



VIOLENCIA SEXUAL Y EMBARAZO INFANTIL **EN MÉXICO:**

Un problema de salud pública
y derechos humanos.

El embarazo en niñas y adolescentes es, en todo el mundo, un problema con múltiples causas que tiene repercusiones en todos los ámbitos a lo largo de la vida de las mujeres y sus hijos, pero también de las comunidades y la sociedad entera. Para prevenirlo y atenderlo, es necesario conocer sus causas, registrarlas e intervenirlas; así como monitorear y evaluar el impacto de los programas y políticas públicas y de las acciones institucionales y comunitarias que eliminen las barreras de acceso a los múltiples servicios relacionados. En general, son necesarias todas las acciones pertinentes para garantizar el acceso al máximo nivel de salud posible de las adolescentes y niñas, reconociendo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En este documento se retoma el embarazo infantil y adolescente como un problema de salud pública. En él, se argumenta la violencia de género como una de las causas más relacionadas con el embarazo en niñas y adolescentes mexicanas, mediante el análisis de datos e información disponible en distintas encuestas, diagnósticos y guías internacionales, así como el análisis jurídico de los códigos penales estatales. Además, se sugiere que la exposición a distintas manifestaciones de violencia sexual son un campo de acción indispensable y urgente de atender, para erradicar el embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

EL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES¹

Es un problema de salud pública mundial debido a las consecuencias que tiene para las mujeres de este sector de la población, sus hijos e hijas y, en general, para el desarrollo de los países².



¹ La Organización Mundial de la Salud, considera adolescentes a todas las personas entre 10 y 19 años. En la Convención de los Derechos de los Niños, en cambio, se entiende como niño/a todo menor de 18 años. Esta convención establece que los Estados Parte son responsables de garantizar la supervivencia y el desarrollo de estos niños. México firmó la Convención en 1990. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes considera que "son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad". Esta ley tiene como objetivo reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, garantizar el pleno ejercicio de estos derechos, así como crear y regular un sistema de protección. El punto en común entre los instrumentos legales y las consideraciones de la OMS sobre la infancia y la adolescencia es que la etapa entre la primera infancia (0 – 5 años de edad) y la adultez (mayores de 18 años) es un periodo de transición de las aptitudes necesarias y desarrollo físico, emocional y cognitivo para adquirir las funciones adultas, por ello constituye una etapa de riesgos en la que el contexto social puede ser determinante para la adquisición de estas capacidades. La OMS reconoce la sexualidad como un ámbito particularmente importante en esta etapa de la vida, por ello es necesaria una mayor precisión de la caracterización de niñas y adolescentes.

De acuerdo con los tabuladores poblacionales las proyecciones 2010 – 2030 de CONAPO, actualmente 5,455,265 personas en México son niñas y adolescentes entre 10 y 14 años y 5,458,468 entre 15 y 19 años. Organización Mundial de la Salud. *Desarrollo en la Adolescencia* (Ginebra: OMS, 2018) http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ UNICEF. Convención de los Derechos del Niño. 1989 <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>. Diario Oficial de la Federación. Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes. (México, 9 de marzo de 2018 <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.SySjs8D73SRJEPScR007D5CWzYH1lIEzcdKDRcsi5E3LGpe3JYupslp>. Consejo Nacional de Población. Base de datos de Proyecciones de Población Nacional y Entidad Federativas. Datos de Proyecciones. (Ciudad de México: CONAPO, 2017)

² Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2017. Mundos aparte: La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. (Nueva York: UNFPA, 2017) <https://www.unfpa.org/es/swop>

De acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, para 2014 en el mundo la tasa de fecundidad específica en adolescentes de

15

a

19

AÑOS

fue de **49 nacimientos por cada mil mujeres** en este grupo de edad. Esto es aproximadamente la **décima parte** de los nacimientos en todo el mundo.



Sin embargo, las proporciones de este problema no son iguales en todo el globo terráqueo.



El **95%**

de los nacimientos de madres adolescentes ocurren en países de bajos y medianos ingresos³; de los **7,3 millones** de nacimientos anuales entre adolescentes menores de 18 años, que tienen lugar en los países en desarrollo



En México, en 2016

se registraron **11,808 nacimientos** entre **niñas de 10 a 14 años**¹⁰.

1,1 millones
se dan entre niñas menores de **15 años**⁴.



³ Organización Mundial de la Salud. *El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva 364*. (Ginebra: OMS, 2014) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. (Nueva York: UNFPA: 2013) <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

EN MÉXICO,

según la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)* 2009 y 2014, la tasa específica de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años se incrementó de 69.2 a 77 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad⁵. La proporción más alta de nacimientos entre mujeres adolescentes con respecto al total de nacimientos en México ha llegado hasta 19.4% entre 2012 y 2014. Esto significa que una quinta parte de los nacimientos en México son de adolescentes embarazadas -el doble de la proporción mundial-. Hoy, los últimos datos muestran que, a pesar de que esta proporción ha disminuido (17.8%⁶ o 74.4 nacimientos por cada mil mujeres⁷ entre 15 y 19 años), el cambio no ha sido significativo en términos de la magnitud que representa.



⁵ Consejo Nacional de Población. Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente, 2009 y 2014. Datos abiertos. (Ciudad de México: CONAPO, 2018) <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-re-productiva/resource/b3c0b959-8943-46af-8c1d-d9b763f3de0d> ⁶ Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Tabulados básicos de Natalidad y Fecundidad 2016. (Ciudad de México: INEGI, 2018) <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=00>

⁶ Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Tabulados básicos de Natalidad y Fecundidad 2016. (Ciudad de México: INEGI, 2018) <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=00>

⁷ Consejo Nacional de Población. Indicadores para la Evaluación y Monitoreo de la ENAPEA. Subgrupo de Trabajo para el Monitoreo y Evaluación de la ENAPEA. (Ciudad de México: CONAPO, SEGOB, 2017), 25. https://www.gob.mx/uploads/attachment/file/274372/Indicadores_monitoreo_y_evaluacion_ENAPEA.pdf

Este problema de salud pública se agudiza si se revisa la escasa información sobre fecundidad de un grupo que tradicionalmente no se incluye en las encuestas: las niñas y adolescentes menores de 15 años. Según el *Fondo de Población de las Naciones Unidas* (UNFPA), América Latina y el Caribe es la única región del mundo en la que los partos en menores de 15 años se han incrementado⁸.

En México, según CONAPO, la tasa de fecundidad se encuentra de la siguiente forma:

**Niñas
12-14 años**



**3.5 hijos
por cada mil⁹.**

Las estadísticas vitales de las últimas tres décadas muestran cifras que han ido al alza, y pintan hoy un escenario preocupante para las niñas y adolescentes menores de 15 años.

Los nacimientos se incrementaron de manera progresiva desde 2003, momento en el que eran 7,277; alcanzando su cifra más alta en 2016, con 11,808 nacimientos entre madres de 10 a 14 años. El 96.5% de éstos ocurrieron en adolescentes de entre 13 y 14 años¹⁰.



Sin embargo, en México las encuestas nacionales¹¹ que indagan sobre sexualidad, reproducción y violencia, en concordancia con los estándares internacionales, incluyen mujeres en edad reproductiva entre -15 y 49 años-¹².

Por ello, la información de la que se dispone sobre estos temas en el caso de las menores de 15 años se obtiene solo de manera retrospectiva¹³ o tangencial¹⁴.

Este modo de registro de información ha implicado la poca visibilidad de las características específicas de la fecundidad y reproducción de las menores, dentro del universo de la reproducción y fecundidad adolescente más general. Por lo tanto, la falta de precisión en el análisis dificulta la toma de decisiones estratégicas diferenciadas para erradicar el embarazo infantil y disminuir el embarazo adolescente.

⁸ UNFPA, *Maternidad en la niñez*, 2013.

⁹ Consejo Nacional de Población. "Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016" en *La situación demográfica de México 2017* (Ciudad de México, en prensa).

¹⁰ Ibid.

¹¹ Solo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 incluyó preguntas para niñas menores de 15 años. No obstante, en su edición 2016 no incluye ninguna pregunta sobre salud sexual y reproductiva.

¹² Consejo Nacional de Población. *Glosario*. (Ciudad de México: CONAPO, 2014). http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Glosario_CONAPO

¹³ La ENDIREH que incluye preguntas sobre abuso y violencia sexual que ocurrieron alguna vez en la vida para todas las mujeres encuestadas (solteras, unidas o separadas mayores de 15 años).

¹⁴ Por ejemplo, los Registros de estadísticas vitales de nacimientos, es decir, cuando las niñas embarazadas ya tuvieron su primer hijo.

EFECTOS ADVERSOS DEL EMBARAZO INFANTIL Y ADOLESCENTE

La evidencia es concluyente acerca de los efectos adversos que tiene el embarazo en niñas y adolescentes. En todo el mundo, el riesgo de morbilidad asociada a las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio es dos veces mayor entre mujeres de 15 y 19, años que entre aquellas que se embarazan después de los 20 años¹⁵. En los países de ingresos medios bajos y medios, las adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de fístula obstétrica en comparación con las mayores¹⁶.

LAS MENORES
— DE —
15 AÑOS

tienen probabilidades significativamente más elevadas de sufrir padecimientos como la eclampsia, anemia, hemorragia postparto y endometritis puerperal que las adolescentes mayores de 15¹⁷.

A pesar de que en México, entre 2016 y 2017, la razón de mortalidad materna presentó un descenso de 9.4%, con 32 defunciones maternas por cada mil nacidos vivos¹⁸, en 2017 las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio son la sexta causa de muerte en mujeres entre 15 y 24 años de edad¹⁹.

