

La anticoncepción:
implicaciones
en el embarazo
adolescente,
fecundidad
y salud
reproductiva
en México

Encuesta Nacional
de la Dinámica
Demográfica
2014
ENADID



INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

Instituto Nacional de Estadística y Geografía

**La anticoncepción:
implicaciones en el embarazo adolescente,
fecundidad y salud reproductiva en México**

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014

ENADID



**INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA**

Obras complementarias publicadas por el INEGI sobre el tema:

Panorama Sociodemográfico de México. Principales resultados.

Catalogación en la fuente INEGI:

304.6021072 Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014).
La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México : Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 : ENADID / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2017.

vii, 38 p.

ISBN 978-607-530-051-1

1. México - Salud reproductiva - Encuestas, 2014. I. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México).

Conociendo México

01 800 111 4634

www.inegi.org.mx

atencion.usuarios@inegi.org.mx



INEGI Informa



@INEGI_INFORMA

DR © 2017, **Instituto Nacional de Estadística y Geografía**

Edificio Sede

Avenida Héroe de Nacozari Sur 2301

Fraccionamiento Jardines del Parque, 20276 Aguascalientes,

Aguascalientes, Aguascalientes, entre la calle INEGI, Avenida del

Lago y Avenida Paseo de las Garzas.

Presentación

Pese al avance obtenido por los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva respecto al logro de la capacidad en las parejas para decidir el momento, espaciamiento, y número de hijos que desean; y a que los niveles de fecundidad se han reducido en las últimas décadas, la población adolescente constituye actualmente uno de los principales sectores de atención, debido a que no ha presentado los mismos avances como lo ocurrido para el resto de mujeres en edad reproductiva.

La necesidad de información que permita comprender el contexto en el que surge el embarazo a edades adolescentes es de suma importancia, pues la situación que presenta la población adolescente que enfrentan la maternidad a esta edad, trae consigo no solo riesgos en el embarazo y en la salud de la madre y del infante, sino que limita las oportunidades que benefician su desarrollo biológico, psicológico y social.

El **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)**, con información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, presenta la publicación ***La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México***, cuyo objetivo es proporcionar información concerniente a los niveles de fecundidad en México, especialmente del grupo en edad adolescente; además de mostrar las características y condiciones de uso de métodos anticonceptivos, pretendiendo señalar las condiciones que inciden en los niveles de fecundidad de este grupo etario.

Índice

Introducción	VII
1. La fecundidad en México	1
1.1 La fecundidad	3
1.2 Tasa global de fecundidad	3
1.3 Tasa de fecundidad por edad	3
1.4 Tasa de fecundidad por variables sociodemográficas	4
1.5 Tasa global de fecundidad por entidad federativa	5
2. Fecundidad y embarazo adolescente	7
2.1 El concepto de la adolescencia	9
2.2 Embarazo adolescente	10
2.2.1 Factores de riesgo y consecuencias del embarazo	10
2.3 Fecundidad adolescente	11
2.4 Panorama de la fecundidad adolescente	12
2.4.1 Aspectos demográficos de la maternidad adolescente	12
3. Salud reproductiva y anticoncepción	15
3.1 De la planificación familiar a la salud sexual y reproductiva	17
3.2 La anticoncepción en los programas de salud sexual y reproductiva	17
3.3 Consideraciones actuales	19
4. Demanda anticonceptiva y actividad sexual adolescente	21
4.1 La anticoncepción en adolescentes	23
4.2 Actividad sexual en adolescentes	24
4.3 La primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos	25
4.4 Adolescentes sexualmente activas y uso de métodos anticonceptivos	26
5. La anticoncepción, prevención del primer hijo(a)	29
Bibliografía	35

Introducción

La presente publicación ofrece información estadística derivada de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, concerniente a los niveles de fecundidad, en especial para el grupo de adolescentes, la cobertura anticonceptiva en esta población y aspectos de su sexualidad. Esto, con algunas variables sociodemográficas que permiten comprender el contexto en el que se encuentra este grupo etario, y evidenciar áreas de oportunidad en la cobertura de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

Este documento está organizado en cinco capítulos: en el primero se exponen niveles de fecundidad a distintos años y por características sociodemográficas y geográficas.

En el segundo se aborda la definición de adolescencia y de embarazo adolescente, los factores de riesgo y consecuencias de este, y una serie de indicadores de fecundidad adolescente, relacionando también aspectos demográficos que la caracterizan.

En el tercer apartado, se define la anticoncepción y la importancia que ha tenido como determinante próximo de la fecundidad, que le ha situado como la principal estrategia en programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva; asimismo, se muestra una serie de indicadores que dan cuenta del impacto que ha tenido en la reducción de los niveles de fecundidad y un panorama de la cobertura en la población adolescente.

El cuarto apartado muestra la condición de los adolescentes respecto al inicio de su sexualidad, y la actividad sexual que presentan. Lo anterior, se observa en relación con el uso o no, de métodos anticonceptivos.

Por último, se exponen indicadores con los que se pretende observar en qué momento se da el uso de anticonceptivos, si el estado actual permite retrasar la llegada del primer hijo, en especial a una edad adolescente, o si el uso ocurre posterior a ellos.

1. La fecundidad en México

1. La fecundidad en México

1.1 La fecundidad

Desde la primera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en 1994 en El Cairo, la atención mundial se centró en el análisis de aspectos demográficos como un elemento fundamental para el desarrollo de los países. En dicha convención, la comunidad internacional hace énfasis en que “la pobreza suele ir acompañada de desempleo, malnutrición, analfabetismo, bajo nivel social de la mujer, riesgos ambientales y un acceso limitado a servicios sociales y sanitarios, incluidos los servicios de salud reproductiva, que a su vez incluye la planificación de la familia. Todos estos factores contribuyen a elevar los niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad” (ONU, 2005).

Años más tarde, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio, que estableció en uno de sus objetivos (5b), el acceso universal a los servicios de salud reproductiva. Cuando a la población se le otorga información oportuna sobre su sexualidad y acceso a los servicios de salud reproductiva, se busca no sólo erradicar la mortalidad materna e infantil y evitar las enfermedades de transmisión sexual, sino también “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo” (ONU, 2010).

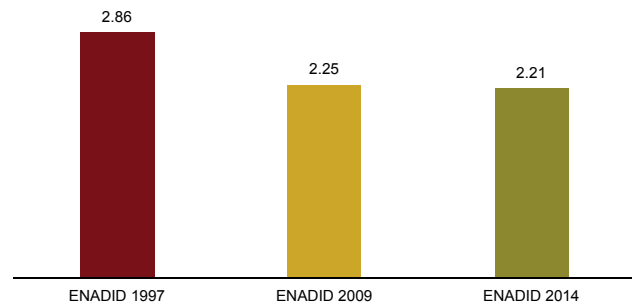
Con esta meta, se hace reiterativa la trascendencia de la salud reproductiva en el desarrollo de los individuos y de la sociedad en su conjunto. Así lo argumenta el Banco Mundial cuando señala que las altas tasas de fecundidad explican, entre muchas otras causas, la repetición de un ciclo de la pobreza y un contexto de desigualdad (Banco Mundial, 2007). Con lo anterior, los estudios de la fecundidad trascienden en la búsqueda de acciones gubernamentales dirigidas a establecer una sociedad más equitativa y menos vulnerable.

1.2 Tasa global de fecundidad

Las encuestas demográficas son la fuente más apropiada para estimar el nivel de la fecundidad y estudiar las características socioeconómicas que rodean al fenómeno, como escolaridad, condición de actividad económica, residencia urbana o rural, entre otros aspectos que influyen en su tendencia y estructura.

**Tasa global de fecundidad
1997, 2009 y 2014**
Cohorte trienal

Gráfica 1



Nota: El cohorte trienal de la ENADID 1997 es de 1994 a 1996; en 2009, de 2006 a 2008, y en 2014 es de 2011 a 2013. La tasa de fecundidad presentada en este documento y que tienen como fuente la ENADID, se estimaron con los años persona vividos en el denominador.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014. Bases de datos.

Actualmente nuestro país se dirige a una fecundidad de reemplazo, y ello es congruente con una política poblacional que desde mediados de la década de los setenta estableció acciones para su reducción. Dichas acciones se encuadran en un marco jurídico donde la oferta de anticonceptivos y el respeto a las decisiones individuales sobre el número de hijos(as) que se desea tener y el espaciamiento de ellos, son aspectos trascendentales que orientan las pautas reproductivas de la población.

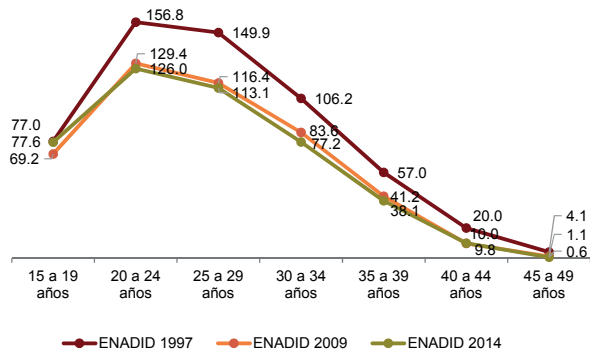
1.3 Tasa de fecundidad por edad

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 indican que la cúspide de fecundidad es temprana, es decir, tiene su punto máximo en las mujeres de 20 a 24 años de edad; para el trienio 2011-2013, esta población tiene una fecundidad de 126 hijos(as) por cada mil mujeres. Al comparar la información con la ENADID de 2009, se observa un aumento de la fecundidad adolescente; para el trienio de 2006 a 2008, la fecundidad para este grupo es de 69.2 hijos por cada mil mujeres, y aumenta a 77 por cada mil para el trienio de 2011 a 2013. Otro aspecto que destaca de esta comparación es la confirmación de la cúspide

temprana de la fecundidad, que de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), este “rejuvenecimiento de la fecundidad” es una tendencia generalizada observada en los países de la región (CEPAL, s.f.).

Tasa de fecundidad¹ por edad
1997, 2009 y 2014
Cohorte trienal

Gráfica 2



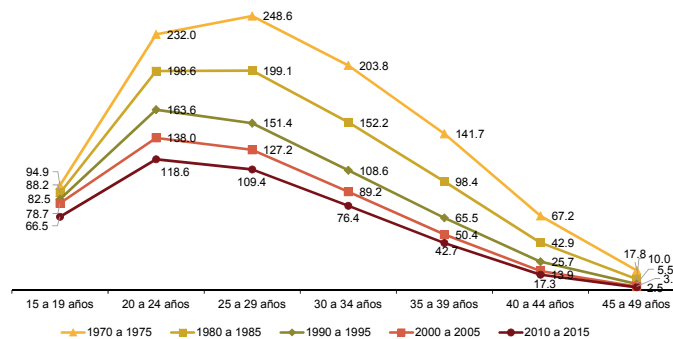
¹ Representa los nacidos vivos por cada 1 000 mujeres.
Nota: El cohorte trienal de la ENADID 1997 es de 1994 a 1996; en 2009, de 2006 a 2008, y en 2014 es de 2011 a 2013.
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014. Bases de datos.

En efecto, al analizar la tasa de fecundidad por edad para América Latina y el Caribe (publicadas en la revisión 2015 de las proyecciones de población que realiza la Organización de Naciones Unidas), se observa una transición de una cúspide tardía a una temprana, la cual empieza a evidenciarse a partir del primer lustro de la década de los ochenta.

