 15 años de edad o más que han sufrido en los 12 meses anteriores violencia física, sexual o psicológica, desglosada por la forma de violencia y por edad y según si quien ha perpetrado el acto de violencia ha sido un compañero íntimo actual o anterior o no.		
Número de proyectos de co-inversión apoyados que promueven acciones que inciden en la prevención del embarazo en adolescentes [Número de acciones focalizadas que contribuyen a prevenir el embarazo en adolescentes (número absoluto) (INDESOL)]	Proyectos apoyados por el Indesol que promueven acciones que inciden en la prevención del embarazo, realizados a través de Organizaciones de la Sociedad Civil durante el periodo de referencia						87. Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho;	H.9 Existencia de una política o programas de salud acordes a los estándares internacionales del derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.		
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y adolescentes	Mide el porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12-19 años que reportaron haber hecho uso de cuando menos un método anticonceptivo moderno en la primera relación sexual	5.6.1	D.5				95. Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos;	I.4 Existencia de servicios de salud sexual y reproductiva interculturales, e implementación de acciones de prevención e información con pertinencia cultural y lingüística.		
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por niñas, niños y	Mide el porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 12-19 años que reportaron	5.6.1	D.5							

adolescentes de 12-19 años en la última relación sexual	haber hecho uso de cuando menos un método anticonceptivo moderno en la última relación sexual			
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que no hacen uso de métodos anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo (espaciar nacimientos) o nunca más (limitar nacimiento)			
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas actualmente usuarias de anticonceptivos	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que están utilizando métodos anticonceptivos	5.6.1	D.5	
Porcentaje de municipios con al menos un servicio específico para adolescentes que otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos)	Este indicador corresponde al porcentaje de servicios específicos para adolescentes que otorgan un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva acreditados conforme a un lineamiento técnico, por municipio	3.8.1	B.14	
Incidencia registrada de ITS en población de 10 a 19 años de edad	Mide los casos nuevos registrados de infecciones de transmisión sexual (ITS) por cada cien mil personas de 10 a 19 años de edad, para un periodo de tiempo determinado. Incluye las			

	siguientes infecciones consideradas de transmisión sexual: Chancro blando, herpes genital, infección gonocócica genitourinaria, gonoflageloma por clamidias, sífilis adquirida, tricomoniasis urogenital e infección por VPH			
Incidencia de VIH en la población de 15 a 24 años de edad	Mide los casos nuevos de VIH en personas de 15 y 24 años de edad en el año, con respecto a la población total de este grupo de edad	3.3.1	D.1; D.3; 38	
Porcentaje de personal de salud capacitado respecto al programa o para la orientación y prescripción del uso de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes	Se refiere al número de personas capacitadas (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, entre otros) en temas de salud sexual y reproductiva durante un año específico, respecto al número programado de personal a capacitar en ese año (personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología, entre otros)	3.8.1		
Cobertura de anticoncepción post evento obstétrico en adolescentes.	Porcentaje de mujeres que aceptan un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario y durante los 42 días del puerperio, con relación al total de mujeres atendidas por algún evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en las unidades	3.b.3	44	

	médicas de Salud.			
Número de claves adquiridas de métodos anticonceptivos por institución.	Mide las existencias de toda la variedad de métodos anticonceptivos en los centros de salud incluidos en el cuadro básico.	3.8.1; 3.b.3	44	
Presupuesto ejercido en la compra de métodos anticonceptivos	Mide la cantidad de presupuesto ejercido (en pesos mexicanos) en la compra de métodos anticonceptivos	3.8.1; 3.b.3	44	
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (12-19 años) que iniciaron vida sexual	Mide el porcentaje de inicio de vida sexual activa en niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años.		B.11	
Prevalencia de violencia física y/o sexual contra las mujeres de 15 a 19 años por parte de su pareja en los últimos 12 meses.	Medir el impacto de la violencia más severa de pareja hacia las mujeres adolescentes.	5.2.1; 5.2.2; 16.1.3	A.19 ; E.12	
Porcentaje de adolescentes con primera relación sexual asimétrica.	Mide el porcentaje de relaciones asimétricas en niñas, niños y adolescentes.	5.2.1;16.1.3;16.2.3	A.19	
Tasa de eventos obstétricos en mujeres menores de 15 años de edad.	Numero de egresos hospitalarios de niñas menores de 15 años de edad atendidas por algún evento obstétrico (parto, cesárea y aborto), en unidades médicas de salud por cada 10 mil			

	niñas de 10 a 14 años e edad, durante un año determinado .			
Proporción de mujeres entre 20 y 24 años de edad que se casaron o unieron antes de cumplir los 18 años	Mujeres de entre 20 y 24 de edad que en el momento que se casaron o unieron por primera vez no habían cumplido 18 años	5.3.1	B.12	

Anexo 3

Literatura especializada

Factores que intervienen en el desarrollo adolescente				
Año	Título del artículo	Variables identificadas	Información complementaria relevante	Artículo completo en:
2015	RIESGOS SOCIALES PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL COLEGIO DE BACHILLERES ARENILLAS DEL CANTON ARENILLAS	Información de los filtros de los mensajes comunicacionales en los adolescentes, Capacitación a los adolescentes sobre sexualidad Y Fortalecimiento de la comunicación intrafamiliar	se encuestó a 51 adolescentes, 23 hombres y 28 mujeres, comprendidos en la edades de 15 a 18 años del bachillerato donde se encuentra con mayor expresión el riesgo de embarazos.	http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/4295
	PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE 2015	FACTORES SOCIALES (edad, estado civil, grado de instrucción tipo de institución educativa (publica o privada), procedencia, religión, edad, convivencia con los padres(tiempo de calidad y cantidad) FACTORES ECONOMICOS (padre o madre trabajan, el adolescente trabaja, dependencia económica, ingreso familiar) NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO (factores sociales de influencia en el nivel de conocimiento de prevención de embarazo, Principales Factores Económicos de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo)	Representado por 92 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, que cumplen con los criterios de inclusión. (Fuente Oficina de Estadística e Informática Del Hospital).	http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1072
	Embarazo adolescente y rezago educativo: Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México	Población MEXICANA, Grupo de edad (12-16, 17-19), estado conyugal (soltera, alguna vez unida/actualmente unida), cohabitación con pareja (sí, no), último grado escolar aprobado (hasta primaria, secundaria, preparatoria/bachillerato, técnica/normal básica, licenciatura), asistencia actual a la escuela (sí, no), rezago educativo (sí, no), actividad (estudiante, hogar,	Se utilizó información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Esta encuesta tiene representatividad nacional y estatal, con diseño muestral probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Los datos utilizados en este trabajo provienen de mujeres de 12 a 19 años de edad con información de salud reproductiva; la selección de la población de interés se describe en un	http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008