¹⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas México. *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes*. (Nueva York: UNFPA, 2010) http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

¹⁶ UNFPA, *Maternidad en la niñez*, 2013.

¹⁷ Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V., & Laski, L. "Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries". *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, (vol. 91, no. 9, 2012): 1114-1118. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22620274>.

¹⁸ Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Boletines de Mortalidad Materna, Semana Epidemiológica 52 del 2017*. (Ciudad de México: OMM, 2017) http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_52_2017_COMPLETO.pdf.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. (Ciudad de México: INEGI, 2015) <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>.

ENTRE
1990 y 2014,

el **13%**
de las muertes
MATERNAS

correspondieron
a mujeres menores
de **20 AÑOS**²⁰.



Según el *Observatorio de Mortalidad Materna en México*, las principales causas de muerte materna, en mujeres en etapa reproductiva, son: hemorragia obstétrica (24%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y puerperio (21.9%) y aborto (7.1%). México, Chiapas, Veracruz, Guanajuato y Ciudad de México suman casi el 40% de las defunciones registradas en 2017²¹.

De hecho, el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) muestra que, en 2014, estas complicaciones sumaron más del 80% de los egresos que realizó la Secretaría de Salud en adolescentes de entre 15 y 19 años y el 18.5% en niñas y adolescentes atendidas entre los 10 a 14 años²².

²⁰ Schiavon, Raffaella, "Panorama general de la carga de enfermedades en adolescentes en México", (conferencia, presentado en el Congreso de Salud Pública, noviembre de 2016, Mérida Yucatán).

²¹ OMM, *Boletines de Mortalidad Materna, Semana Epidemiológica 52 del 2017*, 2017.

²² Centro de Análisis de Datos A.C. "Egresos Hospitalarios" en Violencia Sexual en Adolescentes. Visualizador de Indicadores. (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

La mayor parte de las adolescentes atendidas, entre

15 y 19 años,

43.4%

egresaron por parto,

14.8%

por complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre,

6.82%

por embarazo que terminó en aborto.

En el caso de niñas y adolescentes atendidas

(entre 10 y 14 años)



8.7%

egresaron por parto,

3.7%

por complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre,

2.23%

por embarazos que terminaron en aborto²³

Como puede observarse, el número de egresos es menor en el caso del grupo de menores de **14 años**, sin embargo, es importante notar que a estas **edades no todas las menores tienen un desarrollo biológico que les permita embarazarse** por lo que es imposible hablar de una tasa.

²³ Ibid.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),

la tasa de morbilidad hospitalaria

por hipertensión gestacional, preclamsia y diabetes mellitus gestacional, en 2014

fue de **261** por cada **100** mil mujeres entre **15 y 19 años**

y de **17** por cada **100** mil entre **12 y 14 años**²⁴.

Para 2016, la carga de enfermedad por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio representó

1.8% del total de los años de vida saludables perdidos²⁵

entre mujeres adolescentes (15 – 19 años) y el **1.3%** entre las niñas ((**10**) – (**14**) años²⁶)

²⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día de la madre*. (Ciudad de México: INEGI, 2017) http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf

²⁵ Se refiere a la suma de los años perdidos por muerte prematura y de años vividos con discapacidad. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare Data Visualization*. (Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017) <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

²⁶ Ibid.

Así mismo, el riesgo de mortalidad infantil es 50% mayor para hijos de madres adolescentes en comparación con mujeres mayores de 20 años²⁷. Globalmente, la OMS ha documentado que las niñas y adolescentes embarazadas a los 14 años o menos tienen mayor probabilidad de presentar un parto prematuro, tener un hijo con bajo peso al nacer y mortalidad perinatal²⁸. En México, entre 2010 y 2014, el grupo de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años fue el que registró la mayor tasa de hijos con bajo (1500 – 2500g) y muy bajo (<1500g) peso al nacer, así como las mayores tasas de partos prematuros (<37 semanas de gestación) y muy prematuros²⁹ (28 a <32 semanas) en comparación con las adolescentes mayores de 15 y las jóvenes mayores de 20³⁰.

²⁷ OMS, *El embarazo en la adolescencia*, 2014.

²⁸ Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. "WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries". *Journal of Adolescent Health*, (vol. 52, no. 5, 2013): 517-522. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214_eng.pdf?sequence=1

²⁹ El nacimiento prematuro es definido como los nacidos vivos antes de completar las 37 semanas de gestación. Existen categorías basadas de acuerdo con la edad gestacional completada al momento del nacimiento: "prematuro extremo <28 semanas; muy prematuro entre 28 a <32 semanas; prematuro moderado 32 a <37 semanas" World Health Organization. *Born too soon. The Global Action Report of Preterm Birth*. (Geneva: OMS, 2012) http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon-report.pdf

³⁰ Urbina-Fuentes M, Jasso-Gutiérrez L, Schiavon-Ermani R, Lozano R, Finkelman J. "La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud". *Gaceta Médica de México* (2017, pp. 153): 697-730. https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n6/GMM_153_2017_6_697-730.pdf



Todo lo anterior, sin contar otras complicaciones de orden psicosocial como: rezago educativo, desigual acceso a oportunidades de desarrollo, barreras para obtener un empleo que implique mayor formación académica y experiencia, así como necesidad de apoyos gubernamentales, muerte prematura, etc.^{31, 32}



En México, las adolescentes embarazadas, en comparación con aquellas mujeres que se embarazan después de los 20 años, tienen más probabilidad de "no tener educación alguna, de no tener ocupación, de ser solteras y no tener derechohabencia"³³.

Además, entre las razones más frecuentes por las que las mujeres abandonan la escuela se encuentran: en tercer lugar, haberse unido; y, en cuarto lugar, haber tenido un(a) hijo(a)³⁴. Se sabe también que son ellas quienes tienen un riesgo mayor de enfrentar depresión posparto en comparación con las adultas³⁵ y se ha descrito una asociación entre mayor inmadurez psicosocial y menores herramientas de crianza, así como expectativas menos realistas sobre la conducta infantil y, por lo tanto, conductas de crianza más punitivas o menor sensibilidad a conductas infantiles³⁶. No obstante, a pesar de las cifras alarmantes de embarazos cada vez más tempranos, todas estas hipótesis son tradicionalmente abordadas en mujeres mayores de 15 años y muy poco sabemos de las niñas.

³¹ Tridenti, G., & Vezzani, C. "Pregnancy in Adolescence" in *Good Practice in Pediatric and Adolescent Gynecology* (Italy: Springer International, 2018): 239-259 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57162-1_15.

³² Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & la Vara-Salazar, D. "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México" *salud pública de México*, (vol. 57, no. 2, 2015): 135-143. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008.

³³ Urbina-Fuentes, *La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, 2017, 712.

³⁴ Centro de Análisis de Datos A.C. "Cifras de la ENADID 2014" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes*, (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

³⁵ Tridenti, G., y Vezzani, C. *Pregnancy in Adolescence*, 2018.

³⁶ Cancino, A. M., & Valencia, M. H. "Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual". *Perinatología y Reproducción Humana*, (vol. 29, no. 2, 2015): 76-82. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>.

ABORTO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

En relación con los embarazos que no llegan a término, los datos sobre el aborto inseguro en niñas menores de 15 años son prácticamente inexistentes en la mayoría de los países, especialmente en aquellos con leyes restrictivas y/o con deficientes sistemas de registro.

La OMS estima que, en los países en desarrollo, anualmente se registran

3.2 MILLONES DE ABORTOS

inseguros entre adolescentes de 15 a 19 años, de los cuales **670 mil (23%)** se llevan a cabo en América Latina y el Caribe³⁷.



En México, las estimaciones más recientes indican que para 2009, el 34% de los embarazos entre adolescentes de 15 a 19 años terminaron en aborto, lo cual representa un total de 230,180 interrupciones del embarazo (44 abortos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años)³⁸.

Las niñas y adolescentes se enfrentan a mayores dificultades para acceder a información y servicios de aborto seguro, incluso en donde existen indicaciones legales.



Las investigaciones señalan que es más probable que niñas y adolescentes retrasen la búsqueda de atención, por lo que es frecuente que interrumpan el embarazo en etapas más avanzadas, que recurran a personas no calificadas, que empleen métodos inseguros y que pospongan la búsqueda de atención médica en caso de complicaciones que suelen ser más frecuentes y severas, entre las que se encuentran: hemorragias, septicemia, lesiones en órganos internos, tétanos, esterilidad e incluso la muerte³⁹.

³⁷ Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición.* (Ginebra: OMS, 2012). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

³⁸ Guttmacher Institute. *Necesidad y uso de servicios de aborto por parte de adolescentes en países en desarrollo. Hoja Informativa.* (Nueva York: Guttmacher Institute, 2016) https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_adolescent-abortion-services-developing-countries_sp.pdf

³⁹ International Sexual and Reproductive Rights Coalition. *Children, youth and unsafe abortion. In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children.* (New York City, International Women's Health Coalition, 2002). https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/pub_fac_adoles_unsafeab.pdf

LA INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y EL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

Las causas del embarazo en niñas y adolescentes son diversas y se asocian, en mayor o menor grado, con distintos ámbitos de la vida de las mujeres. El problema se ha atribuido, con mayor frecuencia y obviedad, a lo relacionado con las condiciones en que ocurren los encuentros sexuales entre adolescentes: el inicio temprano de la vida sexual, la información y el acceso disponible a métodos anticonceptivos, etc.⁴⁰. Sin embargo, ésta podría ser una hipótesis apresurada.

En el caso de las mujeres adolescentes en general



y de las **menores de 15 años**
en particular, contrario a lo que tradicionalmente se



ha pensado, **el embarazo no es el resultado de una decisión o acto deliberado, sino que, en la mayoría de los casos, es consecuencia de una falta de poder para la toma de decisiones**, así como de circunstancias que están fuera del control de las niñas y adolescentes.