Los altos niveles de fecundidad que se daban antes de esa década hacían que las mujeres la extendieran a una edad más madura, por lo que la cúspide tardía no obedecía a una postergación de la fecundidad

Tasa de fecundidad¹ por edad
América Latina y el Caribe
Años seleccionados de 1970 a 2015

Gráfica 3



¹ Representa los nacidos vivos por cada 1 000 mujeres.
Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision.

a edades tempranas, como sucede en países desarrollados. Zavala del Cosío (s.f.) señala que en nuestro país “ha habido un rejuvenecimiento de la fecundidad, con una reducción generalizada después de los 25 años de edad”. La reducción del indicador después de los 25 años es una tendencia que se da no sólo en México, sino también en los países de América Latina y el Caribe, y se hace más evidente a inicios del presente siglo.

1.4 Tasa de fecundidad por variables sociodemográficas

Además de la edad, la tasa de fecundidad presenta significativas diferencias según las características sociodemográficas de las mujeres, porque guardan una correspondencia directa con su comportamiento reproductivo. Muestra de ello es la participación económica de la población femenina y su correlación con el nivel de fecundidad de las ocupadas, principalmente porque puede ser un factor para que ellas decidan postergar su primer hijo o ampliar el espaciamiento entre ellos.

Para el trienio de 2011 a 2013, la tasa global de fecundidad de las mujeres económicamente activas es 1.76 hijos por mujer, es decir, casi un hijo menos respecto a las que no están incorporadas en el mercado laboral (cuya tasa es de 2.75 hijos por mujer).

El nivel de escolaridad es otro aspecto correlacionado con los niveles de la tasa de fecundidad. Para el trienio de 2011 a 2013, las mujeres sin instrucción escolar son las que tienen la mayor tasa (3.30 hijos por mujer), seguidas por las de primaria incompleta (3.21) y completa (2.99). Aquellas con nivel medio superior y superior registran la menor tasa (1.79), y su diferencia con las mujeres sin instrucción es de 1.51 hijos por mujer.

La ubicación aislada y dispersa también dificulta el acceso a servicios públicos como la educación y la salud. Además, marca situaciones de marginación y rezago social; la población que reside en localidades rurales tiene un menor acceso a los medios para incidir en el número y espaciamiento de sus hijos, por lo que las tasas de fecundidad en mujeres que residen en localidades rurales (menos de 2 500 habitantes) es casi un hijo más que aquellas que viven en áreas urbanas (de 2 500 o más habitantes). Para el trienio de 2011 a 2013, la tasa global de fecundidad observada en las mujeres que residen en localidades rurales es de 2.81 hijos por mujer, en tanto que quienes residen en las urbanas es de 2.04 hijos.

Este aspecto se agudiza al tratarse de mujeres hablantes de lengua indígena, donde el indicador para el mismo periodo de referencia alcanza 2.98 hijos por mujer.

1.5 Tasa global de fecundidad por entidad federativa

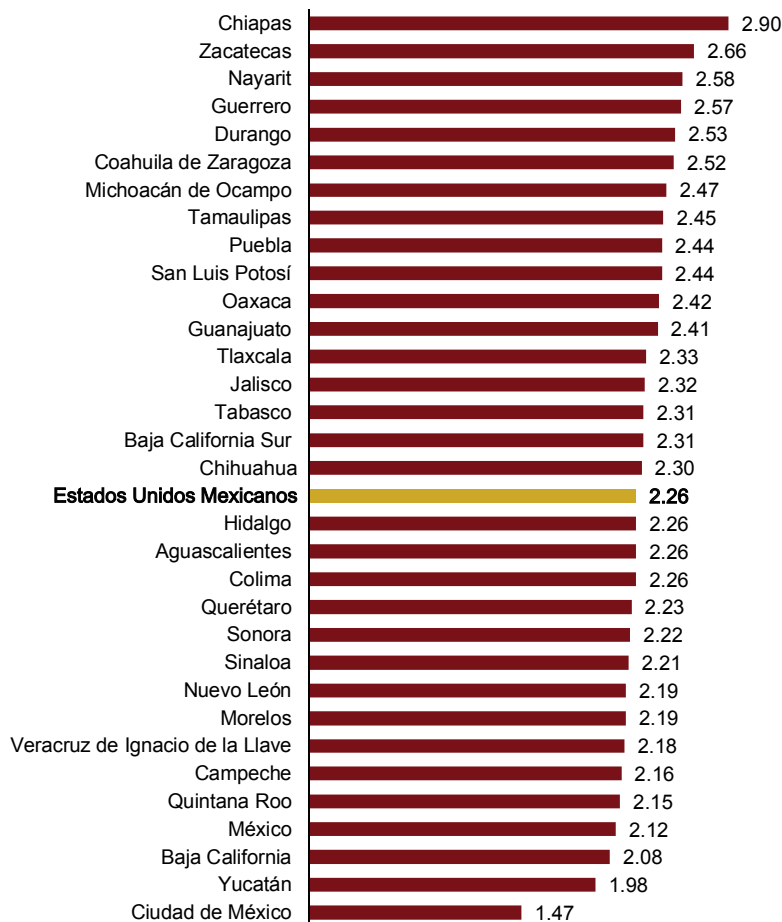
La tasa global de fecundidad estimada para el quinquenio de 2009 a 2013, muestra grandes contrastes al interior del país. El estado de Chiapas muestra el más alto nivel de fecundidad con una tasa de casi tres hijos por mujer (2.90), le sigue Zacatecas (2.66), Nayarit (2.58), Guerrero (2.57), Durango (2.53) y Coahuila (2.52). En contraste, Baja California (2.08), Yucatán (1.98) y la Ciudad de México (1.47) son las entidades que muestran la fecundidad más baja.

Para esta última entidad, su fecundidad se encuentra por debajo de los dos hijos por mujer desde la ENADID 1997 (1.91), para la ENADID 2009, desciende a 1.78, lo que en términos porcentuales significa una reducción del 6.6 por ciento.

Tasa global de fecundidad¹ por entidad federativa 2014

Cohorte quinquenal de 2009 a 2013

Gráfica 4



Nota: Se presenta información para la Ciudad de México, que al momento de la encuesta correspondía al Distrito Federal.

¹ Representa el promedio de hijos por mujer.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

2. Fecundidad y embarazo adolescente

2. Fecundidad y embarazo adolescente

2.1 El concepto de la adolescencia

La noción de adolescencia tiene un origen relativamente reciente. Las primeras aproximaciones conceptuales datan de la segunda mitad del siglo pasado a partir de la obra del psicoanalista Stanley Hall (Pineda, 1999). Si bien el término proviene “del verbo latín *adolescere*, *adolescere*, que significa crecer” (Cornellá, 1999), comúnmente refiere al periodo de la vida humana siguiente a la niñez, pero que precede a la juventud (RAE, 2016). Actualmente no hay una sola definición que abarque la totalidad de sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales, o bien, que agote las especificaciones de cualquier ámbito del desarrollo humano, lo que puede explicarse por la multiplicidad de factores que convergen antes, durante y después de su manifestación.

La adopción de enfoques propicia, a su vez, diferencias en la identificación de las características principales de la adolescencia, entre las más importantes, la delimitación etaria que la aparta de otros periodos de vida, la segmentación y denominación de periodos intermedios, y el establecimiento de los factores específicos tanto internos como externos que influyen en el desarrollo de la población adolescente.

Una aproximación conceptual de la adolescencia puede expresarse como “un periodo de desarrollo del ser humano, que sin poder enmarcarse en límites etáreos [*sic*] precisos, está comprendido entre las edades de 10 y 19 años aproximadamente”.

“En el lapso se consolida una serie de cambios e integraciones desde lo social, lo psicológico y lo biológico; que sobre la base de adquisiciones y desprendimientos cualicuantitativos, permiten el alcance de suficientes y necesarios niveles de autonomía, para que el niño se transforme y asuma el papel de adulto integrado a la sociedad” (Santillano, 2009).

Dicha definición resulta de interés no solo porque articula las dimensiones expuestas previamente y retoma el carácter internacional de la delimitación etaria que tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, por sus siglas en inglés) señalan, sino porque asume a la adolescencia como una fase con características

únicas y decisivas en la vida de las personas, lo que exige al mismo tiempo atención y protección especial (UNICEF, 2011).

En correspondencia con este enfoque, el presente trabajo retoma la definición de la OMS, que sintetiza: “es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios” (OMS, s.f.).

Sobre la base de esta concepción, la OMS señala que los determinantes biológicos de la adolescencia son similares en todo el mundo, a diferencia de la duración, las manifestaciones conductuales de los adolescentes a partir de su cultura y contexto socioeconómico, así como los cambios ocurridos en el último siglo, tales como el inicio más temprano de la pubertad, el aplazamiento de la edad del matrimonio, la urbanización, la globalización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (OMS, s.f.).

Para comprender los fenómenos que ocurren durante la adolescencia, el UNICEF esboza dos categorías principales para su análisis:

Principales cambios de la adolescencia Cuadro 1

Adolescencia temprana (10 a 14 años - Pubertad)	Adolescencia tardía (15 a 19 años)
<ul style="list-style-type: none">• Súbita aceleración del crecimiento• Desarrollo de los órganos sexuales y características sexuales secundarias• Crecimiento del cerebro y reestructuración de su funcionamiento• Tendencia hacia una conducta impulsiva y acrítica• Autoconciencia del género• Inicio de la transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica	<ul style="list-style-type: none">• Continuidad del crecimiento físico• Comienzo del desarrollo y reorganización del pensamiento analítico y reflexivo• Adquisición creciente de identidad y autoconfianza• Desarrollo de la capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes

De acuerdo con la categorización de la adolescencia descrita, así como con el análisis demográfico tradicional, el presente estudio centra su atención en el grupo quinquenal de 15 a 19 años (adolescencia tardía), debido a que es la población de la cual se cuenta con información por

medio de encuestas y registros administrativos, en tanto que es este grupo en el que se acentúa dramáticamente el estado de vulnerabilidad, a causa de las transformaciones y del inicio de la vida sexual y reproductiva.

2.2 Embarazo adolescente

De acuerdo con el Manual de la adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre durante los dos años posteriores al inicio de la menarquia cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental (Sliber, 1992). Si bien, este proceso ocurre con gran frecuencia en condiciones no deseadas, existen casos de maternidad antes de los 20 años que satisfacen las necesidades y aspiraciones de mujeres que difícilmente pueden plantearse proyectos de vida alternativos (Pantelides, 2011); lo anterior en detrimento del ejercicio libre de sus derechos sexuales y reproductivos al no haber desarrollado a plenitud la capacidad de planear el número de hijos(as), elegir cuándo tenerlos y el espaciamiento entre cada nacimiento (Jara, s.f.).

La OMS establece que el embarazo adolescente es por definición un tipo de gestación prematura, y por ende de riesgo, no solo por las posibles dificultades durante la gestación y el parto de esta población que interrumpe su proceso de maduración biológica, sino porque los embarazos ocurren mayoritariamente en comunidades de franca vulnerabilidad donde es latente la falta de cuidados o de acceso a los mismos o su elevado costo o su escasa calidad, lo cual resulta determinante ante el peligro de sufrir lesiones, hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia (hipertensión grave con convulsiones), o complicaciones derivadas de enfermedades preexistentes que durante el embarazo se agravan y pueden desencadenar la mortalidad materna e infantil (OMS, 2015).