		trabaja, otra), localidad de residencia (rural, urbana o metropolitana), nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), derechohabencia o afiliación a institución de salud (ninguna, IMSS/ISSSTE, Seguro Popular, otras), uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (condón, otro, nada) y en la última (condón, hormonales, DIU, otro, nada).	total de 1 790 adolescentes analizadas.	
	Influencia de los factores psicosociales en los embarazos adolescentes de 13-17 años, en mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora "consulta externa", en el periodo Abril 2015 – Septiembre 2015.	Población ECUATORIANA, edad 13-16 años, estado civil (sin novio, sin experiencia en noviazgo, novio), nivel de instrucción escolar, estilos de crianza en la constitución familiar, habilidades socioemocionales en la familia, edad de embarazo de la madre de la adolescente, conocimiento de los métodos anticonceptivos, violencia intrafamiliar (psicológica, económica, social, sexual, físico), consumo de alcohol, consumo de sustancias psicotrópicas, consumo de tabaco, baja autoestima, problemas económicos, falta de madurez psicológica, biológica y socioeconómica.	Se utilizo MSP. Manual Operativo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, versión preliminar, 2009. (SNS-MSP/HCU Form.#056/2009). Se utilizo un método científico, clínico, estadístico y análisis de historias de vida. La muestra fueron 30 adolescentes.	http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7215
2016	FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016	Población PERUANA. FACTORES INTERPERSONALES (edad, grado de instrucción, edad de la primera menstruación, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, método anticonceptivo utilizado, planeación de hijos, haber recibido información de PPF, aprobación de métodos anticonceptivos, probabilidad de conseguir un condón, diferencia de edad con el compañero sexual, violencia sexual)	La población a estudiar estuvo comprendida por 360 usuarias de los consultorios externos pertenecientes al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, que acudieron durante el transcurso del mes de abril del 2016	http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/35
		FACTORES INTERPERSONALES(i		

		<p>ngresos familiares mensuales, conformación de la familia directa, grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, violencia psicológica entre los padres, violencia física entre los padres) FACTORES CONTEXTUALES(distrito de residencia, ocupación, religión, acceso al hospital, comprensión de la información recibida de consulta)</p>	
2017	<p>“FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES RELACIONADOS CON EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO-2014”</p>	<p>Población de HUÁNUCO, PERU Variables: habilidades emocionales con la familia, estilos de crianza, estructura familiar, edad, lugar de residencia, ingreso económico familiar, nivel de estudios de los padres, nivel de estudios del adolescente, dependencia social y económica, número de hijos en la familia, actividades laborales de los padres, tiempo de ocio, estado civil de los padres.</p>	<p>En el estudio participaron 90 adolescentes embarazadas, entre edad de 10 a 19 años,</p> <p>http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/222</p>
	<p>Factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio Fiscal José María Velasco Ibarra, ciudad de Milagro Ecuador. 2013 – 2016”</p>	<p>Población ECUATORIANA Edad, residencia, adolescencia temprana (edad), adolescencia intermedia, adolescencia tardía, Conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva como factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, Fuentes de información como factor social del Embarazo en la Adolescencia, Conocimiento de las Adolescentes sobre las complicaciones en el embarazo, Características del comportamiento social identificadas por las adolescentes que influyen en el embarazo (comportamiento social, tiempo de ocio, tiempo de familia, comportamiento familiar). Ingresos económicos familiar y</p>	<p>la población de estudio estaba conformada de 2576 adolescentes (mujeres) de 12 a 17 años pertenecientes a 87 paralelos de las jornadas matutina, vespertina y nocturna de educación básica y bachillerato del Colegio Dr. José María Velasco de la ciudad de Milagro-Ecuador</p> <p>https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9492</p>

<p>EL EMBARAZO ADOLESCENTE DESDE UNA PERSPECTIVA CONTEMPORÁNEA</p>	<p>nivel socioeconómico, como factores sociales</p>	<p>Para la realización de la presente investigación se contó con la colaboración de 421 participantes, todos ellos jóvenes estudiantes de secundaria, 53.2% fueron mujeres y el 46.8% hombres, con edades comprendidas entre los 12 a 15 años con una media de 14.35, DE=1.394. L</p>	<p>https://www.redalyc.org/pdf/284/28452860011.pdf</p>
<p>Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos</p>	<p>Ideales reproductivos. La educación sexual y en general la preparación para enfrentar las relaciones afectivas, románticas y eróticas sigue siendo una asignatura pendiente en la región, con escasas experiencias de programas exitosos y duraderos. otros actores también deben acompañar a las y los adolescentes. Desde luego el Estado y en general todas las instituciones públicas deben velar por el ejercicio de sus derechos. Pero las familias también deben actuar en consecuencia, tanto evitando constituirse en una barrera para el ejercicio de los derechos (y en particular el acceso a la anticoncepción) como aportando al desarrollo integral de sus hijos, ya que está demostrado que comunicaciones efectivas entre padres e hijos favorecen comportamientos preventivos durante la adolescencia y a largo plazo.</p>	<p>largo e inacabado debate teórico y metodológico sobre la noción de deseabilidad o planificación de los hijos y las formas de medirla. Las preferencias reproductivas se miden mediante la respuesta a una consulta sobre el número ideal de hijos que la mujer le gustaría tener (o le hubiese gustado tener). El primer método es la investigación directa retrospectiva, en la que se pregunta a los encuestados de nacimiento a nacimiento sobre sus preferencias en el momento de la concepción.</p>	<p>https://www.cepal.org/es/publicaciones/42511-fecundidad-deseada-adolescentes-latinoamericanas-un-aumento-que-desafia-la-salud</p>

