

Situación de la Salud Sexual y Reproductiva



Situación de la Salud Sexual y Reproductiva

REPÚBLICA MEXICANA

© CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

Dr. José María Vértiz 852, Col. Narvarte

C. P. 03020, México, D. F.

<<http://www.gob.mx/conapo>>

Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana

Primera edición: noviembre de 2016

ISBN: 978-607-427-283-3

Se permite la reproducción total o parcial
sin fines comerciales, citando la fuente.

Impreso en México

Consejo Nacional de Población

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

CLAUDIA RUIZ MASSIEU SALINAS
Secretaria de Relaciones Exteriores

JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA
Secretario de Desarrollo Social

RAFAEL PACCHIANO ALAMÁN
Secretario de Medio Ambiente
y Recursos Naturales

JOSÉ EDUARDO CALZADA ROVIROSA
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

AURELIO NUÑO MAYER
Secretario de Educación Pública

JOSÉ NARRO ROBLES
Secretario de Salud

ALFONSO NAVARRETE PRIDA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

MARÍA DEL ROSARIO ROBLES BERLANGA
Secretaria de Desarrollo Agrario,
Territorial y Urbano

ILDEFONSO GUAJARDO VILLARREAL
Secretario de Economía

LUIS VIDEGARAY CASO
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LAURA VARGAS CARRILLO
Titular del Sistema Nacional para el
Desarrollo Integral de la Familia

JULIO ALFONSO SANTAELLA CASTELL
Presidente del Instituto Nacional
de Estadística y Geografía

LORENA CRUZ SÁNCHEZ
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
Director General del Instituto Mexicano
del Seguro Social

JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS
Director General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

NUVIA MAGDALENA MAYORGA DELGADO
Directora General de la Comisión Nacional
para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Secretaría de Gobernación

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
Secretario de Gobernación

LUIS ENRIQUE MIRANDA NAVA
Subsecretario de Gobierno

FELIPE SOLÍS ACERO
Subsecretario de Enlace Legislativo y Acuerdos Políticos

ROBERTO CAMPA CIFRIÁN
Subsecretario de Derechos Humanos

HUMBERTO ROQUE VILLANUEVA
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos

ANDRÉS CHAO EBERGENYI
Subsecretario de Normatividad de Medios

ALBERTO BEGNÉ GUERRA
Subsecretario de Prevención y Participación Ciudadana

JORGE FRANCISCO MÁRQUEZ MONTES
Oficial Mayor

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

PATRICIA CHEMOR RUIZ
Secretaria General

JESÚS ZIMBRÓN GUADARRAMA
Director General Adjunto de
Análisis Económico y Social

MARÍA DE LA CRUZ MURADÁS TROITIÑO
Directora General de Estudios
Sociodemográficos y Prospectiva

MATÍAS JARAMILLO BENÍTEZ
Director General de Planeación
en Población y Desarrollo

ABRAHAM ROJAS JOYNER
Director General de Programas de Población
y Asuntos Internacionales

JAVIER GONZÁLEZ ROSAS
Director de Estudios Socioeconómicos
y Migración Internacional

RAÚL ROMO VIRAMONTES
Director de Poblamiento y
Desarrollo Regional Sustentable

ELOINA MENESES MENDOZA
Directora de Estudios Sociodemográficos

RAÚL GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ
Director de Análisis Estadístico e Informática

CÉSAR ANDRÉS GARCÍA SÁNCHEZ
Director de Cultura Demográfica

BÁRBARA STELLA MIRANDA DELGADO
Directora de Coordinación Interinstitucional
e Intergubernamental

JUAN CARLOS ALVA DOSAL
Director de Administración

Instituto Nacional de Salud Pública

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Director General

DR. EDUARDO CESAR LAZCANO PONCE
Director General Adjunto del Centro de Investigación
en Salud Poblacional

DR. JUAN ÁNGEL RIVERA DOMMARCO
Director General Adjunto del Centro de Investigación
en Nutrición y Salud

DRA. CELIA MERCEDES ALPUCHE ARANDA
Directora General Adjunta del Centro de Investigación
sobre Enfermedades Infecciosas

DR. ILDEFONSO FERNÁNDEZ SALAS
Director del Centro Regional de Investigación
en Salud Pública

DR. RAFAEL LOZANO ASCENCIO
Director General Adjunto del Centro de Investigación
en Sistemas de Salud

DRA. LAURA MAGAÑA VALLADARES
Directora General Adjunta y Secretaria Académica

DR. PEDRO SATURNO HERNÁNDEZ
Director General Adjunto del Centro de Investigación
en Evaluación y Encuestas

DR. JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Director General Adjunto del Centro de Información
para Decisiones en Salud Pública

MTRA. MARÍA MAGDALENA CASTRO ONOFRE
Directora de Administración y Finanzas

DR. ARMANDO VIEYRA ÁVILA
Director de Planeación

C.P. OLGA SAMANO BOTELLO
Contralora Interna

Créditos

Coordinadoras

María de la Cruz Muradás Troitiño
Eloina Meneses Mendoza

Autores

Eloina Meneses Mendoza
María Felipa Hernández López
Cecilia I. Gayet Serrano Clavero
Fátima Juárez Carcaño
Rafael Lozano Ascencio
Edson Serván Mori

Procesamiento de información

Miguel Sánchez Castillo

Sistematización en cuadros y gráficas

Dalila Mendoza Aguilar
Mitzi Ramírez Fragoso
Graciela Tapia Colocia

Corrección de estilo

Liliana Velasco Díaz

Diseño, formación y cuidado de la edición

Maricela Márquez Villeda
Myrna Muñoz del Valle
Virginia Pérez Muñoz

Proyecto interactivo

Giovanni López González

Con el apoyo de

Edgar Castro Díaz
Maryel Méndez Verdin

Contenido

Presentación / **13**

Introducción / **15**

1. Aspectos a considerar en la construcción de indicadores sobre fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 / **19**

1.1. Antecedentes. Historia y características de la encuesta / **20**

1.2. Alcances de la encuesta / **21**

1.3. Aspectos operativos a considerar en las estimaciones / **22**

1.4. Aspectos estadísticos a considerar en las estimaciones / **26**

Conclusiones / **42**

2. Panorama demográfico y principales características de las mujeres en edad reproductiva / **45**

2.1. Panorama demográfico / **46**

2.2. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil a partir de la ENADID / **52**

Conclusiones / **56**

3. Principales transiciones a la vida sexual y reproductiva / **59**

3.1. Inicio de la vida sexual / **59**

3.1.1. Edad mediana a la primera relación sexual / **60**

3.1.2. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual / **61**

3.1.3. Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual / **65**

3.1.4. Razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual / **70**

3.1.5. Condición de actividad sexual / **74**

3.2. Condición de unión conyugal de las mujeres en edad fértil / **77**

3.2.1. Edad mediana a la primera unión / **77**

3.2.2. Situación conyugal / **79**

3.3. Inicio de la fecundidad / 84

3.3.1. Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) / 84

3.3.2. Edad al nacimiento del primer hijo(a) nacido vivo / 86

3.3.3. Intervalo protogenésico e intergenésico / 90

Conclusiones / 92

4. Fecundidad / 95

Conclusiones / 104

5. Preferencias reproductivas y embarazo no planeado y no deseado / 107

5.1. Ideal de hijos(as) / 107

5.2. Planeación y deseo del embarazo / 110

5.3. Planeación y deseo del último hijo(a) nacido vivo / 114

Conclusiones / 116

6. Anticoncepción / 119

6.1 Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos / 120

6.2. Conocimiento funcional por tipo de método anticonceptivo / 122

6.2.1. Uso de métodos anticonceptivos y conocimiento funcional / 128

6.3. Inicio del uso de métodos anticonceptivos / 131

6.4. Prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas / 135

6.4.1. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres sexualmente activas / 140

6.4.2. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas / 145

6.4.3. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas / 150

6.4.4. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres en edad fértil unidas / 155

6.4.5. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas / 160

6.5. Tipo de método anticonceptivo actualmente utilizado / 165

6.5.1. Lugar de obtención del método anticonceptivo / **171**

6.5.2. Calidad del servicio / **176**

6.6. Anticoncepción posparto / 181

6.7. Falla en el uso de métodos anticonceptivos / 186

Conclusiones / 192

7. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos / 197

7.1. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas / **198**

7.2. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas / **200**

7.3. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas solteras / **202**

Conclusiones / 204

8. La Salud Materna en México: análisis de las Encuestas de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014 / 207

8.1. Antecedentes / **207**

8.2. Breve descripción de los métodos empleados para el análisis de las ENADID 1997-2014 / **210**

8.3. Perfiles observados de las mujeres en edad fértil en México / **212**

8.3.1. Perfil sociodemográfico 1997-2014 / **212**

8.3.2. Atención de la Salud materna 1997-2014 / **214**

8.3.3. Continuidad de la atención materna 2014 / **214**

8.4. La atención continua de la salud materna en México / **218**

Conclusiones / 221

Anexo / 225

Índice de gráficas / 227

Presentación

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 tiene como una de sus metas y objetivos lograr un México incluyente, que garantice el ejercicio efectivo de los derechos sociales de toda la población; que transite hacia una sociedad equitativa e incluyente; y que asegure el acceso a los servicios de salud. Derivado de esta meta, el Programa Nacional de Población plantea “ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres”; en el que se considera a la salud como un factor indispensable para el desarrollo óptimo y a la salud sexual y reproductiva como un componente fundamental del bienestar y libertad de las personas.

Los objetivos mencionados dan cumplimiento al artículo cuarto constitucional en el que se establece el derecho que tiene la población mexicana a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. Es por ello que la política de población debe conducirse con pleno respeto a los derechos humanos, para que las decisiones que tomen los individuos y las parejas en cuanto a sexualidad y reproducción sean libres de toda discriminación, coacción o violencia.

Es en este marco que la Secretaría General del Consejo Nacional de Población ofrece esta publicación, que tiene como finalidad presentar los avances y retos en materia de salud sexual y reproductiva en el país. Para ello, a partir de la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, se presentan diversos indicadores que dan cuenta de los principales aspectos de la salud sexual y reproductiva, con lo que se busca ofrecer una herramienta para que los tomadores de decisiones puedan establecer acciones efectivas que incidan en los factores asociados al rezago en estos temas y se cierren las brechas existentes entre los diversos grupos poblacionales.

Esperamos que los indicadores presentados coadyuven a mejorar la información que existe sobre la materia, con el fin último de lograr un mayor acceso a la salud sexual y reproductiva que contribuya así al ejercicio de los derechos, y empodere a las mujeres y sus parejas a tomar mejores decisiones que afecten de manera positiva en su curso de vida y su salud.

Patricia Chemor Ruíz

Secretaria General del Consejo Nacional de Población

Introducción

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano que se define como “... un estado general de bienestar físico y mental en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, este enfoque entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad para decidir sobre la procreación, el momento más adecuado para ésta y el número de veces que habrá de ocurrir” (CIPD, 1994; pág. 53).

El nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) refleja de manera sinérgica algunos de los principales indicadores del nivel de desarrollo de un país; por ejemplo, el nivel educativo de la población, las desigualdades entre zonas urbanas y rurales, pobreza y marginación, u otros factores que sitúan a ciertos grupos en condiciones desfavorables y de vulnerabilidad, como los grupos indígenas, las enraizadas inequidades de género, o las propias características de la edad como la juventud o la vejez, que condicionan de forma directa el acceso a los servicios de SSR.

Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es de fundamental importancia, ya que se consolidan como derechos humanos en tanto protegen la vida y la integridad de las personas. Asimismo, incluyen el derecho de todos los individuos a acceder libres de coerción, discriminación y violencia, al más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y oportunos; a solicitar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad; incluye también el derecho a la educación sexual integral; el respeto a la integridad corporal; la elección libre de pareja; derecho a decidir ser sexualmente activo o no; a las relaciones sexuales consensuadas; al matrimonio libre de coerción; el derecho a decidir si tener hijos o no, y cuándo; y ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. De forma particular, las mujeres deben tener acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo sano, un parto seguro e hijos saludables.¹

Es por ello, que a través del análisis y difusión de los indicadores asociados a la SSR se busca mejorar y actualizar la información disponible para coadyuvar al diseño, seguimiento y/o evaluación de políticas públicas, programas y estrategias, siempre con un enfoque de pleno respeto a los derechos humanos de los individuos, sobre todo de aquellos en situación de vulnerabilidad.

Los compromisos del Estado mexicano respecto a este tema se reconocen en el Programa Nacional de Población 2013 - 2018, en específico en su Objetivo Estratégico 2, que busca ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres. Está

¹ Cf: World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-21 January 2002, Geneva, pág. 5

también incluido como un eje rector en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes -“Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos”- en el que se reconoce que, en la medida en que los diferentes actores sociales internalicen los valores y derechos asociados a la SSR, aumentarán el acceso, conocimiento y uso apropiado de los métodos y servicios para adolescentes.²

A nivel Internacional, México es signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que busca garantizar para 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar y anticoncepción, información y educación, y la reducción de la mortalidad materna.

De igual modo, se ha tomado parte del Consenso de Montevideo en el que se afirma que “... la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental”,³ y una de sus medidas prioritarias versa sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.⁴

En el marco de los compromisos nacionales e internacionales señalados, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SG del CONAPO) reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos, y que su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza.

Para hacer respetar los derechos sexuales y reproductivos es necesario contar con información confiable y actualizada sobre el tema, que permita focalizar y evaluar los programas gubernamentales que tengan mayor impacto sobre la población. Así, con este objetivo, la SG del CONAPO publica este trabajo, cumpliendo con una de sus principales tareas de “Analizar, evaluar y sistematizar información sobre los fenómenos demográficos” y “Realizar, promover, apoyar y coordinar estudios e investigaciones para los fines de la política de población”.

Esta publicación parte del análisis detallado de los resultados de la más reciente Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), los cuales se comparan, en lo posible, con los obtenidos en la ENADID 2009. Esta encuesta permite la continuidad con otros estudios dirigidos a la captación de información sobre la dinámica demográfica en nuestro país; sobre los niveles de fecundidad, mortalidad infantil y los movimientos migratorios; y que, aunados a otros temas permiten estimar las preferencias reproductivas, la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y las características del último embarazo de las mujeres.

Por lo anterior, esta publicación inicia con la presentación de los principales aspectos a considerarse en la construcción de indicadores a partir de la ENADID 2014; es decir, se describen los alcances y limitaciones de la encuesta que permitirán dimensionar los resultados básicos obtenidos, así como mostrar áreas de oportunidad para encuestas posteriores.

² Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), <http://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea> pág. 73

³ Acuerdos de la 1ª Conferencia Regional de Población y Desarrollo, pág. 7.

⁴ Medida prioritaria D del Consenso de Montevideo.

El segundo capítulo presenta un breve panorama demográfico y las principales características de las mujeres en edad reproductiva, lo que nos permite identificar a la población femenina entre los 15 y 49 años de edad de acuerdo a su escolaridad, lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena. Características que se retomarán a lo largo de este documento para el análisis de cada una de las temáticas.

Las principales transiciones a la vida sexual y reproductiva se analizan en el tercer capítulo a través de indicadores como la edad mediana a la primera relación sexual y primera unión, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, el método utilizado en ésta y los motivos por los cuales no se usaron, así como la situación de actividad sexual y la conyugal de las mujeres en edad reproductiva. El inicio de la fecundidad se ha estudiado a través de la probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a), la edad de la mujer al momento de ese evento y el intervalo protogenésico e intergenésico, lo cual permite abonar al conocimiento y actualizar indicadores sobre las condiciones de la mujer en el momento de esas transiciones, mismas que ocurren de manera diferenciada de acuerdo a las características sociales y culturales de cada persona.

Como un tema central, dado que es un indicador de impacto que permite conocer si han funcionado o no las acciones llevadas a cabo en materia de salud sexual y reproductiva, se presenta en el cuarto capítulo el análisis de la tasa global de fecundidad y las tasas específicas por edad de la mujer, tratando de mostrar las brechas persistentes entre las entidades federativas, así como en los grupos más vulnerables de mujeres (adolescentes, hablantes de lengua indígena y residentes en áreas rurales) con respecto a las que viven en condiciones sociales más favorables.

En el quinto apartado se abordan las preferencias reproductivas, así como la planeación o deseo del embarazo, y el embarazo no planeado. En esta ocasión, la ENADID incluyó la pregunta sobre el deseo o planeación del último hijo(a) nacido vivo. Cabe señalar, que en ediciones anteriores se incluía esta pregunta pero solo se aplicaba a las mujeres embarazadas al momento de la encuesta; en esta ocasión se presenta un panorama más amplio que permite aproximarse hacia algunas necesidades insatisfechas en anticoncepción, así como el acceso efectivo a los servicios de planificación familiar y anticoncepción.

En el siguiente capítulo se analiza la anticoncepción en las mujeres en edad reproductiva. Es el tema más extenso debido a la complejidad y abundancia de variables que rodean a esta práctica. La información que las mujeres dicen tener sobre los métodos anticonceptivos se enriquece, en esta ocasión, con las preguntas que exploran el conocimiento sobre su funcionamiento; lo que a su vez también permite analizar y tratar de explicar las fallas en el uso de los métodos. Asimismo, se estudia la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil, lo que permite identificar el poco avance en la inclusión de los hombres en las decisiones de la vida sexual y reproductiva, y, por lo tanto, en la responsabilidad compartida. En la parte final de este capítulo se identifica el lugar de obtención del método, la calidad de la atención, así como a la anticoncepción post evento obstétrico y algunas condiciones que la determinan.

Con la finalidad de conocer el nivel de acceso que tienen las mujeres a la salud sexual y reproductiva, en el capítulo siete las Doctoras Cecilia Gayet y Fátima Juárez, analizan la necesidad no satisfecha de anticoncepción. A través de este indicador las autoras determinan la potencial demanda de métodos anticonceptivos

de la población femenina mexicana, pues detectan a las mujeres que, a pesar de querer limitar o espaciar su descendencia, no usan algún método para lograrlo, asimismo analizan si las características sociodemográficas facilitan, o no, el acceso a los mismos.

Por último, el libro cierra con una temática muy relevante: la salud materna en México. Los Doctores Rafael Lozano Ascencio y Edson Servan Mori, del Instituto Nacional de Salud Pública, toman como base la información de las ENADID de 1997, 2009 y 2014 para presentar un panorama sobre los antecedentes relacionados con la salud de la mujer y los esfuerzos a nivel internacional para disminuir la mortalidad por causas maternas, a partir de establecer acciones y compromisos con todos los países para la disminución de estos eventos. Asimismo, se presentan los resultados de la atención en nuestro país a la salud materna a través de distintos indicadores que permiten dar cuenta de la atención prenatal, al momento del parto y posterior a éste, así como los resultados de continuidad de la atención materna por medio de coberturas independientes y condicionadas para el nivel nacional. Para las entidades federativas resumen éstas en un mapa en el cual muestran el panorama nacional con un comportamiento visiblemente regionalizado.

La SG del CONAPO tiene el propósito de que este libro sea material útil y necesario para los tomadores de decisiones en la puesta en marcha y seguimiento de las acciones establecidas en los compromisos nacionales e internacionales, que les permitan diseñar programas o estrategias, que más allá del logro, permitan que la mujer goce de salud sexual y reproductiva y que, además, la ejerza conforme a sus derechos, autonomía y libre decisión, buscando en todo momento el incremento de la participación masculina que permita tanto a mujeres como a hombres involucrarse y ser corresponsables de las decisiones en materia de sexualidad y reproducción, lo que con seguridad provocará establecer relaciones más igualitarias y recíprocas.

Aspectos a considerar en la construcción de indicadores sobre fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014

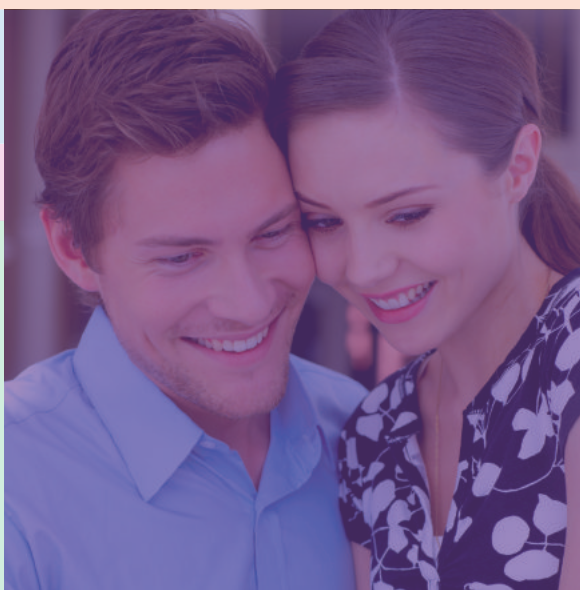
Este capítulo tiene como finalidad reflexionar en torno a algunas de las precisiones que se deben considerar al emplear la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Como es sabido, la información que brinda esta serie de encuestas resulta de gran utilidad para la toma de decisiones y planeación de políticas públicas, dada su amplitud y confiabilidad para el análisis de temas que advierten cambios en el panorama demográfico.

Debido a que el objetivo de las encuestas en hogares como la ENADID es definir un perfil estadístico de la población objetivo a partir de un conjunto de supuestos probabilísticos sobre ésta, el uso de sus datos involucra la necesidad de establecer la precisión y el alcance de la información que de ella se deriva. Por lo anterior, para la elaboración de este trabajo es indispensable contar con un análisis sobre los resultados de la ENADID 2014, ya que esta publicación en su totalidad, se realizó con la información que esta encuesta proporciona en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, la cual resulta un insumo primordial que apoya a las acciones a realizarse y/o modificarse en la materia.

En el documento metodológico y el informe operativo de la encuesta⁵ del que se toma parte de la información que aparece en este capítulo, se advierte sobre la representatividad y alcances de la misma, sin embargo, se considera conveniente realizar este ejercicio como inicio de la publicación con el objeto de dar a conocer a los usuarios y tomadores de decisiones ciertos aspectos que deben tenerse en cuenta antes de considerar de manera determinante algunos de los indicadores que se generan en este libro. Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO), como institución proveedora de insumos para la planeación demográfica del país, es importante ofrecer evidencias y argumentos que permitan discernir sobre el alcance de las fuentes de información que se utilizan, la precisión de los indicadores que pueden obtenerse a partir de éstas y, en ciertos casos la recomendación de utilizar con cautela algunos datos que se derivan de dichas fuentes.

Es por ello, que se considera necesario presentar un breve análisis sobre el diseño de la encuesta mostrando sus alcances con relación a la estimación de in-

⁵ Disponibles en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075255.pdf



dicadores sobre salud sexual y reproductiva, en específico de las tasas de fecundidad y la prevalencia anticonceptiva, que permita un análisis puntual de la información, facilitando la comprensión de los factores que deben considerarse para cada uno de los indicadores analizados aquí.

1.1. Antecedentes. Historia y características de la encuesta

México tiene una larga tradición en la práctica de recabar información sobre fecundidad a través de la aplicación de encuestas retrospectivas; es así que desde la década de los sesenta⁶ se han llevado a cabo diversos estudios de este tipo con el propósito de contar con información confiable sobre los niveles y tendencias de la fecundidad, así como de los factores que inciden en el comportamiento de este componente demográfico. Aunque la mayoría de las encuestas retrospectivas realizadas en el país surgieron con el fin de obtener información sobre fecundidad, éstas han permitido investigar también otras temáticas relevantes de la dinámica demográfica. Es en este contexto que surgió en 1992 la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), que ha representado una de las principales fuentes de información para conocer los niveles y tendencias, no solo de la fe-

cundidad y sus determinantes, sino también de la mortalidad y la migración, así como de una amplia gama de factores que influyen en las tendencias de los fenómenos demográficos.

Por la importancia de las temáticas que aborda, la ENADID se ha realizado en cinco ocasiones. La primera, como ya se mencionó, se llevó a cabo en 1992 a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esta encuesta consideró los tres componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, migración y mortalidad (INEGI, 2015b); sin embargo, con respecto a factores directamente relacionados con el número y espaciamiento de los hijos, sólo se logró recopilar información sobre la edad a la primera unión y una extensa sección sobre uso de anticonceptivos (Welti, 2006). No obstante lo anterior, dicha encuesta representó un gran avance, ya que fue la primera que permitió realizar estimaciones a un nivel de desagregación geográfica que no había sido posible con otras encuestas previas (Welti, 2006).

En 1997 se efectuó la segunda encuesta, con la que se dio continuidad a los temas abordados en 1992 y se incorporaron las nuevas demandas en materia demográfica, como salud materno-infantil, preferencias reproductivas e historia de uniones (Welti, 2006). El siguiente levantamiento fue en marzo de 2006, estuvo coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) como parte de un proyecto de cooperación interinstitucional entre la Dirección General de Información en Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, el CONAPO y el INEGI (INEGI, 2015b).

La encuesta de 2009, por su parte, fue realizada por el INEGI en colaboración con el CONAPO,

⁶ En 1964 bajo el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL), se llevó a cabo la Encuesta Demo-Sociológica Familia y Reproducción en el Distrito Federal, que fue la primera encuesta de fecundidad en el país y estuvo dirigida por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM y el CELADE. Bajo este mismo programa de encuestas de 1969-1970 se realizaría la Encuesta de Fecundidad Rural. Más tarde se llevarían a cabo otras encuestas como la Encuesta Nacional Demográfica en 1982, la Encuesta Mexicana de Fecundidad en 1976-1977 la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud en 1987 y en 1995 la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Figueroa, 2008).



y permitió actualizar la información relacionada con las variables demográficas ya mencionadas. La encuesta más reciente es la ENADID 2014, también fue efectuada por el INEGI y, al igual que las anteriores, además de dar continuidad y mejorar la generación de información relacionada con la dinámica demográfica incluyó temas específicos sobre la población, los hogares y las viviendas de México (INEGI, 2015b).

La ENADID 2014 incluyó dos instrumentos, el “Cuestionario para el Hogar”, que recaba información sobre algunas características de las viviendas y sus residentes, y además un “Módulo para la Mujer”, dirigido a la población femenina de 15 a 54 años de edad con preguntas relacionadas con las preferencias reproductivas, historia de embarazos, anticoncepción, salud materno-infantil y nupcialidad, entre otros, lo que convierte a esta encuesta en la fuente más adecuada para el objetivo de este estudio. A través del “Módulo para la Mujer” es posible actualizar los indicadores que permiten estimar la fecundidad, así como dar seguimiento a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil, y compararlos con los obtenidos en levantamientos anteriores para poder determinar el grado de avance sobre las metas programáticas planteadas en estos aspectos.

Asimismo, el “Cuestionario para el Hogar”, en el que se captan diversas características sociodemográficas, permite relacionar los indicadores de interés con grupos de la población específicos e identificar diferenciales o rezagos en ciertos sectores de la población. Por lo anterior, la ENADID ha sido el insumo básico para la elaboración de las diversas publicaciones realizadas por el CONAPO que han dado cuenta de la salud reproductiva, ya que permite proporcionar un

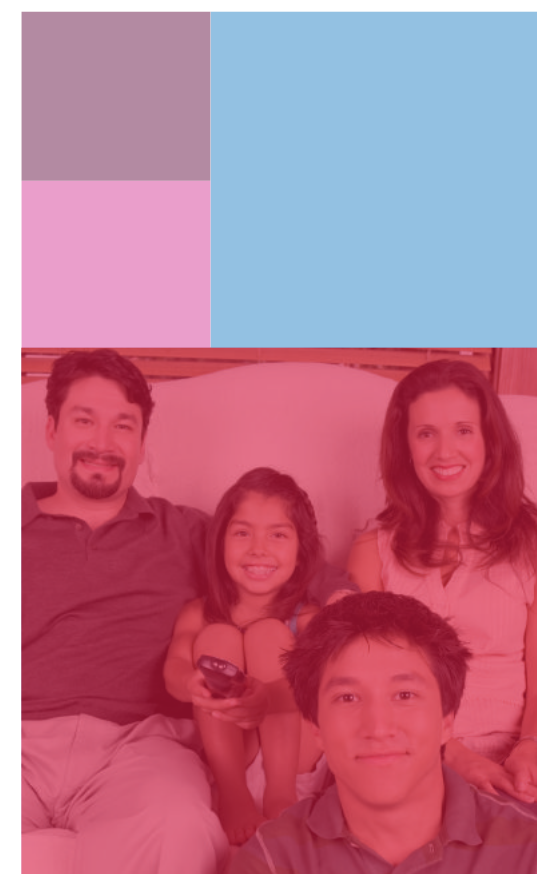
panorama a nivel nacional y por entidad federativa de las principales necesidades de la población en esta materia, lo cual es útil para la evaluación y construcción de políticas públicas que garanticen el acceso a los derechos básicos de la población en este sentido.

1.2. Alcances de la encuesta

Desde sus inicios, la ENADID se ha considerado una de las fuentes de datos más apropiada para estimar diversos indicadores relacionados con la fecundidad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, debido en buena parte a la amplia gama de aspectos que aborda con relación a este tema, así como por el tamaño de su muestra, cuya representatividad es nacional, estatal y por tamaño de localidad.

No obstante lo anterior, se reconoce que las fuentes de datos suelen tener áreas de oportunidad; en este contexto, aunque tradicionalmente las encuestas han supuesto una mejor calidad que otras fuentes, como censos y registros administrativos, también presentan limitaciones que pueden afectar la información sobre el nivel y patrón de la fecundidad, así como de la información sobre salud sexual y reproductiva. Por ello, es necesario tomar algunas previsiones al usarlas, con el fin de conocer mejor el grado de exactitud con que permiten medir los temas de interés (CONAPO, 2005).

Los errores que pueden afectar la información obtenida mediante una encuesta retrospectiva, como la ENADID, son diversos. En primer lugar, están aquellos relacionados con la precisión de la información que proporcionan las mujeres entrevistadas. Según Brass y Rashad (1980), los errores más comunes en una encuesta retrospectiva que pueden afectar las estimaciones de fecundidad son los siguientes:



- Errores en la definición de la cohorte a causa de una mala declaración de la edad actual de las mujeres. De esta forma, la dirección y magnitud del error en los niveles y tendencias de la fecundidad estaría influido por el número de mujeres desplazadas de un grupo de edad a otro y por el número de hijos que han tenido.
- Omisión en la declaración del total de hijos nacidos vivos entre las mujeres de mayor edad, lo que provoca una subestimación de la fecundidad.
- Finalmente, los errores de localización de los nacimientos en el tiempo de forma general o bien con patrones diferenciados según edad de la madre, puede provocar la ilusión de una fecundidad más alta en el pasado de lo que realmente ocurrió (efecto Brass) o bien una fecundidad más alta de lo real en el presente (efecto Potter).

En el caso específico de la información recabada sobre el uso de métodos anticonceptivos se pueden extrapolar problemas del mismo tipo a los hallados en las historias de embarazos de las mujeres. Aunque no existe una evaluación como tal sobre la calidad de la información obtenida sobre el uso de anticonceptivos de la ENADID, en otras encuestas con características similares a ésta, como la serie de encuestas Demographic and Health Surveys (DHS) en el mundo, la National Survey of Family Growth (NSFG) en Estados Unidos y la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) en México, se ha encontrado que, al tratarse de encuestas de tipo retrospectivo, en las que la información que se recolecta se refiere a la práctica anticonceptiva actual y pasada, se puede presentar una declaración de datos inexactos debido al olvido o a la apreciación propia de las entrevistadas (Aparicio, 1982; Garrison 1984; Trussell, 2009).

Uno de los principales problemas asociados con la calidad de la información de la ENADID se vincula justamente con el hecho de que el reporte retrospectivo del uso de métodos anticonceptivos se basa en la habilidad de las mujeres entrevistadas para recordar de forma precisa los segmentos de uso, lo que tiene como consecuencia la omisión de algunos de éstos o la declaración incompleta de las fechas asociadas a ellos a causa del olvido, lo que puede provocar subestimación de las prevalencias de uso o bien desplazamientos de la información en el tiempo.

Como se observa, algunos de los aspectos que pueden ocasionar estimaciones poco precisas involucran las respuestas que la población entrevistada haya otorgado al entrevistador,⁷ el cual debe tener una buena capacitación para establecer, con la mayor precisión posible, la historia de embarazos o de métodos anticonceptivos, entre otros eventos, lo que deja, una vez llevada a cabo la capacitación de entrevistadores y la supervisión adecuada en campo, fuera de control de la institución encargada del levantamiento, en este caso el INEGI, algunas de estas imprecisiones.

1.3. Aspectos operativos a considerar en las estimaciones

Existen aspectos operativos importantes que también deben tomarse en cuenta al efectuar estimaciones con la ENADID, ya que éstos pueden afectar las inferencias que se realicen a partir de ella.

En este sentido, el nivel de no respuesta, que es el porcentaje de viviendas en las que no se logró la

⁷ El manual para la entrevistadora puede consultarse en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/enadid2014_manual.pdf; de manera particular pp. 120-132

entrevista debido al marco de muestreo o al informante, representa un factor operativo fundamental a considerar, ya que permite registrar si el número de unidades de observación seleccionadas de las que se obtuvo información, es suficiente para elaborar estimaciones de calidad, debido a que es a partir de la información recabada que se realizan inferencias de la población total (INEGI, 2015a). Como Cochran (1984) lo menciona, cualquier porcentaje considerable de no respuesta, hace poco factible o muy costoso alcanzar una precisión altamente garantizada mediante el aumento en el tamaño de la muestra de los entrevistados.

Según el informe operativo de la ENADID 2014 (INEGI, 2015a), la no respuesta a nivel nacional fue de 9.2 por ciento, la cual se debió en mayor medida al marco de muestreo. Esto significa que la vivienda seleccionada estaba desocupada o no existía; mientras que solo una pequeña parte se debió al informante, es decir, la entrevista fue aplazada, el informante no era el adecuado, los residentes de la vivienda no se encontraban o bien se negaron a dar la entrevista.

El INEGI (INEGI, 2015a) reporta que por coordinación estatal⁸ los porcentajes mínimos de no respuesta se registraron en Oaxaca y Zacatecas, con 5.7 y 6.5 por ciento, respectivamente. Por su parte, 20 coordinaciones presentaron un nivel de no respuesta de entre 6.6 y 10 por ciento, siendo las más altas Colima, México Poniente y Durango con 9.7, 9.4 y 8.9 por ciento, respectivamente. No obstante, existen 11 coordinaciones estatales en las que la no respuesta supera los diez puntos porcentuales,

⁸ Las coordinaciones estatales son oficinas del INEGI en las entidades federativas donde entre otras cosas, se lleva a cabo y se supervisa el levantamiento de información estadística de la propia entidad. Cada uno de los estados cuenta con una coordinación estatal, mientras que el Estado de México, por el tamaño de su población cuenta con dos coordinaciones estatales: Poniente y Oriente.

entre las que sobresalen, por tener los valores máximos en orden ascendente: Baja California Sur con una no respuesta de 14.2 por ciento, Quintana Roo con 14.7 por ciento y Tamaulipas, el caso más extremo, con 15.3 por ciento (véase gráfica 1.1).

Si bien el diseño estadístico de la encuesta contempla en la estimación de la muestra una no respuesta de hasta 15 por ciento, el nivel de este indicador en las tres entidades antes mencionadas, así como en algunas otras, debe tenerse en cuenta, dado que podría implicar una menor calidad en sus estimaciones, específicamente cuando niveles altos de no respuesta se conjugan con el porcentaje de entrevistas incompletas (Kish, 1987), ya que existen entidades en las que la precisión de las estimaciones podría verse comprometida.

Tomando en cuenta lo anterior, se analiza a continuación la proporción de viviendas que registraron entrevista completa, en conjunto con la proporción de viviendas con entrevista incompleta y de no respuesta por entidad federativa, considerando que el análisis de los tres indicadores en conjunto representa una revisión más objetiva de la completez y calidad de la información a nivel nacional y por entidad federativa.

El informe operativo de la ENADID 2014 muestra que a nivel nacional 87.9 por ciento de las viviendas registraron entrevista completa, el 2.9 por ciento finalizó el operativo con entrevista incompleta y el 9.2 por ciento tuvo no respuesta. Esto significa que las estimaciones a nivel nacional no tienen ningún inconveniente en este rubro. Por su parte, a nivel estatal, de acuerdo a los parámetros que el INEGI establece para evaluar el porcentaje de entrevistas completas,⁹

⁹ El INEGI establece parámetros para monitorear el avance logrado sobre la recolección de la información en las viviendas, de esta forma designa como sobresaliente a aquellas entidades con un porcentaje igual o mayor que 86.21 por ciento de entrevistas completas en viviendas, satisfactorio a aquellas que lograron de 83.21 a 86.20 y no aceptable a las que obtuvieron un valor igual o menor a 83.20 por ciento al final del operativo.



se considera que 26 entidades reportaron resultados sobresalientes, como Querétaro, con la menor proporción 86.5 por ciento, y la Ciudad de México, que alcanzó el mayor porcentaje de entrevistas completas, con 93.5 por ciento (véase gráfica 1.1). De acuerdo a lo anterior, dado que el porcentaje de entrevistas completas es mayor a 85 por ciento y el nivel de no respuesta observado es menor del 15 por ciento contemplado en el diseño muestral, podría concluirse que la calidad de la información es suficiente para realizar estimaciones confiables, tanto a nivel nacional como en las entidades federativas citadas.

Por su parte, el INEGI (INEGI, 2015a) informa que Chihuahua, Baja California y Coahuila se situaron en un parámetro satisfactorio con relación a la proporción de entrevistas completas, logrando un porcentaje de 83.5, 85.2 y 85.7 por ciento, respectivamente. Sin embargo, si se hace un análisis más estricto de la información obtenida en estas entidades, se observa que, aunque en Chihuahua la tasa de no respuesta es menor al 15 por ciento, este indicador en conjunto con el porcentaje de entrevistas incompletas representa el 16.5 por ciento del total de las viviendas seleccionadas, lo cual supone una pérdida de información a considerar. Algo parecido ocurre en Baja California, donde a pesar de que la tasa de no respuesta es de 11.3 por ciento la proporción de entrevistas incompletas es de 3.6 por ciento, lo que en conjunto representan 14.8 por ciento, una proporción nada despreciable de información faltante, mientras que Coahuila se encuentra prácticamente en la misma situación.

Los casos más extremos en este sentido son: Baja California Sur, Quintana Roo y Tamaulipas, para quienes el INEGI (INEGI, 2015a) reporta que se ubicaron por debajo de los parámetros aceptables, con coberturas de entrevistas completas menores a

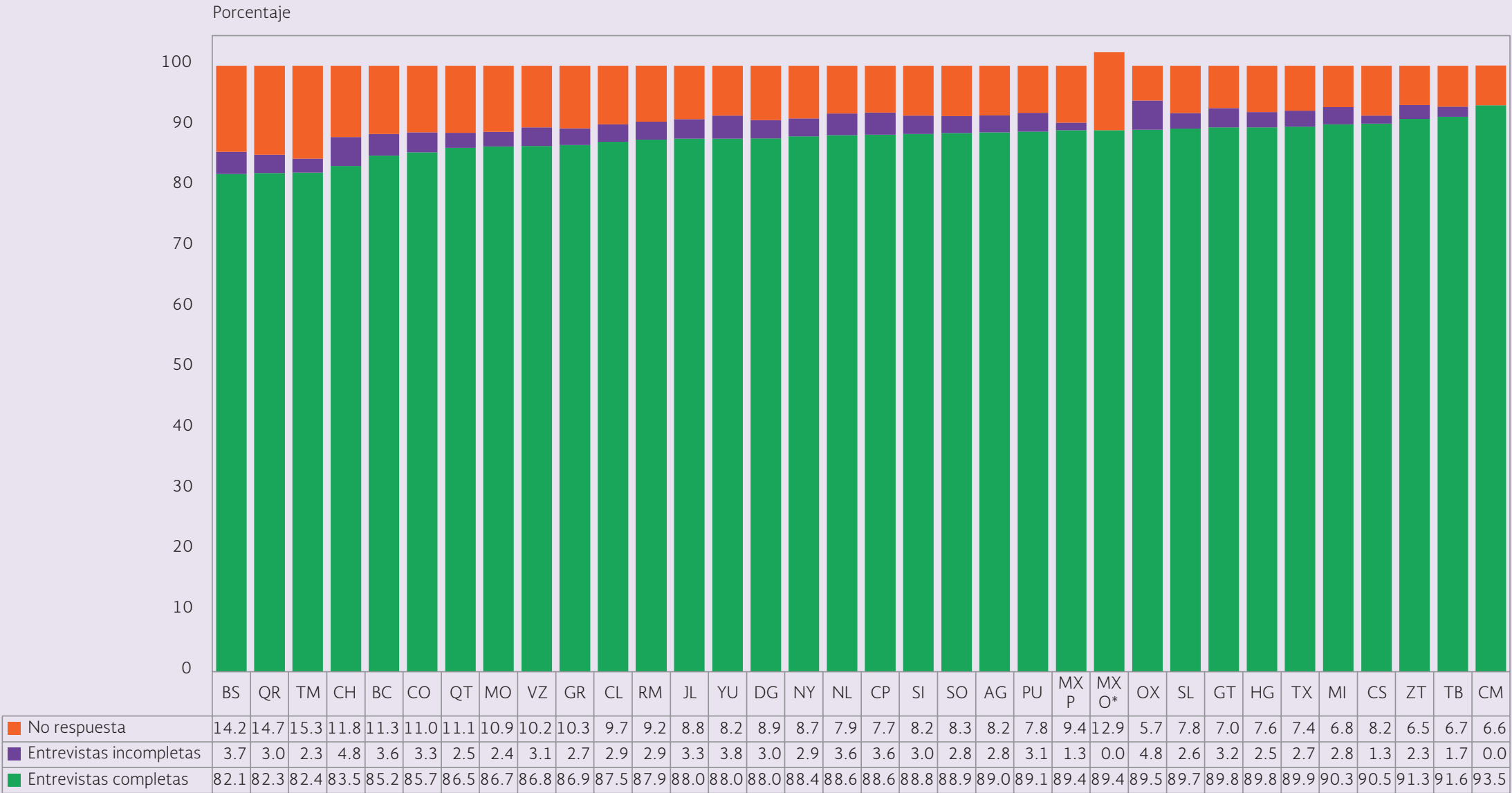
83.2 por ciento. Es decir, para el caso de Tamaulipas, por ejemplo, se registró un 15.3 por ciento de no respuesta, mayor al 15 por ciento considerado como el máximo valor en el diseño muestral. Aunado a esto, Tamaulipas presentó un 2.3 por ciento de entrevistas incompletas, por lo que ambos indicadores constituyen 17.6 por ciento de información que no se recabó o se hizo de manera parcial. Por su parte, Baja California Sur cerró el operativo con una tasa de no respuesta por debajo del 15 por ciento previsto (14.2%), no obstante, el porcentaje de entrevistas incompletas en esta entidad fue de 3.7 por ciento, por lo que el agregado de ambos indicadores es de casi 18 por ciento (17.9%). El mismo comportamiento se registra en Quintana Roo.

Lo anterior, señala la necesidad de considerar a lo largo de este estudio posibles desviaciones o sesgos para las estimaciones en las entidades federativas de Baja California Sur, Quintana Roo y Tamaulipas, así como una posible menor precisión en sus estimaciones, reflejada probablemente por intervalos de confianza con mayor amplitud así como coeficientes de variación mayores que en las otras entidades, debido a la insuficiencia de la información recolectada. Asimismo, es posible que se encuentren situaciones del mismo tipo en Chihuahua, Baja California y Coahuila de Zaragoza. Por lo que habrá que usar, de manera prudente, algunos de los indicadores que se generan para estas entidades.

De igual manera, para el objetivo de este estudio otro factor que es importante tener en cuenta es la proporción de mujeres de entre 15 y 54 años con entrevista completa. En este aspecto, el INEGI (INEGI, 2015a) informa que prácticamente todas las entidades registraron desempeño sobresaliente, con altas tasas de entrevistas completas a mujeres inte-



Gráfica 1.1. Porcentaje de entrevistas completas, incompletas y tasa de no respuesta en las viviendas al final del levantamiento de la ENADID 2014 por coordinación estatal



*En esta coordinación estatal (Estado de México Oriente) existe una inconsistencia en los datos reportados, ya que la proporción de entrevistas completas más la tasa de no respuesta suma más de 100 por ciento.
Fuente: Elaboración con base el Informe operativo de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, INEGI 2015.



grantes de los hogares. El promedio nacional fue de 96.7 por ciento, es decir, 31 entidades del país superaron el 95 por ciento, y solamente Chihuahua reportó coberturas satisfactorias con 93.4 por ciento. Este último aspecto abona en la recomendación sobre la prudencia en el uso de los datos para esta entidad, en referencia a las estimaciones que para ella se derivan de la encuesta, el resto de las entidades no presentan problemas relacionados con este aspecto operativo.

1.4. Aspectos estadísticos a considerar en las estimaciones

Las estimaciones derivadas de encuestas por muestreo probabilístico están sujetas al error de generalizar la información que se obtiene de una muestra a toda la población; por ello, al realizar inferencias se debe tener en cuenta, tanto el nivel de representatividad de la encuesta, como los indicadores utilizados en el diseño, ya que se corre el riesgo de obtener estimaciones de indicadores que no fueron incluidos en el diseño estadístico y, por lo tanto, pueden carecer de representatividad para algunos desgloses geográficos, o bien características sociodemográficas.

Por lo anterior, se analiza el diseño estadístico de la encuesta, el tamaño de la muestra, sus alcances y su relación con los indicadores a obtener en este trabajo, en específico de las tasas específicas y globales de fecundidad y la prevalencia de métodos anticonceptivos, la confiabilidad de estos indicadores y la representatividad que tiene la encuesta para algunos grupos o características. Todo esto, con la finalidad de que los lectores conozcan de antemano la precisión de estos indicadores y consideren, al momento de utilizarlos la confiabilidad de los mismos.

El diseño estadístico de la ENADID 2014, al igual que las encuestas anteriores, se llevó a cabo bajo un esquema probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados, donde las unidades de observación son las viviendas y dentro de éstas los hogares y las personas. La encuesta se aplicó en la población residente habitual de las viviendas seleccionadas, y de manera particular a las mujeres en edad reproductiva; es decir, de 15 a 54 años de edad (INEGI, 2015b).

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza de 90 por ciento, un efecto de diseño de 1.896, un error relativo máximo esperado de 15 por ciento, un promedio de mujeres de 15 a 49 años de edad por vivienda de 1.39, una tasa de no respuesta máxima esperada del 15 por ciento, y una Tasa de Fecundidad General (TFGe)¹⁰ a nivel estatal de 60.6 hijos por cada 1000 mujeres. Según el informe operativo del INEGI, el tamaño de la muestra se calculó específicamente con base en la TFGe, debido a que ésta se considera una de las principales variables de la encuesta y para captarla se requieren tamaños de muestra mayores que garanticen que el resto de los indicadores de interés queden cubiertos (INEGI, 2015b).

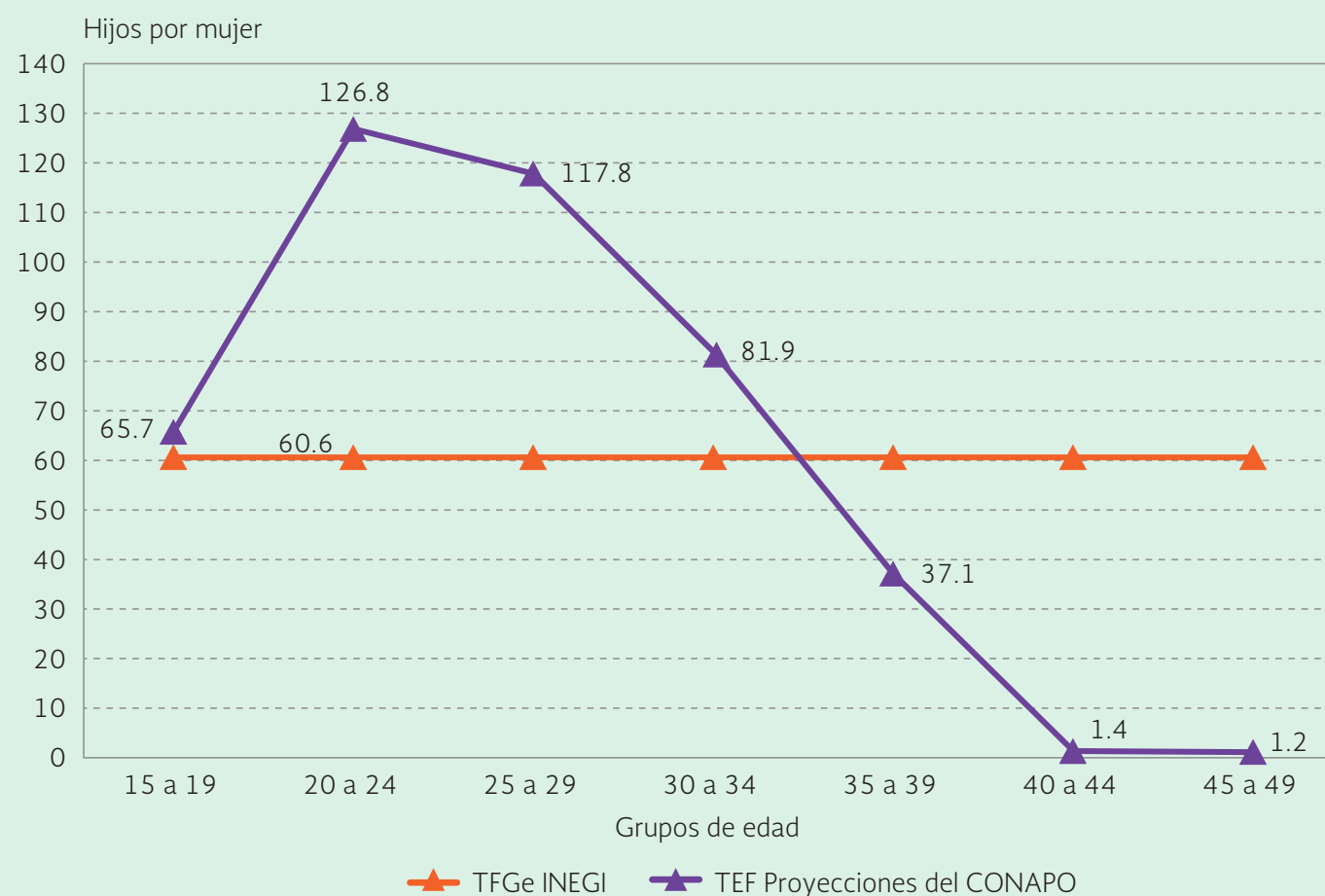
No obstante lo anterior, desde el punto de vista demográfico, si bien la TFGe es una variable importante para el análisis de la fecundidad, debería valorarse la posibilidad de considerar otra variable como la principal para el diseño del tamaño de muestra, ya que otros indicadores permiten reflejar de mejor manera los niveles de fecundidad, su estructura y sus tendencias, y que requieren mayores tamaños

¹⁰ La TFGe se define como el cociente del número de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva entre las mujeres en esas mismas edades en un periodo determinado. Esta tasa se expresa como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva en un periodo determinado.

de muestra. Por ejemplo, las tasas específicas de fecundidad o por edad (TEF),¹¹ permiten observar las diferencias en la fecundidad a distintas edades y periodos de tiempo, sin embargo, al menos para algunos grupos quinquenales de edad, habría que entrevistar un mayor número de mujeres que las necesarias para estimar la TFGe (véase la gráfica 1.2), ya que el cálculo de la TEF implica considerar eventos

menos frecuentes y, en algunos casos, volúmenes de subpoblaciones menores, como son las mujeres en edad reproductiva en algunos grupos quinquenales de edad y los nacimientos en cada uno de estos grupos. Éstos últimos son poco frecuentes en el grupo de las adolescentes y en aquellos donde la fecundidad comienza a disminuir; es decir, a partir de los 35 años, donde incluso a nivel nacional se observan TEF

Gráfica 1.2. Comparativo entre las tasas específicas de fecundidad y la tasa general de fecundidad, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Proyecciones de la Población 2010-2050.
INEGI, Síntesis metodológica de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

¹¹ Las tasas específicas de fecundidad se determinan como el cociente de los nacimientos ocurridos en un grupo quinquenal de edad de las mujeres en edad fértil durante un periodo de referencia, entre el total de las mujeres de dichas edades, en el mismo periodo. Las tasas específicas se interpretan como el número de nacimientos observados por cada mil mujeres en un grupo quinquenal de edad determinado.

notablemente menores que la TFG_e que se consideró para el diseño muestral de la encuesta a nivel estatal (véase gráfica 1.2).

De acuerdo a lo anterior, ya que la Tasa Global de Fecundidad (TGF)¹² se calcula a partir de las TEF, es posible que presente una ligera subestimación. En este sentido, la muestra puede ser insuficiente para captar adecuadamente el nivel y calendario de la fecundidad, sobre todo para desagregaciones geográficas como por entidad federativa y en grupos específicos donde el número de nacimientos es más escaso, como en las adolescentes, que actualmente es uno de los grupos prioritarios en el país, debido a los altos niveles de fecundidad y el reciente aumento de ésta. Aunque la TFG_e utilizada para el diseño muestral es mayor en más de cinco puntos que la TEF de adolescentes estimada para el nivel nacional por las proyecciones de CONAPO, lo que aparentemente podría garantizar la estimación para este grupo, es posible que cualquier variación en la muestra como el nivel de no respuesta y entrevistas incompletas, previamente analizado, puedan afectar estas estimaciones, sobre todo en las entidades federativas donde las TEF de adolescentes sean menores a dicha TFG_e.

Como se observa en la gráfica 1.2, las TEF para mujeres de 35 a 49 años a nivel nacional no quedan cubiertas con la TFG_e que se usó en el diseño muestral de la encuesta. Si bien es claro que al ser menos frecuentes los nacimientos en estos grupos de edad, el tamaño de muestra que se necesitaría para realizar una estimación más precisa, tanto de estos grupos como de las adolescentes, aumentaría los

costos de la encuesta de una forma importante, es necesario tener en cuenta este aspecto. De igual forma, se sugiere considerar lo anterior no sólo para los indicadores de fecundidad, sino también para aquellos que no quedan cubiertos con la TFG_e elegida para el diseño muestral, como es el caso de la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional, que es mucho menos frecuente que este indicador, por lo cual también podría estar sub-representada con la muestra diseñada a partir de la TFG_e. Del mismo modo, se puede presentar falta de precisión en algunas de las estimaciones al desagregar la población por ciertas características sociales donde ésta es más escasa, como las mujeres hablantes de lengua indígena y las mujeres rurales, por ejemplo, y específicamente a niveles de desagregación por entidad federativa.

En este contexto, entre mayor sea el desglose que se hace de una variable o sea poco frecuente la característica de interés del indicador, las observaciones muestrales que caen dentro de cada categoría se hacen más escasas, y crece por tanto, la dificultad para obtener estimaciones precisas; de ahí la importancia de auxiliarse en ciertos indicadores para conocer la calidad estadística de los datos (INEGI, 2015b).

Para corroborar lo anterior, se muestran en el cuadro 1.1 las tasas específicas de fecundidad trianuales¹³ con sus respectivos intervalos de con-

¹² La TGF es el número promedio de hijos que una mujer tendría a lo largo de su vida fértil, bajo las condiciones de mortalidad y fecundidad observadas en la población al momento de análisis. Numéricamente se refiere a la suma de las tasas específicas de fecundidad, regularmente referidas a grupos quinquenales de edad (véase nota a pie de página 7), multiplicadas por cinco, de modo que el dato resuma las cinco edades simples.

¹³ Las tasas específicas de fecundidad trianuales se refieren a la relación entre el agregado de los nacimientos en el año $t-1$, t , $t+1$ y el agregado de la población femenina del grupo quinquenal de referencia en los mismos tres años, a modo de evitar posibles fluctuaciones en la información y contar con un número mayor de casos muestrales, por lo que las tasas específicas estimadas están centradas en el año t y por tanto se refieren a este mismo año. Por ejemplo, a partir de la ENADID 2014 es posible estimar las tasas con base en la suma de los nacimientos ocurridos en 2011, 2012, 2013 entre la suma de la población femenina del grupo quinquenal correspondiente en esos mismos años, por lo que las tasas específicas estimadas con base en la ENADID 2014 se refieren al año medio, es decir a 2012.

Cuadro 1.1. República Mexicana. Tasa global de fecundidad, tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013) y precisiones estadísticas

Grupo de edad	Tasa	Coeficiente de variación (%)	Intervalo de confianza		Amplitud
			Límite inferior	Límite superior	
TGF	2.21	1.03	1.84	2.59	0.75
15-19	77.04	2.30	74.12	79.96	5.84
20-24	125.97	1.73	122.39	129.54	7.15
25-29	113.07	1.83	109.67	116.46	6.79
30-34	77.20	2.29	74.28	80.11	5.82
35-39	38.14	3.34	36.04	40.24	4.19
40-44	9.99	6.51	8.92	11.05	2.14
45-49	0.56	26.36	0.32	0.80	0.49

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

fianza al 90 por ciento y su coeficiente de variación,¹⁴ para visualizar la precisión de la información de estos indicadores por grupos quinquenales de edad. Según lo que se observa en el cuadro 1.1, los grupos de edad en los que los intervalos son mayores (debido también a que es aquí donde se presentan las mayores tasas de fecundidad) se ubican en las TEF para las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años de edad, donde la amplitud del intervalo es de 7.2 y 6.8, respectivamente, no obstante, el coeficiente de variación muestra que es en estos grupos de mu-

jes donde se cuenta con mejor precisión de las estimaciones (1.7 para las mujeres de 20 a 24 años y 1.8 para las de 25 a 29 años), lo cual es totalmente coherente con el hecho de que es en estas edades donde la fecundidad es más frecuente.

Por su parte, las adolescentes presentan un intervalo con la misma amplitud (5.8) que aquellas mujeres de 30 a 34 años. No obstante, el coeficiente de variación para las estimaciones en las mujeres de 30 a 34 años apunta a una ligera menor precisión (2.3) que en las mujeres de 20 a 29 años; sin embargo, en ambos casos señala a una buena estimación de las TGF al ser mucho menor de 10 por ciento. Contrario a lo anterior, el coeficiente de variación refleja que las estimaciones son menos precisas en los últimos grupos de edad, por ejemplo, en el grupo de 45 a 49 el coeficiente de variación llega a ser de 26.4 por ciento, como un reflejo de que al ser menos frecuentes los nacimientos en estos grupos de edad, la precisión

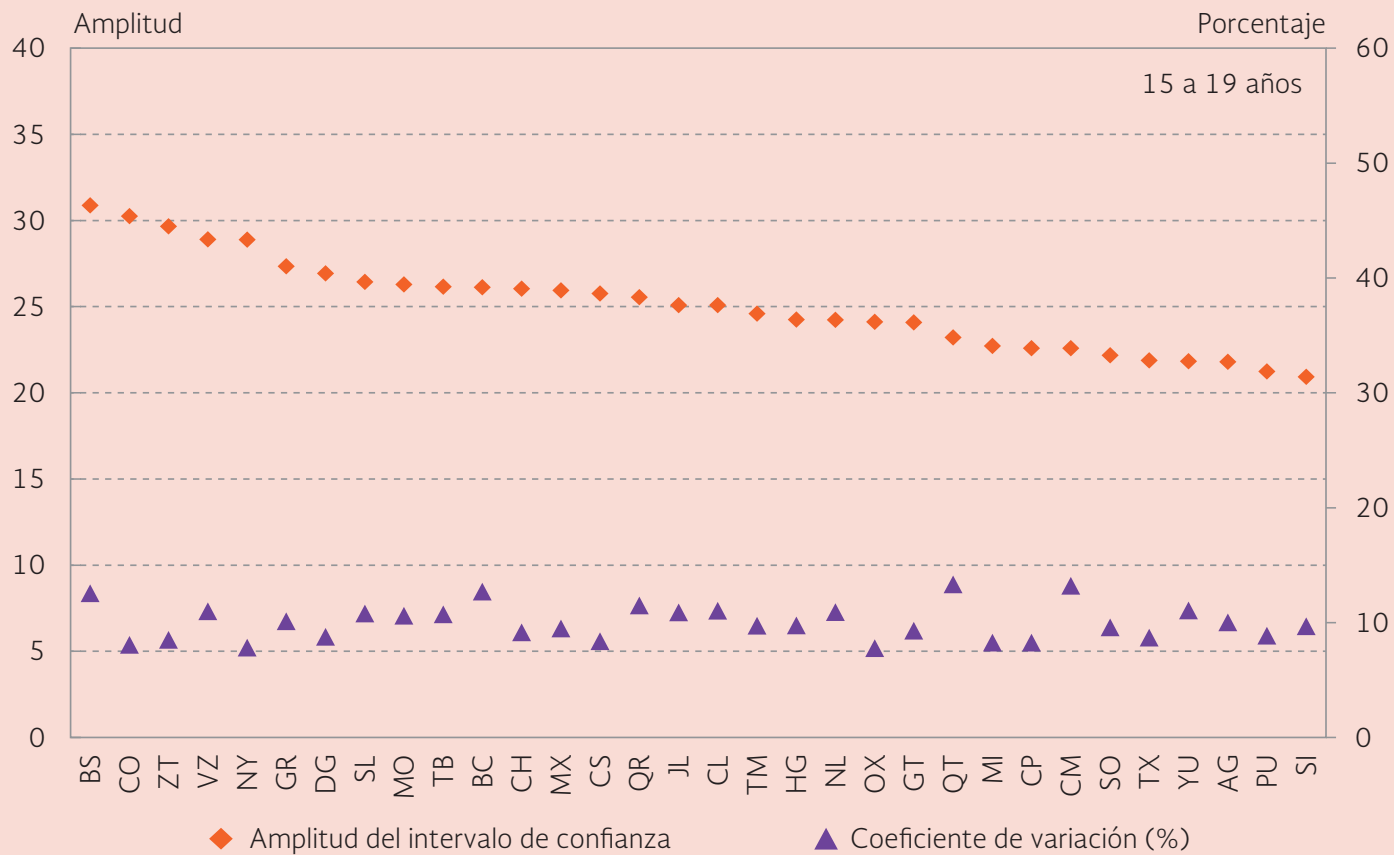
¹⁴ La amplitud del intervalo de confianza es un indicador de la precisión de las estimaciones, así mientras más pequeña es la amplitud de un intervalo (límite superior menos límite inferior) mayor es la precisión de la estimación y viceversa. La longitud del intervalo de confianza está en función del tamaño de la muestra N, ya que entre mayor sea la muestra se tiene también mayor información para realizar dicha estimación. Asimismo, la longitud del intervalo de confianza también guarda una relación con la varianza, no obstante hay muy poco que se pueda hacer con la variabilidad inherente a la población (Pagano y Fitzmaurice, 1999). Del mismo modo, el coeficiente de variación es ampliamente usado para conocer la precisión de las estimaciones, de modo que, entre mayor sea el valor de éste menor es el nivel de precisión, en este documento un coeficiente menor de 10 por ciento implica un nivel de precisión suficiente.

de las estimaciones también disminuye, aunque es importante señalar que las estimaciones a nivel nacional son precisas, ya que el intervalo de confianza es reducido y el coeficiente de variación es menor a diez por ciento en todos los grupos de edad, con excepción del grupo de 45 a 49 años.

Sin embargo, por entidad federativa (véase gráfica 1.3), la precisión de las TEF estimadas disminuye considerablemente, ya que en la mayoría de las entidades la amplitud de los intervalos de confianza así como los coeficientes de variación aumentan de manera importante. Por ejemplo, en las TEF de adolescentes el rango del intervalo va de 21 a 31 puntos, de igual forma el coeficiente de variación es

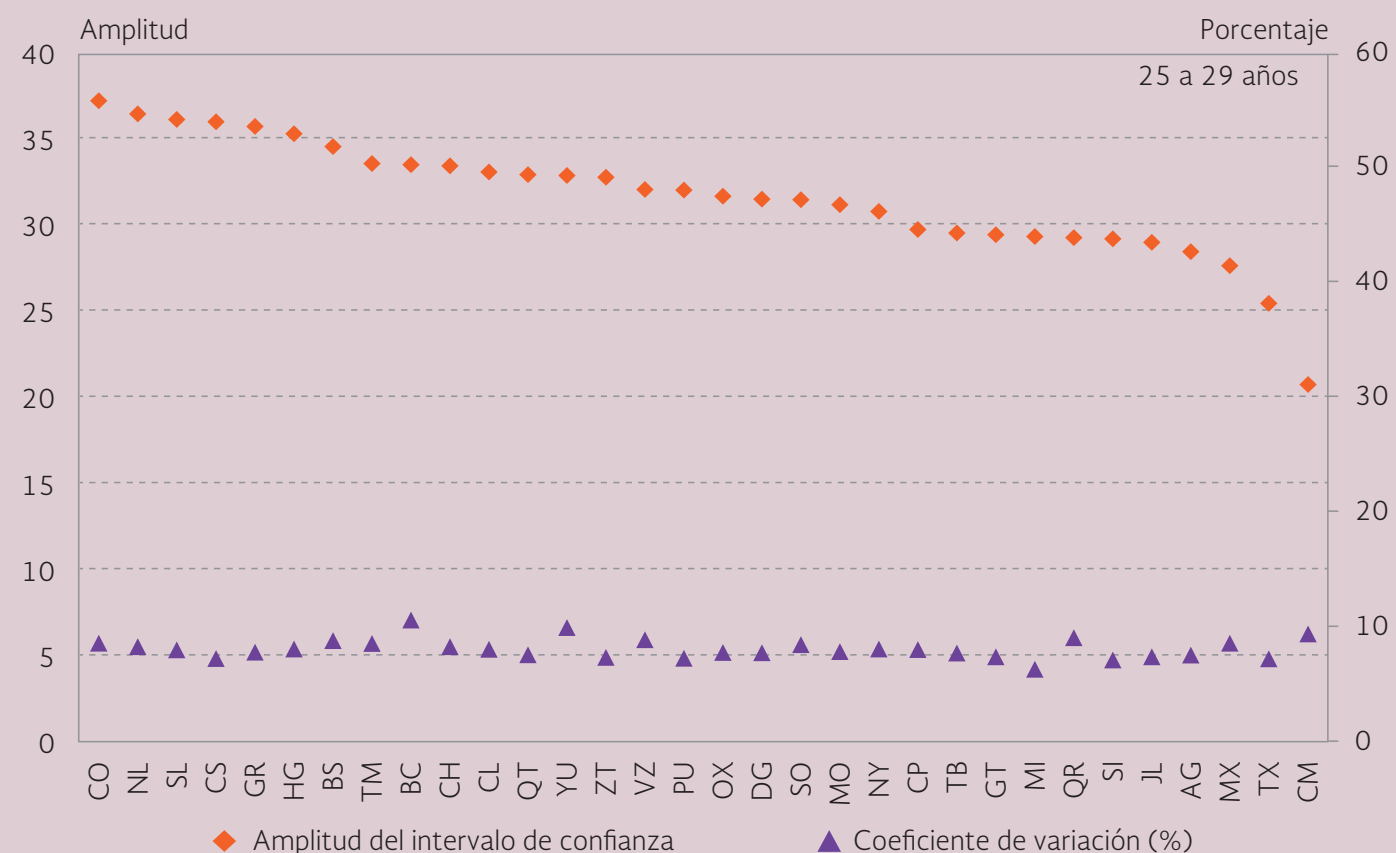
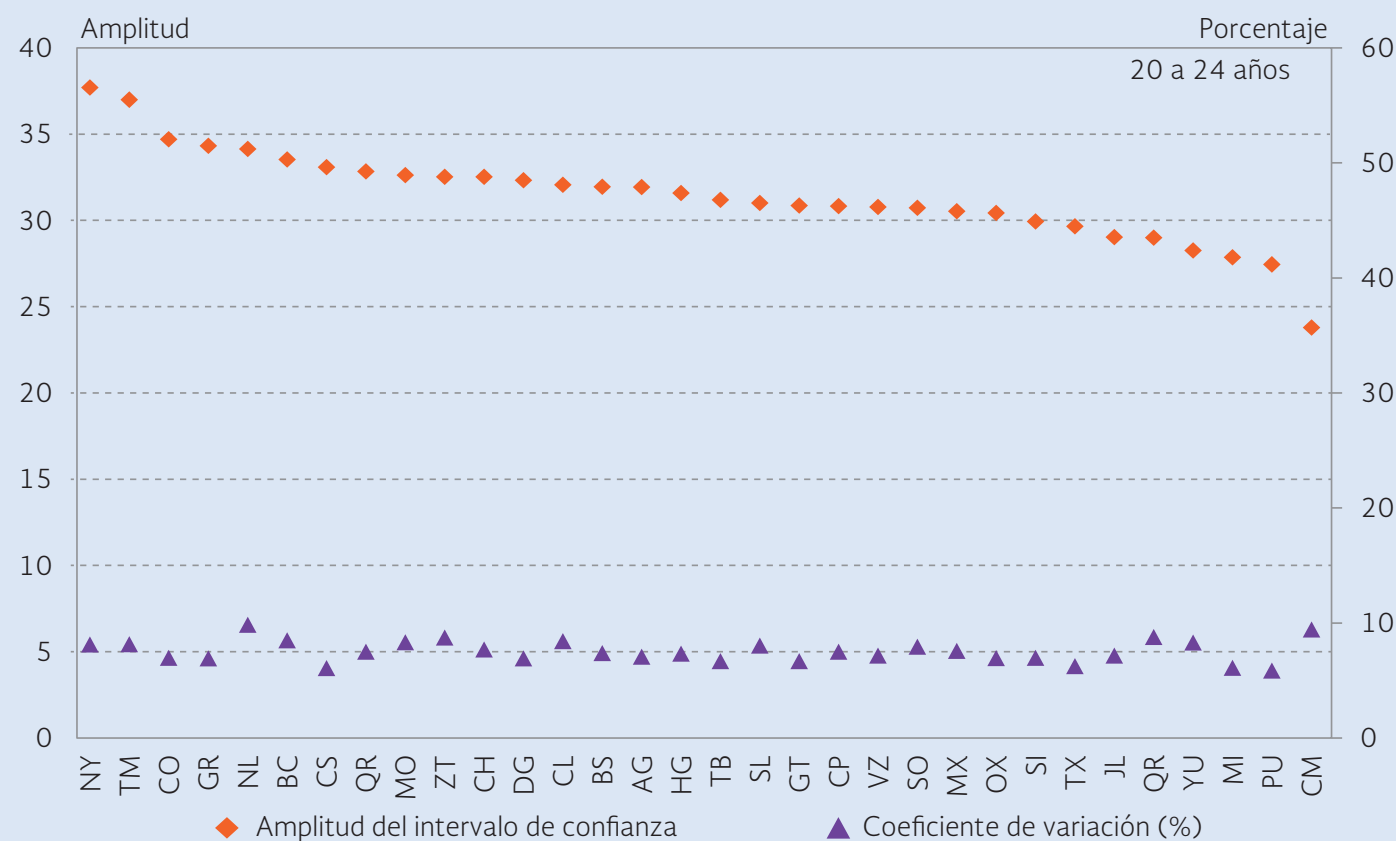
mayor de 10 por ciento en la mayoría de las entidades. Así, en Baja California Sur la TEF de 15 a 19 años es de 74.3 hijos por cada mil adolescentes, con un intervalo de confianza que va de 58.9 a 89.6 nacimientos por cada mil, y que representa el intervalo más amplio (aproximadamente 30 nacimientos por cada mil mujeres) de todas las entidades. De igual forma, en Coahuila con una tasa estimada de 113.5, su intervalo va de los 98.5 a los 128.5 nacimientos por cada mil mujeres, lo que implica un intervalo también cercano a 30 nacimientos. Además de estas entidades, Zacatecas, Veracruz y Nayarit están entre las que presentan las estimaciones menos precisas para las TEF de 15 a 19 años (véase gráfica 1.3).

Gráfica 1.3. Precisiones estadísticas de las tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013)



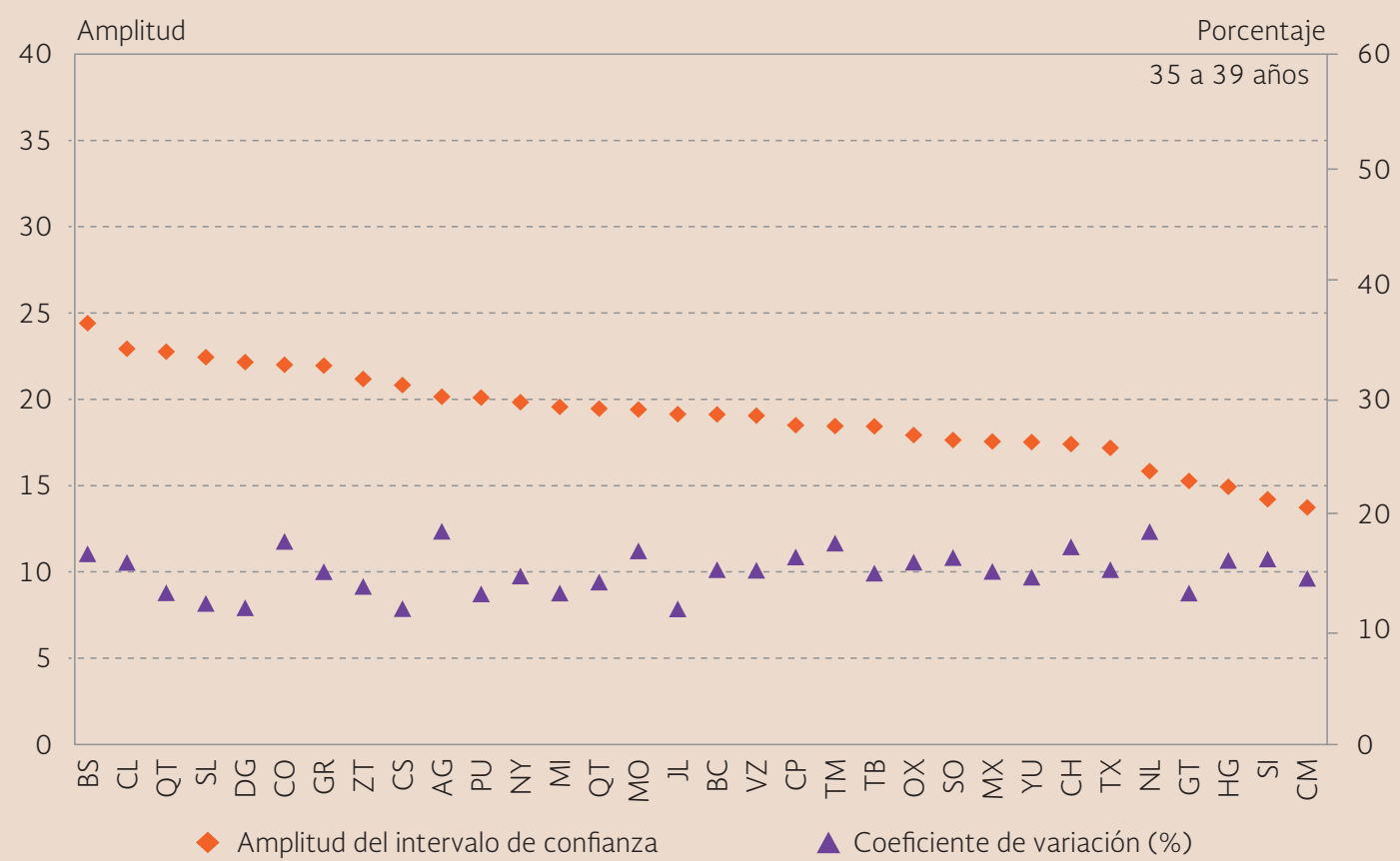
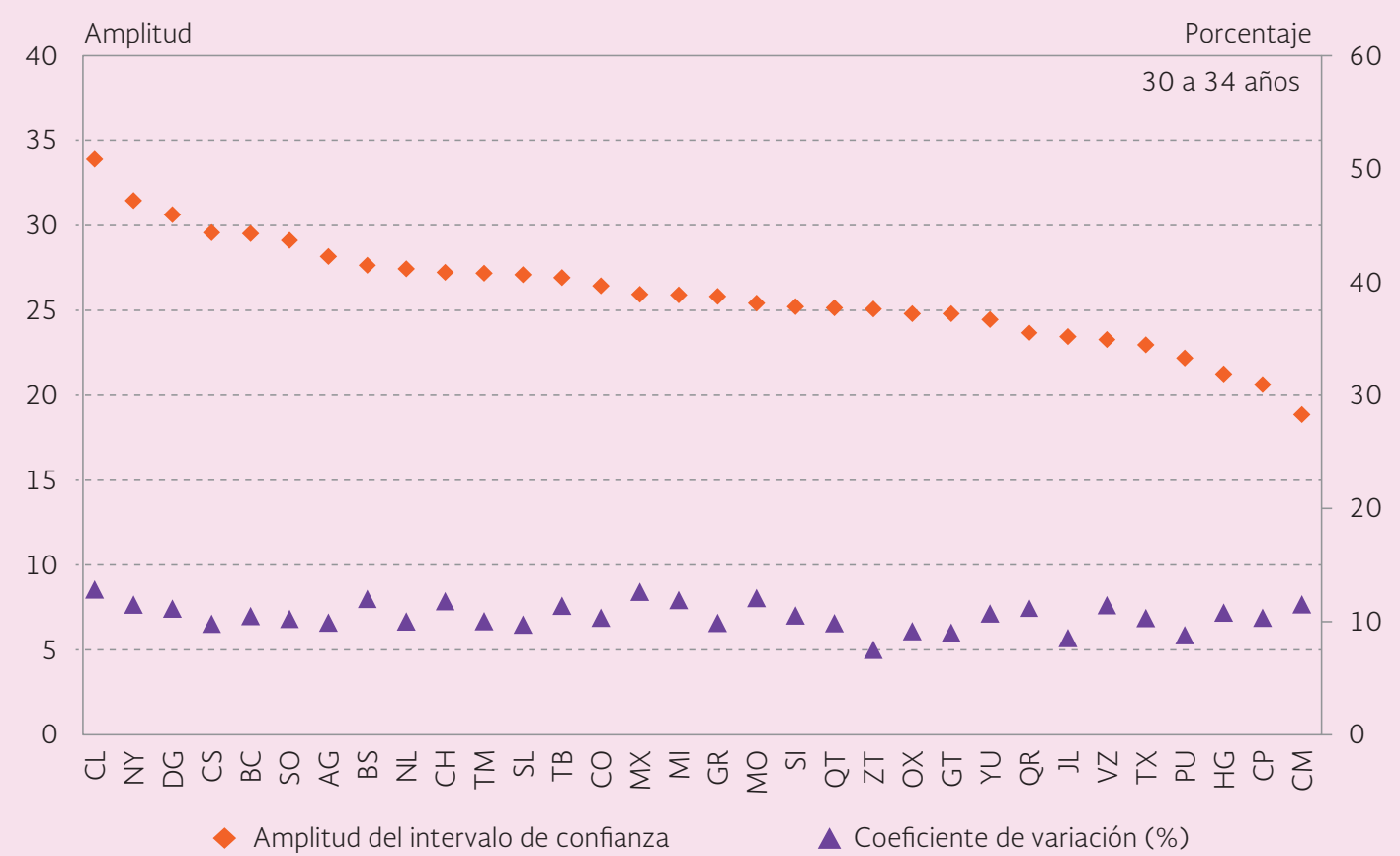
Continúa...

Gráfica 1.3. Precisiones estadísticas de las tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013)



Continúa...

Gráfica 1.3. Precisiones estadísticas de las tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013)



Continúa...

Gráfica 1.3. Precisiones estadísticas de las tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013)

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

De forma general, se sigue manteniendo que las TEF de las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años son las que tienen los intervalos más amplios (van de 24 a 37 puntos), aunque presentan coeficientes de variación cercanos a 10 por ciento. Así, entidades como Nayarit y Tamaulipas presentan intervalos con longitudes cercanas a los 37 puntos para la TEF de 20 a 24 años, mientras que Nuevo León y Coahuila están en la misma situación para las TEF de 25 a 29 años. Por su parte, la amplitud de los intervalos de confianza de las TEF de 30 a 34 años por entidad son un poco menores, pero sin implicar un buen nivel de precisión, ya que van de 19.5 a 33 nacimientos. De este modo, las TEF de 30 a 34 años en todas las entidades presentan una estimación poco precisa, ya que la Ciudad de México, que es

la entidad que presenta el intervalo menor, éste es cercano a 20 puntos. Por su parte, en las mujeres de 35 a 39 años la holgura del intervalo va de 14 en la Ciudad de México a 24 en Baja California Sur. Finalmente, los intervalos menores por entidad federativa, así como los mayores coeficientes de variación, al igual que a nivel nacional, se encuentran en las TEF de las mujeres de 40 a 44 años. El gráfico para las mujeres de 45 a 49 años no se muestra, ya que la encuesta no logró captar nacimientos para estas mujeres en diez entidades federativas, y en las entidades restantes los casos muestrales de nacimientos no son suficientes para calcular las tasas trianuales.¹⁵ Lo anterior pone de manifiesto la dificultad de la encuesta para captar

¹⁵ Se capturaron menos de cinco nacimientos en estas entidades federativas.

nacimientos en los últimos grupos de edad, donde la fecundidad disminuye.

Por su parte, en el cuadro 1.2 se presentan las TGF para cada entidad federativa, las cuales fueron retomadas de los tabulados de los principales resultados que publica el INEGI¹⁶ de la encuesta, y se observa que, a diferencia de las que se publicaron a nivel nacional que son trianuales de 2011 a 2013, las TGF estatales corresponden al quinquenio de 2009 a 2013,¹⁷ debido a que se requiere un mayor tamaño de muestra para obtener las TGF a este nivel, por lo que al agregar los datos a un quinquenio permite aumentar la muestra para obtener una mejor estimación de este indicador. Lo anterior mostraría una vez más la necesidad de contar con tamaños mayores de muestra para lograr una estimación adecuada a nivel entidad federativa referida a un periodo de tiempo más puntual, pues la estimación quinquenal dificulta observar la tendencia en el tiempo del indicador.