2.2.1 Factores de riesgo y consecuencias del embarazo

Los estímulos del entorno para cada individuo, en combinación con los ajustes de los cambios contemplados en la adolescencia, pueden producir efectos que ponen en riesgo la conducta, la apariencia y la salud de la vida de las personas, es decir, la probabilidad de que ocurran efectos negativos determinantes para las personas durante su adolescencia no está disociada del contexto social, sino que se interrelacionan con elementos e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales que exigen su detección con el fin de atender tanto los factores externos como las conductas de riesgo (UNICEF, 2011).

Entre los factores externos se identifica la pobreza, la falta de oportunidades para el desarrollo de aptitudes para la vida en niños y adolescentes, la exposición a la violencia y los problemas de salud provocados por la mal nutrición y la obesidad.

Respecto a las conductas de riesgo, figuran la actitud personal ante la percepción de los pares y la sanción social que influyen en la forma y el momento en que las personas adolescentes inician su vida sexual, así como la falta de actividad física, violencia, humillación, y el sentimiento de desvalorización que propician el riesgo de padecer problemas de salud mental, el consumo de alcohol, tabaco o drogas, lo que a su vez está intrínsecamente relacionado con el riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (OMS, s.f.).

La relación entre la salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes con su propia conducta, constituye un periodo de oportunidad en que puede situarse el inicio de hábitos o situaciones de riesgo que condicionarán su morbimortalidad al llegar a la edad adulta. Asimismo, es esta la etapa en la que, a diferencia de los varones, las adolescentes suelen correr un mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas para su salud, discriminación y abusos (OMS, s.f.).

Durante los primeros años de juventud, ocurren importantes cambios de orden biológico, psicológico y social. Estos cambios se relacionan con importantes eventos en la vida de los individuos, como el inicio de la vida sexual, la unión conyugal y el inicio de la trayectoria reproductiva. Dada la relevancia de estos eventos, las circunstancias en las que ocurran y las consecuencias que deriven, pueden ser favorables o contraproducentes al desarrollo de los individuos.

La maternidad adolescente es considerada un problema público en México, principalmente desde dos posturas analíticas; primero como un problema de salud pública, pues se ha documentado que la maternidad a edades tempranas representa un mayor riesgo para la madre y su producto, tanto durante el embarazo como en el parto. Esto debido a que a nivel mundial, las dificultades durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años, en tanto que los bebés de madres menores de 20 años enfrentan 50% más de probabilidades de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Asimismo, los bebés recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de registrar

bajo peso al nacer, aunado al riesgo subsecuente de tener complicaciones de larga duración. En este sentido, entre más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé (OMS, 2014).

Entre otros riesgos de salud de las madres adolescentes se identifica: aumento de peso, hipertensión, preeclampsia, anemia, infecciones de transmisión sexual, y desproporciones cefalopélvicas causantes tanto de la muerte de la madre como del hijo(a), provocando que las complicaciones en la etapa de gravidez sean mayores a las que tienen las mujeres de más de 20 años (Reyes, 2014).

Al tener una incidencia directa en la mortalidad materna, la OMS estima como indispensable que disminuyan las tasas de embarazo en adolescentes, con la finalidad de reducir la mortalidad materna y, al mismo tiempo, mejorar la supervivencia infantil, toda vez que “entre más jóvenes son las madres, más alta es la tasa de mortalidad entre los recién nacidos” (OMS, 2014).

Muestra del interés para atender este problema se proyecta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que por medio de las metas 1 y 2 de su objetivo no. 3, se plantea que para el año 2030 se reduzca la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos, así como poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, permitiendo que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos (ONU, s.f.).

La segunda línea de análisis que se desprende del embarazo adolescente es de orden social, en particular respecto al impacto en el deterioro de las condiciones de vida en las mujeres adolescentes y su descendencia, en la reproducción de desventajas sociales que favorecen la transmisión intergeneracional de la pobreza y acentúan los procesos de desigualdad y exclusión social (Villagómez, 2008).

La OMS también afirma que el embarazo adolescente es uno de los principales factores que contribuye al círculo de enfermedad y pobreza, las implicaciones socioeconómicas que comúnmente lo contextualizan, disminuyen las oportunidades de progreso personal, social y profesional de las madres, ya que a muy temprana edad merman el proyecto de vida de los jóvenes limitando el desarrollo de sus competencias y habilidades (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016); esto impacta en un importante costo económico para cualquier país, dado que se pierde la oportunidad de que las madres adolescentes generen los mismos ingresos anuales que otras mujeres, en el transcurso de su vida.

Los riesgos en el embarazo adolescente se potencializan si las condiciones socioeconómicas en las que viven las adolescentes son precarias, motivo por el que resulta fundamental comprender que este fenómeno está relacionado con la disminución de oportunidades de progreso personal, social y profesional de las madres adolescentes mediante la limitación del desarrollo de sus competencias y habilidades (CONAPO, 2016). Historias previas de desnutrición, carencia de servicios, de salud o educativos, o mala calidad de ellos, constituyen componentes determinantes de panoramas complejos y difíciles para las adolescentes que viven en niveles de pobreza, lo que sin duda tiene efectos negativos mediante su proceso de gestación.

El embarazo adolescente y su problemática relacionada se han hecho visibles en la agenda pública en los últimos años, principalmente porque las estimaciones (proyecciones) de población preveían una reducción de los niveles de reproducción adolescente en el mismo sentido y magnitud que las tasas de fecundidad general, situación que no se ha presentado, y lejos de ser un fenómeno en regresión, ha aumentado, volviendo a niveles de finales de siglo pasado.

2.3 Fecundidad adolescente

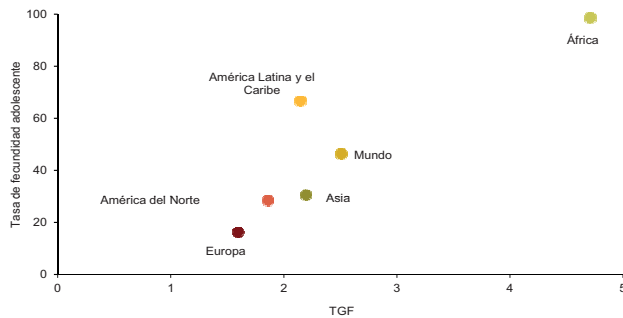
La fecundidad adolescente es un tema emergente de la agenda pública de muchos países, ya que sus efectos resultan negativos para el desarrollo individual y social. Así lo establece Tobar, asesor del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), quien comenta que en América Latina y el Caribe: “las consecuencias del embarazo adolescente y su impacto sobre la reproducción intergeneracional de la pobreza hacen que el mismo fenómeno genere (o sustente) inequidades dentro de la población [...] por ello, el embarazo adolescente contribuye a sedimentar las grandes inequidades sociales, sanitarias y económicas que caracterizan a la región” (Tovar, s.f.).

Efectivamente, América Latina se distingue por tener altas tasas de fecundidad adolescente, solamente se encuentra por debajo del continente Africano, de acuerdo a Rodríguez (representante de la división de población de la CEPAL), “América Latina es la región del mundo con mayor concentración de nacimientos en la edad adolescente, casi el 17% de todos los nacimientos corresponden a mujeres que tienen menos de 20 años (15 a 19 años). Por esta combinación de especificidades, en diversos escenarios se ha planteado que la alta fecundidad adolescente de América Latina es una ‘anomalía’ a escala mundial” (Rodríguez, s.f.).

Lo anterior se corrobora cuando se grafican los datos de las recientes proyecciones que realiza la ONU, para el quinquenio de 2010 a 2015, los países latinoamericanos tienen en conjunto una tasa global de fecundidad de 2.15 hijos por mujer y una tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) de 66.54 hijos por cada mil mujeres de este grupo de edad.

Tasa global de fecundidad¹ y tasa de fecundidad² adolescente por regiones del mundo 2010 a 2015

Gráfica 5



¹ Representa el promedio de hijos por mujer.

² Representa los nacidos vivos por cada 1 000 mujeres.

Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision.

2.4 Panorama de la fecundidad adolescente

La fecundidad global en las últimas décadas ha mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, en la que la tasa global de fecundidad llegó a ser de siete hijos(as) por mujer (Vélez, 2013); no obstante, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años disminuyó en un porcentaje menor. Para la última década ha repuntado, impactando en una mayor participación de madres adolescentes dentro de la fecundidad total.

Algunos autores (Stern, 2003) (Welti, 2000), afirman que pese a que la fecundidad adolescente en México disminuyó en las últimas décadas del siglo XX, es un fenómeno cada vez más visible que en generaciones anteriores, debido principalmente al proceso de transición demográfica tardía por el cual atraviesa nuestro país. La población adolescente ha alcanzado una proporción histórica en la estructura poblacional, se estima que en 2015, 5.3 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad habitan en territorio mexicano. Sin embargo, la información actual muestra que no solo la proporción de adolescentes ha aumentado en los primeros años de este siglo, sino que también los niveles de la tasa de fecundidad adolescente han regresado a niveles cercanos con los que cerró en el siglo XX; en 1997, la tasa de fecundidad adolescente

fue de 82.1 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, en 2014, esa misma tasa se reportó en 77.4 para el trienio 2011 a 2013.

Lo anterior contrasta con lo reportado por las estadísticas vitales, según las cuales, en 2014 ocurrieron cerca de 292 mil nacimientos en madres adolescentes menores de 20 años, mientras que en el año 2000 fueron 366 mil, lo que muestra una disminución de los nacimientos en este grupo de la población.

Más allá de sus niveles y tendencias, la fecundidad adolescente no es un fenómeno nuevo y exige que se realicen análisis y estudios de las causas por las cuales las políticas de población parecen no haber funcionado (Villagómez, 2015).

2.4.1 Aspectos demográficos de la maternidad adolescente

En la literatura especializada, existen una serie de variables sociales que determinan o influyen en el embarazo y la maternidad adolescente, pues las mujeres que se convierten en madres durante su adolescencia, presentan características que las diferencian de aquellas que lo hacen a edades mayores, tanto en contexto como en consecuencia.

En 2014 y según resultados de la ENADID, 31.9 millones de mujeres se encontraban en edad fértil (15 a 49 años), de ellas, 21.1 millones han tenido al menos un hijo(a) nacido vivo y 9.1 millones tuvieron al menos uno durante su adolescencia.

El vínculo entre tres eventos demográficos trascendentales en la vida de las mujeres (el inicio de la vida sexual, la vida reproductiva y la unión conyugal) se concentran claramente en las edades que marcan la transición entre adolescencia y adultez (Villagómez, 2015).

La edad promedio al inicio de la vida sexual de las mujeres en edad fértil es de 18.7 años; para quienes fueron madres durante su adolescencia, se reduce a 16.2, mientras que en quienes no lo fueron es de 20.6 años. De igual manera, existe una diferencia importante en la edad promedio al inicio de la vida conyugal en los dos grupos de población descritos, pues en tanto que la edad a la primera unión de las mujeres en edad fértil es de 20.2 años, la edad media de las madres adolescentes es bastante menor: 16.9 años. En contraste, en las mujeres que tuvieron hijos(as) después de su adolescencia el promedio es de 22.4 años.

Diversos estudios (OCDE, 2015) han señalado a la nupcialidad temprana como otro de los factores que inciden en la maternidad adolescente, mientras que otros enuncian que los embarazos adolescentes

son “validados” mediante la unión de las adolescentes a efecto de minimizar el estigma social que pudiera pesar sobre ellas tras esta causa. La ENADID 2014 muestra una muy pequeña diferencia en los promedios simples de edades al primer hijo(a) (17.2 años) y a la primera unión (16.9 años). Esto sugiere una relación de interdependencia entre la maternidad adolescente y la nupcialidad temprana.