2018	Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal	Factores de riesgo: edad, convivencia en pareja, violencia parental y violencia sexual; falta de acceso a métodos anticonceptivos; falta de empoderamiento de la mujer; baja escolaridad de las adolescentes; maternidad como proyecto de vida; educación insuficiente en la salud sexual y reproductiva; escaso conocimiento en temas de planificación familiar. Factores protectores: escolaridad; educación sexual; pertenecer a una familia nuclear decidir por sí misma las labores domésticas que realiza y tener amigas que utilizan métodos de planificación. La pobreza, el hacinamiento y la falta de educación estuvieron asociados con el embarazo adolescente pero no con el inicio de la vida sexual. Deserción escolar. Inicio temprano de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Factores culturales: tabú; limitación en la comunicación entre padres y adolescentes; el matrimonio infantil - países de bajos ingresos, en particular algunas regiones de Asia y África.	Muestra representativa de 13.313 mujeres entre 13 y 19 años quienes respondieron la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Se realizaron análisis bivariados y análisis de regresión logística multinomial con el fin de identificar factores individuales, del hogar y del comportamiento sexual asociados con el inicio de la vida sexual y con el embarazo en adolescentes colombianas. Reportes de la OMS en el 2015, indican que al año quedan embarazadas 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y 2 millones de adolescentes menores de 15 años en el mundo. el embarazo adolescente conlleva graves consecuencias. A nivel social produce elevada deserción escolar, genera vulnerabilidad a ser parte de redes de explotación sexual comercial o redes de delincuencia y a largo plazo disminuye la posibilidad de encontrar empleo, reduciendo el ingreso económico del núcleo familiar y generando un mayor nivel de pobreza. Adicionalmente, este fenómeno produce grandes gastos sociales	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500487
------	---	--	--	---

Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia

VARIABLES DEPENDIENTES:
Inicio de la actividad sexual. VARIABLES INDEPENDIENTES:
clasificadas de acuerdo con el modelo de determinantes próximos, intermedios y distales. Lista presenta el determinante y su correspondiente clasificación y operacionalización en la ENDS 2015. | Supervisión parental, norma social percibida (cuántas de sus amigas han comenzado a tener relaciones sexuales). Edad de inicio de la primer relación sexual y de la primer menstruación, unión (si vive con su pareja o no), utilización de método anticonceptivo, información y educación relacionada con la sexualidad, presión para el iniciar relaciones sexuales, asistencia escolar actual, trabajo actual, tipología familiar, violencia, hogar de jefatura materna, zona, índice de riqueza, etnia con la cual se reconoce, actitud ante el embarazo, preferencia del número de hijos, roles según sexo y género, vive con su mamá, autonomía cuidado de salud, autonomía relaciones sexuales, número de hijos nacidos vivos de la madre, status migratorio, afectación por conflicto, opinión sobre temas de sexualidad (la educación sexual debe iniciar en la adolescencia).

inicio a la exposición al riesgo del embarazo, maternidad o paternidad adolescente. En la relación entre embarazo adolescente y pobreza intervienen, además de las condiciones socioeconómicas desfavorables en que han vivido las adolescentes, las prácticas sexuales y reproductivas propias de su contexto sociocultural que dificultan su movilidad social (García Hernández, 2014). “la maternidad y la paternidad representan un valor social y cultural fuerte, que puede estar por encima de las edades socialmente permitidas para ser madre: lo importante es que se cumpla el rol asignado y esperado de la reproducción” (Plan, Unicef, 2014); la transmisión de valores y representaciones sociales en la familia, los medios, la escuela y los pares contribuyen a la reproducción de las relaciones de género, poder y discriminación entre los sexos que están asociadas con la desigualdad en el reconocimiento de derechos y deberes, el ejercicio de la autoridad y, la autonomía para la toma de decisiones (Lamus, 1999). Tener en cuenta el embarazo adolescente según determinantes estructurales: etnia, afectación por conflicto, estatus migratorio, quintil de riqueza y zona. Según determinantes intermedios relacionados con las percepciones de género: estereotipos hombre y mujer; legitimación de violencia contra la mujer; saber qué es su sexualidad. Determinantes relacionados con la salud sexual: autonomía del cuidado de la salud, autonomía relaciones sexuales; recepción de información sobre métodos anticonceptivos, conocimiento de algún método anticonceptivo; ha utilizado algún método anticonceptivo moderno. Determinantes intermedios

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>

interpersonales: presión para iniciar relaciones sexuales, norma social percibida, supervisión parental, unión (sí, no), hogar con jefatura femenina, tipo de familia, número de hijos de la madre, vive con su mamá. Adicionalmente se consideró la paternidad adolescente en los hombres de 13 a 59 años. El gráfico a continuación presenta la paternidad adolescente – porcentaje de hombres que tuvo su primer hijo antes de cumplir 20 años - como un fenómeno existente a través de distintas generaciones, además muestra la manera en que ha avanzado. A nivel estructural, el determinante que explica en gran medida el embarazo en la adolescencia es la riqueza. En otras palabras, una distribución inequitativa de la riqueza entre adolescentes en comunidades más pobres y con mayor desventaja determina en gran parte el embarazo en la adolescencia. Los resultados del ajuste de este modelo muestran que el hecho de considerar la sexualidad la manera como uno se ve, se siente y se comporta es un factor protector para el embarazo adolescente. En lo respectivo a los estereotipos de género, los resultados muestran que no estar de acuerdo con los estereotipos de hombre o los estereotipos de mujer representa un factor protector: es importante resaltar que no tener preconcepciones sobre el rol de la mujer tiene mayor efecto protector que no tener estereotipos sobre el rol del hombre de cara a la prevención del embarazo adolescente. En cuanto a la legitimación de la violencia, se encontró que aquellas adolescentes que no legitiman la violencia contra la mujer presentan menor riesgo de embarazo adolescente que aquellas que la legitiman. Finalmente, la necesidad de

información relacionada con la sexualidad se asocia con mayor riesgo de embarazo entre los 13 y los 19 años.

2019 Factores que influyen en el embarazo de adolescentes	Factores sociodemográficos (ocupación, nivel de estudios), económicos (ingreso de los padres) y culturales (educación sexual en escuelas y colegios). se relaciona con factores socioeconómicos, inestabilidad en la familia e influencia de los compañeros al inicio de una vida sexual activa. Al igual que, un temprano desarrollo de la pubertad, abuso sexual, pobreza, maltrato de los padres o familiares, curiosidad sobre la sexualidad o poca información en la escuela.	Mayor frecuencia de adolescentes embarazadas entre 17 a 19 años de edad, las cuales se encuentran cursando la secundaria, su ingreso económico depende de sus padres, el 40% sufren maltrato tanto físico como psicológico. Las adolescentes con un rango entre 14 y 19 años han decidido tener relaciones sexuales por diversión, placer o curiosidad, solo el 60% recibió información sobre la sexualidad y conoce los métodos de planificación familiar.	http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/fac-salud-unemi/article/view/923/786
---	--	---	---

Conductas de riesgo y factores asociados en el embarazo de los adolescentes, Hospital San Bartolomé, 2019

Conductas de riesgo: edad de inicio de la experiencia sexual, consumo de alcohol, consumo de drogas, vivir episodios de violencia, anticonceptivos. Factores individuales: estado civil, aborto, grado de instrucción y ocupación. Factores escolares asociados: rendimiento escolar, repitencia académica, deserción escolar. Factores ocupacionales: tener el primer trabajo durante la adolescencia, aspiración ocupacional, apoyo económico. Factores familiares: tipo de relación tipo de ambiente familiar y actitud de los padres frente a los enamorados. Además poca comunicación, antecedente de embarazo adolescente en la familia, el divorcio de los padres, tener familias reconstruidas, hermanas que salieron embarazadas, actitud indiferente de los padres y ausencia de uno de los padres.