De este modo, Baja California, Baja California Sur y la Ciudad de México presentan los mayores valores para el coeficiente de variación (de 5.16 a 5.63), mientras que en Michoacán, Guanajuato, Puebla y Jalisco sus TGF tienen las mejores precisiones con coeficientes de variación que van de 3.80 a 3.70. Estadísticamente hablando, ya que el coeficiente de variación de las TGF de las entidades federativas es

menor a 10 por ciento y la amplitud de los intervalos es pequeña se considera que la precisión de las estimaciones para este indicador es buena a este nivel de desagregación geográfica. No obstante, en términos demográficos y de planeación de políticas públicas, resulta pertinente considerar que la estimación de la TGF a nivel entidad federativa e incluso a nivel nacional presenta desviaciones importantes. Por ejemplo, a nivel nacional, a pesar de que los intervalos que se reportan para las TGF parecieran pequeños y el coeficiente de variación (1.03) también señale hacia una buena estimación, es importante considerar que la TGF (trianual) a nivel nacional (véase cuadro 1.1) tiene un valor puntual de 2.21 hijos por cada mujer de 15 a 49 años, sin embargo, el valor real puede moverse en un intervalo de 1.84 a 2.59 hijos, lo que implicaría una amplitud del intervalo de 0.75 hijos por mujer, lo que en términos de nacimientos puede representar una diferencia sustancial para la planeación de necesidades de esta población.

Otro de los indicadores cruciales para el diseño de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva es la prevalencia anticonceptiva para mujeres en edad fértil sexualmente activas. En el cuadro 1.3 se presentan las precisiones estadísticas para este indicador a nivel nacional y por grupos quinquenales de edad. Para el total del país se observa que la estimación goza de muy buena precisión con un valor de 75.5 por ciento de mujeres sexualmente activas que usaban métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, con un límite inferior de 75.1 por ciento y uno superior de 76, lo que representa una amplitud de solo 0.9 puntos porcentuales entre ambos límites, además de un coeficiente de variación de solo 0.35 por ciento. En lo referente a las estimaciones por grupos quinquenales de edad destaca que en el

¹⁶ <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33720>

¹⁷ Las tasas específicas de fecundidad quinquenales se refieren a la relación entre el promedio de los nacimientos en el año, $t-2$, $t-1$, t , $t+1$, $t+2$ y el promedio de la población femenina del grupo quinquenal de referencia en los mismos cinco años, a modo de evitar posibles fluctuaciones en la información y contar con un número mayor de casos muestrales, por lo que las tasas específicas estimadas de forma quinquenal se refieren al año t . Por ejemplo, a partir de la ENADID 2014 es posible estimar las tasas con base en el promedio de los nacimientos ocurridos en 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 entre el promedio de la población femenina del grupo quinquenal correspondiente en esos mismos años, por lo que las tasas específicas estimadas con base en la ENADID 2014 se refieren al año medio, es decir a 2011.



Cuadro 1.2. Tasa global de fecundidad quinquenal (2009-2013)
y precisiones estadísticas por entidad federativa

Entidad Federativa	TGF	Error estándar	Coeficiente de variación (%)	Intervalo de confianza al 90%		Amplitud
				Límite inferior	Límite superior	
Aguascalientes	2.26	0.10	4.39	2.10	2.42	0.33
Baja California	2.08	0.12	5.63	1.89	2.27	0.38
Baja California Sur	2.31	0.12	5.27	2.11	2.51	0.39
Campeche	2.16	0.10	4.44	2.00	2.32	0.32
Chiapas	2.90	0.12	4.01	2.70	3.10	0.40
Chihuahua	2.30	0.10	4.68	2.13	2.47	0.34
Ciudad de México	1.47	0.08	5.16	1.34	1.60	0.26
Coahuila	2.52	0.11	4.16	2.35	2.69	0.35
Colima	2.26	0.11	4.94	2.08	2.44	0.36
Durango	2.53	0.11	4.12	2.36	2.70	0.35
Guanajuato	2.41	0.09	3.77	2.25	2.57	0.31
Guerrero	2.57	0.13	4.95	2.36	2.78	0.43
Hidalgo	2.26	0.10	4.74	2.09	2.43	0.34
Jalisco	2.32	0.09	3.70	2.18	2.46	0.29
México	2.12	0.10	4.91	1.96	2.28	0.33
Michoacán	2.47	0.10	3.80	2.31	2.63	0.32
Morelos	2.19	0.11	4.88	2.01	2.37	0.36
Nayarit	2.58	0.12	4.64	2.38	2.78	0.39
Nuevo León	2.19	0.11	4.90	2.01	2.37	0.36
Oaxaca	2.42	0.11	4.43	2.24	2.60	0.36
Puebla	2.44	0.09	3.76	2.29	2.59	0.31
Querétaro	2.23	0.10	4.53	2.07	2.39	0.33
Quintana Roo	2.15	0.10	4.63	1.98	2.32	0.33
San Luis Potosí	2.44	0.10	4.26	2.27	2.61	0.34
Sinaloa	2.21	0.09	4.30	2.06	2.36	0.30
Sonora	2.22	0.10	4.44	2.06	2.38	0.33
Tabasco	2.31	0.11	4.60	2.13	2.49	0.36
Tamaulipas	2.45	0.11	4.45	2.27	2.63	0.36
Tlaxcala	2.33	0.09	4.01	2.18	2.48	0.30
Veracruz	2.18	0.09	4.45	2.03	2.33	0.30
Yucatán	1.98	0.10	5.12	1.82	2.14	0.32
Zacatecas	2.66	0.11	4.29	2.47	2.85	0.37

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en INEGI, tabulados básicos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Cuadro 1.3. República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas, 2014

Grupo de edad	Prevalencia	Coeficiente de variación (%)	Intervalo de confianza		Amplitud
			Límite inferior	Límite superior	
Nacional	75.54	0.35	75.11	75.97	0.86
15-19	58.97	2.04	56.99	60.95	3.95
20-24	67.67	1.09	66.46	68.88	2.42
25-29	72.44	0.89	71.38	73.50	2.13
30-34	76.60	0.76	75.64	77.56	1.92
35-39	80.43	0.70	79.50	81.36	1.86
40-44	81.48	0.70	80.54	82.42	1.88
45-49	78.82	0.89	77.66	79.97	2.31

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

grupo de las adolescentes la prevalencia cuenta con una relativa menor precisión que en el resto de los grupos, ya que el rango del intervalo es de cuatro puntos porcentuales y el coeficiente de variación es también el mayor respecto a los demás grupos de edad (2%). Por su parte, en el resto de los grupos de edad tanto la amplitud de los intervalos de confianza como los coeficientes de variación señalan una mejor precisión. No obstante, en el conjunto de todos los grupos de edad se obtienen estimaciones con buena precisión a nivel nacional.

Debe resaltarse que en el caso de este indicador se observa una relación positiva entre la prevalencia y la calidad de la estimación, es decir, en el grupo de adolescentes se presenta la menor prevalencia anticonceptiva, como resultado, la calidad del indicador también es menor con relación al resto de las edades, mientras que en aquellos grupos en los que las pre-

valencias son mayores, la estimación es mucho más puntual, como en los grupos de 30 a 44 años.

A nivel entidad federativa, se observa que las estimaciones son precisas para dar cuenta de la situación en cuanto a cobertura anticonceptiva (véase cuadro 1.4). En este punto también se observa una fuerte relación entre el nivel de cobertura anticonceptiva en las entidades y la precisión de las estimaciones. De este modo, las amplitudes de los intervalos varían, colocándose entre las más precisas aquellas con las coberturas más altas como: México, Tlaxcala, Sinaloa, Ciudad de México, con los menores coeficientes de variación (de 1.20 a 1.38%) y amplitudes cercanas a tres puntos porcentuales entre el límite inferior y el superior, mientras que entidades como Chiapas, donde se estimó la menor prevalencia, se ubica como la entidad con el intervalo mayor, con cerca de seis puntos de amplitud,

Cuadro 1.4. Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014

Entidad Federativa	Prevalencia	Error estándar	Coeficiente de variación (%)	Intervalo de confianza		Amplitud
				Límite inferior	Límite superior	
Nacional	75.54	0.26	0.35	75.11	75.97	0.86
Aguascalientes	75.10	1.19	1.59	73.14	77.06	3.92
Baja California	77.66	1.14	1.47	75.78	79.54	3.76
Baja California Sur	75.88	1.18	1.55	73.95	77.81	3.87
Campeche	72.04	1.20	1.66	70.07	74.00	3.93
Coahuila de Zaragoza	74.64	1.14	1.52	72.77	76.51	3.74
Colima	76.85	1.11	1.44	75.03	78.68	3.64
Chiapas	63.84	1.83	2.87	60.82	66.85	6.02
Chihuahua	76.45	1.16	1.52	74.54	78.36	3.81
Ciudad de México	78.62	1.08	1.38	76.84	80.40	3.56
Durango	76.27	1.10	1.44	74.46	78.08	3.62
Guanajuato	71.27	1.24	1.74	69.23	73.32	4.09
Guerrero	72.26	1.29	1.78	70.15	74.38	4.24
Hidalgo	76.69	1.22	1.59	74.69	78.69	4.01
Jalisco	75.70	1.09	1.44	73.90	77.50	3.60
México	81.11	0.97	1.20	79.51	82.72	3.20
Michoacán de Ocampo	73.03	1.14	1.56	71.15	74.91	3.76
Morelos	77.25	1.13	1.47	75.39	79.11	3.73
Nayarit	76.63	1.21	1.58	74.64	78.63	3.99
Nuevo León	74.45	1.03	1.39	72.75	76.15	3.40
Oaxaca	68.07	1.38	2.03	65.79	70.34	4.55
Puebla	77.62	1.20	1.54	75.65	79.59	3.93
Querétaro	76.31	1.24	1.63	74.26	78.35	4.09
Quintana Roo	76.23	1.19	1.56	74.28	78.19	3.91
San Luis Potosí	73.87	1.22	1.65	71.86	75.87	4.01
Sinaloa	78.63	0.98	1.25	77.01	80.25	3.23
Sonora	76.99	1.05	1.36	75.27	78.71	3.45
Tabasco	70.39	1.29	1.84	68.26	72.52	4.26
Tamaulipas	75.00	1.06	1.42	73.25	76.75	3.50
Tlaxcala	78.81	1.10	1.39	77.01	80.61	3.61
Veracruz de Ignacio de la Llave	72.81	1.41	1.94	70.49	75.14	4.65
Yucatán	76.87	1.08	1.40	75.09	78.65	3.55
Zacatecas	72.19	1.23	1.70	70.16	74.21	4.05

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

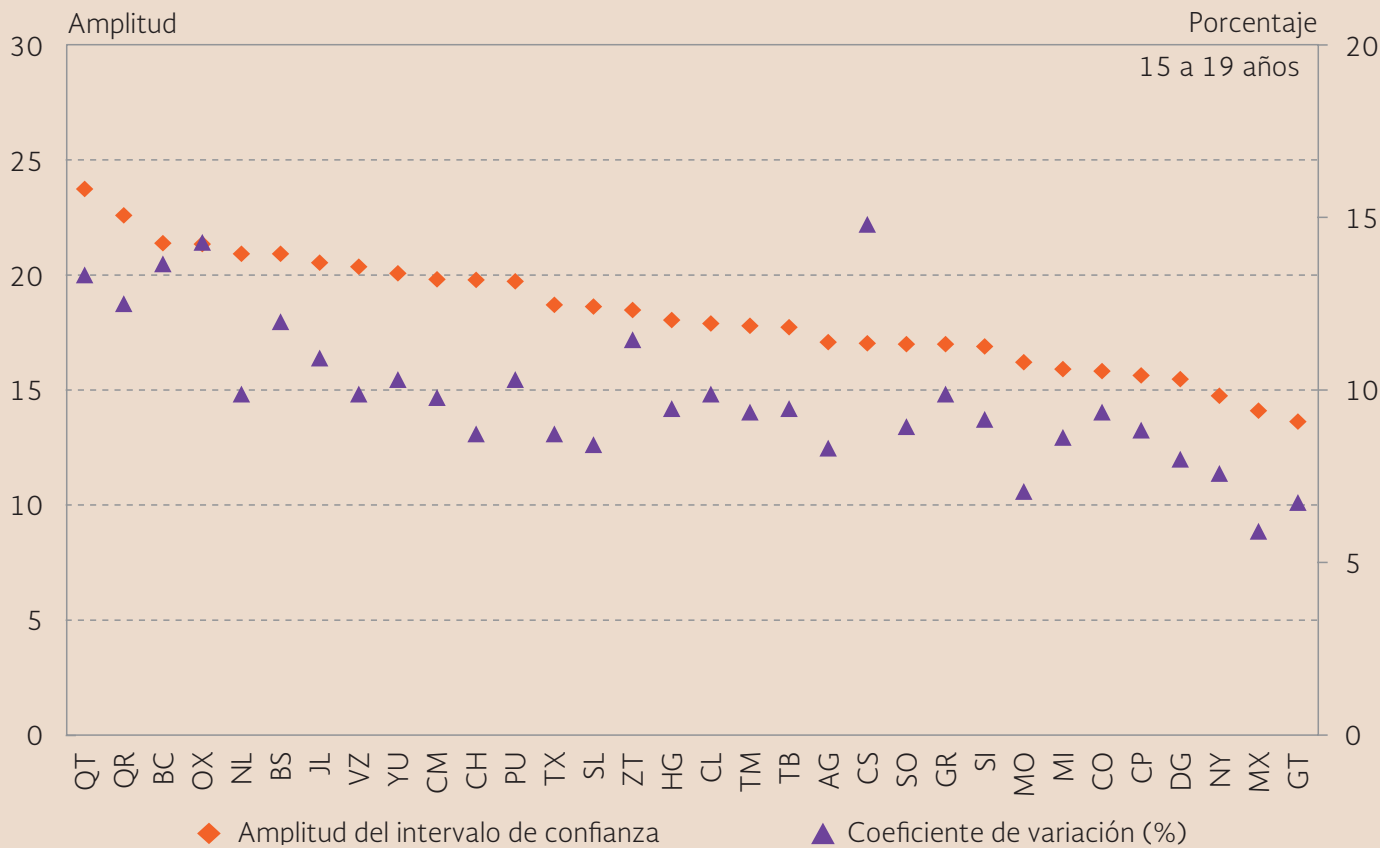
seguido por Veracruz, Oaxaca, Tabasco y Guerrero, donde también se observan coeficientes de variación de entre 1.78 a 2.87 por ciento. De lo anterior se concluye que la prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas resulta un indicador confiable por entidad federativa.

Finalmente, uno de los objetivos de este documento es proporcionar información que sea útil para focalizar las acciones en grupos específicos de la población con mayores rezagos en salud sexual y reproductiva, por lo cual se consideran necesarios para el diseño de toda política pública datos desagregados por entidad federativa y grupos de edad. En este sentido, la prevalencia anticonceptiva

en mujeres sexualmente activas por entidad federativa a nivel estatal y por grupos quinquenales de edad es un indicador central para el diseño de políticas públicas para enfrentar las necesidades en este ámbito. No obstante, es importante analizar con qué precisión es posible obtener este indicador por entidad federativa y grupos de edad a partir de la ENADID 2014.

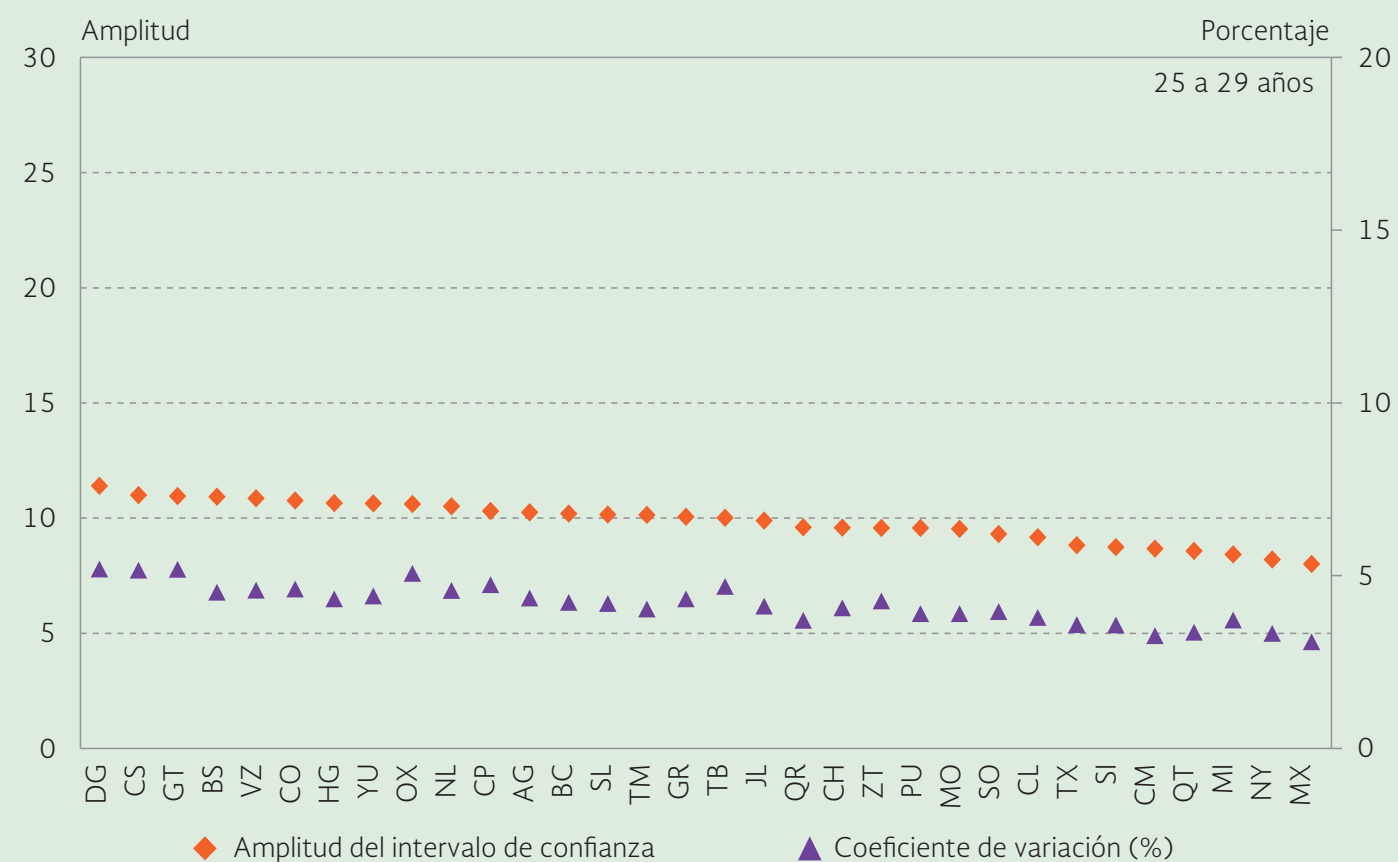
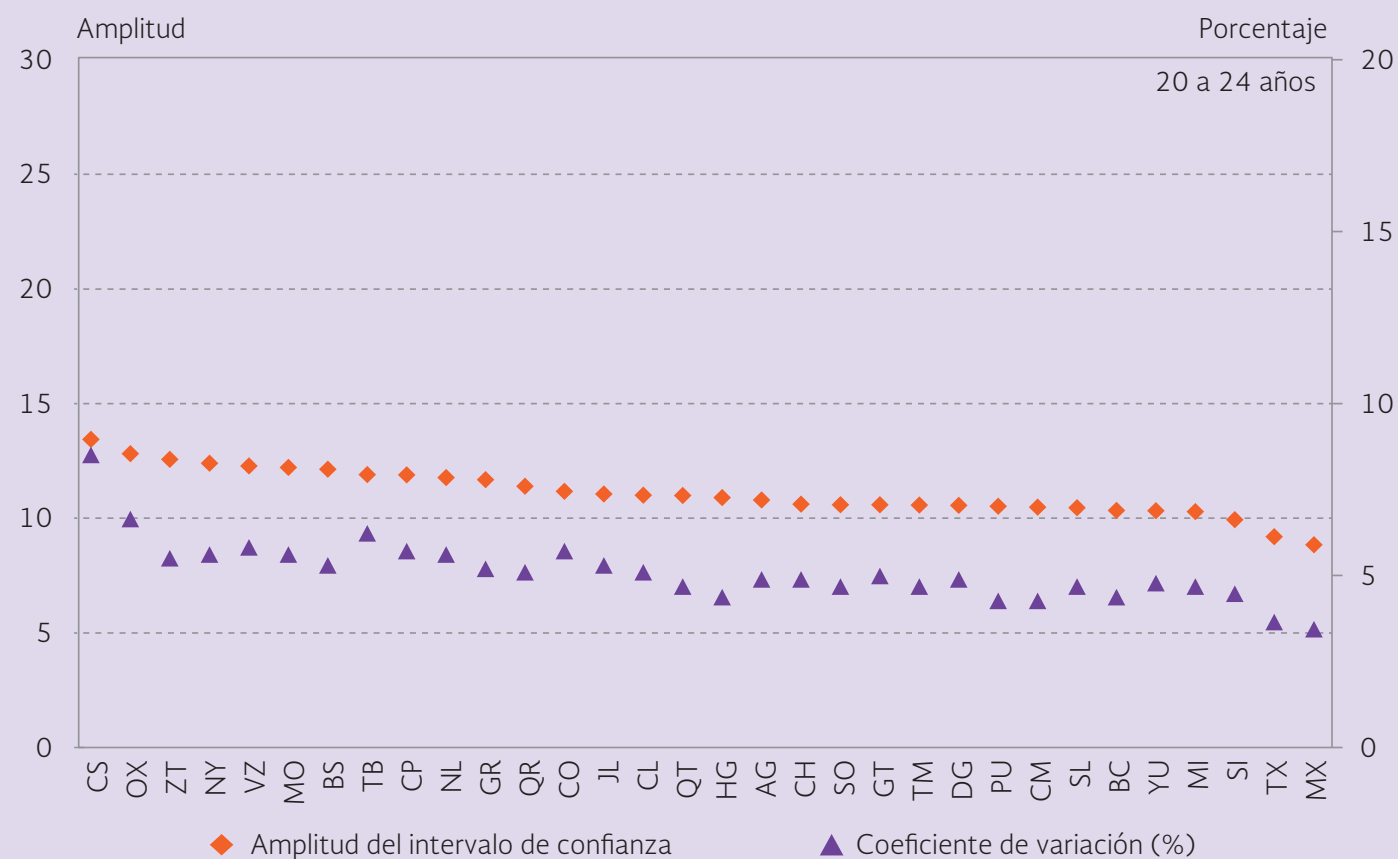
La gráfica 1.4 muestra la amplitud de los intervalos de confianza y los coeficientes de variación por grupos etarios, y se observa que en las adolescentes las estimaciones de la prevalencia son las que cuentan con una relativa menor precisión estadística comparada con la de los otros grupos de edad, al

Gráfica 1.4. Amplitud de los intervalos de confianza de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas obtenidos con base en la ENADID, 2014



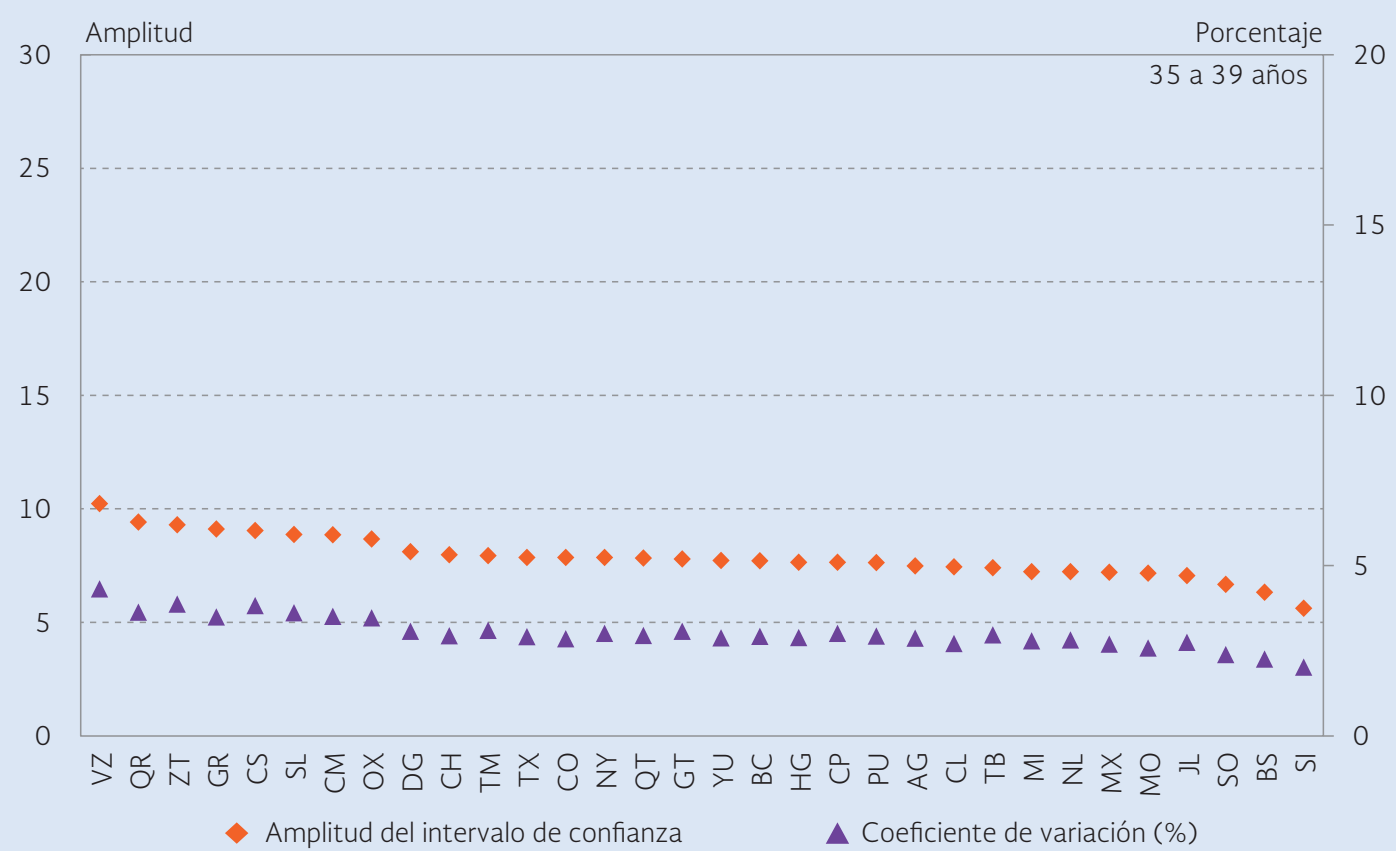
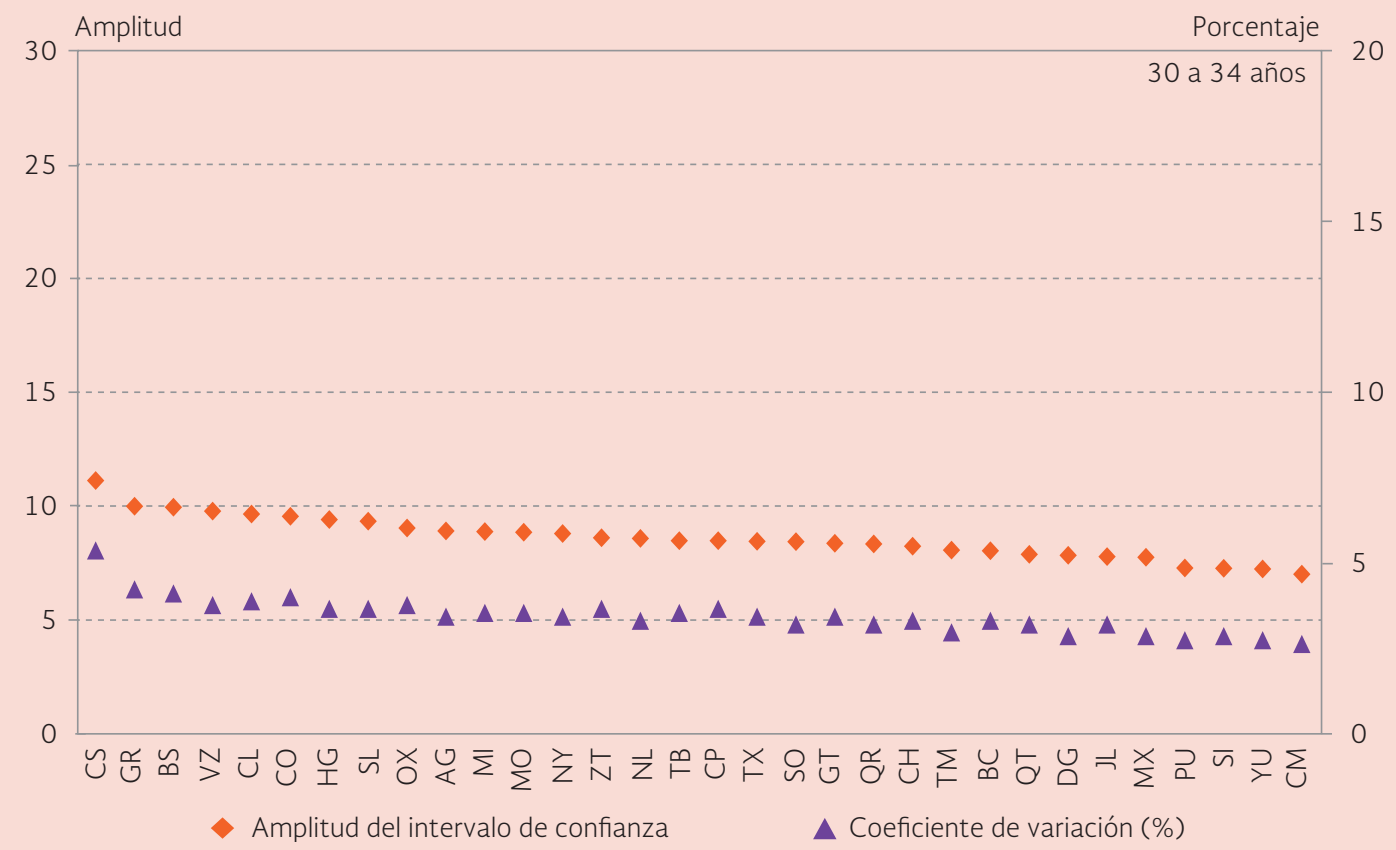
Continúa...

Gráfica 1.4. Amplitud de los intervalos de confianza de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas obtenidos con base en la ENADID, 2014



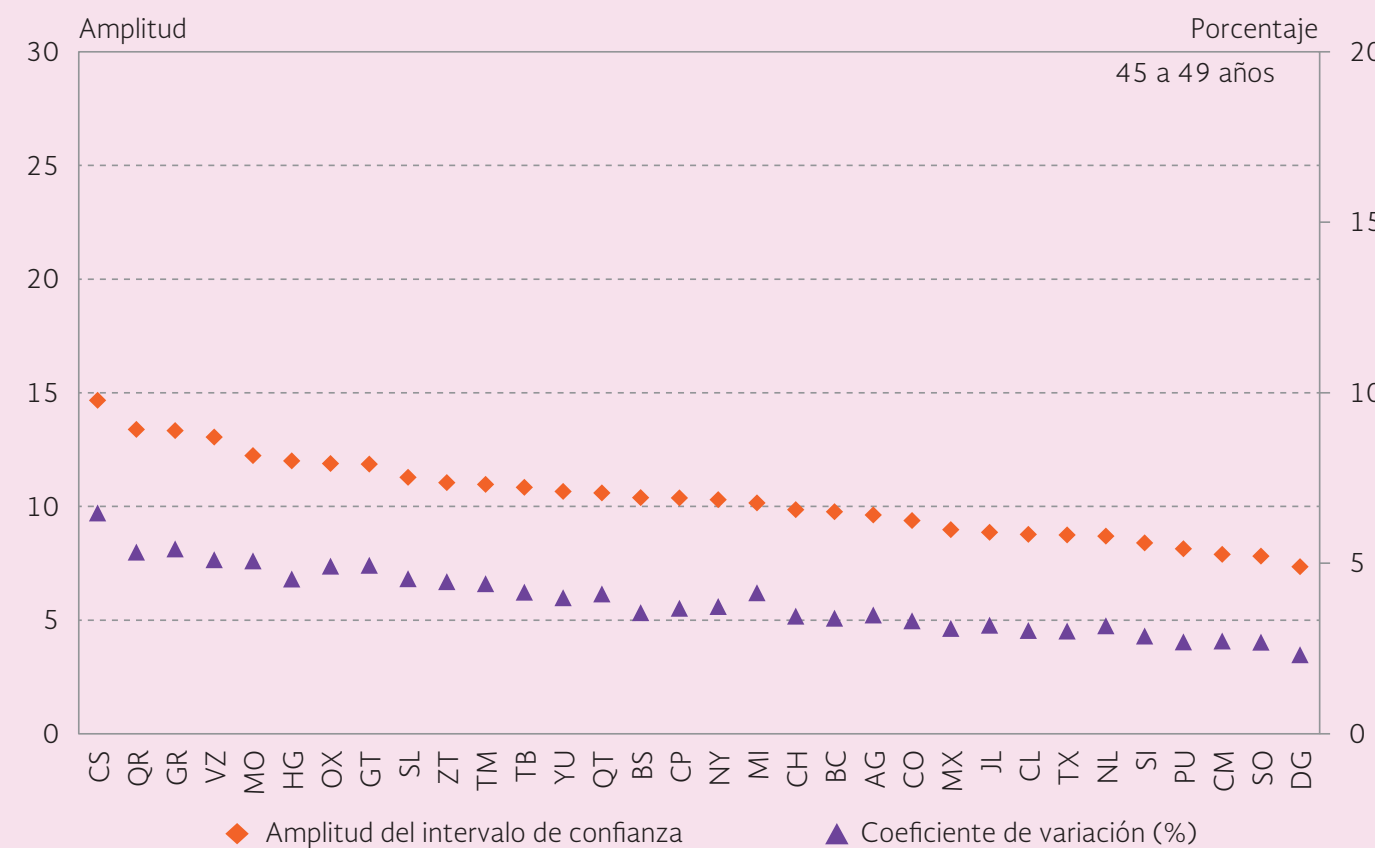
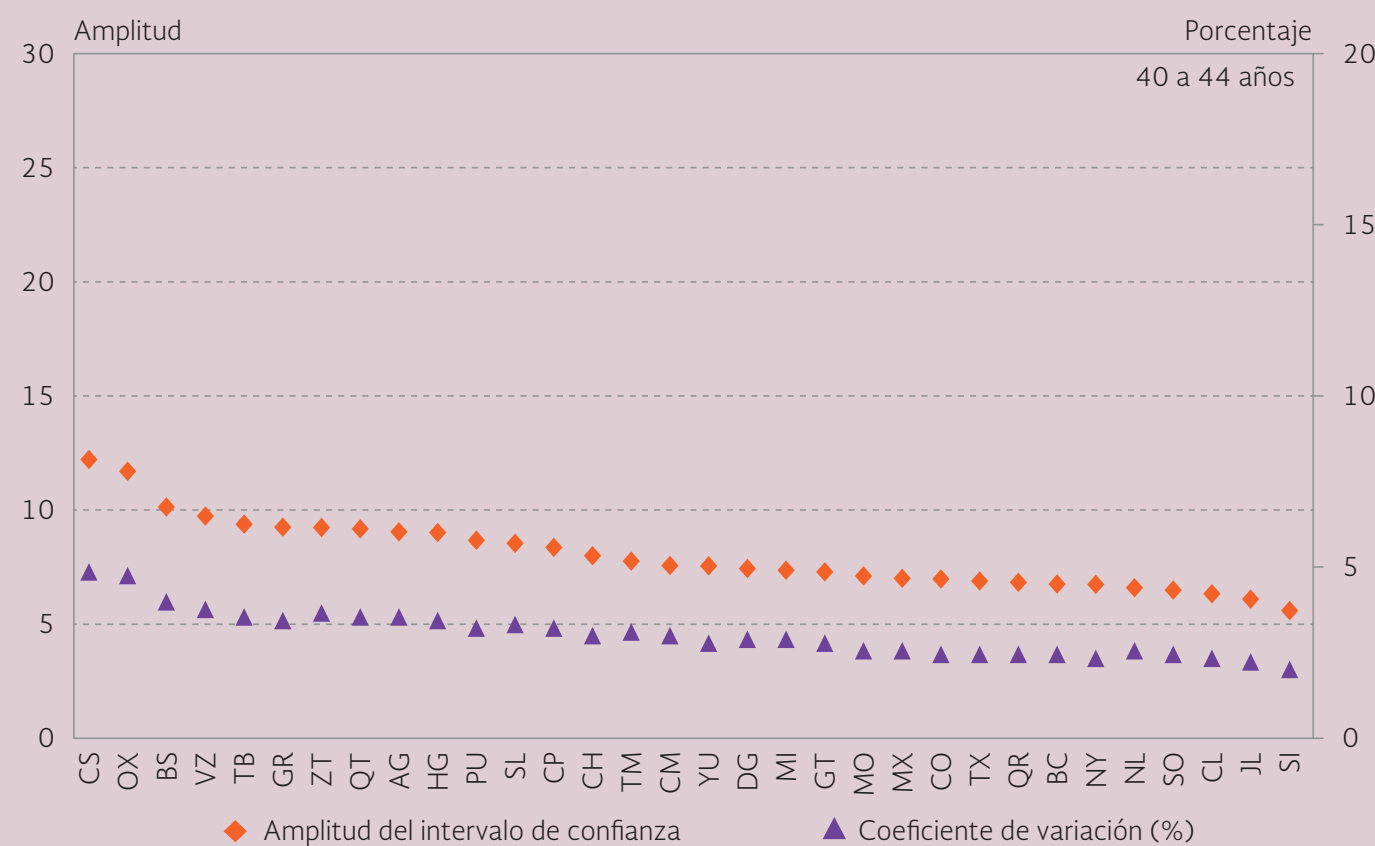
Continúa...

Gráfica 1.4. Amplitud de los intervalos de confianza de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas obtenidos con base en la ENADID, 2014



Continúa...

Gráfica 1.4. Amplitud de los intervalos de confianza de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas obtenidos con base en la ENADID, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

igual que se observaba a nivel nacional, ya que la diferencia entre el límite superior y el inferior del intervalo de confianza en Guanajuato, la entidad con relativamente mejor precisión es de 13.8 puntos, mientras que entidades como: Yucatán, Veracruz, Jalisco, Baja California Sur, Nuevo León, Oaxaca, Baja California y Quintana Roo, presentan amplitudes de entre 20 y 23 puntos. Por su parte, Querétaro es la entidad con la menor precisión, en donde el intervalo de confianza es casi de 24 puntos. Lo mismo señalan los coeficientes de variación para estas entidades, ya que en la mayoría de ellas se encuentran arriba del 10 por ciento.

En los demás grupos de edad la precisión mejora, de forma que, en las mujeres de 20 a 24 años los intervalos de confianza de las estimaciones aún alcanzan rangos que van de 8.9 a 13.2 puntos entre el límite inferior y superior y los coeficientes de variación se encuentran cercanos a 10 por ciento, mientras que en el resto de los grupos, los rangos de los intervalos de confianza se mantienen cercanos a diez puntos y los coeficientes de variación menores a 10 por ciento en prácticamente todas las entidades, con lo cual se pueden obtener estimaciones que reflejan con mayor certeza la realidad de este indicador a este nivel de desglose, a diferencia de lo que sucede con las adolescentes.

Lo anterior muestra que deben considerarse con cierta precaución las estimaciones sobre prevalencia anticonceptiva desagregadas por entidad federativa y grupos de edad, debido a que, de manera específica, se observa una sub-representación en la muestra para las adolescentes. Esto puede deberse a que el tamaño de muestra establecido no es suficiente para representar completamente a este grupo poblacional en el que la prevalencia de métodos es

aún muy baja a nivel nacional, y por ende en las entidades federativas es más difícil lograr contar con suficientes casos muestrales que garanticen una estimación del todo precisa. Por lo que las estimaciones que se proporcionan en esta publicación con las desagregaciones mencionadas, deben considerarse como una cifra de referencia más que como un valor puntual del indicador.

Conclusiones

La ENADID es el principal instrumento estadístico nacional para conocer con mayor profundidad el comportamiento sexual y reproductivo de la población femenina, así como de otros aspectos relevantes de la dinámica demográfica de México; esto la convierte en una encuesta única con información muy valiosa y reciente en materia de fecundidad que es fundamental para comprender y dimensionar las implicaciones sociales de la toma de decisiones para enfrentar los retos venideros.

La capacidad de este análisis permite asegurar que tanto las TEF como la prevalencia anticonceptiva estimadas a partir de la ENADID 2014 pueden ser consideradas con una buena precisión si se estiman a nivel nacional, pero si se requiere de información con un desglose mayor, éste deberá de analizarse con apreciación crítica pues el explorar la vinculación con otros indicadores o características sociales y/o demográficas o un desglose de éstas, provocaría que la precisión disminuyera. Para el caso de la prevalencia anticonceptiva se deberá poner especial atención en el grupo de adolescentes sin perder de vista al resto de los grupos a nivel entidad federativa, y particularmente en las entidades expuestas en este capítulo con precisiones poco favorables.



En el caso de la fecundidad, se identifican algunas condicionales para obtener tanto las tasas trianuales como las quinquenales por entidad federativa y edad, en este caso, el análisis mostró que en las TEF de mujeres de 15 a 19 años es donde se presentan las principales divergencias, por lo cual son las que cuentan con las estimaciones menos precisas. Igualmente, es importante tener en cuenta que dado que las TGF se construyen a partir de las TEF, a nivel entidad federativa éstas se calculan de manera quinquenal para gozar de mejor precisión, por lo cual también se deberá considerar la representatividad en la muestra al construir este indicador.

Es claro que una encuesta con mayor representatividad incrementaría de manera importante los recursos necesarios para su levantamiento, sin embargo, consideramos que debería pensarse construir este instrumento contando con socios estratégicos, es decir, las dependencias interesadas en ciertas temáticas o grupos de edad, que pudieran aportar recursos o bien gestionar para obtenerlos, con el objeto de ampliar el tamaño de muestra en ciertos grupos de población prioritarios que requieren de un mayor conocimiento a través de la desagregación de ciertas características sociodemográficas, como es el caso de la población adolescente. En este momento sería muy enriquecedor contar con información precisa que permitiera conocer el nivel real de esta situación por entidad federativa (TEF adolescente) además de ampliar el conocimiento sobre los determinantes principales de este evento.

La finalidad de este análisis no es debatir la importancia de la información que se deriva de la ENADID como herramienta en la planeación local, más bien consiste en asegurar la precisión que esta información proporciona, siendo la única pretensión

acotar los alcances de la ENADID e informar a los lectores sobre los aspectos que deberían considerarse con cautela; esto con el objeto de potenciar los alcances de la misma y con el propósito de que los usuarios de este documento conozcan la precisión que tienen algunos de los indicadores obtenidos. De igual modo, se ha pretendido mostrar áreas de oportunidad para futuras encuestas, ya que contar con información precisa a nivel de entidad federativa para los distintos grupos de edad u otra característica social (educación, lugar de residencia, condición de habla indígena, etc.), otorgaría los elementos necesarios para facilitar la planeación y focalización de políticas públicas en grupos prioritarios.

Bibliografía

- Aparicio, Ricardo (1982), *Análisis del uso efectividad de los métodos anticonceptivos*, Tesis de licenciatura en Actuaría, ENEP Acatlán, UNAM, México.
- Brass, William y Rashad, Hoda (1980), “Exploratory Demographic Analysis of Imperfect Maternity Histories to Determine Levels and Trends of Fertility”, Documento presentado en el Seminario: *Analysis of Maternity Histories*, IUSSP/CPS/WFS, Londres, Abril 9-11.
- Cochran, William G. (1984), *Sampling Techniques*, John Wiley & Sons. Inc., Nueva York
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2005), “La fecundidad en México: niveles y tendencias recientes”, Serie de documentos técnicos, México.
- Juárez, Fátima (2008), “Un repaso crítico de la información de las encuestas”, en: Figueroa, Beatriz (coord.), *El Dato en cuestión. Un análisis de las cifras sociodemográficas*, el Colegio de México,



- Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, México, DF.
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2015a), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Informe operativo.
- (2015b), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Síntesis Metodológica.
- Garrison, Helen (1984), *Contraceptive effectiveness in Mexico*, Stanford University, Stanford, California.
- Kish, Leslie (1987), *Statistical design for research*, Wiley, Hoboken, New Jersey.
- Pagano, Marcello y Fitzmaurice, Garret (1999), “Confidence Intervals”, *Nutrition*, vol. 15, núm. 6, 1999, pp. 515-516, Elsevier Science, USA.
- Trussell, James (2009), “Understanding contraceptive failure”, *Best practice and research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 23, pp. 199-209.
- Walti Chanes, Carlos (2006), “Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación”, *Papeles de Población*, vol. 12, núm. 50, octubre-diciembre, pp. 253-275, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Panorama demográfico y principales características de las mujeres¹⁸ en edad reproductiva

La salud sexual y reproductiva mantiene una estrecha relación con la dinámica demográfica en la medida en que, a través del ejercicio de este derecho, se garantiza el libre acceso a la información para comprender y disfrutar de la sexualidad, así como el pleno acceso al uso de métodos anticonceptivos, permitiendo con esto regular los niveles de la fecundidad.

Asimismo, a través del estudio y comprensión de este enfoque es posible disminuir las muertes maternas e infantiles en tanto que se proporcionen servicios adecuados de salud materno-infantil y se garantice el derecho a permanecer libre de enfermedades asociadas con el ejercicio de la sexualidad o la reproducción.

Desde otra perspectiva, los componentes de la dinámica demográfica, como son la fecundidad, la mortalidad y la migración determinan el volumen de la población y su composición etaria, y, por tanto, el de la población femenina en edad fértil, permitiendo avizorar y prever la demanda de servicios para esta población específica. Asimismo, la importancia de la interrelación entre el comportamiento sexual y reproductivo y el demográfico se confirma al reconocer la forma en que los niveles y composición de la población pueden incidir en las demandas de servicios de salud sexual y reproductiva, y qué tanto esta población es resultado de las pautas marcadas por los programas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva del pasado.



¹⁸ La salud sexual y reproductiva debe de analizarse desde un enfoque más amplio que incorpore a los hombres como otro de los actores principales en el ejercicio de este derecho y no solo a las mujeres como ha ocurrido tradicionalmente; sin embargo, las fuentes de información disponibles, en este caso la ENADID, no incluyen información sobre varones debido a la complejidad que representa su captación, por lo cual, este análisis se enfoca únicamente en mujeres en edad reproductiva, aunque se reconoce plenamente la necesidad de incorporar información sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres, que permita diseñar estrategias más incluyentes y que permitan una mayor equidad de género en este ámbito.

2.1. Panorama demográfico

México es un país que se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica.¹⁹ Así lo muestran los diversos componentes de la dinámica poblacional del país que revelan el franco descenso de la fecundidad, que se estima muy cerca del nivel de reemplazo (2.19 hijos por mujer en 2015) según las Proyecciones de Población 2010-2050 elaboradas por el CONAPO. De igual forma, la mortalidad y en específico la mortalidad infantil se redujeron de forma importante a lo largo del siglo pasado, como consecuencia de ello, la esperanza de vida al nacimiento se ha mantenido en aumento hasta alcanzar los casi 75 años de vida en promedio, mientras que, a través de la razón de dependencia demográfica, se refleja el cada vez mayor envejecimiento poblacional que enfrenta el país.

Según las Proyecciones de Población 2010-2015 del CONAPO, en 2015 el volumen total de la población en México fue de 121 millones de personas, la composición por sexo señala que existe una presencia ligeramente mayor de mujeres, representando éstas 51.2 por ciento del total, mientras que los hombres constituyen un poco menos de la mitad (48.8%). Como consecuencia de los cambios en la dinámica demográfica del país, la población crece cada vez con menor velocidad. Si bien la población total en 2015 representa 39 por ciento más de lo observado en 1990, entre 1990 y 2000 la población nacional se incrementó a un ritmo de 1.5 personas por cada cien habitantes, mientras que de 2000 a

2010 se observa una disminución en la tasa de crecimiento, llegando a un nivel de 1.2 personas por cada cien, crecimiento que se mantiene en el quinquenio de 2010-2015, como resultado principalmente de la baja sostenida en la fecundidad (véase gráfica 2.1).

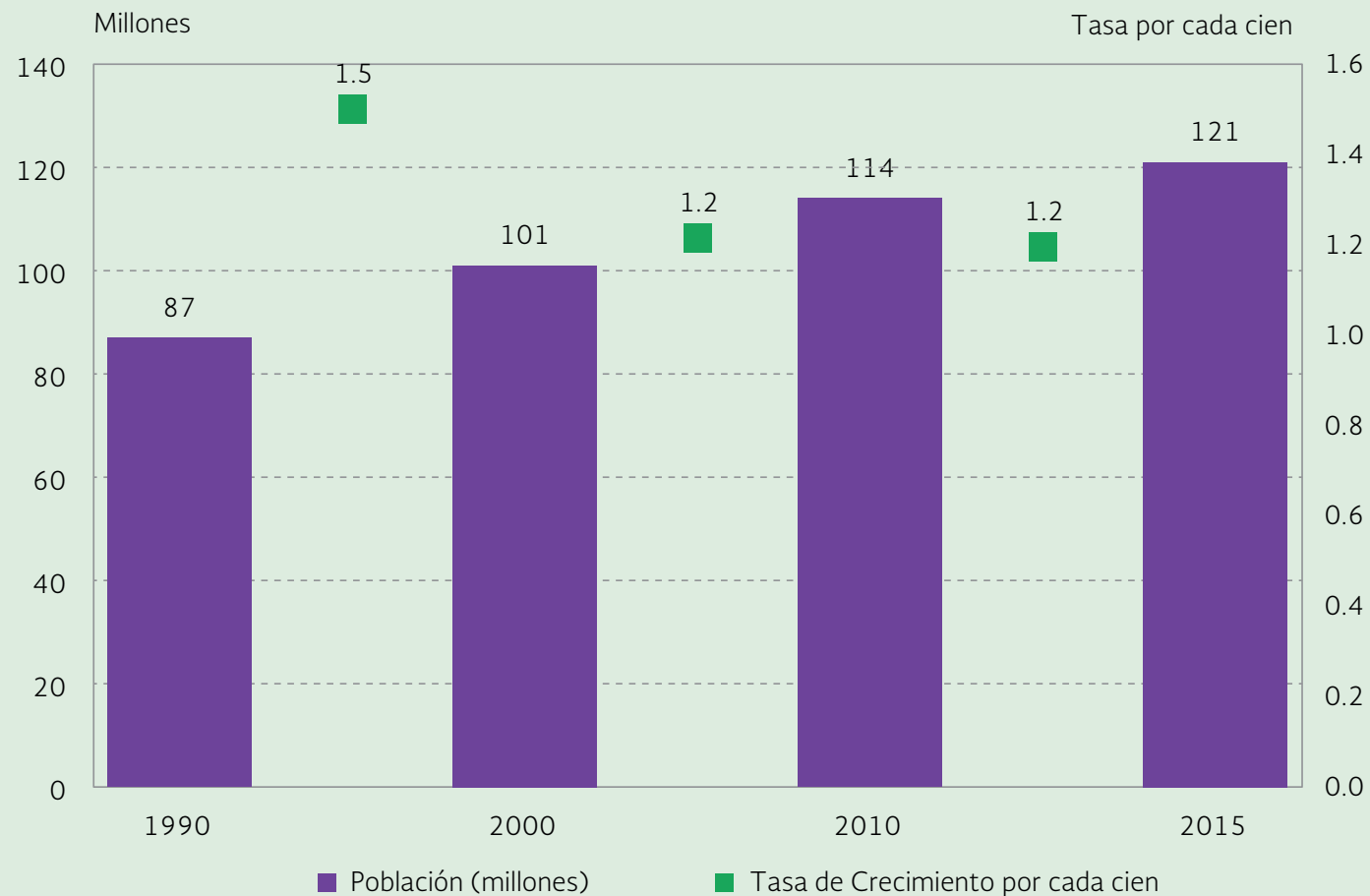
En cuanto a la composición por edad, los datos estimados en las proyecciones de 2015 determinaron que aproximadamente 33.4 millones de personas son menores de 15 años, lo que representa casi una tercera parte de la población nacional (27.6%); asimismo, 31.6 millones se encuentran entre los 15 a 29 años, esto es que un poco más de la cuarta parte de la población (26.1%) es adolescente o joven. Si bien, en conjunto suman cerca de la mitad de la población total (53.8%), su peso específico en la estructura por edad empieza a estabilizarse con una tendencia a disminuir, al igual que sucede con el grupo de población adulta joven (30 a 44 años). Por su parte, en el grupo de 45 a 59 años se observa una tendencia hacia la alza pasando de 9.3 por ciento a 14.9 por ciento de 1990 a 2015, al igual que las personas adultas mayores con edades entre los 60 a 74 años, quienes han crecido de manera importante en los últimos 25 años, representando 7.3 por ciento en 2015. De igual forma resalta el aumento de la población adulta mayor de 75 años o más quienes pasaron de 1.6 a 2.7 por ciento, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que experimenta el país (véase gráfica 2.2).

En las pirámides de población que muestran la distribución por edad y sexo (véase gráfica 2.3), se puede observar que, entre 1990 y 2015, la población infantil disminuyó con relación a la población mayor de 20 años de edad, lo cual se refleja en el gradual ensanchamiento de la parte central y superior de la pirámide correspondiente a 2015, en la que también

¹⁹ La transición demográfica es el proceso que implica pasar de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad, a otro con niveles bajos y controlados. Una de las consecuencias de dicha transición es el paulatino cambio en la estructura por edad, pasando de una composición en la que prevalece la población joven, a otra en la que se hace presente cada vez con mayor énfasis la población de adultos mayores.



Gráfica 2.1. República Mexicana. Población total y tasa de crecimiento anual, 1990, 2000, 2010 y 2015



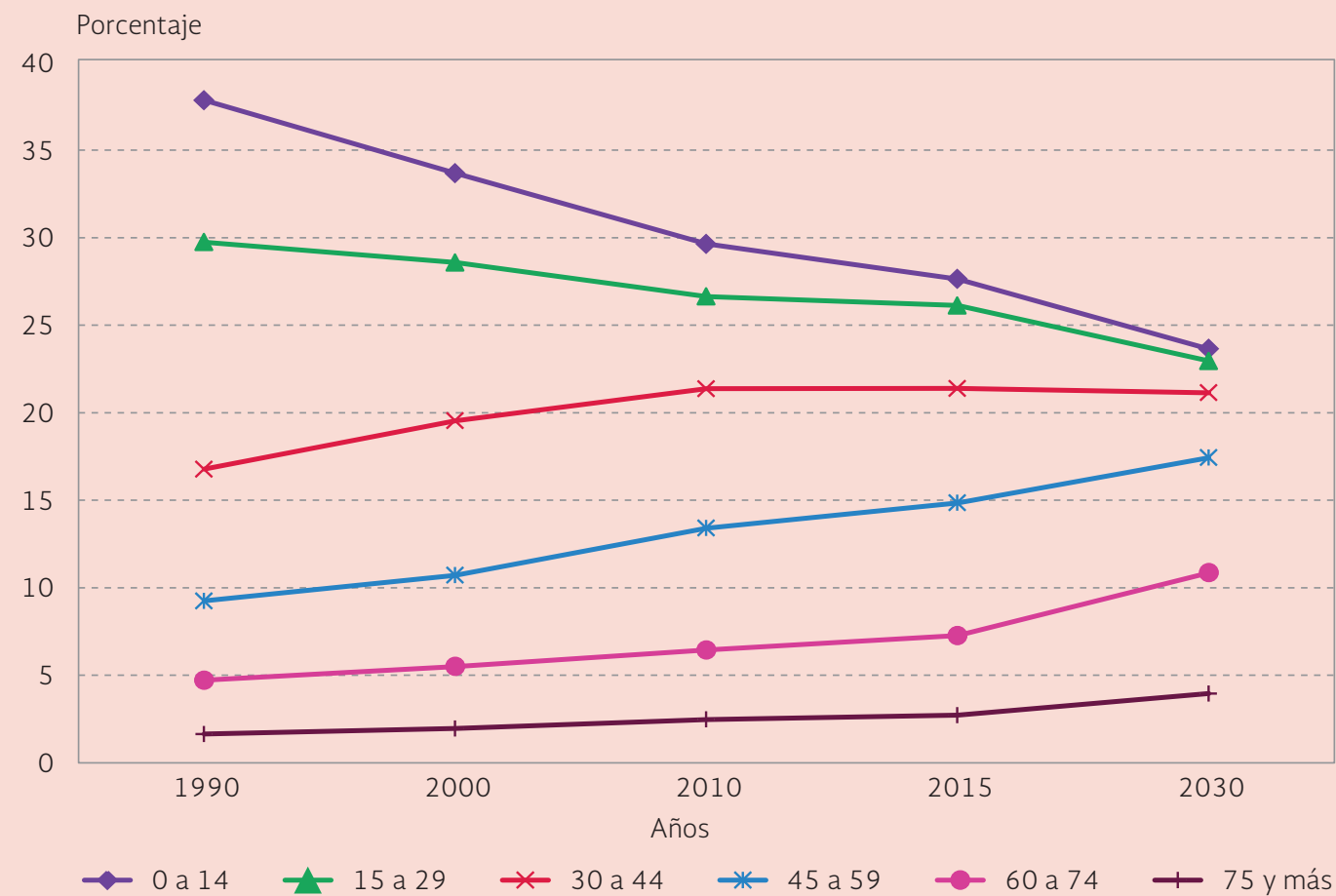
Fuente: CONAPO, Estimaciones de la Población 1990-2010 y Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

se observa una evidente concentración de la población adulta y adulta mayor respecto a 1990. De la misma manera, mientras que en 1990 la población femenina se aglutinaba en los grupos de 0 a 14 años, en 2015 se observa un aumento importante en el número de mujeres en edad fértil, lo cual tendrá que considerarse en el diseño de políticas públicas para atender las diversas necesidades de salud sexual y reproductiva de estas mujeres.

En términos de la relación de dependencia, la distribución por edad de la población actual presenta una estructura favorable; es decir, el nú-

mero de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto a la población en edad de trabajar (entre 15 y 64 años de edad), mientras que en 1990 había 72.9 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, o lo que es lo mismo aproximadamente tres personas dependientes por cada cuatro en edad laboral, en 2015 existen casi dos proveedores potenciales (1.9) por cada persona tentativamente dependiente, como resultado de una relación de dependencia de 52.6 personas en edad no laboral por cada 100 potenciales trabajadores. Asimismo, en

Gráfica 2.2. República Mexicana: Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1990, 2000, 2010, 2015 y 2030



Fuente: CONAPO, Estimaciones de la Población 1990-2010 y Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

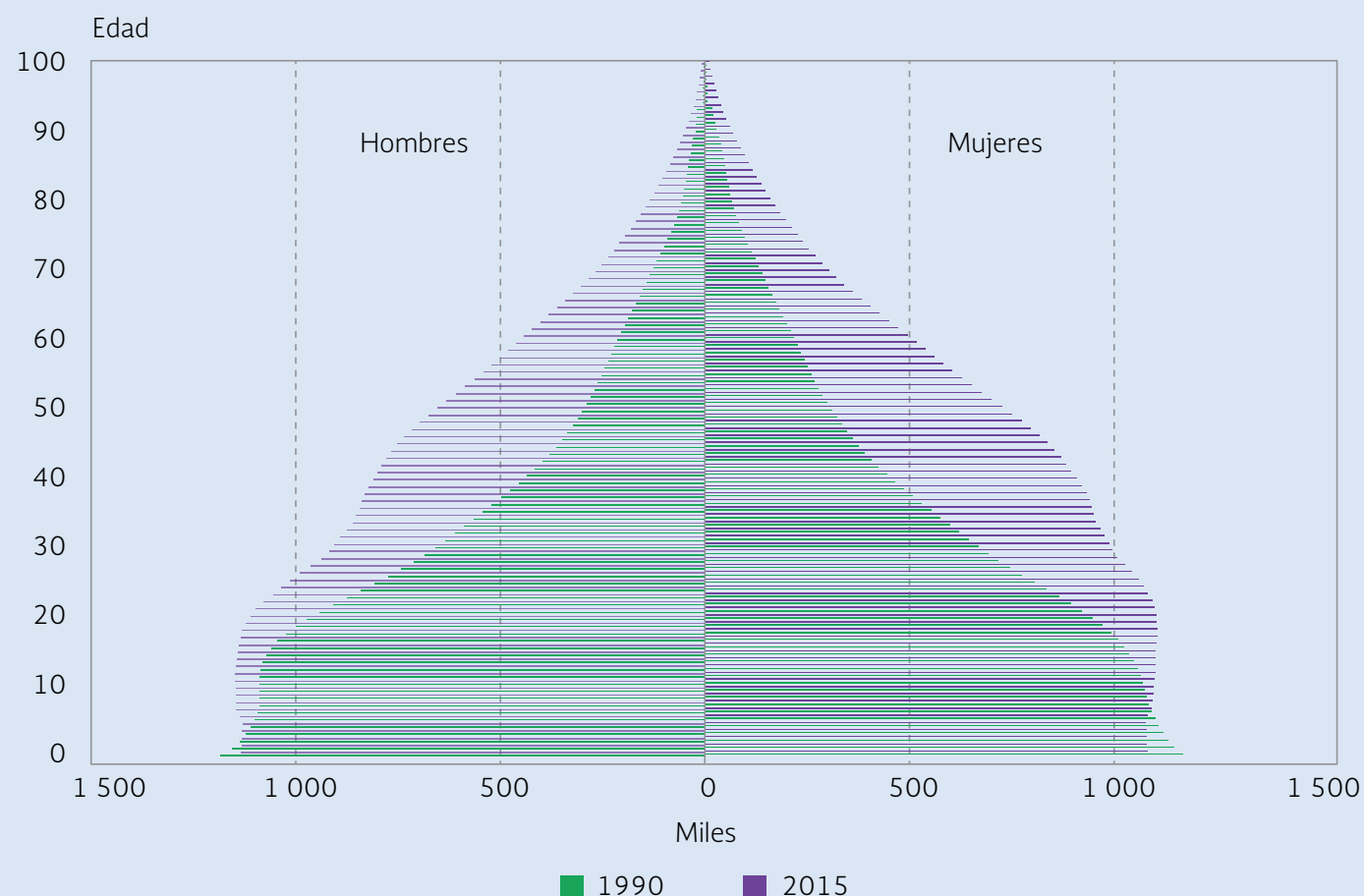
1990, el 89.8 por ciento de la dependencia se debía a la población menor de 15 años (dependencia infantil); mientras que en 2015 ésta representó 80.2 por ciento, dado el peso que gana, de manera gradual, la dependencia por parte de las personas adultas mayores (dependencia por vejez) como consecuencia del avance en el proceso de transición demográfica que vive el país.

El comportamiento demográfico de la población femenina es un aspecto de sumo interés para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva, en particular de aquella en edades fértiles, conven-

cionalmente considerada entre los 15 y 49 años. Los cambios en el volumen y estructura por edad de la población pueden afectar y ser afectados por transformaciones en la nupcialidad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, y el número y espaciamiento de su descendencia, entre otros.

Así, en 2015, a nivel nacional hay poco menos de 33.4 millones de mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 53.9 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran poco menos de 22 millones, es decir, 50.2 por ciento del total de mujeres. Esto significa que en los últimos 20 años la población

Gráfica 2.3. República Mexicana. Pirámides de población 1990 y 2015



Fuente: CONAPO, Estimaciones de la Población 1990-2010 y Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

femenina en edades fértiles se incrementó en 52.8 por ciento, aunque su volumen aumenta a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto de la población. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF registró una tasa de 2.1 por cada cien, mientras que en los últimos cinco años se reduce a la mitad, creciendo así a una razón de 1.1 por ciento (véase gráfica 2.4).

Es importante conocer la estructura por edad de la población femenina, ya que las prácticas sexuales y reproductivas, así como las anticonceptivas y de atención a la salud en estos temas varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada.

Así, en el ámbito nacional, el grupo de edad de 15 a 19 años representa 16.5 por ciento del total de las mujeres en edad fértil; las 5.5 millones de adolescentes son el grupo más numeroso de las mujeres en edad reproductiva. Debido a esto y a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta en su desarrollo, se convierte en un desafío proveer la atención y servicios necesarios de anticoncepción que les permitan evitar embarazos no planeados y permanecer libres de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Por su parte, un poco más del 30 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29

Gráfica 2.4. República Mexicana. Tamaño y tasa de crecimiento anual de la población femenina en edad fértil, 1990, 2000, 2010 y 2015

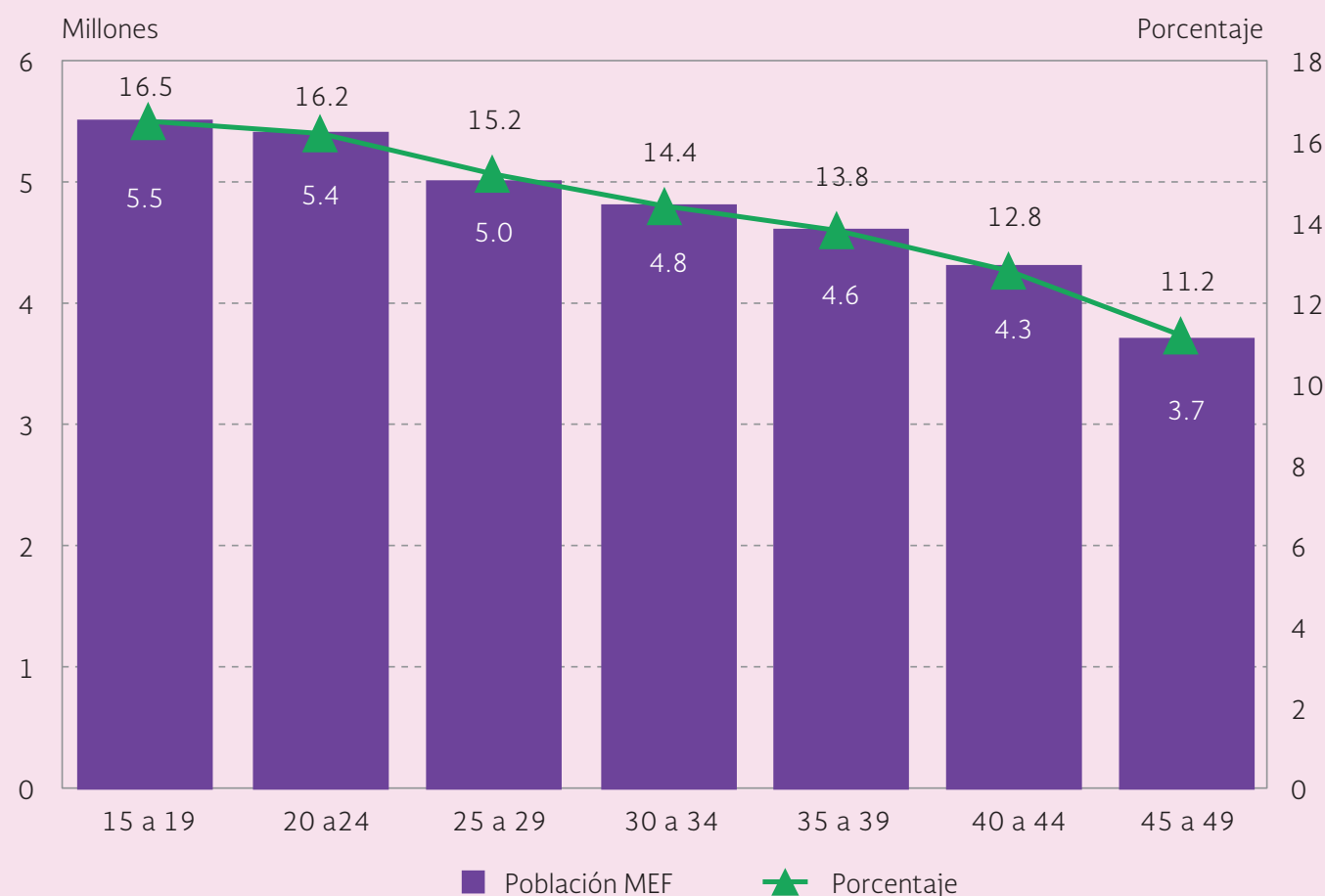


Fuente: CONAPO, Estimaciones de la Población 1990-2010 y Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

años, edades críticas para la reproducción, en la medida en que en éstas se concentran las tasas más altas de fecundidad en nuestro país, en particular entre los 20 y 24 años. Asimismo, aunque las mujeres de 30 a 34 años contribuyen en menor medida a la fecundidad, representan 14.4 por ciento, siendo una proporción aún importante respecto al total. Es así que en los grupos de edad de 20 a 34 años se concentra casi la mitad (45.7%) de las mujeres en edad fértil. De esta manera, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de anticoncepción son de especial importancia durante estas edades.

Por último, la población femenina que menos contribuye a la fecundidad, es decir, las mujeres de 35 a 39, 40 a 44, y 45 a 49 años de edad, concentran 13.8, 12.8 y 11.2 por ciento de la población en edad reproductiva, respectivamente (véase gráfica 2.5). Lo anterior no significa que estos grupos sean menos relevantes, ya que las necesidades en materia de salud reproductiva en esta población suelen estar relacionadas con la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas asociadas con el sistema reproductivo, como cáncer de mama, ovario y cérvico-uterino, y la atención a la

Gráfica 2.5. República Mexicana. Mujeres en edad fértil por grupos de edad y su distribución porcentual, 2015



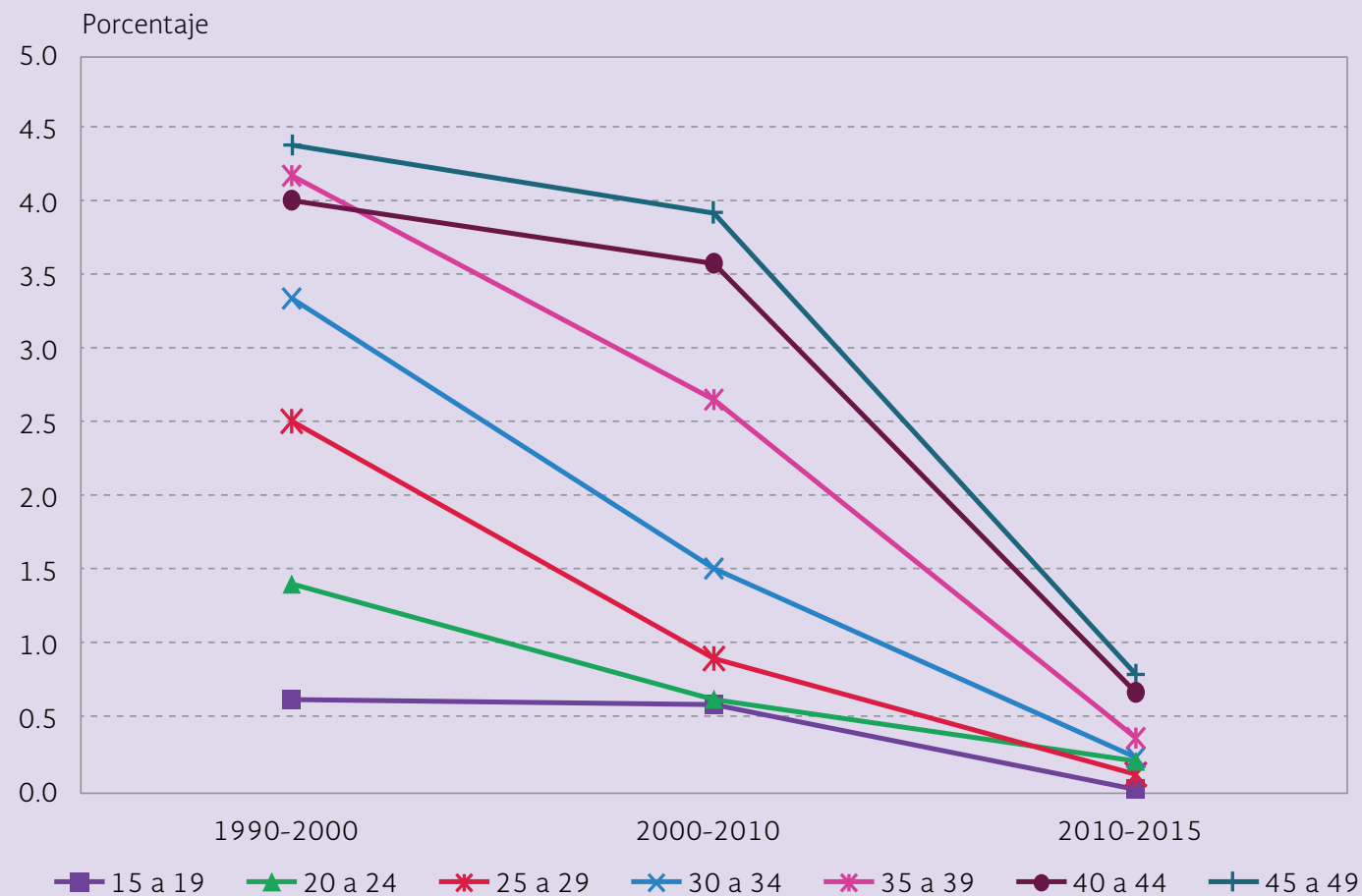
Fuente: CONAPO, Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

Si bien, en los últimos 25 años el ritmo de crecimiento de casi todos los grupos de edad entre las MEF se ha desacelerado, a nivel nacional la tasa anual de las adolescentes disminuyó al punto de llegar a un crecimiento anual de cero durante el quinquenio de 2010-2015; por su parte, las jóvenes de 20 a 24 años, cuyo crecimiento había disminuido en forma importante en la década de 2000-2010, en los últimos cinco años registró un crecimiento

prácticamente nulo. A su vez, el crecimiento de los grupos de mujeres de 25 a 29 y 30 a 34 años fueron los que mostraron un mayor descenso entre 2000-2010 respecto a la década anterior, en tanto que en el quinquenio más reciente, al igual que los otros grupos, tuvo un crecimiento mínimo. Por último, destaca que en el periodo 2010-2015 las tasas de crecimiento de las mujeres mayores de 35 años de edad disminuyen con mucha mayor velocidad en contraste con el decenio anterior, y respecto a los otros grupos de edad (véase gráfica 2.6).

Gráfica 2.6. República Mexicana. Tasas de crecimiento anual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad, 1990-2000, 2000-2010 y 2010-2015



Fuente: CONAPO, Estimaciones de la Población 1990-2010 y Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

2.2. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil a partir de la ENADID

Además de las características demográficas, las condiciones de vida materiales, sociales y culturales de las personas tienen una estrecha relación con su salud sexual y reproductiva; de forma que, por un lado, determinan el uso y el acceso a los servicios disponibles, y por el otro, propician prácticas diferenciadas y desigualdad en cuanto al acceso y la

atención de estos servicios en grupos de la población con características sociodemográficas particulares. Por lo anterior, es de suma importancia conocer el perfil básico de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), dado que constituyen la población objetivo de este estudio.

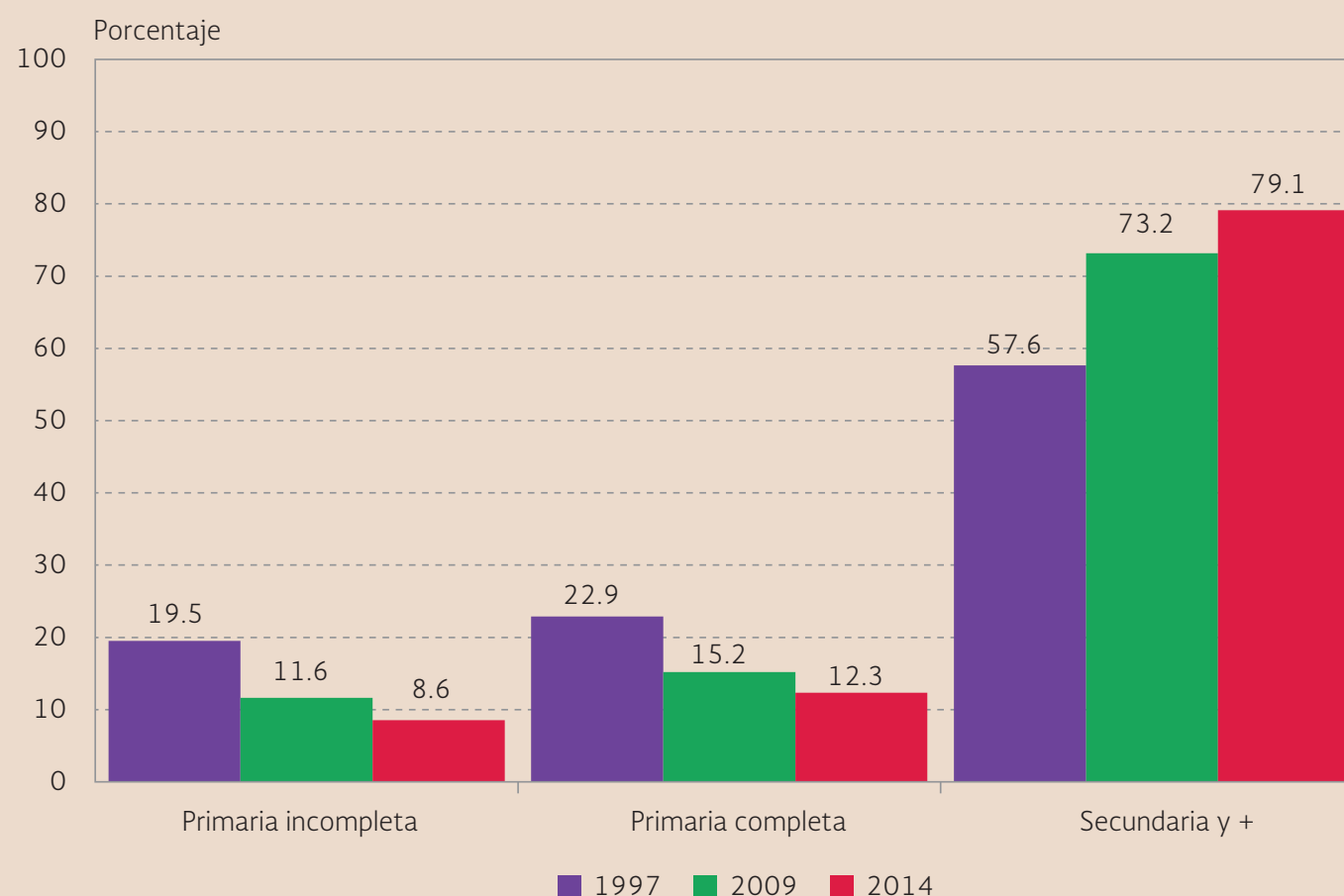
Los datos de la ENADID muestran que la escolaridad entre las MEF ha tenido grandes avances desde la encuesta de 1997, ya que el porcentaje de mujeres con primaria incompleta disminuyó a menos de la mitad, pasando de 19.5 por ciento en 1997 a 8.6 en 2014; a su vez, el número de mujeres que han

logrado concluir la secundaria o algún grado mayor de estudios se incrementó de forma importante, ya que en 1997 apenas un poco más de la mitad de las MEF habían obtenido este nivel de estudios, mientras que para 2009 aumentó en más de 15.5 puntos porcentuales, hasta llegar a 73.2 por ciento, en tanto que para 2014 el incremento fue más modesto (5.9%), llegando a 79.1 por ciento de las MEF que lograron este nivel de escolaridad (véase gráfica 2.7).

La escolaridad se considera como una forma de desarrollo económico y social que permite el acceso a mayores recursos, con los cuales es posible alcanzar un mayor bienestar tanto en lo individual como

en lo colectivo. En el ámbito de la salud reproductiva, un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos para llevar una vida sexual y reproductiva con menos riesgos y, por lo tanto, más plena, así como un mejor cuidado y atención a la salud tanto de los individuos como de sus familias. Se ha demostrado que un mayor nivel de escolaridad se relaciona con un mayor y mejor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como con mejores prácticas para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, además proporciona más elementos para decidir sobre el volumen de su descendencia y el momento de tenerla (Echarri, 2008).

Gráfica 2.7. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por nivel de escolaridad, 1997, 2009 y 2014

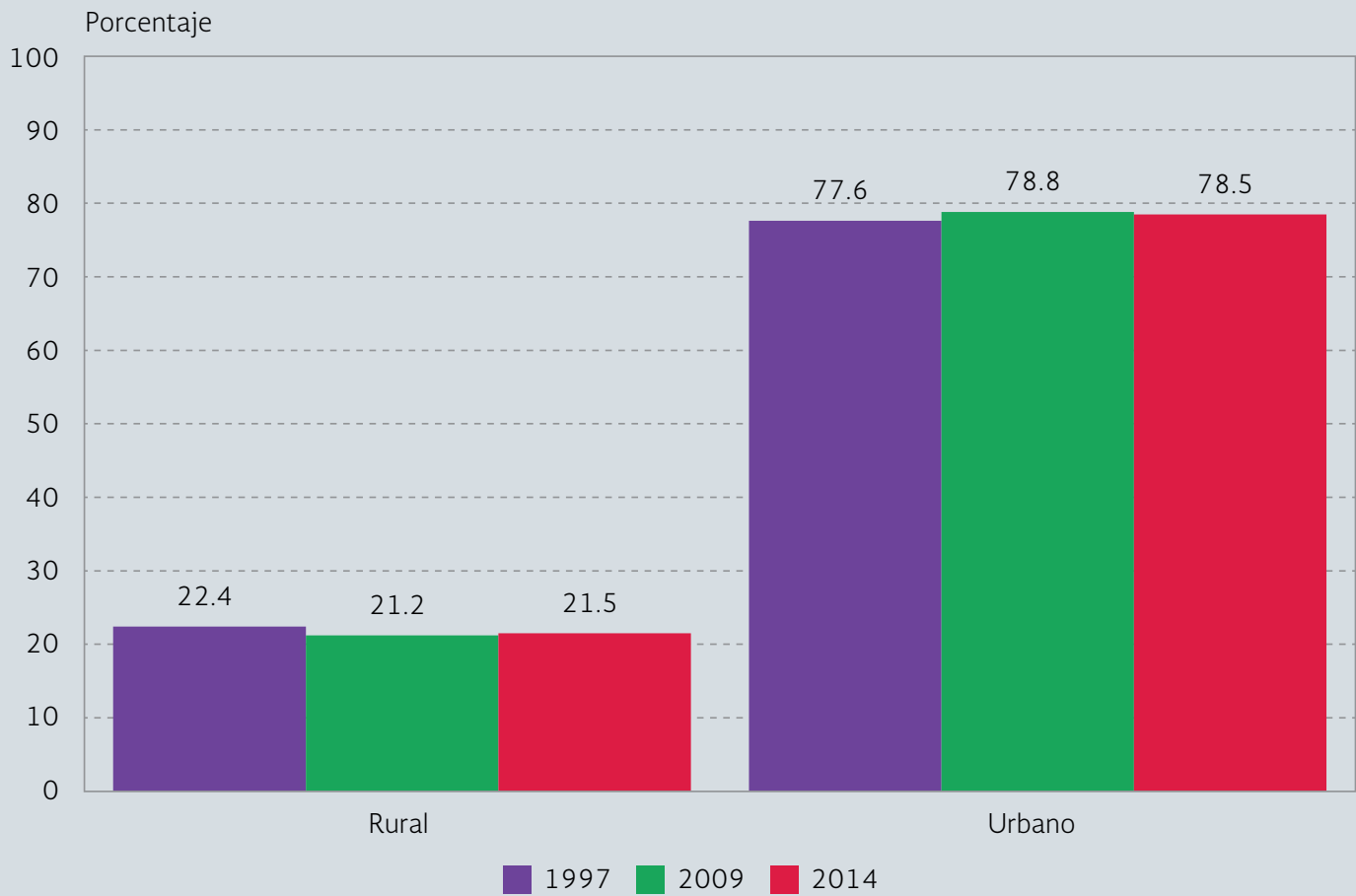


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

Por lo anterior, los datos de la ENADID más reciente sugerirían que, dado el importante avance en cuanto a escolaridad observado en los últimos años, éste debe estar relacionado a un impacto positivo en la salud sexual y reproductiva de las MEF y de sus hijos(as). No obstante, aún existen grupos que deben atenderse, como son aquellas mujeres que en 2014 reportan que no lograron concluir la primaria, o bien que solo cuentan con primaria completa, lo anterior coadyuvará a reducir los riesgos en materia de salud reproductiva asociados a un nivel de escolaridad insuficiente.