⁴⁰Ver, por ejemplo: DataLab y Secretaría de Salud (2017) *Políticas Públicas para reducir el embarazo adolescente en México*. (Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2017) https://mxabierto.github.io/embarazo_adolescente/

En general, el embarazo a temprana edad es el reflejo del menoscabo de las facultades, la marginación y presiones de compañeros, pares, familias y comunidades. Además, en muchos casos, es el resultado de la violencia y coacción sexual y de prácticas nocivas, como las uniones o el matrimonio infantil. De hecho, la evidencia muestra que 9 de cada 10 embarazos en adolescentes ocurren entre mujeres casadas o unidas⁴¹.

Las tasas de natalidad adolescente son más altas en lugares en donde las uniones o el matrimonio infantil es prevalente y éstos, a su vez, están estrechamente relacionados con condiciones de pobreza y marginación⁴².

En regiones donde la violencia de género ocurre de manera sistemática y generalizada en contra de las mujeres y con manifestaciones cada vez más extremas, es necesario ampliar la perspectiva. Para ello es necesario tomar en cuenta dos consideraciones:

1. La violencia de género es más que la ejercida sobre el cuerpo de las mujeres. Existen otras violencias generadas a partir de la desprotección y violación de derechos humanos⁴³, tales como el derecho a la integridad, a la salud, a la información, a la autonomía, al acceso a la justicia, etc. Esta multi exposición revictimiza a las mujeres y las enfrenta a distintos tipos de violencia de manera crónica y simultánea⁴⁴.

⁴¹ UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2013*, 2013.

⁴² *Ibíd.*

⁴³ González Piña, M. "Género, clase y violencia estructural". *Entretextos* (año 7, no. 20, 2015): 1 - 13. <http://entretextos.leon.uia.mx/num/20/PDF/ENT20-3.pdf>

⁴⁴ Ramos Lira, L. "Violencia y mujeres en México: una mirada a un fenómeno complejo". (Conferencia, El Colegio Nacional, simposio Mujer y Sociedad, Ciudad de México, 22 de febrero de 2018) <http://colnal.mx/events/segundas-jornadas-sociedad-y-mujer>.



2. En México, la violencia relacionada con la delincuencia organizada ha provocado que las mujeres se enfrenten a condiciones extremas de desprotección ciudadana y vulnerabilidad, exponiéndolas a consecuencias graves sobre su salud física, mental y social⁴⁵.

En ese sentido, la violencia de género, situada en nuestro contexto, expone a niñas y adolescentes a mayores obstáculos para acceder a una vida libre de violencia, para ejercer sus derechos humanos en general y en particular, para gozar del nivel más alto posible de salud física y mental⁴⁶.



De acuerdo con el *Global Burden of Disease*⁴⁷,

en **México**, la violencia interpersonal⁴⁸ es la causa por la que mueren el **5.11%** de niñas y adolescentes entre **5 a 14 años** y la razón por la que pierden el **1.9%** del total de años de vida saludable⁴⁹.

⁴⁵ Ramos Lira, L., Saucedo González, I., & Saltijeral Méndez, M. T. "Crimen organizado y violencia contra las mujeres: discurso oficial y percepción ciudadana". *Revista mexicana de sociología*, (vol. 78, no. 4, 2016): 655-684. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000400655.

⁴⁶ Morlachetti, A. "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos". *Notas de población*. (2007) <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12828>.

⁴⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. (Washington: Washington University, 2017) <http://www.healthdata.org/about/ghdx>.

⁴⁸ Se refiere por un lado a la violencia que tiene como ámbito el hogar: la violencia familiar (maltrato infantil, abuso sexual, etc.) y violencia con la pareja íntima y por otro, a la violencia que tiene como ámbito la comunidad: violaciones, violaciones, violencia en ámbitos institucionales, etc. World Health Organization. *Global Status Report on violence prevention 2014. Full Report*. (Geneva: WHO, UNDOC, UNDP, 2014) http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

⁴⁹ IHME, *GBD Compare Data Visualization*, 2017.

La violencia contra las mujeres, particularmente la violencia sexual, es uno de los factores que más impactan la probabilidad de un embarazo en adolescentes⁵⁰. Sin embargo, esta relación va mucho más allá de las causas directas asociadas a las relaciones sexuales forzadas.



Dado que la violencia de género implica un ejercicio desigual de poder, la noción de consentimiento sexual podría ser bastante ambigua en muchos casos⁵¹,



especialmente en contextos donde la disponibilidad de armas de fuego es elevada, donde las mujeres están expuestas a más de un tipo de violencia al mismo tiempo y la procuración de justicia no es suficiente⁵².



De esta manera, las estrategias de control, chantaje y amenaza son frecuentemente experimentadas por las mujeres al inicio y a lo largo de toda su vida sexual y se presentan casi siempre combinadas⁵³.

En este documento, se abordan tres tipos de violencia sexual asociadas al embarazo de niñas y adolescentes: la coerción sexual, el abuso sexual y la violación.

El primer tipo de violencia,



LA COERCIÓN SEXUAL

es una dinámica de ejercicio de poder y control sin el uso de la violencia física e implica una variedad de tácticas como las amenazas, el aislamiento, el control financiero o el abuso emocional que crean vulnerabilidades en la persona coaccionada⁵⁴.

⁵⁰ World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. (Geneva: OMS, 2013)

⁵¹ Zelizer, V. A. "The purchase of intimacy". *Law & Social Inquiry*, (vol. 25, no. 3, 2000): 817-848. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1747-4469.2000.tb00162.x>.

⁵² Ramos Lira, L., Saucedo González, I., & Saltijeral Méndez, M. T. *Crimen organizado*, 2016.

⁵³ Ramos Lira, L., *Violencia y mujeres en México: una mirada a un fenómeno complejo*, 2018.

⁵⁴ Grace, K. T., & Anderson, J. C. "Reproductive coercion: A systematic review". *Trauma, Violence, & Abuse*, (2016). <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838016663935>

Esta forma de agresión está relacionada con los embarazos tempranos y con la morbilidad en la salud de las niñas y adolescentes, puesto que la violencia limita el control reproductivo de las mujeres y la búsqueda de servicios de salud. Por ello, afecta los desenlaces de salud sexual y reproductiva, así como la salud perinatal y materna⁵⁵. Niveles exacerbados de miedo y control, así como la violencia dentro de relaciones de pareja abusivas, están asociados con la incapacidad de las mujeres para acceder a servicios de anticoncepción que les permitan prevenir un embarazo no deseado. Un estudio multipaís de la OMS arrojó que las mujeres que han experimentado violencia en su relación de pareja presentaron mayores niveles de embarazo no deseado en comparación con aquellas que no están en una relación violenta⁵⁶.

⁵⁵ WHO, *Global and regional estimates of violence against women*, 2013

⁵⁶ World Health Organization. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia* (Geneva: WHO, 2005)
http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/



Actualmente, en el mundo,
1 de cada 3 mujeres



ha enfrentado violencia sexual⁵⁷.

En México, de cada diez mujeres,



cinco han enfrentado violencia emocional



cuatro, violencia sexual



y tres, violencia física⁵⁸.

- ▶ Además, el **7%** de las mujeres unidas, mayores de 15 años, manifestó que sólo su marido toma decisiones sobre cuándo tener relaciones sexuales.
- ▶ El **3.5%** decide si se usan métodos anticonceptivos.
- ▶ El **4%** decide cuándo y cuántos hijos tener⁵⁹.

⁵⁷ World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. (Geneva: OMS, 2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564425_eng.pdf

⁵⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Principales Resultados*. (Ciudad de México: INEGI, 2017) http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Decisiones y Libertad Personal*. (Ciudad de México: INEGI, 2017) Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

En nuestro país, las mujeres inician vida sexual en promedio a los 15 años.

Sin embargo, en 2012, los datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición (ENSANUT) mostraron que **entre las y los adolescentes que tenían entre 12 y 14 años, al momento de la encuesta, el 1.8% (117,994⁶⁰) ya había tenido su primera relación sexual.**

▶ **49.5% (58,450)**

eran mujeres y de ellas,

▶ **19.5% (11,412)**

habían estado embarazadas.

Así mismo, de las adolescentes que tenían entre 15 y 19 años cuando fueron entrevistadas, el **32.6% (1,806,245)** ya habían tenido su primera relación sexual y de ellas, más de la mitad **52.5% (947,575)** habían estado embarazadas y el **10.5% (189,804)** lo había estado más de una vez. Por otro lado, al indagar retrospectivamente sobre esta información, del total de adolescentes entre 12 y 19 años entrevistadas, **756,943** reportaron haber tenido un hijo que se encontraba vivo al momento de la encuesta. De ellas, **100 mil lo tuvieron antes de los 15 años.** La mayoría (**93%, es decir, 92,980**) entre los **13 y 14 años**; el **6.6% (6,597)** entre los **11 y 12 años** y **518 (0.5%)** niñas reportaron haber tenido su primer hijo a los **9 años**⁶¹.

⁶⁰ Las cifras absolutas que corresponden a cada porcentaje reportado para la ENSANUT 2012 y la ENDIREH 2016 son casos ponderados por CAD Salud, que si bien no son de alta precisión, permiten estimar la magnitud de cada afirmación.

⁶¹ Centro de Análisis de Datos A.C. "ENSANUT, 2012" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

Los datos de la **ENSANUT (2012)** también exploraron de manera retrospectiva la edad de la pareja con la que las adolescentes tuvieron su primera relación sexual.