Contiene una basta y a la vez, información concreta de estudios recientes. Revisar. Los datos obtenidos son de una muestra de 306 adolescentes divididas entre 102 casos y 206 controles atendidas en el servicio de psicología y el programa de gestante adolescente del hospital Nacional Docente San Bartolomé, durante el 2019. Estudio retrospectivo de estudio y análisis de caso.

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2890/JCHAMBERGO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia

Condicionantes sociales: habitar o vivir en un barrio marginal; bajo nivel cultural, ser proclives a delinquir. inicio de la actividad sexual en edades tempranas en los adolescentes; información deficiente sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos; manejo de los padres al abordar el tema de sexualidad con los hijos; así como la presión de los padres; las tendencias y/o valores en la sociedad. Otros elementos a tener en cuenta son: el papel de los medios de comunicación, la desestructuración familiar, la alta prevalencia de conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco y drogas legales e ilegales), la sexualidad irresponsable, la falta de proyecto de vida, menarquía temprana, familias disfuncionales, ausencia de pautas de crianza, bajo nivel educativo, ausencia de educación sexual e historia de abuso sexual. El propio autor enfatiza que estos problemas se agudizan en las zonas rurales.

Gálvez Espinosa y otros lo conceptualizan como "problema" al vincularse con consecuencias no deseadas ni previstas como el aborto ilegal, el abandono y maltrato de los niños y variados conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas, abandono de los estudios, dificultades en la inserción laboral y variados problemas de salud del niño y su madre, entre otras. Los mencionados autores refieren que, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "síndrome del fracaso". Por tanto, es la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro. Los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo de adolescentes son bien conocidos. Sin embargo, aunque siempre se mencionan otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que los mencionados riesgos biológicos no actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género. Numerosos son los estudios que abordan el tema del embarazo en la adolescencia, todos concuerdan en el hecho de que la incidencia del mismo varía, dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En EE.UU., anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes que constituyen el 12,8 % del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos en adolescentes es de aproximadamente 15,2 % en Chile y 25 % en El

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017

Salvador y Centroamérica.
Pueden llegar a alcanzar
cifras tan elevadas como 45
% del total de embarazos en
algunos países africanos.

Embarazo y maternidad:
percepciones de las
jóvenes en un contexto
binacional México -
Estados Unidos

Los factores asociados al
embarazo y la maternidad
temprana, se relacionan
con un conjunto de
condiciones socio
estructurales y
sociosimbólicas que
imperan en la familia la
escuela y la comunidad,
en donde la mayoría de
las veces, se genera un
contexto de
vulnerabilidad, exclusión
y desigualdad de género.
En ambas comunidades
estas construcciones
tienen a su vez diferentes
referentes y momentos y
están dentro de su
problemática diaria.
Referentes: Información
transmitida por
familiares, comunidad y
pares (estigmas, temores,
tabúes, miedos,
sentimientos de
vergüenza y pecados.
Normas sociales y
religiosas; concepciones

El enfoque metodológico
fue cualitativo
interpretativo, con una
estrategia basada en la
construcción categorías
analíticas a partir de los
relatos. Se realizaron 12
grupos focales en escuelas
públicas con estudiantes de
secundaria y bachillerato en
edades comprendidas entre
14-18 años. se ubica en la
postura de comprender el
embarazo y la maternidad
en la adolescencia dentro
de los procesos de cambio
social y cultural que están
ocurriendo en contextos
binacionales y en
consecuencia evitar
predisponer las necesidades
de las jóvenes y
adolescentes embarazadas o
madres en términos
solamente de su salud
sexual y reproductiva.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v17n1/2027-7679-rlcs-17-01-00327.pdf>

		<p>sociales subordinadas sobre la sexualidad y roles de género.</p> <p>Momentos:</p> <p>Implicaciones en su proyecto de vida (falta de confianza, de comunicación, atención y apoyo familiar.</p> <p>Obstáculos para continuar en la escuela.</p> <p>Deficiencia en el acceso y atención a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Influencias y valoraciones: relaciones románticas, el embarazo y la maternidad temprana.</p>		
2020	Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes	<p>Las experiencias compartidas por las jóvenes madres fueron analizadas y clasificadas en dos categorías, obstáculos asociados a: (1) competencias profesionales, y (2) a imaginarios morales.</p>	<p>evaluación cualitativa sobre las acciones que los servicios públicos de salud desarrollan para la prevención de embarazos subsiguientes en adolescentes, en un estado en el centro-norte de México. El objetivo fue documentar los obstáculos percibidos para prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes.</p>	<p>https://scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n3/e181032/es/</p>
	El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica	<p>“los factores asociados al embarazo y la maternidad temprana, se relacionan con un conjunto de condiciones socioestructurales y sociosimbólicas que imperan en la familia, la escuela y la comunidad” se hace necesario que los estados revisen sus políticas de salud pública en cuanto a la prevención de embarazos adolescentes y adoptar programas de educación en salud que involucren a los adolescentes, la familia, la escuela y la comunidad.</p> <p>El embarazo adolescente está relacionado con factores socio culturales y socio económicos, dependiendo del modelo de crianza establecido en cada familia. Asimismo, la escuela y la comunidad desempeñan un rol determinante puesto que la sociedad latinoamericana en la actualidad todavía vulnera y excluye a las adolescentes embarazadas; pese a</p>	<p>revisión bibliográfica, que abordó el embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica con una investigación crítica. El embarazo adolescente es una problemática de índole biológico, psicológico y social que involucra a la familia y a la sociedad. Esta investigación parte de un enfoque cualitativo con alcance descriptivo y exploratorio mediante el uso de revisiones de estudios realizados en Latinoamérica. Como resultado se destaca que en Latinoamérica el número de embarazos adolescentes es creciente, lo cual indica que algo está fallando en la educación sobre el manejo de la sexualidad a temprana edad. Las complicaciones tanto en el embarazo como en el parto, en la adolescencia, constituyen la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años a nivel mundial, por lo que Gaete (2015) refiere que se lo trata como una etapa de riesgo, ya que es un estado de cambio en el que aún no</p>	<p>http://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf</p>

existir leyes y normativas que amparan a este grupo poblacional.

se ha alcanzado el desarrollo físico y emocional propio de la madurez. búsqueda de la información científica se desarrolló utilizando diferentes bases de datos digitales como: Medigraphic, Scielo, Redalyc, Latindex, BvSalud, Pubindex, páginas web institucionales asociadas al área de la salud y libros analógicos.

Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes	Factores de riesgo: Exposición a la violencia, funcionalidad familiar, edad del primer embarazo de la madre y situación sentimental de los padres y su grado de instrucción.	Estudio retrospectivo de casos y controles con una muestra no probabilística por conveniencia de 180 adolescentes: 60 gestantes (casos) y 120 no gestantes (controles). La recolección de datos se realizó entre los meses de setiembre y octubre del 2019 en un centro de salud público de Trujillo, mediante el FACES-III y una ficha de identificación de datos sociodemográficos y familiares. Para el análisis de datos se determinó el Odds ratio, se calcularon los intervalos de confianza (IC) y se procedió a estimar la magnitud de efecto	https://revistas.um.es/eglobal/article/view/438711/302671
2021 Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes	El embarazo en adolescentes desde el enfoque de determinantes de la salud: i) Factores predisponentes (conocimiento, creencias, valores, actitudes, confianza); factores reforzadores (familia, compañeros, docentes, empleados, proveedores de atención médica, líderes comunitarios, responsables de tomas de decisiones); iii) factores facilitadores (disponibilidad de los servicios de salud, disponibilidad de acceder a la atención de salud,	Perú, Plan para el periodo 2013-2021, resultado de un proceso desde 2008. Invertir en la salud de los adolescentes no es solo detectar daños y curar las enfermedades de esta población, implica el desarrollo de capacidades y la promoción del capital humano y social que se ha venido cuidando y protegiendo desde la infancia. El objetivo es generar y restablecer capacidades físicas, psíquicas y sociales, involucrando para ello a toda la comunidad peruana en la protección y	https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969201/ds_012_2013_sa.pdf

leyes comunitarias y gubernamentales, prioridades y compromisos con la salud, habilidades relacionadas). Conducta específica de los individuos y las instituciones y las condiciones de vida. Los ámbitos de influencia de los comportamientos y las condiciones saludables comprenden tanto el nivel individual, interpersonal, institucional u organizativo como comunitario y de políticas públicas. Es decir, los factores sociales y económicos no son los únicos determinantes de la salud, sino que se reconoce como factores determinantes la capacidad de respuesta de las instituciones gubernamentales y de las organizaciones comunitarias, así como los factores familiares, a los que se viene dando mayor importancia. Es decir, se ha ampliado el rango de análisis de los determinantes de los problemas de salud incluyendo la comprensión del embarazo en adolescentes.

Flórez (2005) dimensiones de análisis: determinantes socioeconómicos (acceso a: servicios de salud, a fuentes de información sobre sexualidad, lugar de residencia, escolaridad, uso del condón, estrato socioeconómico, clima educativo familiar y escolaridad de la madre; estructura familiar y tipo de unión de la madre). Determinantes contextuales (patrones culturales de la comunidad, tipo de parentalidad, nivel de comunicación con la madre, violencia contra la mujer, pertenencia a etnias, plan de vida, identidad y autoestima, percepciones, actitudes y conocimientos). Al

promoción de la salud adolescente y a las/los mismos adolescentes como protagonistas del cambio. Problema de salud pública y derechos humanos. Contiene un diagnóstico situacional y análisis de respuesta nacional. Importante: contiene además modelos teóricos.

centro factores próximos:
 inicio de las relaciones
 sexuales; edad de la
 adolescente ante el
 primer embarazo; uso de
 métodos anticonceptivos
 por las y los adolescentes
 sexualmente activos; y
 espacio intergenésico en
 las adolescentes que ya
 son madres.

Pareja o "tipo de unión" en niñas y adolescentes de 10 - 19 años				
Año	Título del artículo	Variables identificadas	Información complementaria relevante	Artículo completo en:
2016	Violencia en el Noviazgo: Diferencias de Género		<p>Muestra de 110 jóvenes, 60 mujeres y 50 hombres cuyo promedio de edad fue de 16.9 años, estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá, de tres instituciones educativas, dos públicas y una privada.</p> <p>Resultados: se evidenció la existencia de diferentes violencias en el noviazgo caracterizada por diferencia de edad con la pareja sentimental. Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres se pudo determinar que tanto hombres como mujeres se sienten víctimas y agresores, lo cual desmitifica el noviazgo como una etapa idílica y a su vez cuestiona los roles tradicionales en los que se sitúan los hombres como agresores y las mujeres como víctimas</p>	https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1145/5/2016-violencia-en-el-noviazgo.pdf
2017	Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles	Dependencia emocional Manipulación emocional Baja autoestima Edad de pareja en el noviazgo	<p>Resultados: Dichas diferencias de edad señalan que los varones victimizados presentan una mayor acomodación y manipulación que las mujeres.</p> <p>En virtud de estas diferencias se comprueba que la victimización es más intensa en los preuniversitarios y que además presentan una mayor dependencia emocional.</p>	
		Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México	<p>Los instrumentos de medición mostraron medidas de confiabilidad aceptables. El 69% de los adolescentes refirió contar con 16 años de edad, mientras que el 64% correspondió al género femenino. Los adolescentes de 16 años tuvieron promedios más altos en las conductas sexuales de riesgo (M = 12.1, DE = 23.3) que los adolescentes de 15 años (M = 4.76, DE=14.6, U=2,984.0, p=.038). En cuanto al género se presentaron diferencias significativas, las mujeres presentaron (M = 7.45, DE = 2.77) los hombres (M = 8.01, DE=2.03, U=3,714.0, p=.017). Mientras que el nivel de resiliencia</p>	https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412017000100168&script=sci_arttext&tlng=pt