En lo que respecta al lugar de residencia (véase gráfica 2.8), se observa que entre 1997 y 2014 el porcentaje de MEF que reside tanto en áreas rurales como urbanas no ha tenido prácticamente cambios. De esta forma, en 2014 poco más de una quinta parte (21.5%) de las mujeres habita en áreas rurales y más de dos terceras partes de ellas (78.5%) reside en zonas urbanas. En términos del acceso a la salud sexual y reproductiva, es bien conocido que las insuficiencias del desarrollo del país y las limitaciones estructurales de estas instituciones se reflejan en las notables disparidades regionales y en la in-

Gráfica 2.8. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por lugar de residencia, 1997, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

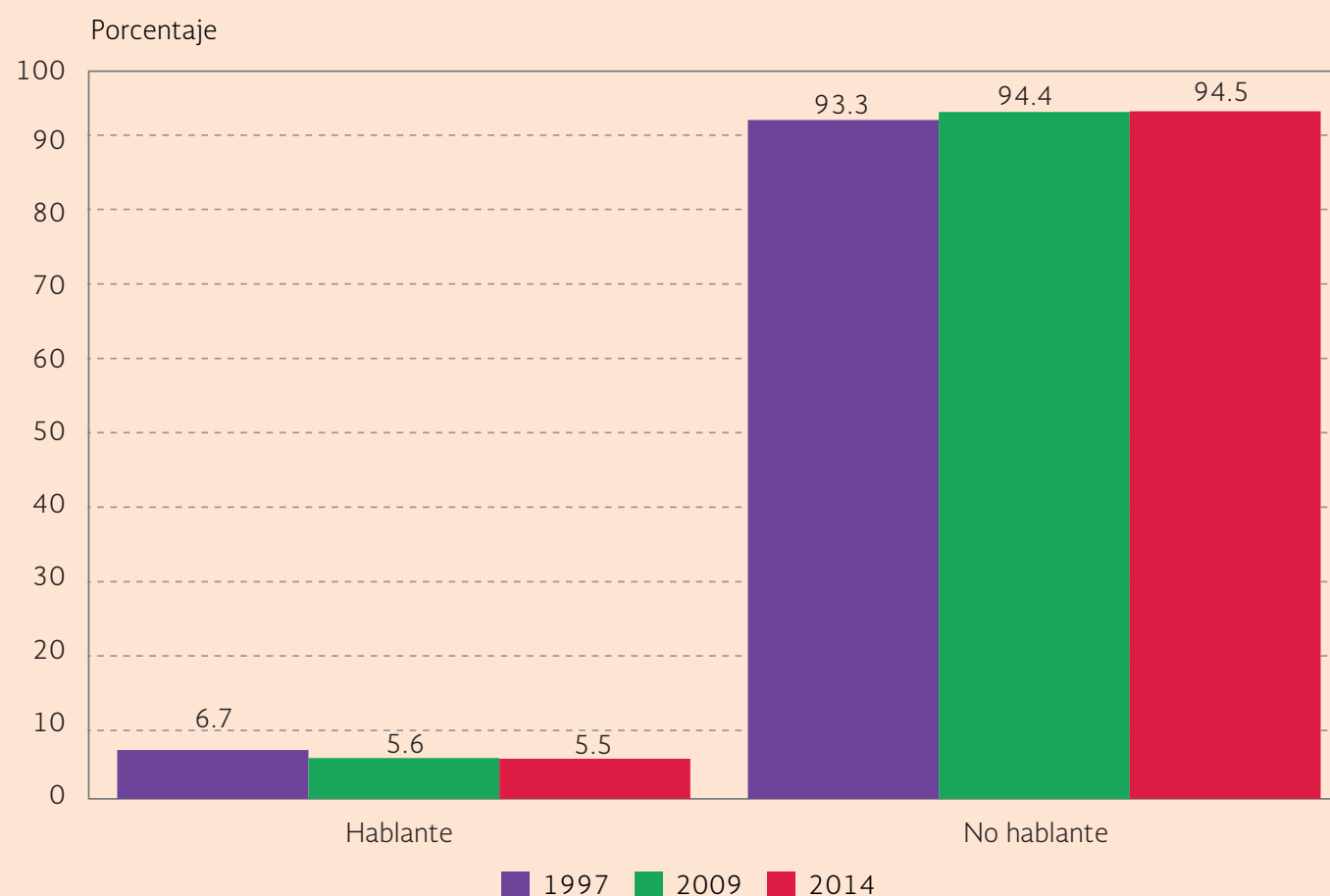
fraestructura de este tipo de servicios, lo que compromete el acceso de importantes segmentos de la población que residen en áreas marginadas y en zonas rurales y dispersas (Ávila, 1999; CONAPO, 2001)

Dadas estas disparidades y debido a que una proporción importante (21.5%) de las MEF reside en zonas rurales, los esfuerzos para instrumentar o continuar con los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva deben modificarse, con el fin de romper con las barreras de tipo geográfico, económico y cultural que dificultan y en muchos casos impiden que estas mujeres se acer-

quen a los servicios de salud. Se habrán de diseñar estrategias que promuevan la infraestructura necesaria, la cobertura suficiente de servicios y la calidad en la atención que se requiere a la población de dichas áreas, cuyas necesidades muestran un rezago importante respecto a las urbanas.

Por su parte, la distribución en el tiempo de las MEF según condición de habla de lengua indígena (véase gráfica 2.9) muestran que ha habido una ligera disminución de mujeres hablantes, ya que en 1997 éstas representaban el 6.7 por ciento del total de MEF, en tanto que para 2014 disminuyeron a 5.5 por ciento;

Gráfica 2.9. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por condición de habla de lengua indígena, 1997, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

mientras que las no hablantes registraron un ligero aumento, pasando de 93.3 por ciento a 94.5 por ciento entre ambas encuestas. A pesar de que la población hablante de lengua indígena representa una proporción cada vez menor, sus condiciones de salud sexual y reproductiva siguen siendo muy importantes, debido al enorme rezago y a las marcadas brechas que siempre han existido respecto de las mujeres no hablantes.

La atención en materia de salud sexual y reproductiva en las mujeres hablantes de lengua indígena representa un desafío aún más complejo. En esta tarea se conjugan la mayoría de los factores que explican un menor acceso no solo a la salud sexual y reproductiva, sino a la salud en general y a la educación. Dicho rezago tiene sus raíces en las condiciones precarias y marginadas en las que viven estos grupos poblacionales, además de que las mujeres indígenas están insertas en un conjunto de normas y costumbres que propician el inicio temprano de la vida conyugal, así como de la maternidad. Entre ellas existen además fuertes restricciones establecidas por los cónyuges, la familia y la comunidad, sobre las decisiones que tienen que ver con su propio cuerpo y su salud reproductiva, ya que éstas en muchos casos dependen de la autorización de sus esposos para usar métodos anticonceptivos, para atender su salud en general, y para decidir el número y espaciamiento de sus hijos(as), etc. (Espinosa, 2008).

Por lo anterior, entre los retos prioritarios referentes a esta población en materia de necesidades de salud reproductiva se encuentran la atención en materia de anticoncepción y en particular de métodos anticonceptivos modernos, así como la atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual, de mortalidad materna y de cáncer cérvico-utérino, que por las características de mar-

ginación y de falta de autonomía de esta población, se presentan con mayor intensidad respecto a las mujeres urbanas.

De acuerdo a lo anterior, es de suma relevancia tener en cuenta que la composición etaria, las diferencias sociales, la desigualdad étnica, así como las relaciones de género, entre otros aspectos, configuran condiciones diversas para el acceso a los derechos y la satisfacción de las necesidades en salud reproductiva. Dichas situaciones desiguales constituyen un gran reto para las políticas y los programas pues exigen decisiones estratégicas y una canalización diferenciada de las acciones para poder transitar hacia escenarios más homogéneos de acceso a los derechos humanos en concordancia con los compromisos internacionales suscritos, los derechos constitucionales y las demandas poblacionales.

Conclusiones

El análisis previo pretende establecer un diagnóstico demográfico breve de la población femenina, en términos de su volumen, estructura por edad, crecimiento y características sociales. Como ya se ha señalado, estos factores son clave para dimensionar, entre otros, la magnitud de las acciones en materia de salud sexual y reproductiva de la población objetivo, las necesidades específicas que experimentan en virtud de su composición, y la posibilidad de seguir incidiendo en indicadores relevantes sobre estos temas en el futuro.

En términos de los desafíos que implica la distribución etaria actual, resalta la necesidad de continuar atendiendo a un alto volumen de adolescentes y jóvenes coadyuvando en la prevención de embarazos no planeados y no deseados, para



lo cual se deberán reformar los programas de salud sexual y reproductiva permitiendo ofrecer servicios más amigables y acordes con las necesidades de los jóvenes. De igual forma, la atención de la salud materna e infantil que estos grupos demandan y demandarán deberá ser un elemento relevante en la construcción de los programas de salud reproductiva, buscando contar con cobertura suficiente, así como aminorar los riesgos de mortalidad materna e infantil. No menos importantes serán los retos para atender al grupo de MEF de 35 a 49 años de edad cuyas necesidades específicas se concentran en la atención de enfermedades como cáncer cérvico-uterino, ovárico y de mama, así como en las necesidades de atención al climaterio.

De igual forma, los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva deben considerar mecanismos que permitan una mayor inclusión geográfica, económica y cultural que posibiliten el acceso a estos servicios de salud a todas las personas, teniendo en cuenta como factores fundamentales

de estas estrategias la mejora de la infraestructura, la ampliación de la cobertura, así como una mayor y mejor calidad en la atención para las poblaciones más rezagadas en estos aspectos.

Bibliografía

Ávila, José Luis (1999), “Centros proveedores de servicios: Una estrategia para atender la dispersión de la población”, en: Tuirán, Rodolfo (coord.), *La situación demográfica de México, 1999*, CONAPO. México, pp. 91-113.

CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2001), *Programa Nacional de Población, 2001-2006. Hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad*, México.

Espinosa, Gisela (2008), “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres” en Lerner, Susana y Szasz, Ivoone (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II, México, El Colegio de México, pp. 141-202.



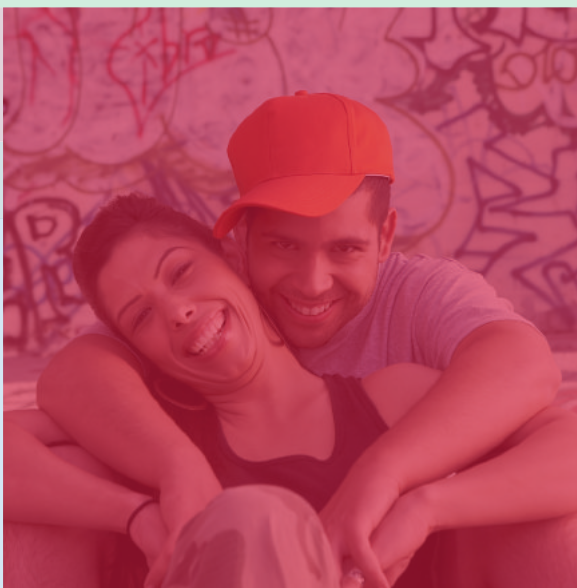
Principales transiciones a la vida sexual y reproductiva

Entre los cambios más importantes que se experimentan en el tránsito de la adolescencia hacia la adultez se encuentran los relacionados a la sexualidad, tanto en sus expresiones biológicas y fisiológicas, como en la conformación de la identidad y los condicionamientos sociales a lo que estos eventos dan lugar. Las principales transiciones se configuran con el inicio de la vida sexual, de la vida en unión conyugal y del nacimiento del primer hijo.

En la actualidad existe una disociación de la sexualidad, la reproducción y la unión conyugal, pues estos eventos no están necesariamente entrelazados, sin embargo la ocurrencia de éstos sin información y orientación sobre salud sexual y reproductiva puede tener efectos de corto, mediano o largo plazo en la vida de las personas, al condicionarse actividades que contribuyen a su desarrollo. En términos demográficos, el inicio de la vida sexual determina el proceso reproductivo de las personas y, por ende, su fecundidad; asimismo, la unión conyugal está muy ligada al inicio de la reproducción, por lo que su ocurrencia sobre todo a una edad temprana puede tener repercusiones en la salud del niño y de la propia madre.

3.1. Inicio de la vida sexual

En el contexto de los derechos humanos, en el que se reconoce el derecho de la población a tener una vida sexual placentera y separada de los fines reproductivos (Hirmas et. al., 2008), se analiza el comportamiento sexual de las personas, en donde el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSYR) pueden marcar la diferencia para que la sexualidad se ejerza de manera libre y responsable, mientras se tomen las medidas necesarias para reducir el riesgo de tener un embarazo no planeado o de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS). En ese sentido, cuando las personas inician su vida sexual comienza la exposición a los riesgos de embarazos o de contraer una ITS - (Di Cesare, 2007). Por ello, se debe considerar que el inicio de la actividad sexual o reproductiva a una edad temprana o tardía puede tener efectos de corto, mediano o largo plazo en la vida de una persona, pues se condicionan actividades, como la asistencia a la escuela, la participación en alguna actividad económica o el uso del tiempo libre, lo que en conjunto incidirá sobre el desarrollo de la persona.



Para las mujeres, en particular, el acceso a la SSYR es un elemento clave, ya que sin ésta sus posibilidades de conseguir bienestar y estabilidad social serían limitadas (Welti, 2003).

3.1.1 Edad mediana a la primera relación sexual

La edad mediana a la primera relación sexual permite ubicar en qué etapa de la vida la mitad de las mujeres de cierta generación comienzan a tener relaciones sexuales. Para tener una mejor aproximación sobre la edad a la que se tiene la primera relación sexual, se considera a una generación de mujeres que haya pasado por la etapa de la adolescencia, para así poder diferenciar en la medición a las que sí tuvieron la primera relación sexual en ese periodo de vida y a las que iniciaron más tarde. De este modo, se realiza la estimación para 2014, a partir de las muje-

res entre 25 y 34 años y 35 a 49 años, lo que brinda la posibilidad de comparar el comportamiento de dos generaciones. Para la última generación mencionada, las nacidas entre 1965 y 1979, se estimó que el 50 por ciento había experimentado su primera relación sexual a los 18.4 años, mientras que las nacidas entre 1980 y 1989 tuvieron su primer encuentro sexual a los 17.7 años; es decir, a una edad menor que la cohorte anterior, por lo cual podríamos decir que la generación más joven tendrá un periodo más amplio de exposición al riesgo de un embarazo o de adquirir alguna ITS (véase cuadro 3.1).

Tal como indican los datos, en la etapa de la adolescencia es cuando la mitad de las mujeres tuvieron su primera relación sexual, además se observa que al clasificarlas, de acuerdo al nivel de escolaridad, hubo un descenso de la edad en todos los niveles en las dos generaciones, aunque en ambos casos hay una postergación de la edad de inicio de la primera relación sexual conforme aumenta el nivel de escolaridad. Así, en 2014, las que no tienen escolaridad o cuentan con primaria incompleta comenzaron en la etapa media²⁰ de la adolescencia de 15.9 y 16.5 años, respectivamente; las que cuentan con primaria completa a los 16.8 y 17.5 años, en este caso se observa que las más jóvenes comienzan casi antes de la fase tardía de la adolescencia; y las de secundaria o más, en ambas generaciones inician en la fase tardía de esa etapa, 17.9 y 19.0 años, respectivamente; en el caso de las jóvenes la brecha entre las menos escolarizadas y las más escolarizadas baja a dos años respecto a las más adultas que tuvieron una brecha de 2.5 años; esto muestra que las mujeres con bajo

Cuadro 3.1. República Mexicana. Edad mediana a la primera relación sexual por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014

Características seleccionadas	25 a 34	35 a 49
Total	17.7	18.4
Nivel de escolaridad		
Primaria incompleta o menos	15.9	16.5
Primaria completa	16.8	17.5
Secundaria y más	17.9	19.0
Lugar de residencia		
Rural	17.5	17.6
Urbano	17.7	18.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	17.3	17.1
No habla lengua indígena	17.7	18.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

²⁰ La Organización Mundial de la Salud identifica las fases del desarrollo durante la adolescencia en precoz (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) en <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>

nivel de escolaridad tienen una mayor posibilidad de tener un hijo a una edad más temprana.

De acuerdo al lugar de residencia, se observa que en los últimos cinco años, en las zonas rurales no se presentaron cambios en la edad mediana al primer encuentro sexual (17.5 años en las mujeres de 25 a 34 y 17.6 años en las de 35 a 49 años), mientras que en las zonas urbanas las jóvenes tienden a iniciar a una edad más temprana respecto de las adultas, de 17.7 a 18.6 años, respectivamente. Asimismo, llama la atención que ese mismo comportamiento se presenta en las mujeres clasificadas por condición de habla de lengua indígena, ya que, las hablantes de lengua indígena no presentaron grandes cambios en la edad mediana de ambas generaciones (17.3 y 17.1 años, respectivamente), mientras que en las no hablantes de lengua indígena si hubo un rejuvenecimiento de la edad, en las mujeres adultas la mitad inició a los 18.5 y en las jóvenes a los 17.7 años; dicho comportamiento en ambos casos, hace que la brecha se reduzca entre las residentes de zonas rurales y urbanas; y entre las hablantes y no hablantes de lengua indígena (véase cuadro 3.1).

El inicio de las relaciones sexuales a una edad más temprana en las mujeres entre 25 y 34 años se presentó en todas las entidades federativas del país (véase gráfica 3.1). Entre las que destaca Nuevo León con un descenso de la edad en año y medio, seguido por Jalisco, Aguascalientes, Sonora, Nayarit, Ciudad de México y Coahuila quienes comenzaron un año antes que las mujeres entre 35 y 49 años. Asimismo, se observa que en Chiapas la generación de 35 a 49 años inició a una edad más temprana (17.6 años) que en el resto de las entidades; de igual forma, considerando a las de 25 a 34 años, Chihuahua es la entidad en la que 50 por ciento de las mujeres tuvo

su primera relación sexual antes de los 17.2 años, esto es, una edad todavía menor que la registrada en Chiapas. Por otra parte, la entidad federativa donde la mitad de las mujeres inició a una edad más tardía en las adultas (35 a 49 años) fue Nuevo León a una edad de 19.2 años y, en las más jóvenes es Zacatecas con una edad de 18.3 años.

Estos resultados muestran que si no hay un acompañamiento de orientación y acceso al uso de métodos anticonceptivos, existe una mayor posibilidad de que las mujeres tengan un embarazo en la adolescencia, o bien contraigan una ITS.

3.1.2. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

De acuerdo con los resultados de la ENADID 2014, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se incrementó en 75.9 por ciento, al pasar de 19.5 a 34.3 por ciento entre 2009 y 2014. En general, el aumento se presentó en todas las mujeres clasificadas por diferentes características sociodemográficas, sin embargo, llama la atención que en las mujeres sin escolaridad, las que residen en zonas rurales o que son hablantes de lengua indígena, se duplicó el porcentaje de las que hicieron uso de algún anticonceptivo, aunque continúa siendo muy bajo (véase cuadro 3.2).

Al analizar por grupos quinquenales de edad, en 2014 al igual que en 2009, las adolescentes seguidas por las jóvenes fueron las que hicieron un mayor uso de métodos comparadas con el resto de mujeres en los demás grupos de edad, sin embargo, todavía cerca de la mitad no tuvo prevención para evitar un embarazo no planeado o una ITS; por otra parte, se observa que conforme aumenta la edad, el porcentaje de las que usaron algún método anticonceptivo



Gráfica 3.1. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

disminuye. Asimismo, se corrobora nuevamente que el nivel de escolaridad marca la diferencia en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, ya que en las mujeres con primaria o menos, los porcentajes de uso fueron bajos en relación con las que cuentan con secundaria o más; por ejemplo, en 2014, entre las que cuentan con secundaria o más, el porcentaje de las que usaron anticonceptivos fue diez veces más que las que no tienen escolaridad alguna; respecto a las que tienen primaria incom-

pleta fue cinco veces mayor y con las que cuentan con primaria completa tres veces mayor.

De igual modo, en las mujeres residentes en zonas rurales, en 2014 se duplicó el porcentaje de usuarias de anticonceptivos en la primera relación sexual respecto a lo estimado en 2009, pero la brecha se amplió respecto a las residentes de zonas urbanas, al pasar de 14.5 a 22.1 puntos porcentuales, ya que hubo un aumento en las zonas urbanas de 16.5 puntos porcentuales en mujeres que usaron algún

método anticonceptivo. En cuanto a las mujeres en edad fértil (MEF) por condición de habla de lengua indígena, también se duplicó el porcentaje de usuarias, pero la brecha con no hablantes de lengua indígena pasó de 15.5 a 23.9 puntos porcentuales al presentarse un incremento de 15.3 puntos porcentuales de MEF no hablantes de lengua indígena que usaron anticonceptivos.

La baja prevención en las mujeres residentes en zonas rurales o que son hablantes de lengua indígena puede deberse a que generalmente comienzan su vida sexual con el inicio de la vida en pareja, la cual está muy asociada a la reproducción. Estas mujeres, como nuevas esposas, aportan trabajo, atención sexual y capacidad reproductiva, sin que tengan que hacer propuestas o tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva (Espinoza, 2008). En ese sentido, el uso de métodos anticonceptivos en el inicio de la vida sexual pareciera que es ínfimo y poco accesible, incluso para las mujeres indígenas o rurales unidas, más aún lo es para aquellas que son solteras o han sido madres sin pareja, ya que por costumbres o prácticas, son relegadas de la salud sexual y reproductiva, quedando expuestas a riesgos de violencia sexual y con ello de adquirir ITS, y de tener mayores riesgos en la salud en el caso de embarazo y parto.

En el Programa de Acción Específico (PAE) Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, se estableció como reto llevar a cabo estrategias de información, educación y comunicación acordes a las necesidades de salud sexual y reproductiva para aumentar la cobertura del programa en poblaciones o áreas con mayor rezago, principalmente en comunidades indígenas, así como eliminar factores que impiden el ejercicio pleno

Cuadro 3.2. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	19.5	34.3
Grupos de edad		
15-19	37.6	54.8
20-24	33.2	54.0
25-29	24.6	45.1
30-34	18.7	34.5
35-39	14.9	27.4
40-44	11.0	21.2
45-49	9.1	17.1
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	2.2	4.1
Primaria incompleta	3.6	7.7
Primaria completa	6.3	13.1
Secundaria y más	26.0	41.7
Lugar de residencia		
Rural	8.0	16.9
Urbano	22.5	39.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	4.9	11.8
No habla lengua indígena	20.4	35.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

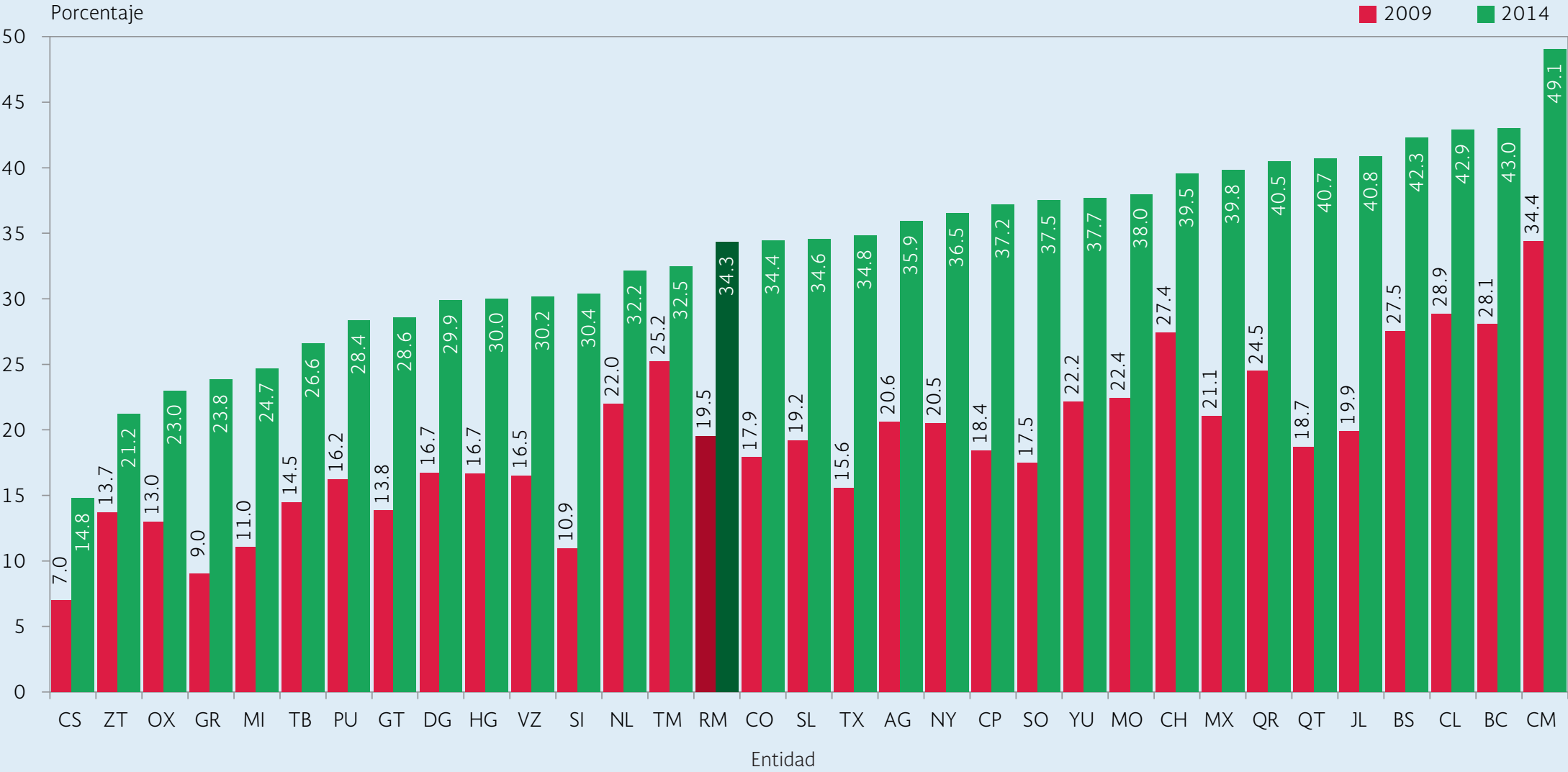
de la sexualidad y de la salud reproductiva de la población adolescente, en particular en zonas rurales e indígenas; se reconoce que, a pesar de ello, aún se requiere un trabajo más intenso ya que la ruptura con aspectos sociales y culturales que van en detrimento del ejercicio pleno de la sexualidad y reproducción de la mujer no se logra de manera fácil ni inmediata; la educación, información y acceso a servicios de salud de calidad contribuyen a que dichos factores pierdan relevancia, no obstante que, para lograr una mayor equidad y aumento en la cobertura

se requiere de un gran esfuerzo de las autoridades responsables de dichos sectores.

Los resultados obtenidos por entidad federativa en 2014, en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, muestran que en general hubo un aumento (véase gráfica 3.2). En diez estados, el porcentaje fue dos veces más que el reportado en 2009, entre las que destaca Guerrero, Tlaxcala y Michoacán. Cabe señalar, que en el caso de Chiapas y Guerrero, si bien duplicaron el porcen-

taje de mujeres en esta condición, continúan entre las entidades donde se tiene menos prevención y protección anticonceptiva durante la primera relación sexual, con 14.8 y 23.8 por ciento, respectivamente; por el contrario, el Distrito Federal y Baja California, desde 2009, eran las entidades donde las mujeres hacían un mayor uso (34.4% y 28.1%), para 2014 alcanzaron porcentajes de 49.1 y 43.0, respectivamente; en dichas entidades no se debe perder de vista que todavía la mitad de las mujeres no se

Gráfica 3.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

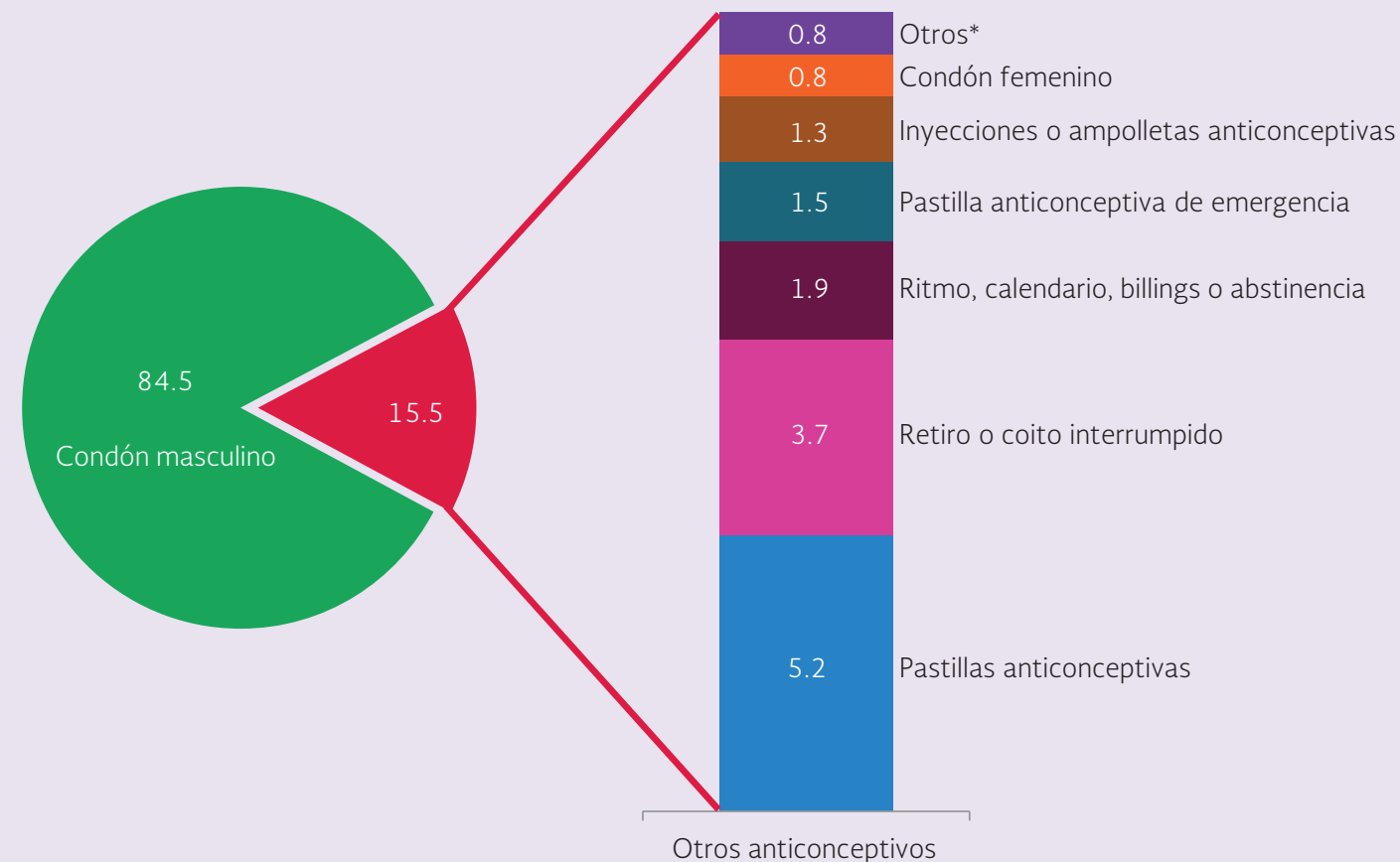
protegen, generando también implicaciones serias de salud sobre todo en las mujeres adolescentes y jóvenes (20 a 24 años de edad).

3.1.3. Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual

En 2014 se obtuvo que 84.5 por ciento de las mujeres en edad fértil, que tomaron medidas preventivas en la primera relación sexual, utilizaron condón masculino; el resto, 15.5 por ciento usó otro tipo de anticonceptivos entre los que destacan las pastillas con 5.2 por ciento; sin embargo, llama la atención que 3.7 por ciento uti-

lizó el retiro, el cual no es recomendable en ningún sentido, es decir, ni para evitar ITS o embarazos, ya que su efectividad es mucho más baja que la de cualquier método anticonceptivo; 1.9 por ciento utilizó el ritmo o la abstinencia, que si se llevan a cabo correctamente el procedimiento puede tener una confiabilidad entre 70 y 80 por ciento; 1.5 por ciento recurrió a la pastilla anticonceptiva de emergencia y 1.3 por ciento a las inyecciones o ampolletas (véase gráfica 3.3). Dichos datos podrían reflejar la falta de información y acceso que tienen las personas sobre la gama de métodos anticonceptivos, sobre todo de anticonceptivos modernos con los que obtendrían mayores beneficios.

Gráfica 3.3. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado, 2014



* Otros: DIU, parche anticonceptivo, óvulos, jaleas o implante subdérmico.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

El condón masculino es el método al que más recurren, y su uso se incrementó en 11.0 por ciento entre 2009 y 2014, al pasar de 76.1 a 84.5 por ciento, respectivamente; en tanto que se redujeron en 48.1 por ciento las usuarias de métodos hormonales²¹ (de 16.0 a 8.3%) y en 10.1 por ciento las que recurrieron a otro tipo de método²² (de 7.9 a 7.1%). En general, entre 2009 y 2014, aumentó el porcentaje de mujeres de los distintos grupos de edad que hicieron uso del condón en la primera relación sexual (véase cuadro 3.3), de las cuales destacan las adolescentes con el mayor porcentaje, seguidas por las jóvenes (20 a 24 años), y las adultas jóvenes

(25 a 29 años), aunque los mayores incrementos del uso del condón se dan a partir del grupo de 30 a 34 años en adelante (de 14.3, 25.9, 42.0 y 44.7%, respectivamente). En consecuencia, el uso de métodos hormonales u otro tipo de anticonceptivo disminuye, y son las mujeres de los últimos grupos de edad reproductiva las que resentaron los mayores porcentajes de uso de estos métodos (véase cuadro 3.3).

Al considerar el nivel de escolaridad de las MEF que tomaron precauciones en la primera relación sexual, entre 2009 y 2014 se observó que todas las usuarias aumentaron el uso del condón (véase gráfica 3.4), siendo las mujeres con primaria completa

Cuadro 3.3. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad según tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual, 2009 y 2014

Grupos de edad	2009			2014		
	Hormonales ¹	Condón masculino	Otros ²	Hormonales ¹	Condón masculino	Otros ²
Total	16.0	76.1	7.9	8.3	84.5	7.1
15-19	6.8	89.2	4.0	6.0	91.0	3.0
20-24	7.3	88.9	3.8	5.5	90.4	4.1
25-29	10.1	84.2	5.7	5.0	90.1	4.9
30-34	17.1	75.7	7.2	6.4	86.5	7.2
35-39	25.1	63.7	11.2	9.5	80.2	10.3
40-44	32.5	50.5	17.1	15.8	71.7	12.5
45-49	37.9	43.6	18.4	21.8	63.1	15.1

¹ Hormonales: pastillas, inyecciones o ampolletas, implante subdérmico, parche anticonceptivo, píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia.

² Otros: dispositivo o aparato de cobre (DIU), condón femenino, óvulos, jaleas, espumas, ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica, retiro, otro.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

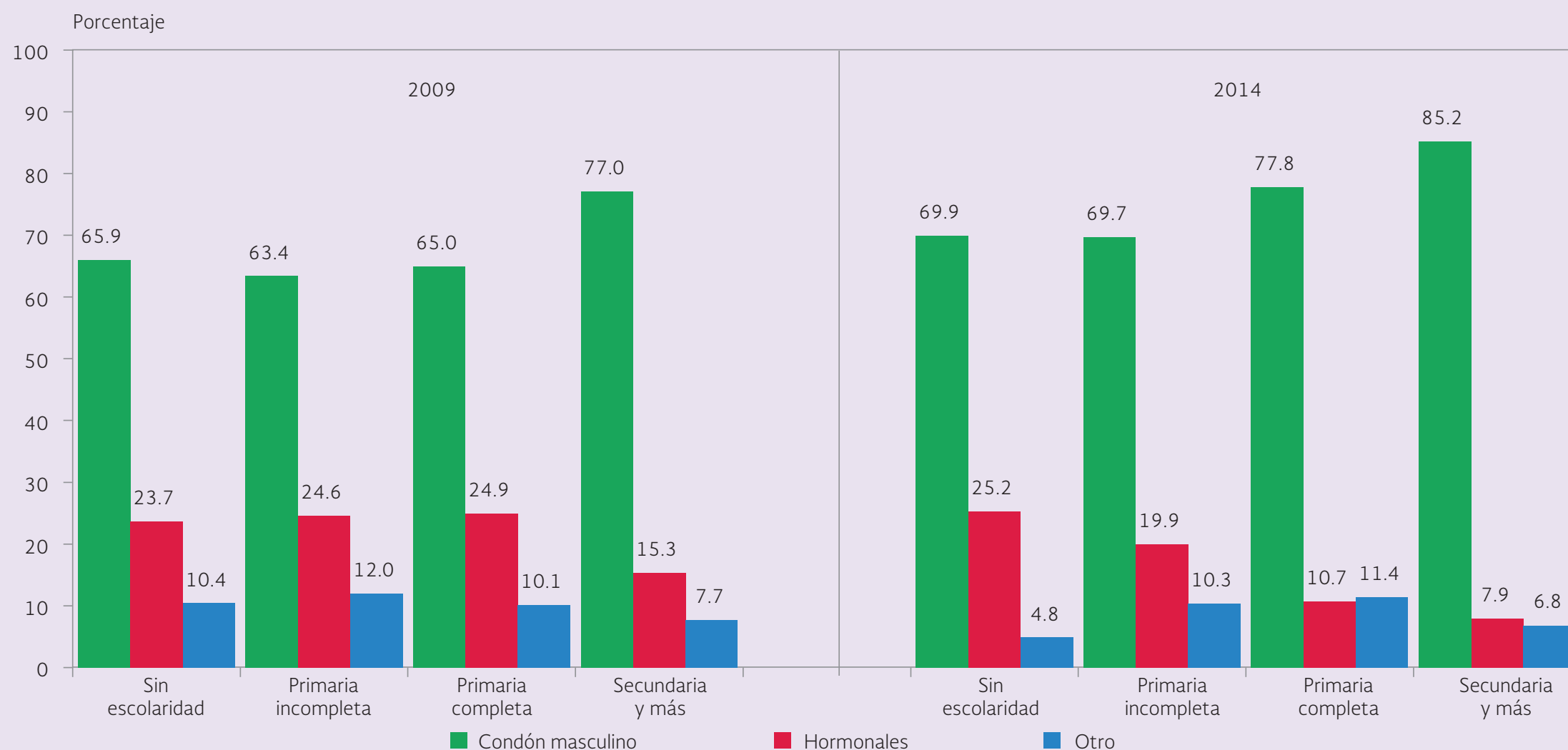
²¹ En métodos anticonceptivos hormonales se agrupó a: pastillas, inyecciones o ampolletas, implante subdérmico, parche anticonceptivo, píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia.

²² En otros métodos anticonceptivos se agrupa a las que usaron: dispositivo o aparato de cobre (DIU), condón femenino, óvulos, jaleas, espumas, ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica, retiro, otro.

las que más incrementaron su uso (18.5%), seguidas por las de secundaria y más (10.6%) y las de primaria incompleta (9.9%); y las que menos incrementaron el uso del condón fueron las que no cuentan con escolaridad alguna (6.1%). En cuanto al uso de hormonales, en las no escolarizadas se incrementó en 6.3 por ciento y descendió en el resto de las mujeres, con primaria incompleta en 19.1 por ciento, con primaria completa en 57.0 por ciento y las de secundaria y más en 48.4 por ciento (véase gráfica 3.4). Asimismo,

se reduce en general el uso de otro tipo de métodos, pero las que más dejaron de usarlos fueron las mujeres sin escolaridad, cuyo porcentaje bajó a casi la mitad, de 10.4 a 4.8, sin embargo, llama la atención que todavía alrededor de 11 por ciento en promedio, de las mujeres que cuentan con primaria completa e incompleta recurren a otro tipo de anticonceptivos entre los que destaca los métodos tradicionales como medio de prevención; cabe resaltar, que en las de secundaria y más el descenso en los últimos cinco años

Gráfica 3.4. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado según nivel de escolaridad, 2009 y 2014



* Otros: DIU, parche anticonceptivo, óvulos, jaleas o implante subdérmico.

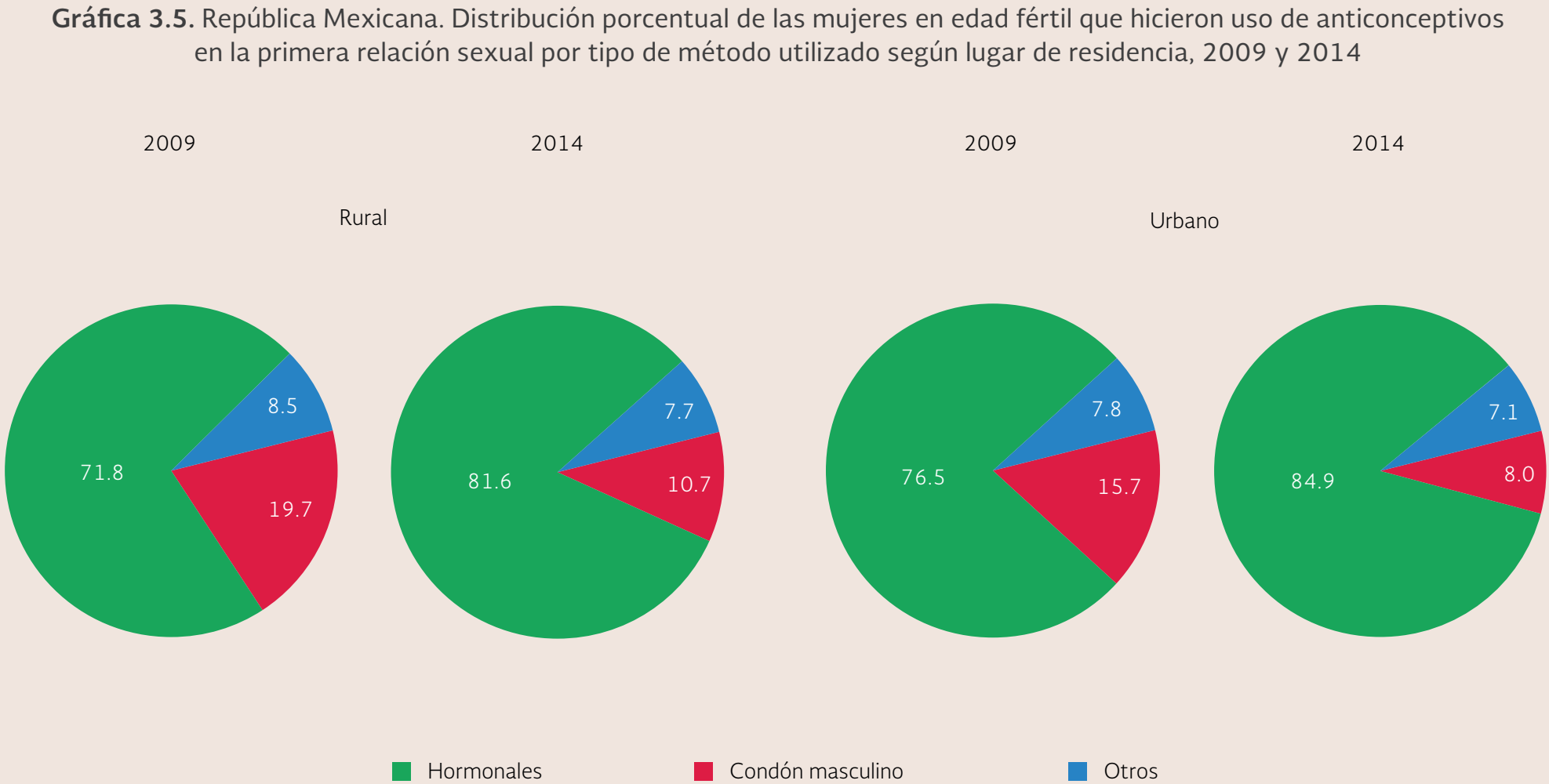
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

apenas fue de 11.7 por ciento, lo que equivale a que solo uno por ciento dejó de utilizar estos métodos.

En relación con el lugar de residencia de las mujeres, durante el periodo se observa que el mayor incremento en el uso del condón masculino se registró en el ámbito rural (13.6%) comparado con el urbano (11.0%); aunque el porcentaje obtenido es todavía menor al que presentan las zonas urbanas (81.6% vs 84.9%); a su vez, se redujo el porcentaje de mujeres que recurrieron a hormonales y otro tipo de método, disminuyendo más el uso de estos métodos en las zonas urbanas que en las rurales en 49.0 y 45.7 por ciento, respectivamente. Esto indica

que en 2014, de las usuarias en zonas rurales, 10.7 por ciento utilizó hormonales, mientras que en el otro ámbito 8.0 por ciento; en cuanto al uso de otro tipo de métodos, en las zonas rurales disminuyó en 9.4 por ciento y en el urbano en 9.0 por ciento, quedando un porcentaje de 7.7 en rurales y de 7.1 en urbanas (véase gráfica 3.5).

De acuerdo a la condición de habla de lengua indígena, se obtuvo que la mayoría de las mujeres que utilizan algún método de prevención en la primera relación sexual es el condón masculino y dicho porcentaje se incrementó tanto en hablantes como en no hablantes de lengua indígena, en 15.0 y 11.0

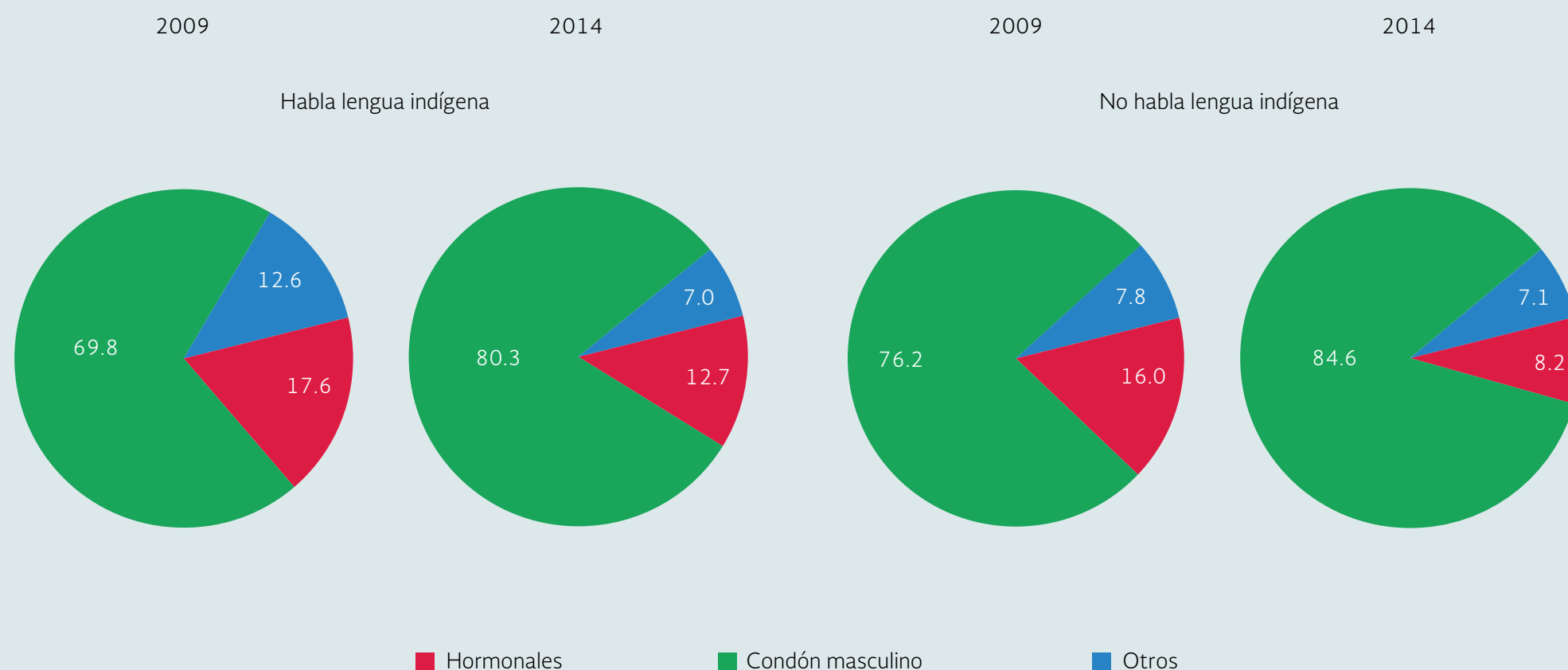


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

por ciento, respectivamente; pese a que se observó un mayor aumento en las hablantes de lengua indígena dicho porcentaje continúa siendo menor respecto al que presentan las no hablantes (80.3% vs 84.6%); asimismo, en ambos grupos hay un mayor descenso en el uso de métodos hormonales que de otro tipo de métodos, por ejemplo, en las mujeres indígenas disminuye 27.8 por ciento y en las no indígenas en 48.8 por ciento; mientras que en el uso de otro tipo de métodos, un 44.4 por ciento de hablantes y 9.0 por ciento de no hablantes de lengua indígena (véase gráfica 3.6).

Estos resultados sugieren que la información sobre métodos anticonceptivos, o bien, el acceso a la gama de métodos anticonceptivos modernos que tienen mayor efectividad son insuficientes; o puede pensarse que la inclinación por usar el condón masculino se debe a estereotipos relacionados con la idea de que el hombre es quien debe saber más de sexualidad y de cómo protegerse. Sin embargo, en este punto habrá de centrarse la atención y hacer énfasis en que se logre la doble protección, es decir, que además del condón masculino se utilice otro método moderno que garantice la protección contra un embarazo no planeado además de una ITS.

Gráfica 3.6. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado según condición de habla de lengua indígena, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

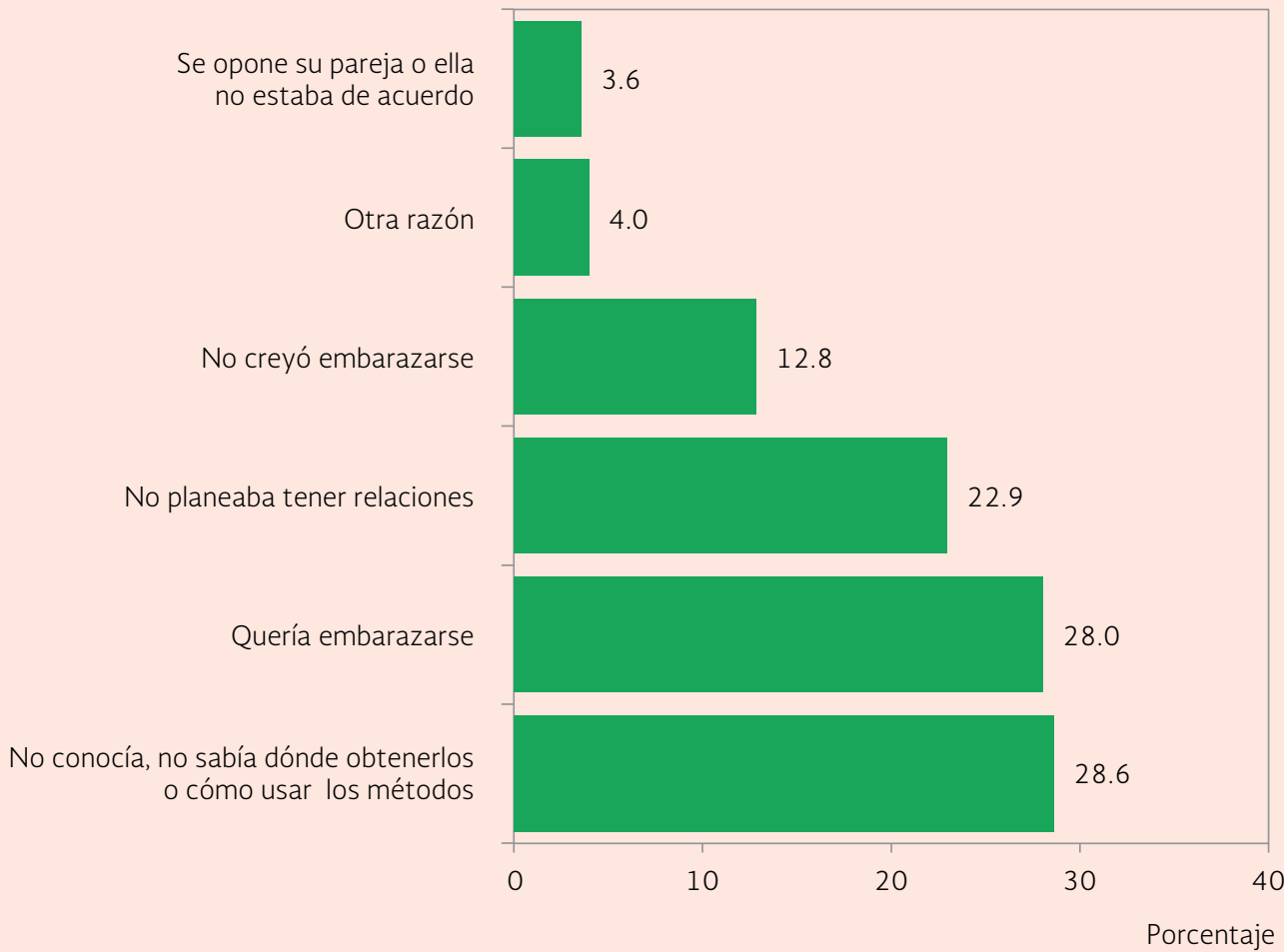
3.1.4. Razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

Cuando se conocen los motivos para no usar anti-conceptivos en la primera relación sexual es posible implementar acciones acordes a las necesidades reales de las mujeres; por ello, en la ENADID de 2014 se incluyó la pregunta a las MEF relacionada con este tema. Entre los hallazgos se corrobora, en primer lugar, el desconocimiento y la falta de información sobre la forma en que deben usarse los

métodos y dónde pueden obtenerse (véase gráfica 3.7). En segundo lugar, las MEF declararon que el no uso se debió al deseo de embarazarse y en tercero, señalaron que no planeaban tener relaciones sexuales; otra razón, no menos importante, fue que creían que no se iban a embarazar; en tanto que la oposición de la pareja o que la propia mujer no estaba dispuesta a usar anticonceptivos tuvo menor peso, ya que se presentó como la última razón de no uso de los métodos.

Este dato es importante porque es posible constatar que todavía hay muchas mujeres que no se

Gráfica 3.7. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2014



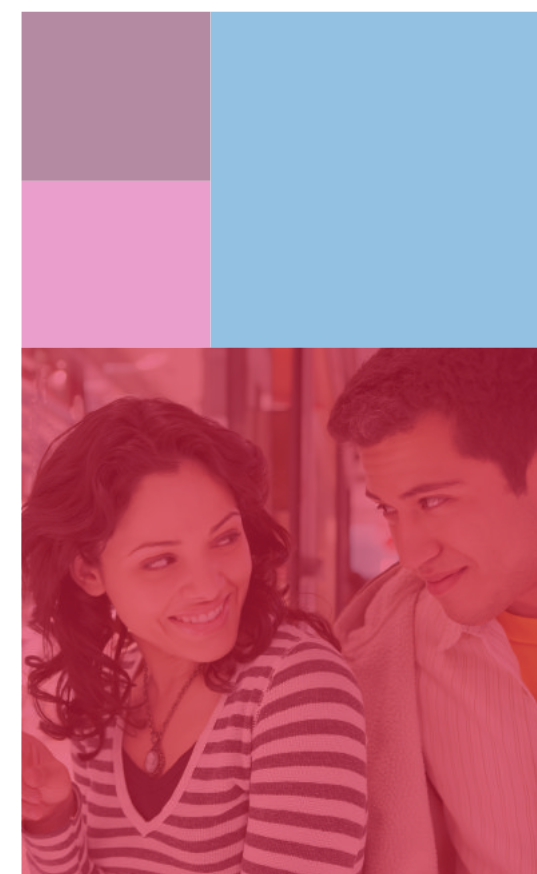
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

protegen debido a la falta de información sobre los métodos anticonceptivos; de ello se podría desprender que no existe suficiente personal capacitado en los servicios de salud y educativos que refieran a las mujeres a los lugares adecuados donde puedan obtener los métodos, y conocer la forma de usarlos. Es evidente que las políticas públicas, en este sentido, han hecho poco énfasis en este aspecto. Del mismo modo, el que se tenga una relación sexual sin haberla planeado aumenta la probabilidad de que ocurran embarazos no deseados y, en algunos casos, eventos perjudiciales para la salud (ITS). Por último, a pesar de representar una proporción pequeña, la oposición de la pareja al uso de métodos permite identificar que aún queda un trecho largo por recorrer en cuanto a involucrar a los hombres en las decisiones sexuales y reproductivas y que, a la par, se realicen acciones que empoderen a las mujeres para que puedan ejercer su sexualidad sin coerción o violencia.

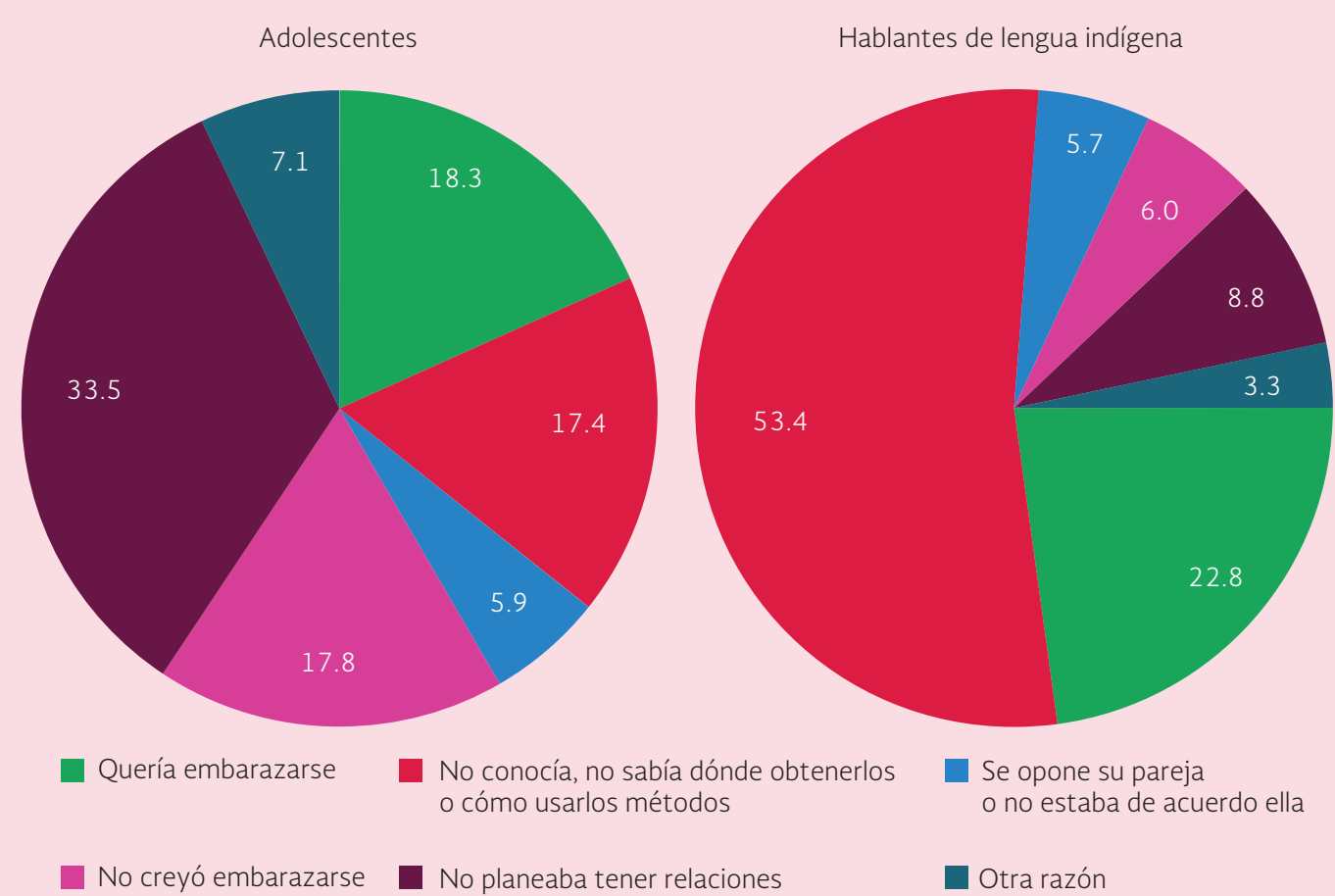
Al analizar las razones de no uso de métodos anticonceptivos en adolescentes se observa que son las que menos se han beneficiado de los servicios de salud sexual y reproductiva; se advierte que el primer motivo entre las adolescentes para no usar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, fue que no planearon el inicio de la vida sexual, dado que una tercera parte (33.5%) experimentó este suceso sin haberlo decidido previamente; también argumentaron que querían embarazarse (18.3%), o pensaban que no podían embarazarse (17.8%). Todo ello denota desconocimiento de las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección porque no sabían dónde conseguir y cómo usar los métodos anticonceptivos (17.4%) véase gráfica 3.8. En el caso de las mujeres hablantes de lengua indígena se debe

principalmente a dos razones: al desconocimiento de dónde obtener y cómo usar los anticonceptivos (53.4%) y porque deseaban embarazarse (22.8%).

Las razones de no uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil, de acuerdo al nivel de escolaridad (véase gráfica 3.9), indican que el desconocimiento sobre dónde obtenerlos o cómo usarlos es la principal causa en las mujeres sin escolaridad, con primaria incompleta y completa (con 61.0, 51.5 y 37.9 por ciento, respectivamente), mientras que en las mujeres con secundaria y más es porque querían embarazarse (28.4%); cabe destacar que esta razón es la segunda para las mujeres con primaria completa o menos con los siguientes porcentajes: 20.7 sin escolaridad, 24.2 con primaria incompleta y 30.2 con primaria completa. En el caso de las que tienen secundaria y más, la segunda razón fue porque no planearon tener relaciones sexuales (27.8%) y para el resto, sin escolaridad (6.9%), con primaria incompleta (10.4%) y con primaria completa (15.4%) es la tercera causa. Entre las mujeres que tenían secundaria y más, la tercera razón para no usar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual fue por desconocimiento sobre dónde obtenerlos o cómo usarlos (20.9%). Llama la atención que la cuarta causa de no uso es porque no creían poder embarazarse y que el mayor porcentaje lo presenten las de secundaria y más (15.1%) seguidas por las que tenían primaria completa (9.6%) y que disminuya en las que tenían primaria incompleta (6.6%) y sin escolaridad (4.2%). La oposición de la pareja se posiciona como última causa en las mujeres, sin importar el nivel de escolaridad y la variación del porcentaje es baja, por ejemplo, en la mujeres sin escolaridad fue 3.8 por ciento, en las que tienen primaria incompleta 3.9 por ciento, con primaria completa 3.6 y con secun-

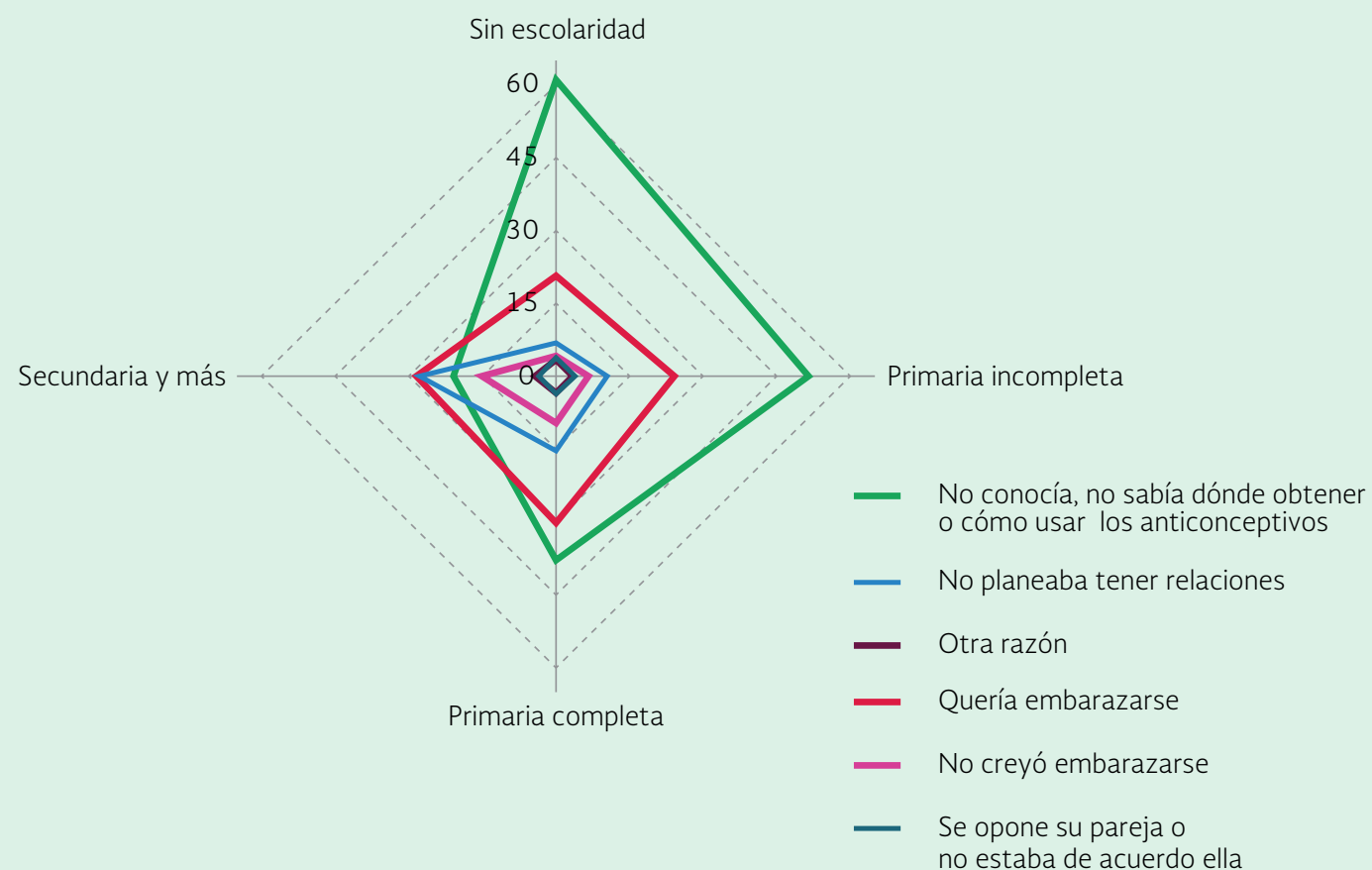


Gráfica 3.8. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres adolescentes y de hablantes de lengua indígena por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Gráfica 3.9. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual según nivel de escolaridad, 2014



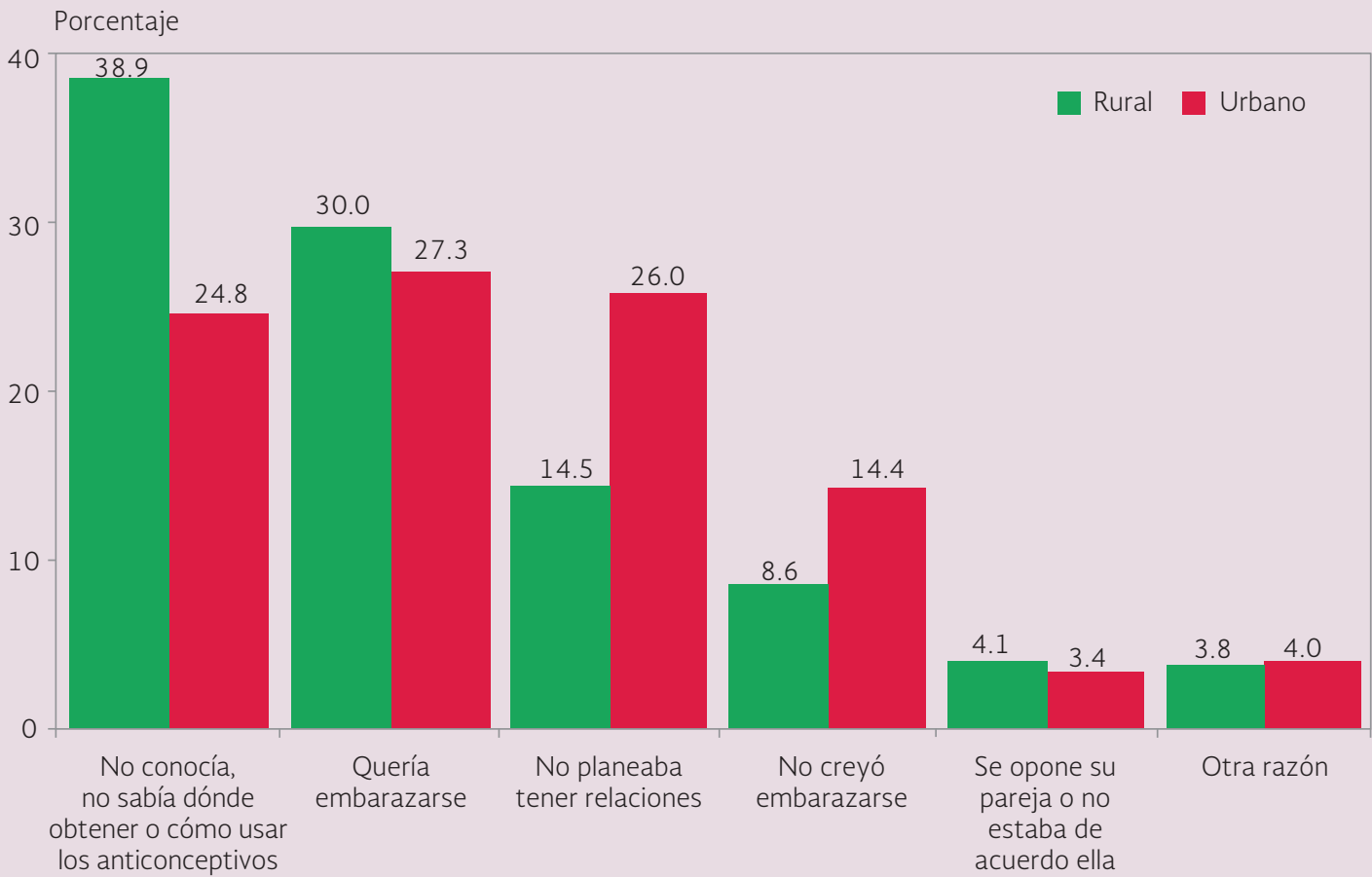
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

daria y más 3.5 por ciento, lo que habla de una proporción latente de mujeres en todos los estratos que no ejercen su sexualidad de manera libre.

Con respecto al lugar de residencia, se observa que también existe diferencia en las razones de no uso de los métodos, destacándose que en las zonas rurales se debe principalmente a dos razones, al desconocimiento de donde obtener o cómo usar los métodos anticonceptivos (38.9%) y a que deseaban embarazarse (30.0%), véase gráfica 3.10. Mientras que en el ámbito urbano, la mayor parte de las mujeres argumentan tres razones, querían embarazarse (27.3%), no planeaban tener relaciones sexuales (26.0%) y porque no

conocían o no sabían dónde obtener o cómo usar los métodos anticonceptivos (24.8%). Cabe destacar que la no planeación de las relaciones sexuales ocurre 1.8 veces más en zonas urbanas que en las rurales (26.0% en urbanas vs 14.5% en rurales); lo mismo ocurrió respecto a las que no creyeron embarazarse, 1.7 veces más en zonas urbanas que en rurales (14.4% urbanas vs 8.6% rurales). Asimismo, en ambos casos la oposición de la pareja o porque no estaba de acuerdo ella en usar métodos anticonceptivos es una de las últimas razones por las que no hicieron uso, aunque es ligeramente mayor el porcentaje en las rurales que en las urbanas (4.1 y 3.4%, respectivamente).

Gráfica 3.10. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual según lugar de residencia, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

3.1.5. Condición de actividad sexual

En el país se han presentado transformaciones de comportamientos y conductas sociales que han brindado condiciones de mayor equidad para las mujeres, es por ello que se requiere calcular indicadores que reflejen la situación actual y real respecto al ejercicio de la sexualidad de la sociedad mexicana; para ello, resulta más conveniente considerar la actividad sexual de las mujeres de manera independiente a su situación conyugal como se había

hecho tradicionalmente, y con ello garantizar una mejor detección de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, al considerar el universo de mujeres expuestas al riesgo de embarazarse o de contraer una infección de transmisión sexual. En ese sentido, se clasificará a las mujeres en edad fértil en: sexualmente activas (MEFSA²³), sexualmente inactivas

²³ Mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA): se refiere a aquellas mujeres en edad fértil que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de cada encuesta.

(MEFSI²⁴) y sin relaciones sexuales (MEFSIN²⁵) y se analizarán dichos universos debido a la importancia como poblaciones claves (población demandante y potencialmente demandante) de atención en materia de salud sexual y reproductiva.

En los últimos cinco años se observó en el país un incremento de 1.3 por ciento en la representación relativa de MEFSI, al pasar de 52.9 a 53.6 por ciento (véase cuadro 3.4); pero en el caso de las MEFSI el aumento fue de 13.9 por ciento, lo que implica que existen más mujeres que tienen relaciones sexuales “esporádicas” o que no tienen una vida sexual constante (pasó de 23.1 a 26.3% en 2009 y 2014, respectivamente) y que también deben ser consideradas como foco de atención para que se tomen acciones de prevención; en tanto que la presencia relativa de mujeres que no han tenido relaciones sexuales disminuye en 16.7 por ciento (24.0% en 2009 y 20.0% en 2014).

Por grupos de edad de las mujeres, se encontró que durante el periodo estudiado las adolescentes sexualmente activas presentan el mayor incremento relativo con 8.6 por ciento, seguidas por las jóvenes con 4.3 por ciento, las de 25 a 29 años con 2.5 por ciento y de 30 a 34 con 1.2 por ciento, caso contrario, en el resto de los grupos (35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49) en los cuales descendió el porcentaje en 1.6, 3.3 y 6.7 por ciento, respectivamente. Cabe señalar, que en todos los grupos de edad hubo un aumento relativo de MEFSI, pero se advierte que en el grupo de adolescentes se presentó el mayor incremento respecto a 2009 (30.1%) de las mujeres que ya han tenido al menos

una primera relación sexual y que son susceptibles de volver a tener relaciones sexuales en cualquier momento; en las de 20 a 24 años el aumento fue de 21.1 por ciento y en las de 25 a 29 años de 12.5 por ciento, en las mujeres de 30 a 34, 35 a 39 y 40 a 44 años el incremento fue menor a diez por ciento (5.6, 8.9 y 6.1%, respectivamente) y en el grupo de 45 a 49 años fue de 10.7 por ciento.

Asimismo, se observa que hay un porcentaje importante de adolescentes que no se han iniciado sexualmente, sin embargo, durante el periodo de estudio hubo un descenso relativo de 5.4 por ciento, al pasar de 75.4 a 71.3 por ciento; dicha disminución es mayor (19.0%) en las mujeres de 20 a 24 años en adelante, aunque en las MEF de los últimos dos grupos de edad hubo un incremento de 12.1 y 6.9 por ciento, respectivamente.

De acuerdo al nivel de escolaridad de las MEF se observa que conforme se incrementa el nivel de escolaridad el porcentaje de mujeres sexualmente activas aumenta, seguramente estos resultados se encuentran influidos por las generaciones. Por ejemplo, en décadas pasadas las mujeres asistían en menor medida a la escuela y por ende, las mujeres de mayor edad son las que en la actualidad cuentan con un nivel de escolaridad bajo; a diferencia de las nuevas generaciones, que por lo menos ya cuentan con secundaria o más. En el caso de las que tuvieron relaciones “esporádicas” (MEFSI), en general hubo un incremento principalmente en las mujeres que no cuentan con escolaridad, al pasar de 33.6 a 43.5 por ciento entre 2009 y 2014, respectivamente; seguidas por las de primaria incompleta con 31.3 y 39.1 por ciento; las de primaria completa con 25.0 y 30.7 por ciento y finalmente las de secundaria o más con 21.4 y 24.2 por ciento. Para todos los ni-

²⁴ Mujeres sexualmente inactivas (MEFSI): son aquellas mujeres en edad fértil que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, esto es, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.

²⁵ Mujeres en edad fértil sin relaciones sexuales (MEFSIN): son mujeres en edad fértil que no han tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.



veles de escolaridad, las MEFSIN disminuyen, sobre todo en las que cuentan con primaria completa en 28.2 por ciento al pasar de 13.1 a 9.4 su presencia relativa, seguidas por las que tienen primaria incompleta (pasaron de 9.3 a 7.5%, respectivamente); las que tienen secundaria y más pasaron de 28.3 a 22.9

Cuadro 3.4. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según condición de actividad sexual, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Sexualmente activas		Sexualmente inactivas		Sin relaciones sexuales	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	52.9	53.6	23.1	26.3	24.0	20.0
Grupos de edad						
15-19	15.2	16.5	9.3	12.1	75.4	71.3
20-24	44.4	46.3	21.3	25.8	34.3	27.8
25-29	60.6	62.1	24.8	27.9	14.6	10.0
30-34	67.8	68.6	24.8	26.2	7.4	5.3
35-39	70.7	69.6	24.6	26.8	4.7	3.6
40-44	67.4	65.2	29.3	31.1	3.3	3.7
45-49	60.9	56.8	36.2	40.1	2.9	3.1
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	54.3	45.7	33.6	43.5	12.2	10.8
Primaria incompleta	59.3	53.4	31.3	39.1	9.3	7.5
Primaria completa	62.0	59.9	25.0	30.7	13.1	9.4
Secundaria y más	50.2	52.9	21.4	24.2	28.3	22.9
Situación conyugal						
Unidas	83.9	81.5	16.1	18.4	0.0	0.0
Exunidas	18.5	23.1	81.5	76.9	0.0	0.0
Solteras	11.7	13.3	20.7	26.1	67.6	60.6
Lugar de residencia						
Rural	51.6	51.5	22.5	26.7	25.9	21.8
Urbano	53.2	54.2	23.3	26.2	23.5	19.5
Condición de habla de lengua indígena						
Habla lengua indígena	51.4	47.0	25.9	34.0	22.7	18.9
No habla lengua indígena	52.9	54.0	23.0	25.9	24.1	20.1

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

por ciento y en las que no tienen nivel alguno de escolaridad disminuyeron de 12.0 a 10.8 por ciento.

Por otra parte, se muestra que la condición de unión de las personas no es un determinante exclusivo para que las mujeres sean sexualmente activas ya que, en el caso de las unidas, una de cada seis en 2009 y una de cada cinco en 2014 no era sexualmente activa. En tanto que, entre las ex-unidas y solteras durante el periodo se incrementó el porcentaje de sexualmente activas en 24.9 y 13.7 por ciento, respectivamente. Mientras que en las solteras hubo un descenso de 11.5 por ciento de mujeres que no han tenido relaciones sexuales, presentándose un aumento de 25.9 por ciento de MEFSI y de 13.9 por ciento de MEFSa.

De acuerdo al lugar en que residen las mujeres en edad fértil, no se presentaron cambios en el porcentaje de MEFSa en las zonas rurales (51.6% en 2009 y 51.5% en 2014) donde una de cada dos MEF son sexualmente activas, mientras que en las áreas urbanas se incrementó en 1.9 por ciento, pasando de 53.2 a 54.2 por ciento, respectivamente. Pero en las zonas rurales se presentó un mayor incremento (18.7%) de MEFSI, al pasar de 22.5 a 26.7 por ciento y casi en el mismo porcentaje (15.8%) disminuyeron las MEFSIN con 25.9 a 21.8 por ciento, mientras que en las urbanas aunque hay un mayor descenso (17.0%) de las MEFSIN, los porcentajes pasan de 23.5 a 19.5, en tanto que las MEFSI aumentaron en 12.4 por ciento, pues los porcentajes pasaron de 23.3 a 26.2.

Identificar la condición de actividad sexual de acuerdo a la condición de habla de lengua indígena es más complejo, dado que aún en la actualidad se rigen por normas culturales que posiblemente influyen en la no declaración de su condición. Sin embargo, esta pregunta se aplica a todas las mujeres

y ello, de alguna forma, nos brinda información de lo que sucede al interior de estos grupos.