Entre quienes reportaron que ocurrió entre los

15 y 19 años
(1,470,792),

65.5%
(962,830)

de los casos fue con una pareja de su mismo rango de edad

y

34.3%
(504,102)

con una pareja mayor de 19 años.

Pero, en el caso de quienes tuvieron la primera relación sexual antes de los **15 años (316,147)**,

66.2%

o 209,272 mujeres iniciaron su vida sexual con una pareja que tenía entre 15 y 19 años



23.16%

(73,233) con una pareja mayor a

19 años.⁶²

⁶² Ibid.

Una tendencia igualmente alarmante se observa en las actas del registro civil; entre 2010 y 2015,

70%

de las niñas y adolescentes de entre

10 y **14** años,

que tuvieron un hijo nacido vivo, reportaron que el padre tendría entre

18 y **78** años de edad.⁶³



Aunque las estadísticas vitales analizadas por CONAPO muestran esta información actualizada y una mayor precisión al respecto, el dato no es menos preocupante:

durante 2016,

40.1%
(4,723)

de las niñas y adolescentes entre 10 y 14 años que tuvo un hijo, lo hizo con una pareja de entre 15 y 19 años,

22.7%
(2,680)

con una pareja de 20 a 24 años

4.9%
(579)

con una pareja de 25 a 29 años.

Aunque en un porcentaje menor, también se encontraron casos en que la pareja tenía más de **30 años**.

En uno de cada tres casos la edad de la pareja no se registró⁶⁴.

⁶³ Centro de Análisis de Datos A.C. "Cifras de la Estadística de Nacimientos del INEGI" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

⁶⁴ Consejo Nacional de Población. "Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y análisis de los factores que la explican" en UAEM "Jóvenes. Problemáticas y retos en sus relaciones", México (en prensa).

En México, la tasa bruta de nupcialidad ha disminuido desde **7.5 matrimonios por cada mil habitantes en 1999, cuando alcanzó su cifra más alta, hasta 4.6 en 2016**⁶⁵. Del total de niñas y adolescentes entre 12 y 14 años sólo estaban casadas el 0.17% y de las que tenían entre 15 y 17 años estaban casadas sólo el 1%. Así mismo, el 0.25% de las que tenían entre 12 y 14 años y el 4.46% de las que tenían entre 15 y 17 años se encontraban en unión libre⁶⁶. Sin embargo, los registros de estadísticas vitales muestran que, de las que habían tenido un hijo nacido vivo entre los 10 y 14 años para 2016, 6 de cada 10 estaban en unión libre y sólo el 2% se encontraban casadas⁶⁷.

Al respecto de las uniones tempranas, en 2016, la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH) incluyó preguntas sobre el momento en el que las mujeres se unieron o casaron.

⁶⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras. *Estadísticas sobre Población. Tasa bruta de nupcialidad* (Ciudad de México: INEGI, 2016) <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>

⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Intercensal. Tabulados básicos de situación conyugal por grupo de edad* (Ciudad de México: INEGI, 2016) <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

⁶⁷ CONAPO, *Fecundidad en niñas y adolescentes*, en prensa.

Los datos muestran que el

11.7% (118,633)

del total de las encuestadas que se habían unido entre los

10 y 14 años

no dieron su consentimiento para dicha unión, las obligaron a unirse porque quedaron embarazadas, las robaron o fue un arreglo a cambio de dinero.

Al revisar únicamente aquellas que al momento de la encuesta eran adolescentes (**15 - 19 años**), **el 11% (93,978)** se unió antes de los **15 años y de ellas, el 1.4% (1,298)** de los casos no había dado su consentimiento para la unión. En el caso de las que se unieron siendo mayores de **15 años (768,191)**, **el 2.4% (18,612)** no había dado su consentimiento y fue obligada por las razones ya mencionadas⁶⁸.



Por lo anterior, el
segundo tipo de violencia
abordado aquí es el

ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

De acuerdo con la *Guía Clínica de la Organización Mundial de la Salud*⁶⁹, éste se refiere al involucramiento de un(a) niña(o) o adolescente en una actividad sexual que no comprende completamente o que no es capaz de consentir o negarse con base en el desarrollo de sus capacidades. Usualmente se distinguen tres tipos de abuso sexual:



Abuso sexual sin contacto (amenazas, acoso, exposición a la pornografía, etc.);



Abuso sexual que implica relaciones sexuales (violación o agresión sexual);



Abuso sexual que implica un contacto distinto a las relaciones sexuales forzadas (tocamientos inadecuados, caricias y besos).

Regularmente el abuso ocurre sin fuerza física, pero con manipulación, puede ocurrir en una sola ocasión o puede ser crónico.

⁶⁸ Centro de Análisis de Datos A.C. "Cifras de la ENDIREH 2016" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

⁶⁹ World Health Organization. *Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused. Clinical Guidelines*. (Geneva: WHO, 2017) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>



Actualmente, no hay información precisa sobre la frecuencia con la que ocurre debido a que las investigaciones que se han hecho al respecto lo definen de maneras diversas. Sin embargo, los estudios más sólidos coinciden en que las mujeres tienen el doble de riesgo – o más - de ser abusadas sexualmente^{70, 71, 72}.

⁷⁰ Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. "Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors". *Child abuse & neglect*, (vol. 14, no. 1, 1990): 19-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2310970>.

⁷¹ Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). "A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world". *Child maltreatment*, (vol. 16, no. 2, 2011): 79-101. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511741>.

⁷² WHO, *Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused*, 2017.

Se ha encontrado que,
en América Latina,
el abuso sexual infantil incrementa
siete veces
el riesgo de tener un embarazo
adolescente⁷³.



En **2016**, la ENDIREH mostró que
4,4 millones de mujeres
en todo el país sufrieron abuso sexual alguna
vez durante su infancia⁷⁴.

Este tipo de violencia tiene consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la vida de las mujeres; específicamente sobre la expresión de su sexualidad y en la capacidad de toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, adelanta el desarrollo de caracteres sexuales secundarios⁷⁵, modifica la regulación emocional⁷⁶, aumenta el riesgo de presentar conductas sexuales de riesgo⁷⁷, de enfrentar coerción reproductiva u otro evento de violencia de pareja, así como el riesgo de violencia sexual a lo largo de la vida⁷⁸. A su vez, el abuso sexual afecta la probabilidad de padecer algún trastorno de salud mental como: estrés postraumático, depresión, ansiedad, uso de sustancias⁷⁹, trastornos alimentarios, del sueño o ideación suicida⁸⁰. Estos efectos se exacerbaban en los casos en los que el perpetrador tiene una relación más cercana con la menor y donde el abuso tiene mayor severidad, duración o frecuencia⁸¹.

⁷³ Restrepo, M., Numa, L. T., Bernal, D. R., de Galvis, Y. T., & Sierra, G. "Sexual abuse and neglect situations as risk factors for adolescent pregnancy". *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English ed.), (vol. 46, no. 2, 2017): 74-81. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530312017300206>.

⁷⁴ INEGI, *ENDIREH 2016*, 2017.

⁷⁵ Noll, J. G., Trickett, P. K., Long, J. D., Negriff, S., Susman, E. J., Shalev, I., ... & Putnam, F. W. "Childhood sexual abuse and early timing of puberty". *Journal of Adolescent Health*, (vol. 60, no. 1, 2017): 65-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27836531>.

⁷⁶ Espeleta, H. C., Palasciano-Barton, S., & Messman-Moore, T. L. (2017). "The impact of child abuse severity on adult attachment anxiety and avoidance in college women: the role of emotion dysregulation". *Journal of family violence*, (vol. 32, no. 4, 2017): 399-407. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-016-9816-0>.

⁷⁷ Van der Kolk, B. A. "Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories". *Psychiatric annals*, (vol. 35, no. 5, 2017): 401-408. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961123>.

⁷⁸ Relyea, M., & Ullman, S. E. "Predicting sexual assault revictimization in a longitudinal sample of women survivors: variation by type of assault". *Violence against women*, (vol. 23, no. 12, 2017): 1462-1483. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27555596>.

⁷⁹ Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. "Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females". *The British Journal of Psychiatry*, (vol. 184, no. 5, 2004): 416-421. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15123505>.

⁸⁰ WHO, *Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused*, 2017.

⁸¹ Ibid.

Del mismo modo, la presencia de estos trastornos como antecedente en la historia de salud mental de las mujeres se han asociado con desenlaces como el embarazo no intencional⁸².



La **ENDIREH 2016** también muestra que cerca de 690 mil⁸³ adolescentes habían tenido al menos un hijo al momento de la encuesta y el **7.7% (50,396)** lo había tenido antes de los **15 años**.

Cuando se les preguntó a las **adolescentes que participaron en la encuesta, por la primera relación sexual** (independientemente de si estaban unidas o no) dijeron que no la consintieron:

- ▶ **93% (10,772)**
de quienes tuvieron su primera relación sexual entre los 5 y 9 años,
- ▶ **6.7% (19,851)**
de quienes iniciaron su vida sexual entre los **10 y 14 años** y
- ▶ **1.2% (17,428)**
de quienes lo habían hecho entre los **15 y 19 años**.

⁸² Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. "Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update". *Journal of pediatric psychology*, (vol. 34, no. 4, 2008): 366-378. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18794188>.

⁸³ Estimaciones con base en los casos ponderados por CAD Salud.

En total,

2.8%
(48,051)

de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual en la infancia o adolescencia y no la consintieron⁸⁴.

Lo anterior no significa que el resto de las adolescentes que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años no hayan enfrentado violencia sexual, sino evidencia que la mayoría de ellas no tuvieron elementos necesarios y suficientes para reconocer y reportar que habían enfrentado una violación al inicio de su vida sexual.