		<p>sexual también fue diferente, los adolescentes de 15 años mostraron niveles de resiliencia más bajos (M=60.5, DE=13.6) que los adolescentes de 16 años (M=65.0, DE=17.3; U=2,809.0, p=.034). El Modelo de Regresión Lineal identificó que las variables que mayor contribución tuvieron fueron la edad, género y estado civil para la conducta sexual de riesgo (F=1.85, R2ajustada=.065, p=.052). En otro modelo la edad, género y estado civil fueron significativas para el desarrollo de la resiliencia (F=5.4, R2ajustada=.07, p=.001). La investigación sobre la conducta sexual del adolescente y los factores que influyen en el comportamiento, es útil para comprender lo que motiva a los adolescentes en participar o evitar las conductas de riesgo sexual.</p>		
	<p>Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión</p>	<p>Embarazo adolescente Dependencia emocional Escolaridad Edad</p>	<p>edad: 16,5 ± 1,5 años; 92,9 % en adolescencia tardía; promedio de escolaridad 9 años; deserción escolar al quedar en embarazo: 50,0 %; dependencia de los padres antes y después del embarazo: 70,0 %. Frecuencia de VD por la pareja 7,1 %; VD física 6,7 %; VD psicológica 3,7 % y VD sexual 2,2 %. VD por la pareja, el marido u otra persona: 12,4 %; maltrato físico o emocional por la pareja u otra persona: 21,7 %; miedo a la pareja: 3,4 %. El consumo de alcohol todos los fines de semana por la pareja fue un factor significativo de riesgo para VD.</p>	<p>https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatrie/article/view/24947</p>
	<p>Papel de la edad en la violencia en el noviazgo de estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga.</p>	<p>Edad de pareja sentimental de los adolescentes</p>	<p>Se encuestó a n 236 estudiantes con edades comprendidas entre 16 y 28 años de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, entre la población de selección de noviazgo hubo diferencias entre los grupos de edad, destacando mayores promedios entre los 25 y 27 años.</p>	<p>http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n1/1794-9998-dpp-13-01-00041.pdf</p>
2018	<p>Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal</p>	<p>factores de riesgo tanto para inicio de vida sexual y embarazo adolescente: mayor edad, convivir en pareja, haber sufrido violencia parental y haber sufrido violencia sexual. Otros factores de riesgo: la falta de acceso o uso de métodos anticonceptivos, la falta de empoderamiento de la mujer, la violencia o coacción sexual, los matrimonios</p>	<p>Estudio de corte transversal con componente analítico dónde se tomó una muestra representativa de 13.313 mujeres entre 13 y 19 años quienes respondieron la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Se realizaron análisis bivariados y análisis de regresión logística multinomial con el fin de identificar factores individuales, del hogar y del comportamiento sexual asociados con el inicio de la vida sexual y con el embarazo en adolescentes colombianas. Reportes de la OMS en el 2015, indican que al año quedan embarazadas 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y 2 millones de adolescentes menores de 15 años en el mundo (1). África Subsahariana reporta las tasas más altas de fecundidad en</p>	<p>https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500487</p>

precoces, la baja escolaridad de las adolescentes, **el estado civil (relación de convivencia)**, la maternidad como proyecto de vida, la educación insuficiente en salud sexual y reproductiva y el escaso conocimiento en temas de planificación familiar. Los factores que mostraron aumentar la posibilidad de iniciar la vida sexual como de haber estado embarazada son: mayor edad cronológica, convivir con la pareja, haber sido víctima de violencia física por parte de los padres y haber sufrido violencia sexual. Los dos primeros factores son esperables desde el punto de vista del desarrollo biológico de las mujeres y de la presión que genera la pareja cuando se está en una situación de convivencia en el hogar, esto se demuestra por la aparición de estos eventos de manera más temprana en el contexto de matrimonio infantil. Estudios llevados a cabo en Colombia han reportado que el mayor riesgo de embarazo se encuentra entre los 16 y 19 años, lo cual se relaciona con la influencia de círculos de amigos y con las relaciones de noviazgo también se ha documentado que la **convivencia con la pareja** es el factor que más incrementa la posibilidad de embarazo lo cual, es compatible con los resultados de este estudio. En relación con la **violencia parental**,

adolescentes con 115 nacimientos por mil mujeres, seguidas por América Latina y el Caribe con 64 nacimientos por mil mujeres y Asia Meridional con 45 nacimientos por mil mujeres. Las tasas más bajas se reportan en países con alto nivel de desarrollo económico con aproximadamente 7 nacimientos por mil mujeres. Esta investigación presenta factores asociados a inicio de vida sexual y a embarazo adolescente en Colombia. Los factores que demostraron asociación a partir de la regresión multinomial se corresponden en su mayoría con los encontrados en la literatura internacional y nacional. Estudios en América latina y el Caribe han encontrado que el aumento de la fertilidad adolescente se asocia con condiciones de pobreza y desigualdad (4, 5).

se puede explicar la asociación de riesgo desde la perspectiva del hogar como un microambiente que debe impulsar a cada uno de sus miembros a ser saludable y a desarrollarse adecuadamente. Este tipo de violencia rompe este ideal y genera una disfuncionalidad familiar que hace que las adolescentes busquen maneras de encontrar la atención y el afecto que no reciben en su hogar o simplemente de escapar de esta situación en otros lugares y exponerse a conductas de riesgo, llevándolas a tener relaciones sexuales prematuras y a embarazarse igualmente de manera temprana. (32).

En Colombia, la **violencia sexual** en su mayoría es ejercida por la pareja, por personas cercanas al círculo familiar de la adolescente, por personas pertenecientes a grupos armados y por personas con poder en la comunidad donde reside la víctima. Tales situaciones, exponen a las víctimas a un estado de indefensión continuo, donde los abusos se convierten en un factor permanente ya que las adolescentes no cuentan con un círculo de apoyo, lo que se traduce en mayor vulnerabilidad con respecto al embarazo. Particularmente la violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano, se entiende como una estrategia de los grupos armados