Para las mujeres con descendencia después de los 19 años en ambos eventos tienen lugar en un contexto de mayoría de edad, 22.4 años para el primer hijo(a) y 24, para la primera unión.

Las condiciones en que las mujeres adolescentes experimentan estas transiciones violentan su derecho a una vida sexual libre, informada, segura, y sin consecuencias no deseadas (Villagómez, 2015).

Un número cada vez más importante de investigaciones sociales han enunciado que la maternidad durante la adolescencia es una manifestación de la exclusión social (CONAPO, 2010), señalada como consecuencia de la pobreza y la desigualdad, y no como causa de las mismas (Villagómez, 2008).

La maternidad adolescente tiene una importante influencia en el desarrollo futuro de las adolescentes. Por ejemplo, la edad promedio al abandono escolar de las mujeres en edad fértil difiere según la condición de embarazo adolescente; pues mientras que el promedio de edad al abandono escolar en mujeres que tuvieron su primer hijo(a) después de los 19 años, es de 18 años, las que fueron madres durante su adolescencia abandonaron la escuela antes, 15.4 años en promedio.

Asimismo, una de cada tres madres en la adolescencia (33.6%), abandonaron la escuela porque se embarazaron o unieron, mientras que solo 14.1% de las mujeres que no fueron madres durante su adolescencia, abandonaron la escuela por estos motivos.

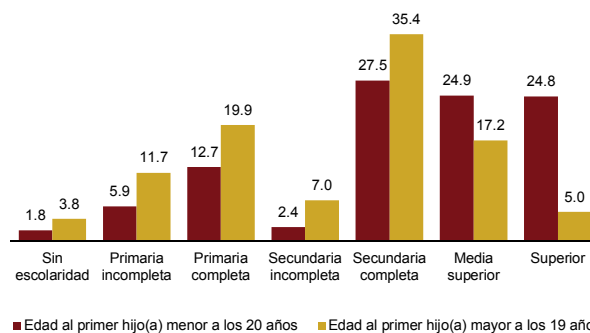
De las mujeres en edad fértil que fueron madres en la adolescencia, 42.7% no concluyeron la secundaria, y solo 5.0% cuentan con estudios profesionales, porcentaje que marca una seria desventaja respecto al 24.8% de mujeres que fueron madres después de los 19 años, y que lograron acceder a la educación superior (Gráfica 6).

El promedio de hijos nacidos vivos para las mujeres en edad fértil es de 1.7 por mujer, cifra que se coloca por debajo del reemplazo poblacional; sin embargo, para el universo de mujeres madres en su adolescencia

este promedio aumenta a 2.9 y para aquellas sin antecedente de maternidad adolescente, es de 2.2 hijos por mujer.

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil con al menos un hijo nacido vivo, por condición de antecedente de maternidad adolescente según nivel de instrucción 2014

Gráfica 6



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

El inicio temprano de la vida reproductiva aumenta el tamaño total de la descendencia final de las mujeres, pues para el cohorte de edad en el final de su vida reproductiva (40 a 49 años), 51.7% de quienes fueron madres en la adolescencia tiene cuatro o más hijos, mientras que en las que no tienen antecedente de embarazo adolescente, este porcentaje es de 10.2 por ciento.

Respecto a la inserción en el mercado laboral, las mujeres que tuvieron descendencia después de los 19 años tienen mayor participación que aquellas que fueron madres adolescentes. La ENADID 2014 reporta que 46.6% de las madres adolescentes se mantienen ocupadas, mientras que en las que lo fueron después de los 19 años, es 54.4 por ciento.

Respecto de la posición en que las mujeres con antecedente de maternidad adolescente se insertan en el mercado laboral, se observa que lo hacen en posiciones de menor especialización: 31.0% son trabajadoras por su cuenta, 6.3% trabajadoras sin pago y 4.3% obreras o jornaleras.

Existe una mayor propensión de embarazo adolescente en la población hablante de lengua indígena, ya que 54.0% de las mujeres en edad fértil con esta condición fueron madres durante su adolescencia, porcentaje superior a quienes no hablan lengua indígena, con 45.9 por ciento.

3. Salud reproductiva y anticoncepción

3. Salud reproductiva y anticoncepción

3.1 De la planificación familiar a la salud sexual y reproductiva

La planificación familiar permite que las personas puedan cumplir sus ideales reproductivos, es decir, el deseo de tener hijos(as) o no tenerlos, así como la libertad de elegir el número y espaciamiento entre ellos. El uso de métodos anticonceptivos ha sido el medio promovido por los programas en este tema, y ha permitido cambios en el número y espaciamiento de los hijos(as), lo que señala que en la actualidad existe mayor empoderamiento en las parejas para decidir y obtener la calidad de vida deseada.

En materia de planificación familiar, la OMS (2015) señala que promover la planificación y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, son tareas que permiten lograr múltiples beneficios. Entre ellos: prevenir riesgos para la salud en el embarazo; reducir la mortalidad infantil; prevenir el VIH; además, contribuye al poder de decisión; disminuye el embarazo adolescente y los niveles de crecimiento poblacional.

En México la promoción de la anticoncepción permite dar cumplimiento a lo señalado en el Artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, respecto a que cada persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de sus hijos(as).

La historia de los programas de planificación familiar en el país, surge en la década de 1960. En esta época, el país presentó la tasa más alta de crecimiento poblacional de toda su historia, la cual llegó a ser de 3.4% anual, mientras que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ubicó en siete hijos por mujer; lo que significaba que la población se estaría duplicando cada 20 años (Ordorica, 2014).

Ante este escenario, en 1974 fue publicada la Ley General de Población, que exhortaba a realizar programas de planificación familiar que buscaran regular y estabilizar este crecimiento.

Posteriormente, otro momento de impacto en la historia de la planificación familiar surge a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 en El Cairo, Egipto,

en la que el principal objetivo fue asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población con perspectiva de género y enfoque cultural (SSA, 2014). En este punto es que surge el enfoque de salud sexual y reproductiva, que busca el bienestar en todos los aspectos de la reproducción, como la sexualidad, el proceso de gestación y paridad; todo con la finalidad de garantizar la información y servicios oportunos para la población. La Secretaría de Salud (2002) señala que la salud sexual y reproductiva se relaciona “directamente con la calidad de vida, la sexualidad y la familia; y representa el ejercicio responsable de la sexualidad y sin riesgos, el bienestar de la madre, de la niña y del niño en gestación, de las y los infantes y de las y los adolescentes y se extiende más allá del periodo reproductivo de las personas”.

A partir de esta línea es que en 1995 en México se implementa el Programa de Salud Reproductiva, que presenta el enfoque de planificación familiar y el de salud sexual y reproductiva, considerando a la población adolescente, la salud perinatal y de la mujer, con perspectiva de género (SSA, 2014).

3.2 La anticoncepción en los programas de salud sexual y reproductiva

Si la salud reproductiva busca asegurar la libertad de las personas a decidir el número y espaciamiento de sus hijos(as), se entiende que se debe garantizar la información y los métodos para lograrlo.

La anticoncepción, definida como el comportamiento o práctica destinada a reducir la probabilidad de concebir un hijo(a) (Preston, Heuveline, Guillot [2001]) permite comprender y contextualizar el nivel de fecundidad, y su uso ha contribuido a que las parejas puedan decidir con libertad el tener hijos o no, el número de estos y su espaciamiento.

El modelo aún vigente de Davis y Blake (Medina y Do Marco, 2005), denominado “determinantes próximos a la fecundidad”, plantea los factores que al ser afectados por el comportamiento social y cultural, condicionan el nivel de fecundidad en tres aspectos del proceso reproductivo: el coito, la concepción y la gestación. Dicho enfoque expone las variables llamadas intermedias que transmiten o moderan una

influencia sobre estos factores, entre ellas, la anticoncepción.

Más adelante Bongaarts (1978) simplifica el modelo presentando tres factores de consideración en el estudio de la fecundidad:

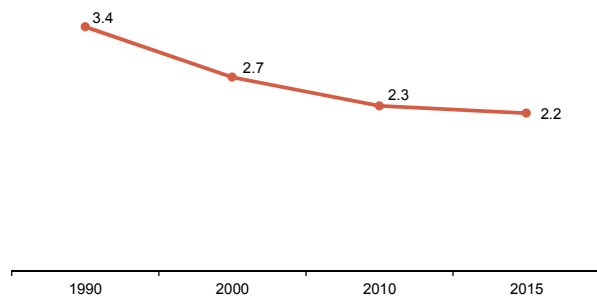
- **Factores de exposición al embarazo:** proporción de casadas.
- **Factores de control deliberado:** anticoncepción y aborto inducido.
- **Factores de la fecundidad natural marital:** lactancia, frecuencia de las relaciones sexuales, esterilidad, mortalidad intrauterina espontánea y duración del periodo fértil.

En ambos planteamientos se identifica el uso de métodos anticonceptivos como determinante de la fecundidad; es decir, todo cambio en el comportamiento anticonceptivo, impacta en los patrones de fecundidad.

El uso de anticonceptivos, comparado con otros determinantes, permite que las personas puedan disfrutar del ejercicio de su sexualidad, independientemente de su unión, libres (en la medida de lo posible) del riesgo a concebir cuando no se está buscando (Davis y Blake, 1956).

Derivado de estos programas, en los que se consideraba la promoción del uso y acceso a métodos anticonceptivos, es que los niveles en las tasas de fecundidad han presentado reducciones constantes, pues en 1990 la TGF se encontraba en 3.4 hijos(as), y para 2015 en 2.2.

Tasa global de fecundidad De 1990 a 2015 Gráfica 7

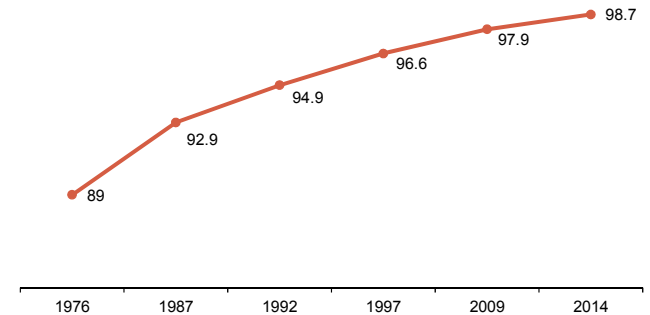


Fuente: Para 1990 y 2000: CONAPO. Estimaciones de la Población de México 1990-2010. Para 2010 y 2015: CONAPO. Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

A la par de esta reducción se evidencia el aumento en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, ya que en las últimas décadas se observa un avance sostenido del conocimiento, pues en 1976, 89.0% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un anticonceptivo,

condición que para 2014 presentan 98.7% de estas, lo que significa un aumento de 9.7 puntos porcentuales entre los años mencionados.