Estos datos documentan que la violación sistemática de derechos humanos de las niñas y adolescentes va mucho más allá del momento en que enfrentan un evento de violencia sexual, e incluyen barreras y obstáculos para que niñas y adolescentes reconozcan agresiones y accedan a servicios de salud y de procuración de justicia.

Por otra parte, el *Diagnóstico sobre la atención de la violencia sexual en México* señala que, integrando el cálculo de aquellos que no se denuncian, entre 2010 y 2015 se cometieron cerca de 3 millones de delitos sexuales (600 mil anualmente).

⁸⁴ CAD, *Cifras de la ENDIREH 2016, 2018*.

De la información disponible en las carpetas de investigación de ese quinquenio,

7 DE CADA 10 DENUNCIAS (56,227)

son por abuso sexual o violación y



CUATRO de cada **DIEZ** víctimas son menores de 15 años (49,777).



De ellas, el **58%** (28,672) son mujeres

y en el **28%** (7,308) los datos no se encuentran desagregados por sexo⁸⁵.

El Censo Nacional de Justicia de Procuración Estatal, 2016⁸⁶ muestra datos similares: **para 2015 existían 4,704 denuncias de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años** y 5,571 denuncias de adolescentes mayores de 15 años, víctimas de delitos sexuales: abuso sexual, violación equiparada, estupro, incesto, otros delitos contra la libertad sexual, prostitución de menores, lenocinio y trata con fines de explotación sexual.

⁸⁵ El El acumulado de los reportes de 15 organismos estatales de procuración de justicia es de 83,463 averiguaciones previas con 110,914 personas como víctimas. De ellas, en el 81% (90,025) son mujeres. Estas carpetas de investigación no corresponden con el total de las existentes, sino con las reportadas ante la solicitud de la CEAV. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. *Diagnóstico Cuantitativo sobre la Atención de la violencia sexual en México. Informe Final* (Ciudad de México: Secretaría de Gobernación, 2016) <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Diagno%2681stico-Cuanti-VS-Versi%26n-completa-14-marzo-CVS.pdf>

⁸⁶ Centro de Análisis de Datos A.C. "Cifras del Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2016" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).





El abuso sexual cometido en contra de niñas alcanza el mayor número de averiguaciones previas o carpetas de investigación (**más de 2,000**).

En el caso de la violación -igual que el estupro e incesto- la mayor cantidad de averiguaciones previas iniciadas fue para víctimas de entre los

15 y **19** años
(**más de 2,000**)

seguidas por niñas y adolescentes entre los

10 y **14** años,
con casi **1,500⁸⁷ casos.**

Lo anterior, nos lleva al

tercer tipo de violencia sexual

abordado en este documento:



LA VIOLACIÓN SEXUAL

En México, el **1.76% (128 mil)** de las mujeres que participaron en la *Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo* (2007) manifestaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales alguna vez en la vida.

- ▶ **12%** dijo que ocurrió antes de los 10 años.
- ▶ **30%** respondió que fue entre los 10 y los 14.
- ▶ **47%** entre los 15 y 19 años.

Casi **2,300** o el **2.7%** reveló haber quedado embarazada cuando eso ocurrió⁸⁸.

La ENDIREH de 2016 muestra que de las mayores de **15 años** que participaron en la encuesta, **poco menos del 10% (4,378,040), reportaron incidentes de abuso sexual durante la infancia.**

El 2.5% (1,175,865) mencionaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales por la fuerza o bajo amenaza⁸⁹. Así mismo, el año pasado la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) reportó que **más de 43 mil mujeres mayores de 18 años habían sido víctimas de violación en 2016.**



Aun así, en México no existen estimaciones específicas y actualizadas de cuántas niñas y adolescentes son víctimas de algún tipo de violencia sexual ni cuántas son violadas. Se calcula que el **94%** de los delitos sexuales que se cometen anualmente no son denunciados⁹⁰.

De acuerdo con la propia Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), **los delitos sexuales cometidos por agresores conocidos de las víctimas son los que quedan en mayor impunidad debido a que, en la mayoría de las ocasiones, la víctima se encuentra más vulnerable por la relación de parentesco.** La información disponible en el Diagnóstico realizado por la CEAV muestra que los datos sobre las personas agresoras no se registran en la mayoría de los casos y cuando se hace, son imprecisos⁹¹.

⁸⁸ Centro de Análisis de Datos A.C. "Cifras de la ENVIPE 2007" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

⁸⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Familia de Origen.* (Ciudad de México: INEGI, 2017) <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

⁹⁰ CEAV, *Diagnóstico de Violencia Sexual. Informe Final*, 2016.

⁹¹ Solamente ocho organismos de procuración de justicia brindaron información sobre la relación entre la presunta persona agresora y la presunta víctima. Los datos refieren a un total de 57,861 personas. El 34% varones, el 2% mujeres y en el 63% no se registró el sexo. CEAV, *Diagnóstico de Violencia Sexual. Informe Final*, 2016, 233 - 255.

La información disponible muestra que

- ▶ **60% de las agresiones** son cometidas por conocidos de la víctima:
- ▶ **24% de las violaciones** son cometidas por cónyuges o parejas,
- ▶ **20% por familiares**
- ▶ **15% por compañeros de trabajo o amigos.**

En este mismo Diagnóstico, los datos analizados sobre servicios de salud e instituciones encargadas del adelanto de las mujeres también indican que la mayor parte de los agresores son las parejas⁹².

No obstante, los datos de la ENDIREH 2016 sobre incidentes en la infancia, incluida la violación, muestran que

- ▶ **8 de cada 10 agresores** son conocidos de las víctimas
- ▶ **67% son familiares** (padre, padrastro, tío, hermano, primo, abuelo u otro familiar)⁹³.

Este contraste entre los reportes de las mujeres y la información de las instituciones encargadas de la impartición de justicia, sugiere que la mayor cantidad de denuncias en contra de parejas y cónyuges son realizadas por mujeres de mayor edad que enfrentan violencia de pareja; mientras que la **violencia sexual en contra de las niñas y adolescentes es perpetrada por familiares y por ello, también menos denunciada e incluso con menor acceso a los servicios de salud.**

⁹² Ibíd.

⁹³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Familia de Origen.* (Ciudad de México: INEGI, 2017) Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

Dada la inexistencia de cifras y el subregistro de las que existen, para realizar una estimación, se proyectaron cifras de la ENSANUT 2012, la ENVIPE 2011 – 2016⁹⁴.

Esta proyección sugiere que

16,521 mujeres entre 10 y 14 años



y 29,697 entre 15 y 19 años

habrían sido violadas en 2015; lo que representa un aumento de casi el triple con respecto a las cifras de 2012.

Además, utilizando las cifras de averiguaciones previas o carpetas de investigación reportadas en el Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2015 sobre delitos de violación y violación equiparada, se encontró que el



de las que se cometieron contra niñas y adolescentes entre **10 y 14 años**, no derivaron en una denuncia o averiguación previa.

⁹⁴ Con base en la información de la ENSANUT 2012 y las ENVIPE 2013 – 2016 y con técnica de bootstrapping se estimaron los casos de violaciones sexuales para mujeres de todos los grupos por quinquenios de edad. Luego, se calculó la diferencia del estimador entre la ENSANUT 2012 y ENVIPE 2013 para las mujeres de 20 a 24 años que era el más próximo al de las adolescentes y a partir de la diferencia se realizó una estimación para los grupos de edad de 10 a 14 y de 15 a 19. Después se calculó una tasa de relación para los estimadores en estos rangos de edad y se aplicaron para el año 2015 obteniendo la proyección. Centro de Análisis de Datos A.C. “Proyecciones” en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

Lo mismo ocurrió con el 91% de las que ocurrieron entre adolescentes entre 15 y 19 años⁹⁵. **Esto implica que por cada violación denunciada existen otras nueve que ocurrieron y no llegaron a un proceso judicial;** dado que el mayor número de víctimas de este delito son niñas y adolescentes. También el mayor número de violaciones que no llegan a instancias de procuración de justicia o de salud ocurren en contra de personas de este sector de la población.



⁹⁵ Ibíd

CONSIDERACIONES LEGALES SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

La **violación sexual** es un delito contenido en todos los códigos penales del país y supone la imposición de la cópula por medio de la violencia física o moral. Este delito presume que el consentimiento de la persona, a la que se impone la cópula, se encuentra disminuido o eliminado a través de la amenaza de peligro real, inminente o posible en contra de la víctima o alguien cercano a ella. La violación es el sexto de los delitos sexuales con mayor incidencia; seguido por el estupro⁹⁶, que ocupa el octavo lugar⁹⁷.

*Todas las denuncias
por delitos sexuales*

*(abuso sexual, violación, incestos, otros delitos
contra la libertad sexual, lenocinio y trata con fines
de explotación) presentan una mayor incidencia
cuando las víctimas tienen entre*

10 Y 19 AÑOS DE EDAD⁹⁸.

⁹⁶ El artículo 262 del Código Penal Federal indica que el delito de estupro se aplica "al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño". Para ver las diferentes definiciones por entidad del país revisar: Instituto Nacional de las Mujeres. *Legislación Penal en las Entidades Federativas*. En: http://vidasiniencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/cuadros_delitos/ESTUPRO.pdf

⁹⁷ Centro de Análisis de Datos A.C. "Cifras de la ENVIPE 2017" en *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

⁹⁸ CAD, *Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2016, 2018*.