En 2009 un poco más de la mitad de las mujeres hablantes de lengua indígena se declaró sexualmente activa, para 2014 este porcentaje disminuye a 47 por ciento. Considerando que en estos grupos el matrimonio es el marco donde la mujer tiene permitido mantener relaciones sexuales es donde se esperaría que un porcentaje alto se declarara como sexualmente activa, sin embargo, se observa que 33.8 por ciento se consideraron como sexualmente inactivas y 66.1 por ciento de las unidas eran sexualmente activas; en el caso de las mujeres viudas, separadas o divorciadas (ex unidas) 7.8 era sexualmente activa y 92.2 por ciento sexualmente inactiva; entre las hablantes de lengua indígena solteras 3.7 por ciento era sexualmente activa, 18.6 por ciento sexualmente inactiva y 77.7 por ciento aún no habían tenido relaciones sexuales.

Caso contrario, en las no hablantes de lengua indígena 82.6 por ciento de las unidas se mantienen sexualmente activas y 17.4 por ciento inactivas; mientras que de las ex unidas, 23.7 por ciento es sexualmente activa y 76.2 por ciento inactiva, de las solteras 13.7 por ciento son sexualmente activas, 26.4 por ciento son sexualmente inactivas y 59.9 por ciento no han tenido relaciones sexuales. Tanto en mujeres hablantes como en no hablantes de lengua indígena se debe poner atención en las mujeres sexualmente inactivas, dado que al tener relaciones esporádicas posibilita que no realicen acciones de prevención, y esto aumentaría la vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado o de contraer infecciones de transmisión sexual.

3.2. Condición de unión conyugal de las mujeres en edad fértil

En la mayoría de los países los diferentes patrones de nupcialidad tienen implicaciones en la situación de la mujer en cuanto a su salud y fecundidad. En la actualidad existe una menor coincidencia entre el calendario de inicio de las relaciones sexuales y la entrada a la primera unión, es decir, se da una disociación entre el matrimonio y la reproducción (Castro *et al.*, 2011). Sin embargo, la pronta entrada a una unión expone a las mujeres a un mayor riesgo de iniciar una vida sexual, en muchos casos, sin información a los riesgos de embarazos en la adolescencia, a la exposición a contraer infecciones de transmisión sexual incluso VIH/SIDA, así como algunas repercusiones de índole psicosocial y emocional, esto puede ser un factor que dificulte alcanzar un mejor nivel educativo, económico y social.

3.2.1. Edad mediana a la primera unión

En México, la edad mediana a la primera unión de mujeres de dos generaciones distintas, de acuerdo a la ENADID 2014, ha ocurrido en ambos casos un año después de haber iniciado su vida sexual; por ejemplo, en las que tienen entre 25 y 34 años, la mitad se unió por primera vez a los 18.8 años e inició relaciones sexuales a los 17.7 años y las que tienen entre 35 y 39 años se unieron a los 19.7 años y comenzaron a los 18.4 años su vida sexual; asimismo, se observa que en los dos eventos hubo rejuvenecimiento de la edad en la cohorte más joven, esto confirma que



pese a que se ha dado un periodo de gran expansión educativa, no se han logrado cambiar las expectativas y comportamientos de las personas en cuanto a sus prioridades de vida, lo que implica que el sistema educativo no se ha logrado transformar en un mecanismo de igualación de oportunidades en todos los grupos sociales, dejando que sus resultados en términos de calidad y eficiencia se encuentren estrechamente relacionados al nivel socioeconómico y cultural de los hogares de origen (Esteve *et. al*, 2014).

De acuerdo al nivel de escolaridad de la MEF (véase cuadro 3.5), la mitad de las mujeres de 35 a 49 años sin escolaridad y primaria incompleta se unieron a los 17.2 años, y con una diferencia de alrededor de medio año menos a las de 25 a 34 años (16.6 años); en tanto que entre la generación de mayor edad que contaba con primaria completa lo hizo a los 18.3 años y entre las más jóvenes fue

a los 17.5 años; entre las que tenían secundaria y más la mitad se unió a los 20.7 años y 19.6 años, respectivamente. Cabe señalar, que se muestra un rejuvenecimiento de la edad entre las mujeres de 25 a 34 años respecto a las de 35 a 49 años conforme aumenta el nivel de escolaridad dado que alcanzan un año de diferencia entre ambas generaciones, asimismo, la brecha se reduce a 3.0 años entre las jóvenes menos escolarizadas y las de secundaria y más, dado que en las mujeres de la generación más grande la brecha era de 3.5 años.

Por lugar de residencia de las MEF, se obtuvo que, la generación de 35 a 49 años que vive en zonas rurales, la mitad se casó o unió al alcanzar la mayoría de edad (18.2 años), pero las más jóvenes (de 25 a 34 años) lo hicieron a los 17.8 años. Mientras que, las residentes de lugares urbanos, las más grandes se unieron a los 20.1 años y las más jóvenes los 19.2. Por otra parte, se observa que por condición de habla de lengua indígena de las MEF, la mitad de las mujeres que hablan lengua indígena continúan uniéndose casi a la misma edad, dado que las de 35 a 49 años lo hizo a los 17.6 años y las de 25 a 34 años a los 17.5 años; caso contrario en las no hablantes de lengua indígena se observa el rejuvenecimiento de la edad a la que se unen en un año, pues la mitad de la generación más grande se unió a los 19.9 años y de la más joven a los 18.9 años.

En todas las entidades federativas, en la generación más joven la edad a la primera unión se rejuveneció respecto a la edad presentada por las mujeres más adultas, de las cuales destaca Nuevo León y Tamaulipas, donde las mujeres de 35 a 49 años la mitad o menos se unió a los 20.7 y 20.1 años, respectivamente pero las de 25 a 34 años lo hicieron a los 19.3 y 18.6 años, es decir, un año y medio antes (véase grá-

Cuadro 3.5. República Mexicana. Edad mediana a la primera unión por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014

Características seleccionadas	25 a 34	35 a 49
Total	18.8	19.7
Nivel de escolaridad		
Primaria incompleta o menos	16.6	17.2
Primaria completa	17.5	18.3
Secundaria y más	19.6	20.7
Lugar de residencia		
Rural	17.8	18.2
Urbano	19.2	20.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	17.5	17.6
No habla lengua indígena	18.9	19.9

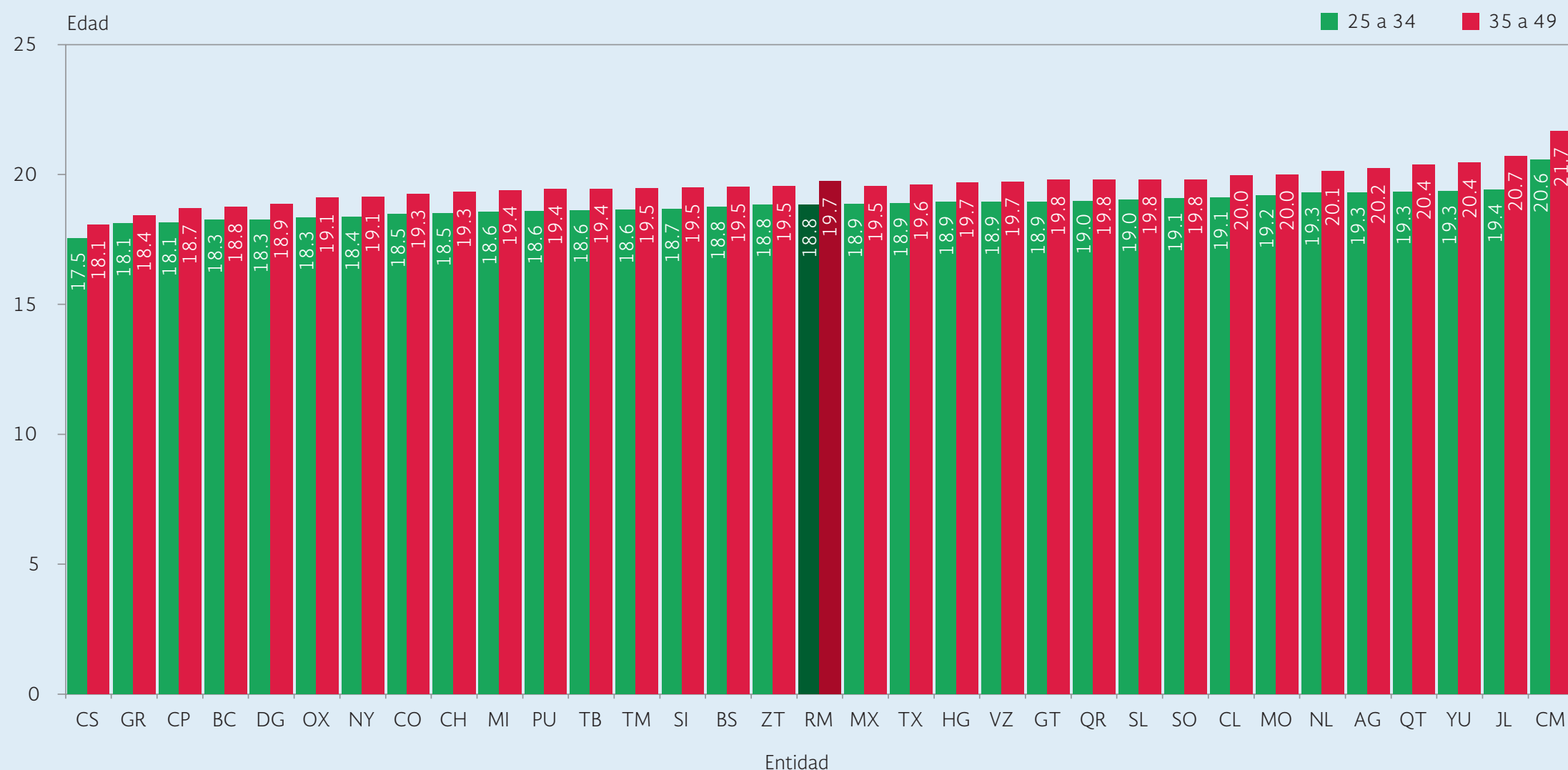
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

fica 3.11). Asimismo, en ambas generaciones coincide que Chiapas (con 17.5 años en las de 25 a 34 años y de 18.1 en las de 35 a 49 años) y Guerrero (con 18.1 en las de 25 a 34 años y de 18.4 años en las de 35 a 49 años) fueron las entidades donde la mitad se unió a una edad más temprana respecto al resto de las entidades federativas; en tanto que, en la Ciudad de México se unen a una edad más tardía que supera la adolescencia en ambas generaciones, dado que en la generación adulta se unieron hasta alcanzar los 21.7 años y en la más joven a los 20.6 años.

3.2.2. Situación conyugal

Al analizar la situación conyugal de las mujeres en edad fértil, se observa que entre 2009 y 2014 hubo una disminución del porcentaje de MEF solteras en 1.8 puntos porcentuales, lo mismo ocurrió en mujeres casadas cuyo porcentaje bajó en 3.7 puntos, mientras que las que decidieron vivir en unión libre aumentaron su presencia relativa en 4.3 puntos porcentuales y las separadas en 1.1 puntos; en tanto que las divorciadas y viudas se mantuvieron casi en

Gráfica 3.11. Edad mediana a la primera unión para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

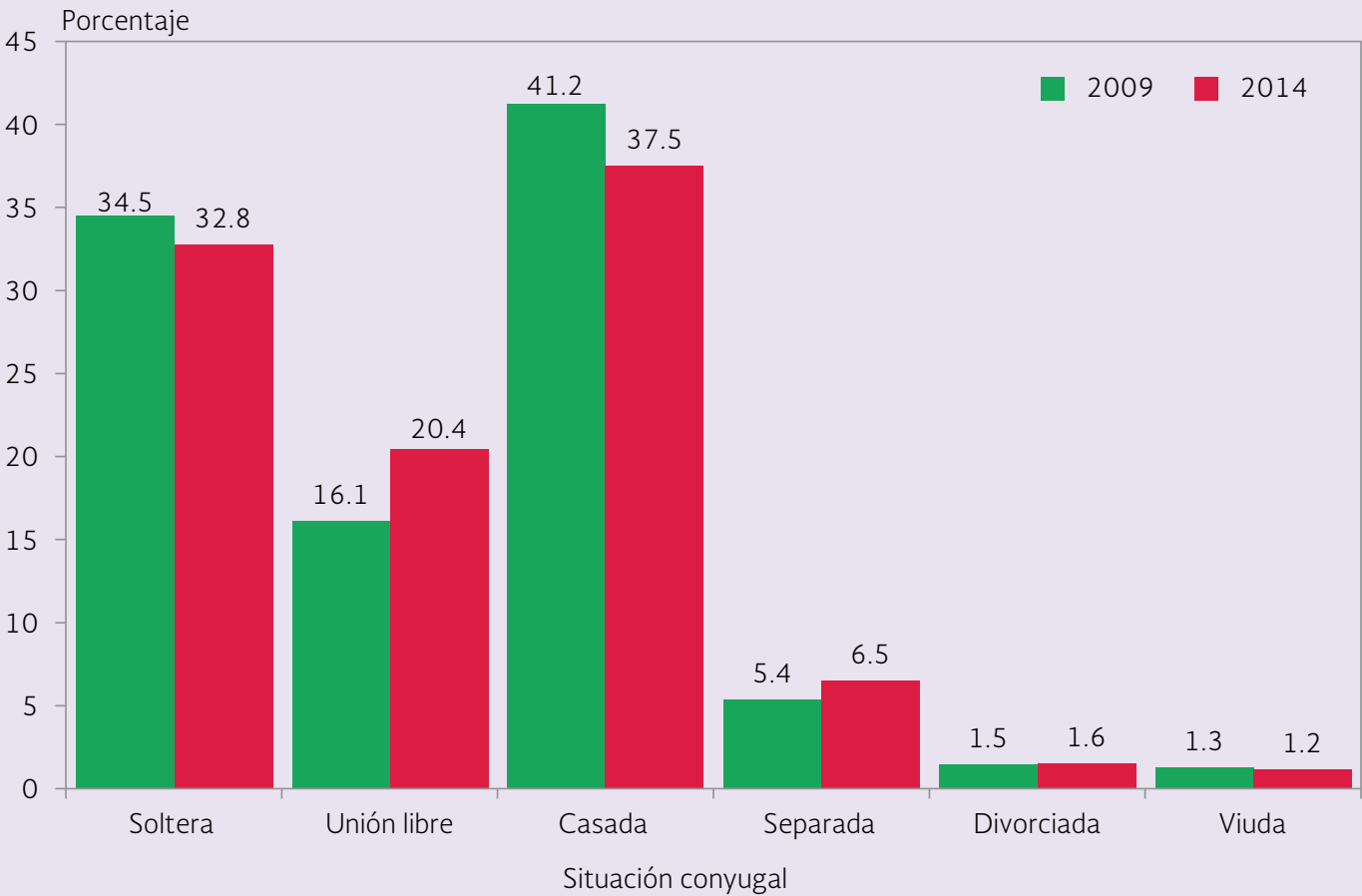
el mismo porcentaje (véase gráfica 3.12). Algunos autores coinciden en que el aumento en la unión libre puede deberse a la incertidumbre laboral y económica que se vive actualmente, pero continúa caracterizada por mujeres con bajos niveles de educación formal y socioeconómicos, quienes son las más propensas a entrar en este tipo de unión y permanecer en ese estatus (Pérez, 2014).

A nivel nacional, en 2014, el porcentaje de mujeres adolescentes solteras fue de 83.2 por ciento, dicho porcentaje va disminuyendo conforme aumenta la edad de las mujeres hasta quedar en 9.5 por ciento en el grupo de 45 a 49 años. Caso contrario

ocurre en las casadas o que viven en unión libre, ya que las adolescentes son las que presentan el menor porcentaje, el cual aumenta conforme avanza la edad de las mujeres. Cabe señalar que en los dos primeros grupos de edad (15 a 19 y 20 a 24 años) es más frecuente que vivan en unión libre dado que los porcentajes son de 11.9 y 25.3 por ciento y de casadas son de 3.5 y 18.1 por ciento, respectivamente.

Sin embargo, es importante señalar que en el caso de las adolescentes tiende a aumentar el porcentaje de casadas o unidas, ya que pasó de 14.7 a 15.4 por ciento entre las dos encuestas, esto significa que existe una proporción importante de mujeres jóvenes

Gráfica 3.12. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por situación conyugal, 2009 y 2014

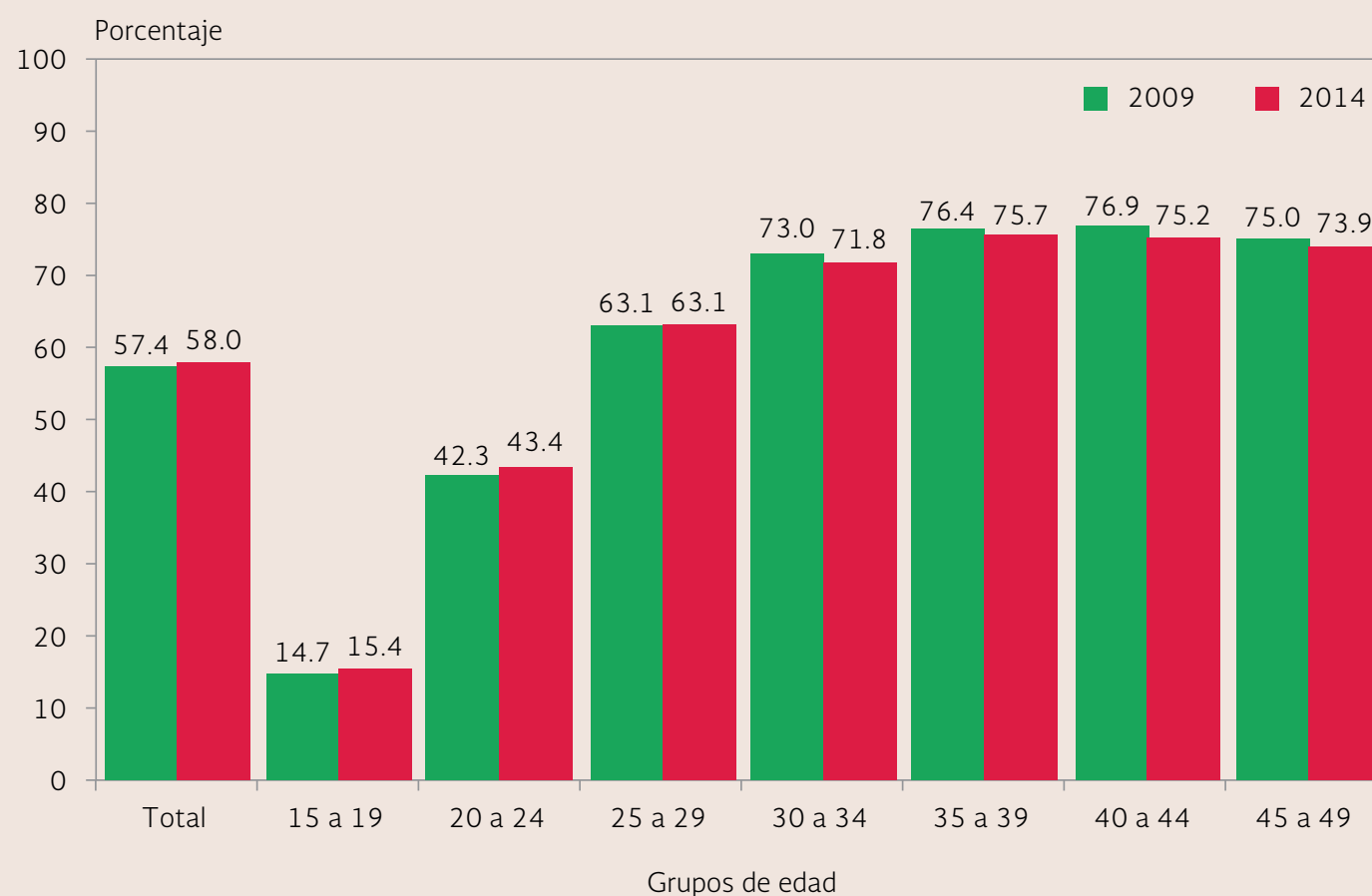


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

que está expuesta a los riesgos de salud que implica un embarazo a edad temprana, así como el posible abandono de actividades para su desarrollo, como asistir a la escuela. Entre los 25 y 29 años de edad es mayor el porcentaje de mujeres que se casan (35.0%) respecto a las que viven en unión libre (28.1%), el porcentaje de casadas aumenta hasta alcanzar 59.1 en el grupo de 45 a 49 y de unión libre disminuye a 14.8 en ese mismo grupo de edad. En la gráfica 3.13, se muestra el comportamiento del porcentaje de mujeres casadas o en unión libre, que se denominan generalmente como mujeres en edad fértil unidas (MEFU).

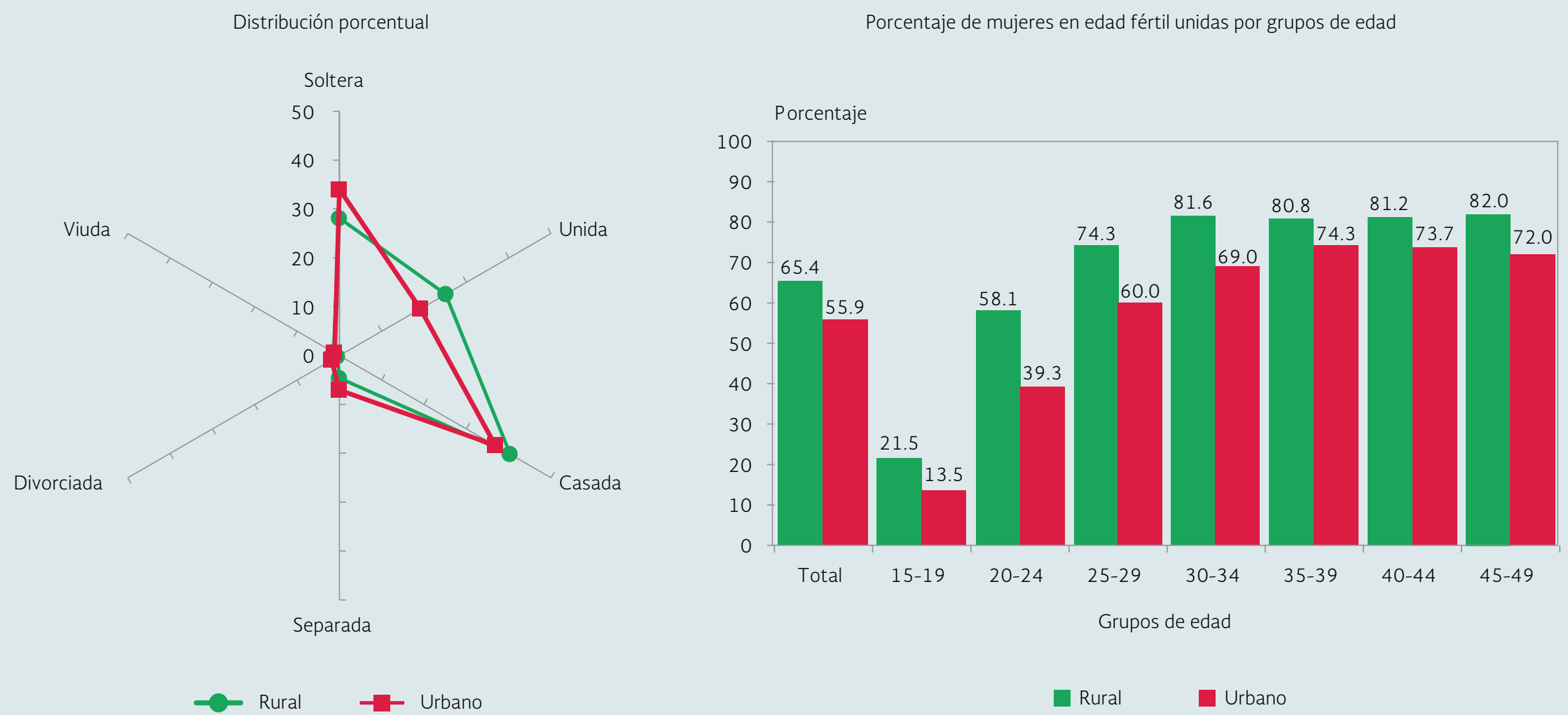
Al considerar el lugar de residencia de las MEF por situación conyugal en 2014 (véase gráfica 3.14), se tiene que en las zonas rurales es menor la presencia relativa de mujeres solteras en 21.1 por ciento respecto de las zonas urbanas (28.1% vs 34.0%), mientras que el de casadas o que viven en unión libre es 14.5 por ciento mayor en zonas rurales (65.4% vs 55.9%); asimismo, en las zonas rurales 5.1 por ciento se encuentra separada o divorciada y en las urbanas 8.9 por ciento; y el porcentaje de viudas apenas es mayor a uno por ciento (1.4% en rurales y 1.1% en urbanas) en ambas zonas. En cuanto a la población

Gráfica 3.13. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil casadas o en unión libre por grupos quinquenales de edad, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 3.14. República Mexicana. Mujeres en edad fértil por situación conyugal y grupos de edad según lugar de residencia, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

de interés por grupos de edad se observa que en general es mayor el porcentaje de MEFU en todos los grupos de edad en zonas rurales que en las urbanas. De igual manera, destaca que por cada cinco mujeres de 15 a 19 años que residen en zonas rurales una se encuentra unida, contra una de cada siete de las que residen en urbanas; en el caso de las mujeres jóvenes (20 a 24 años) la diferencia relativa fue de 32.4 por ciento más en el porcentaje de unidas que viven en zonas rurales respecto a las residentes en

zona urbanas, dicha diferencia se reduce a la mitad (19.2%) en el grupo de 25 a 29 años, y hasta el grupo de 35 a 39 años la diferencia disminuye a 8.0 por ciento, pero comienza a ampliarse en el grupo de 40 a 44 (9.2%) hasta alcanzar en el de 45 a 49 una diferencia de 12.2 por ciento.

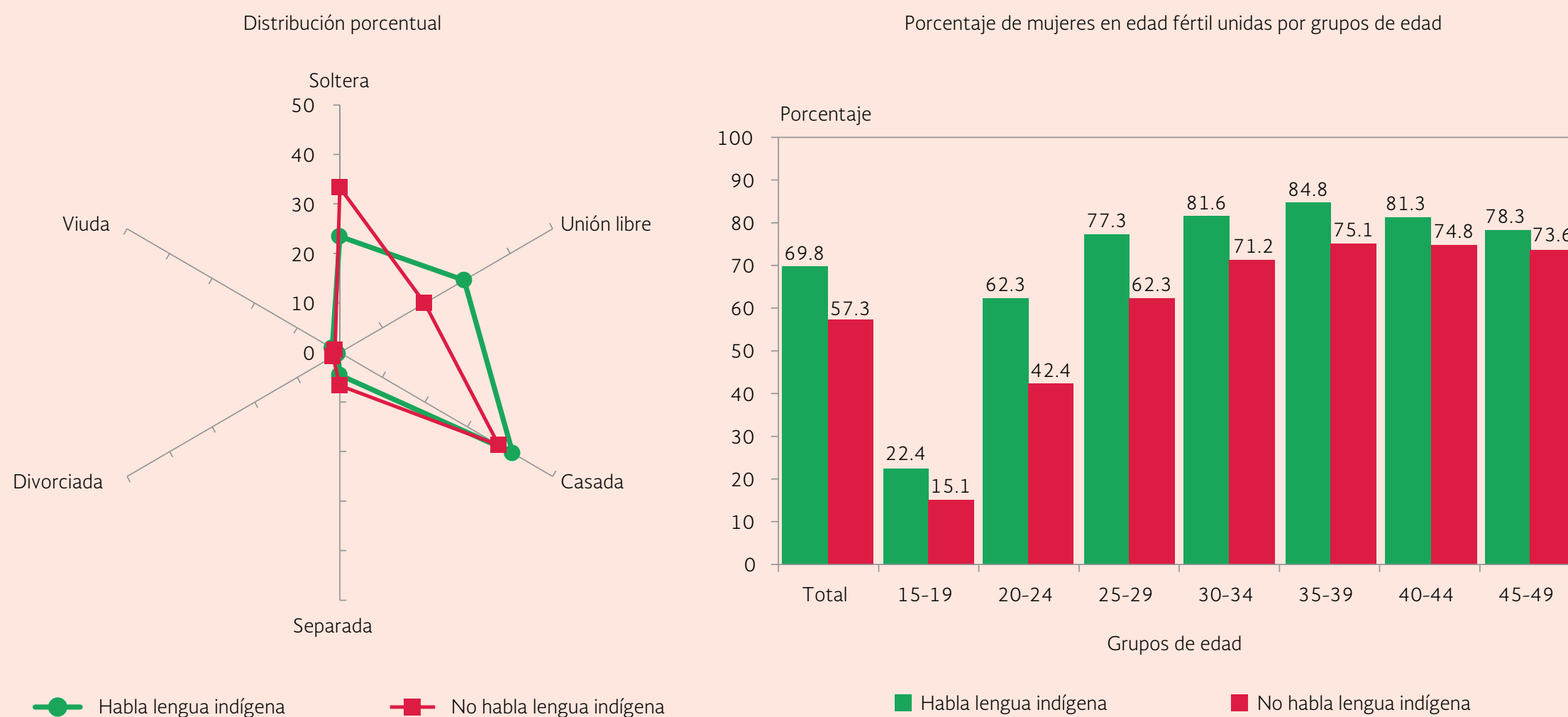
En cuanto a la distribución de las MEF por situación conyugal de acuerdo a la condición de habla de lengua indígena se obtuvo que el porcentaje de hablantes de lengua indígenas solteras es menor res-

pecto al estimado de no hablantes de lengua indígena (23.4 y 33.3%, respectivamente); en el grupo de hablantes de lengua indígena una de cada tres MEF viven en unión libre y una de cada dos es casada; mientras que en MEF que no habla lengua indígena una de cada cinco vive en unión libre y una de cada tres estaba casada; además se observa que hubo más mujeres que están separadas (6.7%) en el grupo de no hablantes de lengua indígena que en las hablantes de lengua indígena (4.5%) y aunque se tienen porcentajes muy bajos de mujeres divorciadas, éste es mayor (1.6%) en las no hablantes que en las

hablantes de lengua indígena (0.4%); pero en el caso de viudas es mayor en las indígenas (1.8%) que las no indígenas (1.1%).

Además, se observa que en las hablantes de lengua indígena el porcentaje de MEFU se incrementa en 21.8 por ciento respecto a las no hablantes. Las adolescentes y jóvenes indígenas unidas se incrementan en 48.7 y 47.1 por ciento respecto a las no indígenas; a partir del grupo de 25 a 29 años la diferencia disminuye (24.1%), aunque siempre es mayor en las indígenas, quedando en el grupo de 45 a 49 años una diferencia de 6.4 por ciento.

Gráfica 3.15. República Mexicana. Mujeres en edad fértil por situación conyugal y grupos de edad según condición de habla de lengua indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Estos resultados muestran que en las poblaciones con mayores carencias se presenta un mayor porcentaje de adolescentes unidas. Algunos autores coinciden que dicho resultado se asocia a procesos complejos que se reproducen alrededor de las situaciones de pobreza: “ser indígena, vivir en zonas rurales, en las regiones menos desarrolladas y más desiguales del país, pertenecer a hogares vulnerables por su tamaño, por su composición o su participación en el mercado de trabajo” (CONEVAL, 2013). Por ello, se sostiene que “las desigualdades en las condiciones de vida conducen a desigualdades en la elección y en las oportunidades, que influyen directamente en los comportamientos, en este caso la nupcialidad” (Quilodrán, 2001).

3.3. Inicio de la fecundidad

La edad a la que ocurre el nacimiento del primer hijo es de relevancia debido a que el inicio de la maternidad a edades tempranas tiene consecuencias particulares en la vida de los individuos como en el ámbito demográfico. En este sentido, es importante resaltar el tema de salud pública, ya que en comparación con mujeres de edad más avanzada, las jóvenes menores a 19 años tienen el doble de probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto; y sus hijos también corren un riesgo mucho más alto de morir antes de cumplir un año de edad, que los de mujeres en sus años veinte, sobre todo cuando esto se conjuga con condiciones particulares de marginación (Stern, 1997; USAID, 2005).

Entre los aspectos demográficos, es interesante destacar que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de

hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo que contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población (CONAPO, 2007). En el ámbito social y económico, la llegada de un hijo durante la adolescencia e incluso en la juventud temprana, es una transición que expone a las mujeres a procesos de exclusión del sistema educativo y a la inserción anticipada y precaria en el mercado de trabajo, lo que limita sus opciones de desarrollo a corto, mediano y largo plazo. Por lo anterior, es importante conocer las tendencias recientes de la transición a la maternidad, así como las condiciones en que ésta se origina, con el objeto de contar con elementos para el diseño de políticas públicas para su adecuada atención.

3.3.1. Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a)

Una forma de analizar la exposición al riesgo que tienen las mujeres de iniciar su vida fecunda es la probabilidad acumulada de que una mujer se convierta en madre antes de cumplir determinada edad. Este indicador se expresa también como la proporción de mujeres que antes de cumplir cierta edad ya habían tenido su primer hijo(a).

Los datos que se presentan a continuación en la gráfica 3.16 permiten analizar los cambios en el tiempo para dos generaciones: aquellas que nacieron entre 1965-1979 y que al momento de la encuesta de 2014 tenían entre 35 y 49 años; asimismo, se analiza a una generación de mujeres más joven que nació entre 1980-1989 y que al momento de la misma encuesta tenía entre 25 y 34 años. Los cortes de edad para las probabilidades acumuladas (antes de los 18, 20 y 25 años) se eligieron de modo que per-

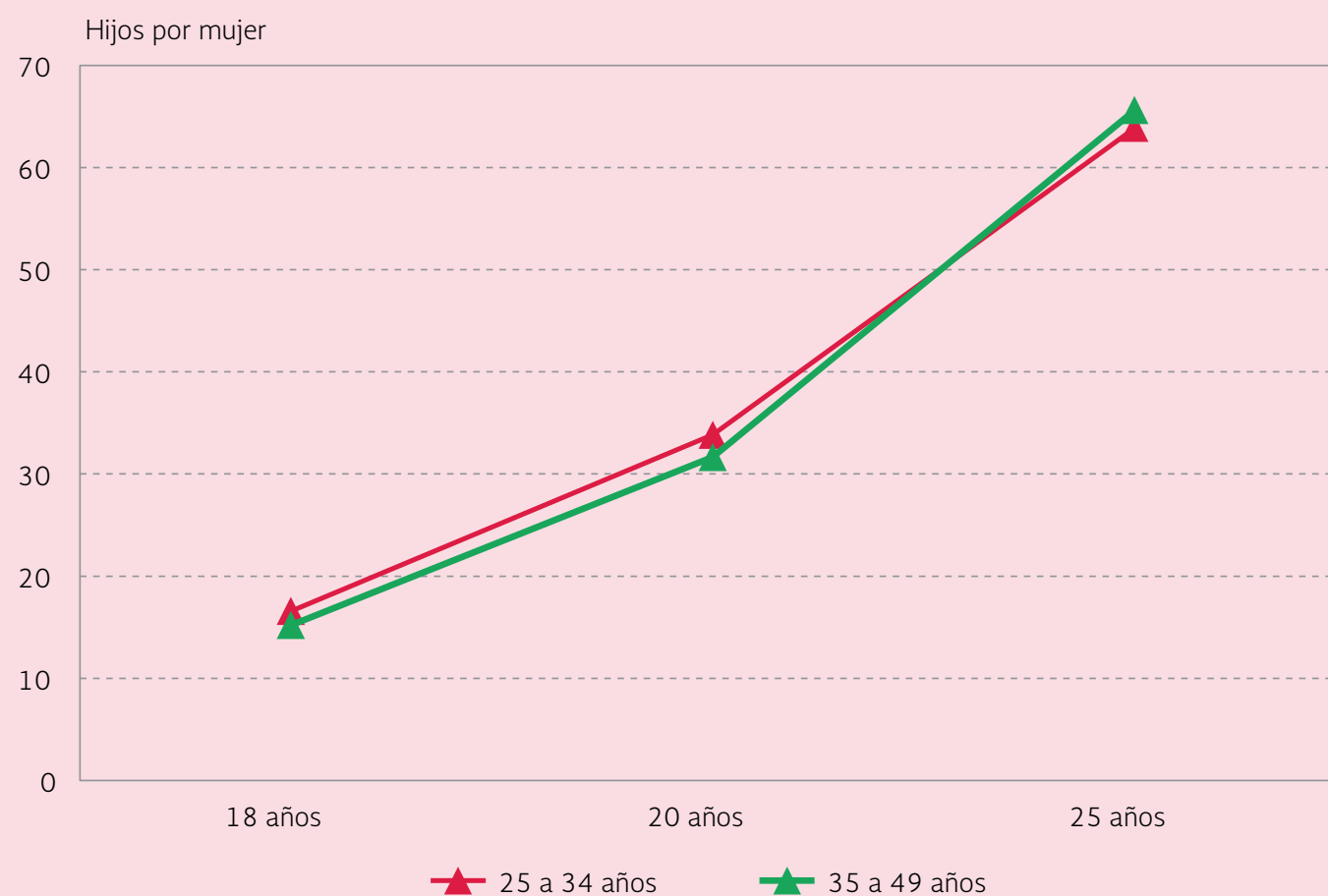


miten analizar los cambios en la llegada del primer hijo durante la juventud temprana; es decir, antes de los 25 años, y durante la adolescencia (antes de los 19 años), periodos que se consideran de particular vulnerabilidad para el comienzo de la reproducción.

Para la generación nacida entre 1965 y 1979, la probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue de 65.6 por ciento; lo que implica que casi seis de cada nueve mujeres ya se habían convertido en madres antes de los 25 años; no obstante, en la generación más joven, aquella que nació entre 1985-1989, la probabilidad

disminuyó en 1.7 puntos porcentuales, siendo de 63.9 por ciento (véase gráfica 3.16). Por su parte, si se hace un análisis específico para las mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia, se confirma que hay un rejuvenecimiento del calendario de la transición a la maternidad, ya que la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años pasó de 31.6 a 33.8 por ciento entre las dos generaciones, respectivamente, lo cual evidencia que en las mujeres más jóvenes aumentó en 2.2 puntos porcentuales la probabilidad de convertirse en madres antes de los 20 años. Sucede lo mismo con las

Gráfica 3.16. República Mexicana. Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) para dos generaciones de mujeres, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.



mujeres que enfrentan la maternidad antes de los 18 años; ya que pasaron de una probabilidad de 15.2 por ciento para la generación de mayor edad a 16.6 por ciento para las que nacieron entre 1980 y 1989. Lo anterior, muestra que entre las adolescentes no ha habido una postergación de la fecundidad, ya que la maternidad continúa adelantándose cada vez con mayor intensidad. Dado esto, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva para estos grupos es un tema prioritario que debe atenderse.

3.3.2. Edad al nacimiento del primer hijo(a) nacido vivo

Para profundizar en el análisis de los cambios ocurridos en el calendario del nacimiento del primer hijo, uno de los indicadores básicos que permiten tener un mejor acercamiento a este evento es la edad mediana a la ocurrencia de la maternidad, que se refiere a la edad a la que el 50 por ciento de las mujeres tuvieron un hijo por primera vez. Para poder observar la dinámica en el tiempo de este indicador, se continúa con la comparación de las dos generaciones de mujeres que se han venido estudiando, aquellas que tenían entre 25 a 34 años al momento de la encuesta de 2014; es decir, que nacieron entre 1980-1989, y de 35 a 49 años, nacidas entre 1965-1979.

Al analizar estas generaciones se confirma que la llegada del primer hijo ocurre cada vez a edades menores, así, se estima que la edad mediana a este evento entre la generación mayor (1965-1979) fue de 20.6, mientras que para la generación más joven (1980-1989) esta edad fue de 19.5 años; es decir, durante la adolescencia y prácticamente un año antes respecto a las mujeres mayores.

Diferenciar de acuerdo al contexto socioeconómico a las mujeres que experimentan la transición a la maternidad proporciona mayor claridad sobre los factores que inciden, ya sea retrasando o adelantando esta transición, lo que permite facilitar el diseño de políticas públicas para asegurar a todos los individuos el derecho a decidir el momento más oportuno para la reproducción.

La escolaridad permite a las mujeres un acceso y dominio mayor sobre el uso de métodos anticonceptivos, por lo cual es una variable que teóricamente interactuaría postergando la llegada del primer hijo. De esta forma, de acuerdo al nivel de escolaridad (véase cuadro 3.6), se observa que entre más escolarizada es la mujer existe una mayor postergación del nacimiento del primer hijo en ambas generaciones. No obstante, también se puede identificar que de acuerdo a esta variable, ha habido un rejuvenecimiento de la transición a la maternidad, ya que en todos los niveles escolares la generación más joven muestra una edad mediana menor respecto a la generación de mayor edad. Así, la edad mediana de la cohorte mayor con primaria incompleta o menos tuvieron a su primer hijo a los 18.4 años; por su parte, en la generación más joven esta edad fue de 17.5 años, lo que implica una diferencia de casi un año menos. Para las mujeres con primaria completa la brecha entre las dos generaciones es prácticamente nula, ya que entre las de 35 a 49 años la edad mediana fue de 18.7 y en las de 25 a 34 de 18.3 años. Un hecho a resaltar es que entre las que cuentan con un mayor nivel de escolaridad, es decir, secundaria y más, la brecha entre ambas generaciones es más marcada, ya que en la generación mayor, la edad mediana a la maternidad fue de 21.6 años, mientras

que en las más jóvenes es de 20 años, lo que indica que las mujeres más jóvenes tuvieron a su primer hijo 1.6 años antes que las de la generación mayor.

Lo anterior representa una situación contradictoria, ya que implica que aunque las mujeres más escolarizadas siguen manteniendo una edad mediana mayor al nacimiento del primer hijo, este suceso está ocurriendo cada vez de forma más temprana en las generaciones más jóvenes, aún entre las que cuentan con mayor escolaridad, posiblemente como resultado de que es también en estas mujeres donde la edad mediana a la primera relación sexual se ha adelantado más entre las dos generaciones en análisis, pasando de 19.0 años en las nacidas entre 1965-1979 y a 17.9 años en las de la generación 1980-1989, además de otros factores que podrían incidir en este hecho, como la tendencia a adelantar también la primera unión de 19.7 a 18.8 años entre las dos generaciones, con la consecuente mayor exposición al riesgo de embarazo (véase sección de inicio de la primera relación sexual y de la primera unión), en ausencia de métodos anticonceptivos o de un uso no adecuado de éstos.

Este hecho constituye un hallazgo por demás relevante, ya que de forma particular la generación más joven tuvo un mayor acceso a la educación y por tanto un mayor nivel educativo, además de contar con más información sobre equidad de género y relaciones igualitarias, por lo que se esperaría que estuvieran más empoderadas y que buscaran en mayor medida su desarrollo personal y profesional, postergando más la maternidad que sus contrapartes de la generación anterior, por lo que es posible suponer que distintos factores confluyen contrarrestando este efecto en las más jóvenes, entre los que podríamos citar: la ausencia de un plan o proyecto de vida así como de expectativas de crecimiento en los jóvenes, fallas del

sector educativo en los planes de estudio o centros de enseñanza, en los que resulta complicado retener a la población joven en las aulas,²⁶ la difícil inserción en el mercado laboral, así como una sobrevaloración de la maternidad, entre otros. Otro factor fundamental en el rejuvenecimiento de la maternidad, ha sido la ausencia de una política de población, en específico, de planificación familiar y anticoncepción en las últimas décadas, la cual ha provocado mayores rezagos en los grupos de por sí marginados en el ámbito de la SSYR, entre los que destacan los adolescentes.

Por lugar de residencia, se observa que las mujeres urbanas presentan una mayor edad mediana al nacimiento del primer hijo en las dos generaciones; sin embargo, en la generación más joven la edad se ha adelantado 1.3 años respecto a la mayor, con una edad de 19.7 y 21 años, respectivamente; mientras que en las mujeres rurales la diferencia en la edad mediana es de solo medio año entre las más jóvenes y las mayores, con edades de 18.9 años y 19.4 años, respectivamente. Asimismo, se advierte que la brecha entre rurales y urbanas en las dos generaciones ha disminuido como resultado del rejuvenecimiento de la maternidad entre las urbanas, ya que en la generación de mujeres mayores era de 1.6 años la diferencia entre estos dos grupos, mientras que en la generación de jóvenes esta diferencia se estrechó a 0.8 años (véase cuadro 3.6).

La condición de habla de lengua indígena muestra que las no hablantes presentan una edad mediana mayor al nacimiento del primer hijo, así entre la ge-

²⁶ De acuerdo con la ENADID 2014, entre las principales razones de abandono escolar en la población de 15 a 19 años de edad están: la “falta de dinero” como primera razón con 33 por ciento de las adolescentes que dejaron los estudios, “no le gustó estudiar” como segunda razón de deserción, con una proporción de 28.9 por ciento, “no había escuela o estaba lejos” en 6.7 por ciento de los casos y “reprobó materias, semestre o año” en 5.7 por ciento.



Cuadro 3.6. República Mexicana. Edad mediana al nacimiento del primer hijo(a) por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014

Características seleccionadas	Generación	
	25 a 34	35 a 49
Total	19.5	20.6
Nivel de escolaridad		
Primaria incompleta o menos	17.5	18.4
Primaria completa	18.3	18.7
Secundaria y más	20.0	21.6
Lugar de residencia		
Rural	18.9	19.4
Urbano	19.7	21.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	18.6	19.2
No habla lengua indígena	19.6	20.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

neración mayor, la edad mediana fue de 20.7 años, mientras que en la generación más joven fue un año menor (19.6 años). Por su parte, entre las hablantes la disminución es menor entre las generación de jóvenes y mujeres mayores (0.6 años entre ambas), ya que pasó de 19.2 años a 18.6, respectivamente.

Los datos anteriores permiten observar que es posible que el efecto del aumento en la escolaridad, en los últimos años sobre la postergación del primer hijo haya sido contrarrestado por una disminución en la edad a la primera relación sexual y a la primera unión, la cual ocurre en una proporción importante de jóvenes sin protección anticonceptiva o con un uso deficiente de estos métodos. Igualmente, es posible que la elevada fecundidad adolescente sea responsable de haber disminuido la edad de la mujer

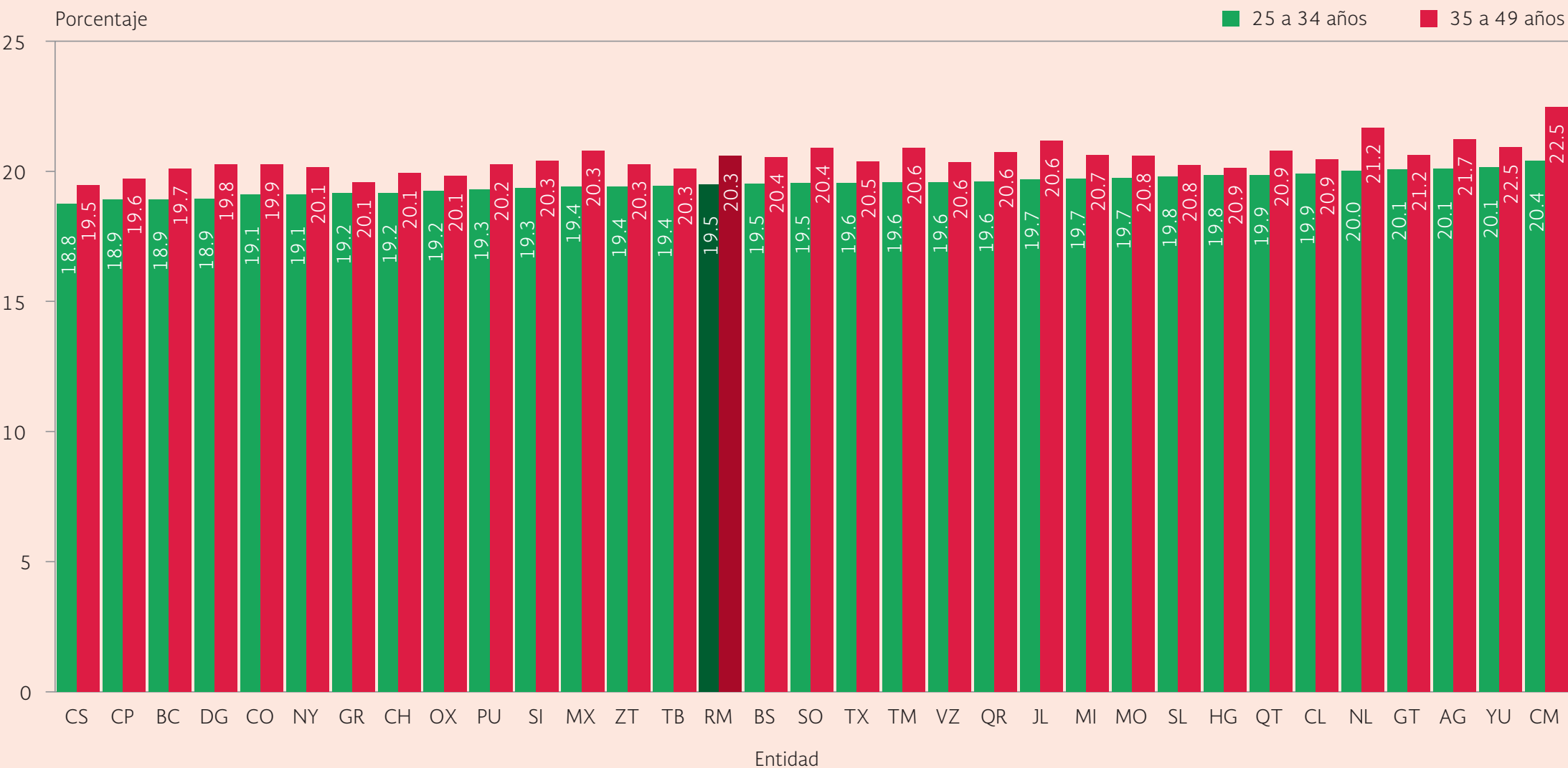
al primer hijo durante estos últimos años (Rodríguez, 2008). Ya que de manera general, la escolaridad es mayor en las zonas urbanas y en las no hablantes de lengua indígena, es posible que la importante disminución observada en la edad mediana al nacimiento del primer hijo en estos grupos también sea consecuencia del adelantamiento de las relaciones sexuales en este tipo de contextos más liberales, pero sin una adecuada protección anticonceptiva. Lo anterior implicaría que el efecto de la mayor escolarización ha sido rebasado por los factores antes descritos implicando que las políticas públicas tienen ahora un reto mayor, pues no solo deben focalizarse a los grupos más marginados, sino que deben reforzarse en el conjunto de la población, promoviendo métodos de mayor efectividad, así como su uso adecuado.

Al analizar las entidades federativas se observa que el calendario de las mujeres al inicio de la maternidad se rejuveneció en todos los estados del país, no obstante en algunas entidades este suceso fue de particular relevancia. Por ejemplo, a pesar de que la Ciudad de México es la entidad en la que el nacimiento del primer hijo se posterga más, ubicándose la edad mediana a este evento en la generación de 35 a 49 años en 22.5; para la generación de mujeres de 25 a 34 años esta edad fue 2.1 años menor (20.4 años), lo que la sitúa como la entidad con la mayor disminución en la edad mediana al nacimiento del primer hijo, seguida por Nuevo León con una disminución de 1.7 años entre ambas generaciones, como resultado de una edad mediana al nacimiento del primer hijo de 21.7 años en la generación mayor a 20.0 años en la más joven. En esta misma situación se encuentra Jalisco, donde la edad mediana pasó de 21.2 a 19.7 entre las dos generaciones, implicando un descenso de 1.5 años.

En forma contraria, aquellas entidades donde hubo un menor descenso en la edad mediana al primer hijo fueron: Hidalgo donde la edad mediana prácticamente se mantuvo constante como resultado de que este indicador haya pasado de 20.1 a 19.8 entre la generación mayor y la menor; San Luis Potosí con una disminución de 0.4 puntos debido al cambio en la edad de 20.2 a 19.8 entre ambas generaciones; y Guerrero con el mismo grado de disminución a consecuencia del paso de la edad mediana de 19.6 a 19.2 entre la generación mayor y la menor.

Por su parte, las entidades donde las mujeres transitan a la maternidad a una edad más temprana en la generación más joven (25 a 34 años) son: Chiapas, con una edad mediana de 18.8 años, Campeche, Baja California y Durango con 18.9 años. De igual forma, además de la Ciudad de México, Yucatán y Aguascalientes se posicionan como las entidades donde se posterga más el nacimiento de primer hijo entre las mujeres más jóvenes, con una edad mediana de 20.4 años para la primera entidad y 20.1 para las dos restantes.

Gráfica 3.17. Edad mediana al nacimiento del primer hijo(a) para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Los resultados por entidad federativa muestran que aún en las entidades donde la edad al primer hijo se postergaba más en la generación de mujeres adultas, como la Ciudad de México, Nuevo León. Aguascalientes, Jalisco y Yucatán ha habido una importante disminución en la edad al nacimiento del primer hijo, modificando el orden de las entidades en la generación más joven, respecto a los datos observados en la generación mayor. Cabe resaltar, que de las entidades (Ciudad de México, Nuevo León y Jalisco) que tuvieron la mayor disminución en la edad mediana entre las dos generaciones poseen un mayor grado de desarrollo y una prevalencia alta de uso de métodos anticonceptivos en MEFSa (78.6, 74.5 y 75.8%, respectivamente, véase sección de anticoncepción), lo que podría señalar que no solo es posible que exista una tendencia a adelantar la primera relación sexual y la unión en contextos más modernizados, sino que esto podría estar ocurriendo con un uso ineficiente de métodos anticonceptivos, y que a su vez podría estar incidiendo en una mayor fecundidad adolescente y desplazando la edad mediana a edades cada vez más tempranas.

Cuadro 3.7. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo protogenésico, 2009 y 2014

Años	2009	2014
Total	100.0	100.0
Menos de 1 año	46.4	48.9
De 1 a < 2	31.7	28.1
De 2 a < 4	15.3	15.7
4 y más	6.5	7.2

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

3.3.3. Intervalo protogenésico e intergenésico

Para estudiar el espaciamiento de los nacimientos se calculan los intervalos de tiempo que existen entre la fecha de la unión y el primer nacimiento, así como entre cada nacimiento y el que lo sucede. Estos intervalos reciben el nombre genérico de intervalos genésicos, distinguiéndose el intervalo protogenésico, comprendido entre el momento de entrar en unión y el nacimiento del primer hijo, y los intervalos intergenésicos, transcurridos entre nacimientos sucesivos.

En particular, la duración de los intervalos protogenésicos es de relevancia pues permite identificar si existe una posposición o adelantamiento del nacimiento del primer hijo entre las mujeres unidas; es decir, entre aquellas que se suponen en una mayor exposición al riesgo de embarazo. De lo anterior puede realizarse una aproximación tanto al comportamiento de las mujeres en cuanto al momento de la maternidad una vez que se han unido, como de la apropiación que han logrado de los métodos anticonceptivos para conseguir que esta transición ocurra en el momento deseado.

De acuerdo a los datos de la ENADID 2009 (véase cuadro 3.7), 46.4 por ciento de las mujeres tuvo su primer hijo en un lapso corto posterior a la unión; es decir, antes de un año. Por su parte, datos de la ENADID 2014 muestran un aumento de 2.5 puntos porcentuales respecto a 2009, ya que para este año se estima que este porcentaje fue de 48.9 por ciento, lo que indica que el espaciamiento después de un año de la unión está tendiendo a disminuir. Como resultado de este aumento, se puede observar que el porcentaje de mujeres que postergó el nacimiento de su primer hijo de uno a menos de dos años después del matrimonio disminuyó pasando de 31.7 en

2009 a 28.1 por ciento entre los dos años de referencia, mientras que las mujeres que esperaron un lapso de tiempo más largo; es decir de dos a tres años, se mantuvo en un porcentaje bajo y prácticamente constante, con 15.3 y 15.7 para cada encuesta, respectivamente. Finalmente, un hecho a destacar es que las mujeres que esperaron cuatro años o más después de la unión para tener un hijo aumentó ligeramente pasando de 6.5 en 2009 a 7.2 en 2014, lo cual habla de una ligera tendencia a la postergación de la maternidad entre la mujeres unidas en este intervalo específicamente.

Los intervalos intergenésicos, referentes al espaciamiento entre nacimientos sucesivos guardan una relación directa con la salud de las mujeres y de sus hijos. De esta forma, los intervalos más cortos, considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellos menores a dos años, en general se asocian con un mayor riesgo de mortalidad materna e infantil, así como con bajo peso del producto durante la gestación y al nacimiento, al igual que con una mayor probabilidad de que el parto sea prematuro, aunque debe resaltarse que esta condición se encuentra determinada en gran medida también por las condiciones socioeconómicas de las mujeres y su entorno. De forma contraria, se consideran como intervalos más adecuados o favorables para la reproducción los intervalos de dos o más años, ya que implican un menor desgaste físico para la madre, y ésta cuenta con un mayor tiempo para recuperarse de este proceso (USAID, 2005). El análisis que a continuación se presenta mide y analiza los dos primeros intervalos; es decir, el que va del primero al segundo hijo y el de este último al tercero.

En el cuadro 3.8 se observa que para el primer intervalo intergenésico en 2014 hubo una dismi-

nución en la concentración de mujeres unidas que esperaron menos de dos años entre su primer y su segundo hijo, pasando de 30.9 a 28.3 por ciento, lo mismo se observa en las mujeres que esperaron de dos a tres años, ya que en 2009 este porcentaje fue de 38.3 por ciento y disminuyó a 36.4 en 2014. Lo anterior, dio como resultado un aumento en la concentración de mujeres con una duración del primer intervalo intergenésico de cuatro y más años, ya que este porcentaje de mujeres tuvo un aumento de 30.8 a 35.4 por ciento, lo que implica una diferencia de 4.6 puntos porcentuales en solo cinco años. Esto representa un avance importante, ya que implica que cada vez un número mayor de mujeres unidas esperan un tiempo más largo (de cuatro a más años) para tener a su segundo hijo, lo que tiene repercusiones positivas sobre la salud materna y perinatal.

A su vez, para el segundo intervalo el porcentaje de mujeres que esperó menos de dos años es menor respecto al intervalo protogenésico, 27.1 en 2009 y se redujo a 25.6 en 2014. Por su parte, se aprecia que la concentración se mantiene en la categoría de dos a tres años, siendo de 35.0 y 34.9 por ciento

Cuadro 3.8. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo intergenésico según orden del intervalo, 2009 y 2014

Años	2009		2014	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 2 años	30.9	27.1	28.3	25.6
De 2 a < 4	38.3	35.0	36.4	34.9
4 y más	30.8	37.9	35.4	39.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

en cada encuesta, respectivamente, mientras que para la categoría de cuatro años o más esta cifra aumentó de 37.9 a 39.5 por ciento, posicionándose como la duración con el mayor aumento para el segundo intervalo intergenésico.

De forma que la mayoría de las mujeres tuvo a su segundo y tercer hijo en condiciones de espaciamientos potencialmente más adecuados o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los hijos. Lo anterior como consecuencia de un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva una vez que las mujeres han transitado por la maternidad; no obstante, es necesario garantizar también este derecho a las mujeres sin hijos, solteras y adolescentes, de forma que en iguales condiciones tengan la capacidad de postergar la llegada del primer hijo hasta el momento más adecuado, en términos de un plan de vida que incluya mejores expectativas tanto personales como profesionales para las mujeres, así como tener la elección de reproducirse o no, situaciones que se encuentran implícitas en el derecho al acceso a servicios de atención a la salud apropiados y de calidad establecido en los Programas de Acción Específicos (PAE) de los Programas Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y de Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018.

Conclusiones

En este capítulo observamos mediante la comparación de dos generaciones que la mitad de las mujeres de la generación mayor experimentaron su primera relación sexual a los 18.4 años, mientras que las más jóvenes tuvieron su primer encuentro sexual a los 17.7 años, por lo cual podríamos decir que las mujeres más jóvenes han tenido un periodo más amplio de

exposición al riesgo de un embarazo o de adquirir una ITS. El adelantamiento de la edad a la primera relación sexual, implica que se necesitan mayores esfuerzos en términos de prevención y orientación, puesto que son evidentes los cambios en cuanto a la práctica de la sexualidad y esta empieza a ejercerse desde la adolescencia.

Por ello, es cada vez más importante que el inicio de la vida sexual se lleve a cabo en condiciones seguras y con protección; si bien, de acuerdo con los resultados presentados, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se incrementó de forma importante, aún sigue siendo bajo el porcentaje, pues en 2014 solo el 34.3 por ciento de las mujeres usó algún método en su primera relación sexual. Fueron las adolescentes seguidas de las jóvenes, quienes hicieron un mayor uso de métodos comparadas con el resto de mujeres en los demás grupos de edad, sin embargo, todavía cerca de la mitad no tuvo prevención para evitar un embarazo o una ITS (54.8% y 54.0%, respectivamente). Por otro lado, el rezago en las mujeres indígenas en este aspecto sigue siendo latente, pues apenas el 4.9 por ciento de éstas hizo uso de algún método en la primera relación sexual.

Asimismo, observamos que el condón es el principal método al que acuden las parejas de las mujeres en la primera relación sexual (84.5%); sin embargo, la principal razón de las mujeres que no hicieron uso de algún método fue porque no los conocían, no sabían dónde obtenerlos o cómo usar los métodos (28.6%); mientras que no planeaba tener relaciones sexuales y no creían que podrían embarazarse, son las razones que en conjunto suman 35.7 por ciento. Lo que delata serias deficiencias en educación sexual integral y difusión y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos. Al respecto, recordemos que uno de



los objetivos del Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes es “favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes”, por lo que se visibiliza como prioritario reforzar las acciones al respecto.

Otras áreas de oportunidad que deben destacarse serían, por ejemplo, que la edad mediana a la maternidad no ha presentado cambios importantes en el tiempo y por el contrario, la llegada del primer hijo continúa ocurriendo a una edad cada vez más temprana, en la que prácticamente a la mitad de las mujeres se convierten en madres durante la adolescencia. Asimismo, se observa que las mujeres con mayor escolaridad son las que presentan la mayor edad mediana al nacimiento del primer hijo, no obstante, al analizar a dos generaciones en el tiempo se identifica que en las mujeres más jóvenes se está adelantando cada vez más la maternidad, incluso en las más escolarizadas. Ya que es en este grupo de mujeres donde la prevalencia anticonceptiva es mayor, lo anterior señala que el efecto postergador de la escolaridad podría verse reducido por una iniciación sexual cada vez más anticipada, sin un uso eficiente de métodos anticonceptivos; lo que a su vez podría estar incidiendo en una mayor fecundidad adolescente y desplazando la edad mediana a edades cada vez más tempranas. Este mismo efecto se puede destacar en entidades como la Ciudad de México, Nuevo León y Jalisco, donde se observó la mayor disminución en la edad mediana al nacimiento del primer hijo entre dos generaciones de mujeres, a pesar de que en dichas entidades existe una prevalencia alta de uso de métodos anticonceptivos.

En el Programa Nacional de Población 2014-2018 (PNP 2014-2018) se expresa que el embarazo

adolescente es motivo de preocupación, no solo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y su descendencia, sino también porque limita las oportunidades de desarrollo personal de hombres y mujeres y tiene importantes implicaciones socioeconómicas para sus trayectorias de vida. Desde esta perspectiva, en los programas sectoriales en materia de salud ya se presentan contenidos y metas que buscan eliminar riesgos de una fecundidad temprana. Por ejemplo: favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva, así como reducir embarazos no planeados e ITS, son objetivos que están plasmados en los programas de acción específicos tanto de planificación familiar como de salud sexual y reproductiva 2013-2018, sin embargo, los datos muestran la necesidad de seguir trabajando en esta materia y la necesidad de que estos temas sean visibilizados como un problema de salud pública a fin de que se atiendan los requerimientos de la población en general.

Bibliografía

- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2007), Educación sexual: Preguntas fundamentales. Serie. *Educación en población. Material de apoyo para el docente*, Primera edición, México.
- CONEVAL [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social] (2013), *Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes*, México, Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social - Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, México.
- Espinosa, Gisela (2008), “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres” en Lerner, Susana y Szasz, Ivoone (coords.), *Salud*



- reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II, México, El Colegio de México, pp. 141-202.
- Di Cesare, Mariachiara (2007), *Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe*, CELADE-CEPAL, Santiago de Chile.
- Esteve, Albert y Flores-Paredes, Elizabeth (2014), “Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas”, *Notas de Población*, núm. 99, CEPAL, pp. 39-65.
- Hirmas, Macarena, et al. (2008), “Motivo de inicio de actividad sexual en adolescentes desde una perspectiva de género: Cembra 2005-2006”, *Revista Chilena de Salud Pública*; vol. 12 pp.5-11.
- Pérez, Julieta (2014), “Cambios y permanencias en la dinámica de las uniones libres en México” *Coyuntura Demográfica*, núm. 5, SOMEDE, pp. 47-55.
- CONAPO [Consejo Nacional de Población], Programa Nacional de Población, 2013-2018, Diario Oficial de la Federación, 30 de abril de 2014.
- Quilodrán, Julieta (2001), *Un siglo de matrimonio en México*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, México.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2008), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Madrid.
- Stern, Claudio (1997), “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, *Revista Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, marzo-abril. [http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39n2_el_embarazo\(1\).pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39n2_el_embarazo(1).pdf).
- Szasz, Ivonne (2003), “Pensando la salud reproductiva de hombres y mujeres”, en: Bronfman M, Denman C (Ed). *Salud reproductiva. Temas y debates*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, p. 35-57.
- USAID [Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional] (2005), “HTSP 101: Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciamiento saludables del embarazo”. http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/htsp101_es.pdf. Fecha de consulta: 29 de enero de 2016.
- Welti Chanes, Carlos (2003), *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

Los programas de planificación familiar y anticoncepción implementados en el país en la década de los setenta contribuyeron de manera importante a reducir la fecundidad de las mujeres, una vez que se brindaron las herramientas necesarias para que la población ejerciera su derecho de planear de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, tal y como está establecido en el artículo 4° constitucional.

Fecundidad

No obstante la disminución de la fecundidad durante el siglo pasado, resulta imperativo el análisis de los niveles y tendencias de la fecundidad en diferentes contextos, ya que permite identificar los rezagos aún persistentes en la cobertura de estos programas en grupos específicos de la población. Algunos de estos grupos prioritarios se identifican como aquellos que históricamente han quedado al margen de los programas de anticoncepción entre los que se encuentran la población adolescente, la población rural y las personas hablantes de lengua indígena (Lerner, 2008; MEXFAM, 2011). A continuación se presenta un análisis de los cambios de la fecundidad en el tiempo y en distintos contextos socioeconómicos y culturales, que brindará elementos para la construcción de estrategias con el fin de aminorar los rezagos en estos sectores.

La fecundidad en el país alcanzó su nivel máximo histórico a mediados de la década de los sesenta, cuando registró una tasa global de fecundidad²⁷ de 7.31 hijos en promedio por mujer. Como resultado del impacto de los programas de planificación familiar, enfocados a difundir y proporcionar los medios para ejercer el control de la natalidad y del importante proceso de desarrollo socioeconómico experimentado

²⁷ La Tasa Global de Fecundidad es el número promedio de hijos(as) que una mujer tendría a lo largo de su vida fértil, bajo las condiciones de mortalidad y fecundidad observadas en la población al momento de análisis. Numéricamente se refiere a la suma de las tasas específicas de fecundidad, regularmente referidas a grupos quinquenales de edad, multiplicadas por cinco, de forma que el dato represente a dichos grupos quinquenales. Por su parte, las tasas específicas de fecundidad regularmente se determinan como el cociente de los nacimientos ocurridos en las mujeres en edad fértil en un grupo quinquenal de edad, entre el total de las mujeres en ese mismo grupo de edad, en un mismo periodo de referencia. Las tasas específicas se interpretan como el número de nacimientos observados por cada mil mujeres en un grupo quinquenal de edad determinado. Las tasas específicas de fecundidad estimadas en este trabajo se refieren a un trienio; es decir, se calculan como la relación entre el agregado de los nacimientos en el año $t-1$, t , $t+1$ y la población femenina del grupo quinquenal de referencia en los mismos tres años, a modo de evitar posibles fluctuaciones en la información y contar con un número mayor de casos muestrales, por lo que tanto las tasas específicas estimadas como la global se refieren al año t . Por ejemplo, a partir de la ENADID 2014 es posible estimar las tasas con base en la suma de los nacimientos ocurridos en 2011, 2012, 2013 entre la población femenina del grupo quinquenal correspondiente en esos mismos años, por lo que las tasas específicas como la global estimadas con base en la ENADID 2014 se refieren al año medio, es decir a 2012, lo mismo ocurre para la ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.



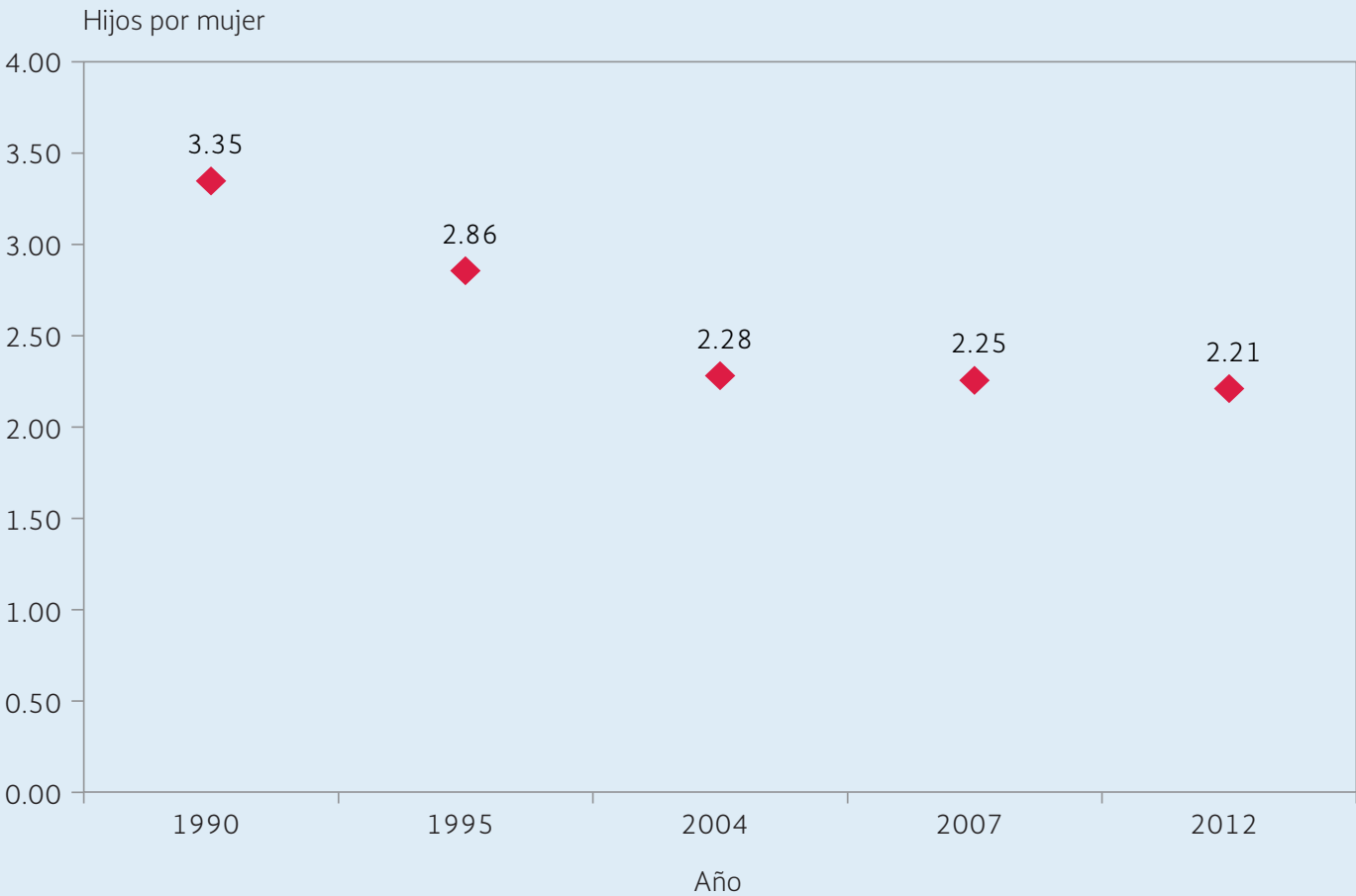
en el país durante el siglo pasado, en el campo de la urbanización, la escolarización y la atención a la salud (Zavala, 2001), en 1990 el número de hijos que tuvieron las mujeres fue casi la mitad de los que tenían en 1970 pasó de 6.72 a 3.35 hijos, respectivamente (véase gráfica 4.1).

En 1995 continúa el descenso de la fecundidad aunque menos pronunciado, registrándose una tasa de 2.86 hijos por mujer, implicando una disminución de 14.6 por ciento respecto a 1990. A partir de la primera década del siglo XXI, la tasa disminuye a un ritmo cada vez más lento, pasando

de 2.28 hijos por mujer en 2004 a 2.25 en 2007, lo que representa una disminución de 1.3 por ciento. El descenso de la fecundidad continúa en 2012 a un ritmo mucho menor respecto a los primeros años (1.7%), alcanzando una tasa de 2.21 hijos por mujer, muy cerca del nivel de reemplazo (2.1 hijos por mujer) (véase gráfica 4.1).

El descenso registrado en la fecundidad se sigue atribuyendo al uso de métodos anticonceptivos, aunque es posible que factores como el inicio más temprano de las relaciones sexuales, que pasó de una edad mediana de 18.4 a 17.7 (entre dos generaciones

Gráfica 4.1. República Mexicana. Tasa global de fecundidad*, 1990-2012



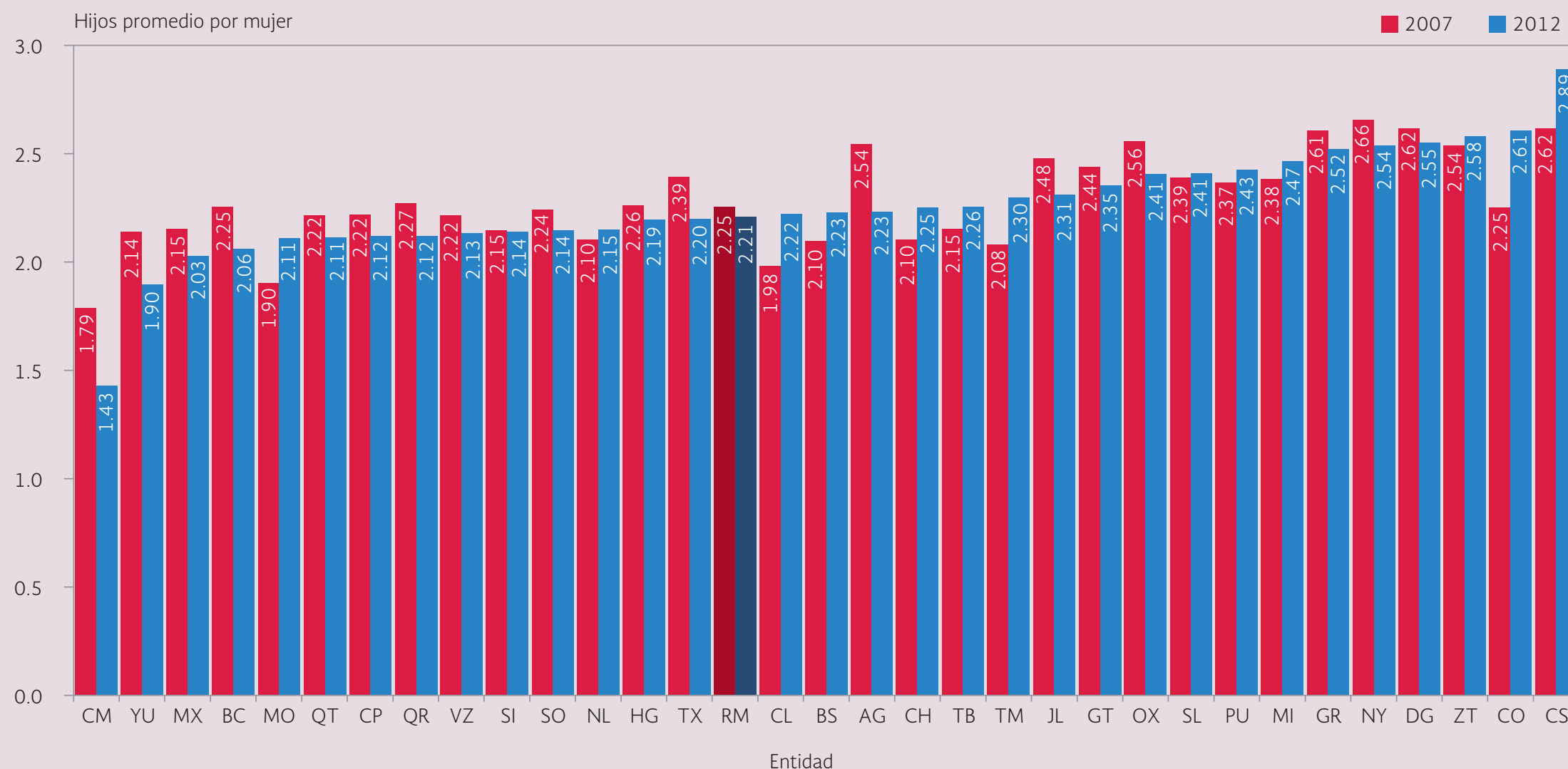
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, 1997, 2006, 2009 y 2014.
* Ver apartado 1 sobre limitaciones de la ENADID para el cálculo de tasas de fecundidad.

de mujeres nacidas de 1980-1989 y de 1965-1979), así como la disminución en la edad mediana a la primera unión, pasando de 19.7 a 18.8 años (véase capítulo 3), y el respectivo aumento en la fecundidad adolescente podrían frenar aún más la tendencia decreciente de la fecundidad.

Al igual que a nivel nacional, el descenso en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) al interior del país ha sido inminente en las últimas décadas; no obstante, es preciso señalar que siguen existiendo

disparidades en los niveles de fecundidad por entidad federativa, en algunas de ellas como resultado de una etapa más tardía en su transición demográfica o bien menos pronunciada, en otras como resultado de diversos procesos sociales e institucionales que favorecen la fecundidad (véase gráfica 4.2). En 2012, las tres entidades con menor tasa global de fecundidad son: la Ciudad de México, Yucatán, y el Estado de México, con tasas de 1.43, 1.90 y 2.03 hijos por mujer en promedio, respectivamente;

Gráfica 4.2. Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2007 y 2012



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

mientras que las entidades con mayor tasa son: Chiapas, Coahuila y Zacatecas, con un promedio de 2.89, 2.61 y 2.58 hijos por mujer, de forma respectiva.

En este sentido, se observa que existe una fuerte asociación entre la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos y la tasa global de fecundidad por entidad federativa; de forma que, en las entidades con mayor prevalencia anticonceptiva la fecundidad tiende a ser menor como en el caso de la Ciudad de México, Yucatán y el Estado de México (con prevalencias en MEFSa de 78.6, 76.9, 81.1%, respectivamente), mientras que en entidades como Chiapas con la menor prevalencia en uso de métodos anticonceptivos en MEFSa (63.9%) también se presenta la tasa de fecundidad más alta en el país.

Asimismo, es importante destacar los cambios que ha tenido la fecundidad en las entidades federativas en el tiempo. En este sentido, en 2012 se observa que Coahuila, además de ocupar el segundo lugar en tasa de fecundidad también presentó el mayor au-

mento (15.7%) en este indicador entre 2007 y 2012, seguido por Colima (12.2%), Morelos (11.1%), Tamaulipas y Chiapas (10.4%). En contraste, las cinco entidades donde se redujo más la fecundidad en este mismo periodo fueron la Ciudad de México (20.1%), Aguascalientes (12.2%), Yucatán (11.3%), Baja California (8.5%) y Tlaxcala (8.2%).

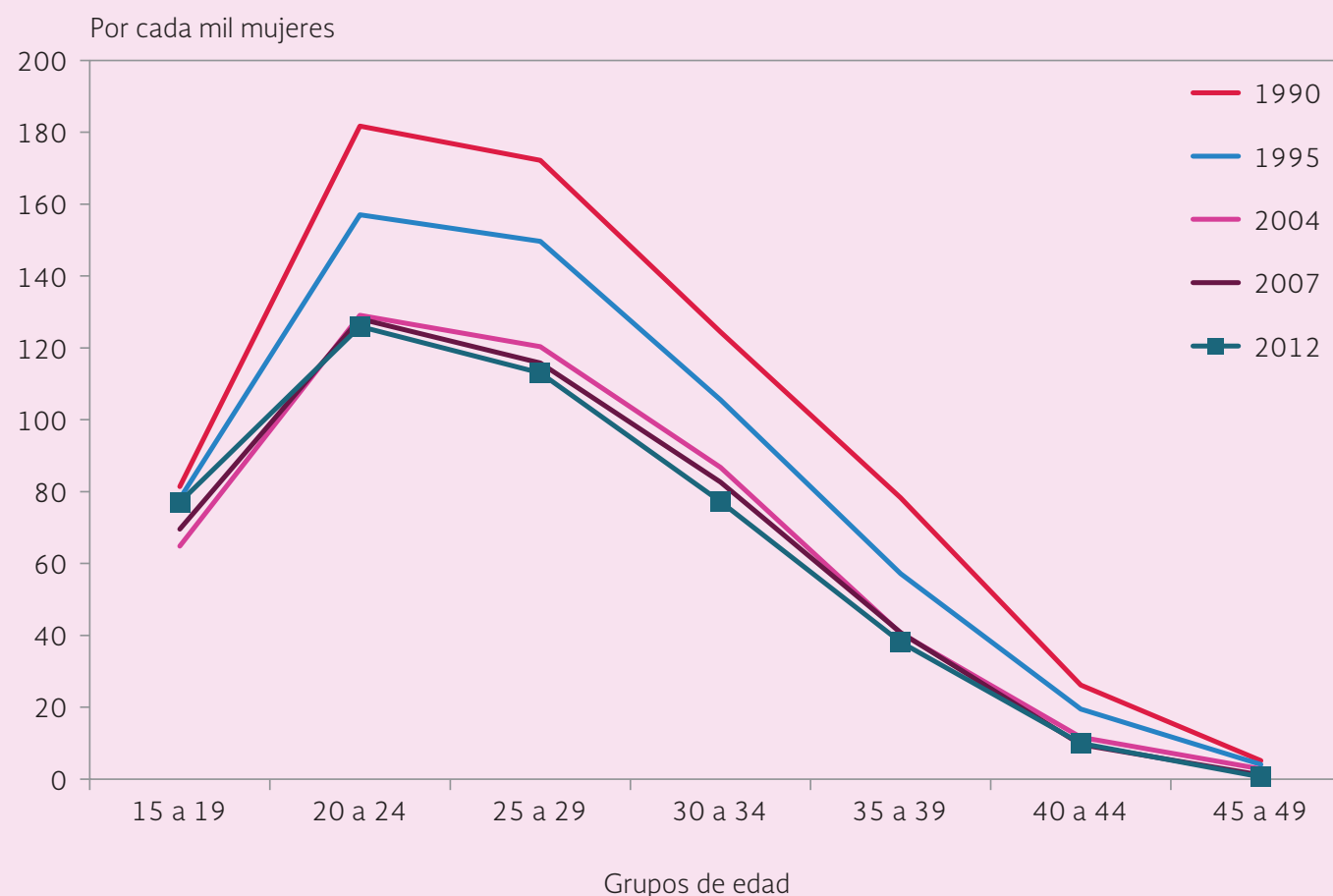
En cuanto a la estructura o calendario de la fecundidad se aprecia que, entre 2007 y 2012, en la mayoría de los grupos se mantuvo prácticamente constante el número de nacimientos y se conservó el patrón de reproducción temprano, debido a que las mujeres de 20 a 24 años continúan siendo las que más contribuyen a la fecundidad, con casi una tercera parte (29.2%), seguidas de aquellas entre 25 y 29 años, con una aportación de 24.5 por ciento; sin embargo, llama la atención que en tan solo cinco años el grupo de las adolescentes (15 a 19 años de edad) aumentó su fecundidad en 11.3 por ciento (véase cuadro 4.1 y gráfica 4.3), reforzando su participación como el tercer grupo que aporta más a la fecundidad total, con 19.2 por ciento del total de nacimientos.