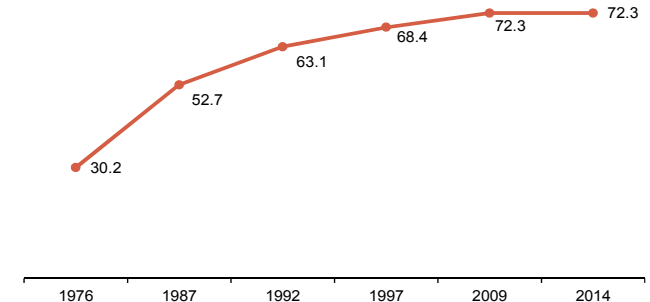
Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen al menos un método anticonceptivo De 1976 a 2014 Gráfica 8



Nota: Se refiere a métodos anticonceptivos tradicionales y modernos definidos en la metodología de cada levantamiento.
Fuente: Para 1976: SPP-IISUNAM. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976. México, D.F., 1979. Para 1987: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987. México, D.F., 1989. Para 1992, 1997, 2009 y 2014: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

La práctica anticonceptiva ha sido analizada especialmente para el grupo de mujeres en edad fértil que se encuentran unidas, dado que solían ser consideradas como la población con mayor exposición al riesgo de tener hijos. A partir de este supuesto es que los programas de planificación familiar estuvieron dirigidos a este grupo etario. Por ello fue necesario medir el avance de cobertura en ellas, el cual en 1976 indicaba que 30.2% de mujeres unidas y en edad fértil, utilizaban algún método, cifra que aumentó 42.1 puntos porcentuales para 2014.

Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos De 1976 a 2014 Gráfica 9



Nota: Se refiere a métodos anticonceptivos tradicionales y modernos definidos en la metodología de cada levantamiento.
Fuente: Para 1976: SPP-IISUNAM. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976. México, D.F., 1979. Para 1987: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987. México, D.F., 1989. Para 1992, 1997, 2009 y 2014: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

3.3 Consideraciones actuales

Nuevos planteamientos en temas de población señalan que en el tema de salud reproductiva, es necesario considerar las desigualdades socioeconómicas y culturales, las relaciones de género y las inequidades étnicas y generacionales; todo, en un marco de derechos humanos (Lerner y Szasz, 2013).

En la actualidad, dada la situación del embarazo adolescente y el rezago en el uso de métodos anticonceptivos, el Programa Nacional de Población (PNP) 2013-2018, pretende en su segundo objetivo, ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres; reconociendo como prioridad la atención de los adolescentes (CONAPO, 2014).

En el esfuerzo por crear las directrices necesarias que permitan alcanzar este objetivo, surge la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que busca disminuir el

embarazo en adolescentes, bajo un marco de respeto a los derechos humanos y a la garantía del pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La meta que persigue es reducir a la mitad la tasa de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años para 2030, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años (GIPEA, 2015).

La oferta y dotación de todos los métodos anticonceptivos es uno de los medios con los que la ENAPEA intenta lograr dicha meta al considerar la protección en hombres y mujeres y atendiendo particularmente a grupos en condiciones de desventaja social (GIPEA, 2015).

Aunado a la disponibilidad y acceso que se debe ofrecer a los adolescentes, algunos estudios indican que es necesario también establecer estrategias que permitan a los jóvenes cuestionar el beneficio que para algunos de ellos representa el ser padres a temprana edad, a fin de que se vean impulsados a cuidar los actos de riesgo que les llevan al embarazo (Pantelides, 2004).

4. Demanda anticonceptiva y actividad sexual adolescente

4. Demanda anticonceptiva y actividad sexual adolescente

4.1 La anticoncepción en adolescentes

Pese al avance evidente que han permitido los programas tanto de planificación familiar como de salud sexual y reproductiva, el reto actual estriba en grupos específicos para los que no se ha logrado obtener resultados similares, ya que aún presentan rezago en el acceso a información reproductiva y a los medios que les permiten ejercer su sexualidad de manera libre y responsable. Todo lo anterior, bajo un marco de respeto a sus derechos, pues existen algunos cuestionamientos acerca de la alta prescripción de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y el dispositivo intrauterino; de la alta frecuencia de esterilizaciones femeninas; las deficiencias en la información, y las fallas en el consentimiento informado de las mujeres (Lerner y Szasz, 2001).

Uno de los grupos sociales que demanda atención especial es la población adolescente, que se caracteriza por presentar cierto rezago y dificultades de planeación en el ejercicio de su sexualidad, ya que como se ha mencionado, sus niveles de fecundidad han permanecido sin bajas, a diferencia de lo sucedido en otros grupos etarios, pues las jóvenes de 15 a 19 años son las únicas que para el trienio de 2011 a 2013 presentan una tasa de fecundidad mayor al trienio de 2003 a 2005, a diferencia del resto de los grupos para los que la tasa es menor al trienio en comparación.

Tasa de fecundidad¹ por edad Cuadro 2
Trienios 2003-2005, 2006-2008 y 2011-2013

Grupo de edad	2003 a 2005	2006 a 2008	2011 a 2013
15 a 19 años	71.4	70.9	77.0
20 a 24 años	134.5	129.9	126.0
25 a 29 años	124.6	116.6	113.1
30 a 34 años	89.4	82.4	77.2
35 a 39 años	43.7	39.4	38.1
40 a 44 años	11.7	10.0	10.0
45 a 49 años	1.4	1.0	0.6

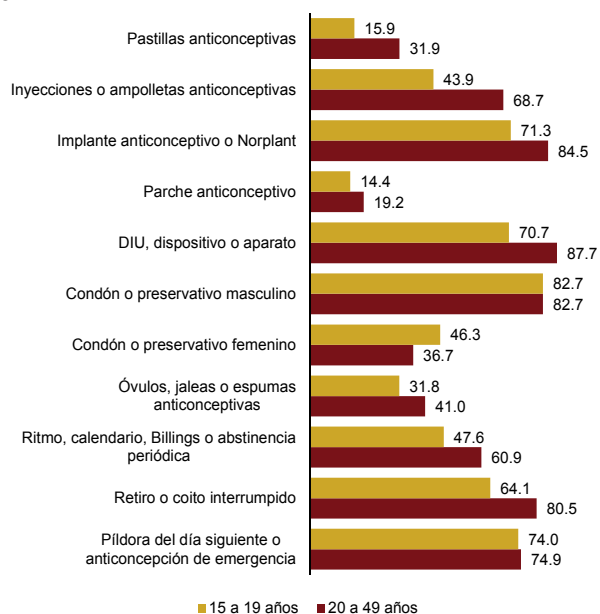
¹ Representa los nacidos vivos por cada 1 000 mujeres.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, varios años. Tabulados básicos.

Esta situación encuentra relación respecto a los niveles de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos que el grupo de 15 a 19 años presenta, ya que pese a que el conocimiento de anticonceptivos en ellas es casi total, pues 98.2% del total de esta población declaró conocer al menos un método, existe todavía un área de oportunidad importante en lo que concierne al conocimiento correcto de cómo funcionan los anticonceptivos, debido a que en comparación con el resto de mujeres en edad fértil, exceptuando el condón o preservativo femenino y masculino, el porcentaje de conocimiento funcional es menor para las adolescentes.

Los métodos de los que las adolescentes tienen menor conocimiento acerca de cómo funcionan, son el parche (14.4), las pastillas (15.9), y los óvulos, jaleas o espumas (31.8); en tanto que los más conocidos son el condón o preservativo masculino (82.7), la píldora del día siguiente (74.0) y el implante anticonceptivo o Norplant (71.3 por ciento).

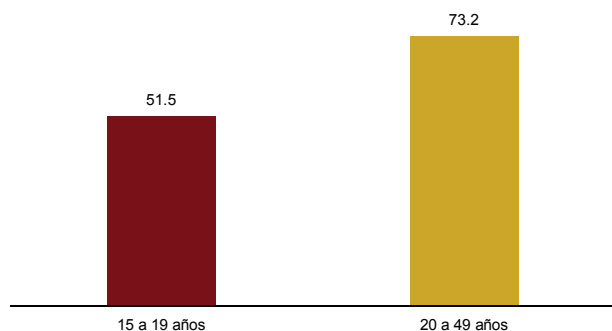
Porcentaje de conocimiento funcional de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, por grupo de edad y tipo de método conocido Gráfica 10
2014



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

Las adolescentes, en relación con el grupo de 20 a 49 años, presentan menor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, mientras que 5 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años unidas son usuarias (51.5%); en el grupo de 20 a 49 años, 7 de cada 10 (73.2%), lo son.

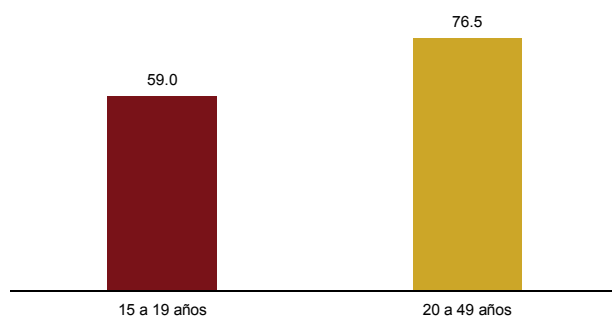
Porcentaje de mujeres unidas que usan método anticonceptivo, por grupo de edad 2014 Gráfica 11



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Esta brecha entre adolescentes y el resto de mujeres en edad fértil, también se hace evidente en las sexualmente activas, pues 59.0% de ellas utilizan método anticonceptivo, y para el grupo de 20 a 49 años, es 76.5 por ciento.

Porcentaje de mujeres sexualmente activas que usan método anticonceptivo, por grupo de edad 2014 Gráfica 12



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

A pesar del deseo expreso de limitar o espaciar a los hijos(as), no utilizar métodos anticonceptivos, indica claramente el rezago que existe para acceder a los medios que permitan cumplir los ideales reproductivos de las mujeres. En esta situación, de las mujeres sexualmente activas, el grupo de 15 a 19 años presenta el mayor problema de necesidad insatisfecha (13.5) en

comparación con el resto de los grupos de edad, y según si desean espaciar (9.8) o limitar (3.7) su reproducción.

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas¹, por grupo de edad 2014

Cuadro 3

Grupo de edad	Total	Espaciar	Limitar
Total	4.9	2.2	2.7
15 a 19 años	13.5	9.8	3.7
20 a 24 años	9.8	6.7	3.0
25 a 29 años	6.6	3.6	3.0
30 a 34 años	4.3	1.6	2.7
35 a 39 años	3.3	0.6	2.7
40 a 44 años	3.0	0.2	2.8
45 a 49 años	2.1	0.0	2.1

¹ Se considera sexualmente activas a quienes tuvieron su última relación sexual durante el último mes al momento de la entrevista. Fuente: CONAPO. Indicadores de salud sexual y reproductiva, con datos de la ENADID 2014.

“En la adolescencia y la juventud la exploración de la sexualidad juega un papel muy importante para el desarrollo físico y emocional de las personas [...] por ello, es necesario garantizar a adolescentes y jóvenes el derecho a la información y el acceso a servicios de salud e insumos de prevención, porque las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad y las oportunidades de educación en esta materia tendrán un importante efecto, tanto en su calidad de vida como en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.” (UNICEF, 2015).

4.2 Actividad sexual en adolescentes

Las relaciones coitales en la población adolescente es una verdad que no puede ser negada. La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres en edad fértil para 2014 fue de 17.6 años. Del grupo de 15 a 19 años, 29.2% declararon ya haber tenido relaciones sexuales, y 16.4% ser sexualmente activas¹.

El interés cada vez mayor de las personas adolescentes por el sexo opuesto es parte del desarrollo biológico y de la búsqueda de la individualidad social, sin embargo, al encontrarse aún limitados en la toma de decisiones, las jóvenes se encuentran vulnerables a asumir conductas sexuales riesgosas (Díaz, Sugg y Valenzuela, 2004), como el no procurar el uso de métodos que les impidan concebir un embarazo y evitar infecciones de transmisión sexual.