Así mismo, la **violación equiparada**⁹⁹ supone la cópula con una persona de menor edad o con quien, por cualquier razón, no pueda resistir la conducta (cópula), sin exigir que el sujeto activo emplee algún medio para vencer la voluntad de la víctima, como podrían ser la violencia, la seducción o el engaño. Este delito no requiere de vicios del consentimiento porque no protege la **libertad sexual de las personas**, entendida esta libertad como la facultad de una persona para decidir por sí misma en el ámbito de las relaciones sexuales. El bien jurídico protegido por el delito de violación equiparada es el **normal desarrollo psicosexual** de las personas menores de edad¹⁰⁰ y la intención de penalizar estas relaciones es proteger a las menores del abuso por parte de una persona de mayor edad. Con fundamento en el principio constitucional del **interés superior de la niñez**, el delito de violación equiparada no debe entenderse como tendiente a criminalizar las relaciones entre menores de edad, tal como lo muestra el artículo 273 del Código Penal del estado de México, que excluye de sanción la relación entre dos menores¹⁰¹.

Ahora bien, la edad mínima para consentir la cópula varía de acuerdo con el código penal de cada estado. En el siguiente mapa se puede observar que, en Jalisco, por ejemplo, no se sancionan las relaciones sexuales con menores de edad y en estados como Guerrero –que tiene la tasa de fecundidad más alta del país– se considera que las niñas de 12 años ya podrían consentir la cópula, o que estados como Chiapas –donde el riesgo de mortalidad materna es de los más elevados– no establecen una edad determinada, lo que dificulta la persecución y sanción de este delito.

La correcta conceptualización jurídica de relaciones sexuales con menores de cierta edad como violación equiparada, posibilita al Estado a brindar los servicios y atención que la **Ley General de Víctimas** (LGV) establece como derecho de toda persona que ha sufrido una violación de derechos humanos o ha sido víctima de un delito. Entre estos servicios, la LGV obliga a todos los servicios de salud a dar atención médica de emergencia, incluidos servicios de interrupción de embarazo, con respeto absoluto a la voluntad de la víctima¹⁰².

⁹⁹ Se equipara –igual- a la imposición de una cópula por medio de la violencia y para el código penal es una conducta reprochable por el Estado, a veces con una penalidad agravada.

¹⁰⁰ Suprema Corte de Justicia de la Nación, “VIOLACIÓN EQUIPARADA COMETIDA CONTRA PERSONA MENOR DE DOCE AÑOS DE EDAD. DADO QUE EN ESTE ILÍCITO EL BIEN JURÍDICO TUTELADO ES INDISPONIBLE, EL CONSENTIMIENTO DE LA VÍCTIMA NO CONSTITUYE UNA CAUSA DE EXCLUSIÓN DE DICHO DELITO (LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE CHIAPAS)” Tesis aislada, 10ª época, Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Octava Región, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XXIV, septiembre de 2013, Tomo 3 p. 2707.

¹⁰¹ Cuando el ofendido sea menor de quince años y mayor de trece, haya dado su consentimiento para la cópula y no concorra modificativa, exista una relación afectiva con el inculpaado y la diferencia de edad no sea mayor a cinco años entre ellos, se extinguirá la acción penal o la pena en su caso. Artículo 273, párrafo 4º del Código Penal para el estado de México.

¹⁰² Diario Oficial de la Federación. Artículos 29 y 30 Ley General de Víctimas. (Ciudad de México, 3 de enero de 2017). http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5372628&fecha=28/11/2014

Edad mínima reconocida para consentir las relaciones sexuales en los **códigos penales estatales**.

15 años

México^a, Hidalgo y Yucatán

14 años

Baja California, Campeche, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Tlaxcala



^a Cuando el ofendido sea menor de 15 y mayor de 13, haya dado su consentimiento para la cópula y no concorra modificativa, exista una relación afectiva con el inculpado y la diferencia de edad no sea mayor a cinco años entre ellos, se extinguirá la acción penal o la pena en su caso.



^b Tipifica la cópula no violenta con menor de 12 años como pederastia.

^c Tipifica como estupro la cópula con persona mayor de 12 y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño.

^d Violación equiparada es la cópula con persona impúber o por cualquiera otra causa no pueda resistirla.

^e Violación equiparada es la cópula con persona que no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo.

* Al no establecer una edad, dificulta la tipificación.

^f No se sancionan las relaciones con menores de edad, salvo cuando existe una relación de parentesco con la persona menor de edad siempre y cuando la cópula sea obtenida por medio de la violencia.

Fuente: Elaboración propia con datos de los códigos penales estatales.

EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En tanto que el embarazo infantil y adolescente es un problema de salud pública, para ser atendido y erradicado, precisa una estrategia multisectorial donde participen instituciones responsables de garantizar el acceso a la educación, a la justicia, a la seguridad, así como instituciones encargadas del acceso equitativo a oportunidades y de promover cambios culturales con respecto a los roles tradicionales de género y la división sexual del trabajo, etc. No obstante, el sector salud juega un papel fundamental en estas acciones.

En ese sentido, se han documentado ampliamente las barreras en los sistemas de salud para acceder a servicios de aborto; por ejemplo: exigir autorizaciones de terceros, no brindar información, distorsionar intencionalmente la información relacionada con la salud, no garantizar la confidencialidad y privacidad¹⁰³, entre otras.

En 2015, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas expresó su preocupación por la existencia de leyes mexicanas restrictivas en materia de aborto que obligan a niñas y adolescentes a continuar con el embarazo o recurrir al aborto inseguro. Así también, emitió una recomendación para eliminar la autorización judicial o ministerial como condicionante para acceder a un procedimiento de aborto seguro.

¹⁰³ OMS, *Aborto sin riesgos*, 2012





La Norma Oficial Mexicana 046 (NOM 046) proporciona directrices para ofertar anticoncepción de emergencia a mujeres víctimas de violación (incluyendo la violación equiparada), así como la consejería y servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazado (IVE) en todo el país¹⁰⁴. En **2016**, esta Norma se modificó¹⁰⁵ para quedar acorde a la Ley General de Víctimas y diversas recomendaciones de Comités Internacionales encargados de monitorear el cumplimiento, garantía y respeto de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes.

¹⁰⁴ Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana 046 (Ciudad de México, 24 de marzo de 2016). http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

¹⁰⁵ *Ibíd.*, 11.

Por ello, dado que “las legislaciones locales de todo el país establecen que

**—— UNA PERSONA MENOR ——
DE 12 Y HASTA DE 15 AÑOS NO PUEDE
OTORGAR CONSENTIMIENTO A UNA
RELACIÓN SEXUAL CON UNA PERSONA
—— ADULTA; ——**

tales relaciones se consideran violaciones aun cuando no haya obrado violencia física. En consecuencia, los embarazos que resulten pueden ser interrumpidos si así lo solicita la víctima, inclusive sin que medie una denuncia o una autorización del ramo judicial”¹⁰⁶.

En ese sentido, la violación equiparada cobra especial relevancia en contextos como el mexicano, de alta exposición a la violencia de género en el que las mujeres, en especial las niñas y adolescentes, no cuentan con las garantías, ni los medios para poder decidir sobre sus vidas y su futuro, mucho menos cuentan con el empoderamiento necesario para negarse a una relación sexual, incluso dentro de una unión o matrimonio.

¹⁰⁶ Urbina-Fuentes, La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2017.

El marco constitucional de derechos humanos faculta a prestadores de servicios en distintos sectores (instituciones educativas, instituciones de procuración de justicia, servicios de salud) para identificar violencia o situaciones que pudieran haber impedido a la menor resistir la cópula, reunir evidencia y ofertar a las niñas servicios de interrupción legal del embarazo de calidad. No hacerlo, podría constituir otra violación a los derechos de estas niñas¹⁰⁷ e incluso, ha sido interpretado como actos constitutivos de tortura, tratos inhumanos, crueles y degradantes por diversos Comités Internacionales de Derechos Humanos¹⁰⁸.

Si esto no fuera suficiente, como ya se mencionó, la evidencia muestra que tener un(a) hijo(a), en esta etapa del desarrollo, pone en riesgo la salud y por ello, en algunos casos pondría en riesgo la vida de las adolescentes y de sus hijos(as), además de tener un impacto en la salud mental, social y física de las mujeres¹⁰⁹.

Estas razones son también consideradas para acceder a un procedimiento de aborto legal en gran parte (15 de 32) de los estados del país¹¹⁰, incluyendo algunos donde la razón de mortalidad es más elevada como: Chiapas¹¹¹ (60.9 defunciones por cien mil nacidos vivos), Guerrero (51.7 defunciones por cien mil nacidos vivos) o Oaxaca¹¹² (45.6 defunciones por cien mil nacidos vivos¹¹³), sólo por mencionar algunos. A pesar de ello, lo reportado en el SAEH sobre egresos por “examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción” es sólo un caso en el último año¹¹⁴.

¹⁰⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. 6 de diciembre de 2016. CRC/C/GC/20.

¹⁰⁸ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de derechos humanos, 31 período de sesiones, 5 de enero de 2016. A/HRC/31/57.

¹⁰⁹ “Las evidencias actuales, sustentadas en investigaciones en salud y desarrollo, indican que los efectos adversos adquiridos durante la niñez se mantienen en la vida adulta, en los que influyen las deficiencias en el reconocimiento de los derechos de los niños y de los adolescentes; las fallas en el modelo médico que se utilice para atender todas las necesidades de los niños y adolescentes; el no utilizar modelos de atención primaria integral que favorezcan las acciones preventivas en lugar de las curativas; y el no promover modelos que incorporen a los niños como integrantes plenos dentro de un amplio contexto social, económico y político, entre otros” (Urbina-Fuentes, La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (2017: 703)).

¹¹⁰ Ver: Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y Mujeres sin justicia. *Derechos Reproductivos en México*. (Ciudad de México: GIRE, 2015) Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B94-UUu0etlSU0RvLWVldmRoMlk/view>.

¹¹¹ En ambos estados el peligro de muerte de la mujer es causal de aborto legal.