Las tendencias permiten apreciar que entre 1974 y 2007 las adolescentes habían disminuido su fecundidad en 47 por ciento (de 131 a 69.2 hijos por cada mil mujeres); sin embargo, estimaciones con las dos últimas encuestas indican un incremento en la tasa de 11.3 por ciento entre 2007 y 2012, situándola en 77.0 nacimientos por cada mil adolescentes para este último año. Al observar las tasas específicas de fecundidad adolescente (TEFA) anteriores (ENADID 1992, 1997 y 2006), se nota que el comportamiento en este grupo de edad hasta el 2007 iba en descenso como en los demás grupos. Sin embargo, el incremento en las tasas de adolescentes implica un retro-

Cuadro 4.1. República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad y tasa global de fecundidad, 1990-2012

Grupos de edad	1990	1995	2004	2007	2012
15-19	81.4	78.0	64.8	69.2	77.0
20-24	181.7	157.0	129.0	129.4	126.0
25-29	172.2	149.7	120.3	116.4	113.1
30-34	124.4	105.5	86.7	83.6	77.2
35-39	78.3	57.2	40.6	41.2	38.1
40-44	26.2	19.5	11.7	9.9	10.0
45-49	5.1	4.1	2.8	1.1	0.6
TGF	3.35	2.86	2.28	2.25	2.21

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, 1997, 2006, 2009 y 2014.

Gráfica 4.3. República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, 1990-2012

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992, 1997, 2006, 2009 y 2014.

ceso a los niveles observados en 1995, además de ser el único grupo de edad que presenta esta tendencia.

El embarazo adolescente es un fenómeno en el que se identifican diversos componentes. Éstos se sitúan como factores detonantes dentro de un conjunto de causas estructurales de tipo social, económico y cultural que interactúan entre sí propiciando la maternidad a edades tempranas; entre estos factores se pueden identificar la falta de oportunidades educativas; la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva, que incluye información y acceso a métodos anticonceptivos; y aspectos culturales, sociales e institucionales que favorecen el matrimonio infantil, la violencia y la coacción sexual, entre otros.

Igualmente, se ha observado que cuando el embarazo a edades tempranas está en interacción con condiciones de marginación representa un mayor riesgo para los hijos de tener bajo peso al nacer, mayor mortalidad infantil, así como menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva. Los nacimientos tempranos también pueden conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las adolescentes, debido a las limitaciones para la trayectoria de vida y el desarrollo personal de las mujeres que puede representar un embarazo en la soltería y previo a concluir los estudios o la preparación para la vida adulta (Szasz y Lerner, 2010). Además, una parte importante de estos

embarazos terminan en aborto, y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad. En adición a ello, en México, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia seguramente terminarán su periodo reproductivo hasta con tres hijos o hijas más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años (Menkes y Suárez, 2003).

Para incidir en esta situación el Gobierno de la República puso en marcha, a principios de 2015, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), en la que confluyen diversas instituciones²⁸ cuyas actividades y campo de acción están relacionadas con esta temática, con el fin de erradicar los nacimientos en niñas de 10 a 14 años en 2030 y reducir la tasa específica de fecundidad en 50 por ciento en las adolescentes de 15 a 19 años. Todo ello con pleno respeto a sus derechos sexuales y reproductivos y con base en un conjunto de componentes previamente identificados como relevantes en la prevención del embarazo, entre los que se encuentran: educación inclusiva, integral y flexible; educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva; oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades; entorno habilitante; servicios de salud amigables, resolutivos, incluyentes y versátiles; prevención y atención a la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes; además de los componentes transversales que son la

perspectiva de género con corresponsabilidad entre mujeres y hombres, la coordinación interinstitucional e interculturalidad.²⁹

Además de las diferencias en la composición etaria de las mujeres en edad fértil, la diversidad cultural en México y la heterogeneidad de su población, de acuerdo a su condición de habla de lengua indígena, a sus niveles de escolaridad, así como a su lugar de residencia da cuenta de la disparidad de los patrones reproductivos que pueden existir al interior del país y marca importantes diferencias en sus niveles de fecundidad.

En cuanto a las mujeres hablantes de lengua indígena, en 2012 la TGF ascendía a casi tres hijos (2.98), por mujer, mientras que la de sus contrapartes, el grupo de no hablantes, era de 2.17; es decir, cerca del nivel de reemplazo generacional. Además de tener en promedio casi un hijo (0.81) más que las mujeres no hablantes, la población femenina hablante de lengua indígena presenta una estructura por edad de la fecundidad mucho más rejuvenecida, ya que, si bien en ambas poblaciones la cúspide de los nacimientos se encuentra entre los 20 y 24 años, entre las mujeres indígenas la distancia entre la tasa de fecundidad de este grupo y la de edades posteriores es más amplia (véase gráfica 4.4).

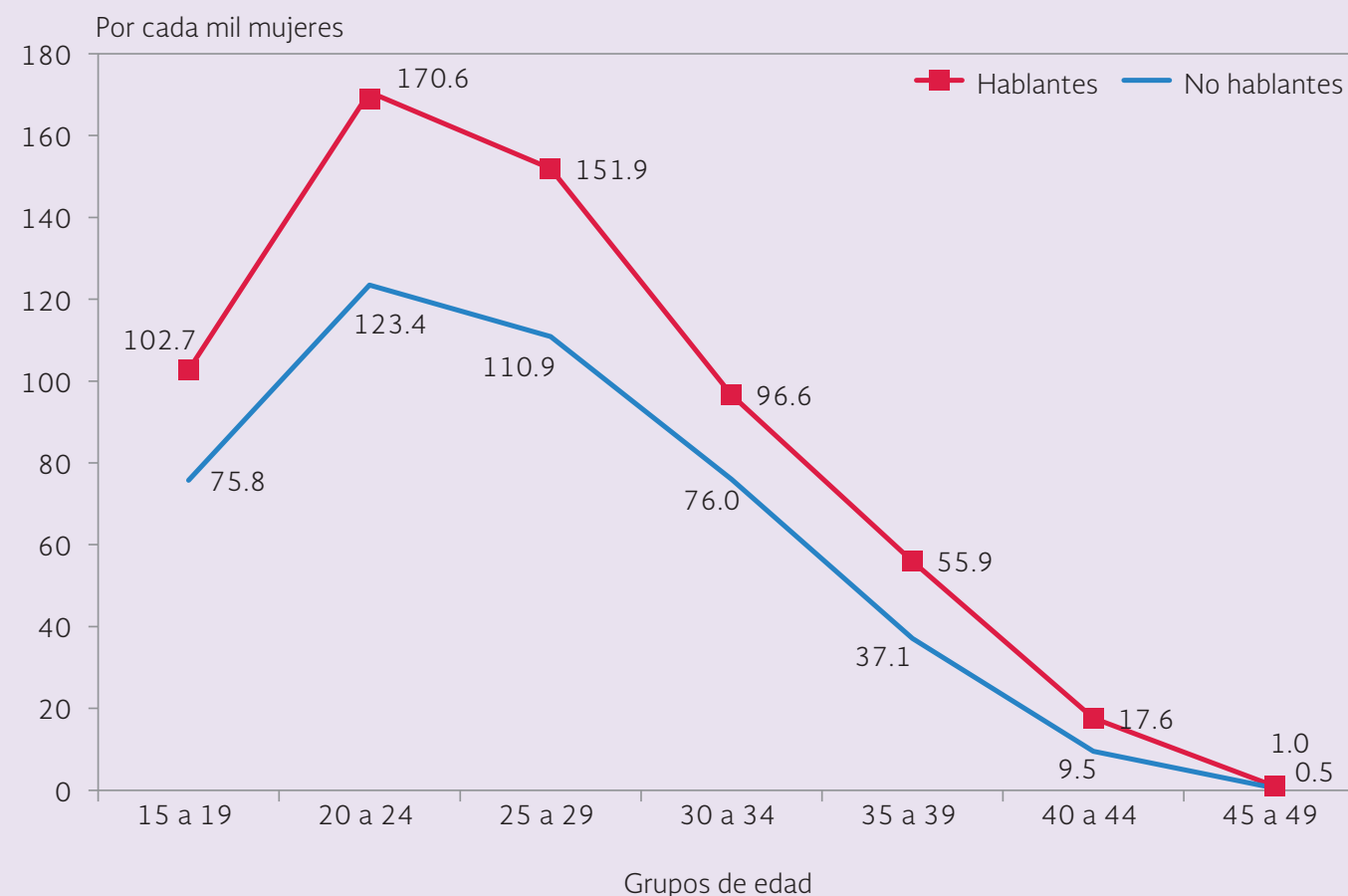
Asimismo, se observa que las brechas en la fecundidad entre hablantes y no hablantes de lengua indígena son muy amplias prácticamente a lo largo de toda la edad reproductiva. Entre las adolescentes indígenas se observa una tasa de 102.7 hijos por cada mil mujeres mientras que en su contraparte esta tasa es de 75.8 hijos. Como ya se mencionó, es de particular importancia la brecha que se observa entre las

²⁸ Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en la coordinación general, Presidenta del INMUJERES en la Secretaría Técnica, y como vocales funcionariado de alto nivel de CONAPO, INMUJERES, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Salud (SS), Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SINAPINNA), organizaciones internacionales e invitados de la sociedad civil.

²⁹ Para mayores detalles sobre la ENAPEA consultar: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf



Gráfica 4.4. República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por condición de habla de lengua indígena, 2012



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

hablaantes de 20 a 24 años quienes presentan una tasa de 170.6 hijos por cada mil mujeres, mientras que en las no hablaantes es de 123.4, lo que implica una diferencia de casi 50 hijos más por cada mil mujeres hablaantes de lengua indígena respecto a las no hablaantes.

De igual transcendencia son las discrepancias en el grupo de 25 a 29 años, donde la diferencia entre ambos grupos es de 41 puntos, con una tasa de 151.9 hijos en las hablaantes respecto a 110.9 en su contraparte. En los grupos subsecuentes las diferencias disminuyen de manera importante, siendo la brecha de 18.9 puntos entre las de 35 a 39 años,

como resultado de una tasa de 55.9 en hablaantes y 37.1 en no hablaantes; de igual forma, se estima una brecha de 8.1 puntos entre las de 40 a 44 años, con una tasa de 17.6 en hablaantes y 9.5 en no hablaantes; finalmente, entre las mujeres de 45 a 49 años la diferencia es solamente de 0.5 puntos como resultado de una tasa de 1.0 y 0.5 hijos por cada mil, en las hablaantes respecto a sus contrapartes, respectivamente. Lo anterior, como símbolo de una mayor intensidad en la ocurrencia de los nacimientos a edades tempranas entre las mujeres hablaantes de lengua indígena, asociada principalmente a un menor acceso a servi-

cios de anticoncepción y a un contexto sociocultural donde se favorece la maternidad a edades tempranas.

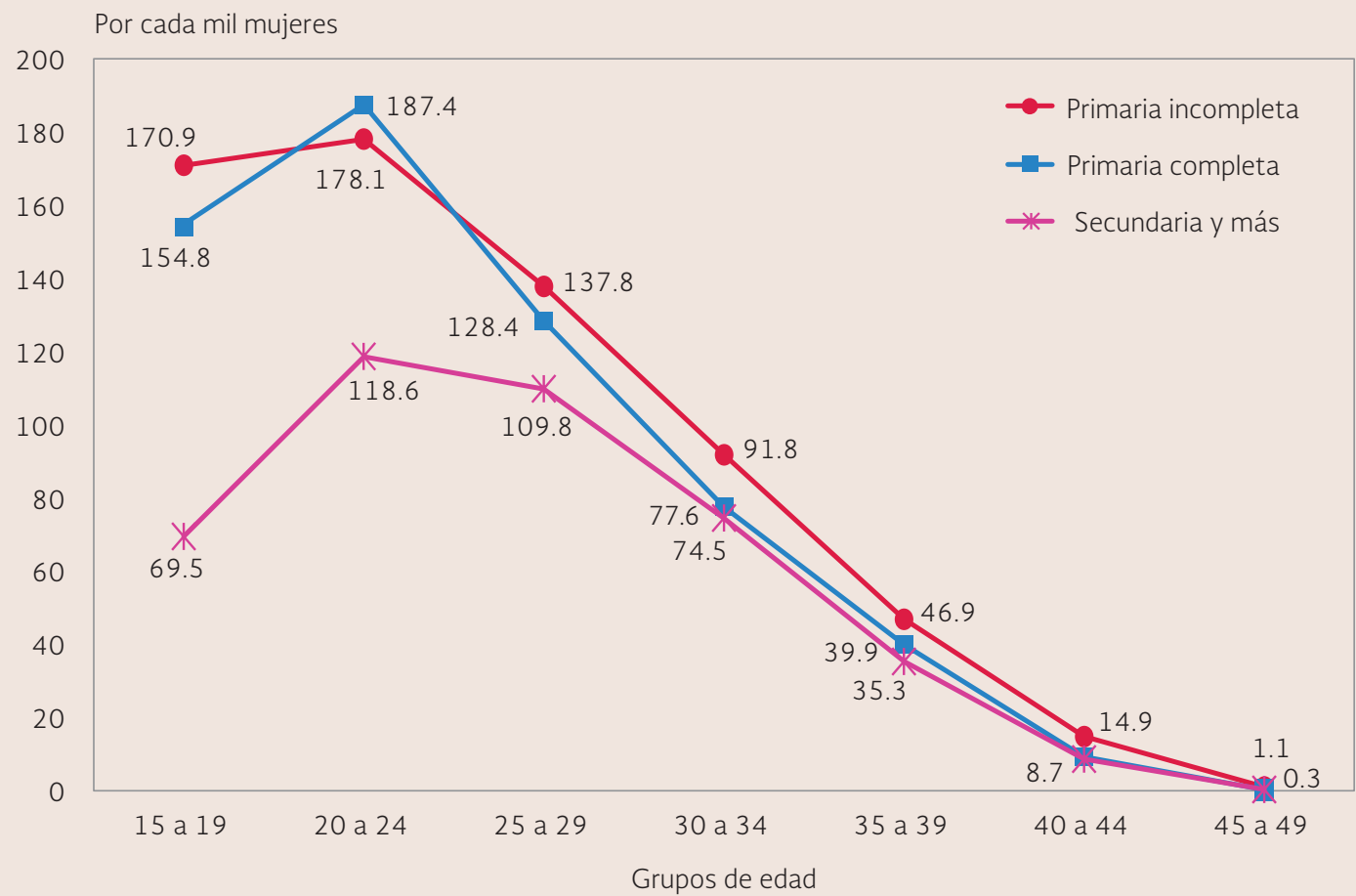
En el caso de la TGF de las mujeres por nivel de escolaridad, de acuerdo a datos de ENADID 2014, fue de 3.21 hijos por mujer entre las que tienen primaria incompleta, tasa superior en más de un hijo a la TGF total (2.21) y a la de mujeres con secundaria y más (2.08 hijos por mujer).

Respecto a la estructura de la fecundidad, de acuerdo a la escolaridad de la madre, se observa que existe una asociación negativa entre esta variable y la fecundidad; así, las mujeres que cuentan con menores estudios, primaria incompleta y completa

son las que presentan las mayores tasas de fecundidad específica, mientras que las que alcanzaron a cursar secundaria y más la fecundidad es mucho menor (véase gráfica 4.5).

Por ejemplo, entre las adolescentes se observan las mayores diferencias por nivel de escolaridad, ya que para las mujeres de este grupo con primaria incompleta se estima una tasa de 170.9 nacimientos por cada mil; prácticamente 2.5 veces mayor que entre las más escolarizadas donde esta tasa es de 69.5. Un nivel bajo de escolaridad entre las mujeres se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación

Gráfica 4.5. República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por nivel de escolaridad, 2012



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

de la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual, lo que hace que las adolescentes de estos grupos sociales sean más vulnerables al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, la inequidad de género y otros aspectos socioculturales relacionados con las condiciones de desigualdad de las mujeres se agravan en un contexto de pobreza y falta de oportunidades (Menkes y Suárez, 2003).

De igual forma, entre las jóvenes de 20 a 24 años que cuentan con primaria incompleta tienen una tasa 50 por ciento mayor que las de secundaria o más (178.1 vs 118.6, respectivamente); a su vez, en el grupo de 25 a 29 años la tasa es 28 por ciento mayor entre ambos grupos (137.8 y 109.8, respectivamente). Las brechas comienzan a disiparse conforme la edad aumenta, como resultado del menor número de nacimientos que ocurren de forma generalizada en estas edades. Cabe resaltar, que el patrón de las mujeres con secundaria y más comienza a mostrar indicios hacia una estructura dilatada, tendiente a niveles similares entre las edades 20 a 24 y 25 a 29 años, lo cual refleja una mayor tendencia a la postergación de los nacimientos a edades un tanto más avanzadas.

Lo anterior posiciona a la escolaridad como uno de los factores más relevantes que inciden en la fecundidad, de particular interés es que en las adolescentes es donde el efecto protector de esta variable es aún mayor, por lo que la políticas deberían enfocar sus esfuerzos en alentar a este grupo de la población a no abandonar sus estudios; y, también, entre las que ya han tenido un hijo proporcionar apoyos para que continúen asistiendo a la escuela y evitar embarazos subsecuentes.

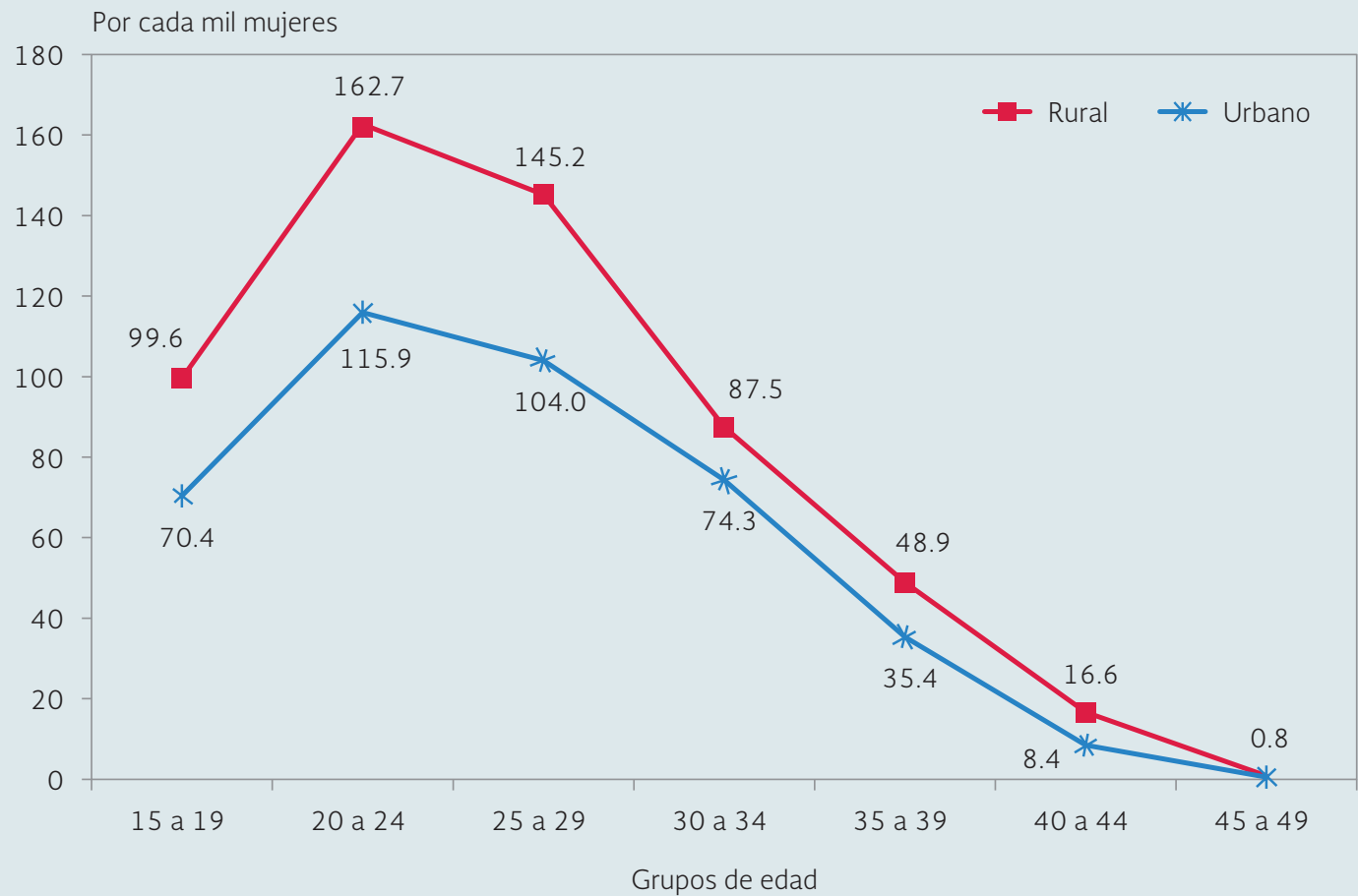
El lugar de residencia condiciona de diversas formas la fecundidad de las mujeres, entre los factores más destacados en este sentido resalta la menor disponibilidad de información y acceso a servicios de anticoncepción en las zonas rurales, por lo que tradicionalmente las tasas de fecundidad de las mujeres de este grupo poblacional han sido mayores (véase gráfica 4.6). De esta forma, la tasa global de fecundidad para mujeres rurales es de 2.80 hijos en promedio por mujer, en comparación con los 2.04 hijos que se estiman para las mujeres que habitan zonas urbanas.

De acuerdo al lugar de residencia, en la gráfica 4.6 se aprecia que tanto la fecundidad de las mujeres residentes en zonas rurales como de aquellas que viven en áreas urbanas presenta una estructura rejuvenecida, ya que la cúspide de nacimientos se encuentra entre las mujeres de 20 a 24 años, aunque la fecundidad de las mujeres rurales en este grupo de edad es mucho mayor que en las mujeres urbanas (162.7 y 115.9 hijos por cada mil mujeres, respectivamente).

Para el caso de las adolescentes, se observa que la tasa específica entre rurales y urbanas presenta una brecha de casi 30 hijos; como resultado de una mayor fecundidad en el ámbito rural (99.6 nacimientos por mil) respecto al urbano (70.4 nacimientos por mil). Por su parte, las diferencias entre las jóvenes de 25 a 29 años se posicionan como las segundas más amplias, ya que la fecundidad entre las jóvenes rurales de este grupo es 41 puntos mayor respecto a las urbanas, con una tasa de 145.2 hijos nacidos vivos por cada mil mujeres contra una de 104.0, respectivamente. En los grupos de edad a partir de los 30 a 34 años las diferencias entre las residentes de ambas zonas disminuyen; no obstante, la fecundidad en las mujeres rurales siempre se mantiene por encima de las urbanas.



Gráfica 4.6. República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por lugar de residencia, 2012



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Conclusiones

En síntesis, a partir de los resultados presentados en este capítulo es posible mostrar que a pesar de la disminución en la fecundidad ocurrida en el país, principalmente en el siglo pasado, y que ha llevado a una tasa global de fecundidad a nivel nacional cercana al nivel de reemplazo (2.1 hijos en promedio), persisten brechas importantes entre las entidades federativas; observándose claramente que a mayor prevalencia anticonceptiva menor es la fecundidad en las entidades. De igual forma, ciertos grupos como

los más marginados, entre los que se encuentran aquellos con menor escolaridad, los indígenas y los rurales siguen presentando tasas, tanto globales como específicas de fecundidad, superiores a sus antagónicos, explicadas en su mayoría por carencias en el acceso al uso de métodos anticonceptivos, así como a la salud sexual y reproductiva en general.

Si bien el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 contempla entre sus objetivos atender las necesidades particulares en esta materia a través del diseño de estrategias específicas que permitan ofrecer una

amplia cobertura y acceso a los servicios de anticoncepción de acuerdo a las necesidades particulares de cada población, con especial énfasis en grupos en situación de desventaja social, entre los que menciona hablantes de lengua indígena y rurales; dados los resultados analizados previamente, será necesario, más que redoblar esfuerzos a fin de terminar con las disparidades existentes que prevalecen desde el inicio de estos programas y que a través de más de cuarenta años de éstos no han podido subsanarse del todo.

Por último, el Programa de Acción Específico de SSR para Adolescentes 2013-2018 señala como una de sus metas principales alcanzar una tasa de 65 nacimientos por cada mil adolescentes para el 2018, partiendo de una tasa de 65.7 nacimientos que se pronosticaba para 2014 con base en la tendencia histórica. No obstante, como se ha analizado en esta sección, la tasa de fecundidad en adolescentes estimada para 2012 da cuenta de un aumento de 10.8 por ciento respecto a la tasa observada en 2007, alcanzando un nivel de 77 nacimientos por cada mil en 2012; lo que implica una brecha de doce hijos respecto a la meta establecida para 2018 de 65 nacimientos por cada mil, por lo que se observa prácticamente imposible que en los años restantes se pueda revertir este aumento en la fecundidad adolescente y disminuir su nivel hasta alcanzar la meta establecida.

Bibliografía

- Lerner, Susana (2009), “Salud reproductiva”, en: *Foro nacional. Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población, 2008-2012*, México, Consejo Nacional de Población, pp.87-90.
- Menkes Bancet, Catherine y Suárez López, Leticia (2003), “Sexualidad y embarazo adolescente en México”, *Papeles de Población*, vol. 9, núm. 35, enero-marzo, 2003, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- MEXFAM [Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, AC] (2011), Necesidad de acceso a la planificación familiar en México como un derecho fundamental (folleto), MEXFAM, México.
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (2010), “Salud reproductiva y desigualdades de la población”, en: García, Brígida y Ordorica, Manuel (Coords.), *Los grandes problemas de México, Tomo I: Población*, El Colegio de México.
- Zavala, María Eugenia (2001), “La transición de la fecundidad en México”, en: Gómez de León, J. y C. Rabell. *La población en México*, CONAPO, pp. 147-167.



Preferencias reproductivas y embarazo no planeado y no deseado

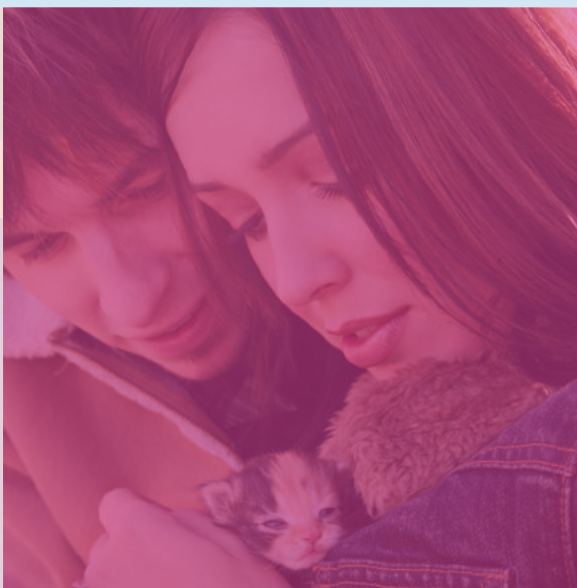
El número de hijos(as) que una mujer desearía tener a lo largo de su vida hace referencia a los ideales reproductivos, los cuales son el resultado de una serie de procesos en los que intervienen factores económicos, sociales y educativos entre otros. Su análisis es importante dado que los cambios en estos ideales influyen en la determinación de la fecundidad y descendencia final de las parejas, y proporcionan evidencias sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva en la población (CONAPO, 2011).

En México, la disponibilidad de métodos anticonceptivos a través de un programa de planificación familiar nacional sólido y comprometido, aunado a las mejoras en la educación de las mujeres, y la creciente participación en la fuerza laboral han determinado, en gran medida, un menor número de hijos entre las parejas, debido a la alta inversión de tiempo y recursos que se requieren para su crianza (Mier y Terán y Pederzini, 2010; García y de Oliveira, 2007; Quilodrán y Juárez, 2009). Es indudable que el acceso a la anticoncepción gratuita ayudó a acelerar la transición de México hacia familias más pequeñas. Sin embargo, en años recientes ha sido evidente que un mejor acceso a la anticoncepción no es suficiente para que todas las mujeres puedan evitar embarazarse cuando no lo desean, ya que a pesar de las altas prevalencias anticonceptivas sigue presentándose un alto número de embarazos no planeados y abortos (Juárez *et al.*, 2013).

Lograr que las personas puedan evitar embarazos no deseados y decidir de forma libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos requiere de una serie de esfuerzos en todas las trincheras. Desde el ámbito de políticas públicas en materia de SSYR, la información, la educación y los medios para lograrlo, representan un pilar en la toma de decisiones de las mujeres. Las encuestas que incorporan temas de SSYR -específicamente la ENADID- permiten indagar y acercarnos a las preferencias reproductivas de las mujeres y sus pares. En los siguientes apartados se analiza el ideal de hijos así como la planeación del embarazo y del último hijo nacido vivo.

5.1. Ideal de hijos(as)

En términos demográficos, el tamaño ideal de la descendencia se conoce como el número promedio de hijos e hijas que le gustaría tener a las mujeres en toda su vida



reproductiva. En 2009, las mujeres en edad fértil declararon tener como ideal 2.7 hijos y para 2014 no se registran cambios importantes, ya que el ideal fue de 2.6 hijos (véase el cuadro 5.1). Dicho indicador aumenta conforme las mujeres tienen más edad, situación que se observa en las dos encuestas: según la ENADID 2014, mientras las adolescentes tienen preferencia por un número ideal de hijos de 2.3, las mujeres del grupo 45 a 49 reportaron como ideal 3.2 hijos en promedio; es decir, una diferencia de casi un hijo (0.9) entre ambas expectativas reproductivas (véase cuadro 5.1). Se observa que entre las gene-

raciones más jóvenes dichas aspiraciones van disminuyendo respecto de las mujeres mayores, como resultado de la escolaridad y de las nuevas oportunidades que tienen las mujeres en el ámbito laboral.

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia negativamente con un número ideal menor de hijos, esta variable es la que discrimina con más claridad la expectativa reproductiva de las parejas, con una diferencia de 1.2 hijos entre las categorías de los extremos en la última encuesta. Es decir, mientras las que no poseen grado escolar alguno reportan un número ideal de 3.6 hijos según la última encuesta, las de secundaria y más tienen como ideal 2.4 hijos. Destaca también que en todos los niveles de escolaridad los ideales reproductivos se han mantenido prácticamente estables en los cinco años que separan a ambas encuestas, ya que las diferencias en el tiempo son no son significativas.

A nivel mundial, en las regiones más urbanizadas las mujeres y sus parejas generalmente desean familias más pequeñas y están mucho más motivadas para evitar nacimientos no planeados que las mujeres que viven en áreas rurales con menor desarrollo (Juárez *et al.*, 2013). De esta forma, por lugar de residencia se observan resultados consistentes con lo anterior, ya que la fecundidad ideal es sustancialmente menor en las áreas urbanas, siendo el promedio de hijos de 2.5 para las mujeres que residen en estas áreas en la encuesta de 2014, cuya diferencia es de 0.5 respecto a las rurales en el mismo año, las cuales prefieren 3.0 hijos en promedio. Destaca que para las residentes de ambas zonas, las preferencias reproductivas en el tiempo también se mantuvieron prácticamente constantes en los dos ámbitos.

La condición de habla de lengua indígena también incorpora una diferencia sustancial en las

Cuadro 5.1. República Mexicana. Promedio del número ideal de hijos(as) de mujeres en edad fértil por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	2.7	2.6
Grupos de edad		
15-19	2.3	2.3
20-24	2.3	2.2
25-29	2.5	2.4
30-34	2.6	2.5
35-39	2.9	2.7
40-44	3.1	2.9
45-49	3.4	3.2
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	3.8	3.6
Primaria incompleta	3.6	3.5
Primaria completa	3.1	3.0
Secundaria y más	2.4	2.4
Lugar de residencia		
Rural	3.2	3.0
Urbano	2.5	2.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	3.5	3.2
No habla lengua indígena	2.6	2.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

preferencias reproductivas reportadas por las mujeres: según datos de 2014, aquellas que hablan lengua indígena prefieren un número ideal de hijos de 3.2, estos ideales reproductivos son 0.7 mayor que los elegidos por las que no hablan lengua indígena, cuya fecundidad ideal se aproxima a 2.5 hijos. Asimismo, ambos grupos no presentan cambios significativos en el tiempo (véase el cuadro 5.1).

Es importante destacar, que tanto el análisis de los ideales reproductivos a nivel nacional como por grupos de edad y sociales no muestra cambios sustanciales entre las dos encuestas, lo que indica que la tendencia hacia una familia cada vez menor, que se había mantenido a lo largo de varias décadas, prácticamente se ha estancado en este último quinquenio con un ideal a nivel nacional de casi tres hijos por mujer.

Por otra parte, el análisis de las expectativas reproductivas de las mujeres, en conjunto con el número de hijos que tuvieron realmente a lo largo de su vida, nos permite conocer si los programas de anti-concepción han logrado proporcionar la información y el acceso suficiente a la población femenina de todos los ámbitos, para que puedan cumplir sus expectativas en cuanto a fecundidad (CONAPO, 2011). Para lograr lo anterior, se compara el número ideal de hijos con los hijos sobrevivientes entre las mujeres en edad fértil (véanse los cuadros 5.2 y 5.3), como una aproximación a la fecundidad, que bajo distintas circunstancias o restricciones las mujeres han logrado concretar hasta el momento de la encuesta, respecto a la fecundidad deseada.

En 2009, el porcentaje de mujeres que hasta el momento de la encuesta lograron concretar sus expectativas reproductivas con paridez cero fue de 8.4 por ciento, en tanto que para 2014 esta cifra fue de 10.5 por ciento. Por su parte, la proporción

de mujeres con paridez uno fue de 19.4 por ciento, mientras que en 2014 este porcentaje ascendió a 22.6 por ciento; en cambio, las mujeres con paridez dos y que desearon ese número de hijos fue de 52.6 y 53.6 por ciento, en esos mismos dos años. En contraste, las mujeres que no deseaban tener hijos y que tuvieron paridez uno se mantuvo prácticamente constante en las dos encuestas con 2.3 y 2.2 por ciento, respectivamente. A su vez, el porcentaje de las mujeres con paridez dos que deseaban menos hijos, en 2009 fue de 6.0, mientras que en 2014 aumentó a 6.8 por ciento.

De forma contraria, se observa que en la paridez tres ha habido una disminución en el porcentaje de las mujeres que desean ese mismo número de hijos y que hasta el momento de la encuesta lograron concretarlo, pasando de 55.9 a 55.0 por ciento de 2009 a 2014, mientras que 19.9 por ciento de las mujeres con esta paridez en 2009 deseaban un número de hijos menor, situación que aumentó ya que en 2014 este porcentaje fue de 20.8 por ciento. Un aspecto relevante es que 36.9 por ciento de las mujeres de paridez cuatro en la primera encuesta y 36.5 en la segunda, deseaban 3 hijos o menos, mientras que 45.4 por ciento de éstas en 2009 lograron alcanzar su ideal de cuatro hijos, mientras que en 2014 este porcentaje aumentó a 48.1 por ciento, en tanto que en 2009 aproximadamente 17.7 por ciento desea cinco o más hijos y este porcentaje disminuyó ligeramente en 2014, cuando fue de 15.4 por ciento. A su vez, 53.8 por ciento de las mujeres que al momento de la encuesta de 2014 tenían cinco o más hijos, deseaban este mismo número de descendencia, en comparación con 2009 cuando este porcentaje fue ligeramente menor con 52.9 por ciento, mientras que 46.2 por ciento de las mujeres con esta paridez en 2014 deseaban un número menor,



Cuadro 5.2. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según número ideal de hijos(as), 2009

Paridez	Número ideal de hijos(as)					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	8.4	14.0	49.1	20.6	5.7	2.2
1	2.3	19.4	46.2	24.5	5.2	2.5
2	1.5	4.5	52.6	27.0	10.5	3.8
3	1.4	4.3	14.2	55.9	15.0	9.2
4	1.0	2.4	21.7	11.8	45.4	17.7
5 y más	1.5	1.4	14.6	18.5	11.0	52.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

Cuadro 5.3. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según número ideal de hijos(as), 2014

Paridez	Número ideal de hijos(as)					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	10.5	15.0	48.4	18.4	5.0	2.6
1	2.2	22.6	46.5	22.8	4.0	1.8
2	1.3	5.5	53.6	26.4	9.7	3.6
3	1.0	5.5	14.3	55.0	14.5	9.6
4	1.2	3.3	21.4	10.6	48.1	15.4
5 y más	1.1	1.6	14.7	19.5	9.4	53.8

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

cifra que descendió ligeramente, ya que en 2009 fue de 47.1 por ciento.

Al explorar las razones de las mujeres que tuvieron más hijos de los que deseaban, según datos de la ENADID 2014 se encontró que 34.8 por ciento declaró como primera razón la no utilización de métodos anticonceptivos; 23.2 por ciento señaló la falla en el uso de los métodos; y en tercer lugar las mujeres mencionaron que su esposo quería más hijos de los que ellas deseaban (17.1%). Asimismo, la principal razón que reportan las mujeres que no han tenido los hijos que deseaban hasta el momento de la encuesta son: 35.5 por ciento piensa tener más hijos; por falta de dinero 22.9 por ciento; y la tercera por motivos de salud (18.6%).

Los datos anteriores reflejan que todavía existe un alto porcentaje de mujeres con necesidades de anticoncepción insatisfechas, ya que, aunque no deseaban más hijos no utilizaron métodos anticonceptivos, o bien los usaron de forma incorrecta; lo anterior nos obliga a reforzar o incrementar las acciones de SSYR para brindar a la población las herramientas necesarias, con el fin de satisfacer sus expectativas reproductivas de acuerdo con el derecho constitucional de los individuos a decidir el número de su descendencia.

5.2.Planeación y deseo del embarazo

Investigar el deseo del embarazo actual o el de los hijos nacidos vivos nos acerca hacia la fecundidad deseada o planeada y nos permite conocer también la proporción de la población que sigue siendo un desafío para las acciones de información, orientación o consejería y acceso a los métodos anti-

conceptivos ante situaciones de fecundidad no planeada o no deseada³⁰ (CONAPO, 2011).

En este contexto el embarazo planeado a nivel nacional muestra una disminución importante al pasar de 66.6 por ciento en 2009 a 63.6 por ciento en 2014 (véase el cuadro 5.4). Asimismo, entre 2009 y 2014, del grupo de embarazadas al momento de la encuesta se puede observar que hubo un aumento en el porcentaje de mujeres que no habían planeado esta situación, a nivel nacional este porcentaje

pasó de 20.1 a 21.0 por ciento, respectivamente. El incremento en la no planeación del embarazo se presentó principalmente entre las adolescentes, cuya concentración pasó de 27.5 a 30.6 por ciento, con 3.1 puntos de aumento entre ambas encuestas; y en las jóvenes (entre 20 y 24 años) con una diferencia de 2.4 puntos porcentuales, resultado de un incremento de 23.4 a 25.8 por ciento entre ambos años; mientras que en las mujeres de 30 a 34 años el porcentaje pasó de 14.7 a 15.9, lo que implica una

Cuadro 5.4. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil embarazadas en el momento de la encuesta por características seleccionadas según deseo del embarazo, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Planeado		No planeado		No deseado	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	66.6	63.6	20.1	21.0	13.3	15.5
Grupos de edad						
15-19	59.6	51.5	27.5	30.6	12.9	17.8
20-24	67.4	61.7	23.4	25.8	9.3	12.6
25-29	71.1	68.3	18.9	16.7	10.0	15.1
30-34	71.0	73.1	14.7	15.9	14.3	10.9
35 y más	62.7	68.8	5.2	3.8	32.1	27.4
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad y primaria incompleta	54.3	59.8	15.5	18.5	30.2	21.7
Primaria completa	67.6	61.9	17.3	15.5	15.1	22.7
Secundaria y más	67.8	64.1	21.3	21.9	10.9	14.1
Lugar de residencia						
Rural	69.2	65.3	17.5	20.6	13.3	14.1
Urbano	65.7	63.0	20.9	21.1	13.3	15.9
Condición de habla de lengua indígena						
Habla lengua indígena	67.0	61.8	17.0	16.5	16.0	21.7
No habla lengua indígena	66.6	63.7	20.2	21.3	13.2	15.0

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

³⁰ Se considera embarazo no planeado cuando las mujeres declaran que sí querían embarazarse, pero que deseaban esperar más tiempo para hacerlo, y no deseado cuando declaran que no querían embarazarse.

diferencia de 1.2 puntos más en 2014. Por su parte, únicamente los grupos de 25 a 29 años y de 35 y más presentaron una disminución, así, en este primer grupo el porcentaje de aquellas mujeres que planearon el embarazo fue de 18.9 por ciento y disminuyó en 2.2 puntos porcentuales hasta ubicarse en 2014 en 16.7 por ciento, mientras que para las de 35 y más esta cifra se redujo de 5.2 a 3.8 por ciento.

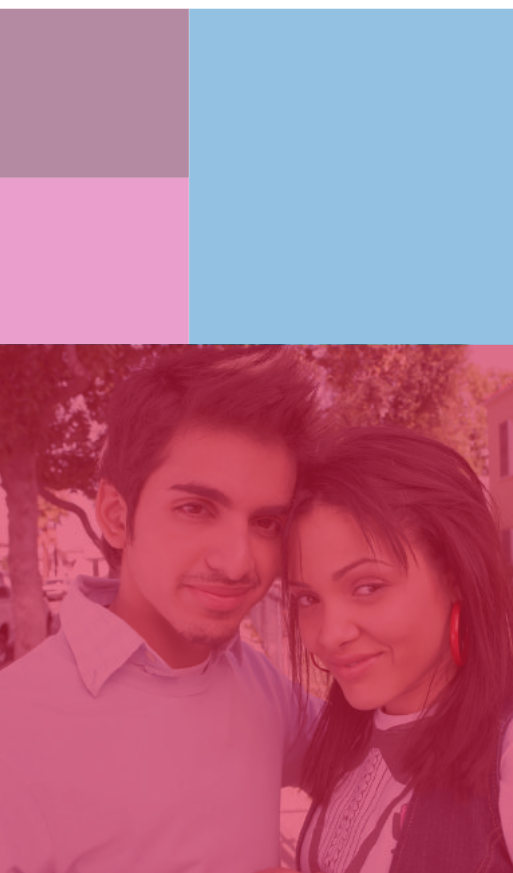
En cuanto al embarazo no deseado, se observa que a nivel nacional hubo un incremento de 2.2 puntos porcentuales en cinco años, pasando de 13.3 a 15.5 por ciento. Los mayores cambios se presentaron en las mujeres de 25 a 29 años con un incremento de 5.1 puntos, al pasar de 10.0 a 15.1 por ciento entre 2009 y 2014; por su parte, las adolescentes se ubican en la segunda posición, ya que la proporción con embarazo no deseado aumentó de 12.9 a 17.8 por ciento entre los dos años de referencia, lo que implica casi cinco puntos porcentuales de diferencia (4.9); finalmente, las mujeres de 20 a 24 años tuvieron un incremento de 3.3 puntos porcentuales, representando 9.3 y 12.6 por ciento en 2009 y 2014, respectivamente. Tanto en 2009 como en 2014 la mayor proporción de embarazo no deseado se ubica en las mujeres de 35 años y más (32.1 y 27.4%, de forma respectiva), no obstante, se observa un descenso de casi cinco puntos porcentuales entre ambas encuestas (véase cuadro 5.4).

En este sentido, se concluye que las mujeres más jóvenes tienen mayores dificultades para planear el momento más adecuado para un embarazo, ya sea el primero o los posteriores, lo que se relaciona con el espaciamiento de éstos; a su vez, las mujeres de mayor edad encuentran problemas para limitar su fecundidad, enfrentándose a embarazos cuando consideraban terminada su vida reproductiva. Puesto

que los embarazos no planeados o no deseados, en particular entre los más jóvenes, limitan en forma importante sus oportunidades de desarrollo, es fundamental promover una cultura de protección anticonceptiva entre la población joven, para lo cual se necesita la intervención de distintos actores: la familia, las escuelas, las instituciones de salud, el gobierno, etc., para lograr evitar en la medida de lo posible este tipo de eventos y contribuir a un mejor desarrollo no solo de los(as) jóvenes sino del país en general.

El contraste entre las características sociales de las mujeres con embarazo planeado, respecto de aquellas cuya concepción no fue planeada o deseada, permite discernir los elementos que se conjugan propiciando una mayor probabilidad hacia esta condición, lo cual es una herramienta que permite visibilizar a los grupos con mayores carencias en salud sexual y reproductiva, con el fin de lograr una mayor cobertura de estos programas en poblaciones emergentes.

En el ámbito de la salud reproductiva, la escolaridad se ha posicionado como un factor fundamental que incide en forma positiva sobre ésta, ya que proporciona un mayor conocimiento y mejor uso de métodos anticonceptivos, lo cual provee mejores elementos para evitar riesgos, ya sea de adquirir ITS o embarazos no planeados o no deseados, facilitando además decidir el momento más adecuado para la procreación (Echarri, 2008). Al respecto, se observa que conforme aumenta el nivel de escolaridad también es mayor el porcentaje de mujeres cuyo embarazo fue planeado en ambas encuestas, para 2014 el porcentaje de embarazo planeado entre las mujeres de primaria incompleta o menos fue de 59.8 por ciento, mientras que para las de primaria completa fue de 61.9 por ciento, y en las de secundaria o más fue de 64.1 por ciento. Sin embargo, es importante



resaltar que en los cinco años que transcurrieron entre las dos encuestas hubo un aumento de embarazos planeados entre las menos escolarizadas (de 54.3 a 59.8%), una disminución en esta condición entre las de primaria completa (de 67.6 a 61.9%), así como entre las que cuentan con secundaria o más (67.8 a 64.1%).

En lo que se refiere a embarazo no planeado según nivel de escolaridad, se observa que en 2014 este evento ocurre con menor frecuencia entre las menos escolarizadas, con un porcentaje de 18.5 por ciento en relación con el 21.9 por ciento de las que estudiaron secundaria y más, mientras que los embarazos no deseados son más observados entre las menos escolarizadas, con una concentración de 22.7 por ciento para las que tienen primaria completa y 21.7 para aquellas con primaria incompleta o menos, respecto al 14.1 por ciento de las que cursaron secundaria y más. No obstante lo anterior, se advierte que ha ocurrido un incremento en los embarazos no planeados en las mujeres que cuentan con primaria incompleta o menos, pasando de 15.5 a 18.5 por ciento, mientras que en las de primaria completa la tendencia es a la baja, con 17.3 por ciento en 2009 y con 15.5 en 2014, asimismo, se advierte que entre las de secundaria o más este porcentaje se mantuvo casi estable con 21.3 en 2009 y 21.9 en 2014. Por su parte, los embarazos no deseados en las menos escolarizadas presentan una tendencia a la baja, pasando de 30.2 a 21.7 entre las dos encuestas, mientras que en las que terminaron la primaria se presentó un aumento de 15.1 a 22.7, al igual que en las que cuentan con mayor escolaridad quienes pasaron de 10.9 a 14.1 por ciento.

Los resultados anteriores evidencian que a pesar de la mayor escolaridad y lo que esto implica

en términos de un mejor acceso y manejo de los métodos anticonceptivos, entre las mujeres con mayor escolaridad es más frecuente la no planeación del embarazo; es decir, la ocurrencia de embarazos que no se esperaban en ese momento de su vida pero que sí eran deseados; no obstante, es menos frecuente que tengan embarazos que definitivamente no deseaban ni en ese momento ni en ningún otro de su vida. Por lo que se concluye que las más escolarizadas tienen mayor problema para manejar el momento adecuado para su primer embarazo o bien el espaciamiento entre éstos. Por el contrario, en las menos escolarizadas se manifiesta una mayor dificultad para limitar los embarazos que para espaciarlos. Por lo anterior, en ambos grupos es necesario promover el uso de métodos anticonceptivos, así como reforzar la información sobre el uso adecuado de éstos para evitar fallas que puedan conducir a embarazos no deseados o no planeados y que les permitan tanto espaciarlos como limitarlos de la forma deseada y cumplir con sus expectativas reproductivas.

En cuanto al lugar de residencia, se encontró que los embarazos planeados son más frecuentes en las mujeres rurales que en las urbanas, con una concentración de 65.3 y 63.0 por ciento en 2014, respectivamente, aunque en los últimos cinco años esta cifra ha disminuido para ambas zonas, ya que en 2009 presentaba valores de 69.2 por ciento para rurales y 65.7 en urbanas. A su vez, los embarazos no planeados son un poco más frecuentes entre las mujeres urbanas con 21.1 por ciento en 2014 respecto a las rurales, en las que esta condición representa el 20.6 por ciento, aunque cabe destacar que entre las rurales el embarazo no planeado aumentó en 3.1 puntos porcentuales respecto a 2009, mientras que en las urbanas se mantuvo constante. Finalmente,



durante 2009 el embarazo no deseado fue igual en las mujeres urbanas que en las rurales (13.3%), aunque en 2014 registró un incremento en ambos grupos poblacionales, siendo más pronunciado entre las urbanas, lo que aumentó la brecha entre ambos grupos, situando el embarazo no deseado en 14.1 por ciento para rurales y 15.9 por ciento en urbanas.

Es posible que el mayor nivel de embarazos no planeados y no deseados entre las urbanas se deba a una mayor exposición a relaciones sexuales antes de la unión, así como al rejuvenecimiento de la edad mediana a la primera relación sexual y unión en las urbanas respecto a las rurales (véase capítulo 3), aunque también puede estar relacionado con una mayor facilidad para aceptar que un embarazo fue no deseado o no planeado en las urbanas respecto a sus contrapartes las rurales, donde el contexto cultural y los roles asignados a las mujeres puede hacer más complejo asumir que el embarazo fue no deseado o no planeado. Por condición de habla de lengua indígena se observa un patrón muy similar al del lugar de residencia, donde las no hablantes presentan un mayor nivel de embarazos no planeados respecto a las hablantes, lo que de igual forma se puede suponer como un cuestión social que tiende a la aceptación de este tipo de embarazos no intencionales como planeados o deseados.

5.3. Planeación y deseo del último hijo(a) nacido vivo

Levantamientos anteriores de la ENADID incluyen preguntas sobre el deseo y planeación del embarazo actual, sin embargo, no se había analizado sobre el deseo del último hijo nacido vivo (UHNV). En 2014; además de conservar la pregunta sobre deseo del

embarazo actual, se incluye el deseo del UHNV,³¹ la cual proporciona más elementos para determinar el porcentaje de mujeres con problemas de acceso al uso de métodos anticonceptivos y que, al analizarse con otras de sus características, brindan mayor certeza sobre quiénes integran el grupo de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

En este marco, el análisis del UHNV según condición de planeación y deseo arroja que más de la mitad de las mujeres entrevistadas (59.6%) deseaba o planeaba tener ese último hijo, pero 18.5 por ciento deseaba esperar más tiempo para tenerlo, y 21.9 por ciento nunca lo consideró en sus planes (véase cuadro 5.5). Cabe subrayar, que la no planeación del UHNV correspondió más a las jóvenes de 20 a 24 años con 26.7 por ciento, así como de aquellas entre 15 y 19 años con 25.6 por ciento. En lo que respecta a las mujeres que no deseaban tener este hijo, el comportamiento de los datos por edad indica que entre las mujeres jóvenes de 15 a 29 años, las adolescentes exhiben el mayor porcentaje (24.3%) que no deseaban ese UHNV, lo que muestra un comportamiento descendente hasta alcanzar 19.3 por ciento en las mujeres de 25 a 29 años. A partir de este grupo se distingue un punto de inflexión en los datos, dado que desde el grupo de 30 a 34 años comienza a aumentar nuevamente el porcentaje de mujeres que no deseaban el UHNV, alcanzando su máximo entre las de 45 a 49 años donde las mujeres en esta condición representan el 39.5 por ciento.

Se observa como patrón general en las mujeres adultas que es mayor el no deseo del UHNV; es decir, el embarazo de éste se presentó cuando habían

³¹ La inclusión de esta pregunta fue una solicitud consensuada por los representantes de las instituciones que conforman el Comité Técnico Especializado en Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD), que preside el CONAPO, y de representantes de la academia.

decidido no tener más hijos, pues consideraban como cerrado su ciclo reproductivo, mientras que entre las más jóvenes, como es natural, es más fuerte la no planeación, es decir, tienen mayores problemas para retrasar o espaciar el nacimiento de sus hijos.

Según el grado de escolaridad se observa una ligera mayor planeación del UHNV entre las más escolarizadas, es decir, con secundaria y más (59.7%), respecto a las de primaria incompleta o menos (58.5%). De igual forma, se presentó mayor grado de embarazo no planeado en las más escolarizadas (19.4%) en referencia a las de primaria incompleta (13.5%). Por su parte, el embarazo no deseado es mayor (28.1%) entre las que cuentan con menor escolaridad (primaria incompleta y menos), respecto a los otros grados de escolaridad.

De acuerdo al lugar de residencia el porcentaje de mujeres cuyo UHNV fue concebido aun cuando querían esperar más tiempo para su llegada es un poco mayor entre las urbanas (18.8%) respecto a sus contrapartes las rurales (17.8%). De igual forma, entre las mujeres urbanas aconteció en mayor medida que el UHNV fue no deseado (22.7%) que en las rurales (19.8%). Según condición de habla de lengua indígena también es mayor el porcentaje de mujeres no hablantes que declaró que su UHNV no fue planeado (18.6%) respecto a las hablantes (17.0%).

Como ya se mencionó, es posible que el mayor nivel de no planeación y no deseo del UHNV entre las urbanas y no hablantes de lengua indígena se deba a una mayor exposición a relaciones sexuales antes de la unión y a un mayor adelantamiento de la primera relación sexual y de la unión, y también que esté relacionado con una mayor facilidad para aceptar esta condición respecto a sus contrapartes las rurales y las hablantes de lengua indígena, donde el contexto

cultural puede hacer más compleja la aceptación de un embarazo no deseado o no planeado.

Según los resultados derivados de las encuestas respecto a embarazo no planeado y no deseado entre las mujeres embarazadas, el análisis en referencia al UHNV deja ver ciertas discrepancias; se observa, por ejemplo, que entre las embarazadas, al momento de la encuesta, existe un mayor nivel de embarazo planeado respecto a lo que declararon las mujeres sobre su UHNV, dando paso a una menor cantidad de embarazos no planeados y no deseados entre las primeras respecto al análisis del UHNV. Por lo anterior,

Cuadro 5.5. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según planeación y deseo del último hijo(a) nacido vivo, 2014

Características seleccionadas	Planeado	No planeado	No deseado
Total	59.6	18.5	21.9
Grupos de edad			
15-19	50.1	25.6	24.3
20-24	52.9	26.7	20.4
25-29	59.9	20.8	19.3
30-34	63.9	14.7	21.4
35-39	67.6	9.0	23.4
40-44	62.4	5.6	32.0
45-49	55.0	5.5	39.5
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad y primaria incompleta	58.5	13.5	28.1
Primaria completa	59.4	16.2	24.4
Secundaria y más	59.7	19.4	20.8
Lugar de residencia			
Rural	62.4	17.8	19.8
Urbano	58.6	18.8	22.7
Condición de habla de lengua indígena			
Habla lengua indígena	60.8	17.0	22.2
No habla lengua indígena	59.5	18.6	21.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

posiblemente el estado de embarazo tiene un efecto positivo sobre la forma en que se asume la condición de éste, tendiendo a declararse en mayor medida como planeado o deseado; ya que, al indagar sobre la condición del embarazo del UHNV, dando un lapso de tiempo a las mujeres para reflexionar sobre esta situación, incrementa de forma importante la concentración de mujeres que lo declaran como no deseado o no planeado en todas las edades y grupos sociales.

Los datos previos sugieren que la gran variedad de normas sociales y culturales, así como las pocas oportunidades de acceso a la información y uso de métodos anticonceptivos, pueden propiciar realidades diferentes a las que en un principio se plantean las mujeres sobre el número y espaciamiento de su descendencia (Campero *et al.*, 2013). De acuerdo a los resultados anteriores, es necesario reforzar medidas en los programas de salud reproductiva que permitan asegurar a los individuos el derecho a decidir el momento más adecuado para llevar a cabo la procreación, así como el tamaño de su descendencia, ya que los resultados evidencian necesidades insatisfechas en esta materia, pues éstas se manifiestan no solo en las mujeres en edad fértil que ya no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquellas que los usan y no logran alcanzar sus objetivos de limitar o espaciar su fecundidad, por falta de conocimiento sobre el uso adecuado de éstos, o bien por no tener a la mano métodos efectivos para regular su fecundidad.

Conclusiones

En lo que respecta a las preferencias reproductivas, se aprecia que no hubieron cambios importantes entre las dos encuestas; lo que indica que la tendencia hacia

una familia cada vez menor, que se había mantenido a lo largo de varias décadas, prácticamente se ha estancado en este último quinquenio con un ideal a nivel nacional de casi tres hijos por mujer. Asimismo, en cuanto a la planeación y el deseo de embarazos, las mujeres más jóvenes son las que tuvieron mayores dificultades para planear el momento más adecuado para un embarazo, mientras que las mujeres de mayor edad encontraron problemas para limitar su fecundidad, enfrentándose a embarazos no deseados.

Por lo anterior, es imprescindible continuar con los esfuerzos en materia de población y, en particular, en torno a temas de salud reproductiva. En los Programas de Acción Específicos (PAE's), tanto para salud reproductiva como para planificación familiar, se busca, entre otros objetivos: incrementar el acceso efectivo y mejorar la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar y anticoncepción; atender las necesidades específicas en estos rubros en grupos en situación de desventaja social, e incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad y participación del hombre en estos temas.

Dado que los datos muestran que todavía existe un alto porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción y que, por tanto, no pueden alcanzar sus ideales reproductivos, además de continuar con las estrategias y programas en materia de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, los tomadores de decisiones habrán de fortalecer dichos programas, a fin de que las mujeres y sus pares puedan tomar decisiones libres e informadas, acordes a sus preferencias. Los datos de la ENADID se pueden utilizar como herramientas en esta tarea, ya que sirven para proporcionar directrices generales, ayudan a detectar los obstáculos que enfrenta la sociedad y señalan las deficiencias de los servicios.



Bibliografía

- Campero, Lourdes, et al. (2013), “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”, *Gaceta Médica de México*, núm. 149, pp. 299-307.
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011), *Perfiles de Salud Reproductiva*, Primera edición.
- Echarri Cánovas, Carlos Javier (2008), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en: Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (Coords.), *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*, El Colegio de México, primera edición.
- García, Brígida y De Oliveira, Orlandina (2007), “Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada”, *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), pp. 49-87.
- <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/gutierrez/04GarciaOliveira.pdf>
- Juárez, Fátima, et al. (2013), *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*, Instituto Guttmacher y El Colegio de México, Nueva York. <https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>
- Mier y Terán, Marta y Pederzini, Carla (2010), “Cambio sociodemográfico y desigualdades educativas”, en: Arnaut, Alberto y Giorguli, Silvia (Coords.), *Los grandes problemas de México, Tomo VII: Educación*, El Colegio de México, pp. 623-657. <http://2010.colmex.mx/16tomos/VII.pdf>
- Quilodrán, Julieta y Juárez, Fátima (2009), “Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo desde sus propios relatos”, *Notas de Población*, Año xxxv. Núm. 87:63-94. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12841/np87063094_es.pdf?sequence



En México, la anticoncepción ha tenido un papel relevante en la aplicación de la política de población que se estableció a partir de la modificación de la Ley General de Población en 1974, al ampliar las oportunidades y capacidades de las personas para ejercer de manera libre, informada y responsable el derecho a decidir sobre aspectos significativos en las trayectorias de vida, como cuántos hijos tener y cuándo tenerlos (CONAPO, 2001).

Anticoncepción

La cobertura de métodos anticonceptivos en las últimas cuatro décadas se ha centrado en la planificación familiar orientada a mujeres casadas o en unión libre, bajo la premisa de que son quienes se encuentran en mayor riesgo de embarazo y de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS). Cabe destacar, que el uso de métodos anticonceptivos por este grupo de mujeres ha sido esencial para el logro de un mayor bienestar y autonomía al permitirles decidir en qué momento embarazarse, cuántos hijos tener y el tiempo que desean esperar entre un hijo y otro, lo cual les ha permitido tener mayores oportunidades para permanecer en la educación formal e integrarse a la vida laboral a través de trabajos remunerados beneficiándose, a sus familias y, por ende, al desarrollo del país.

De igual forma, otro de los grandes beneficios del acceso a los métodos anticonceptivos se ubica en el ámbito de la salud, por ejemplo, al evitar embarazos en edades tempranas o tardías (15 a 19 años y entre los 45 y 49 años de edad) que ponen en riesgo la salud de la madre y el recién nacido, así como al ampliar los intervalos intergenésicos debido a que ambos son factores de riesgo que pueden ocasionar muertes maternas e infantiles. Asimismo, han contribuido en la prevención del contagio de las ITS.

Ahora bien, atender a la SSR como un derecho va más allá de la planificación familiar, implica garantizar el acceso universal a una SSR más sana y placentera, tanto para las mujeres como para los hombres, para prevenir embarazos no planeados o no deseados, infecciones de transmisión sexual, así como evitar muertes maternas e infantiles. A través de este enfoque, se debe hacer énfasis en las necesidades de las personas, buscando la interacción entre los derechos humanos, las opciones de las que disponen socialmente y las decisiones de los individuos sobre su vida sexual y reproductiva (Szasz y Lerner, 2010).



6.1 Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos

Para que la población recurra a la anticoncepción como un medio para regular su fecundidad necesita, como primera condición, conocer e identificar la diferente gama de métodos (Mendoza, *et al.*, 2009). En un principio se investigaba en las encuestas el reconocimiento que tenían las mujeres sobre los métodos anticonceptivos, pero no se sabía si conocían la forma en que estos métodos debían utilizarse, o sus formas de aplicación; lo que originó que en 2003, en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva³² (ENSAR), se incluyeran preguntas con las que se indagó no solo el conocimiento sobre la existencia de los métodos sino también del conocimiento que tenían sobre el funcionamiento.

En las encuestas más recientes sobre la dinámica demográfica del país se observa que casi el cien por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) conoce al menos un método anticonceptivo, y, de éstas mujeres el porcentaje que realmente sabe usarlos es más bajo, lo cual probablemente ha tenido como consecuencia embarazos no planeados o no deseados. Es por ello que en la ENADID 2014, al igual que en la ENSAR 2003, se incluyeron preguntas para determinar si la mujer además de identificarlos, posee un conocimiento “funcional” o adecuado del anticonceptivo. En el momento de la entrevista se les hizo hasta tres cuestionamientos a todas la MEF que declararon conocer la existencia del método anticonceptivo, dependiendo del tipo de método, para establecer si tienen un conocimiento, al que en adelante llamaremos “funcional o

efectivo” del método, el cual, para objeto de este estudio, equivale al porcentaje de mujeres que contestaron correctamente a todas las preguntas sobre la forma de uso de los métodos anticonceptivos considerados en la encuesta, tanto de 2003 como de 2014.

Entre los resultados destaca que, entre 2009 y 2014, se incrementó a nivel nacional el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocían al menos un método anticonceptivo (véase cuadro 6.1). Asimismo, al comparar el porcentaje de mujeres con conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo, entre 2003 y 2014 aumentó en 6.3 por ciento las mujeres que además poseen conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo, lo que muestra que del total de MEF que conocen al menos la existencia de un método, 4.0 por ciento no sabe cómo se usa o dónde se colocan. Cabe señalar, que en los grupos de adolescentes, de paridez cero, con primaria completa o menos, las que residen en lugares rurales o que son hablantes de lengua indígena, es donde se percibe un mayor aumento en el porcentaje de mujeres con conocimiento sobre la existencia, así como del conocimiento funcional, pero aún se quedan por debajo del porcentaje presentado a nivel nacional.

En la mayoría de las entidades federativas se aprecia que el porcentaje de mujeres que conoce la existencia de al menos un método anticonceptivo es muy cercano al cien por ciento, excepto en Chiapas cuyo porcentaje es de 90 por ciento; pero sobresale que en casi todas las entidades al indagar sobre el conocimiento funcional disminuye la proporción de mujeres que además de identificarlos, realmente sabe usar al menos un método anticonceptivo. Los estados en donde más se reduce dicho conocimiento son Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Puebla, Yucatán y Veracruz (véase gráfica 6.1).

³² En la ENSAR 2003, levantada por la Secretaría de Salud y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, con representatividad nacional y para ocho de las 32 entidades federativas, se preguntó por primera vez sobre el conocimiento funcional.

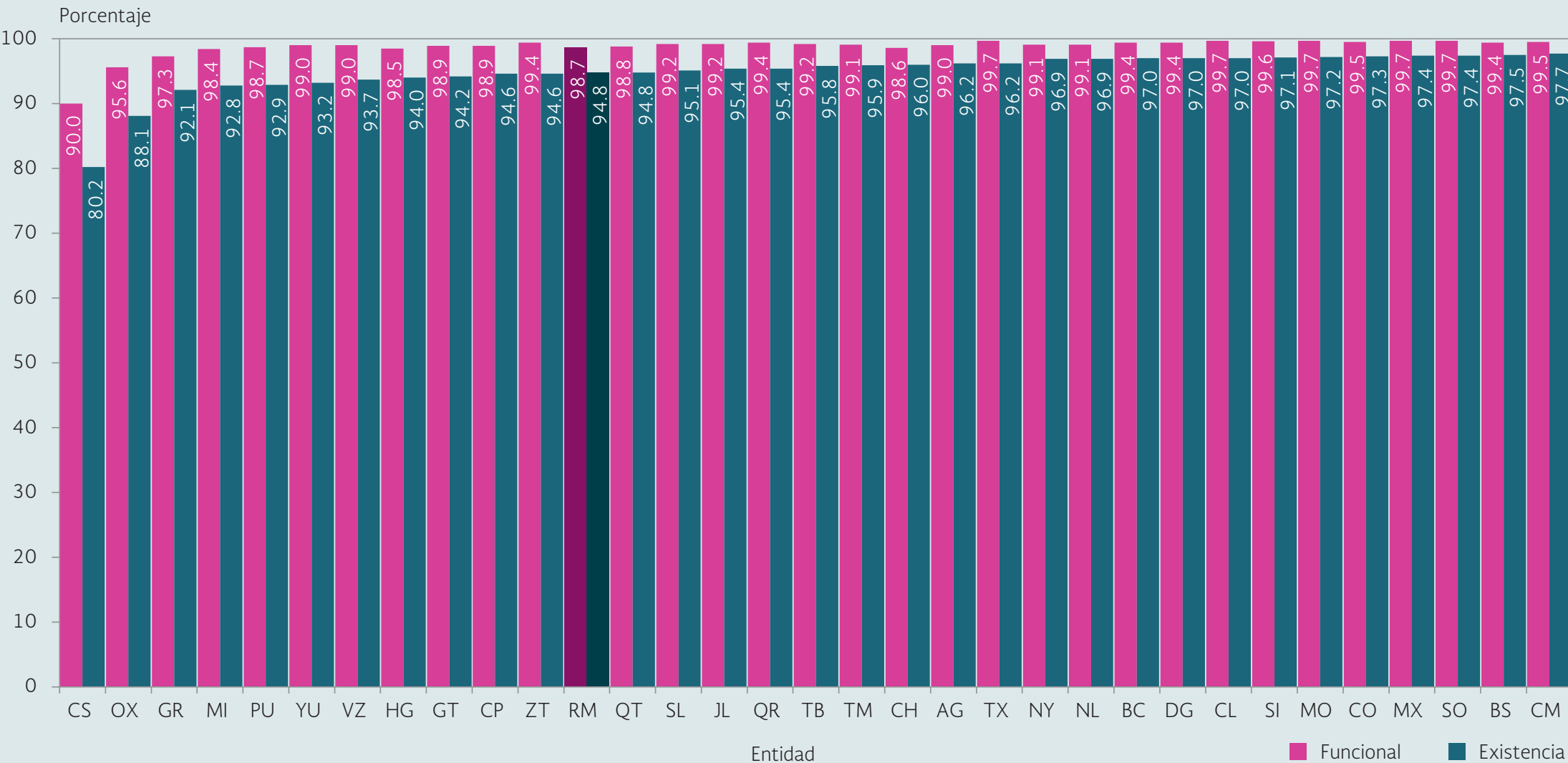


Cuadro 6.1. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo, 2003, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Conocimiento			
	Existencia		Funcional	
	2009	2014	2003	2014
Total	97.9	98.7	89.2	94.8
Grupos de edad				
15-19	96.9	98.2	81.2	91.3
20-24	97.8	98.8	89.7	95.8
25-29	98.1	99.0	92.3	96.4
30-34	98.4	99.1	94.4	96.4
35-39	98.4	99.0	93.5	96.2
40-44	98.2	98.6	89.0	95.0
45-49	97.8	98.0	84.9	92.6
Paridez				
0	96.7	97.6	82.4	91.4
1	98.5	99.2	92.9	97.1
2	99.2	99.5	95.3	97.7
3	99.3	99.6	95.4	97.1
4 y más	96.7	98.0	87.5	92.6
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad	82.2	85.4	64.6	69.1
Primaria incompleta	93.7	94.8	77.6	83.9
Primaria completa	96.2	96.9	84.9	89.5
Secundaria y más	99.4	99.6	94.7	97.2
Lugar de residencia				
Rural	93.4	96.5	79.1	88.4
Urbano	99.1	99.3	92.2	96.5
Condición de habla de lengua indígena				
Habla lengua indígena	84.6	89.3	57.7	75.3
No habla lengua indígena	98.7	99.2	91.5	95.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.1. Porcentaje de mujeres en edad fértil según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

6.2. Conocimiento funcional por tipo de método anticonceptivo

Al analizar el porcentaje de las MEF que conocen cada uno de los métodos anticonceptivos y que además saben cómo se usan,³³ se confirma que no hay una relación directa entre estas dos variables.

³³ Los resultados de esta gráfica no corresponden precisamente con el método que las mujeres reportan estar utilizando, sólo se refieren a conocimiento de la existencia y funcional de cualquier método.

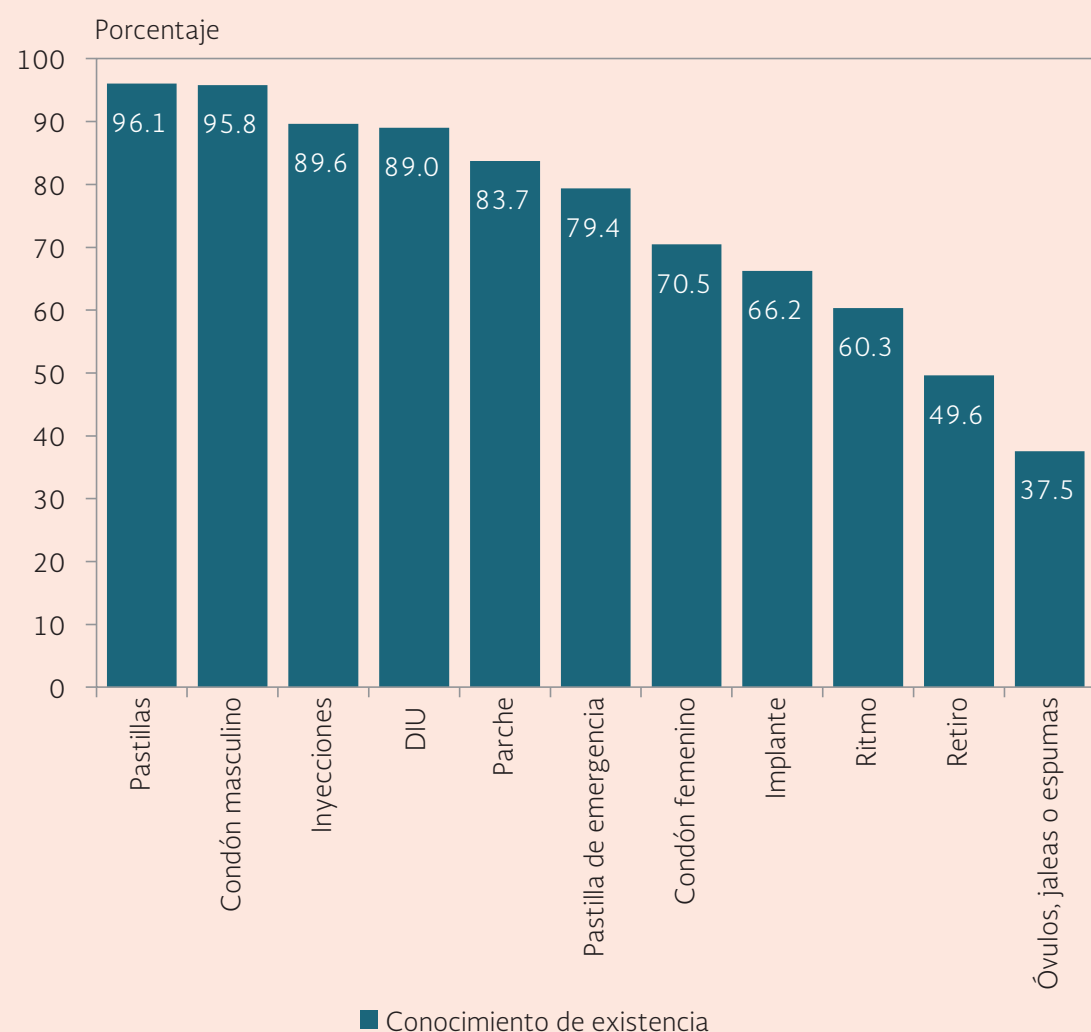
Por ejemplo, las pastillas anticonceptivas son las más conocidas (96.1%), pero 72.6 por ciento de esas MEF no sabe cómo usarlas correctamente, lo mismo sucede con el parche anticonceptivo, que es el quinto método más conocido, y 81.6 por ciento ignora cómo emplearlo; en el caso del condón masculino, que es el segundo método más conocido, se observa que es menor el porcentaje de esas mujeres que no sabe cómo se usa (12.7%); en cuanto a las inyecciones, una tercera parte (35.0%) no conoce su forma de

uso. También llama la atención el caso del DIU, que para utilizarlo requiere que las mujeres acudan a los centros de salud; el porcentaje de las que desconocen cómo usarlo (14.7%) es más bajo que, con excepción del condón masculino, el resto de los métodos que no necesariamente dependen de la intervención de otro tipo de agentes para adquirirlos y suministrarlos (véase gráfica 6.2 y 6.2.1).

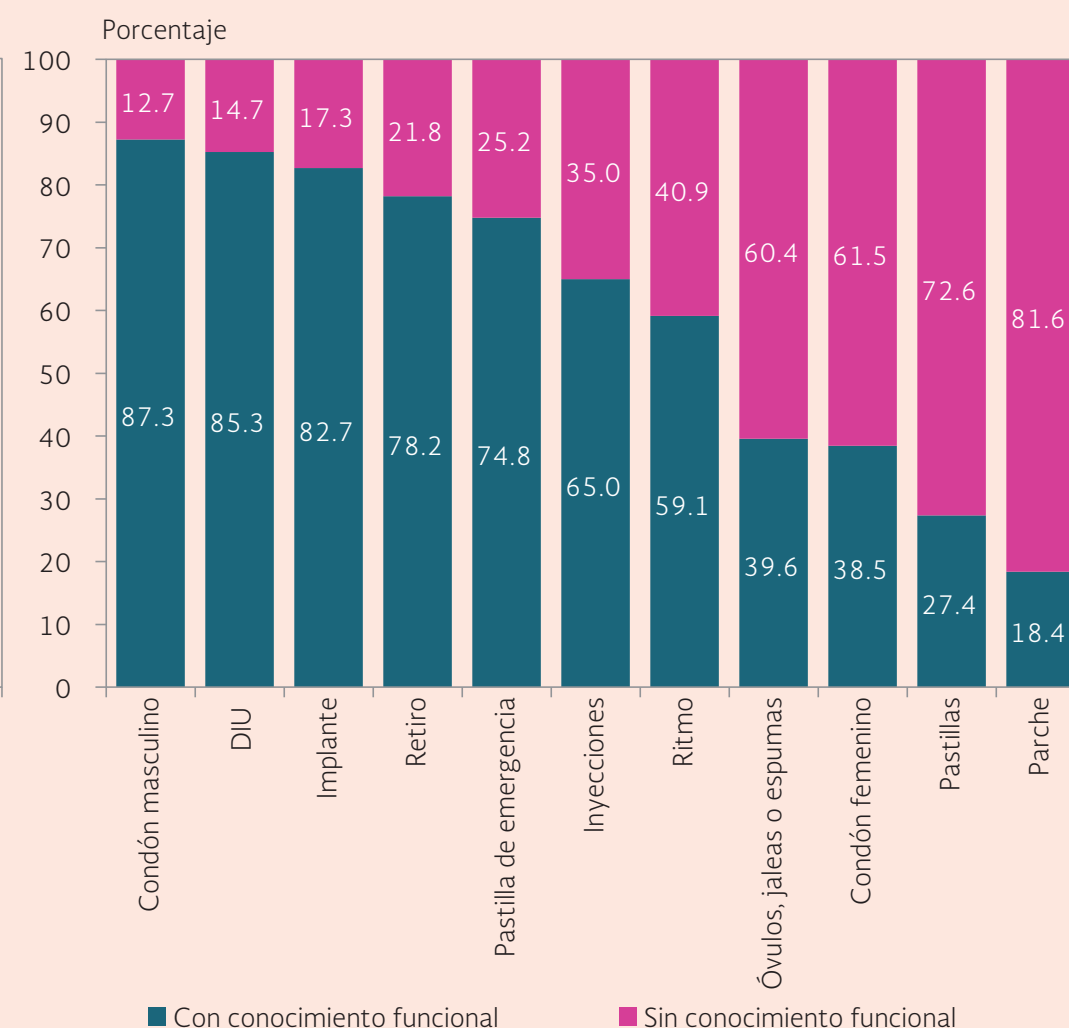
De acuerdo al grupo quinquenal de edad de las mujeres en edad fértil, se observa que también es menor el porcentaje de mujeres que saben cómo

funcionan los métodos anticonceptivos respecto de las que solo los reconocen (véase cuadro 6.2). En el caso de las adolescentes (15 a 19 años de edad), identifican más la existencia del condón masculino, las pastillas, el parche anticonceptivo y la pastilla de emergencia y, en un porcentaje ligeramente menor a 80 por ciento, las inyecciones y el condón femenino; sin embargo, al preguntarles si conocen su funcionamiento baja drásticamente la proporción de adolescentes que podrían hacer uso efectivo de dichos métodos; por ejemplo, a partir del conocimiento

Gráfica 6.2. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimiento de existencia de cada tipo de método anticonceptivo, 2014



Gráfica 6.2.1. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según conocimiento funcional de cada método, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Cuadro 6.2. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad y conocimiento de cada método anticonceptivo según tipo de método, 2014

Grupo de edad	Condón masculino	Pastillas	Inyecciones	DIU	Parche	Pastilla de emergencia	Implante	Condón femenino	Ritmo	Retiro	Óvulos, jaleas o espumas
15 - 19											
Existencia	96.1	94.9	79.9	77.9	81.2	81.0	54.0	79.0	47.5	42.4	33.3
Funcional	82.7	14.7	43.9	70.7	14.4	74.0	71.3	46.3	47.6	64.1	31.8
20 - 24											
Existencia	96.7	96.4	89.0	89.5	87.6	84.2	70.8	77.0	56.8	51.6	35.5
Funcional	90.0	22.9	64.4	83.9	20.9	81.2	84.5	45.9	57.4	79.8	36.2
25 - 29											
Existencia	97.1	96.9	92.9	92.4	88.5	83.0	75.9	73.9	61.8	53.8	36.0
Funcional	90.1	29.4	71.2	88.3	24.7	80.1	88.4	42.3	60.1	82.4	40.5
30 - 34											
Existencia	96.7	97.0	93.0	92.6	86.7	80.4	73.1	69.7	64.3	53.1	37.7
Funcional	89.8	30.0	70.5	88.6	21.3	76.3	86.7	36.2	62.2	82.3	40.3
35 - 39											
Existencia	95.9	96.8	92.6	92.4	84.0	77.9	68.3	67.1	65.1	50.9	38.4
Funcional	88.5	31.8	70.2	89.3	17.8	73.3	84.8	32.3	63.0	80.9	41.6
40 - 44											
Existencia	95.0	96.0	91.6	91.4	80.6	76.2	63.9	63.4	66.3	49.6	41.3
Funcional	86.1	32.5	68.1	88.9	15.2	68.3	81.1	30.2	61.5	79.0	42.7
45 - 49											
Existencia	92.1	94.4	90.2	89.1	76.2	70.4	58.2	58.6	63.9	46.3	42.5
Funcional	83.3	34.6	68.0	87.9	12.9	66.2	78.7	27.1	60.8	78.0	44.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

reportado se pensaría que en principio sabrían cómo utilizar mejor el condón masculino, sin embargo, un 17.3 por ciento no sabrá cómo usarlo; en segundo lugar, si recurren al uso de pastillas, 85.3 por ciento ignora cuándo debe tomarla o qué debería hacer cuando se le olvide tomar alguna, pero si se decide por un parche anticonceptivo, 85.6 por ciento no sabrá en qué parte del cuerpo se coloca o cada cuándo deberá sustituirlo; lo mismo ocurre con la pastilla de emergencia, aunque el porcentaje que no sabe cómo tomarla es menor (26.0%).