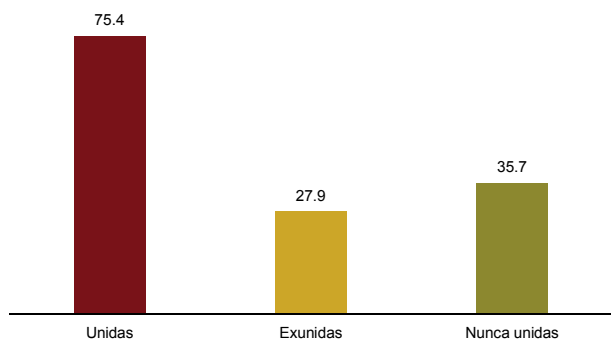
¹ Se considera sexualmente activa a quien tuvo su última relación sexual durante el último mes al momento de la entrevista.

Por ello existe la necesidad de que los adolescentes adquieran la información y medios debidos que les lleve a procurar el auto cuidado, para así garantizar la responsabilidad en su comportamiento sexual. Dicha atención tiene que estar dirigida a toda la población adolescente pues la actividad sexual no es exclusiva de las mujeres unidas, 3 de cada 10 (29.3%) adolescentes sexualmente activas que declararon no estar unidas.

Lo anterior se complementa al observar la actividad sexual de las adolescentes que han tenido relaciones según su condición de unión, ya que se observa que la actividad sexual no es exclusiva de la unión, pues de las adolescentes exunidas, 27.9% declararon ser sexualmente activas, situación que presentan 35.7% de las no unidas.

Porcentaje de adolescentes sexualmente activas por condición de unión 2014

Gráfica 13



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Ante este panorama de la sexualidad en adolescentes, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se convierte en una línea primordial en la atención a su salud reproductiva, que no solo permiten evitar el embarazo a una edad temprana, sino que también evita infecciones de transmisión sexual (ITS).

4.3 La primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos

Iniciar las relaciones coitales a una edad temprana, sumado a la poca planeación de este evento, expone a la población adolescente a tener una mayor probabilidad de embarazarse o adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual (Menkes, Suárez, 2003).

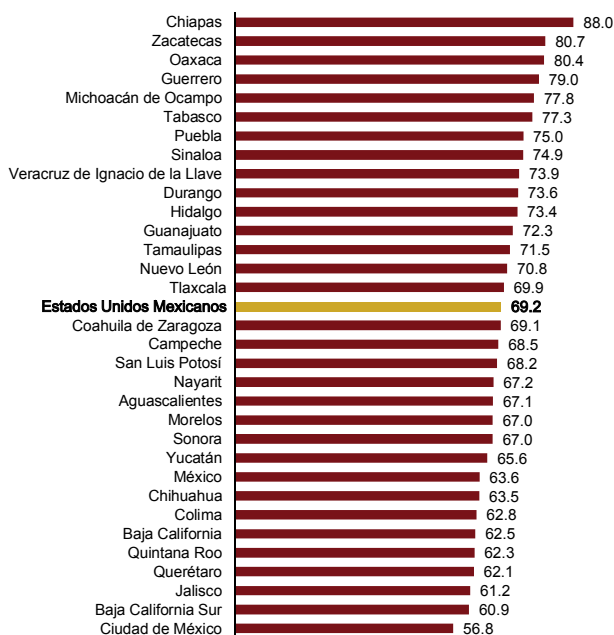
Cabe mencionar que 7 de cada 10 (69.2%) mujeres en edad fértil, que tuvieron su primera relación a una edad menor a 20 años, no utilizaron método anticon-

ceptivo. De aquellas que sí utilizaron, 86.7% declararon que el método utilizado fue el condón o preservativo masculino.

Por tamaño de localidad se encuentra que 84.5% de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años y que viven en localidades menores a 2 500 habitantes, no utilizaron método en la primera relación, condición que es menor en las que viven en localidades de 2 500 y más habitantes (64.7 por ciento).

Porcentaje de mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años y que no usaron método anticonceptivo, por entidad federativa 2014

Gráfica 14



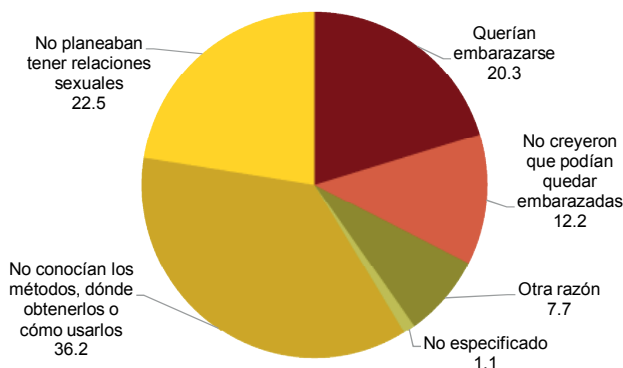
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Por entidad federativa, Chiapas, Zacatecas y Oaxaca son los estados que presentan mayor porcentaje de mujeres con primera relación sexual en la adolescencia y no usaron método anticonceptivo en ella (88.0, 80.7 y 80.4%, respectivamente). En tanto que la Ciudad de México (56.8%), Baja California Sur (60.9%) y Jalisco (61.2%) muestran el menor porcentaje de no uso de protección en la primera relación.

Las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años y que no utilizaron ningún método, fue porque no los conocían, no sabían dónde obtenerlos o cómo usarlos (36.2%); 22.5% declararon que no planeaban tener relaciones y 20.3% señalaron que buscaban embarazarse.

Distribución porcentual de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años y que no usaron método anticonceptivo, según razón de no uso 2014

Gráfica 15



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

4.4 Adolescentes sexualmente activas y uso de métodos anticonceptivos

Al estudiar la condición de uso de métodos anticonceptivos para el grupo de adolescentes que declararon ser sexualmente activas, se encuentra que 1.3% declararon no conocerlos, 39.7% no utilizan y 59.0% son usuarias actuales. De estas últimas, (86.9%) utilizan por algún tiempo un método para no quedar embarazadas.

El condón masculino es el método más utilizado por las adolescentes sexualmente activas (38.1%), seguido del DIU, dispositivo o aparato (de cobre) (26.7%), el implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant (11.1%), las inyecciones o ampolletas anticonceptivas (10.8 %), entre otros.

Respecto al lugar donde obtienen el método que usan, 35.1% señalaron una farmacia o tienda de auto-servicio y 34.6% en el centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud.

Según Pantelides (2004) “nuestras sociedades otorgan un valor superior al matrimonio y la maternidad como proyecto de vida. En ese marco, una maternidad temprana puede considerarse un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional, en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular [...] para las jóvenes de aquellos estratos de la sociedad en las que los proyectos de vida alternativos no tienen posibilidad de realización”.

En este sentido, de las adolescentes sexualmente activas que no usan método anticonceptivo² llama la atención que la principal razón por la cual no lo utilizan es debido a que están embarazadas (32.4%), mientras que 16.3% es porque pretenden embarazarse.

En el tema de salud reproductiva, aspectos como el lugar de residencia, la edad, experiencia laboral y condición indígena, entre otros, precisan diferentes comportamientos reproductivos en la población (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], s.f.).

En este sentido, conforme avanza la edad de las adolescentes, aumenta la proporción de quienes utilizan métodos anticonceptivos, ya que cuatro de cada 10 (41%) mujeres de 15 años son usuarias actuales, y para quienes tienen 19 años esto sucede en 64.9 por ciento.

Al observar el nivel de escolaridad se muestra una clara relación: A mayor nivel educativo, aumenta el uso de anticonceptivos, pues mientras 83.9% de quienes no tienen escolaridad declararon no ser usuarias, 83.6% con estudio técnico superior con preparatoria terminada, sí usan.

Distribución porcentual de las adolescentes sexualmente activas, por nivel de escolaridad según condición actual de uso de método anticonceptivo 2014

Cuadro 4

Nivel de escolaridad	Total	Usuarías de métodos anticonceptivos	No usuarias de métodos anticonceptivos
Sin escolaridad ¹	100.0	16.1	83.9
Primaria	100.0	52.8	47.2
Secundaria	100.0	57.4	42.6
Estudio técnico terminal con secundaria	100.0	70.2	29.8
Preparatoria o bachillerato	100.0	63.9	36.1
Estudio técnico superior con preparatoria terminada	100.0	83.6	16.4
Licenciatura o ingeniería	100.0	62.2	37.8

¹ Incluye ningún grado de escolaridad y preescolar o kínder.
 Nota: Excluye no especificado de nivel de escolaridad.
 Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014. Base de datos.

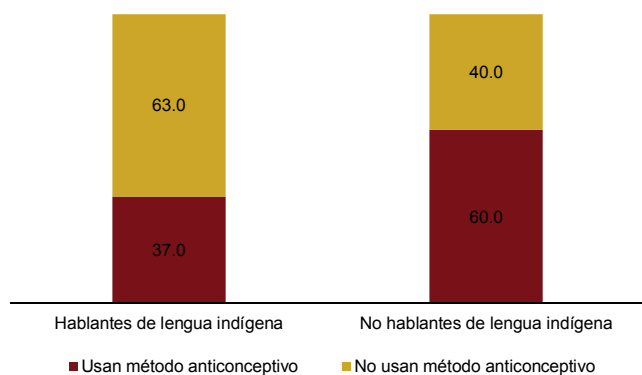
Respecto a la condición de unión de las adolescentes sexualmente activas, 57.8% de las unidas usan métodos anticonceptivos, condición que se presenta en 61.9% de las no unidas.

² Considera adolescentes que han usado, nunca han usado y a quienes no conocen métodos anticonceptivos.

Por otro lado, en lo que concierne a la población indígena y el uso de métodos anticonceptivos, algunos estudios señalan que este grupo requiere una consideración especial en el tema de salud reproductiva que permita crear programas de población, afines y específicos a su cultura (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2008). Respecto al uso por parte de las adolescentes sexualmente activas, se tiene que 6 de cada 10 (63.0%) de las que hablan alguna lengua indígena, no usan métodos anticonceptivos, situación que se invierte en quienes no hablan lengua indígena a seis de cada 10 (60.0%) que sí usan.

Distribución porcentual de las adolescentes sexualmente activas, por condición de habla de lengua indígena según condición de uso de método anticonceptivo 2014

Gráfica 16



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

El lugar de residencia determina, de alguna manera, aspectos como el acceso a la educación, al trabajo, a la información, así como aspectos culturales y sociales que señalan las expectativas que se tienen para hombres y mujeres (Pantelides, 2004). En este sentido, 60.7% de quienes viven en localidades de 2 500 y más habitantes y 54.3% en menores a 2 500 habitantes, son usuarias de métodos anticonceptivos.

Por entidad federativa, el estado de México, Morelos y la Ciudad de México son las entidades con mayor porcentaje de adolescentes sexualmente activas que utilizan algún método anticonceptivo (71.2, 69.1 y

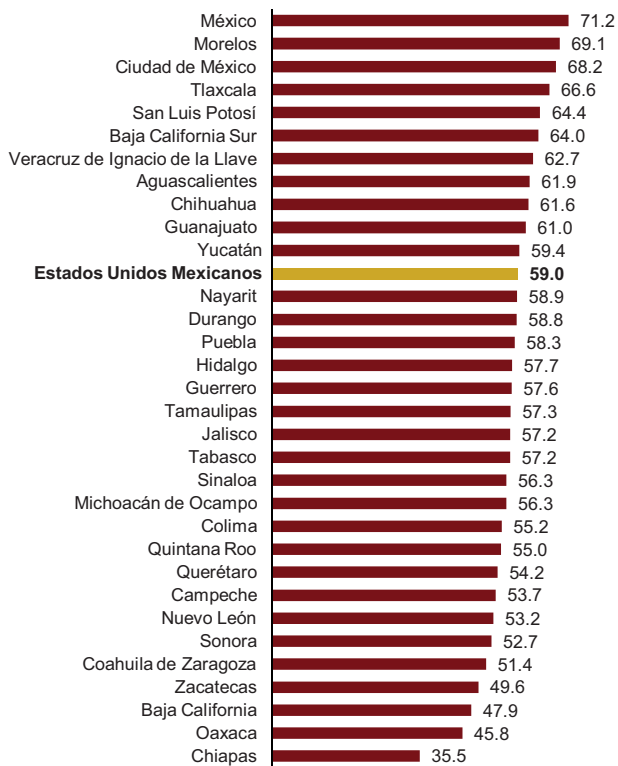
68.2%, respectivamente); mientras que los estados con mayor rezago, son Chiapas (35.5%), Oaxaca (45.8%) y Baja California (47.9 por ciento).