		<p>para demostrar el poder sobre las comunidades, establecer control territorial y en muchos casos, instrumentalizar a las mujeres, como aleccionamiento por la falta de cooperación de los hombres, lo cual tiene una estrecha relación con las dinámicas del desplazamiento a la que se exponen las mujeres.</p>		
2019	<p>Factores socioecológicos para la intervención en embarazo de adolescentes en el Estado Táchira, Venezuela</p>	<p>Variables relacionadas: (a) decisión de quedar embarazada, (b) uso del condón en el debut sexual, (c) conocimiento del periodo fértil, con respecto a los factores edad, nivel educativo y situación de pareja de la adolescente, (d) lugar de residencia y con quién vive, (e) situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado, (f) embarazo no deseado, (g) acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería, (h) acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron, con respecto a los factores nivel educativo y situación de pareja de la adolescente. , la pregunta de si el embarazo era producto de su propia decisión, arrojó significativas diferencias entre las jóvenes de 10 a 14 años y las jóvenes de 18 a 19. Encontrándose que un 93,7 % de las jóvenes entre 10 y 14 años consideraron su estado de embarazo como una decisión no propia, confirmándose parcialmente la hipótesis que la decisión de quedar</p>	<p>enfoque de investigación cuantitativo con un diseño no experimental de alcance descriptivo y corte transversal. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional y una población de mujeres adolescentes con edades entre 10 y 19 años que viven en el Estado Táchira. La población quedó constituida por un total de 1.963 madres adolescentes. Se utilizó una encuesta estructurada aplicada a una muestra independiente, no probabilística, intencional y aplicándose un cuestionario titulado: Maternidad adolescente en el Estado Táchira para una muestra de 235 adolescentes embarazadas en el cuarto o posterior mes de embarazo.</p>	<p>https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_5_2019/3_factores_socioecologicos.pdf</p>

embarazada por parte de la adolescente no es independiente de la edad, pues esta variable como se describió, sí afecta las formas en que los adolescentes enfrentan decisiones tan definitivas en sus vidas como es la probabilidad de un embarazo. los **imaginarios sociales** que fortalecen la idea que la masculinidad es condición de sexualidad activa y que las mujeres tienen como papel básico el hogar, son igualmente factores influyentes para los embarazos en población adolescente. Al tiempo que alerta que el porcentaje de embarazos no planeados es mayor en las comunidades que legitiman la violencia contra la mujer, frente a los que la consideran una violación de derechos. Para el presente estudio más del 90% de las adolescentes entre 10 y 14 años no deseaban estar embarazadas. un segundo hallazgo dentro de la decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente no es independiente de su situación de pareja. **la asociación entre embarazo temprano y uniones tempranas** como un determinante social del embarazo adolescente. Este elemento de análisis indica que, al estar por fuera de la vigilancia y acompañamiento familiar, traducida esto como una independencia en lo relacionado con la actividad sexual, da como resultado mayores porcentajes de

embarazos
tempranos.

Impacto del embarazo adolescente

Año	Título del artículo	Variables identificadas	Información complementaria relevante	Artículo completo en:
2015	Embarazo en la adolescencia: una revisión sistemática del impacto de la edad materna en las complicaciones clínicas, obstétricas y neonatales en la primera fase de la adolescencia	pequeño para la edad de gestación bajo peso al nacer parto prematuro retardo del crecimiento intrauterino anemia hemorragia post-parto parto vaginal infección urinaria y/o vaginal.	Resultados: Complicaciones neonatales, Complicaciones clínicas maternas, Complicaciones obstétricas El embarazo en la primera fase de la adolescencia ha mostrado asociación con precocidad y bajo-peso. Analizando los hallazgos de este estudio, se observa que datos de mujeres adultas muestran que las adolescentes tienen mayor incidencia de complicaciones médicas envolviendo madre y niño. Un hallazgo indica que esos riesgos son, particularmente, relevantes para adolescentes menores de 16 años	http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=515&idioma=Espanhol
	Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad	Embarazo adolescente Social Cultura	Mediante el resultado del análisis crítico de la información disponible sobre el tema en la bibliografía consultada, se demuestra cómo las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia; determina un riesgo importante para su descendencia. Se constatan además, que las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad, entre otras cosas, de: Tener más hijos en su vida reproductiva. No recibir el apoyo del padre biológico de sus hijos. Interrumpir sus estudios. No alcanzar una independencia y estabilidad financiera. Tener hijas que se embaracen durante la adolescencia, constituye, un alto costo directo o indirecto para la sociedad.	https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog151f.pdf

2016 Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia

La actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, la infección por HIV/SIDA (segunda causa de muerte en los adolescentes) y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan.

El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva.

Toda esta problemática ha hecho que esta población se vea enormemente afectada por morbilidades como las infecciones de transmisión sexual e infección por HIV/SIDA, a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Es por ello que la educación sexual en el hogar, escuelas, colegios y servicios de salud, unido a la estimulación de habilidades para la vida, el retraso del inicio de la actividad sexual entre adolescente, la promoción de la abstinencia sexual y las prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, son una las estrategias más eficaces para enfrentar estas problemáticas.

El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad

La adolescencia constituye una fase indudablemente difícil, de gran vulnerabilidad, que requiere atención especial. Pero que de ninguna manera se debe considerar, por sí misma, como una etapa de crisis, rebeldía y rompimiento social; por el contrario, la propia historia del género humano demuestra que no han sido pocos los logros y triunfos, los aportes que ellos han brindado al crecimiento de la sociedad a lo largo de los siglos.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente al hijo,

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015

imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro, estable, emocional y económicamente. Para su atención se necesita un abordaje integral por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y, en específico, de la maternidad-paternidad responsable.

Anexo 4

Análisis de metadatos de indicadores por componentes

Por su extensión las tablas no pudieron incorporarse al documento.

Se pueden consultar directamente en la siguiente liga:

<https://drive.google.com/file/d/14gRqbYyxfF2tXwVQxBc7Fq2II9ckjs5s/view?usp=sharing>