Entre los tres grupos de mujeres de 20 a 34 años identificaron con 80 por ciento o más de mujeres los siguientes métodos: el condón masculino, las pastillas, las inyecciones, el DIU, el parche anticonceptivo y las pastilla de emergencia o del día siguiente, y de éstos métodos, los que más saben utilizar son: el condón masculino y el DIU, con porcentajes de hasta 90.1 y 88.6, en el grupo de 25 a 29 y de 30 a 34 años, respectivamente. Asimismo, 80.0 por ciento de las mujeres en estos grupos saben usar la pastilla de emergencia y alrededor de 70.0 por ciento las inyec-

ciones. Cabe señalar, que en estos grupos de mujeres un alto porcentaje de MEF saben de la existencia del implante subdérmico (entre 70 y 76%), y el grupo que sabe cómo funcionan también se mantiene en porcentajes altos (entre 84.5 y 88.4%), y es mayor que el que conoce cómo usar las pastillas anticonceptivas (menor de 30.0%), pese a que el porcentaje de mujeres que saben de la existencia de las pastillas es mayor a 95 por ciento.

En las mujeres de 35 a 44 años, 80 por ciento identifican cinco de los seis métodos anticonceptivos observados en los grupos de edad anteriores; el condón masculino es el más reconocido por ellas (alrededor de 95%) y también cerca de 87 por ciento sabe cómo usarlo; lo mismo ocurre con el DIU, que aunque lo identifica cerca de 92 por ciento de ellas, únicamente lo sabe usar alrededor de 90 por ciento de las mujeres, y pese a que más del 90 y 95 por ciento conoce las inyecciones y las pastillas, solo cerca de 70 por ciento y poco más de 30 por ciento, respectivamente, saben cómo utilizarlos. Cabe destacar, que aunque un porcentaje cercano a 80 por ciento conoce la pastilla de emergencia y el implante subdérmico, aproximadamente el 70 y 80 por ciento, respectivamente, sabe cómo usarlos.

Finalmente, en las mujeres del último grupo de edad (45 a 49 años), más de 80 por ciento identifica cuatro métodos anticonceptivos, pero la proporción de mujeres que sabe cómo emplear esos métodos es menor; un mayor porcentaje (92.1%) sabe que existe el condón masculino, sin embargo, solo 83.3 por ciento sabe cómo utilizarlo, cifra muy cercana a la proporción que declara que sabe usar el DIU (87.9%) a pesar de que es mayor el porcentaje (89.1%) que dice conocer este anticonceptivo; otro método que en su mayoría identifican (90.2%) son las inyecciones, pero solo 68.0 sabe cada cuándo se deben aplicar; y en el caso

de las pastillas, que es el método más conocido por las mujeres en este grupo de edad (94.4%), solo poco más de una tercera parte (34.6%) sabe cada cuándo debe tomarlas y qué debe hacer en caso de olvido.

Al analizar lo que saben las MEF sobre los métodos anticonceptivos de acuerdo a la paridez (véase cuadro 6.3), se encontró que más de 80 por ciento de las mujeres sin hijos y de las que tienen hasta dos hijos conoce seis métodos anticonceptivos que también fueron identificados por las mujeres más jóvenes (entre 20 y 34 años); así, 86.1 por ciento de las mujeres sin hijos saben cómo utilizar el condón masculino y el que menos saben usar es el parche anticonceptivo (19.3%); en las mujeres que tienen uno o dos hijos, alrededor del 90 por ciento sabe cómo utilizar el condón masculino y el DIU; y el que menos saben usar es el parche anticonceptivo (19.7%).

A su vez, las mujeres que tienen tres hijos identifican cinco métodos, de los cuales cerca del 90 por ciento sabe cómo usar el condón masculino (88.4%) y el DIU (89.2%); en el otro extremo están el parche anticonceptivo, el condón femenino y los óvulos, jaleas o espumas, los cuales las mujeres saben usar en un 16.0, 29.5 y 37.8 por ciento, respectivamente; en tanto que en el grupo de mujeres con cuatro hijos o más, 88 por ciento o más identifica cuatro métodos anticonceptivos, de los cuales el DIU, el condón masculino y las inyecciones son los que mejor saben usar las mujeres con 85.4, 77.4 y 75.7 por ciento, de forma respectiva. Cabe señalar, que alrededor de 70 por ciento de las mujeres con uno a cuatro hijos(as) conocen el implante subdérmico, no obstante, el conocimiento funcional es de aproximadamente 85 por ciento de ellas, lo que indica que pese a que presenta un bajo porcentaje de mujeres que lo conocen, se ha logrado que la mayoría sepa cómo utilizarlo.



Cuadro 6.3. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por paridez y conocimiento de cada método anticonceptivo según tipo de método, 2014

Paridez	Pastillas	Condón masculino	Inyecciones	DIU	Parche	Pastilla de emergencia	Implante subdérmico	Condón femenino	Ritmo	Retiro	Óvulos, jaleas o espumas
Sin hijos											
Existencia	94.9	95.7	82.0	81.3	83.4	84.0	58.5	78.2	58.5	52.7	40.6
Funcional	22.0	86.1	48.7	76.8	19.3	79.4	76.0	47.0	56.2	76.2	40.3
Un hijo											
Existencia	97.4	97.3	92.8	93.4	87.5	84.3	73.8	73.3	63.5	56.1	39.1
Funcional	28.7	90.6	69.4	89.0	22.0	80.1	87.0	41.1	62.0	81.9	40.4
Dos hijos											
Existencia	97.4	97.2	94.0	94.7	86.9	82.1	72.2	70.1	65.8	53.5	39.6
Funcional	30.7	90.7	71.7	90.4	19.7	75.0	86.7	34.0	62.4	82.2	41.8
Tres hijos											
Existencia	97.4	96.3	94.4	93.4	83.8	76.2	68.3	64.2	62.3	45.3	35.1
Funcional	31.2	88.4	72.8	89.2	16.0	68.2	85.1	29.5	58.9	77.4	37.8
Cuatro o más hijos											
Existencia	93.3	90.9	91.7	88.0	73.6	59.0	63.4	54.4	48.0	30.7	26.5
Funcional	28.9	77.4	75.7	85.4	10.9	57.3	80.7	24.6	56.0	67.2	32.8

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Por nivel de escolaridad de las MEF, los métodos más conocidos por las mujeres sin escolaridad fueron las inyecciones (71.3%) y las pastillas (71.0%); sin embargo, la proporción de mujeres que tienen un conocimiento funcional adecuado sobre éstos es muy baja, 67.3 y 14.5 por ciento, respectivamente; entre las que tienen primaria incompleta, en proporciones superiores a 80 por ciento conocen las pastillas (87.1%), las inyecciones (84.5%) y el condón masculino (83.8%), pero el porcentaje que sabe utilizarlos de manera correcta es más bajo: 20.5, 67.8 y 65.2 por ciento, de forma respectiva; entre las mujeres que tienen primaria completa aumentan a cuatro los métodos más conocidos, las pastillas (91.9%), el condón masculino (91.1%), las inyecciones (87.3%) y el DIU (81.7%); de éstos, el DIU es el que un mayor

porcentaje de mujeres sabe utilizar (81.5%), seguido del condón masculino (76.1%) y las inyecciones (66.9%); es importante hacer notar que aunque las pastillas fue el método que un mayor porcentaje de mujeres declaró conocer, se observa que de ellas, una proporción muy baja (22.7%) realmente sabe utilizarlas (véase cuadro 6.4).

En las que tienen un nivel de escolaridad de secundaria y más, el número de métodos que conocen aumenta a seis, de los cuales destaca el condón masculino con 98.3 por ciento que lo identifica y 91.0 por ciento que sabe usarlo; seguido por el DIU con 92.1 y 86.7 por ciento, respectivamente. Cabe destacar, que las pastillas también son las más conocidas, no obstante, cuando se indaga sobre la forma de usarlas la proporción de mujeres no supera el 30 por cien-

Cuadro 6.4. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por nivel de escolaridad y conocimiento de cada método anticonceptivo según tipo de método, 2014

Nivel de escolaridad	Pastillas	Condón masculino	Inyecciones	DIU	Parche	Pastilla de emergencia	Condón femenino	Implante subdérmico	Ritmo	Retiro	Óvulos, jaleas o espumas
Sin escolaridad											
Existencia	71.0	66.2	71.3	59.3	42.3	24.5	30.9	38.1	17.9	11.8	13.1
Funcional	14.5	55.7	67.3	69.0	7.4	39.2	13.0	67.6	41.8	42.7	21.4
Primaria incompleta											
Existencia	87.1	83.8	84.5	74.9	61.7	38.7	43.6	53.1	25.4	16.5	16.6
Funcional	20.5	65.2	67.8	75.9	8.1	45.4	16.2	73.2	48.9	49.2	17.9
Primaria completa											
Existencia	91.9	91.1	87.3	81.7	71.2	57.9	51.8	58.2	38.7	24.7	21.2
Funcional	22.7	76.1	66.9	81.5	10.5	52.1	20.0	78.2	51.7	59.6	26.1
Secundaria y más											
Existencia	98.1	98.3	90.9	92.1	88.6	87.5	76.6	69.3	67.7	57.2	42.5
Funcional	28.8	91.0	64.5	86.7	20.1	78.4	41.8	84.1	60.2	80.3	41.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

to, aunque las mujeres con secundaria y más son las que tienen el mayor conocimiento funcional de éstas (28.8%). Asimismo, 90.9 por ciento de las mujeres en este grupo conoce las inyecciones, pero el porcentaje (64.5%) que sabe cómo utilizarlas es bajo; finalmente, el porcentaje de mujeres que conoce el implante subdérmico es de 69.3 por ciento, pero sólo 84.1 por ciento de estas mujeres sabe cómo utilizarlo.

Por otra parte, entre las mujeres que residen en zonas rurales los métodos más conocidos fueron las pastillas (91.5%), el condón masculino (90.0%), las inyecciones (88.2%) y el DIU (81.7%); de los cuales, 76.0 por ciento sabe usar el condón masculino, 66.8 por ciento las inyecciones y 78.9 por ciento el DIU; de la misma forma, entre las residentes de áreas urbanas fueron seis los anticonceptivos más conocidos, el condón masculino (97.4%), las pastillas (97.3%), el DIU (91.0%), las inyecciones (90.0%); el parche anticonceptivo (86.4%) y la pastilla de

emergencia (85.3%) de los cuales saben usar tres de estos métodos (condón masculino, DIU y la pastilla de emergencia) más del 80 por ciento de las mujeres.

De igual manera, para las mujeres en edad fértil hablantes de lengua indígena se estima que el porcentaje de quienes conocen y saben usar algún tipo de método anticonceptivo se reduce significativamente, ya que menos de 80 por ciento identifica cada uno de los métodos, del mismo modo que las mujeres sin escolaridad. Así, entre las hablantes de lengua indígena las pastillas son las más conocidas, no obstante que 83.7 por ciento ignora cómo usarlas; el segundo método más conocido son las inyecciones, aunque poco más de una tercera parte (35.2%) no conoce con qué frecuencia deben aplicarse, y en tercer lugar está el condón masculino que, a diferencia de lo reportado por las adolescentes, un mayor porcentaje (36.6%) no sabe dónde se coloca y cuántas veces puede usarlo.

Cuadro 6.5. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según lugar de residencia y conocimiento de cada método, 2014

Tipo de método anticonceptivo	Rural		Urbana	
	Conocimiento			
	Existencia	Funcional	Existencia	Funcional
Pastillas	91.5	21.9	97.3	28.8
Inyecciones	88.2	66.8	90.0	64.5
Implante subdérmico	63.5	79.7	67.0	83.5
Parche	74.1	12.9	86.4	19.7
DIU	81.7	78.9	91.0	86.8
Condón masculino	90.0	76.0	97.4	90.1
Condón femenino	58.1	29.1	73.8	40.5
Óvulos, jaleas o espumas	24.3	27.5	41.2	41.6
Ritmo	40.7	53.9	65.7	60.0
Retiro	30.3	62.5	54.9	80.6
Pastilla de emergencia	57.6	61.8	85.3	77.2

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Los resultados anteriores muestran que los grupos de mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad solo reconocen de tres a cuatro métodos anticonceptivos en total; y de éstos, la proporción de mujeres que sabe cómo usarlos se reduce de manera significativa; lo que sugiere que es necesaria una mayor difusión de información relacionada con toda la gama de métodos anticonceptivos disponible en los servicios de salud, acompañada de consejería confiable, la cual guíe a la población sobre métodos anticonceptivos que se adecúen más a sus características y necesidades, para que tengan el acceso a ellos bajo elección consentida.

Es importante recalcar lo que sucede con las pastillas anticonceptivas, dado que, se encontró que la mayoría de las mujeres declaran conocerlas pero el porcentaje que sabe cómo usarlas es mucho menor; esto sucede de manera más marcada en las mujeres sin escolaridad y en hablantes de lengua indígena. Estos resultados nos indican que el uso de las pastillas

Cuadro 6.6. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según condición de habla de lengua indígena y conocimiento de cada método, 2014

Tipo de método anticonceptivo	Habla lengua indígena		No habla lengua indígena	
	Conocimiento			
	Existencia	Funcional	Existencia	Funcional
Pastillas	78.6	16.3	97.1	27.9
Inyecciones	76.6	64.8	90.4	65.0
Implante subdérmico	47.7	70.4	67.3	83.2
Parche	55.4	9.7	85.4	18.8
DIU	67.8	73.0	90.3	85.8
Condón masculino	75.6	63.4	97.0	88.4
Condón femenino	43.4	22.4	72.0	39.1
Óvulos, jaleas o espumas	17.4	21.9	38.7	40.1
Ritmo	25.3	49.9	62.4	59.3
Retiro	22.3	53.2	51.2	78.8
Pastilla de emergencia	35.4	53.8	81.9	75.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

tiene cierta complejidad, y probablemente la calidad de la consejería, sobre el uso de este método, que brindan los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva no es suficiente o adecuada; de cualquier forma, no debe soslayarse que si bien las pastillas jugaron un papel importante en la transición demográfica del país, al ser el primer método anticonceptivo moderno y el punto de partida del desarrollo de la tecnología anticonceptiva, ahora también existen otros métodos más sencillos en su uso y que requieren menor motivación.

6.2.1. Uso de métodos anticonceptivos y conocimiento funcional

Con el fin de identificar otros factores que puedan incidir en la ocurrencia de embarazos no planeados o no deseados aun cuando las mujeres se protegen con algún método anticonceptivo (no definitivo),

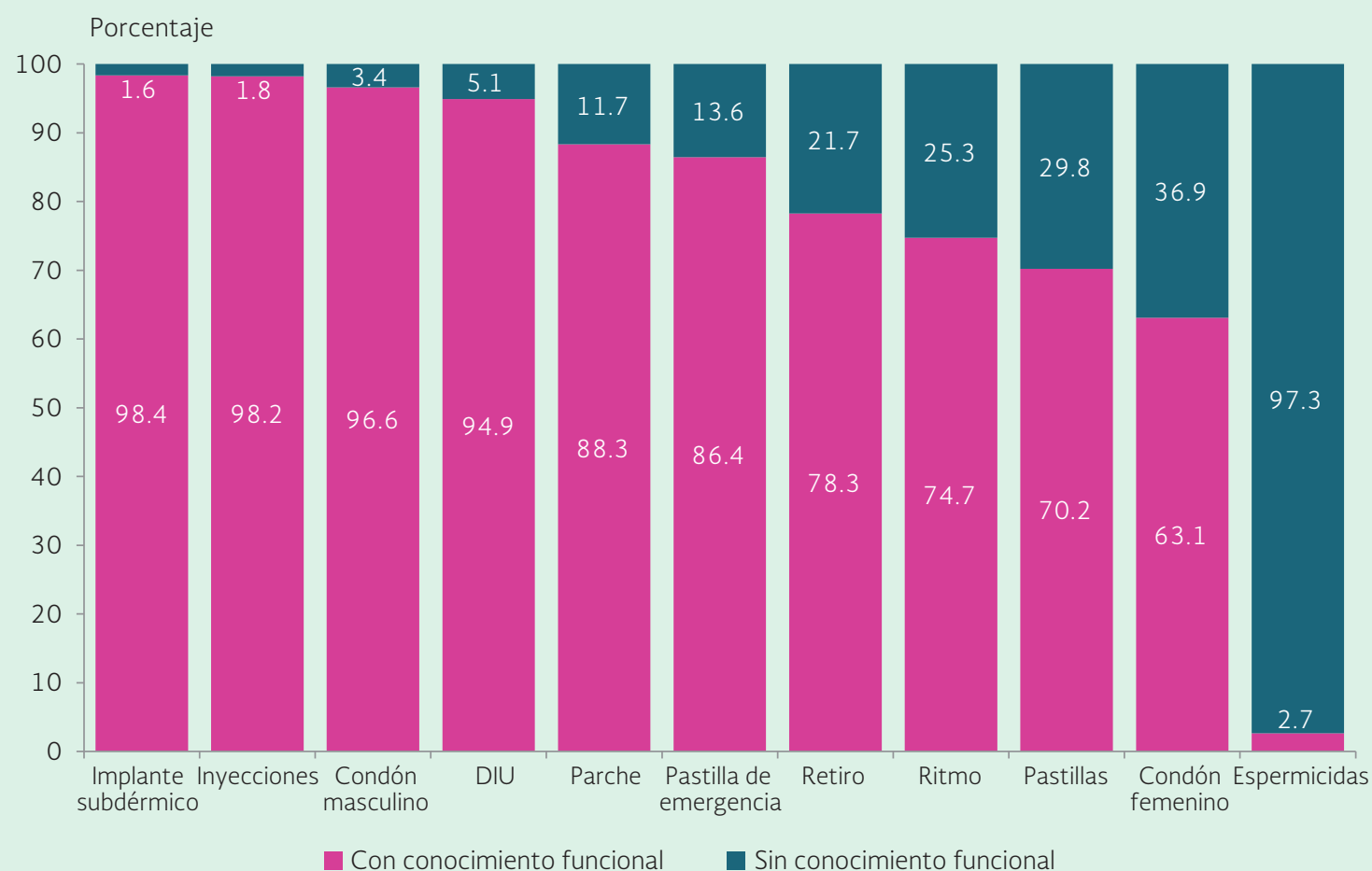
se analizará en esta sección en qué medida las mujeres en edad fértil, usuarias actuales de métodos anticonceptivos los utiliza de manera correcta, considerando solo los resultados de la ENADID 2014.

En ese sentido, se encontró que los métodos anticonceptivos que menos saben utilizar son: los espermicidas (óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas) pues 97.3 por ciento no sabe en qué momento debe aplicarlos; el condón femenino, 36.9 por ciento desconoce que solo lo puede utilizar una vez; no sabe cuándo usar las pastillas (29.8%), no sabe en qué consiste el ritmo (25.3%) o el retiro (21.7%). Cabe señalar que

las usuarias de los métodos tradicionales tienen doble riesgo, pues como ya se ha mencionado la confiabilidad del método en sí mismo es baja, y aunado a la falta de práctica correcta ocasiona que este grupo de mujeres sean más propensas a tener un embarazo no planeado o no deseado y una ITS (véase gráfica 6.3).

En el caso de la pastilla de emergencia y del parche, el porcentaje de usuarias con desconocimiento funcional baja a 13.6 y 11.7 por ciento, mientras que el DIU, condón masculino, inyecciones e implante subdérmico el desconocimiento funcional es menor en las mujeres que los utilizan; pero llama la atención

Gráfica 6.3. República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según condición de conocimiento funcional, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

que 5.1 por ciento de las usuarias del DIU desconozcan en qué parte del cuerpo se coloca o quién debe colocar el dispositivo, puesto que es en las unidades médicas donde se les proporciona, sin embargo, la falta de conocimiento puede deberse a la calidad de la información y atención que proporcione el prestador del servicio. De igual manera, se destaca el bajo porcentaje de quienes desconocen cómo deben usar el condón masculino (3.4%) que posiblemente se explique porque en este caso el usuario es el hombre y se podría suponer que la mujer espera que éste sea quien debe saber utilizarlo, sin embargo, se debe reforzar la orientación en el uso de este método anticonceptivo, puesto que, tanto el condón masculino como femenino debería usarse a la par con otro método anticonceptivo para obtener la mayor efectividad para prevenir embarazos y contagios de ITS.

Para visualizar cuál sería el impacto por la falta de conocimiento funcional en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil sexualmente activas se resume lo siguiente; 36.0 por ciento de las MEFSAs tiene una prevalencia anticonceptiva de métodos definitivos ya sea porque ella se realizó la OTB (33.6%) o porque su pareja se hizo la vasectomía (2.4%), el resto por el uso de ocho diferentes métodos anticonceptivos los cuales se muestran en la gráfica 6.4, además en la gráfica 6.4.1 se presenta el porcentaje de mujeres por tipo de método que usa pero que, por la falta de conocimiento funcional algunas mujeres sexualmente activas no están protegiéndose y en realidad la prevalencia anticonceptiva efectiva disminuye. En ese sentido, se

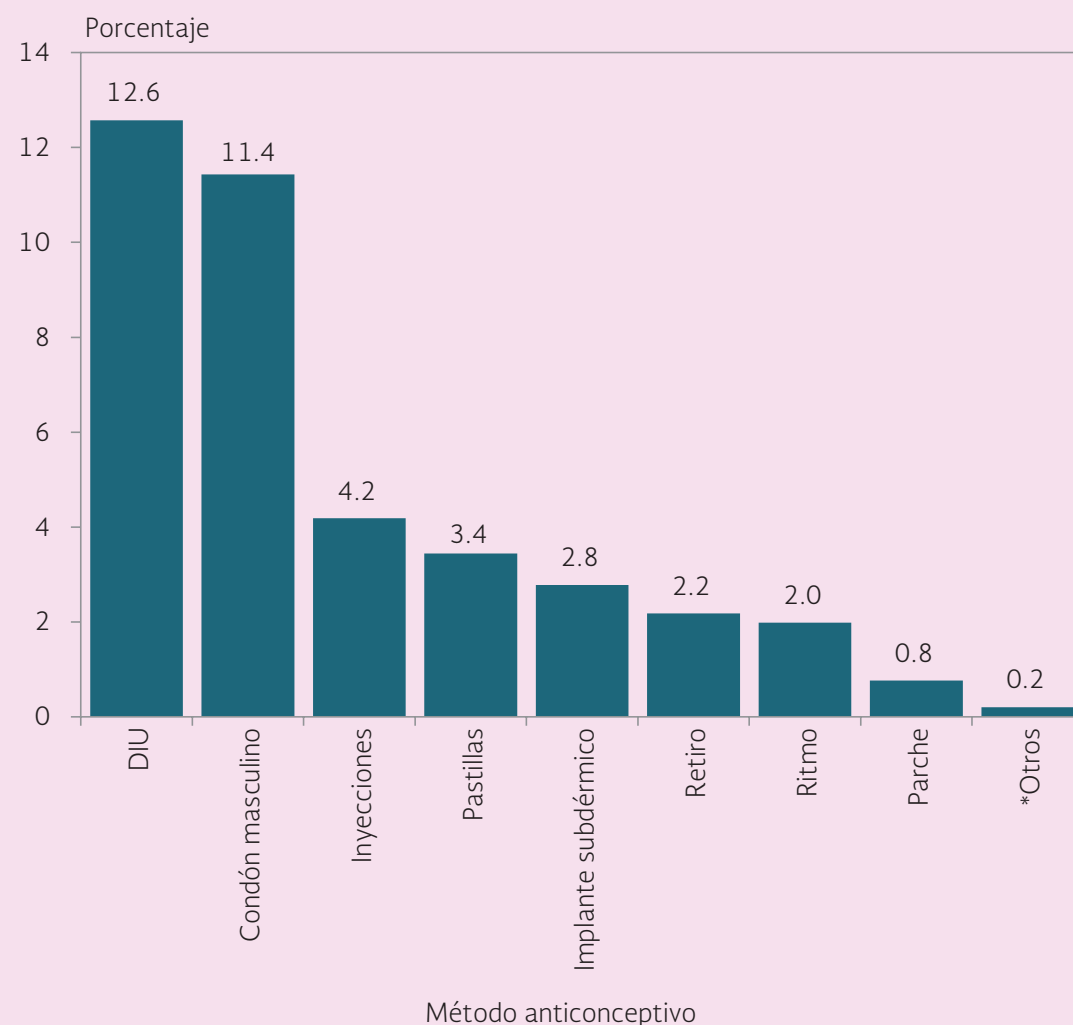
observa que las usuarias de pastillas son las que menos saben utilizar este método, ya que el 3.4 por ciento que las usa, se reduce en 1.0 punto porcentual porque no lo hace de forma correcta, por lo que solo 2.4 por ciento de las usuarias obtendrá los resultados deseados.

En las usuarias del resto de métodos anticonceptivos se observa que la prevalencia se reduce en general en menos de 1.0 punto porcentual debido al desconocimiento, sin embargo, al acumularlo se obtiene que del 75.6 por ciento de prevalencia de MEFSAs, 72.5 por ciento tiene conocimiento efectivo y 3.1 por ciento se encuentra expuesta por no saber utilizar de manera adecuada su método anticonceptivo. Asimismo, se debe señalar que a pesar de que 3.2 por ciento de las MEFSAs hace uso correcto de métodos tradicionales como el ritmo y retiro, éstos tienen una efectividad del 75.0 por ciento, por lo que también se encuentran en riesgo.

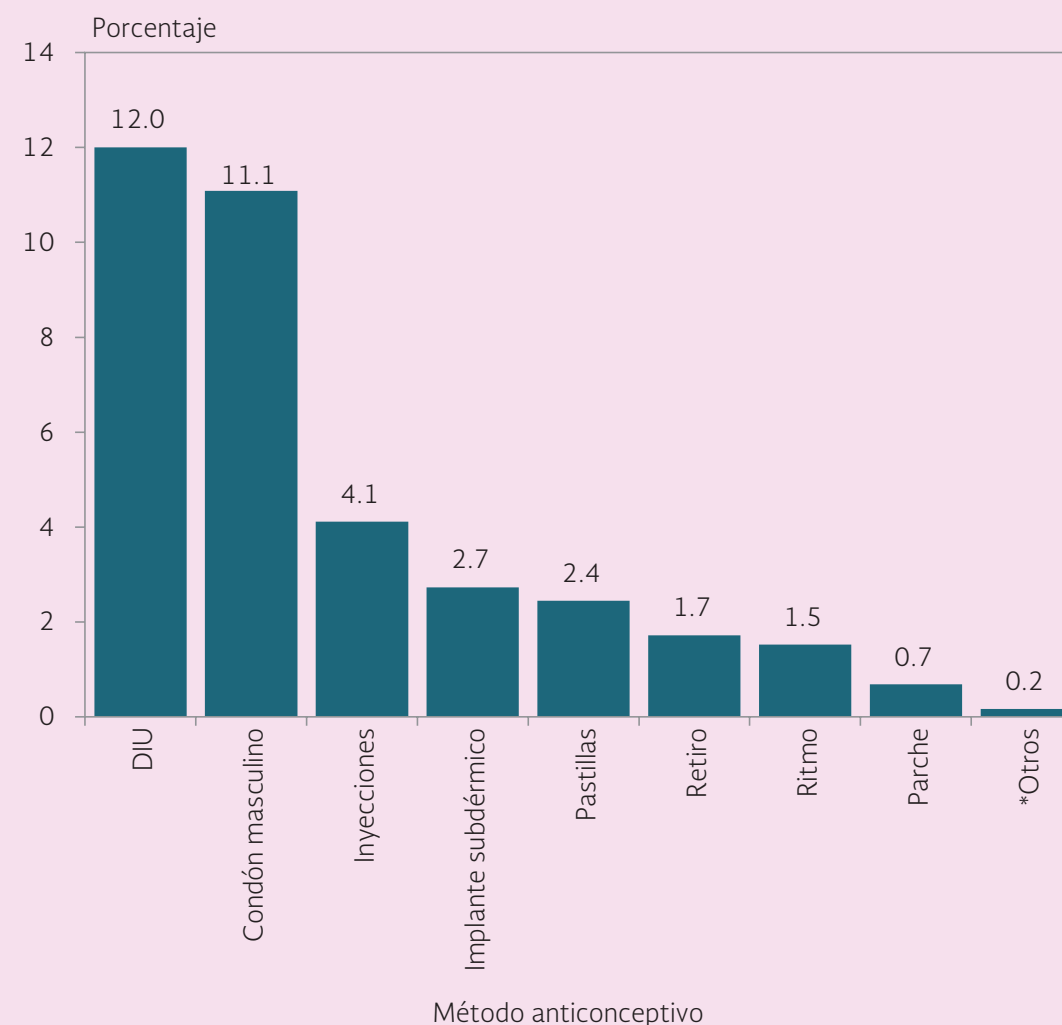
Se puede apreciar que, en general, las usuarias saben cómo utilizar un método anticonceptivo, sin embargo, se debe mejorar la orientación al momento de que la mujer adquiere éste en algún servicio de salud, ya que si se acumula el porcentaje de mujeres con desconocimiento funcional de cada método que están utilizando se alcanza 3.1 por ciento que, dado que son “usuarias” finalmente no son consideradas como mujeres expuestas al riesgo de embarazos no planeados o de ITS, las cuales deberían ser consideradas como un grupo para diseñar estrategias específicas en pro de mejorar la calidad de la atención al proporcionar los métodos en los que se encuentra menor conocimiento funcional.



Gráfica 6.4. República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva por tipo de método de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 2014



Gráfica 6.4.1. República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva efectiva por tipo de método de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

*Otros incluye a condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas, píldora del día siguiente y otros métodos.

6.3. Inicio del uso de métodos anticonceptivos

La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos anticonceptivos en una población y se asocia con la eficiencia de los programas de salud sexual y reproductiva para que sean utilizados como medio de prevención de embarazos no planeados o no deseados y de ITS,

con lo cual permita a las personas ejercer su derecho a tener una vida sexual plena.

Lo ideal es que la adopción de algún método anticonceptivo comience desde el momento en que deciden iniciar una vida sexual, sin embargo, de acuerdo a los resultados de la ENADID 2014, la brecha entre la edad mediana, a la cual comienzan las relaciones sexuales las mujeres y la edad mediana a la que inician con el uso de algún método anticonceptivo de forma continua es amplia, incluso dentro de ese lapso ocurren transi-

ciones de vida importantes como la primera unión y el nacimiento del primer hijo (véase gráfica 6.5).

Por ejemplo, al comparar estos indicadores en mujeres nacidas entre 1965-1979 y 1980-1989, es posible apreciar que el mayor descenso de la edad mediana ocurrió en el uso de anticonceptivos, ya que las mujeres entre 35 a 49 años la mitad comenzó a los 24.9 y entre las más jóvenes (25 a 34 años) a los 21.9 años, aunque las demás transiciones también se presentaron a una edad más temprana, es decir, en el caso de las jóvenes, la mitad a los 17.7 años tuvo su primera relación sexual y 4.2 años después empezó a usar métodos anticonceptivos, pero cabe destacar-

se una reducción de la brecha entre ambos eventos, dado que entre las mujeres de 35 a 49 años tuvieron que pasar 6.5 años después de que iniciaran relaciones sexuales y usaran métodos anticonceptivos, por lo que la generación más envejecida transitó por un periodo más amplio sin protección, sobre todo para planear el nacimiento del primer hijo; evento que ocurrió alrededor de dos años después de haber iniciado la vida sexual, situación que tampoco cambió en la generación más joven.

De igual modo, vale la pena destacar que se reduce, entre estos grupos de mujeres, el tiempo entre el primer hijo nacido vivo y el primer uso de anticon-

Gráfica 6.5. República Mexicana. Edad mediana a distintas transiciones de la vida sexual y reproductiva para dos generaciones de mujeres, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

ceptivos, las mujeres mayores tienen una brecha de 4.3 años entre ambas transiciones, mientras que en las mujeres más jóvenes es de 2.4 años. Este es un aspecto muy relevante que podría indicar que la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) tiene áreas de oportunidad que deben trabajarse, ya que se esperaría que estando la mujer “cautiva” en un servicio de salud, se le proporcionara la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos disponibles, tanto para ella como para su pareja y cuál es el que le resulta más conveniente adoptar de acuerdo a sus necesidades, sin esperar a hacer esta recomendación cuando la mujer regrese al servicio de salud con el riesgo de que no lo haga.

Ahora bien, al calcular la edad mediana de las mujeres al primer uso de métodos anticonceptivos por características seleccionadas (véase cuadro 6.7) se observa que las mujeres en condiciones de mayor desventaja fueron las que bajaron considerablemente la edad a la que comenzaron a usar los anticonceptivos; por ejemplo, las menos escolarizadas tienen el mayor descenso (3.8 años) en la edad mediana entre las generaciones ocasionando que la brecha entre las más escolarizadas y las menos se redujera de un año a 0.3 años; entre las residentes de zonas rurales fue de 3.4 años menos en las jóvenes, donde la brecha paso de 1.1 a 0.6 años; cabe destacar, que entre las hablantes de lengua indígena la reducción de la edad fue mayor (4.2 años) disminuyendo la brecha de 2.1 años a 0.8 años.

Estos datos muestran que los programas que atienden las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas con mayores carencias están avanzando, sin embargo, dichos esfuerzos aún son insuficientes ya que si se compara con la edad mediana a la que inician las relaciones sexuales las mujeres entre 25 y 34 años, el periodo de exposición al riesgo

de un embarazo o de adquirir una ITS es amplio; por ejemplo, las que cuentan con primaria incompleta y sin escolaridad³⁴ tuvieron que pasar 6.3 años y 4.0 años en las de secundaria o más para que comenzaran a usar anticonceptivos, en las rurales 4.9 y 4.1 años urbanas; y, en las hablantes de lengua indígena 5.4 y 4.2 años en las no hablantes de lengua indígena (véase capítulo 3). No obstante, cabe destacar que las brechas entre una transición y otra se reducen de manera importante si se verifican para las mujeres de la generación mayor (mujeres de 35 a 49 años de edad); por resaltar un caso, en las mujeres hablantes de lengua indígena la diferencia era de 9.8 años entre un momento y otro, más de cuatro años de separación con relación al intervalo que presentan las mujeres de la generación más joven.

Cuadro 6.7. República Mexicana. Edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014

Características seleccionadas	25 a 34	35 a 49
Total	21.9	24.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	22.2	26.0
Primaria completa	21.9	24.6
Secundaria y más	21.9	24.7
Lugar de residencia		
Rural	22.4	25.8
Urbano	21.8	24.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	22.7	26.9
No habla lengua indígena	21.9	24.8

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

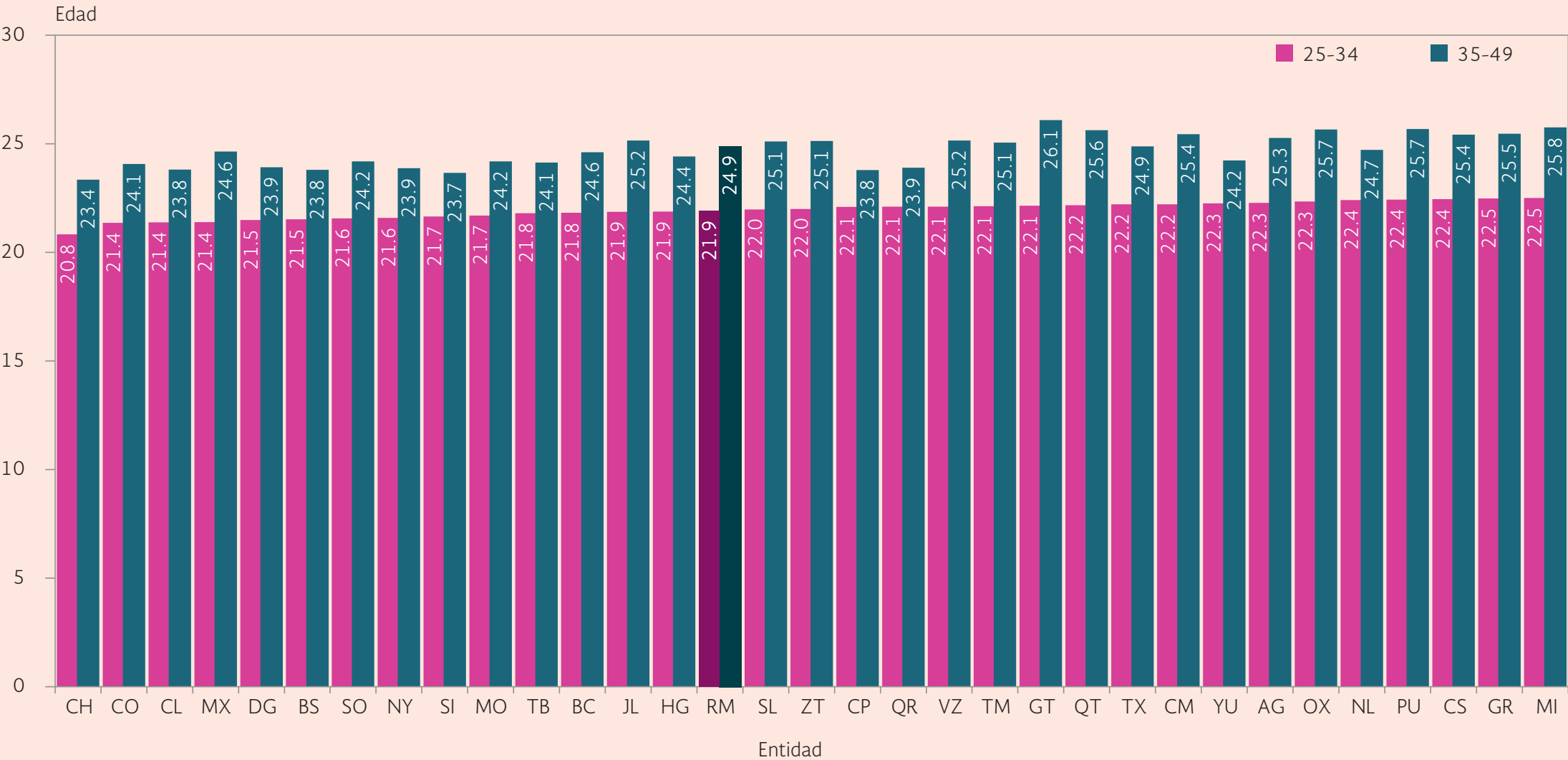
³⁴ Debido a que el tamaño de muestra no es suficiente para determinar la edad mediana a las transiciones de vida seleccionados de las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, se optó por agruparlas en el rubro de primaria incompleta o menos.

Por entidad federativa se observa que las mujeres entre 25 y 34 años de edad usaron métodos anticonceptivos a una edad más temprana con respecto a las mujeres entre 35 y 49 años (véase gráfica 6.6), de las cuales destaca Chihuahua, donde la mitad de las mujeres de la generación más joven comenzaron a usarlos a los 20.8 años, es decir, a una edad menor que en el resto de las entidades federativas, seguida por Coahuila, Colima y México con 21.4 años. Mientras que en Michoacán y Guerrero comenzaron

a una edad mayor que el resto (22.5 años) seguidas por Chiapas, Puebla y Nuevo León (22.4 años).

La falta de políticas públicas enfocadas a la prevención de embarazos no planeados o de ITS todavía se refleja en estos resultados, dado que aún en la generación más joven continúan ocurriendo embarazos no planeados debido que las mujeres sobre todo en la adolescencia no cuentan con el acceso a los servicios, o a los métodos anticonceptivos, o éstos no son de la calidad necesaria, sino hasta que llegan para

Gráfica 6.6. Edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

tener a su primer hijo, momento en el que también se denota una falta de orientación y facilidad para que las mujeres adquieran el método después del parto, ya que están dejando pasar dos años más para usar un anticonceptivo, por lo que en ese lapso tuvieron una mayor probabilidad de tener un segundo hijo sin la planeación necesaria.

Asimismo, si bien ha habido cambios generacionales en el adelantamiento del uso del primer método anticonceptivo, los factores que reducen significativamente las probabilidades de uso siguen siendo los propios de los estratos sociales más desfavorecidos, como la nula escolaridad o la condición de habla de lengua indígena, que además podrían responder a inequidades de género y de baja autonomía de estas mujeres en sus contextos sociales y culturales, que les impiden tener independencia con respecto a sus decisiones en materia anticonceptiva.

En ese sentido el Gobierno Federal ha comenzado a realizar acciones a partir de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), como por ejemplo, la modificación de la Norma Oficial Mexicana 0047 (NOM-0047), donde se establece que las y los adolescentes pueden acceder a la orientación y a métodos anticonceptivos sin la autorización de sus padres, siempre y cuando no se requiera de algún procedimiento quirúrgico, como lo es en el caso de los métodos anticonceptivos definitivos. Esta medida busca que desde el inicio de las relaciones sexuales se tomen medidas preventivas, con lo que seguramente habrá una mayor reducción de la brecha entre la edad al inicio de las relaciones sexuales y la edad al uso del primer método anticonceptivo.

Por otra parte, la brecha entre el inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos para ambas generaciones es amplia; y en este trayecto, como se mencio-

nó, ocurre el nacimiento del primer hijo, lo que podría hablar de embarazos no planificados; sin embargo, no olvidemos que incluso antes de este primer hijo, las mujeres se unieron conyugalmente, lo que podría sugerir, que el inicio temprano de la vida marital se relaciona con las normas y costumbres de género prevalecientes en estos grupos (indígenas, sin escolaridad) y con su ubicación en los estratos socioeconómicos de menores ingresos (Szasz y Lerner, 2010). Por ende, observamos prácticas culturales demarcadas por la unión conyugal, que otorga a las adolescentes cierto prestigio y una opción de plan de vida, al presentar otras posibilidades de desarrollo posiblemente limitadas.

6.4. Prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas

Desde el inicio de la atención a la salud sexual y reproductiva se ha privilegiado más el conocimiento sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual sin una cultura de prevención desde la perspectiva de los derechos (Juárez *et al.* 2010). Sin embargo, el ingreso y permanencia de las mujeres al desarrollo social y económico a partir del ejercicio de la planificación familiar y la anticoncepción ha propiciado su empoderamiento en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos establecidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, que al ejercerlos de manera libre y autónoma, ha favorecido la transformación de comportamientos sociales en condiciones de mayor equidad e igualdad para las mujeres, razón por la cual es de suma importancia considerar indicadores que permitan tener un mayor acercamiento al comportamiento sexual y reproductivo actual de la sociedad mexicana.

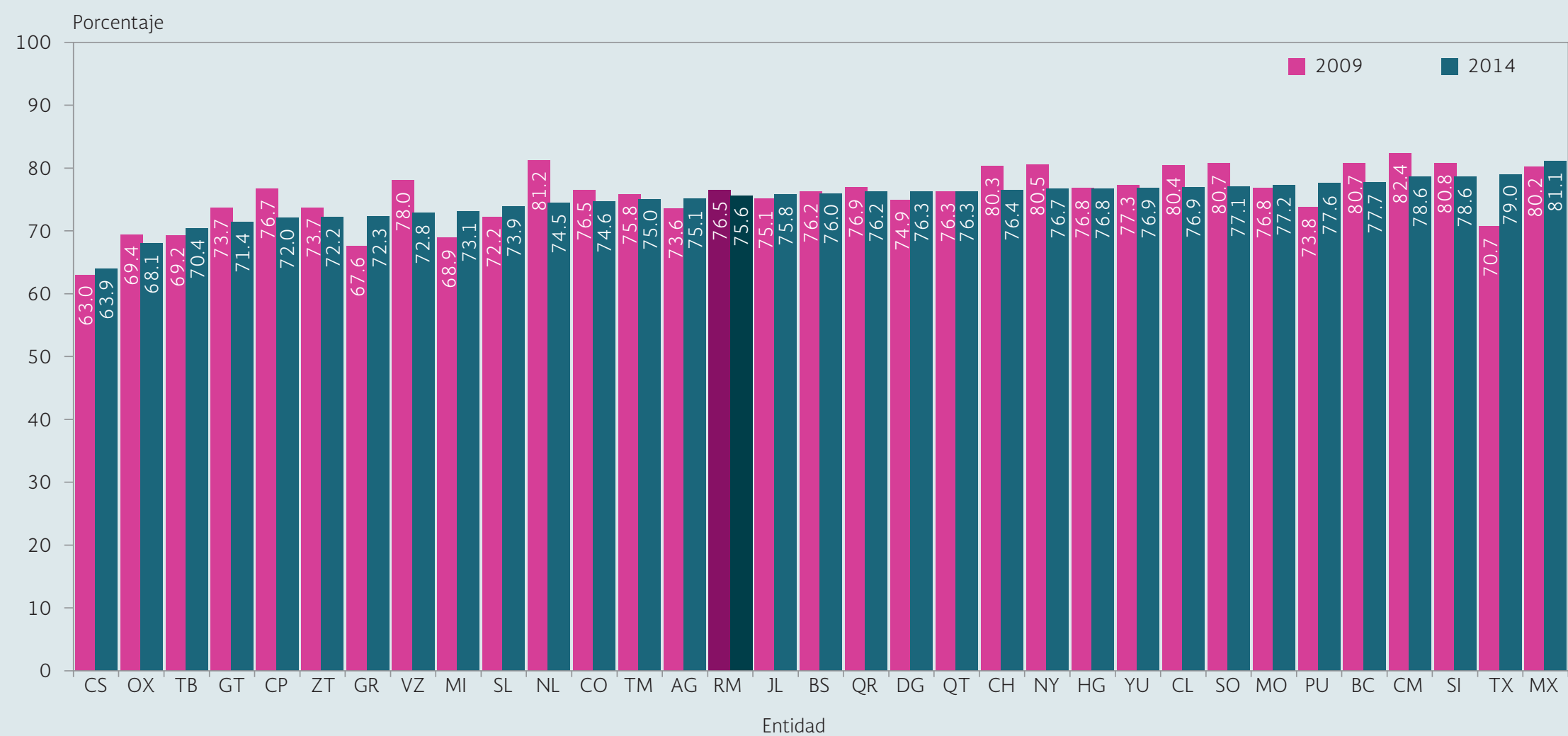


En los dos últimos levantamientos de la ENADID (2009 y 2014) se incluyen, en sus respectivos cuestionarios, preguntas que dan cuenta de la condición de la actividad sexual que tienen las mujeres en meses previos al levantamiento de la encuesta, lo cual permite determinar al grupo de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) definiéndolas como aquellas mujeres que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento. Al determinar la población objetivo a partir de la actividad sexual, independientemente de su situación conyugal, permite incluir a todas las mujeres que demandan atención

en salud sexual y reproductiva y que están en riesgo de tener un embarazo no planeado o no deseado, o bien de contraer una infección de transmisión sexual.

De acuerdo a la ENADID, entre las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), casi se mantuvo el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos de 76.5 a 75.6 entre 2009 y 2014; pero en 19 de las 32 entidades federativas disminuye dicha prevalencia, siendo Nuevo León, Veracruz y Campeche las que presentan una mayor reducción con seis puntos porcentuales en promedio (véase gráfica 6.7). Mientras que en Chiapas y

Gráfica 6.7. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Tabasco la prevalencia anticonceptiva de las MEFSAs no presentó grandes cambios (63.0 a 63.9% y 69.2 a 70.4%, respectivamente) al igual que en Oaxaca (69.4 a 68.5%) ubicándolas como las entidades con menor prevalencia anticonceptiva; caso contrario las entidades con mayor prevalencia son: México que en 2009 el porcentaje de MEFSAs que utilizó métodos fue de 80.2 y de 81.1 en 2014, Tlaxcala que aumentó 8.3 puntos porcentuales (pasó de 70.7 a 79.0%) y la coloca en 2014 como la segunda entidad con mayor prevalencia, y Sinaloa, que aunque muestra una tendencia a la baja de 80.8 a 78.6 por ciento, se sitúa entre las entidades federativas con un alto porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.

El porcentaje de mujeres sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos de acuerdo a grupos quinquenales de edad muestra que las adolescentes, entre 2009 y 2014, aumentaron el uso de métodos anticonceptivos en 4.4 puntos porcentuales pasando de 54.6 a 59.0 por ciento, sin embargo, no ha sido suficiente dado que continúa manteniéndose como el grupo de mujeres que hace menos uso de éstos respecto a las mujeres en los grupos de edad restantes; asimismo, se observa que en el grupo de 20 a 24 años y de 35 a 39 años disminuyó la prevalencia en 2.6 puntos porcentuales, dejando a las mujeres más jóvenes en 2014, muy por debajo de la prevalencia estimada a nivel nacional (67.7% en 20 a 24 años y 75.6% a nivel nacional) mientras que las mujeres de 35 a 39, pese al descenso, se mantienen junto con el grupo de 40 a 44 años como los grupos con mayor prevalencia anticonceptiva, la cual además es superior a la estimada para la nación, de 83.0 y 83.1 por ciento, respectivamente (véase gráfica 6.8).

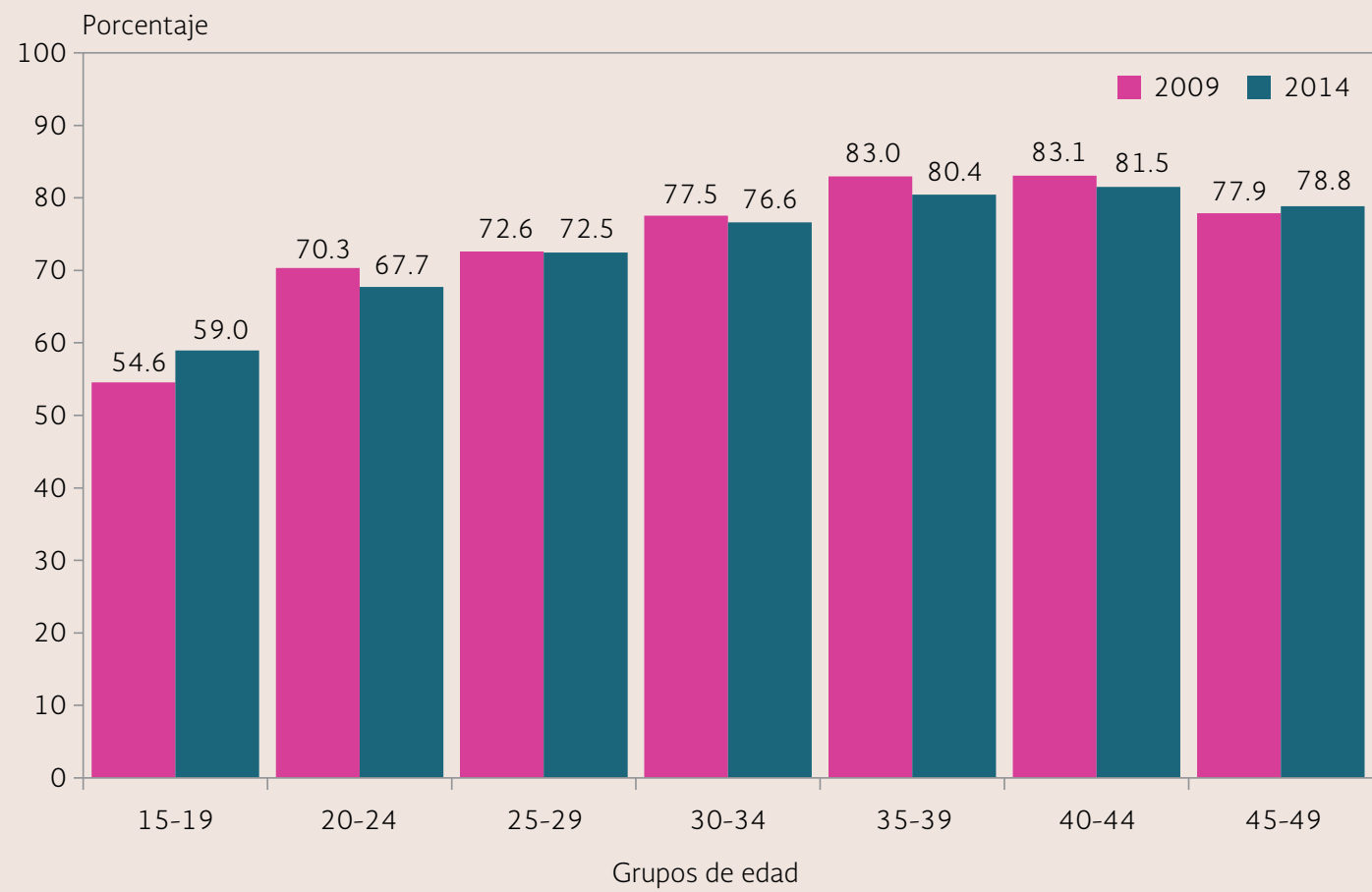
Al considerar la situación conyugal de las mujeres sexualmente activas se obtuvo que las solteras, tanto en 2009 como en 2014, tuvieron una prevalencia menor respecto a las MEFSAs exunidas y unidas, sin embargo, cabe señalar que dicho porcentaje indica que dos terceras partes de las solteras hacen uso de métodos anticonceptivos, aunque bajó de 71.4 a 70.0 por ciento. En el caso de las unidas no se presentan cambios, se estimó en 76.9 a 76.0 por ciento, pero dicho porcentaje es mayor a la prevalencia nacional; en tanto que en las exunidas también el uso de métodos anticonceptivos se mantiene en proporciones ligeramente superiores a tres de cada cuatro mujeres, con 76.7 a 77.9 por ciento, durante el periodo estudiado (véase gráfica 6.9).

Por otra parte, se observó que de acuerdo a la paridez de las MEFSAs, el uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme se incrementa el número de hijos, sobre todo a partir del segundo hijo alcanzándose una prevalencia anticonceptiva de 88.1 por ciento en 2009 y de 88.5 en 2014 en las mujeres con tres hijos; igualmente, las mujeres con un hijo y sobre todo las mujeres sin hijos son las que menos utilizan un método anticonceptivo de forma constante y en las que descendió en 1.8 y 1.3 puntos porcentuales, quedando en 64.7 y en 48.4 por ciento en 2014.

Otras variables que permiten identificar diferencias entre MEFSAs en cuanto a la prevalencia anticonceptiva es el nivel de escolaridad, el lugar de residencia y la condición de habla de lengua indígena. Por escolaridad, se observó que pese a descender el porcentaje de uso en 1.5 puntos porcentuales entre las de secundaria o más, durante el periodo, todavía dicho porcentaje (76.2%) es mayor al presen-

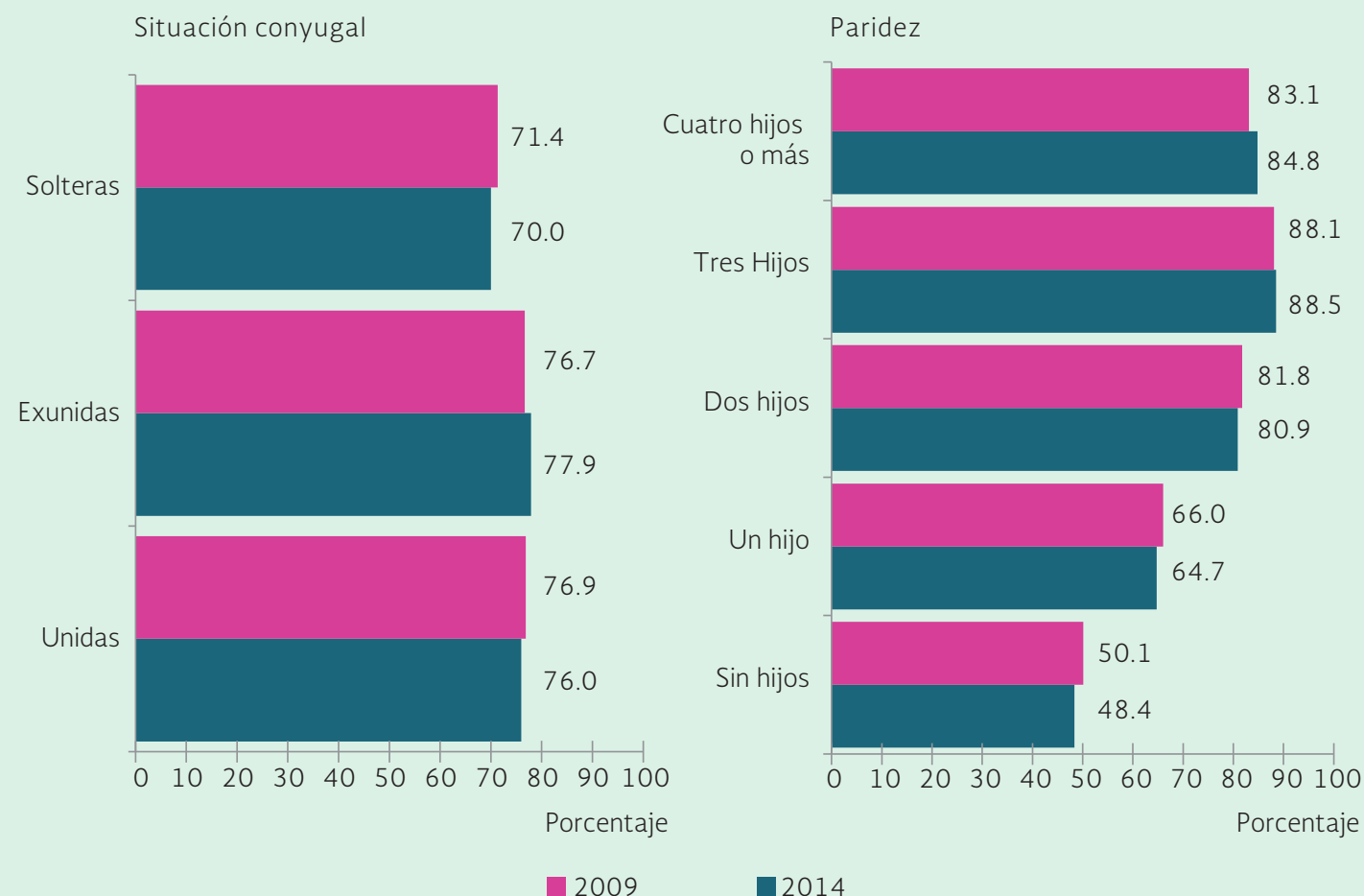


Gráfica 6.8. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.9. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por situación conyugal y paridez, 2009 y 2014

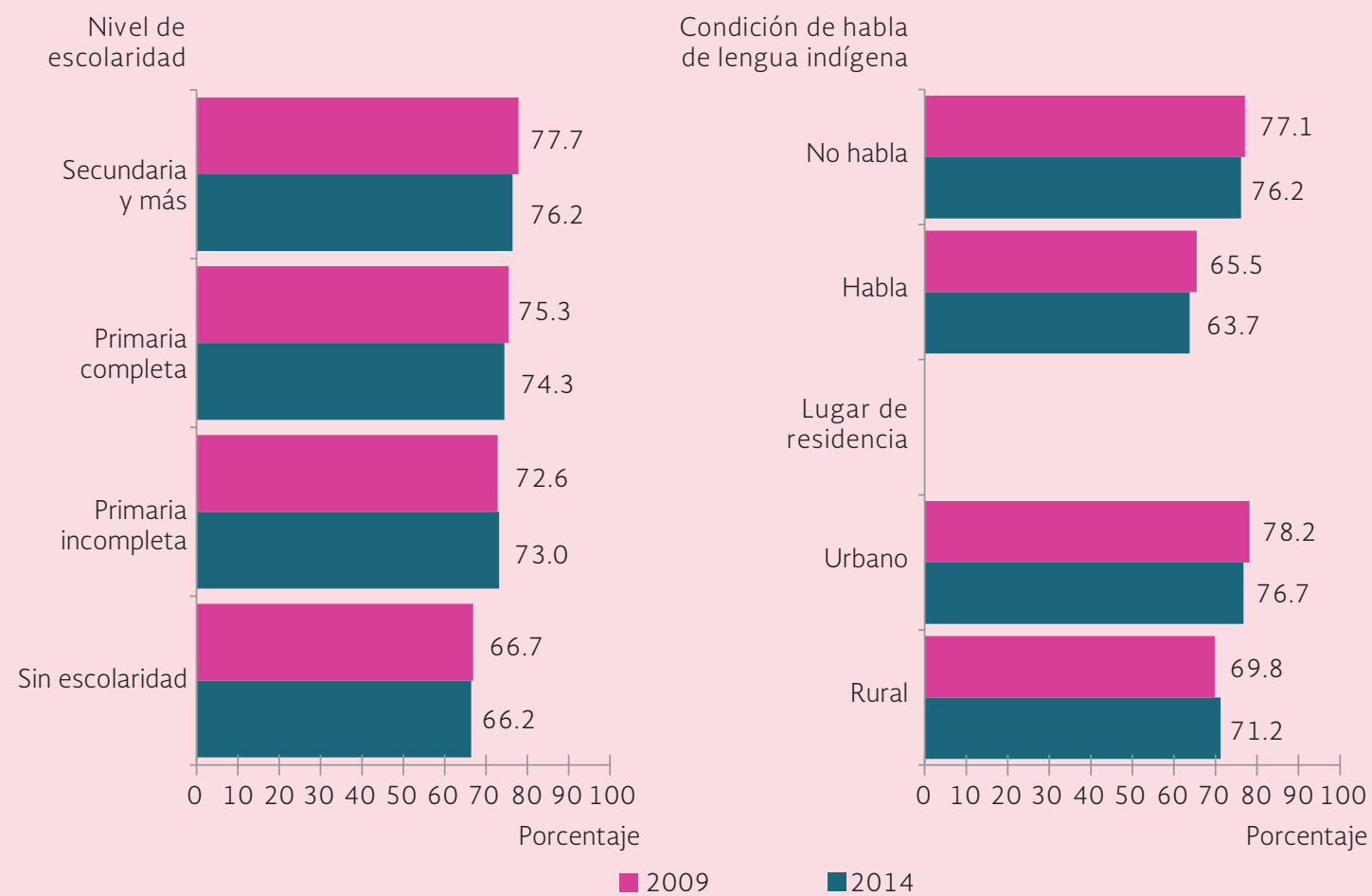


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

tado a nivel nacional (75.6%); a su vez, aunque las mujeres con primaria incompleta y completa en este caso presentaron una prevalencia anticonceptiva menor a las de secundaria y más, éste es muy cercano al nacional, de 73.0 y 74.3 por ciento, respectivamente. Por último, las mujeres sin escolaridad son las que continúan guardando una mayor brecha en el uso (66.7 y 66.2 por ciento) respecto a las de secundaria y más, de 11.0 puntos porcentuales en 2009 y 10.0 puntos porcentuales en 2014 (véase gráfica 6.10).

En cuanto al lugar de residencia, la prevalencia anticonceptiva de las MEFSAs residentes de zonas urbanas descendió entre 2009 y 2014 en 1.5 puntos porcentuales y en las rurales aumentó en 1.4 puntos porcentuales, por lo que la brecha se redujo de 8.4 a 5.5 puntos porcentuales, quedando una prevalencia de 76.7 en urbanas y de 71.2 por ciento en rurales en 2014.

Gráfica 6.10. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

6.4.1. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres sexualmente activas

El uso de métodos anticonceptivos modernos³⁵ da cuenta del acceso que tienen las mujeres a toda la gama de éstos en los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva en los centros de salud,

³⁵ Se denominan métodos anticonceptivos modernos a aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basa en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (SS, 1994). Los cuales son, OTB, vasectomía, pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche, DIU, condón masculino, condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas y la pastilla de emergencia.

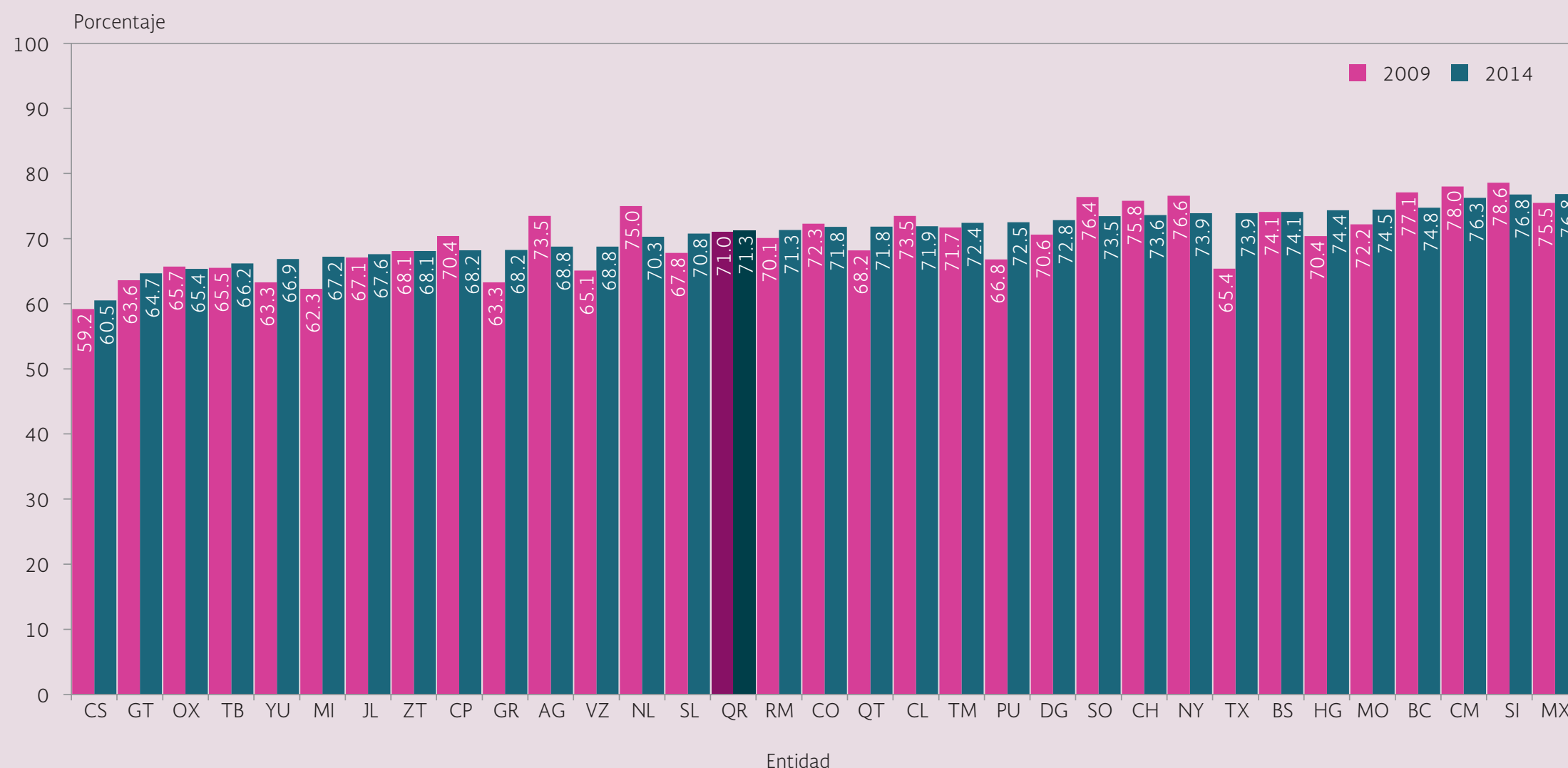
por ello, la medición de la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos da una aproximación a la cobertura que el sector salud tiene respecto a la oferta de éstos. De igual forma, el uso de anticonceptivos modernos hoy en día ha hecho posible separar las prácticas sexuales de la reproducción y ha generado transformaciones en toda una serie de comportamientos relacionados con éstas (Welti, 2003) dado que la efectividad de dichos métodos anticonceptivos es mayor que la de los métodos tradicionales.

La prevalencia de uso de métodos modernos prácticamente no presentó cambios entre 2009 y

2014 (de 71.0 y 71.3%, respectivamente). Asimismo, se obtuvo que el porcentaje de uso de modernos en 18 entidades presentó un aumento, entre las cuales destaca Tlaxcala, donde las mujeres incrementaron su prevalencia en 8.5 puntos porcentuales, posicionándose en 2014 como una de las entidades con mayor prevalencia de métodos modernos (73.9%) respecto al nacional; a su vez, dentro de este grupo el Estado de México es el que presenta el mayor

porcentaje, de 76.8, seguido por Sinaloa (76.7%) y Ciudad de México (76.3%); por el contrario Chiapas (60.5%), Guanajuato (64.6%) y Oaxaca (65.4%) son las entidades con menor prevalencia de uso de anticonceptivos modernos; cabe señalar, que a este grupo de entidades se anexó Veracruz y Nuevo León, en las cuales las MEFSAs descendieron su prevalencia en 4.7 puntos porcentuales (véase gráfica 6.11).

Gráfica 6.11. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

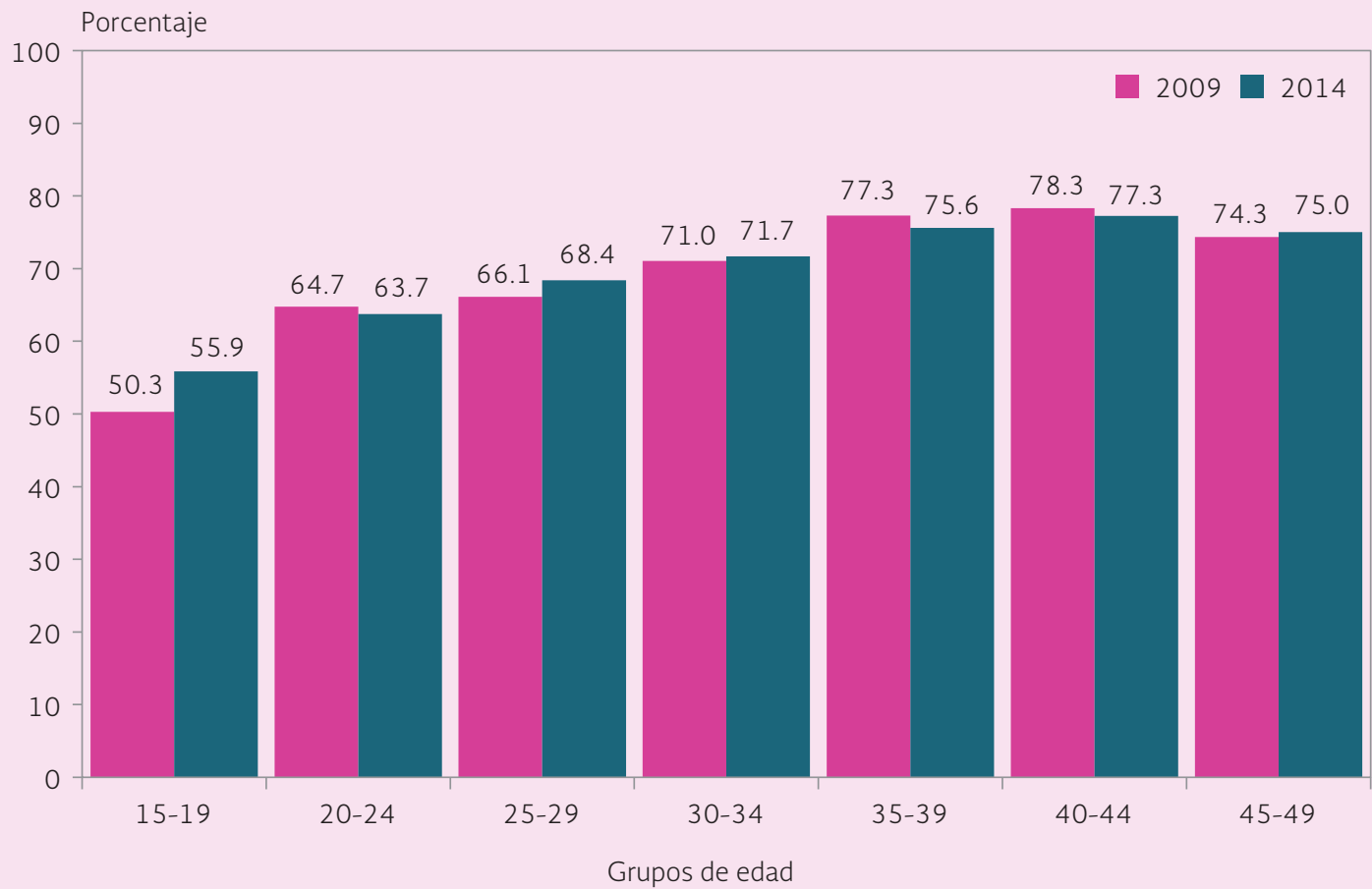
De acuerdo al grupo de edad de las MEFSA, las adolescentes fueron las que más aumentaron (5.6 puntos porcentuales) el uso de métodos modernos, al pasar de 50.3 a 55.9 por ciento entre 2009 y 2014, seguidas por las mujeres de 25 a 29 años (con 2.3 puntos porcentuales más) al pasar de 66.1 a 68.4 por ciento. Mientras que en los grupos de 35 a 39 años y de 40 a 44 años a pesar de que descendió en 1.7 y 1.0 puntos porcentuales, en 2014 siguen siendo las que presentan la mayor prevalencia de 75.6 y 77.3 por ciento, respectivamente (véase gráfica 6.12).

Al igual que la prevalencia total de las MEFSA, el mayor porcentaje de uso de métodos anticoncep-

tivos modernos se presenta en las MEFSA ex-unidas, tanto en 2009 como en 2014, en las cuales durante ese periodo aumentó en 1.8 puntos porcentuales, al pasar de 74.6 a 76.4 por ciento; en tanto que en las unidas este porcentaje se mantuvo, ya que se estimó en 71.2 en 2009 y en 71.5 en 2014; mientras que en las solteras además de ser quienes desde 2009 tienen el menor porcentaje de uso (67.1%) éste disminuyó en 1.2 puntos porcentuales, ya que en 2014 el porcentaje fue de 66.0 (véase gráfica 6.13).

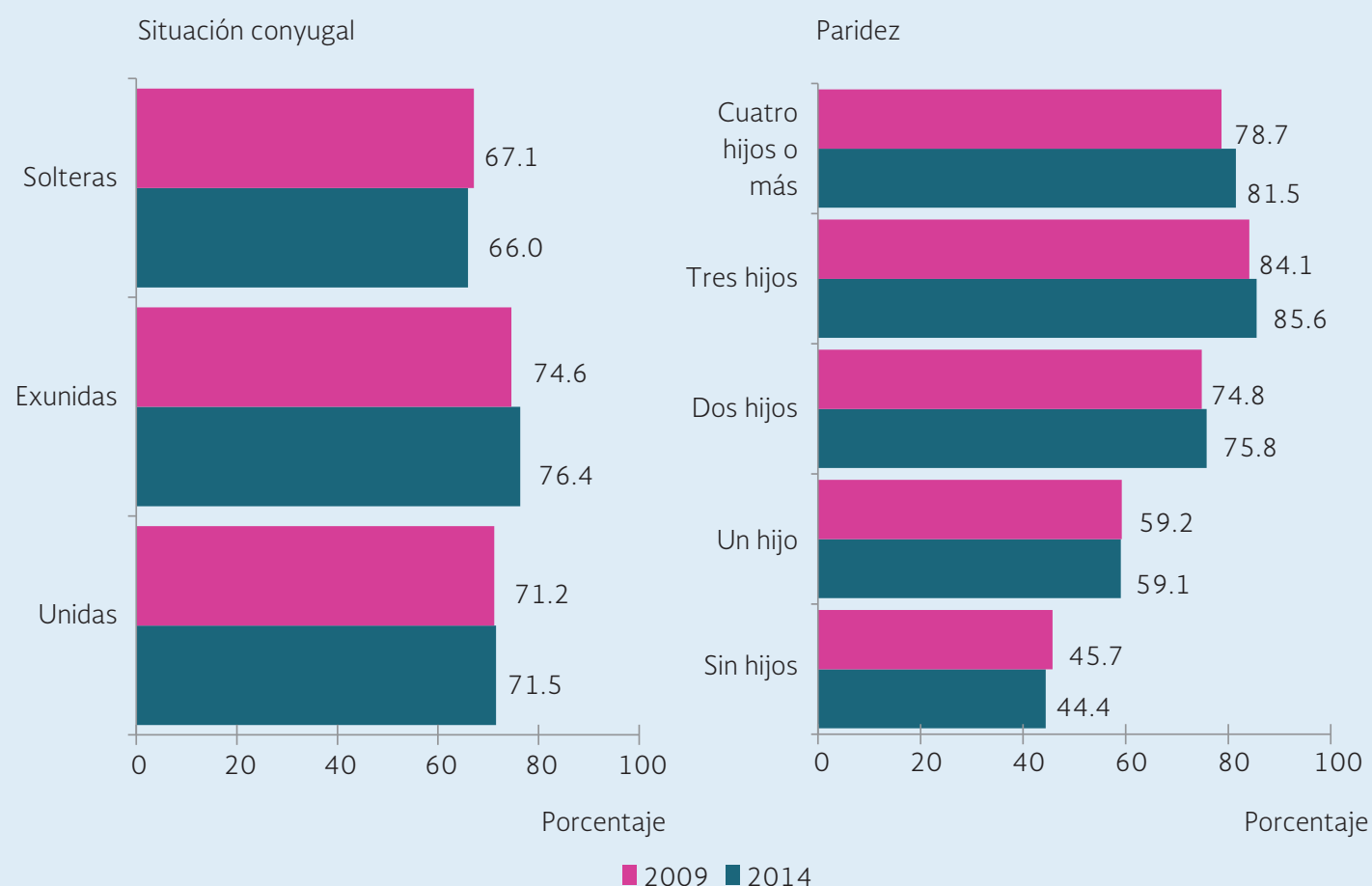
El uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de las MEFSA se incrementa conforme aumenta el número de hijos(as), y entre 2009 y 2014

Gráfica 6.12. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por grupos de edad , 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.13. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por situación conyugal y paridez, 2009 y 2014



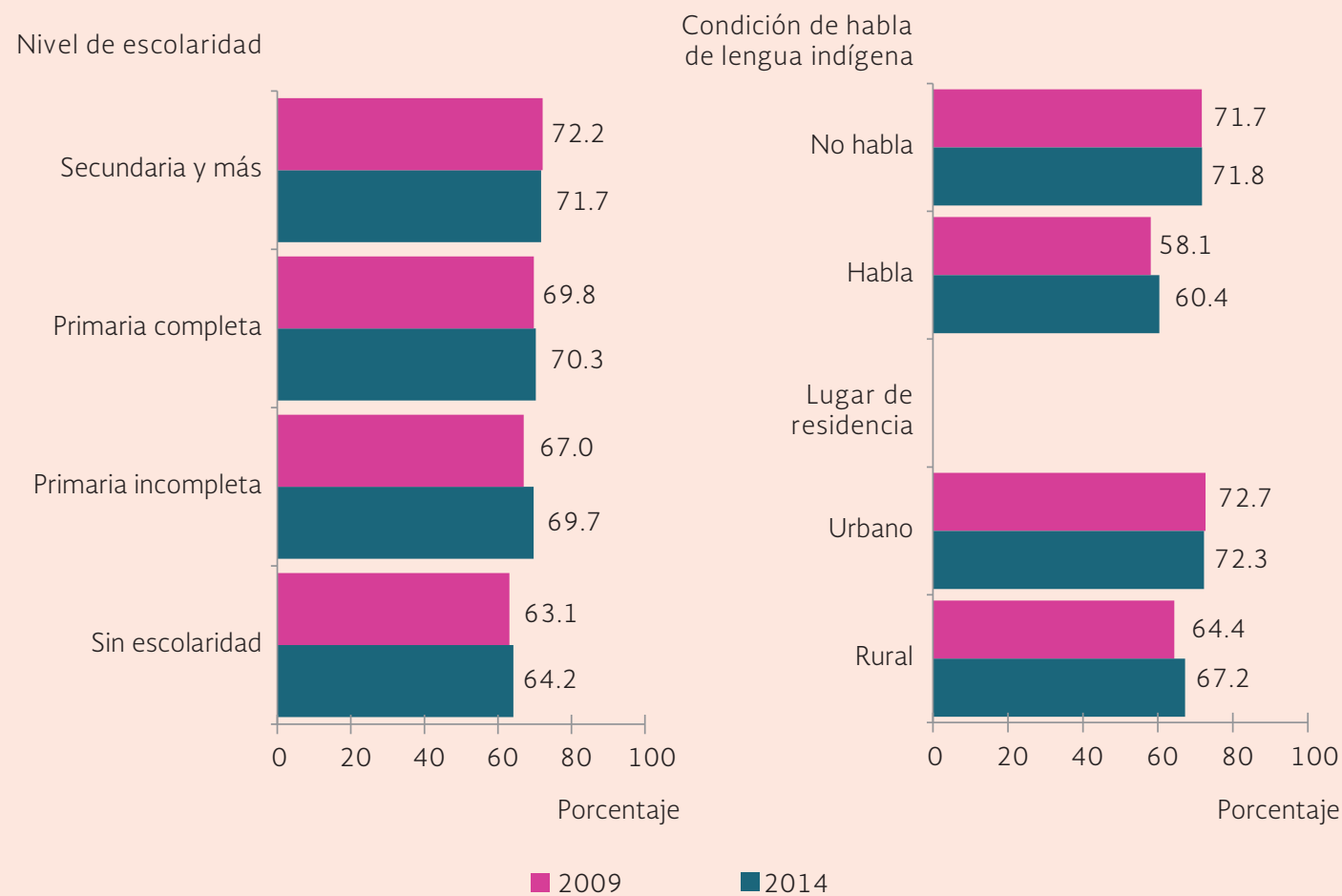
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

el aumento de 1.0, 1.4 y 2.8 puntos porcentuales se dio en las mujeres con dos, tres y cuatro o más hijos(as), siendo las mujeres con tres hijos(as) las que continúan presentando el mayor porcentaje de prevalencia (84.1% en 2009 y 85.6% en 2014); en contraste, las mujeres sin hijos son quienes muestran la más baja prevalencia, ya que durante el periodo descendió en 1.3 puntos porcentuales, pasando de 45.7 a 44.4 por ciento y en las mujeres con un hijo se mantuvo igual (59.2% en 2009 y 59.1% en 2014).