El tema anticoncepción y sexualidad en adolescentes está lleno de cuestionamientos y temores; diversos estudios señalan que no hay evidencia de que el negar el acceso a la anticoncepción traiga consigo la abstinencia, ni que la educación sexual y disponibilidad de métodos aumente la actividad o la adelante.

Abordar el tema de salud sexual en los jóvenes de manera abierta y con apoyo a sus necesidades, permite por el contrario, evitar las consecuencias negativas del ejercicio de su sexualidad (ONUSIDA, 1997) (González et al., 2016).

Porcentaje de adolescentes sexualmente activas que usan algún método anticonceptivo, por entidad federativa 2014

Gráfica 17



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

5. La anticoncepción, prevención del primer hijo(a)

5. La anticoncepción, prevención del primer hijo

A poco más de cuarenta años de la entrada en vigor de la Ley General de Población, puede afirmarse que uno de sus logros más importantes, como ya se presentó en el segundo capítulo, se refiere a la disminución de la tasa global de fecundidad. No obstante, uno de los fracasos de la política de población tiene que ver con el rezago en materia de salud sexual y reproductiva, que se traduce en el poco impacto de la política sobre la edad al primer hijo o hija, y en el hecho de que no disminuya la tasa de mujeres que experimentan la maternidad a una edad temprana.

En este sentido, para 2014 la edad mediana al primer hijo(a)³ es de 20 años, lo que significa que gran parte de las mujeres en edad fértil que han sido madres, lo fueron siendo adolescentes.

Al observar por grupo de edad, 92.6% de las mujeres en el último grupo de edad fértil (de 45 a 49 años) han tenido hijos(as). En los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 se presenta la mayor proporción de quienes ya han tenido, que aumenta 33.9 y 23.3 puntos porcentuales, respecto al grupo que les antecede.

En lo que respecta al embarazo adolescente, la problemática radica en que la proporción de mujeres que fueron madres en edades adolescentes se ha mantenido sin cambios, pues en los distintos grupos de edad se observa una porción similar de mujeres que tuvieron a su primer hijo(a) por debajo de los 20 años.

El cuadro cinco muestra lo anterior al indicar que, a partir de los 20 años, 3 de cada 10 madres (de cada grupo de edad) tuvieron su primer hijo(a) a una edad menor a los 20 años.

Por lo anterior, es de suma importancia que los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva estén dirigidos no solo a limitar y espaciar a los hijos(as), sino a otorgar la capacidad de

poder decidir en qué momento embarazarse, y ofrecer información que permita vislumbrar los riesgos que implica el embarazo a una edad temprana. Esto por la problemática que el embarazo adolescente presenta, ya que los datos muestran una tendencia mayor a utilizar métodos en un momento posterior a la llegada de los hijos(as), lo que señala un sesgo en las estrategias para otorgar en tiempo y forma los servicios anticonceptivos que la población requiere. Así, se muestra que 86.6% de quienes han tenido hijos(as) ya han usado algún anticonceptivo, valor que es menor en las mujeres que no los han tenido, el cual es de 13.4 por ciento.

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, por grupo de edad según condición de primer hijo(a) en la adolescencia 2014 Cuadro 5

Edad al primer hijo(a)	Total	Primer hijo(a) menor a 20 años	Primer hijo(a) mayor a 19 años	Sin hijos(as) nacidos vivos
Total general	100.0	28.9	37.7	33.4
15 a 19 años	100.0	12.9	NA	87.1
20 a 24 años	100.0	31.6	15.2	53.2
25 a 29 años	100.0	33.4	36.7	29.9
30 a 34 años	100.0	33.9	48.8	17.3
35 a 39 años	100.0	32.1	57.0	10.9
40 a 44 años	100.0	31.3	59.0	9.7
45 a 49 años	100.0	30.5	62.1	7.4

NA: No aplicable.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

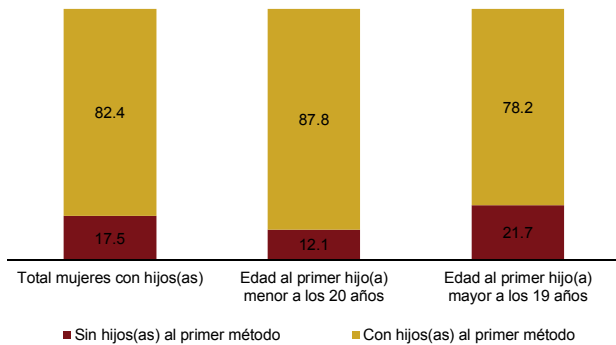
Esto requiere un análisis más profundo, no todas las mujeres sin hijos(as) demandan un método anticonceptivo. La diferencia que existe entre quienes han iniciado su vida sexual y quienes han usado alguna vez un método de control natal, para todos los grupos de edad, es mayor la proporción de quienes han tenido una relación coital que quienes han usado anticonceptivos. Para el grupo de adolescentes la brecha es de 5.5 puntos porcentuales, la mayor diferencia la presentan los grupos de mayor edad (35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años), con más de 30 puntos porcentuales (gráfica 19).

³ Dado que en este apartado se pretende observar la edad al primer hijo(a), se excluyen 770 casos que expanden a 245 746 mujeres que han tenido hijos(as), pero debido a que presentan año de nacimiento no especificado en algunos casos, no es posible identificar el orden de los mismos, y con esto determinar la edad al primero.

Por otro lado, la condición de hijos(as) al momento de usar el primer método, permite señalar que la mayoría de las mujeres comenzaron a usarlo posterior a la llegada de los hijos(as). Esto lo muestra un 82.4% de mujeres con hijos(as) que usaron su primer método ya teniendo hijos.

Esta situación se presenta mayormente en las mujeres que tuvieron a su primer hijo(a) a una edad menor a los 20 años (87.8%); que en aquellas que lo tuvieron después de los 19 años (78.2 por ciento).

Distribución porcentual de mujeres con hijos nacidos vivos que han usado método anticonceptivo, por edad al primer hijo(a), según condición de hijos(as) al primer método
2014 Gráfica 18



Nota: La suma es menor a 100 porque se excluye el no especificado.
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.
Base de datos.

Lo anterior señala la poca planeación a la llegada del primer hijo(a), y que el uso de anticonceptivos es

utilizado mayormente para limitar o espaciar. En este escenario, las adolescentes se encuentran mayormente expuestas.

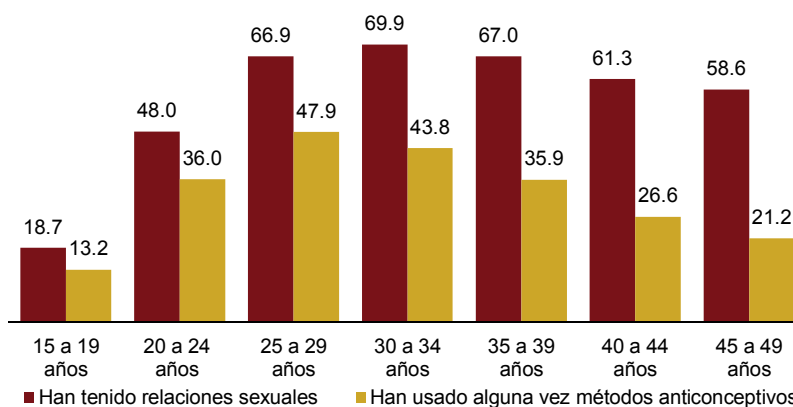
Al analizar el uso de anticonceptivos antes o después de tener hijos(as), llama la atención que existen diferencias a partir de ciertas condiciones sociodemográficas (cuadro 7). Una de ellas es el tamaño de localidad, donde en aquellas de 2 500 y más habitantes, 65.4% de las mujeres que han usado método lo hicieron ya teniendo hijos, valor que es mayor (83.8%) en quienes viven en menores a 2 500 habitantes.

Respecto a la condición de habla de lengua indígena, el uso de anticonceptivo posterior a los hijos(as), se presenta en 68.2% de las mujeres que no hablan lengua indígena, y aumenta a 87.0% en las que sí la hablan.

Por último, se observa un aumento en las distintas generaciones que usan anticonceptivo antes de la llegada del primer hijo(a), pues en tanto esta situación se presenta en 15.4% de las mujeres de 45 a 49 años, aumenta a 72.3% en el grupo de 15 a 19 años; no obstante, sigue preocupando que 3 de cada 10 mujeres entre estas edades (27.7%) utilizó su primer anticonceptivo ya teniendo hijos(as).

Para evidenciar aún más que el uso de métodos anticonceptivos no está llegando a prevenir la llegada del primer hijo(a), el indicador de necesidad insatisfecha también muestra con claridad el rezago en la oportunidad de acceder a métodos para controlar la natalidad en las mujeres, previo a la llegada de los hijos(as), ya que al observar si han tenido hijos (as) o no, las mujeres que no los han tenido presentan el mayor valor de insatisfacción (8.8) en comparación a las mujeres que sí tienen hijos(as).

Porcentaje de mujeres sin hijos(as) nacidos vivos, que han tenido relaciones sexuales, y de quienes alguna vez han usado métodos anticonceptivos
2014 Gráfica 19



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Otra situación de interés es que la insatisfacción se hace menor a mayor número de hijos(as), pues quienes tienen uno tienen una necesidad insatisfecha de 5.9, y el grupo de cuatro y más, de 3.9 (cuadro 6).

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas¹, según número de hijos(as) Cuadro 6
2014

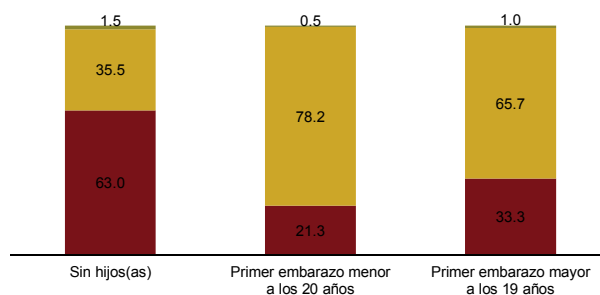
Número de hijos(as)	Total	Espaciar	Limitar
Sin hijos(as)	8.8	6.7	2.1
Con un hijo(a)	5.9	3.2	2.7
Con dos hijos(as)	3.6	1.3	2.3
Con tres hijos(as)	2.4	0.6	1.7
Con cuatro y más hijos(as)	3.9	0.8	3.1

¹ Se considera sexualmente activas a quienes tuvieron su última relación sexual durante el último mes al momento de la entrevista. Fuente: CONAPO. Indicadores de salud sexual y reproductiva, con datos de la ENADID 2014.