¹¹² El peligro de la salud de la mujer es causal de aborto legal, igual que en Michoacán, Campeche, Tamaulipas, Nuevo León, Chihuahua, Baja California Sur, Nayarit, Jalisco, Zacatecas, Hidalgo, Tlaxcala, Ciudad de México y Colima.

¹¹³ OMM, *Boletín de Mortalidad Materna*, 2017.

¹¹⁴ CAD, *Egresos Hospitalarios*, 2018.

CONCLUSIÓN

Y RECOMENDACIONES

La información analizada en este documento demuestra que la elevada tasa específica de fecundidad en niñas y adolescentes en México no sólo está asociada con las relaciones sexuales en el noviazgo en las que sea posible consensuar los encuentros sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, sino que, incluso en el contexto de las uniones tempranas, la coerción y la violencia sexual pueden limitar su autonomía y capacidad para definir su proyecto de vida¹¹⁵.

No se trata de adolescentes teniendo relaciones sexuales con adolescentes, sino de niñas siendo obligadas por adultos a tener relaciones sexuales mediante el uso de la fuerza (física o moral) o el chantaje, manipulación y amenazas en un marco de normalización cultural de la violencia contra las mujeres y de muy poca efectividad en materia de procuración de justicia.

Por ello, es necesario que el foco de las estrategias para la erradicación del embarazo infantil y la prevención del embarazo adolescente continúen incorporando y vinculando acciones específicas por parte de los servicios públicos de salud, educación y justicia por grupo etario, por ejemplo: intervenciones diferenciadas para la prevención, detección y tratamiento de la violencia de género y de violencia sexual específicamente; así como de sus efectos.

En materia de salud pública, las estrategias nacionales deben incorporar la disponibilidad y el acceso a servicios integrales que incluyan servicios de interrupción de embarazo por parte del personal de salud capacitado como una medida para proteger el interés superior de las menores, siempre garantizando la autonomía de niñas y adolescentes, para proteger sus derechos humanos como: el disfrute del máximo nivel de salud física y mental, la integridad, la dignidad, la autonomía, vivir una vida libre de violencia, entre otros.

¹¹⁵ La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en diversas sentencias, ha hecho referencia al proyecto de vida asociándolo con el concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que la persona puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son expresión y garantía de la libertad. La Corte considera que difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. García, Ramírez. "Dos temas de la jurisprudencia Interamericana: Proyecto de vida y Amnistía" en Estudios Jurídicos (Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas – UNAM, 2000), 351 – 372 <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/49/17.pdf>

De forma complementaria, es necesario asegurar la implementación de otros procesos, como el tamizaje de abuso sexual, coerción o violación sexual; el registro de esta exposición o incluso la capacitación de las y los prestadores de salud para reconocer signos y síntomas que indiquen relaciones abusivas en las menores y su correspondiente referencia a servicios especializados.

El marco normativo nacional vigente, en materia de salud, contiene suficientes herramientas legales para privilegiar el interés superior de las menores que acuden en busca de servicios de salud por embarazo, anteponiendo su derecho a la educación, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía y a una vida libre de violencia de género, por sobre cualquier otro derecho propio o ajeno¹¹⁶.

¹¹⁶ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de derechos humanos, 4 de abril de 2016. A/HRC/32/32



Sin embargo, es necesario asegurar, a nivel de los estados, ciudades y municipios, la incorporación de los parámetros y recomendaciones internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos¹¹⁷, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible en materia de salud¹¹⁸ y las medidas prioritarias suscritas por nuestro país en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo¹¹⁹.

Al respecto de estos esfuerzos, los organismos internacionales han documentado suficiente evidencia para realizar recomendaciones **enfáticas**¹²⁰ sobre la provisión de servicios de salud y otras intervenciones, así como para la toma de decisiones estratégicas en materia de política pública, procuración de justicia y la evaluación de programas y registros estadísticos en los distintos niveles y sectores de atención para las niñas y adolescentes, antes, durante y después de un parto o de un aborto, particularmente en los casos que involucran violencia sexual. A continuación, se enumeran algunas recomendaciones aplicables al contexto mexicano para el problema de salud pública que representa el embarazo en niñas y adolescentes vinculado con la violencia sexual.

¹¹⁷ Instrumentos internacionales: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, La Convención sobre los Derechos del Niño, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará) entre otras y documentos como: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, 1994; Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, 1995, entre otras.

¹¹⁸ "ODS 3: «Salud y bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades». Se relaciona directamente con la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, en particular a través de las metas 3.1 (reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos) y 3.7 (garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales)" (Urbina-Fuentes, La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (2017), 703)

¹¹⁹ Capítulo B. Derechos, necesidades responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Medidas prioritarias 7 y 12, relacionadas con la protección y ejercicio de los derechos humanos de esta población, incluyendo vivir libre de violencia y programas de SSR. Capítulo D. Acceso universal a los servicios de SSR. Medidas prioritarias 34, 40 y 42, dirigidas a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la eliminación de los abortos inseguros y el acceso a servicios de aborto legal y seguro para salvaguardar la vida y salud de mujeres y adolescentes.

¹²⁰ En las metodologías de revisiones sistemáticas se entiende como una recomendación enfática o fuerte a aquella cuya evidencia producida y sistematizada en el estado de la cuestión permite tener la certeza de que su implementación tiene más beneficios que riesgos en comparación con no implementarla. (WHO, *Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused*, 2017, 14).

Recomendaciones para la prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes.

ÁREA	RECOMENDACIONES ENFÁTICAS	OTRAS RECOMENDACIONES
Servicios de Salud	<p>Aplicación de protocolos de servicios integrales de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención sensibles a género y adaptados para niñas y adolescentes que busquen atención de salud, incluida la identificación de casos de violencia sexual y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en este marco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la aplicación de las directrices establecidas en la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente en los servicios de salud de todos los niveles de atención. • Capacitación de las y los prestadores de servicios de salud sobre las consecuencias del abuso sexual y herramientas necesarias para su identificación y tratamiento, así como del embarazo infantil y adolescente y sus complicaciones. • Cumplimiento de las Normas de Salud en el establecimiento de protocolos claros de atención a violencia sexual, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), con el fin de asegurar el acceso a éste dentro de los límites gestacionales, pero también de procurar el acceso a la justicia minimizando el riesgo de revictimización para niñas y adolescentes y protegiendo su autonomía y privacidad. • Asegurar la disponibilidad de recursos humanos y materiales—incluyendo financieros y de infraestructura—, así como de herramientas de trabajo para los prestadores, desde insumos médicos hasta formatos de registro y guías clínicas para la atención en crisis y el seguimiento de víctimas de violencia sexual, así como niñas y adolescentes embarazadas.
Promoción de la salud	<p>Poner a disposición de las niñas y adolescentes información y herramientas individuales y comunitarias para solicitar y obtener asistencia eficaz en caso de enfrentar violencia sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el estigma del aborto seguro y el embarazo adolescente. • Políticas y programas para influir sobre normas culturales que normalizan el matrimonio temprano y la violencia de género. • Intervenciones para modificar las normas socioculturales asociadas al género que promuevan, en hombres y mujeres, una visión crítica de los efectos negativos de dichas actitudes para niñas, adolescentes, mujeres y la comunidad en general.
Registro, Investigación y Evaluación	<p>De los servicios de atención a víctimas de violencia sexual (salud y legales), particularmente en niñas y adolescentes, que permitan medir la reducción de la morbilidad como resultado de las medidas aplicadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar, a las encuestas nacionales, mediciones suficientemente sensibles y específicas para el registro de los casos de coerción sexual y reproductiva, sobre todo en niñas y adolescentes; así como de las situaciones en las que ocurrieron sus embarazos. • Homogeneización de nomenclatura e indicadores medidos en diferentes encuestas, registros y formatos utilizadas en todas las áreas involucradas con la atención de la violencia. • Recopilar evidencia sobre la efectividad de leyes, políticas y programas que prevengan, atiendan o sancionen la violencia sexual y de intervenciones que prevengan el embarazo en niñas y adolescentes. • Desarrollo de evaluaciones sobre el impacto de la educación y el retraso del matrimonio.

Fuente: Elaboración propia con información de WHO, Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused, 2017; OMS, Prevención del embarazo en niñas y adolescentes y sus efectos adversos, 2012, Guttmacher Institute, Necesidad y uso de servicios de aborto legal en países en desarrollo, 2016 y ONU Mujeres, Paquete de Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia, 2015

REFERENCIAS

Cancino, A. M., & Valencia, M. H. "Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual". *Perinatología y Reproducción Humana*, (vol. 29, no. 2, 2015): 76-82. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>

Centro de Análisis de Datos A.C. *Violencia sexual y embarazo en adolescentes* (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. *Diagnóstico Cuantitativo sobre la Atención de la violencia sexual en México. Informe Final* (Ciudad de México: Secretaría de Gobernación, 2016) <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Diagn%C3%93stico-Cuanti-VS-Versi%C3%A3n-completa-14-marzo-CVS.pdf>

Comité de los Derechos del Niño, *Observación general núm. 20* (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. 6 de diciembre de 2016. CRC/C/GC/20

Consejo Nacional de Población. *Base de datos de Proyecciones de Población Nacional y Entidad Federativas.*

Datos de Proyecciones. (Ciudad de México: CONAPO, 2017) http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

_____. "Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016" en *La situación demográfica de México 2017* (Ciudad de México, en prensa)

_____. "Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y análisis de los factores que la explican" en *UAEM "Jóvenes. Problemáticas y retos en sus relaciones"*, México (en prensa).