Por nivel de escolaridad de las MEFSAs, como ya se ha visto anteriormente, conforme las mujeres cuen-

tan con niveles altos de escolaridad el porcentaje de uso aumenta. Sin embargo, en los últimos cinco años el incremento en el uso de anticonceptivos modernos ocurrió en las mujeres con menor escolaridad, es decir, en las no escolarizadas, con primaria incompleta y primaria completa en 1.1, 2.7 y 0.5 puntos porcentuales, alcanzando así una prevalencia de 64.2, 69.7 y 70.3 por ciento en 2014, respectivamente; mientras que en las de secundaria o más se observó un ligero descenso (medio punto porcentual) pues en 2014 se estimó en 71.7 el porcentaje de MEFSAs que usó modernos. Dados los cambios, la

Gráfica 6.14. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

brecha entre las MEFSAs sin escolaridad y las de secundaria y más, bajó de 9.1 a 7.5 puntos porcentuales (véase gráfica 6.14).

De acuerdo al lugar de residencia, solo las MEFSAs residentes de áreas rurales fueron las que presentaron cambios, dado que aumentó el uso de anticonceptivos modernos en 2.8 puntos porcentuales, alcanzando así en 2014 un porcentaje de 67.2, el cual sigue siendo inferior a la prevalencia presentada por las urbanas, sin embargo, esto ocasiona que la brecha se reduzca de 8.3 puntos porcentuales en 2009 a 5.1 en 2014. Lo

mismo ocurrió en las MEFSAs por condición de habla de lengua indígena, el porcentaje de usuarias hablantes de lengua indígena aumentó en 2.3 puntos porcentuales, al pasar de 58.1 en 2009 a 60.4 en 2014; en tanto que en las no hablantes prácticamente se mantuvo igual la prevalencia (71.7 y 71.8%, respectivamente), reduciéndose la brecha de 13.6 a 11.4 puntos porcentuales durante el periodo de estudio.

Estos resultados muestran que se presentaron avances de cobertura anticonceptiva sobre todo en los grupos en condiciones de vulnerabilidad, como

adolescentes, rurales y hablantes de lengua indígena, sin embargo, se deben reforzar estrategias y acciones para que se continúe cerrando la brecha respecto a las mujeres con mejores condiciones sociales y económicas; igualmente, es importante expandir la consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres sin hijos para que tengan la oportunidad de decidir el momento adecuado del nacimiento del primer hijo, así como el espaciamiento de su descendencia y que ejerza su sexualidad protegida de ITS.

6.4.2. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994) se endosó la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva a fin de promover una alianza entre mujeres y hombres para decidir en conjunto y alcanzar metas comunes (FNUAP, 2000). En la actualidad existe poca información sobre la vida sexual y reproductiva de los hombres, ya que por factores sociales o culturales se les ha asignado a las mujeres la responsabilidad de protegerse sobre todo de embarazos no planeados con el uso de métodos anticonceptivos. Es así como las encuestas sobre la historia reproductiva y vida sexual se dirigen a las mujeres, dada esta responsabilidad asignada, y además porque son ellas las que experimentan el embarazo y recuerdan mejor cada uno de los eventos sucedidos. Por lo tanto, para conocer o inferir, aunque sea de manera indirecta, la participación de los hombres en la prevalencia anticonceptiva se hace uso de la información que aportan las mujeres en la ENADID sobre el uso actual de métodos anticonceptivos.

A nivel nacional, el porcentaje de MEFSAs que reportó haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien él utiliza condón o métodos tradicionales, fue de 17.8 por ciento en 2009 y de 18.0 por ciento en 2014; es decir, una de cada seis mujeres, aproximadamente, cuenta con la participación activa del varón en la planeación o prevención de embarazos o de ITS. Estas cifras revelan que los programas de SSR no han logrado involucrar de manera efectiva a los hombres en la vida sexual y reproductiva de su pareja, pues se esperaría mayor corresponsabilidad de ellos en este aspecto.

Por entidad federativa se encontró que la participación masculina aumentó en 13 estados; destacan: Tlaxcala y México con un incremento de 4.4 y 3.9 puntos porcentuales, alcanzando en 2014 porcentajes de 18.5 y 21.3, colocándose así dentro del grupo de entidades con mayor participación masculina respecto del nivel nacional. Por su parte, Querétaro y Aguascalientes son las que tienen mayor porcentaje de participación en 2014 (24.4 y 24.3%). Cabe señalar, que desde 2009 estos estados ya contaban con porcentajes altos (25.9 y 25.3%) después de la Ciudad de México (25.8%) la cual pasó a ser la quinta entidad con mayor participación masculina en 2014 (22.8%). En el otro extremo se encuentran Chiapas y Sinaloa, cuyos porcentajes en ese año fueron de 10.5 y 10.8, respectivamente (véase gráfica 6.15).

De acuerdo a los grupos de edad de las MEFSAs, la tendencia que presentó la participación masculina es contraria a lo observado en la prevalencia de uso total y de métodos modernos, es decir, la mayor proporción de hombres participando en la práctica anticonceptiva se verifica en las mujeres más jóvenes pese a que el incremento se presentó, sobre todo, en los últimos grupos de edad reproductiva. Así, las ado-



Gráfica 6.15. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2009 y 2014

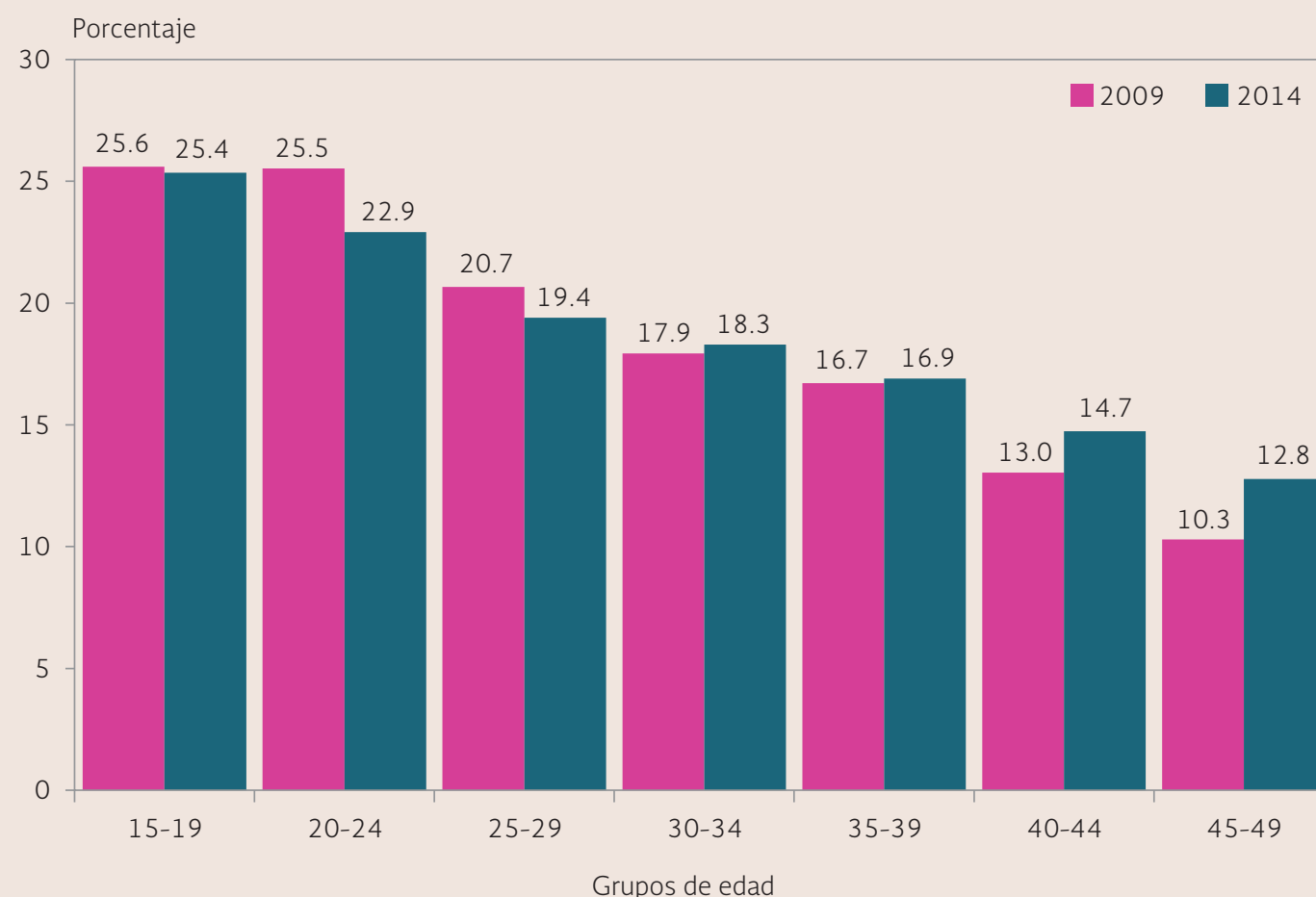


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

lescentes (15 a 19 años) sexualmente activas son las que tuvieron el más alto porcentaje de participación de sus parejas tanto en 2009 como en 2014 con 25.6 y 25.4 por ciento, respectivamente; seguidas por las jóvenes que redujeron su porcentaje en 2.6 puntos porcentuales, pasando de 25.5 a 22.9 por ciento, mientras que las que menos contaron con la intervención de los hombres fueron las de 45 a 49 años pese a que se incrementó en 2.5 puntos porcentuales, pasó

de 10.3 a 12.8 por ciento; y las de 40 a 44 años con 1.7 puntos porcentuales más, 13.0 por ciento en 2009 y de 14.7 por ciento en 2014 (véase gráfica 6.16). Por su parte, las MEFSAs solteras son las que más cuentan con la participación de los hombres en el uso de métodos anticonceptivos, pues entre 2009 y 2014 el porcentaje pasó de 39.4 a 41.7; en segundo lugar las MEFSAs unidas fueron las que prácticamente mantuvieron el porcentaje en 16.0; y las que

Gráfica 6.16. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

menos cuentan con la participación de los varones son las ex-unidas, aunque obtuvieron un aumento de 1.3 puntos porcentuales al pasar de 10.5 en 2009 a 11.8 por ciento en 2014. Igualmente, considerando la paridez de las MEFSAs se observa que conforme crece el número de hijos menor es la intervención de los hombres en el uso de los métodos anticonceptivos, así, las mujeres sin hijos son las que tuvieron el mayor porcentaje tanto en 2009 como en 2014 y durante ese periodo aumentaron de 30.1 a 32.1 por

ciento, respectivamente; mientras que las de cuatro hijos o más en ambos años la participación masculina se mantuvo en 9.3 por ciento (véase gráfica 6.17).

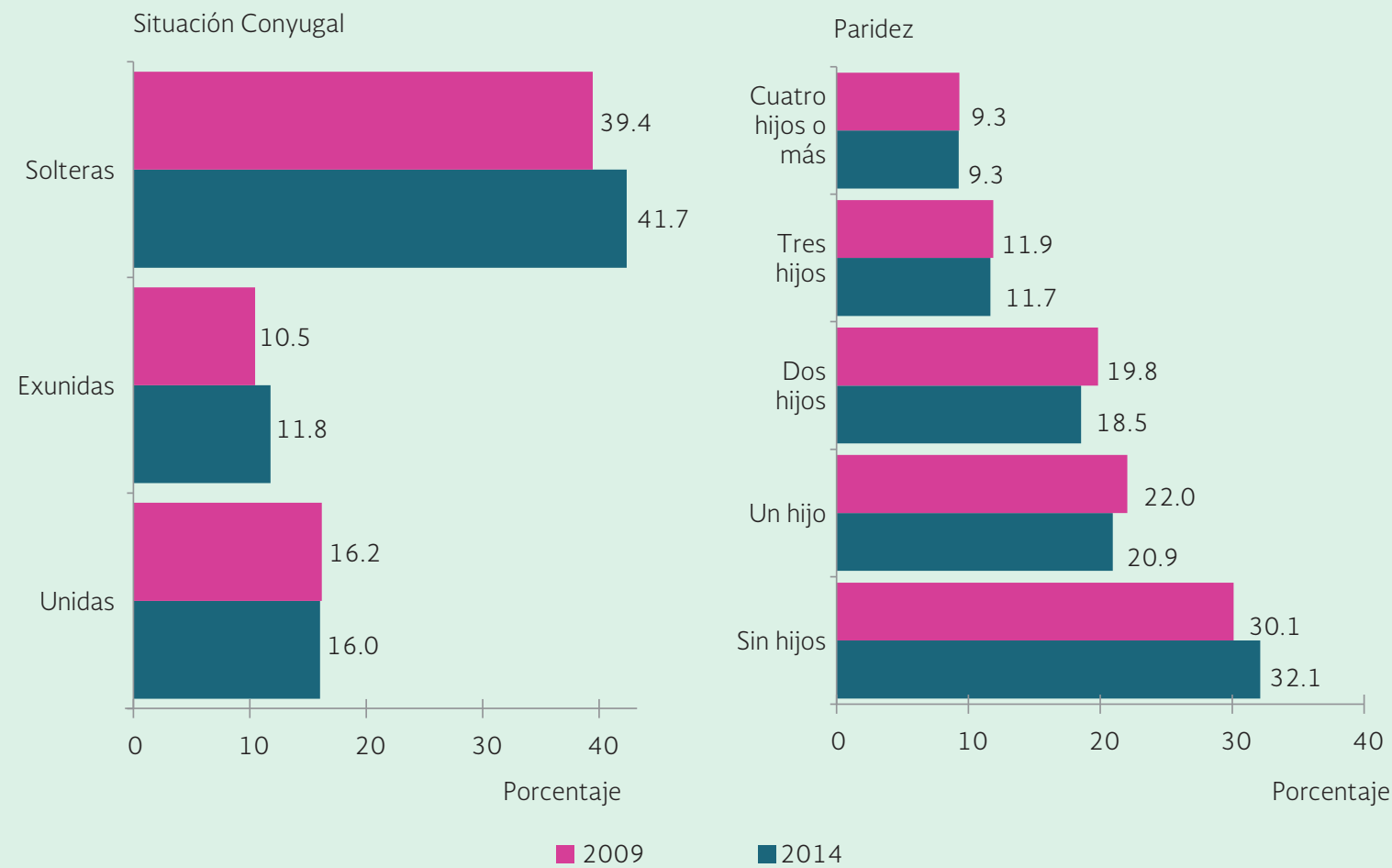
Por nivel de escolaridad de las MEFSAs, se observa que la mayor participación de los hombres ocurre en las mujeres con secundaria o más, cuyo porcentaje se mantiene entre 2009 (20.3%) y 2014 (20.0%); en la mujeres con primaria incompleta el porcentaje de prevalencia con participación de los hombres bajó 3.2 puntos porcentuales, quedando en 2014 de

8.0 por ciento; lo mismo sucedió en las de primaria completa, entre las que se redujo en 1.3 puntos porcentuales, quedando en 2014 en 12.2 por ciento; y finalmente, las que no tienen escolaridad alguna tuvieron un ligero aumento en ese año de 7.8 por ciento (véase gráfica 6.18).

Tanto en zonas urbanas como en rurales los porcentajes de participación masculina casi se mantienen entre las dos encuestas, por ejemplo, en las urbanas el porcentaje de participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de las MEFSA pasó de 19.1 en 2009

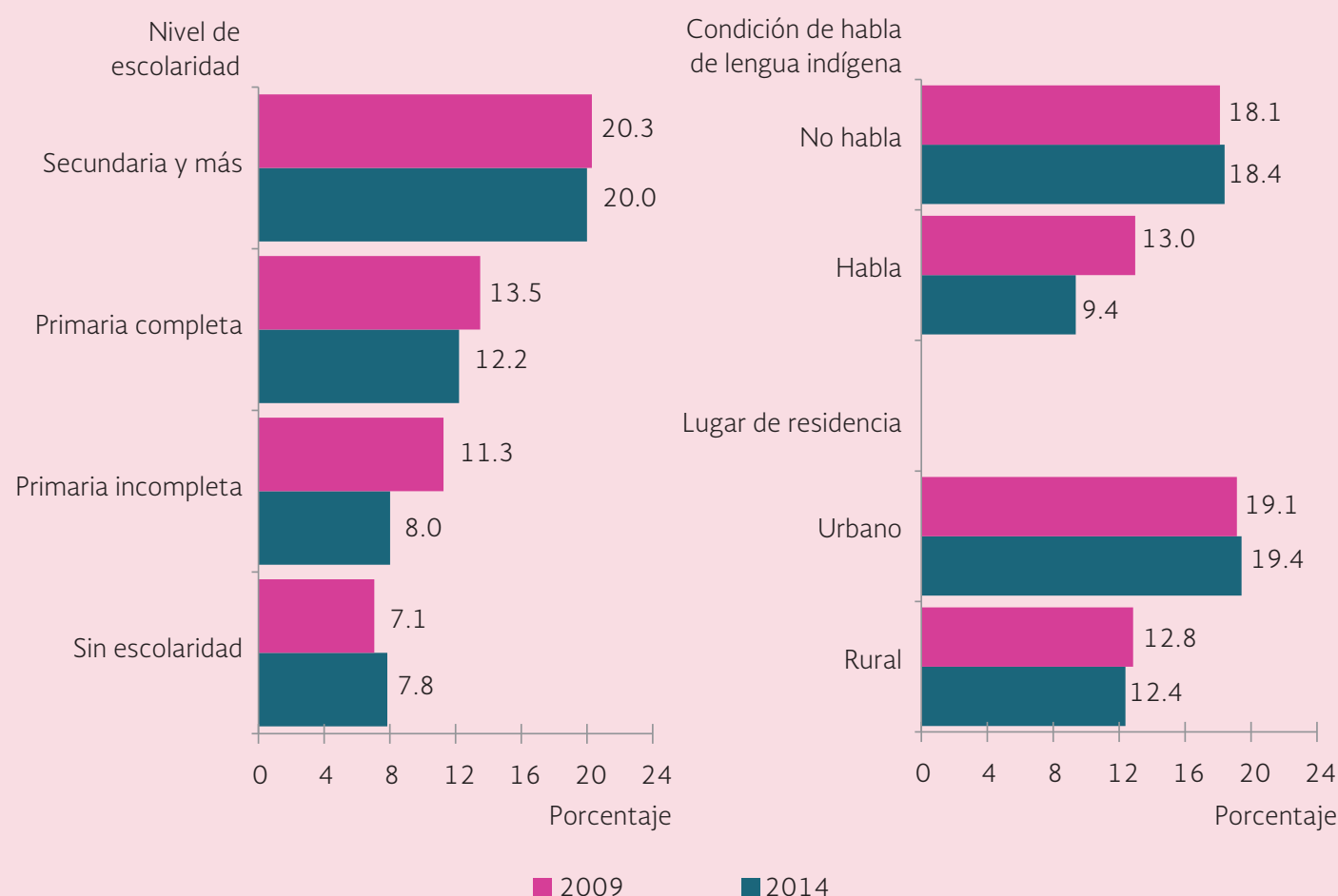
a 19.4 en 2014, lo que indica que una de cada cinco mujeres toma previsiones en pareja; mientras que en las rurales tuvo un valor de 12.8 a 12.4, ampliándose la brecha respecto de las urbanas en puntos porcentuales, de 6.3 en 2009 a 7.1 en 2014. A su vez, en las no hablantes de lengua indígena tampoco se presentaron grandes cambios, en 2009 fue de 18.1 y en 2014 de 18.4; sin embargo, en las hablantes de lengua indígena se redujo en 3.6 puntos porcentuales, pasando de 13.0 a 9.4 por ciento, respectivamente, ampliándose la brecha de 5.2 a 9.0 puntos porcentuales.

Gráfica 6.17. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por situación conyugal y paridez, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.18. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Estos resultados demuestran la falta de inclusión de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva, además, actualmente no se cuenta con una gama más amplia de métodos anticonceptivos para que también ellos puedan elegir. La participación masculina en la prevalencia de uso de las MEPSA se encuentra determinada por el uso del condón masculino, sin embargo, para una mayor efectividad se ha propuesto la doble protección, es decir, que junto con el condón masculino se utilice otro méto-

do para prevenir los embarazos no planeados; aunque en sí mismo el uso del condón masculino es una manera efectiva de prevenir ITS así como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Finalmente, el uso de la vasectomía se mantiene casi estable y en porcentajes muy bajos (2.4% en 2014); se comprueba que aunque la vasectomía no quirúrgica es efectiva, segura y rápida, con pocos efectos secundarios, sigue siendo mucho menos utilizada que la OTB, por lo que es necesario dar con-

sejería adecuada, brindar servicios de calidad con información confiable, además de llevar a cabo campañas de sensibilización que promuevan las buenas prácticas así como las experiencias satisfactorias de los que optaron por ese método anticonceptivo.

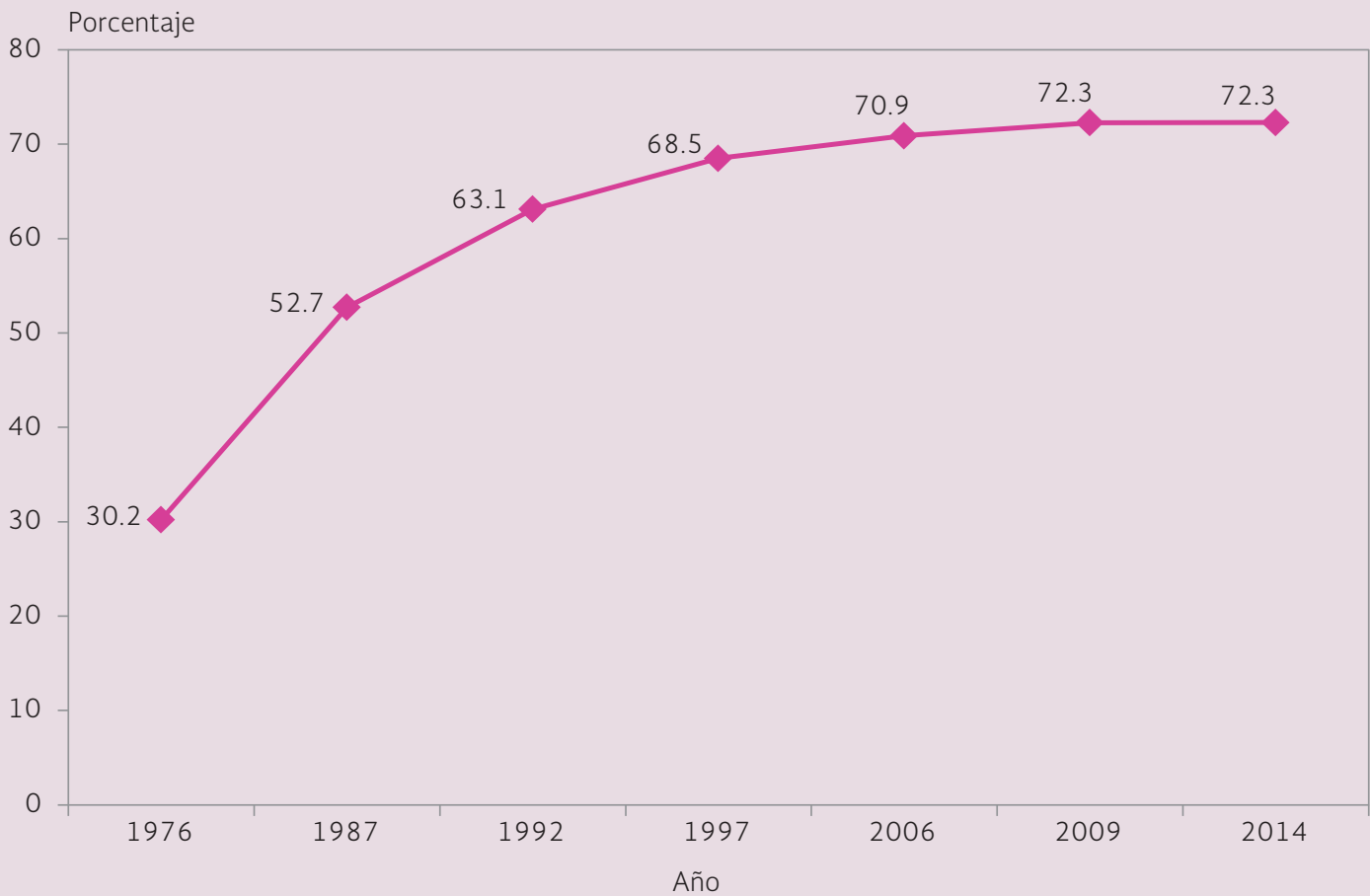
6.4.3. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas

En los últimos 40 años, a partir de la política de población que desde sus inicios fue dirigida exclusivamente a las mujeres casadas o unidas, la

adopción de métodos anticonceptivos se mantuvo en ascenso hasta 2009 al registrarse una prevalencia anticonceptiva de 72.3 por ciento, sin embargo, cinco años después, datos de la ENADID 2014 muestran que hay un estancamiento al registrarse el mismo porcentaje de prevalencia anticonceptiva (véase gráfica 6.19).

Cabe señalar, que en los primeros diez años de la puesta en marcha de los programas se tuvo un avance de 74.5 por ciento de cobertura, y cinco años después todavía el incremento fue de 19.7 por ciento; sin embargo, en la década de 1990 se observa que se co-

Gráfica 6.19. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos, 1976-2014

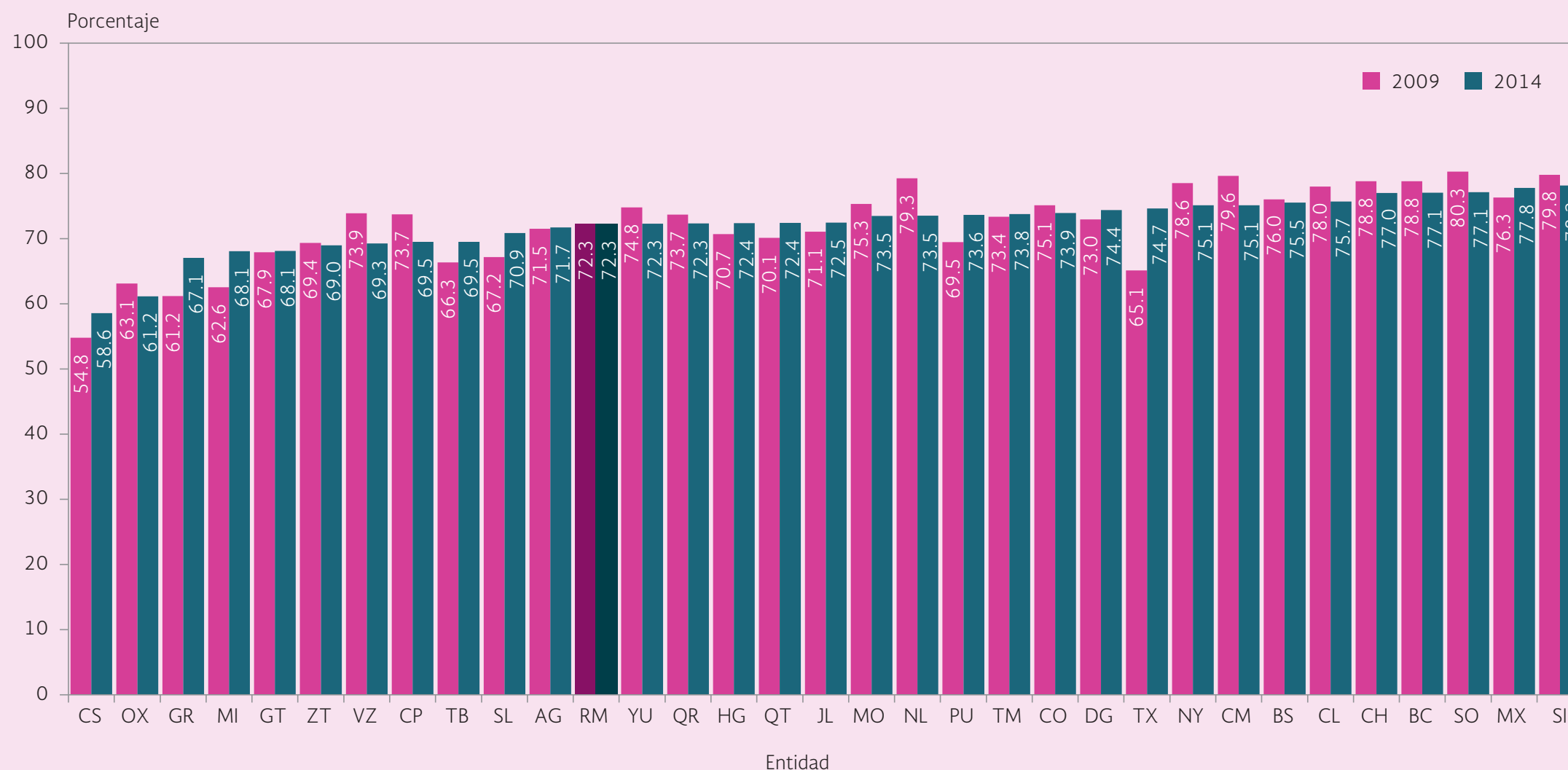


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976; Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, 1997, 2006, 2009 y 2014.

mienza a reducir drásticamente el aumento de la cobertura, esto puede deberse a que algunos grupos de población quedaron excluidos de los programas de planificación familiar, ya sea por barreras institucionales o características propias de la mujeres propiciadas, la mayoría de las veces, por condiciones heterogéneas como el lugar de residencia, la pertenencia étnica, la baja escolaridad y la edad, además de que una vez estabilizado y controlado el crecimiento poblacional, la planificación familiar comienza a perder relevancia en la planeación estratégica a favor de la población y el desarrollo (Cleland, *et al.*, 2006).

Es probable que la instrumentación o el seguimiento, de los programas sobre planificación familiar en las entidades federativas, sea insuficiente pues se encontró que en 17 de éstas descendió el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) que son usuarias de métodos anticonceptivos. Destacan en esta condición: Nuevo León, Veracruz y la Ciudad de México con una reducción en promedio de 5.0 puntos porcentuales (véase gráfica 6.20). Las MEFU residentes de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Michoacán son las que menos prevalencia anticonceptiva tienen, aunque se registra un aumento entre 2009 y 2014

Gráfica 6.20. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

(Chiapas pasó de 54.8 a 58.6%, Guerrero de 61.2 a 67.1%, y Michoacán de 62.6 a 68.1%) excepto en Oaxaca que disminuyó de 63.1 a 61.2 por ciento.

En tanto que las residentes de Sinaloa, México, Sonora, Baja California y Chihuahua presentan una mayor prevalencia anticonceptiva, pero entre 2009 y 2014 en cuatro de estas entidades descendió el porcentaje de usuarias actuales sobre todo en Sonora, al pasar de 80.3 a 77.1 por ciento mientras que en México subió de 76.3 a 77.8 por ciento. Por otra parte, en entidades como Nuevo León, Veracruz y Campeche que en 2009 habían alcanzado una prevalencia anticonceptiva mayor a la presentada a nivel nacional (79.3, 73.9 y 73.7%, respectivamente) en 2014 dos de ellas (Veracruz con 69.3 y Campeche con 69.5%) se ubican dentro de las diez entidades con menor prevalencia anticonceptiva y Nuevo León con 73.5 por ciento deja de ser la entidad con el mayor porcentaje de prevalencia.

La prevalencia anticonceptiva por grupos de edad de las MEFU entre 2009 y 2014 presentó algunos cambios: aumentó en 7.1 puntos porcentuales el grupo de adolescentes unidas (15 a 19 años) al pasar de 44.4 a 51.5 el porcentaje de usuarias actuales; mientras que en el resto de las mujeres por grupos de edad, aunque la variación es menor, disminuyó en 1.4 puntos porcentuales la prevalencia de mujeres de 20 y 24, al pasar de 62.7 a 61.3 por ciento, y de las mujeres de 40 a 44 años de 80.8 a 79.4 por ciento, y en 2.0 puntos porcentuales las de 35 a 39 años al bajar de 80.1 a 78.1 por ciento; en tanto que en las mujeres de 25 a 29, 30 a 34 y 45 a 49 años aumentaron en 1.1, 0.9 y 0.3 puntos porcentuales, respectivamente, su prevalencia anticonceptiva (véase gráfica 6.21).

Al considerar la prevalencia anticonceptiva por la paridez de las MEFU, en el periodo estudiado se encontró que en el grupo de las mujeres sin hijos una de cada tres hace uso de métodos anticonceptivos; de igual manera, en 2009, el mayor porcentaje de usuarias se registró en las mujeres con tres hijos; en segundo lugar las de mayor prevalencia fueron las que tenían dos hijos (78.1%). En 2014, en cambio, las mujeres con cuatro o más hijos se convierten en el segundo grupo con mayor prevalencia (79.6%) al aumentar 2.1 puntos porcentuales respecto de 2009 (77.5%); en tanto que las mujeres con un hijo casi mantuvo el mismo porcentaje entre las dos encuestas (véase gráfica 6.22).

De acuerdo con el nivel de escolaridad de las MEFU, entre 2009 y 2014 el mayor aumento de la prevalencia anticonceptiva se presentó en las mujeres que no tienen escolaridad, al pasar de 60.2 a 62.2 por ciento, y en las de primaria incompleta, al pasar de 67.0 a 68.7 por ciento, sin embargo, dichos porcentajes continúan por debajo del nacional (72.3%). Mientras que las MEFU con primaria completa y con secundaria o más la prevalencia anticonceptiva disminuyó de 71.0 a 70.3 y de 74.2 a 73.5 por ciento, respectivamente (véase gráfica 6.23). Como resultado de estos cambios, la brecha entre las más escolarizadas y las que no cuentan con nivel alguno baja de 14.0 a 11.3 puntos porcentuales.

Por lugar de residencia, en las zonas rurales el aumento fue de 3.0 puntos porcentuales, pasó de 63.7 a 66.7 por ciento en el periodo, en tanto que en las residentes urbanas descendió un poco el porcentaje (74.9 a 74.1%), por lo que la brecha entre las rurales y urbanas bajó de 11.2 a 7.4 puntos porcentuales. Mientras que por condición



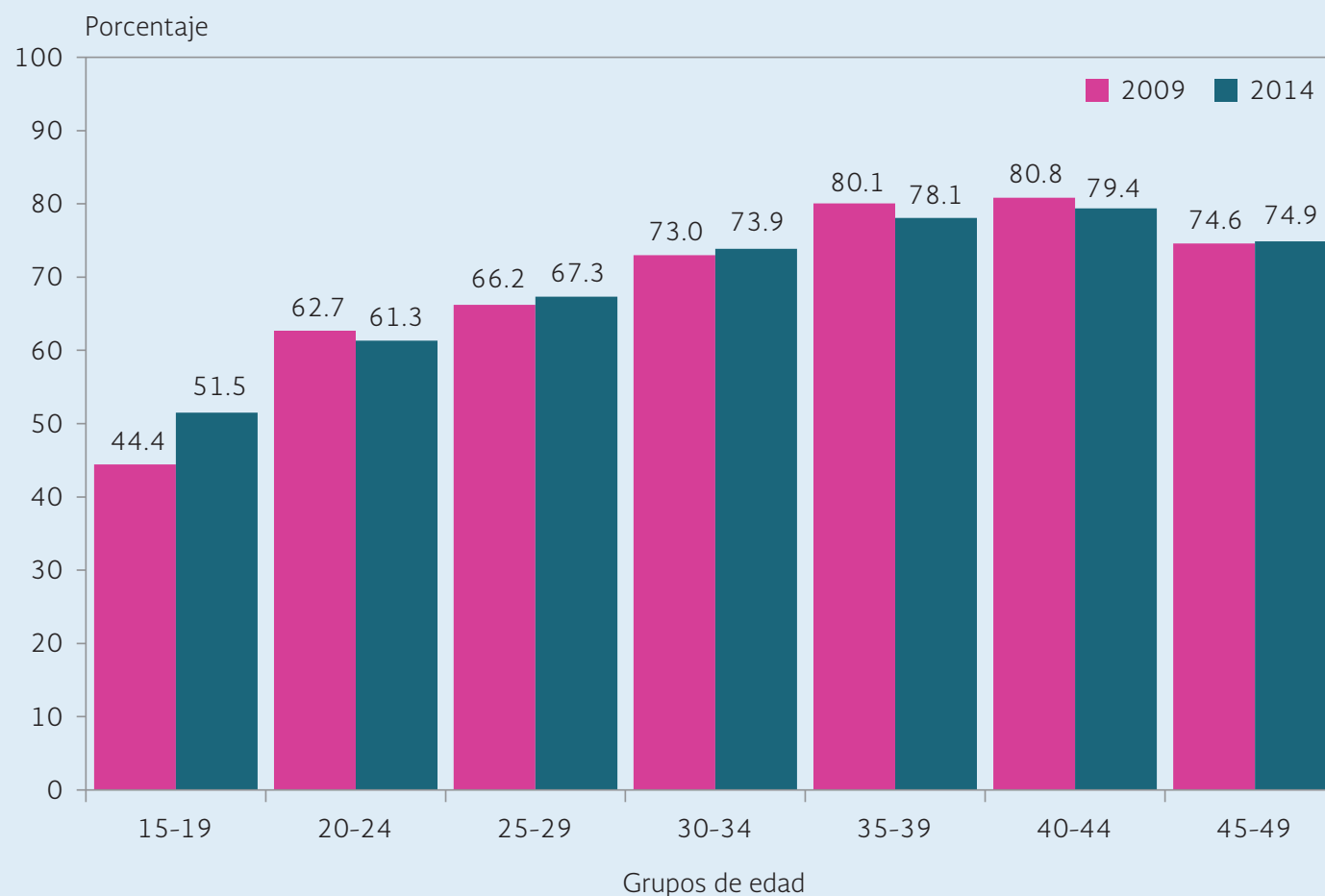
de habla de lengua indígena no se visualizaron cambios significativos entre los dos años, por lo que la brecha se mantuvo en alrededor de 15.0 puntos porcentuales.

El estancamiento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil unidas, aunado al escaso aumento en la cobertura de mujeres en condiciones de vulnerabilidad, resulta preocupante, en tanto que alude a un descuido o desatención incluso en la población que cuenta con características socioeconómicas más favorables para tener acceso al uso de métodos anticoncepti-

vos, como es el caso de las mujeres con niveles de escolaridad alto, las de secundaria y más, lo cual también se ve reflejado en que más de la mitad de las entidades federativas (17 de las 32) tengan una disminución en la cobertura.

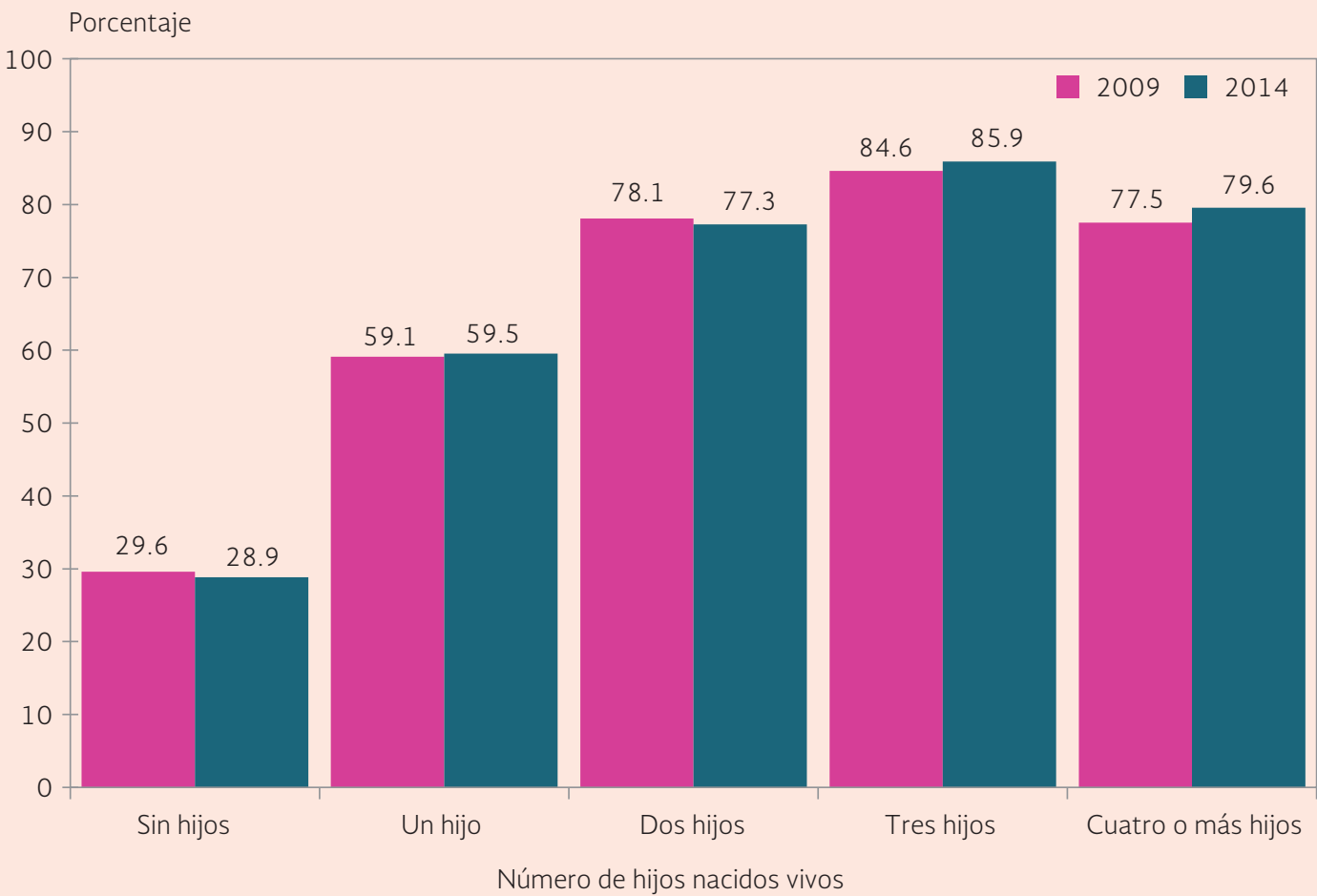
Sin embargo, cabe destacar que en las adolescentes se visibiliza un aumento de la prevalencia anticonceptiva, el cual aún es insuficiente porque todavía cerca de la mitad de las unidas no usa métodos, convirtiéndose en población latente de demanda de servicios salud materno-infantil o de atención de ITS. Situación que se podría prevenir si se asegurara el

Gráfica 6.21. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.22. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por paridez, 2009 y 2014



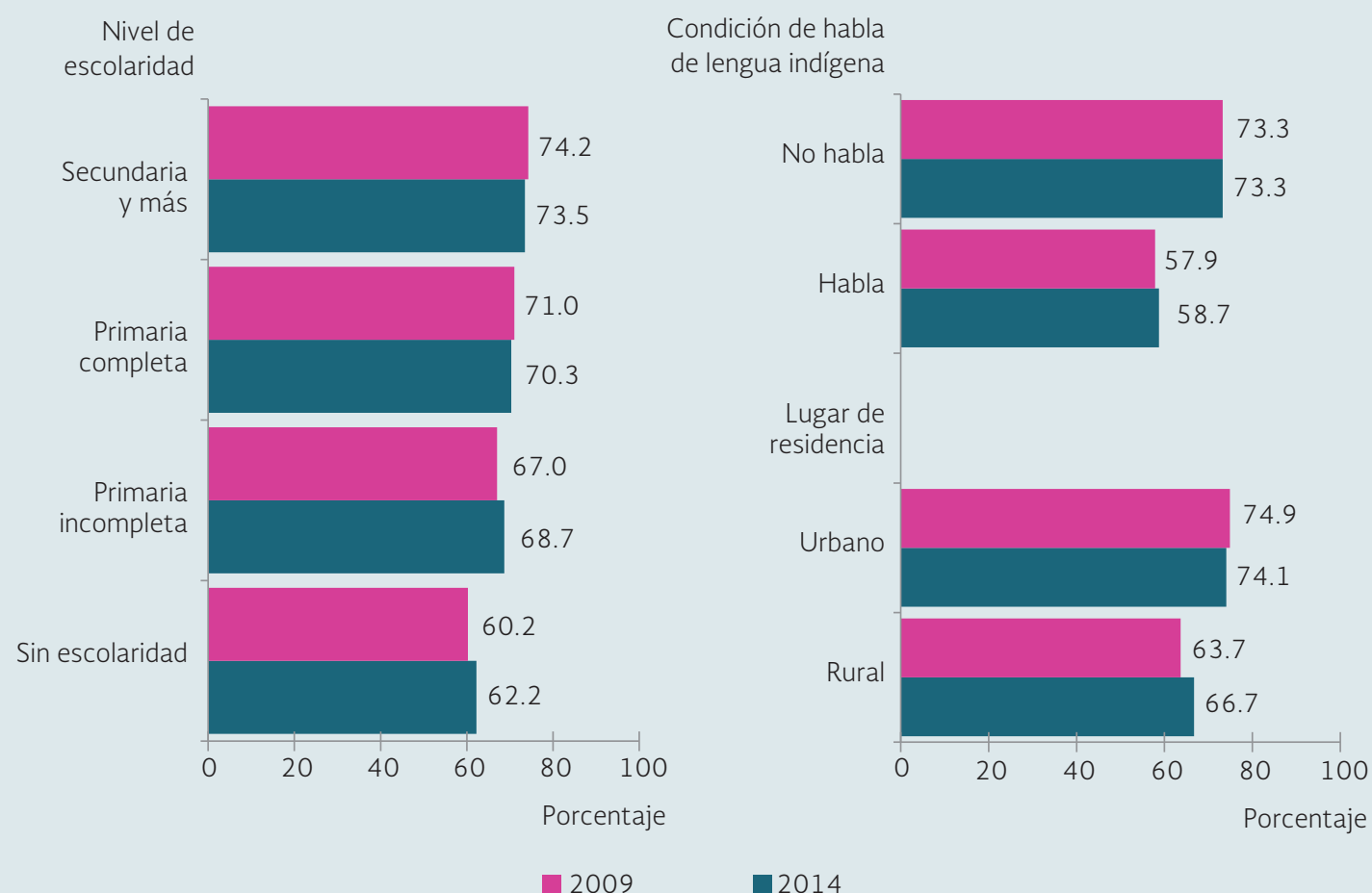
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

acceso y la calidad en la atención en los centros de salud a todas las mujeres sin importar la edad.

Estos resultados nos llevan a reforzar los programas de planificación familiar y anticoncepción, considerando la capacitación de los agentes de salud que tienen a su cargo la responsabilidad de brindar información y consejería, de forma independiente a sus creencias y criterios personales, a toda la po-

blación que acuda a un servicio de salud; además, se deberá garantizar el abastecimiento de toda la gama de métodos anticonceptivos en los diferentes centros de salud, y así transitar a una mayor promoción del uso de métodos modernos y la doble protección (un método moderno y el uso del condón) que garantice evitar los embarazos no planeados y el contagio de alguna ITS.

Gráfica 6.23. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009 y 2014



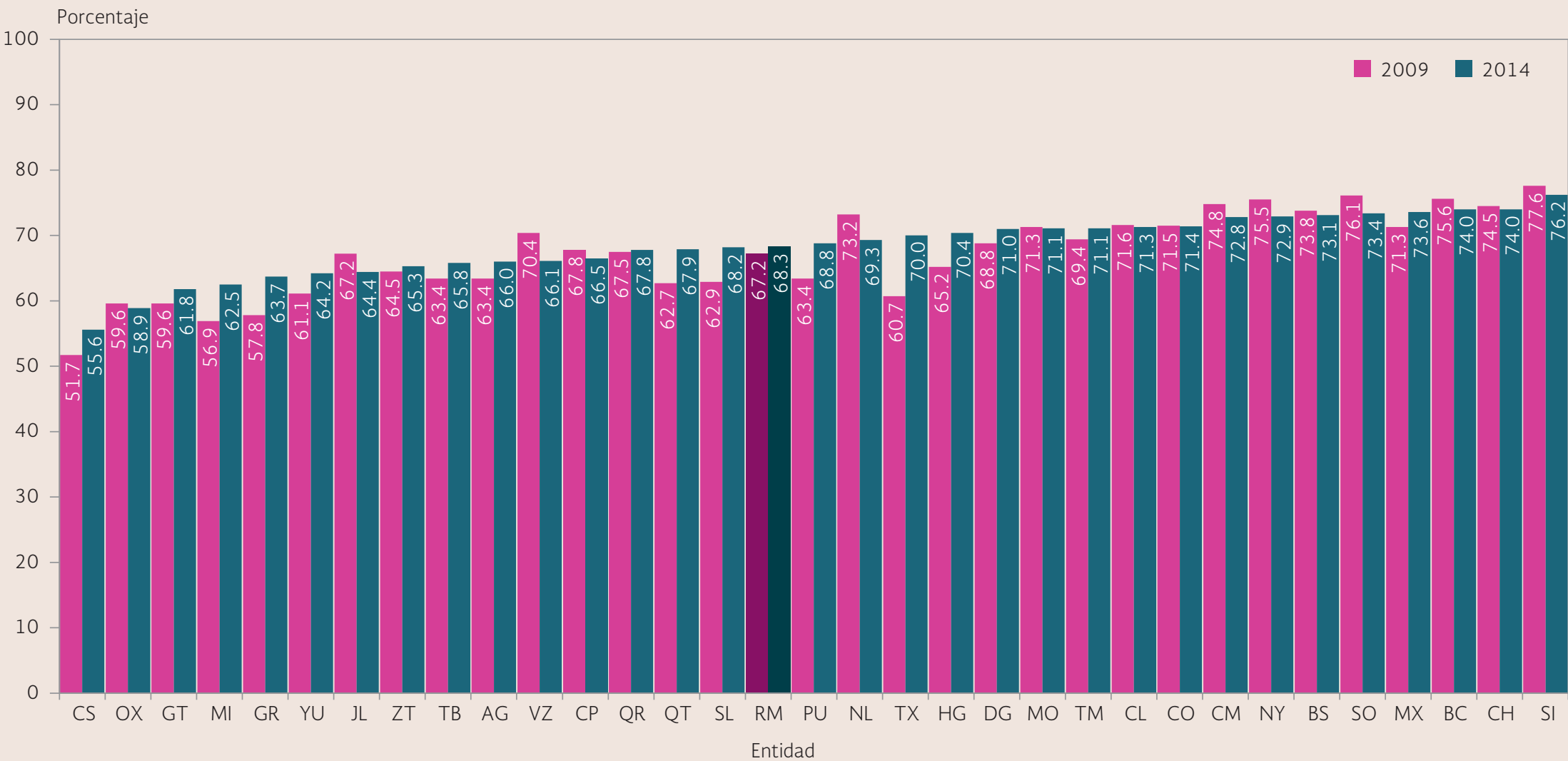
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

6.4.4. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres en edad fértil unidas

Entre 2009 y 2014 aumentó en 1.6 por ciento el porcentaje de MEFU usuarias de métodos modernos al pasar de 67.2 a 68.3 por ciento; por entidades federativas destaca Tlaxcala con un incremento de 9.2 puntos porcentuales, situándose entre los estados con mayor prevalencia respecto a lo estimado

a nivel nacional; le sigue Guerrero, que a pesar del aumento en 5.9 puntos porcentuales continúa siendo de las entidades con menor prevalencia respecto al nacional. En contraste, Chiapas obtuvo el menor porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos modernos aunque registró un aumento durante el periodo de estudio al pasar de 51.8 a 55.6 por ciento; Sinaloa, a su vez, fue la entidad con el mayor porcentaje de usuarias, aunque éste disminuyó durante el periodo de 77.6 a 76.2 por ciento (véase gráfica 6.24).

Gráfica 6.24. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2009 y 2014

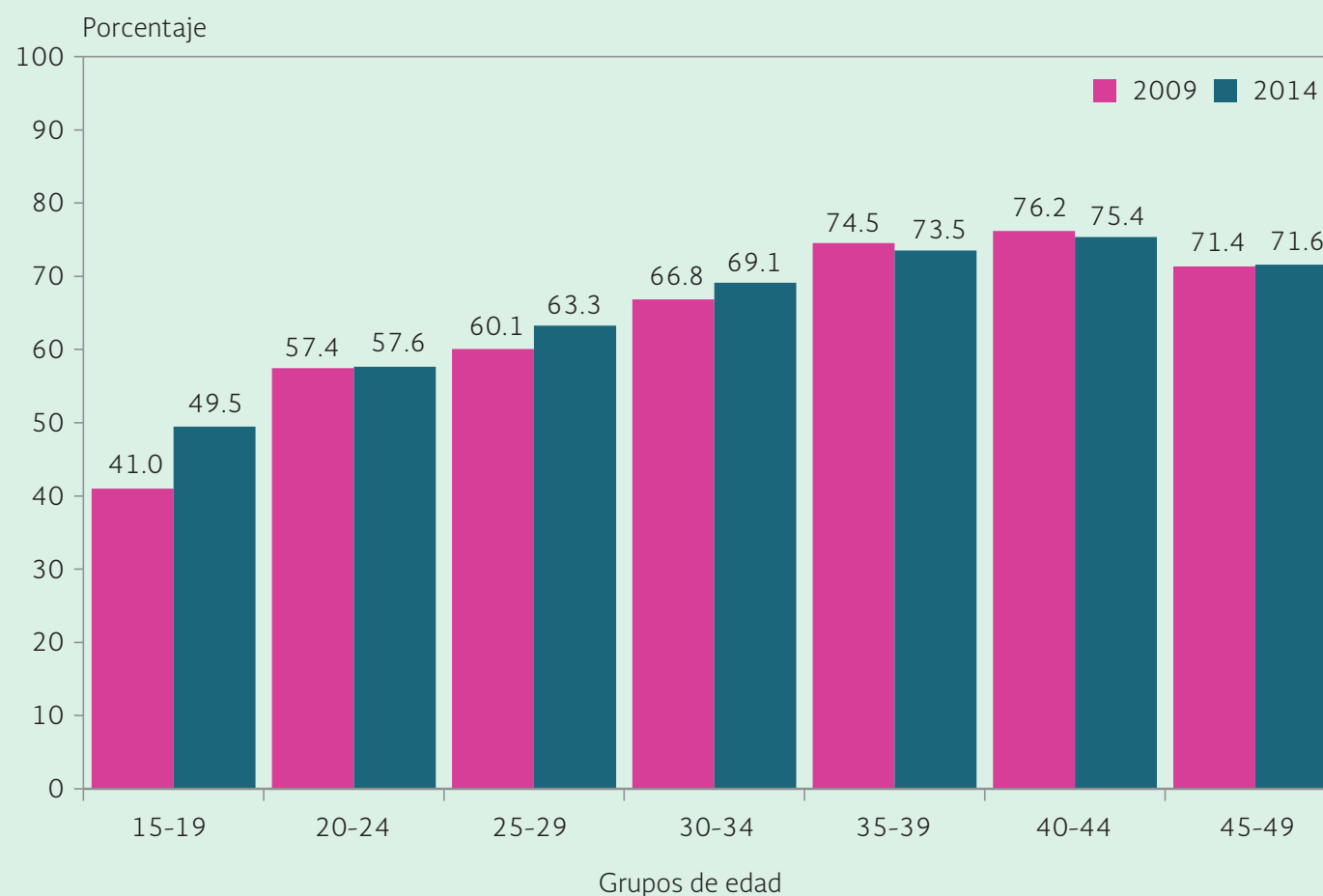


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Por otra parte, se incrementó el porcentaje de adolescentes usuarias entre las dos encuestas, en 20.7 por ciento, al pasar la prevalencia de uso de métodos modernos, de 41.0 a 49.5 (véase gráfica 6.25); seguidas por las mujeres de 25 a 29 años, con 5.3 por ciento de incremento (al pasar de 60.1 a 63.3%). Las de 30 a 34 años pasaron de 66.8 a 69.1 por ciento, con un aumento de 3.4 puntos porcentuales; en el caso de los grupos de 20 a 24 y 45 a 49

años, el porcentaje casi se mantuvo (57.4 y 57.6% y 71.4 y 71.6%, respectivamente); en tanto que las de 35 a 39 años y 40 a 44 años el porcentaje de usuarias bajó de 74.5 a 73.5 por ciento y de 76.2 a 75.4 por ciento, respectivamente. En 2014, resalta que a partir del grupo de 30 a 34 años la prevalencia es mayor a la presentada a nivel nacional (68.3%), debido a que son las edades en las que deciden realizarse la OTB para limitar su descendencia.

Gráfica 6.25. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticonceptivos modernos por grupos de edad, 2009 y 2014



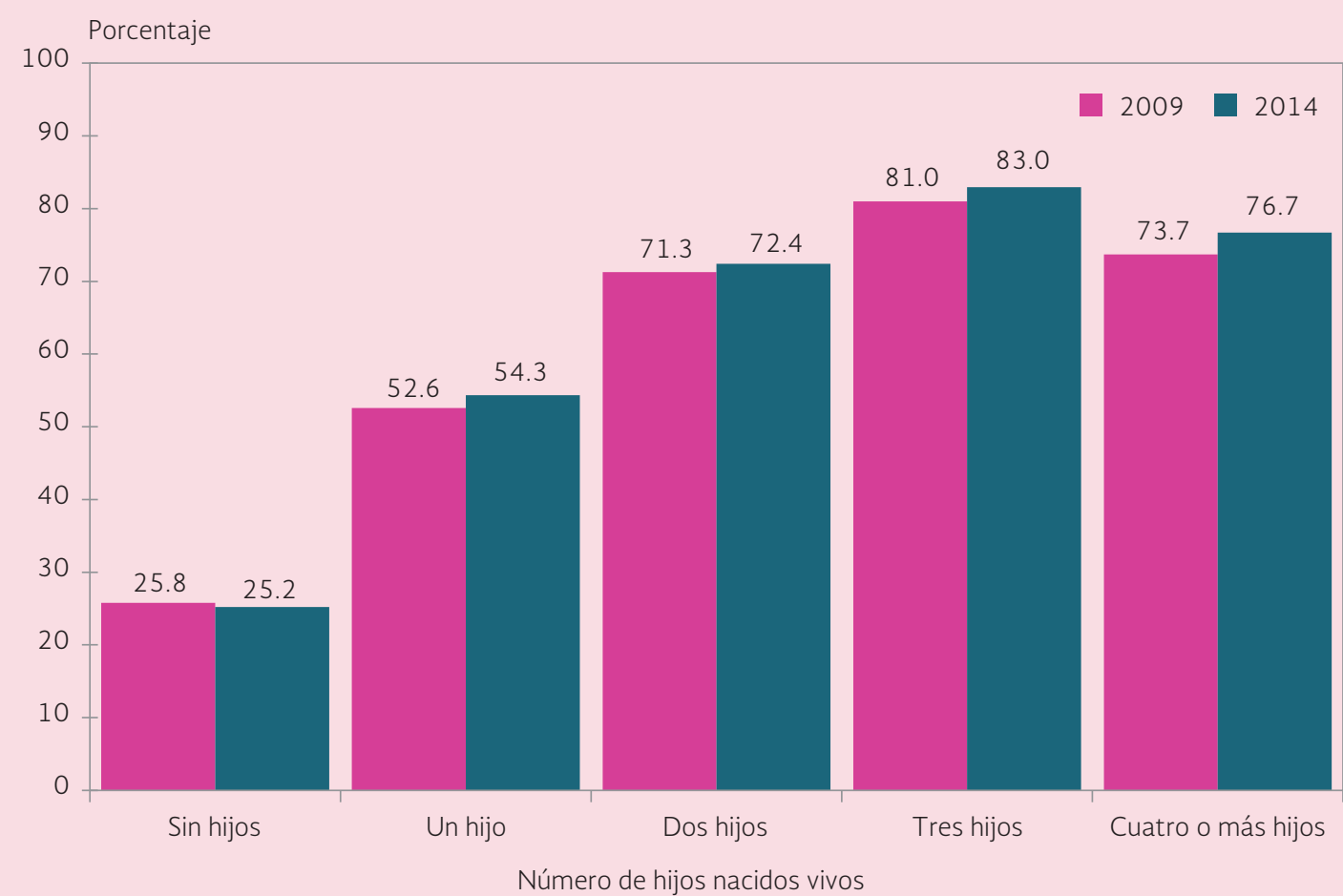
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

De acuerdo a la paridez de las MEFU, se encontró que el porcentaje de mujeres que usa métodos anticonceptivos es mayor al estimado a nivel nacional en 2009 (67.2%) y en 2014 (68.3%) a partir de las que tienen dos hijos (de 71.3 y 72.4%, respectivamente), véase gráfica 6.26; el máximo de usuarias se registró en las que tienen tres hijos, ya que el porcentaje fue de 81.0 y 83.0, para después bajar en la mujeres con cuatro hijos o más de 73.7 y 76.7 por ciento; como se puede apreciar, en todos los casos anteriores se presentó un incremento durante

el periodo estudiado de 1.5, 2.5 y 4.1 por ciento, respectivamente. Mientras que en las mujeres con un hijo, pese a que aumenta de 52.6 a 54.3 por ciento, entre 2009 y 2014, todavía se queda por debajo del porcentaje nacional, y en el caso de las mujeres sin hijos solo una de cada cinco hace uso de métodos modernos tanto en 2009 como en 2014.

Al analizar el nivel de escolaridad se observa que, a diferencia de la prevalencia total de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil unidas, entre 2009 y 2014 aumentó el número de mujeres

Gráfica 6.26. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por paridez, 2009 y 2014

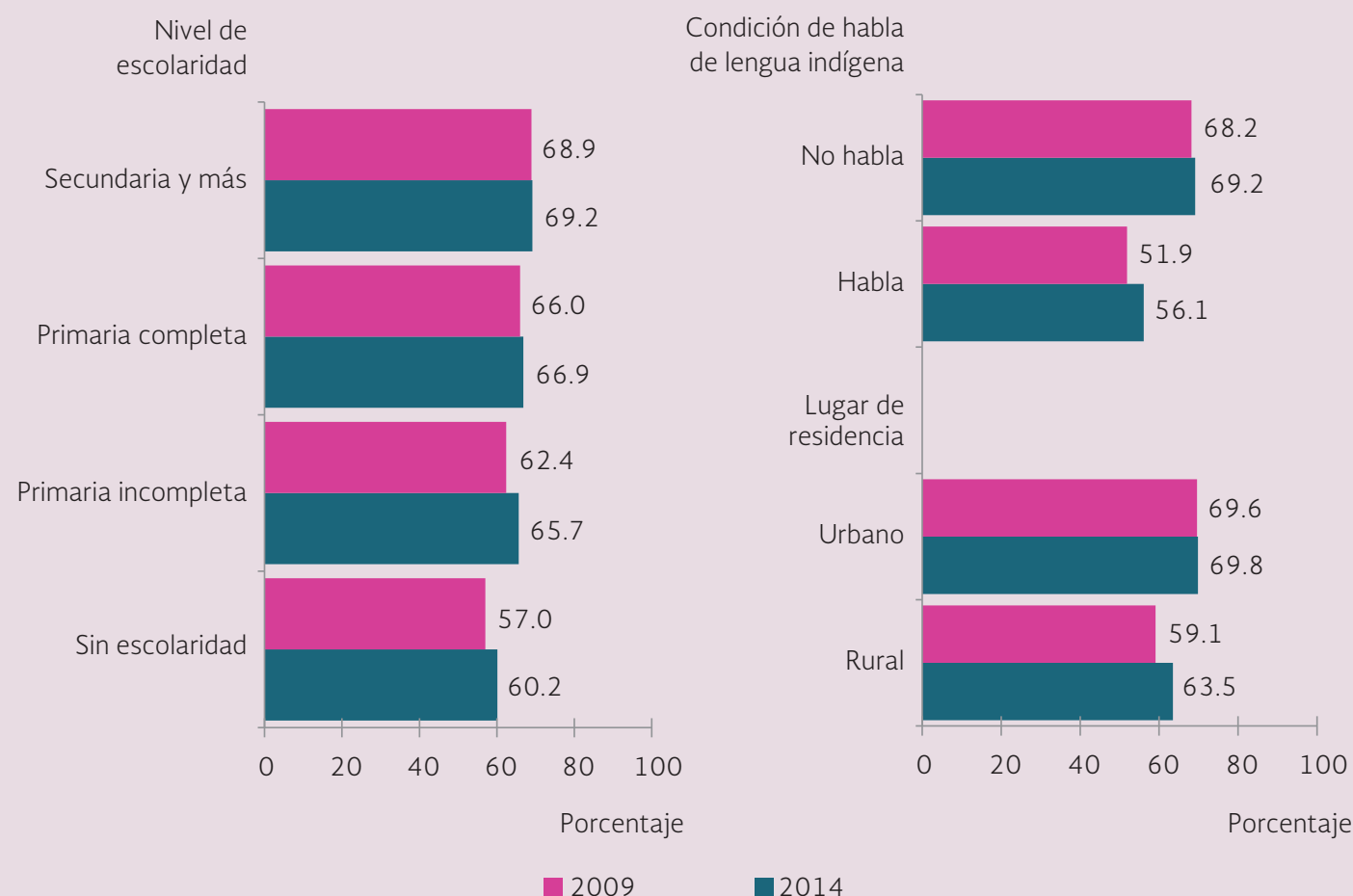


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

que hicieron uso de anticonceptivos modernos en todos los niveles de escolaridad aunque en mayor medida en las MEFU sin escolaridad y con primaria incompleta (3.2 y 3.3 puntos porcentuales, respectivamente); asimismo, dicho porcentaje aumenta conforme se incrementa la escolaridad en ambos años estudiados, otro aspecto importante es que la brecha se reduce de 11.9 a 9.0 puntos porcentuales entre las mujeres sin escolaridad y las que cuentan con secundaria o más (véase gráfica 6.27).

En cuanto al lugar de residencia de las MEFU, el mayor incremento se presentó en las residentes de zonas rurales (4.4 puntos porcentuales) respecto a las urbanas (0.2 puntos porcentuales), reduciéndose la brecha de 10.5 a 6.3 puntos. Por otra parte, al considerar la condición de habla de lengua indígena se presentó el mismo comportamiento, es decir, las hablantes de lengua indígena subieron en 4.2 puntos porcentuales su prevalencia respecto a las no hablantes, lo cual se tradujo en la reducción de la brecha entre hablantes y no hablantes al pasar de 16.3 a 13.1 puntos porcentuales.

Gráfica 6.27. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

El uso de métodos anticonceptivos modernos permite a las usuarias tener una mayor certeza de protección contra el riesgo de tener embarazos no planeados o de contraer ITS, sin embargo, estos resultados muestran cómo al dejar de lado a la planificación familiar y anticoncepción como parte fundamental de la planeación estratégica a favor del desarrollo del país ocasiona que se verifique un retroceso en la atención de la salud sexual y repro-

ductiva, ya que los grupos que habían alcanzado altos porcentajes de cobertura tienden a bajar y se ralentiza el avance en la población adolescente, rural o indígena, que son grupos que, por recomendaciones realizadas en Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010, deberían considerarse como prioritarios para lograr un aumento real en la cobertura de uso de métodos anticonceptivos.

6.4.5. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas

En el caso de las mujeres en edad fértil unidas, tanto en 2009 como en 2014, una de cada siete mujeres (14.4%) reportó estar usando métodos anticonceptivos porque su pareja se hizo la vasectomía, usa el condón masculino o porque recurren a métodos tradicionales.³⁶ Por entidad federativa se encontró que en 14 de las 32 entidades federativas se incrementó el porcentaje de participación masculina, de las cuales destaca Jalisco con un aumento de 6.5 puntos porcentuales, al pasar de 14.4 a 20.9, y colocándose en 2014 como la entidad federativa con mayor porcentaje de participación respecto de los demás estados; en caso contrario se obtuvo que Chiapas fue la entidad con el menor porcentaje, aunque entre 2009 y 2014 hubo un aumento de 7.8 a 8.8 por ciento (véase gráfica 6.28).

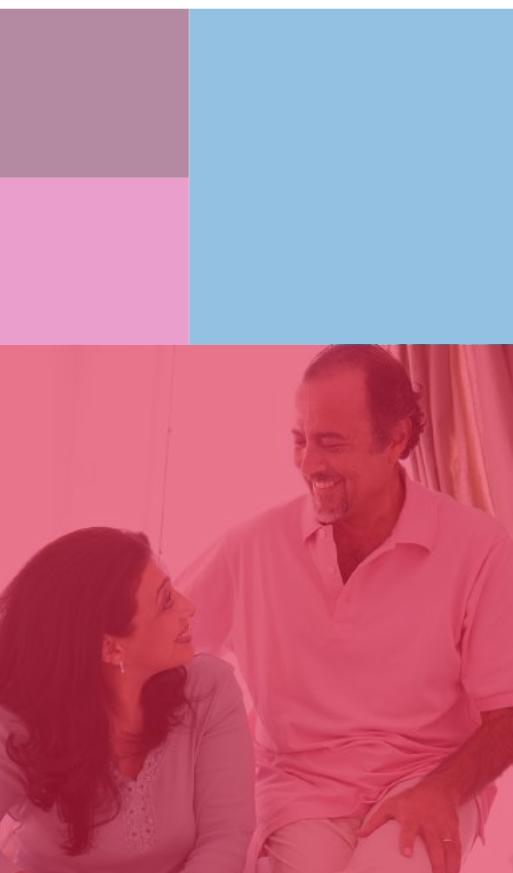
De acuerdo al grupo de edad de las mujeres en edad fértil unidas, se observó que el mayor descenso de la participación masculina en el periodo se dio entre las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años, quedando en 2014 con porcentajes de participación muy similares a los presentados en los otros grupos de mujeres; por otra parte, la participación de los hombres con las adolescentes apenas se acerca al estimado a nivel nacional, quedando así que las mujeres entre 30 a 34 años son las que tuvieron el mayor porcentaje con 16.0 por ciento; por último, los dos grupos de edad de 40 a 49 años fueron los que presentan el menor porcentaje de participación masculina,

aunque aumentaron durante el periodo en uno y casi dos puntos porcentuales (véase gráfica 6.29).

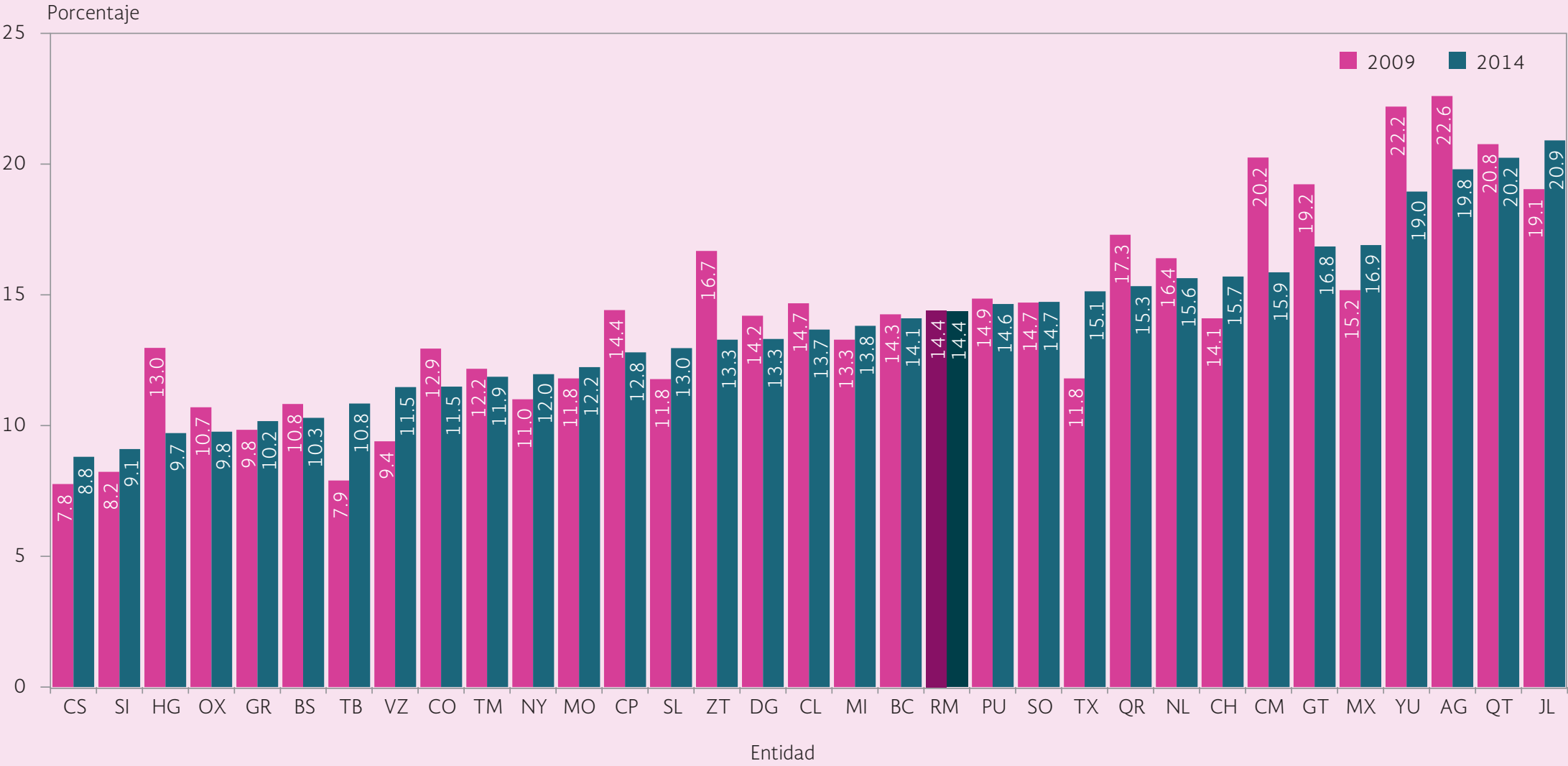
Al considerar la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de las MEFU por paridez (véase gráfica 6.30), se obtuvo que las mujeres con un hijo fueron las que contaron con una mayor presencia de los hombres en la anticoncepción desde 2009 (19.6%), aunque dicho porcentaje bajó a 19.0 en 2014; les siguen las mujeres con dos hijos, quienes alcanzaron 18.8 por ciento en 2009 y en la siguiente encuesta también disminuyó a 17.4. Llama la atención que en las dos encuestas, el porcentaje de participación de los hombres en la prevalencia de las mujeres sin hijos es mayor (14.5 y 15.7%) al registrado en las mujeres con tres (10.8 y 11.1%) o cuatro hijos y más (8.2 y 7.9%).

Por nivel de escolaridad de las MEFU la participación masculina, entre 2009 y 2014, sigue siendo incipiente, pues los niveles de participación más altos se obtuvieron en las mujeres con secundaria y más, de 16.6 y 16.4 por ciento, respectivamente. Es posible que la ausencia de campañas para difundir y promover el uso de métodos anticonceptivos en los varones, aunado a factores culturales y sociales, esté causando que los hombres no asuman con responsabilidad su salud sexual y reproductiva. Esto se ve reflejado también en el descenso del porcentaje de participación masculina en las mujeres con primaria completa, que pasó de 12.0 a 10.2 por ciento durante el periodo; en las mujeres sin escolaridad se mantienen los porcentajes muy bajos (6.1% en ambos años) y en las mujeres con primaria incompleta disminuyó la participación de ellos de 9.0 a 7.3 por ciento (véase gráfica 6.31).

³⁶ Se clasifican como métodos tradicionales el ritmo, calendario, *billings* o abstinencia periódica y retiro o coito interrumpido.

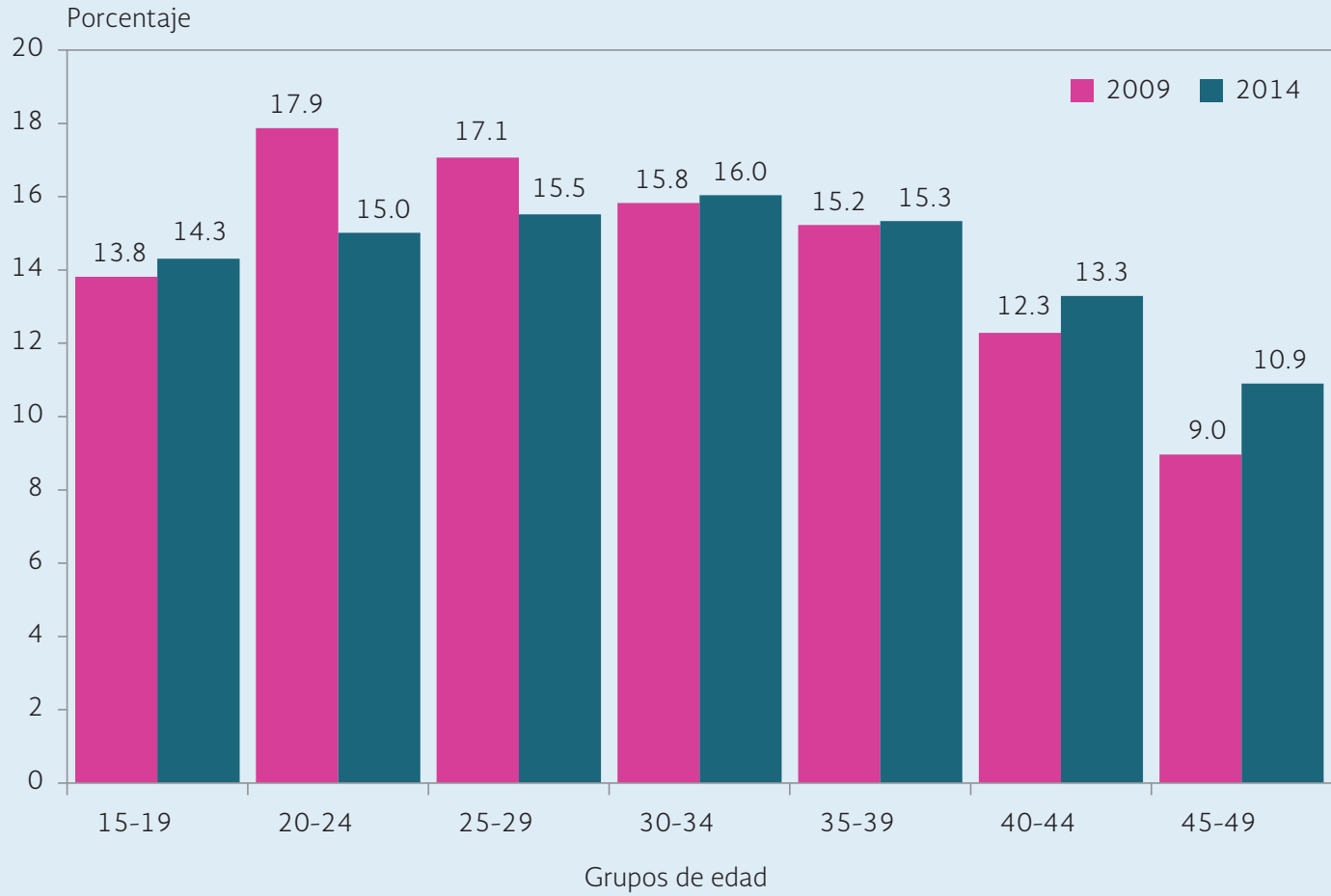


Gráfica 6.28. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2009 y 2014



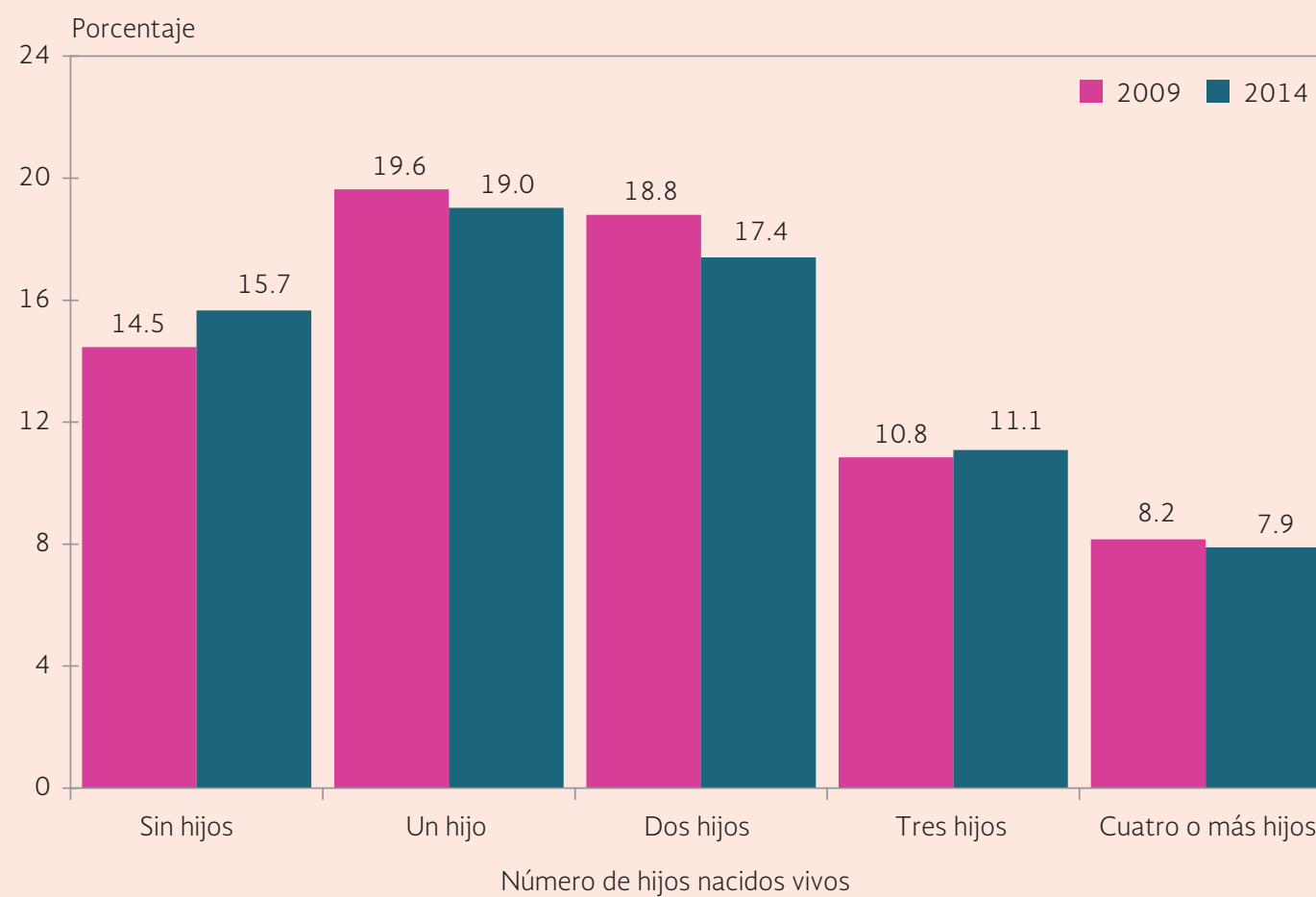
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.29. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2009 y 2014



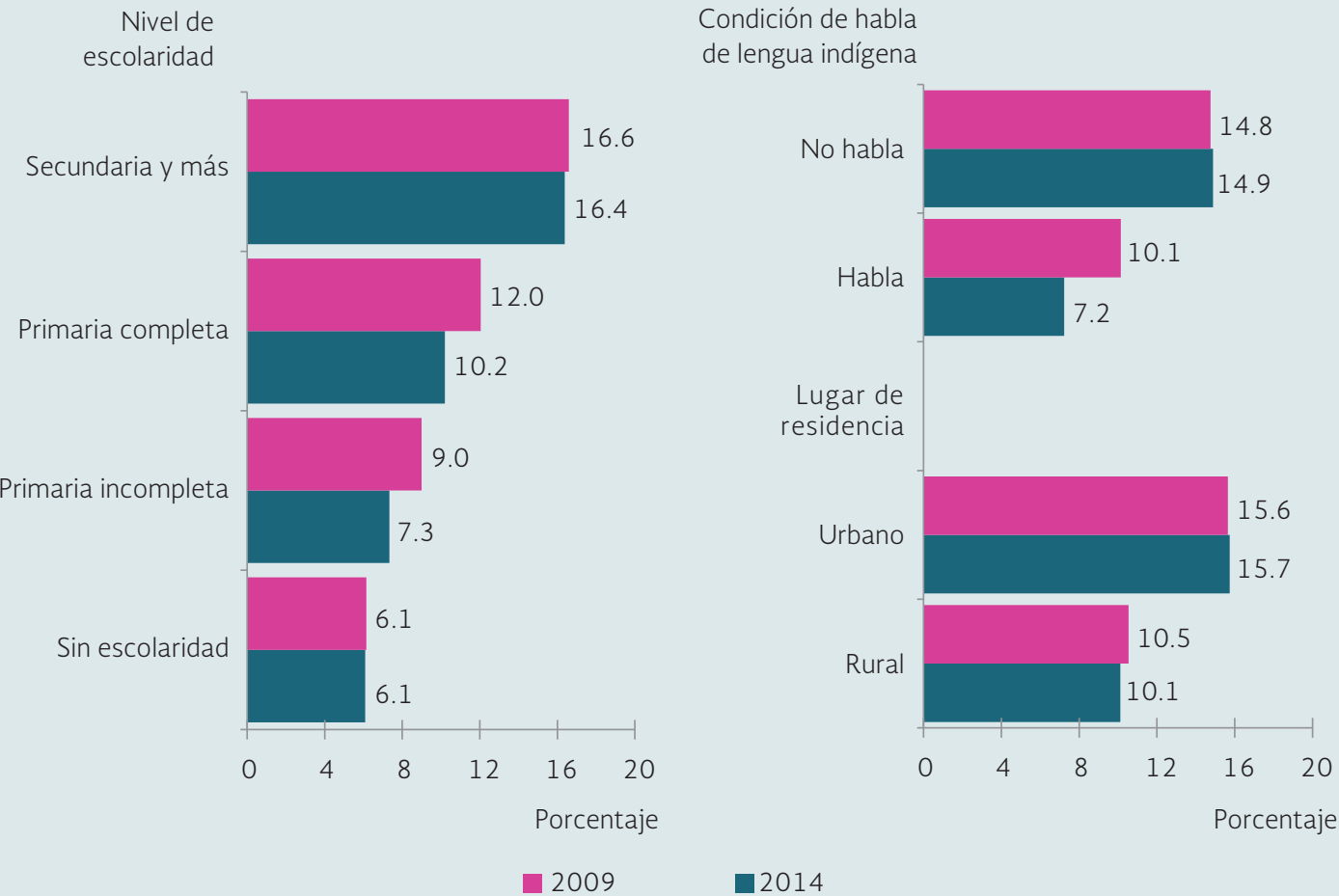
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.30. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por paridez, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.31. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

En las zonas urbanas el porcentaje de participación masculina se mantuvo casi igual entre 2009 y 2014 (15.6 y 15.7%) y lo mismo sucedió en las rurales (10.5 y 10.1%). En tanto que, por condición de habla de lengua indígena, en las mujeres no hablantes no se presentaron cambios, el porcentaje pasó de 14.8 a 14.9 por ciento; sin embargo, en las hablantes de lengua indígena, que en 2009 tenían una baja proporción de participación masculina (10.1%) disminuye en 2014 a 7.2 por ciento.