Una misión importante sería que la mayoría de las personas pudieran planear su primera relación sexual con los medios que les permitan evitar el embarazo y las ITS; sin embargo, en el país, 67.5% de las mujeres en edad fértil no utilizaron protección en el primer encuentro coital.

Respecto a la condición de hijos(as) y edad al primer hijo(a), 63.0% de las mujeres sin hijos(as) sí utilizaron método en la primera relación, condición que es menor para quienes han tenido hijos(as), en especial para quienes tuvieron su primer hijo(a) menor a 20 años (21.3 por ciento). Esto podría referir mayor exposición a concebir un hijo(a) y que se diera en una edad temprana.

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que han tenido relaciones sexuales, por edad al primer hijo según condición de uso de método anticonceptivo en su primera relación sexual Gráfica 20
2014



INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, por característica seleccionada según condición de hijos al primer método anticonceptivo Cuadro 7
2014

Características sociodemográficas seleccionadas	Total	Condición de hijos(as) al primer método	
		No tenían hijos(as) al uso del primer método	Tenían hijos(as) al uso del primer método
Tamaño de localidad			
2 500 y más habitantes	100.0	34.6	65.4
Menor a 2 500 habitantes	100.0	16.2	83.8
Condición de habla de lengua indígena			
Hablante	100.0	13.0	87.0
No hablante	100.0	31.8	68.2
Grupo quinquenal			
15 a 19 años	100.0	72.3	27.7
20 a 24 años	100.0	55.3	44.7
25 a 29 años	100.0	39.0	61.0
30 a 34 años	100.0	27.5	72.5
35 a 39 años	100.0	20.6	79.4
40 a 44 años	100.0	17.5	82.5
45 a 49 años	100.0	15.4	84.6

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

Bibliografía

Banco Mundial (BM) (2007). Cuestiones de población en el siglo XXI. *La tarea del Banco Mundial*. Recuperado el 12 de mayo de 2016, de: <http://site-resources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONAND-POPULATION/Resources/281627-1095698140167/PopNoteSpanishFinal.pdf>

Campero, C., et al. (2013). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*. Recuperado el 27 de junio de 2016, de: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (s.f.). *La fecundidad en América Latina: Un descenso acelerado y heterogéneo con profundas transformaciones demográficas y sociales*. Recuperado el 13 de junio de 2016, de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/36498/lafecundidadOD05.pdf>

Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social (CIEPS) (2014). *Causas y factores de la maternidad adolescente en el estado de México, dentro del contexto del Programa de Desarrollo Social, futuro en grande*. Recuperado el 24 de junio de 2016, de: http://cieps.edomex.gob.mx/programas_sociales

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). *Situación demográfica de México 2010*. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2010

—(2014). *Programa Nacional de Población 2014-2018*. Recuperado el 24 de junio de 2016, de: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Programa_Nacional_de_Poblacion_2014_2018

—(2015). *Situación demográfica de México 2015*. Recuperado el 20 de julio de 2016, de: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2015>

—(2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*, Informe ejecutivo, p. 2

Cornellá, i. J. (1999). *Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de riesgo y de prote-*

cción, Revista de Estudios de Juventus del INJUVE, 3 (47). Recuperado el 29 de julio, de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista47-5.pdf>

Crúz, M. G., Acebo, M. L., Nápoles, M. L. P., Manzano, J. L. P., & Ramirez, L. A. (2016). *Alteraciones prenatales y conocimientos sobre riesgos biosociales en embarazadas adolescentes*. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 41(8).

Davis, K. and Blake, J. (1956). *Social structure and fertility: an analytic framework*. Recuperado el 27 de junio de 2016, de: http://faculty.washington.edu/samclark/soc433/Syllabus/Readings/5/2/Davis-K-et-al_1956_Social-Structure-Fertility-Analytic-Framework.pdf

Díaz, V. (2003). *El embarazo de las adolescentes en México*. Recuperado el 5 de septiembre de 2016, de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031e.pdf>

Díaz, Sugg y Valenzuela, (2004). *Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa*. Recuperado el 5 de septiembre de 2016, de: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI3embarazo.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (s.f.). *Estado de la Población Mundial 2014. El poder de 1.800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro*. Recuperado el 06 de junio de 2016, de: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Reporte_Estado_de_la_Poblacion_Mundial_2014.pdf

—(2008). *Planificación familiar sin prejuicios los métodos anticonceptivos salvan vidas*. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de: http://www.portalsida.org/repos/reportaje_planificacion_familiar.pdf

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. Recuperado el 15 de julio de 2016, de: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

Fondo Monetario Internacional (FMI) (2013). *Las mujeres, el trabajo y la economía: Beneficios macroeconómicos de la equidad de género*. Recuperado el 01 de agosto de 2016, de: <https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/sdn/2013/sdn1310s.pdf>

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) (2013). *Adolescentes Indígenas en México: Derechos e Identidades Emergentes*. Recuperado el 28 de julio de 2016 de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesindigenasDoctecnicoOK2.pdf>

—*Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe. A partir de evidencia cuantitativa reciente*. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes__y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf

Gobierno de la Republica (México) (s.f.). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado el 01 de agosto de 2016, de: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENAPEA_0215.pdf

Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente*. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/3/imagenes/ENAPEA_0215.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (1999). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997. Base de datos*. México, INEGI

Instituto Nacional de Estadística, y Geografía (INEGI) (2010). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Base de datos*. México, INEGI

—(2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos*. México, INEGI

—(2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Diseño muestral*. Recuperado el 03 de septiembre de 2016, de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/microdatos/encuestas.aspx?c=34532&s=est>

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (s.f.). *Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena*. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf

Jara, Lily. (s.f.). *Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas*, Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 18 de octubre de 2016, de: <http://documents.mx/documents/publicacion2-slideshare-55c63aa3110d7.html>

Lerner, S. e Szasz, I. (2001). *La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques*

y tendencias. Recuperado el 29 de junio de 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32510707>

—“Necesidades y derechos en salud reproductiva. Elementos para considerar en una legislación actualizada”, en: *Hacia una nueva Ley General de Población*. México, UNAM, p.p. 47-68

Medina M. y Do Marco M. (2005). *Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad*. Recuperado 27 de junio de 2016, de: <https://core.ac.uk/download/files/153/6625448.pdf>

Mejía, A. (2012). “Los contrastes de la fecundidad en el Estado de México. Las adolescentes pretransicionales y la vida en el tercer piso”, en *Papeles de Población*. Recuperado 18 de octubre de 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11224638005>

Meneses. E. (2014). *Análisis de la falla en el uso del primer método anticonceptivo en México en los periodos 1989-1997 y 2001-2009*. México: El Colegio de México.

Menkes, C. y Suárez L. (2003). *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. Recuperado 27 de septiembre de 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11203511.pdf>

Ordorica, M. (2014). “Momentos estelares en la dinámica demográfica del México de ayer, hoy y mañana”, en: *La situación demográfica de México 2014*. Recuperado el 29 de junio de 2016, de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/99637/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf

Organización de Naciones Unidas (ONU) (s.f.). *Empoderamiento económico*. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/economic-empowerment>

—(s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado 14 de septiembre de 2016, de: <http://www.un.org/tainab/development/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

—(1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Recuperado el 28 de julio de 2016, de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

—(2010). *Promoviendo la salud para el futuro. Salud sexual y reproductiva*. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>

—(2015). Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población 2015.

World Population Prospects: The 2015 Revision Recuperado el 18 de Agosto de 2016 de: http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 20 de junio de 2016, de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

—(2014). *El embarazo en la adolescencia, 2014*. Recuperado 7 de julio de 2016, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

—(2015). *Planificación familiar*. Recuperado el 29 de junio de 2016, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (1997). *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes*. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de: http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc010-impactyoungpeople_es.pdf

Pantelides, E. (2004). "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en: *Notas de población*. Año XXXI, No. 78, Santiago de Chile, CEPAL. Recuperado el 5 de septiembre de 2016, de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12759/np78007033_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pineda, P. S. & Aliño S. (1999). "El concepto de la adolescencia", en *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*, (p.p.470). Recuperado el 18 de junio de 2016, de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf

Preston S., Heuveline P., Guillot, M. (2001). *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*

Real Academia de la Lengua Española (2016). Recuperado el 29 de julio de 2016, de: <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>

Reyes, D. et al. (s.f.) "Adolescencia y embarazo: supuestos e implicaciones en su estudio como grupo vulnerable", en *La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad*. Recuperado el 24 de julio de 2016, de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>

Reyes, D .J. & González. E. (2014). "Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente", en

Sexualidad, Salud y Sociedad, No. 17, 2014. Recuperado el 10 de junio de 2016, de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/6632>

Rodríguez Vignoli, Jorge (s.f.). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. Recuperado el 09 de septiembre de 2016, de: http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/Capitulo2_SerieE-Investigaciones_N3_ALAP3.pdf

Saraví, G. (2009). *Transiciones vulnerables. Juventud, desigualdad y exclusión en México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas): México.

Santillano, I. C. (2009). *La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades*. Juventudes en Cuba, 55-71. 10.4067/S0718-22362009000200004

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2010). *Diagnóstico: Alternativas de la población rural en Pobreza para generar ingresos sostenibles*. Recuperado el 12 de mayo de 2016, de: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_POP.pdf

Secretaría de Salud (SSA) (2002). *El derecho a la libre decisión en salud reproductiva*. Recuperado el 27 de junio de 2016, de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7200.pdf>

—*Programa de acción específico, planificación familiar y anticoncepción 2013-2018*. Recuperado el 28 de junio de 2016, de: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnti-concepcion.pdf>

Sliber, T. et al. (1992). *Manual de medicina de la Adolescencia*, Serie Paltex para Ejecutores de programas de salud, Organización Panamericana de la Salud, EUA, 1992, p. 473

Stern, C. (2003). "Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso" en *Revista Estudios Sociológico*. Recuperado el 22 de julio de 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59806309>

Tobar, Federico (s.f.). *La anomalía del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pubpdf/Anomal%C3%ADa%20del%20embarazo%20adolescente%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>

Valdés, L. (Coord.) (2003). *Hacia una nueva Ley General de Población*. México, UNAM

Vélez, Félix (2013). “Epílogo. Reflexiones y Recomendaciones del Secretario General de Población”, en Valdés, L. (Coord.) *Hacia una nueva Ley General de Población*, México: UNAM. Recuperado el 15 de julio de 2016, de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/8/3538/17.pdf>

Villagómez, P. (2008). *Maternidad adolescente en México: diversos escenarios de desventaja social*. Recuperado el 10 de junio de 2016, de: <http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/tesis/267>

—“Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009”, en *La Situación Demográfica de México 2010*. México. Recuperado el 25 de julio de 2016, de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2010

—“Maternidad adolescente, entre el escándalo y la inercia” en: *Horizontal*. Recuperado el 25 de julio de 2016,

de: <http://horizontal.mx/maternidad-adolescente-entre-el-escandalo-y-la-inercia/>

Welti, C. (s.f.). “Inicio del a vida sexual y reproductiva”, en *Papeles de población*. Recuperado el 5 de septiembre de 2016, de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a7.pdf>

—*La fecundidad adolescente: implicaciones del inicio temprano de la maternidad*. Recuperado el 12 de julio de 2016, de: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_19_La%20fecundidad%20adolescente.pdf

—“Análisis Demográfico de la Fecundidad Adolescente en México” en *Papeles de Población*. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202603>

Zavala de Cosío, María Eugenia (s.f.). *La transición demográfica en México (1895-2010)*. Recuperado el 28 de julio de 2016, de: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00968364/document>.