_____. *Indicadores para la Evaluación y Monitoreo de la ENAPEA. Subgrupo de Trabajo para el Monitoreo y Evaluación de la ENAPEA.* (Ciudad de México: CONAPO, SEGOB, 2017), 25. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274372/Indicadores_monitoreo_y_evaluacion_ENAPEA.pdf

_____. *Glosario.* (Ciudad de México: CONAPO, 2014). http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Glosario_CONAPO

_____. *Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente, 2009 y 2014. Datos abiertos.* (Ciudad de México: CONAPO, 2018) <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva/resource/b3c0b959-8943-46af-8c1d-d9b763f3de0d>

Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. "WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries". *Journal of Adolescent Health*, (vol. 52, no. 5, 2013): 517-522. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214_eng.pdf?sequence=1

DataLab y Secretaría de Salud (2017) Políticas Públicas para reducir el embarazo adolescente en México. (Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2017) https://mxabierto.github.io/embarazo_adolescente/

Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana 046. 24 de marzo de 2016. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

_____. Artículos 29 y 30 Ley General de Víctimas. (Ciudad de México, 3 de enero de 2017). http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5372628&fecha=28/11/2014

_____. Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes. (México, 9 de marzo de 2018 <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=pwUhdNvCSySjs8D73SRJEPSrR007D5CWzYH1IIIEzcdK-DRcksi5E3LGpe3JYupslp>

Espeleta, H. C., Palasciano-Barton, S., & Messman-Moore, T. L.

(2017). "The impact of child abuse severity on adult attachment anxiety and avoidance in college women: the role of emotion dysregulation".

Journal of family violence, (vol. 32, no. 4, 2017): 399-407.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-016-9816-0>

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. "Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors". *Child abuse & neglect*, (vol. 14, no. 1, 1990): 19-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2310970>

Fondo de Población de las Naciones Unidas México. *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes*. (Nueva York: UNFPA, 2010) http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

_____. *Estado de la Población Mundial 2017. Mundos aparte: La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. (Nueva York: UNFPA, 2017) <https://www.unfpa.org/es/swop>

_____. *Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. (Nueva York: UNFPA: 2013) <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

García, Ramírez. "Dostemas de la jurisprudencia Interamericana: Proyecto de vida y Amnistía" en *Estudios Jurídicos* (Ciudad

de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas – UNAM, 2000), 351 – 372 <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/49/17.pdf>

González Piña, M. “Género, clase y violencia estructural”. *Entretextos* (año 7, no. 20, 2015): 1 - 13. <http://entretextos.leon.uia.mx/num/20/PDF/ENT20-3.pdf>

Grace, K. T., & Anderson, J. C. “Reproductive coercion: A systematic review”. *Trauma, Violence, & Abuse*, (2016). <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838016663935>

Grupo de Información en Reproducción Elegida. *Niñas y Mujeres sin justicia. Derechos Reproductivos en México*. (Ciudad de México: GIRE, 2015) Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B94-UUu0etl5U0RvLWVldmRoMlk/view>

Guttmacher Intitute. *Necesidad y uso de servicios de aborto por parte de adolescentes en países en desarrollo. Hoja Informativa*. (Nueva York: Guttmacher Institute, 2016 https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_adolescent-abortion-services-developing-countries_sp.pdf

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de derechos humanos, 4 de abril de 2016. A/HRC/32/32

Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de derechos humanos, 31 periodo de sesiones, 5 de enero de 2016. A/HRC/31/57

Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. (Washington: Washington University, 2017) <http://www.healthdata.org/about/ghdx>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare Data Visualization*. (Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017) <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Intercensal. Tabulados básicos de situación conyugal por grupo de edad* (Ciudad de México: INEGI, 2016) <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

_____. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Principales Resultados*. (Ciudad de México: INEGI, 2017) http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

_____. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Decisiones*

y Libertad Personal. (Ciudad de México: INEGI, 2017) Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

_____. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Familia de Origen. (Ciudad de México: INEGI, 2017) <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

_____. Estadísticas a propósito del día de la madre. (Ciudad de México: INEGI, 2017) http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf

_____. México en cifras. Estadísticas sobre Población. Tasa bruta de nupcialidad (Ciudad de México: INEGI, 2016) <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>

_____. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. (Ciudad de México: INEGI, 2015) <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística y Consejo Nacional de Población. Boletín de resultados principales de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. (Ciudad de México: INEGI, 2015) <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/>

boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. Legislación Penal en las Entidades Federativas. En: http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/cuadros_delitos/ESTUPRO.pdf

International Sexual and Reproductive Rights Coalition. Children, youth and unsafe abortion. In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children.

(New York City, International Women's Health Coalition, 2002). https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_fac_adoles_unsafeab.pdf

Morlachetti, A. "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos". Notas de población. (2007)

<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12828>

Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V., & Laski, L. "Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries". Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, (vol. 91, no. 9, 2012):

1114-1118. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22620274>

Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. "Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update".

Journal of pediatric psychology, (vol. 34, no. 4, 2008): 366-378.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18794188>

Noll, J. G., Trickett, P. K., Long, J. D., Negriff, S., Susman, E. J., Shalev, I., ... & Putnam, F. W. "Childhood sexual abuse and early timing of puberty". Journal of Adolescent Health, (vol. 60, no. 1, 2017): 65-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27836531>
Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Boletines de Mortalidad Materna, Semana Epidemiológica 52 del 2017. (Ciudad de México: OMM, 2017) http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_52_2017_COMPLETO.pdf

ONU Mujeres. Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Ciudad de México: ONU Mujeres, 2015) <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>

Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. (Ginebra: OMS, 2012). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

_____. Desarrollo en la Adolescencia (Ginebra: OMS, 2018)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

_____. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva 364. (Ginebra: OMS, 2014) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Ramos Lira, L. "Violencia y mujeres en México: una mirada a un fenómeno complejo". (Conferencia, El Colegio Nacional, simposio Mujer y Sociedad, Ciudad de México, 22 de febrero de 2018) <http://colnal.mx/events/segundas-jornadas-sociedad-y-mujer>

Ramos Lira, L., Saucedo González, I., & Saltijeral Méndez, M. T. "Crimen organizado y violencia contra las mujeres: discurso oficial y percepción ciudadana". Revista mexicana de sociología, (vol. 78, no. 4, 2016): 655-684. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000400655

Relyea, M., & Ullman, S. E. "Predicting sexual assault revictimization in a longitudinal sample of women survivors: variation by type of assault". Violence against women, (vol. 23, no. 12, 2017): 1462-1483. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27555596>

Restrepo, M, Numa, L. T., Bernal, D. R., de Galvis, Y. T., & Sierra, G. "Sexual abuse and neglect situations as risk factors

for adolescent pregnancy". *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English ed.), (vol. 46, no. 2, 2017): 74-81. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530312017300206>

Schiavon, Raffaella, "Panorama general de la carga de enfermedades en adolescentes en México", (conferencia, presentado en el Congreso de Salud Pública, noviembre de 2016, Mérida Yucatán).

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 046 SSA-2005. (Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2009)http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf

Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A.

"Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females". *The British Journal of Psychiatry*, (vol. 184, no. 5, 2004): 416-421. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15123505>

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). "A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world". *Child maltreatment*, (vol. 16, no. 2, 2011): 79-101. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511741>

Tesis aislada, 10ª época, Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Octava Región, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XXIV, septiembre de 2013, Tomo 3 p. 2707.

Tridenti, G., & Vezzani, C. "Pregnancy in Adolescence" in *Good Practice in Pediatric and Adolescent Gynecology* (Italy: Springer International, 2018): 239-259 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57162-1_15

UNICEF. Convención de los Derechos del Niño. 1989

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Urbina-Fuentes M, Jasso-Gutiérrez L, Schiavon-Ermani R, Lozano R, Finkelman J. "La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud". *Gaceta Médica de México* (2017, pp. 153): 697-730. https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n6/GMM_153_2017_6_697-730.pdf

Van der Kolk, B. A. "Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories". *Psychiatric annals*, (vol. 35, no. 5, 2017): 401-408. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961123>

Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L.,

Atienzo, E. E., Estrada, F., & la Vara-Salazar, D. "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México" salud pública de México, (vol. 57, no. 2, 2015): 135-143. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008

World Health Organization. Born too soon. The Global Action Report of Preterm Birth. (Geneva: OMS, 2012) http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

_____. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia (Geneva: WHO, 2005) http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/

_____. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. (Geneva: OMS, 2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

_____. Global Status Report on violence prevention 2014. Full Report. (Geneva: WHO, UNDOC, UNDP, 2014) http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

_____. Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused. Clinical Guidelines. (Geneva: WHO, 2017) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>

Zelizer, V. A. "The purchase of intimacy". Law & Social Inquiry, (vol. 25, no. 3, 2000): 817-848. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1747-4469.2000.tb00162.x>

GRACIAS A NUESTRAS FIRMANTES



CRÉDITOS:

Directora de Ipas México: Eliana Olaizola

Líder de proyecto: Ma Elena Collado

Coordinación de obra: Fernanda Díaz de León

Redactora principal: Karla Flores

Equipo de redacción:

- Eliana Olaizola
- Fernanda Díaz de León
- Ma. Elena Collado
- Laura Andrade
- Alexis Hernández
- Britt Higgins

Responsable editorial: Laura Andrade

Investigación y curaduría de datos:

Centro de Análisis de Datos para la Salud

Investigación y texto: Karla Flores

Diseño e impresión: Origami Boutique Creativa S.A de C.V

Fotografía:

- Sergio Leal
- Unsplash / Foter

AGRADECIMIENTOS:

Nuestro especial agradecimiento a Raffaella Schiavon Ermani, por haber impulsado esta investigación durante su cargo como directora de Ipas México, hasta diciembre de 2017.

Agradecemos los comentarios y aportes a este documento a:

- Balance A.C.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)
- Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA)
- Sociedad Mexicana de Salud Pública



www.ipasmexico.org