Anexo 5

Metadatos de indicadores propuestos para la ENAPEA Estado de México

Información del Indicador													
Componente	Nombre del indicador	Definición del indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de la medición	Cobertura geográfica	Tamaño de Localidad	Condición de habla de lengua indígena	Desagregación por sexo	Desagregación por edad	Se cuenta con información para 2012 (año base)	Sentido del indicador	Fuentes de información
Propósito	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de zonas rurales que han estado embarazadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de zonas rurales que declaran haber estado embarazadas alguna vez	(Número de mujeres de 15 a 19 años de zonas rurales que han estado embarazadas/ Total de mujeres de 15 a 19 años de zonas rurales) x100	Porcentaje	Quinquenal	Nacional y Entidad Federativa	Sí	Sí	No aplica	15-19 años	2009/ 2014	Descendente	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Propósito	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición migrante que han estado embarazadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición migrante que declaran haber estado embarazadas alguna vez	(Número de mujeres de 15 a 19 años en condición migrante que han estado embarazadas/ Total de mujeres de 15 a 19 años en condición migrante) x100	Porcentaje	Quinquenal	Nacional y Entidad Federativa	Sí	Sí	No aplica	15-19 años	2009/ 2015	Descendente	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Propósito	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición de habla de lengua indígena que han estado embarazadas	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en condición de habla de lengua indígena que declaran haber estado embarazadas alguna vez	(Número de mujeres de 15 a 19 años de en condición de habla de lengua indígena que han estado embarazadas/ Total de mujeres de 15 a 19 años en condición de habla de lengua indígena) x100	Porcentaje	Quinquenal	Nacional y Entidad Federativa	Sí	Sí	No aplica	15-19 años	2009/ 2016	Descendente	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Componente 2	Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que reportó haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien él utiliza condón o métodos tradicionales	(Número de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que reportan participación masculina en el uso de métodos anticonceptivos/ Mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que utilizan actualmente métodos anticonceptivos) x 100	Porcentaje	Quinquenal	Nacional y Entidad Federativa	Sí	Sí	No aplica	15 - 19 años	2009/ 2017	Ascendente	INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

Componente 4	Unidades municipales relacionadas con GEPEA	Número de municipios de la entidad federativa que cuentan con una unidad administrativa relacionada con GEPEA	(Número de municipios de la entidad federativa que cuentan con una unidad administrativa relacionada con GEPEA/ Total de municipios de la entidad)*100	Porcentaje	Anual	Entidad Federativa	Sí	No	No aplica	No aplica	Sí	Ascendente	Registros administrativos
Componente 5	Transmisión de VIH de madre a hija o hijo	Mide el total de nuevos casos de VIH por transmisión vertical o reportados como perinatal	Número de casos notificados por transmisión perinatal en un año determinado	Casos	Anual	Nacional y Entidad Federativa	Sí	No	No aplica	< 1 años 1-4 años 5-9 años	Sí	Descendente	Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de VIH y sida
Componente 6	Proporción de mujeres y niñas de 15 años y más que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior (última) pareja en los últimos 12 meses	Mide la proporción de mujeres y niñas de 15 años y más que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior (última) pareja en los últimos 12 meses	(Número de mujeres y niñas de 15 años y más que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior (última) pareja en los últimos 12 meses/ Total de mujeres y niñas de 15 años y mas en un año determinado)*100	Porcentaje	Quinquenal	Nacional y Entidad Federativa	Sí	Sí	No aplica	16 años y más	2016	Descendente	INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).

Anexo 6.

Indicadores y fuentes de información para el Índice de Desarrollo Humano-PNUD adaptado a la ENAPEA.

	Larga vida y saludable			Conocimientos			Nivel de vida digna		
	VARIABLE	OBJETIVO	COMO SE VA A DETERMINAR	VARIABLE	OBJETIVO	COMO SE VA A DETERMINAR	VARIABLE	OBJETIVO	COMO SE VA A DETERMINAR
F U E N T E S D E I N F O R M A C I Ó N A D I C I O N A L	Consumo de drogas/ sustancias toxicomani acas durante el embarazo	Esto puede ocasionar parto prematuro, recién nacidos con bajo peso, crecimiento o intrauterino retardado, placenta previa, malformaciones y aumento de mortalidad perinatal	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco	Estilos de crianza familiar (autoritario, negligente, permisivo, pasivo)	Ofrece a la sociedad y al estado información referente a las experiencias de violencia de tipo físico, económico, sexual, emocional y patrimonial, que han enfrentado las mujeres de 15 años y más en los distintos ámbitos de su vida (de pareja, familiar, escolar, laboral y comunitario) y recopila información, sobre los agresores y los lugares donde ocurrieron las agresiones.	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)	Proyecto de vida (maternidad, ausencia, maternidad como única opción de vida, aspiraciones ocupacionales, perspectiva del futuro)	Analizar si el deseo de (más) hijos de uno de los miembros del núcleo conyugal es un factor que predice el deseo de (más) hijos del otro miembro; aportar las variables demográficas, socioeconómicas y contextuales que interfieren con el deseo de (más) hijos, la correlación de sexo de los HNV es un factor vinculado al deseo individual de (más) hijos, así como a la concordancia o discrepancia entre los deseos de quienes conforman el núcleo conyugal	Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNViH)
	Salud mental (autoconfianza, madurez, estabilidad emocional, rasgos de personalidad)	nivel de madurez emocional, trastornos Emocionales, depresión, ansiedad, resentimiento y sentimientos de fracaso, vergüenza, culpa, ira y negación, incluye información sobre la	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)	Imaginarios sociales y morales	concientizar a la sociedad mexicana sobre sus valores, y cómo estos influyen en la realidad del país	Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC) y el Instituto de Cambio Cultural (ICC) llevaron a cabo la Encuesta de Valores México	Dependencia económica	proporcionar un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en cuanto a su monto, procedencia y distribución; adicionalmente, ofrece información sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de los integrantes	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018 Nueva serie

	condición de salud emocional y sentimientos depresivos; morbilidad sobre trastornos mentales							del hogar, así como las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar.	
inclusión Social	Diferencias que estereotipa a la sociedad: piel, sexo, modo de hablar, modo de vestir, arreglo personal, clase social,	Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis)		la cual recaba información relevante sobre los valores y prácticas de los(as) ciudadanos(as) con el objetivo de entender el involucramiento de la ciudadanía en los asuntos públicos, conocer las características de la cultura cívica y el ejercicio de la ciudadanía de los(as) mexicanos, con el objetivo de diseñar estrategias para promover la participación y la interacción constructiva con autoridades e instituciones.	Encuesta Nacional de Cultura Cívica (ENCUCI) 2020		Habilidades socioemocionales	educación, trabajo, convivencia, uso del tiempo libre, participación ciudadana y valores	Informe general sobre la realidad juvenil mexicana y los contextos en la que ésta se desarrolla, Encuesta de jóvenes en México Observatorio de la juventud en Iberoamérica
Habilidades emocionales		Desarrollo de habilidades socioemocionales para prevenir deserción escolar	Influencias de grupos de pares	los amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes sutiles o directos de que las relaciones sin matrimonio son			Perspectiva de roles de género	el ejercicio de la sexualidad influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes a una fecundidad temprana	

					comunes, aceptadas e incluso esperadas					
			INEGI: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL. y del comportam iento; suicidios y relación respecto de las muertes violentas.							