A pesar de que en los últimos años hay una mayor difusión de las políticas y acciones que buscan la equidad de género, todavía se muestra una insuficiente instrumentación transversal de dicha perspectiva, tanto en la política pública como en los servicios proporcionados en materia de planificación familiar y anticoncepción (Presidencia de la República, 2011); se asume que no se ha logrado permear en temas de salud sexual y reproductiva, ni establecer estrategias en las instituciones de salud o sociales que permita al personal promover en igual medida el uso de métodos para hombres como para mujeres. Un ejemplo claro se muestra en las campañas para detectar a tiempo el virus del papiloma humano (VPH), el cual es transmitido por los varones pero no se hace ningún tipo de recomendación para que ellos tomen las medidas pertinentes para evitar el contagio a sus parejas.

Es necesario plantear nuevas masculinidades para acercarlos como sujetos de derecho en la salud sexual y reproductiva. Masculinidades que permitan romper tabús y estereotipos de género que impiden, por ejemplo, la práctica de la vasectomía, ya que "... se sitúa en un contexto complejo desde el cual el grupo de hombres entrevistados la define y considera, de forma contradictoria, como una práctica y un mé-

todo anticonceptivo de la SSR que unas veces atenta y otras no contra el cuerpo y la virilidad de los hombres. La aceptación y el rechazo, su práctica y oposición a ella, y el lugar desde donde se enuncia, los sitúa en una movilidad y un reposicionamiento dentro de las estructuras de prestigio" (Huerta Rojas, 2007: pág. 500).

Por otra parte, la reducción de la participación masculina en mujeres indígenas podría estar mostrando algunos aspectos que van desde los ya mencionados factores culturales que soslayan a la mujer al ámbito privado de reproducción, y por ende, como única responsable de la prevención anticonceptiva; o estaría mostrando también algunos efectos de las políticas de salud dirigidas a este grupo, que si bien han concentrado sus esfuerzos, éstos se dirigen principalmente (sino que casi exclusivamente) a las mujeres indígenas, por lo que los servicios de salud también tendrían que replantear de manera clara los estereotipos de género en sus programas de acción. Por último, esta reducción puede también ser resultado del aumento que las MEFU hablantes de lengua indígena presentaron en el uso de métodos modernos, esto es, los métodos tradicionales de amplio uso entre la población indígena y en los que se necesita la participación activa del varón fueron desplazados por algún método moderno del que solo se necesita el control de la propia mujer.

6.5. Tipo de método anticonceptivo actualmente utilizado

La disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos favorece el uso siempre y cuando se satisfagan las necesidades de las personas, asimismo, la distribución de la prevalencia anticonceptiva de acuerdo al método permite conocer tanto la variedad ofertada



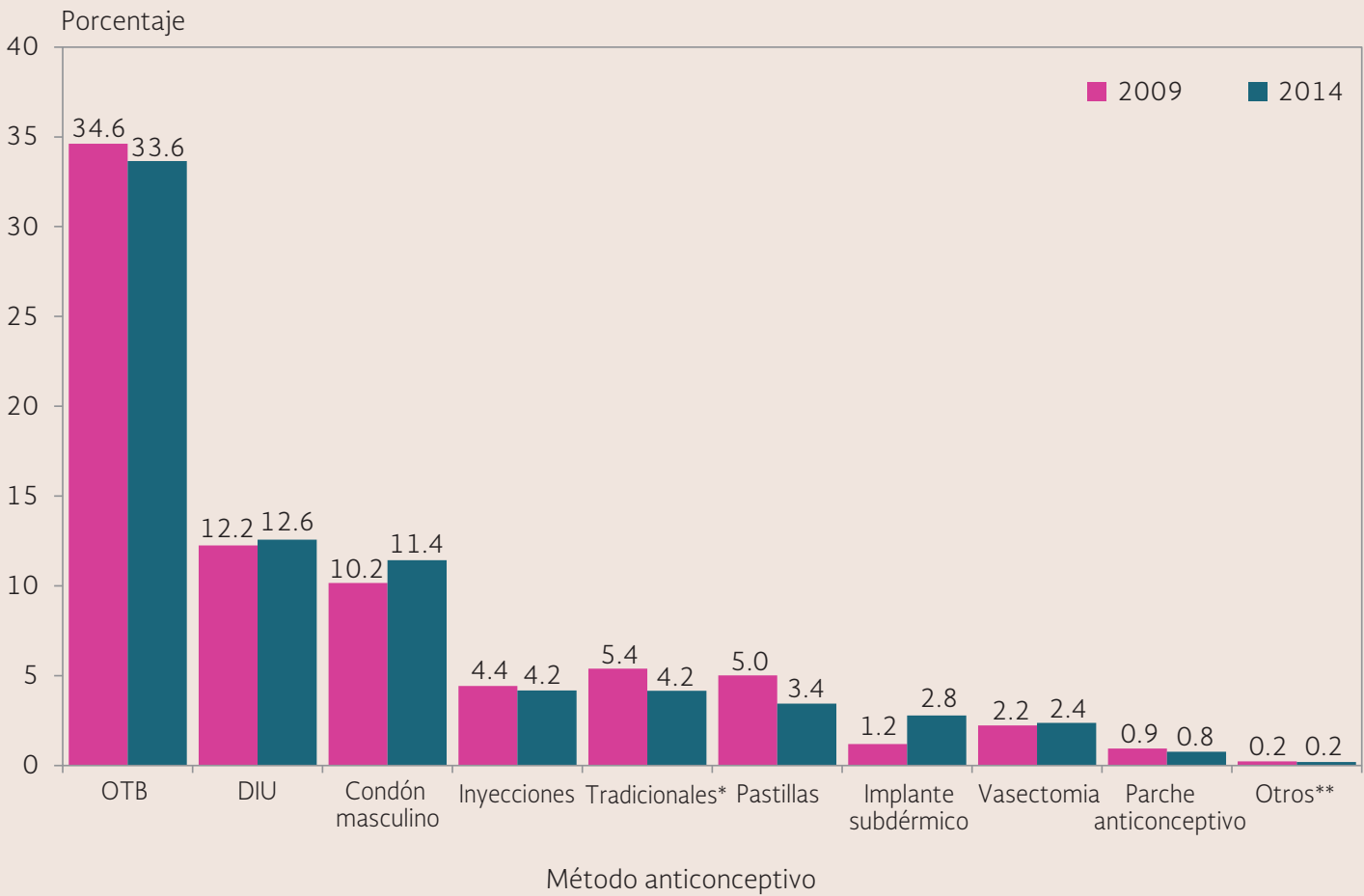
como la preferencia de las parejas por cada uno de éstos (Meneses, 2014). Además, la estructura o mezcla del uso de los anticonceptivos permite identificar cuál es el tipo de demanda y sugiere características de acceso, abasto y desabasto que debe realizarse.

En ese sentido, la información que se presenta sobre el tipo de métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), que como se ha visto en las secciones anteriores incluye a las mujeres unidas, a las solteras y a las ex-unidas, permitirá aproximarnos tanto a

las necesidades de anticoncepción de este grupo de población que está expuesto al riesgo de tener un embarazo no planeado o de adquirir alguna ITS, como a los factores que puedan dificultar el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos.

En la gráfica 6.32 se aprecia que entre 2009 y 2014 más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva de las MEFSA se determina básicamente por las usuarias de tres métodos, (que aunque difieren en el porcentaje de uso mantienen el mismo orden); por ejemplo, el principal método es la oclusión tuba-

Gráfica 6.32. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método, 2009 y 2014



*Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica y retiro.
**Otros: Condón femenino, pastilla de emergencia y otros.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

ria bilateral (OTB), que en 2009 la usaban 34.9 por ciento de las MEFSAs y para 2014 baja a 33.6 por ciento; el segundo más usado es el DIU, con porcentajes de usuarias de 12.2 y de 12.6 en esos mismos años; y en tercer lugar el condón masculino, que fue usado por 10.2 por ciento de las MEFSAs en la encuesta de 2009 y para 2014 aumentó a 11.4 por ciento.

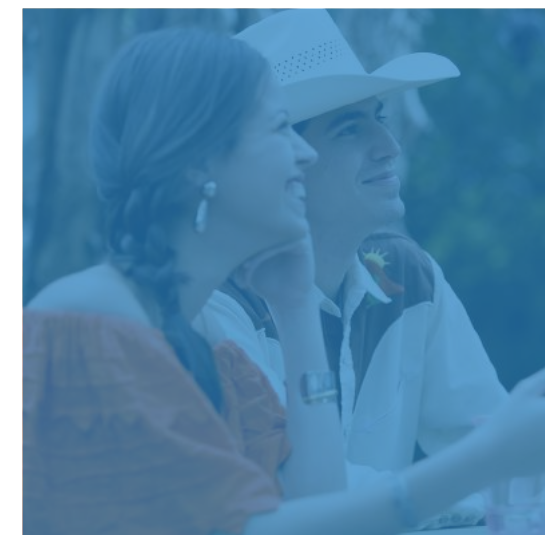
Es posible que la baja prevalencia de algunos métodos anticonceptivos se deba al desconocimiento funcional, o a que no se tiene acceso a toda la gama de métodos que existe en el mercado, como es el caso de las inyecciones o las pastillas, que se deben administrar de forma regular y continua. Las inyecciones, por ejemplo, en 2009 el porcentaje de usuarias fue de 4.4 y para 2014 pasó a 4.2; las pastillas, con 5.0 y 3.4 por ciento en el periodo, las cuales quedaron desplazadas incluso por los métodos tradicionales (ritmo y retiro) cuyos porcentajes fueron de 5.4 y 4.2, respectivamente. De igual forma, el uso de la vasectomía continúa siendo bajo y con cambios poco significativos (2.2 y 2.4% en las dos encuestas), ocasionando que en 2014 fuera ligeramente superado por las usuarias del implante subdérmico, que en 2009 lo usó 1.2 por ciento de las MEFSAs y para 2014 aumentó a 2.8 por ciento; quedando en último lugar el uso del parche anticonceptivo con 0.9 y 0.8 por ciento, respectivamente.

Al analizar el tipo de método anticonceptivo que utilizaron las MEFSAs por grupos quinquenales de edad, en 2014 se obtuvo que las adolescentes usan principalmente el condón masculino (38.1%) y el DIU (26.7%), le sigue el uso del implante subdérmico (11.1%) y las inyecciones (10.8%), después las pastillas (5.6%) y los métodos tradicionales (4.9%), aunque en porcentajes más bajos. En el caso de las mujeres de 20 a 24 años, el 97.3 por ciento de las usuarias recurre a siete métodos anticonceptivos,

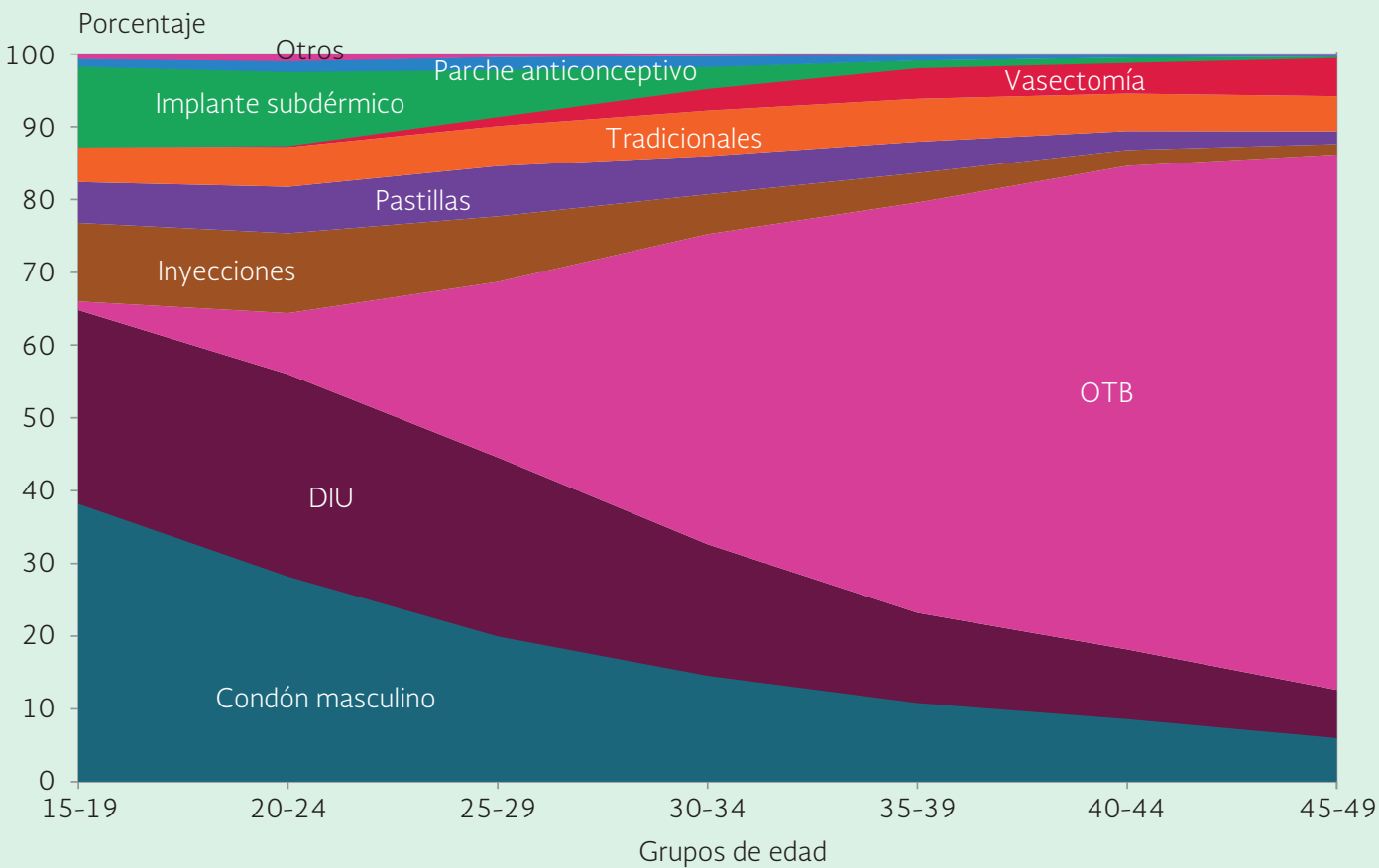
aunque la preferencia se refleja por el condón masculino (28.1%) y el DIU (27.8%), le siguen las inyecciones (11.0%), el implante subdérmico (10.3%), y la OTB (8.4%); y un tercer grupo recurre a las pastillas (6.4%) y métodos tradicionales (5.4%), en este grupo de MEFSAs se destaca que una de cada 12 mujeres comienza a utilizar métodos anticonceptivos para limitar su descendencia (véase gráfica 6.33).

En el grupo de 25 a 29 años, la mayor preferencia se distribuye en tres métodos anticonceptivos, el DIU (24.6%), la OTB (24.1%) y el condón masculino (19.9%), le siguen las usuarias de inyecciones (9.0%), de pastillas (6.9%), del implante subdérmico (6.6%) y de métodos tradicionales (5.5%). A partir del grupo de MEFSAs de 30 a 34 años, la OTB se convierte en el método anticonceptivo más utilizado (42.5%), le sigue el DIU, aunque en menor porcentaje (18.1%) y el condón masculino (14.5%), además del uso de tradicionales (6.2%), inyecciones (5.5%), pastillas (5.2%); y disminuyen las usuarias de implante subdérmico (3.1%), pero la vasectomía sube a 3.1 por ciento.

En las MEFSAs usuarias de 35 a 39 años, más de la mitad usa OTB (56.2%) y alcanza hasta 66.3 y 73.4 por ciento de usuarias en los grupos de 40 a 44 años y 45 a 49 años, lo que indica que en estos grupos de edad es más marcada la necesidad de limitar los nacimientos, aunque continúan también con el uso de métodos que permiten espaciar embarazos como el DIU, que baja en estos grupos de edad a 12.5, 9.7 y 6.7 por ciento, respectivamente; lo mismo ocurre con el condón masculino, los porcentajes fueron de 10.8 en 35 a 39, de 8.6 en 40 a 44 y de 6.0 en 45 a 49 años. Llama la atención que el cuarto método más utilizado sean los tradicionales (5.9, 5.1 y 4.8%, respectivamente) dejando de lado a las pastillas e inyecciones



Gráfica 6.33. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad según tipo de método, 2014



*Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica y retiro.
**Otros: Condón femenino, pastilla de emergencia y otros.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

cuyos porcentajes fueron de menos de 2.0 en el último grupo de edad de MEFSa (pastillas: 4.3, 2.6 y 1.8% e inyecciones: 4.1, 2.2 y 1.4%, respectivamente) y finalmente la vasectomía aumenta a 4.3 por ciento en las de 35 a 39 años, a 4.4 por ciento en las de 40 a 44 y a 5.4 por ciento en las de 45 a 49 años.

Asimismo, cabe señalar que el parche anticonceptivo, a pesar de que presentó un incremento en el uso por grupos de edad, se observa que lo utilizan las mujeres de 15 a 34 años pero en porcentajes entre uno y cerca del dos por ciento. El poco uso de este

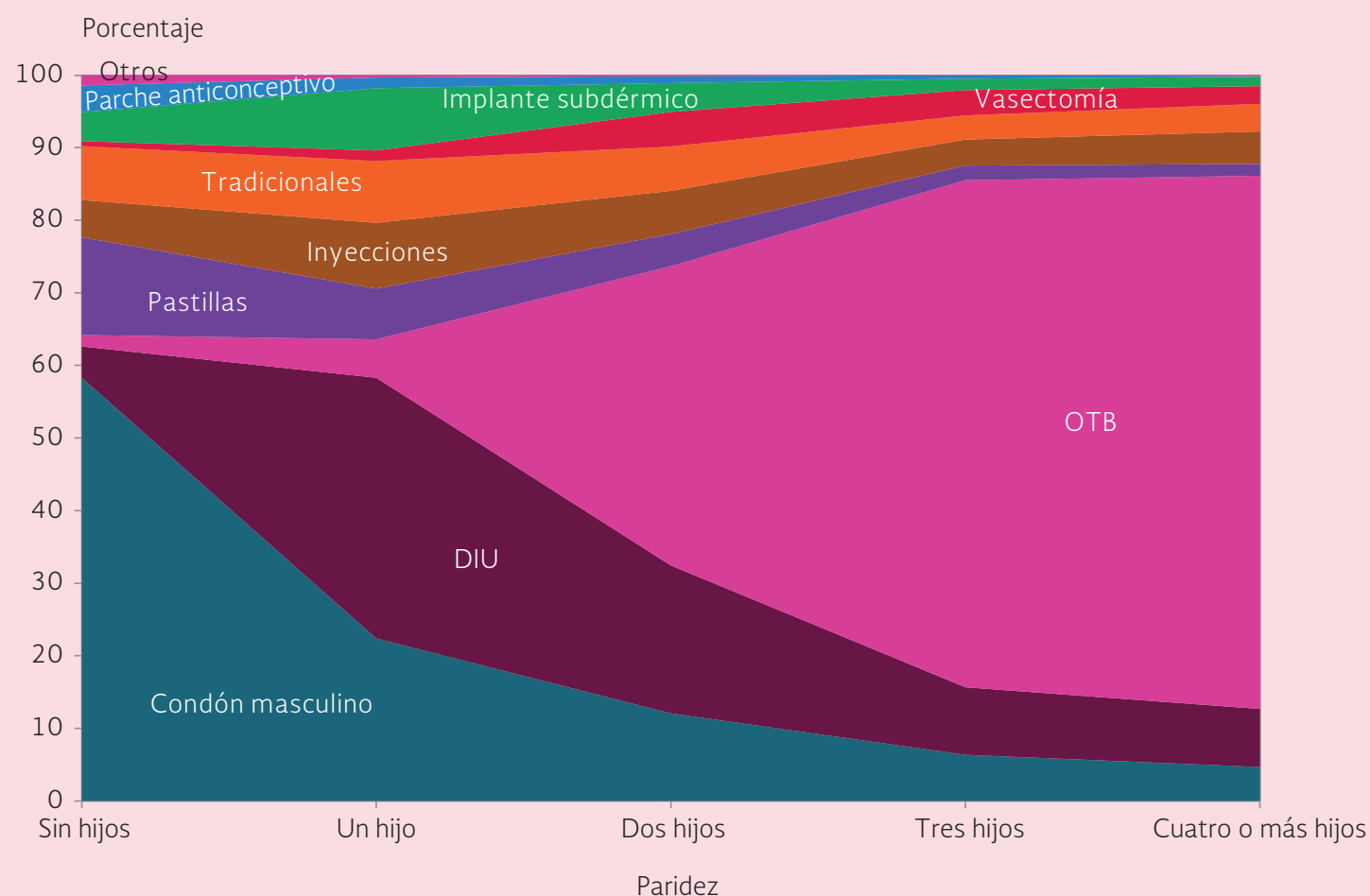
método puede relacionarse con el desconocimiento funcional que reportan las mujeres, y también con la poca disponibilidad en las instituciones de salud.

Al considerar la paridez de las MEFSa, se observó que entre las mujeres sin descendencia la mayoría utiliza el condón masculino (58.3%) y el resto se distribuye principalmente entre el uso de pastillas (13.5%), métodos tradicionales (7.4%), inyecciones (5.1%), DIU (4.3%), el implante subdérmico (4.0%) y el parche anticonceptivo (3.7%). Cuando tienen un hijo(a), la preferencia es del DIU con 35.9 por ciento

y del condón masculino con 22.4 por ciento; cabe señalar que aumenta el porcentaje de usuarias de inyecciones (9.1%), implante subdérmico (8.6%), de métodos tradicionales (8.5%) y de la OTB (5.3%). En tanto que entre las que tienen dos hijos(as) el 73.7 por ciento de las usuarias se concentra en tres tipos de anticonceptivos la OTB (41.2%), el DIU (20.4%) y el condón masculino (12.1%) y en el resto destaca el uso de métodos tradicionales (6.1%), de inyecciones

(6.0%), de vasectomía (4.8%), de pastillas (4.4%) y de implante subdérmico (4.0%). Finalmente en las mujeres de tres y cuatro hijos(as) o más la mayoría de las mujeres hace uso de la OTB con 69.8 y 73.4 por ciento, respectivamente; bajando así a 9.3 y 8.0 por ciento las usuarias de DIU; a 6.4 y 4.7 por ciento las usuarias de condón masculino; a 3.6 y 2.4 por ciento las usuarias de inyecciones; a 3.5 y 2.4 por ciento de vasectomía, respectivamente (véase gráfica 6.34).

Gráfica 6.34. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por paridez según tipo de método, 2014



*Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica y retiro.

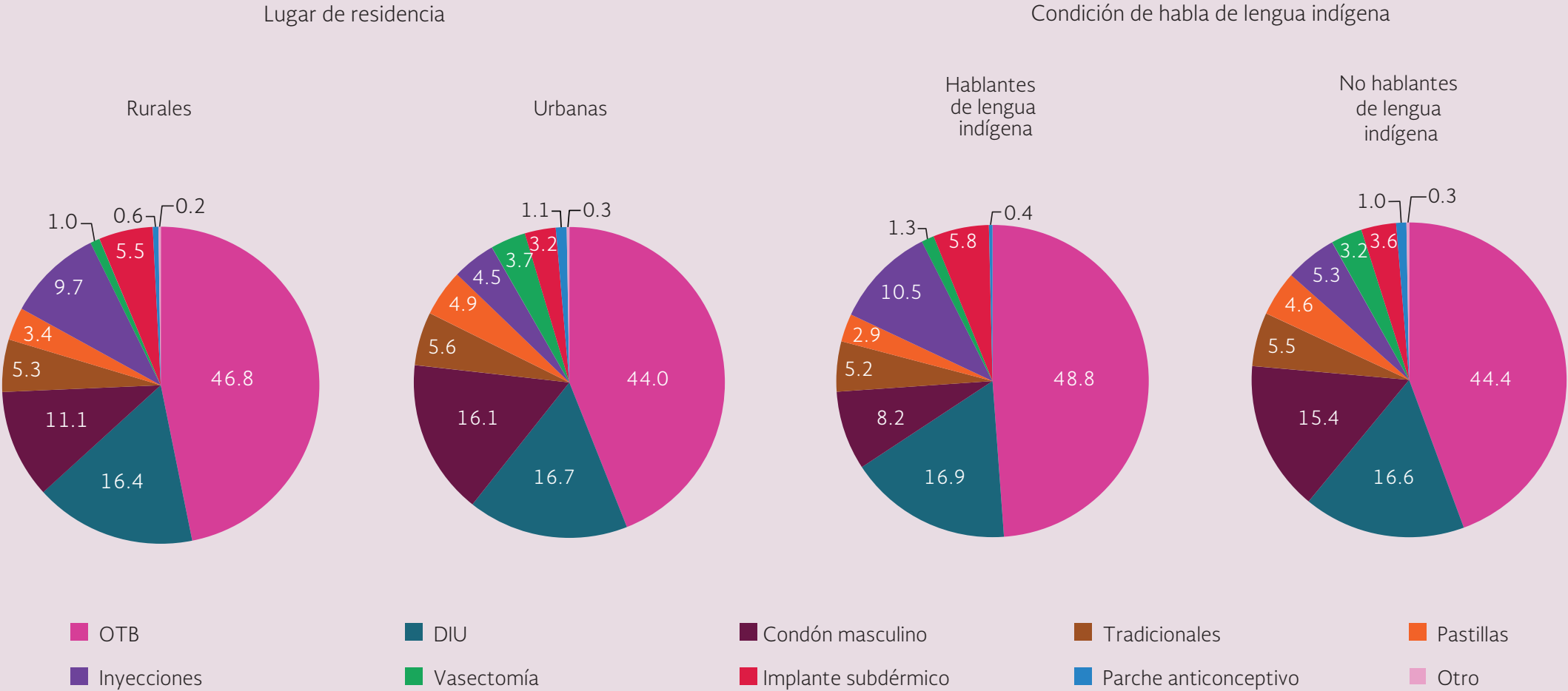
**Otros: Condón femenino, pastilla de emergencia y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Por lugar de residencia de las MEFSAs, se obtuvo casi el mismo patrón de uso de métodos anticonceptivos, por ejemplo, tanto en zonas rurales como en urbanas cerca de la mitad ha decidido limitar su descendencia por lo que gran parte de ellas recurrieron a la OTB (46.8 y 44.0%, respectivamente) y 1.0 por ciento en rurales y 3.7 por ciento en urbanas a la vasectomía; en segundo lugar hacen uso del DIU y; en tercer lugar del condón masculino, pero en las rurales destaca aún el uso de las inyecciones. De igual forma, se observa que por condición de habla de lengua indígena de las

MEFSA, en las hablantes la mitad ha decidido no tener más hijos (48.8% tiene OTB y 1.3% su pareja se realizó la vasectomía) mientras que en las no hablantes aunque también el uso es sobre todo para limitar, el porcentaje de mujeres con OTB es menor (44.4%) y mayor en hombres con vasectomía (3.2%); asimismo, en ambos grupos el método más utilizado para espaciar los nacimientos es el DIU (16.9 y 16.6%, respectivamente); y en segundo lugar, entre las hablantes de lengua indígena, fueron las inyecciones mientras que en las no hablantes fue el condón masculino (véase gráfica 6.35).

Gráfica 6.35. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2014



*Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica y retiro.

**Otros: Condón femenino, pastilla de emergencia y otros.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

De acuerdo a la ENADID 2014, la mezcla de métodos anticonceptivos que 95.4 por ciento de las mujeres sexualmente activas utilizan fue el que ellas mismas solicitaron en el centro de salud; cabe señalar, que dicho porcentaje disminuye a 88.8 por ciento en las mujeres adolescentes y a 91.8 por ciento en las mujeres sin hijos; sin embargo, en ambos casos las razones principales por las que no usan el método solicitado se debió a que contaban con una situación delicada de salud, por recomendación médica, o porque no había el anticonceptivo solicitado.

Asimismo, cabe destacar que la prevalencia anticonceptiva de las MEFSa se encuentra determinada, sobre todo, por el uso de la OTB, ya que se observa que conforme aumenta la edad posiblemente alcanzan la paridad deseada, por lo que buscan utilizar un método anticonceptivo que les permita limitar su descendencia; en dicha prevalencia o uso de este método se acumulan las mujeres que lo van adoptando puesto que es irreversible y mientras se encuentren en edad reproductiva se reconocerán como usuarias actuales del método. En tanto que en las adolescentes y jóvenes, es claro que principalmente usan anticonceptivos para espaciar los embarazos y como se ha visto a lo largo del tema, la mayoría lo comienzan a usar una vez que tienen a su primer hijo, por lo que se inclinan por métodos anticonceptivos de larga duración.

6.5.1. Lugar de obtención del método anticonceptivo

Para que las personas puedan acceder a los métodos anticonceptivos es necesario que en los servicios de salud exista una oferta efectiva, es decir, que cuente con toda la gama de métodos anticonceptivos

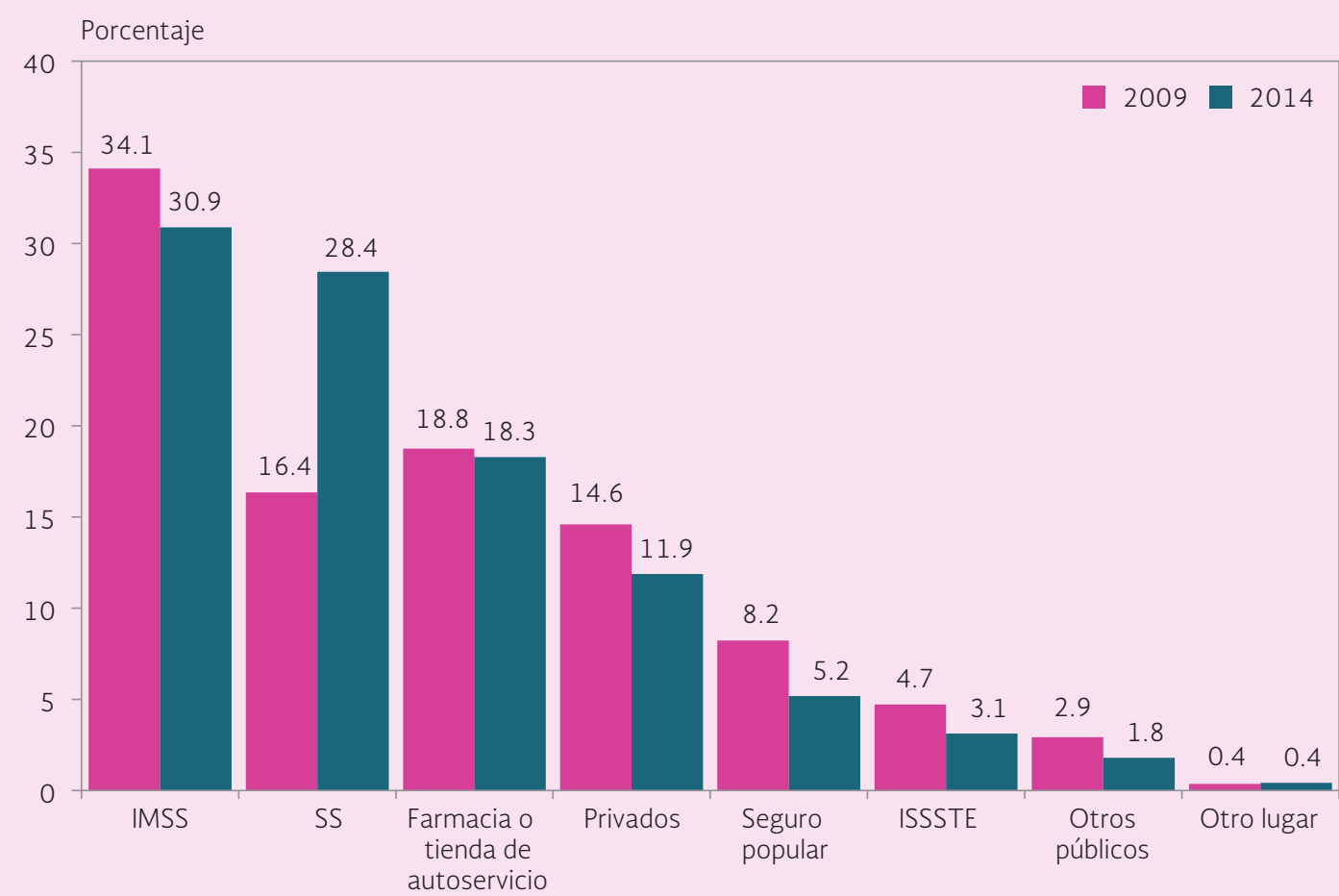
que permita que se lleve a cabo una difusión sobre la existencia así como de los lugares en los que se encuentra disponible (Hernández, 2001). En el país las instituciones de salud del sector público son los lugares a los que más recurre la población para adquirir el método anticonceptivo.

Por ejemplo, en 2009, del total de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 66.3 por ciento lo obtuvo en el IMSS, SS, el Seguro Popular, ISSSTE y en otras instituciones públicas; para 2014 este porcentaje aumenta a 69.4; asimismo, durante el periodo, las farmacias o tiendas fueron el segundo lugar al que más recurrieron (18.8 y 18.3%, respectivamente), dejando en tercero a los consultorios, clínicas u hospitales privados que surtieron el método a 14.6 y 11.9 por ciento de las MEFSa en 2009 y 2014, respectivamente. Cabe destacar, que las mujeres que acudieron a una farmacia seguramente no contaron con ningún tipo de asesoría sobre la forma de uso, lo cual las expuso a utilizar el anticonceptivo de manera inadecuada y, por ende, a posibles embarazos no deseados o ITS (véase gráfica 6.36).

En el caso de las residentes de zonas rurales, en el periodo estudiado continúan siendo los servicios de salud públicos los que proporcionaron los métodos anticonceptivos a 82.3 y 82.1 por ciento de las MEFSa entre 2009 y 2014, principalmente en los centros u hospitales de salud de la SS, seguidos por la atención brindada por el IMSS; en estas zonas las farmacias y servicios privados atendieron a un porcentaje muy bajo en ambos años (9.1 y 8.0% y 8.2 y 6.5%, respectivamente). Mientras que en las urbanas las instituciones públicas abastecieron a 62.6 por ciento en 2009 y a 65.7 por ciento en 2014, en tanto que las farmacias a 21.0 y 20.8 por ciento y los privados a 16.1 y 13.8 por ciento, respectivamente (véase gráfica 6.37).

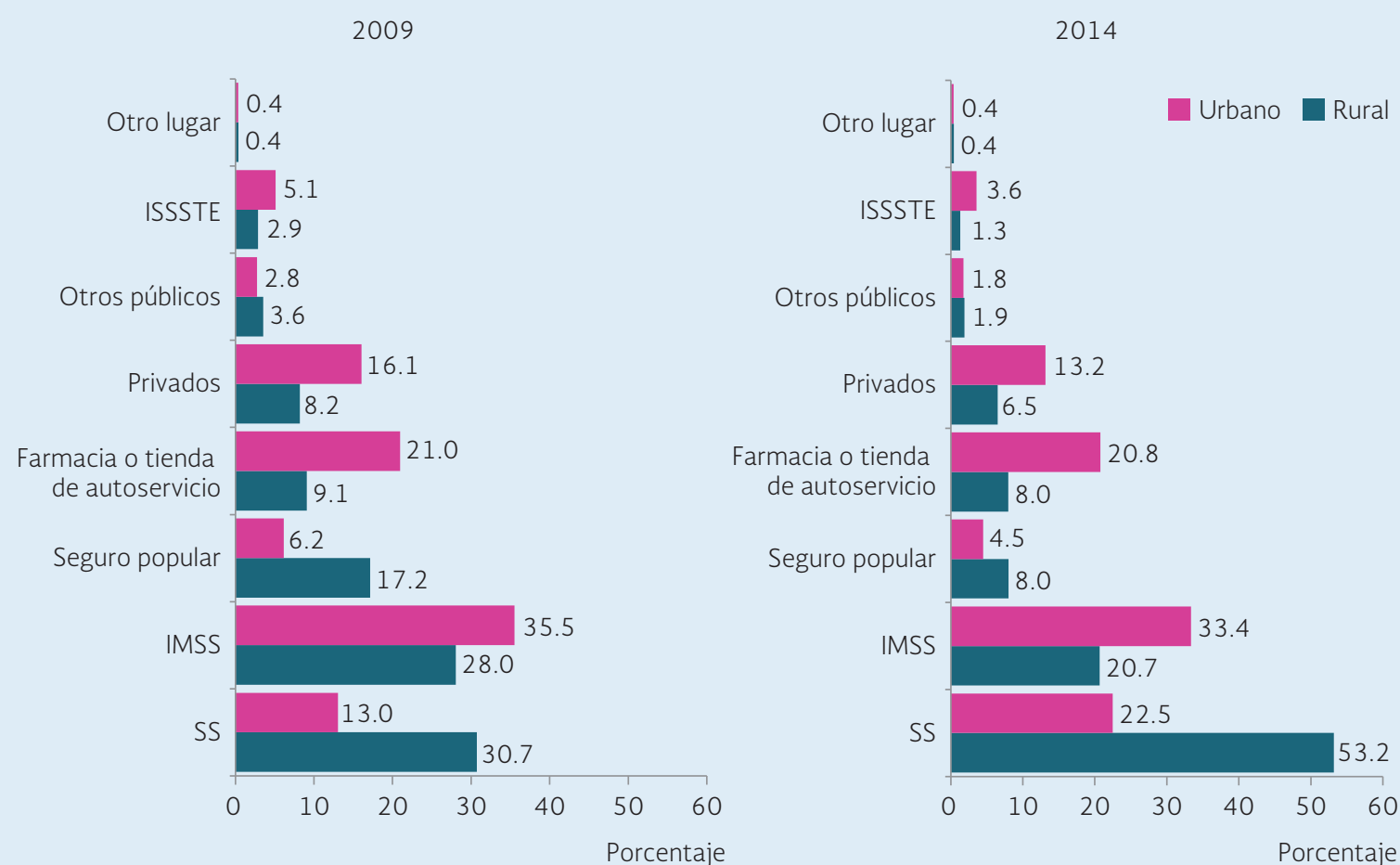


Gráfica 6.36. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por lugar de obtención del método, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.37. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por lugar de obtención del método según lugar de residencia, 2009 y 2014



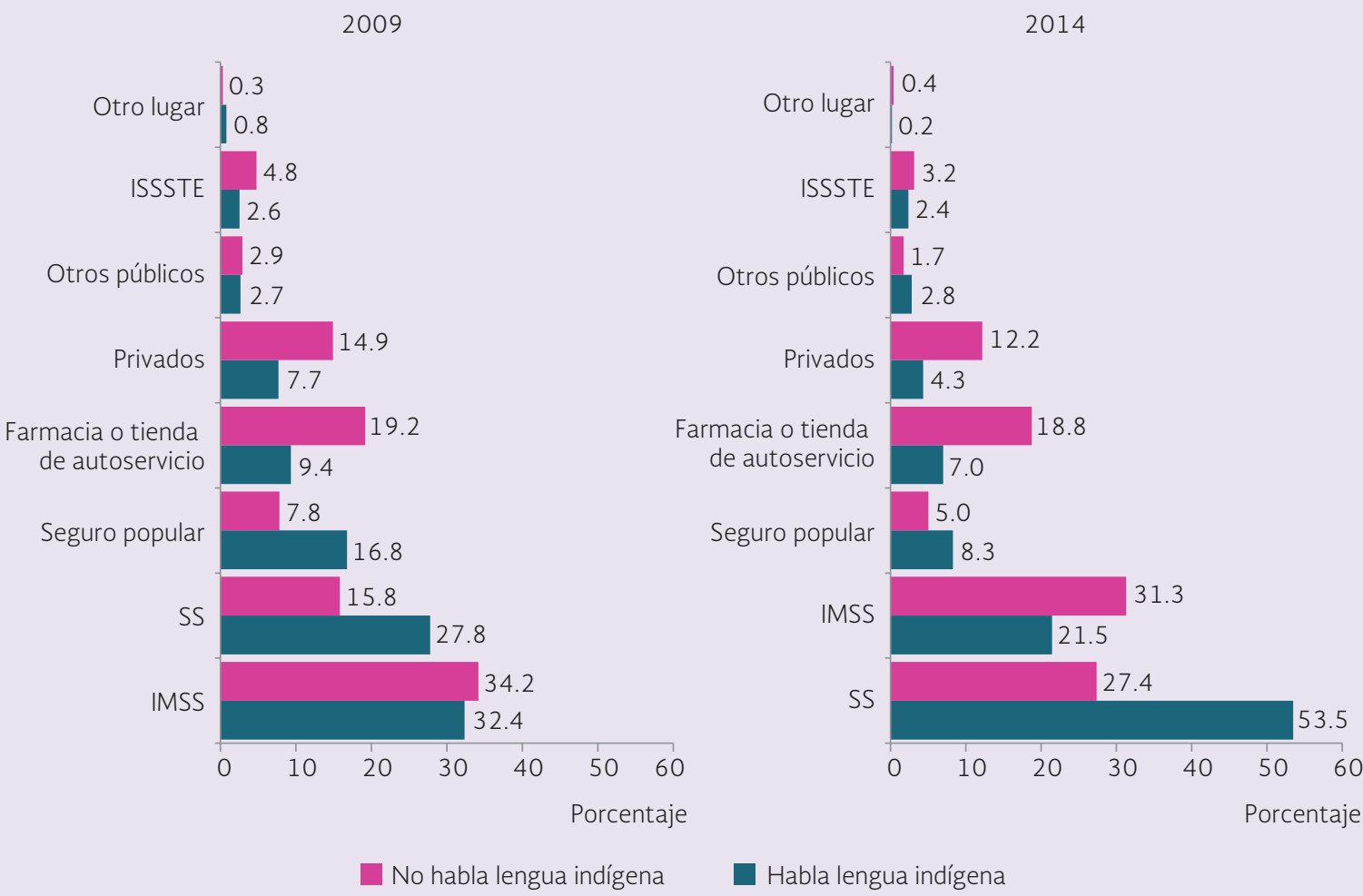
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Por condición de habla de lengua indígena, se observó un aumento del porcentaje de MEFSAs que acudió a instituciones públicas por un método anticonceptivo, al pasar de 82.1 por ciento en 2009 a 88.5 por ciento en 2014, de las cuales destaca la SS y el IMSS; entre este grupo de mujeres hablantes las farmacias atendieron a 9.4 y a 7.0 por ciento en ambos años; mientras que en clínicas y hospitales privados a 7.7 y a 4.3 por ciento, de forma respectiva. A su vez, entre las no hablantes de lengua

indígena, 65.6 por ciento en 2009 y 68.6 por ciento en 2014 acudieron principalmente al IMSS y a la SS; las farmacias o tiendas de auto servicio atendieron a 19.2 y 18.8 por ciento y privados abastecieron a 14.9 y 12.2 por ciento, respectivamente (véase gráfica 6.38).

Al considerar a las MEFSAs por grupos de edad quinquenal, se observa que la gran mayoría acude a instituciones públicas, incluso 58.7 por ciento de las adolescentes lo adquiere en estos lugares, sin embargo, cabe señalar que una tercera parte (37.9%) acude

Gráfica 6.38. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por lugar de obtención del método según condición de habla de lengua indígena, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

a una farmacia o tienda de auto servicio; y aunque en el siguiente grupo de mujeres de 20 a 24 años aumenta el porcentaje que lo obtuvo en instituciones de salud públicas (61.8%), también 32.3 por ciento sigue consiguiéndolo en las farmacias, lo mismo ocurre en las de 25 a 29 años, 65.8 por ciento acudió al sector público y 25.9 a una farmacia. Esto indica que entre las mujeres más jóvenes el uso del método anticonceptivo se utiliza sin la orientación adecuada o información suficiente, dejándolas en condiciones de mayor expo-

sición a tener efectos colaterales o de que su mal uso se califique como una falla del método anticonceptivo. En general, a partir del grupo de mujeres de 30 a 34 años en adelante, poco más de dos terceras partes acude a las instituciones públicas por el método anticonceptivo, pero el resto se distribuye entre la atención obtenida en el sector privado y la compra en farmacias y tiendas de autoservicio, pero conforme se incrementa la edad, el resto tiende a recurrir más a los hospitales privados. Esto seguramente se debe

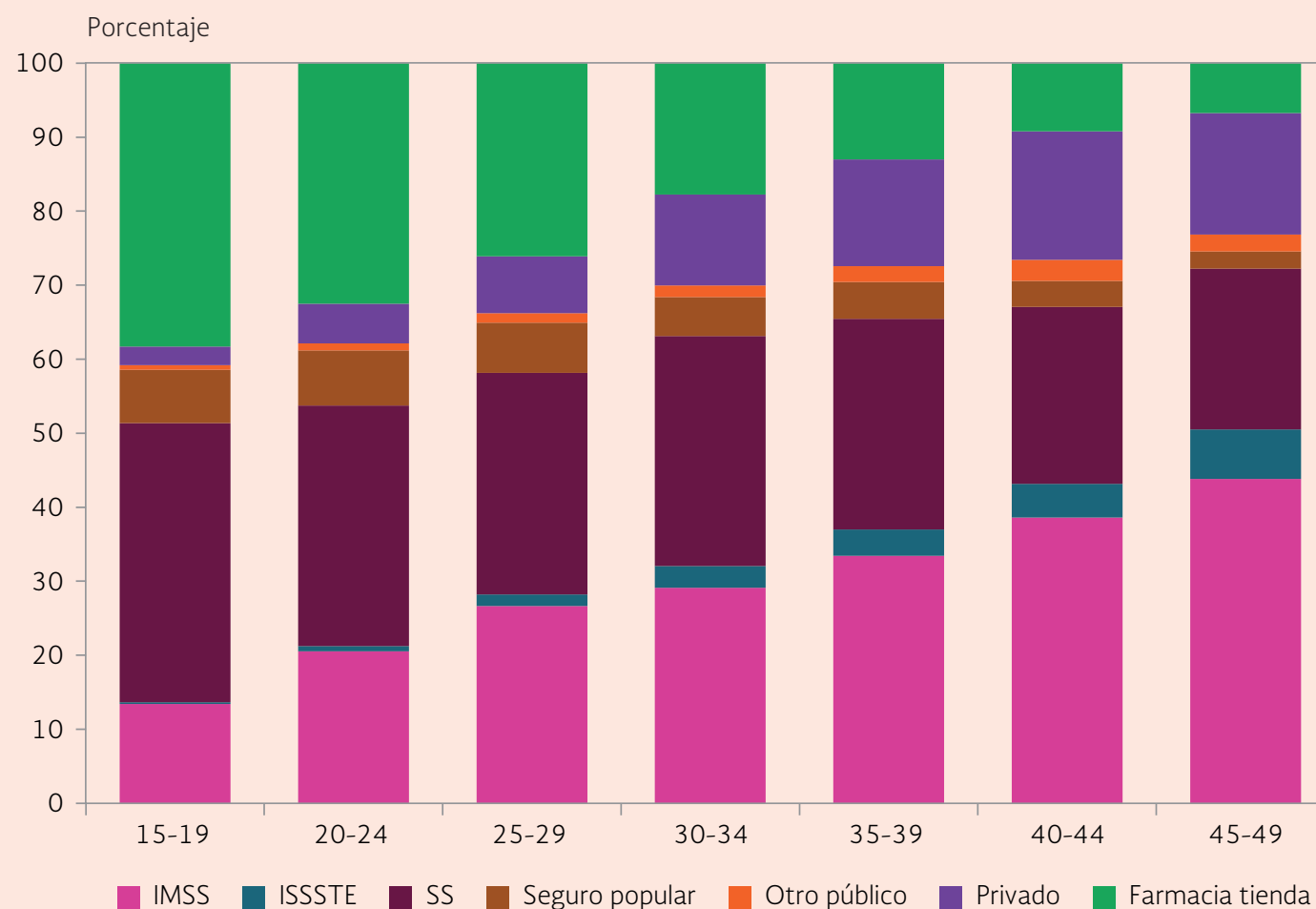
a que las mujeres en estas edades buscan sobre todo limitar su descendencia o utilizar métodos de larga duración (véase gráfica 6.39).

Como se ha visto, las mujeres sexualmente activas acuden principalmente a las instituciones de salud del sector público para que les proporcionen métodos anticonceptivos modernos, definitivos y de larga duración, dejando al sector privado los métodos anticonceptivos hormonales. Es así como el sector público realiza a la mayoría de los hombres la vasectomía, y a gran parte de las mujeres la OTB, también

colocan el DIU, insertan el implante subdérmico, y, en menor medida, aplican las inyecciones; mientras los privados proveen el parche anticonceptivo, las pastillas, y los condones tanto masculino como femenino (véase gráfica 6.40).

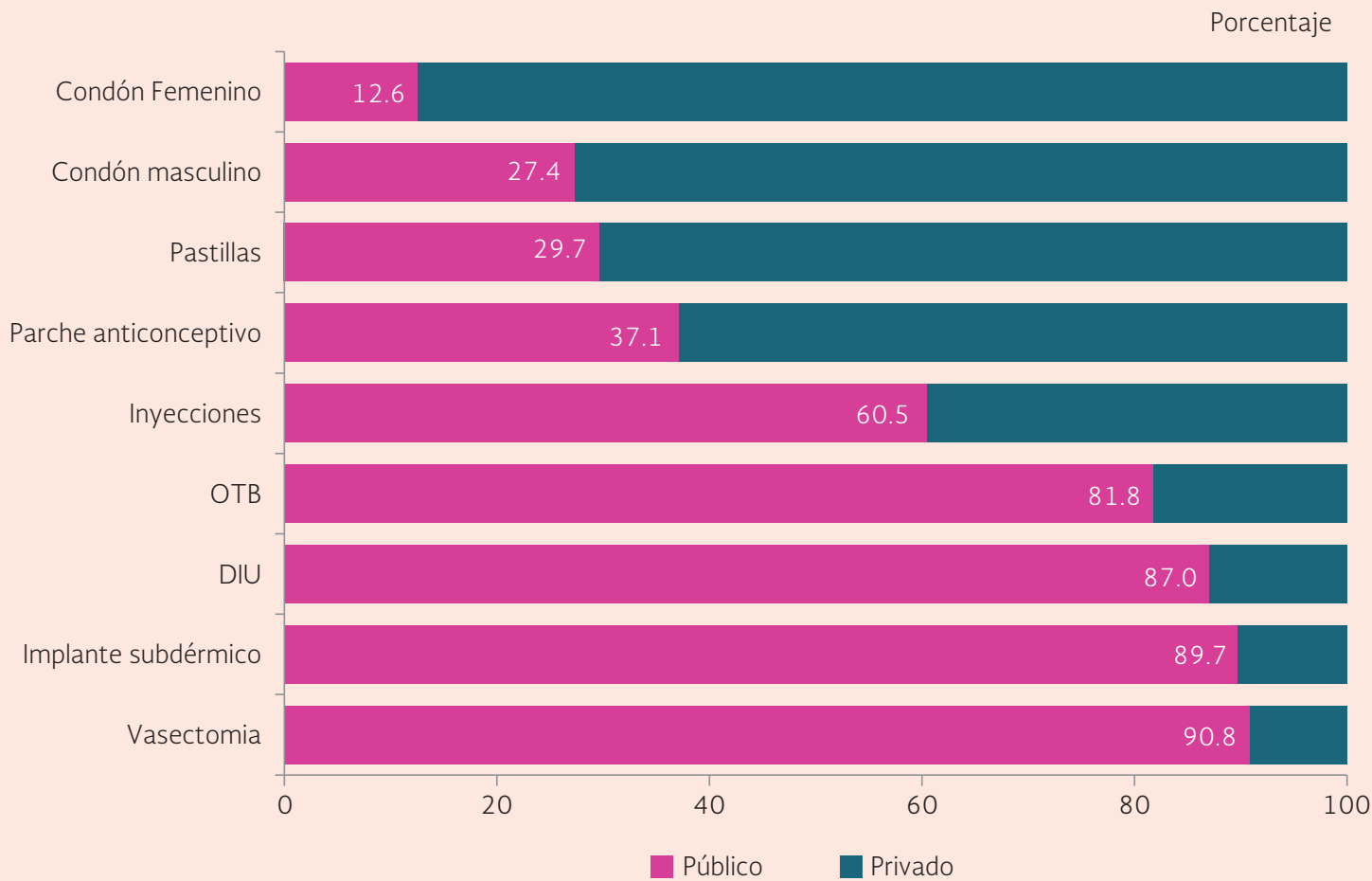
De acuerdo al artículo 4° constitucional, el Estado tiene la obligación de brindar la asesoría e información, así como de abastecer los métodos anticonceptivos en todo el sector salud para garantizar una elección libre e informada entre varones y mujeres. Situación que no se cumple para todas las

Gráfica 6.39. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad según lugar de obtención del método, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Gráfica 6.40. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según lugar de obtención, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

mujeres, pues las más jóvenes continúan con dificultades para obtener métodos anticonceptivos si no se encuentran afiliadas a alguna institución pública, lo que origina que todavía una tercera parte tenga que gastar para proteger su salud o evitar algún embarazo. En este sentido, se tiene que continuar reforzando las políticas o estrategias como la ENAPEA, para que en este caso las adolescentes puedan adquirir el método anticonceptivo que sea adecuado para ellas, de calidad y asequible.

6.5.2. Calidad del servicio

La oferta y la orientación que reciben las personas en materia de salud sexual y reproductiva por parte del prestador de servicios es un factor determinante para que mujeres y hombres realicen una elección libre e informada del método anticonceptivo que más les resulte conveniente utilizar, de acuerdo a sus necesidades y características. Es por ello que se ha enfatizado en que la atención que los servidores

públicos o privados otorguen a los usuarios debe ser de calidad. La medición de la calidad del servicio³⁷ en términos de salud sexual y reproductiva es un tanto complejo, ya que además de contar con la calidad técnica de los servicios, involucra valores y juicios éticos, percepciones y actitudes individuales así como características propias de cada cultura y nivel socio-económico (Díaz, 1995).

En la ENADID 2014 también se incluyeron preguntas que buscan medir la calidad del servicio que otorgan las diferentes instituciones de salud al momento de ofrecer los métodos anticonceptivos. Se encontró que a 72.6 por ciento de las mujeres en edad fértil actualmente usuarias de métodos anticonceptivos, le explicaron sobre los métodos que podía utilizar; y casi en el mismo porcentaje (72.4%) le aclararon todas las dudas que tenía al respecto; a 71.1 por ciento le dedicaron el tiempo suficiente para explicarle lo que necesitaba; sin embargo, solo a 69.8 por ciento le expusieron las molestias que podría tener; y en caso de elegir definitivos, como la OTB y vasectomía, solo a 88.5 por ciento le informaron que ya no podría embarazarse; esto indica que, en general, una tercera parte de las mujeres que acuden a solicitar un método de duración temporal no están recibiendo orientación al momento de adoptarlo y 11.5 por ciento que se realiza la OTB o vasectomía lo hace sin saber que ya no podrá tener más hijos (véase gráfica 6.41).

³⁷ La calidad del servicio en salud sexual y reproductiva se puede alcanzar cuando:

- El personal de los servicios proporciona a las y los usuarios información completa e imparcial acerca de los métodos anticonceptivos, para que puedan escoger lo que les parezca más conveniente.
- Informa, tanto a las mujeres como a los hombres, sobre otros aspectos de su salud reproductiva y sobre cualquier procedimiento que se realiza.
- Tenga los conocimientos necesarios y que manejen técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que realizan o que planean incluir en su quehacer.
- Manejan técnicas de comunicación que les permita entregar en forma óptima la información deseada y tener una comunicación efectiva con las personas que atienden.

Aunque los porcentajes de mujeres que adquirieron métodos definitivos sin orientación sea relativamente bajo, fueron personas que vieron vulnerados sus derechos; y más específicamente, son casos de violencia obstétrica, ya que se encuentra estipulado en la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, que para proveer métodos anticonceptivos definitivos se debe entregar un consentimiento informado al o la paciente sobre el procedimiento quirúrgico al que será expuesto y sus consecuencias.

Brindar orientación con calidad implica que los usuarios reciban toda la información necesaria y completa; por ello, es ineludible que el prestador del servicio conozca a detalle toda la gama de métodos anticonceptivos para que oriente sin coerción y la asesoría sea confiable; maneje técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que se realizan para aclarar las dudas que tengan las personas que acuden en busca de consejería; atienda tanto a las mujeres como a los varones explicándoles sobre aspectos diversos de la salud reproductiva para que identifiquen los factores que impidan o faciliten la adopción del método anticonceptivo adecuado; y finalmente, que domine técnicas de comunicación para entregar en forma óptima la asesoría y lograr una comunicación efectiva con las personas que atienden.

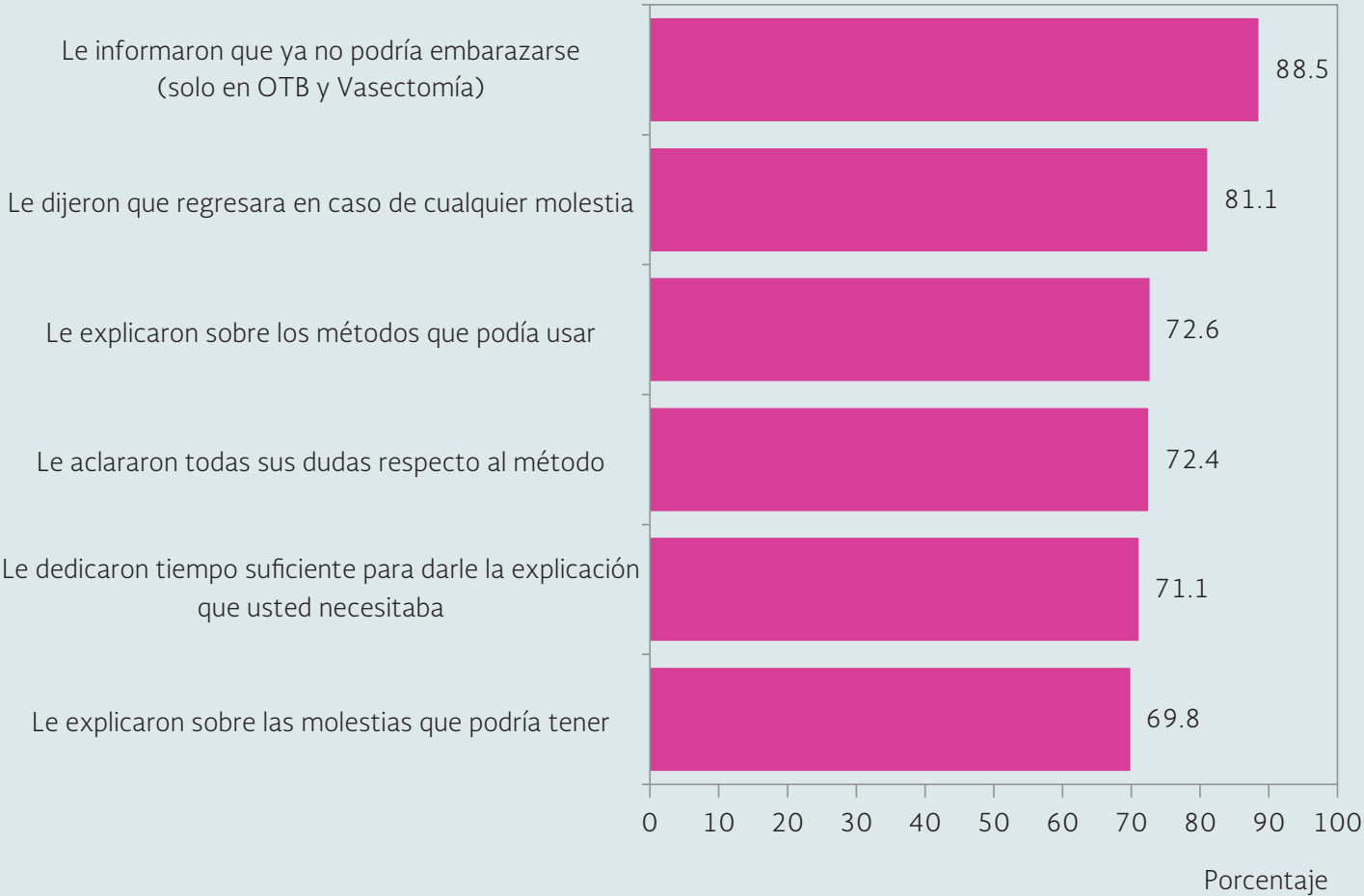
De acuerdo a la ENADID 2014, solo 55.3 por ciento de las mujeres que acuden a los centros de salud por un método anticonceptivo recibe la orientación completa, 32.4 por ciento recibe información incompleta; y a 12.2 por ciento no le brindaron información. Respecto al grupo de edad de las mujeres, las más jóvenes (de 15 a 19 años) son las que en mayor medida reciben orientación completa, mientras que las mujeres de 25 a 29 años tienen el menor porcentaje, asimismo,



las adolescentes tienen el menor porcentaje de mujeres que recibieron orientación incompleta o sin orientación, sin embargo, cerca de la mitad (40.4%) hace uso del método anticonceptivo sin contar con la información adecuada, lo que es un foco de atención, dado que no se tiene la certeza de que cuenten con el conocimiento suficiente para evitar embarazos no planeados o deseados.

Al considerar el lugar de residencia de las mujeres en edad fértil, se observa que las diferencias entre los porcentajes de mujeres que reciben información completa e incompleta o que no recibieron orientación no son tan amplios, sin embargo, es en las zonas rurales donde se presentó un menor porcentaje de mujeres que recibieron información completa y mayores porcentajes de mujeres que contaron con

Gráfica 6.41. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método anticonceptivo, 2014



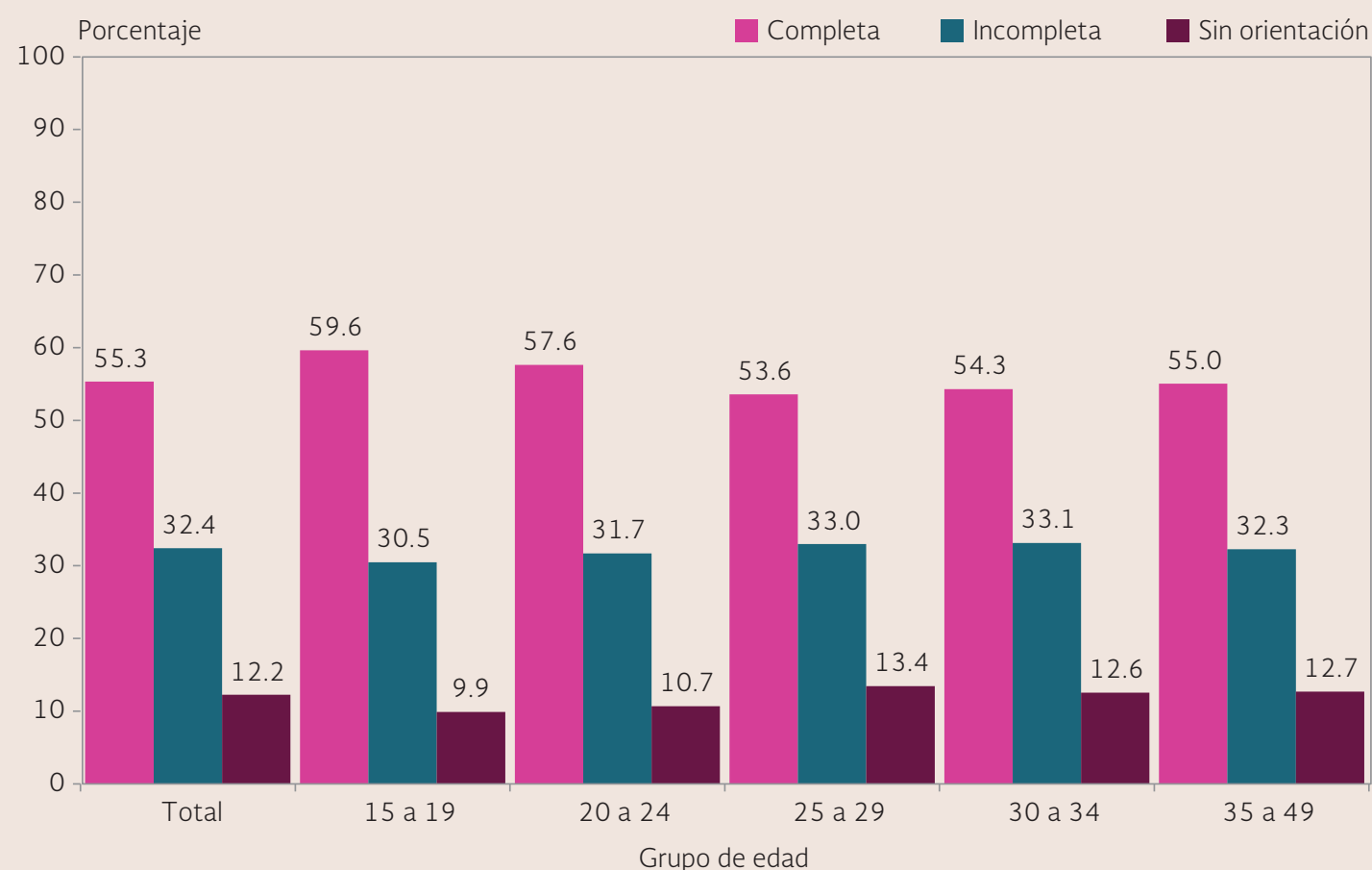
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

información incompleta o que no les brindaron atención (véase gráfica 6.43). Por otro lado, en el caso de las mujeres hablantes de lengua indígena, menos de la mitad (46.8%) no recibió la información completa y aunque el porcentaje de mujeres que no tuvieron orientación es mayor en 1.5 puntos porcentuales respecto a lo presentado por las no hablantes de lengua indígena, se tiene que las que reciben información incompleta es 8.6 puntos porcentuales más

en las hablantes que en las no hablantes de lengua indígena, lo que indica que casi la mitad de las mujeres indígenas se encuentran utilizando un método anticonceptivo sin haber contado con la información suficiente para que sea una elección libre e informada.

En síntesis, se encontró que las MEF más afectadas por no recibir orientación son las mujeres adultas de 30 años en adelante; resulta preocupante que solo la mitad de ellas recibe información completa al momento

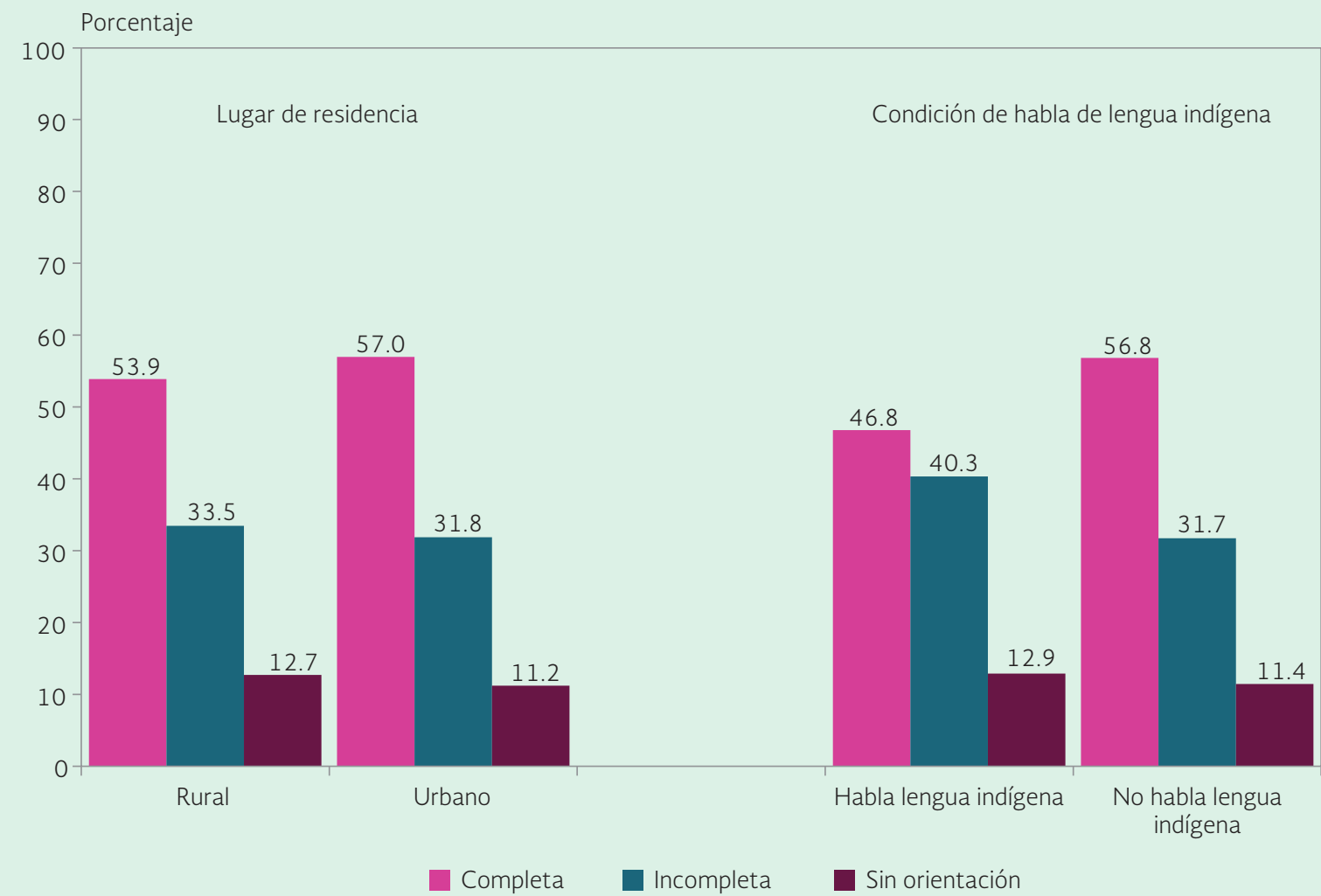
Gráfica 6.42. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método según grupos de edad,¹ 2014



¹ Se refiere a la edad de la mujer al momento de recibir la orientación, la cual no necesariamente coincide con la edad al momento de la entrevista.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Gráfica 6.43. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método según condición de residencia y habla de lengua indígena, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

de obtener el método anticonceptivo, lo que ocurre de manera general, es decir, no hay diferencias en el servicio de acuerdo al lugar de residencia. Además de lo anterior, cuando se consideran algunas características culturales de las mujeres, como la condición de habla

indígena, sucede que más de la mitad recibe orientación incompleta o ni siquiera le informaron. En ese sentido, urge reforzar o brindar capacitación a los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva incluyéndose la interculturalidad y el respeto a los derechos humanos.

6.6. Anticoncepción posparto

La adopción de la anticoncepción en el posparto³⁸ permite bajar la incidencia de embarazos de alto riesgo protegiendo la vida de las mujeres, promueve el espaciamiento entre los embarazos de al menos dos años, favoreciendo así una paridez planeada, con lo que aumenta la probabilidad de la sobrevivencia del recién nacido y de que se mantenga sano; además contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil (ss, 2002). Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción posparto entre la población adolescente, así como en las mujeres que habitan en las comunidades del área rural e indígena.

De acuerdo a resultados de la ENADID 2009, el porcentaje de mujeres que adquirió el método anticonceptivo en el postparto fue 56.3, el cual descendió 4.5 puntos porcentuales para 2014, ya que dicho porcentaje se estimó en 51.8; esto indica que en los últimos cinco años hubo una falta de promoción y asesoramiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, además de insuficiencia en la gama de anticonceptivos que fueran adecuadas a las necesidades de las mujeres puérperas y de sus parejas.

Esa situación se refleja en casi todas las entidades federativas, entre las que destaca Querétaro, cuyo porcentaje pasó, entre las dos encuestas, de 57.0 a 48.1; Morelos de 63.3 a 54.5 por ciento y Baja

California Sur de 61.6 a 53.2 por ciento; en tanto que Campeche, Tamaulipas y Baja California se mantuvieron con el mismo porcentaje (de 58.5 a 58.3%; de 56.8 a 56.7% y de 51.0% en ambos años); mientras que en Hidalgo, Yucatán y Zacatecas se presentó un leve incremento en usuarias postparto, al pasar de 59.8 a 60.4 por ciento, de 50.9 a 51.6 por ciento y de 48.8 a 50.0 por ciento, respectivamente (véase gráfica 6.44).

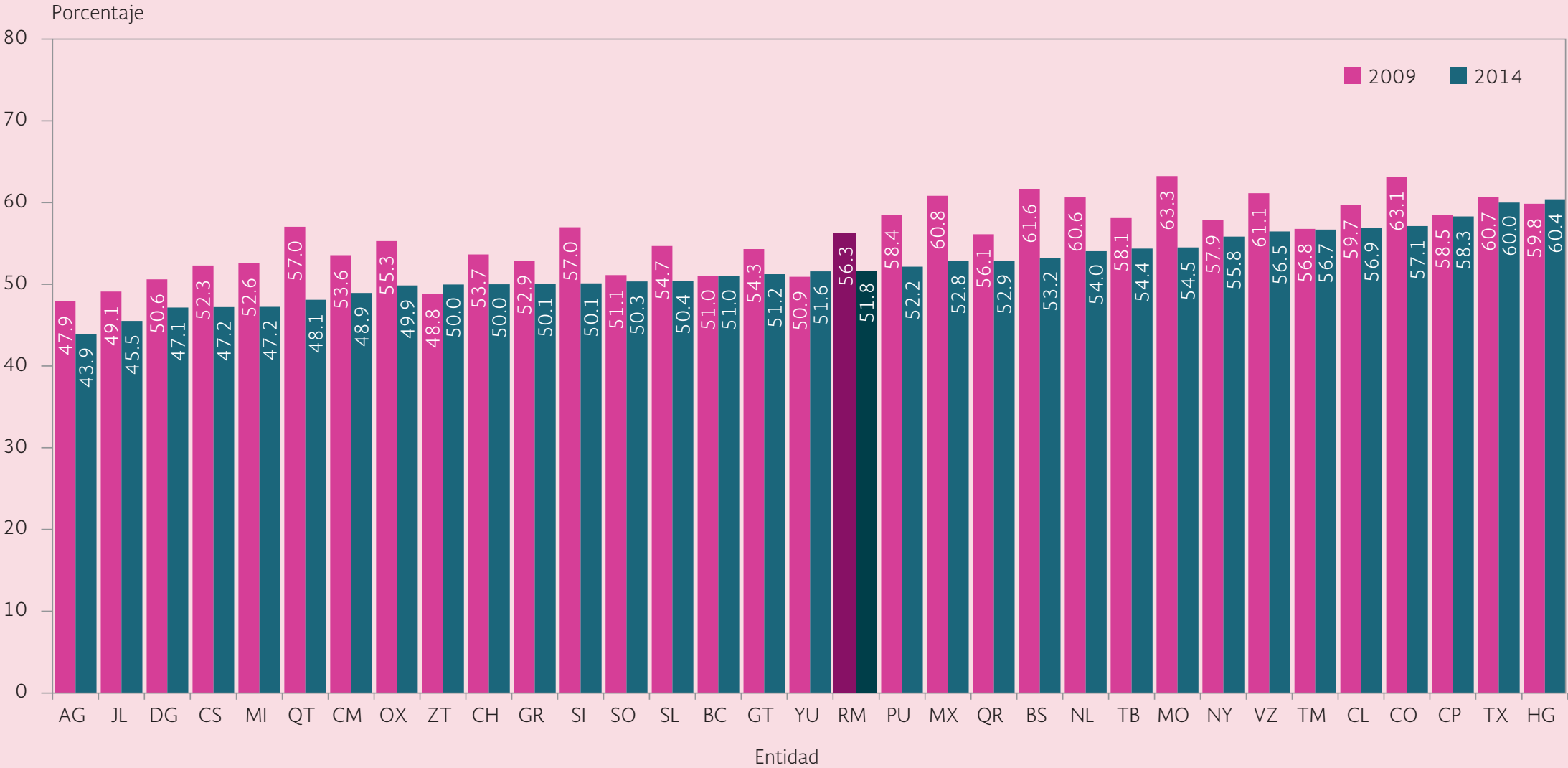
Durante los últimos cinco años, menos de la mitad de las mujeres de 29 años o menos adquieren el método anticonceptivo durante el postparto; de ellas, destacan las adolescentes que presentaron el menor porcentaje de uso en 2009 respecto de los demás grupos; sin embargo, en 2014, este grupo obtuvo un aumento de 7.8 puntos porcentuales, logrando un porcentaje (46.6%) mayor al estimado en las mujeres de 20 a 24 años (42.6%) y de 25 a 29 años (45.4%); este último grupo tuvo un descenso de 1.7 por ciento. Del mismo modo, se aprecia que los porcentajes de uso se reducen a partir de las mujeres de 30 a 34 años con 6.2 puntos porcentuales y hasta disminuir 7.6 puntos en las de 45 a 49 años, lo que significa que las mujeres adultas no están accediendo a los métodos anticonceptivos aun cuando se sabe que, por lo general, es la edad a la que alcanzan la fecundidad deseada (véase gráfica 6.45).

Al considerar el lugar de residencia, se observó en 2009 que 55.5 por ciento de las mujeres de zonas rurales adquirieron algún método anticonceptivo en el postparto, para 2014 este porcentaje disminuyó a 50.9 por ciento; en el caso de las mujeres urbanas se presentó el mismo comportamiento en ambos años, pues bajó de 56.6 a 52.1 por ciento, manteniéndose

³⁸ La Secretaría de Salud, define a la anticoncepción posparto como una estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.



Gráfica 6.44. Porcentaje de mujeres en edad fértil que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.45. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que adoptaron un método anticonceptivo después del parto por grupos de edad, 2009 y 2014

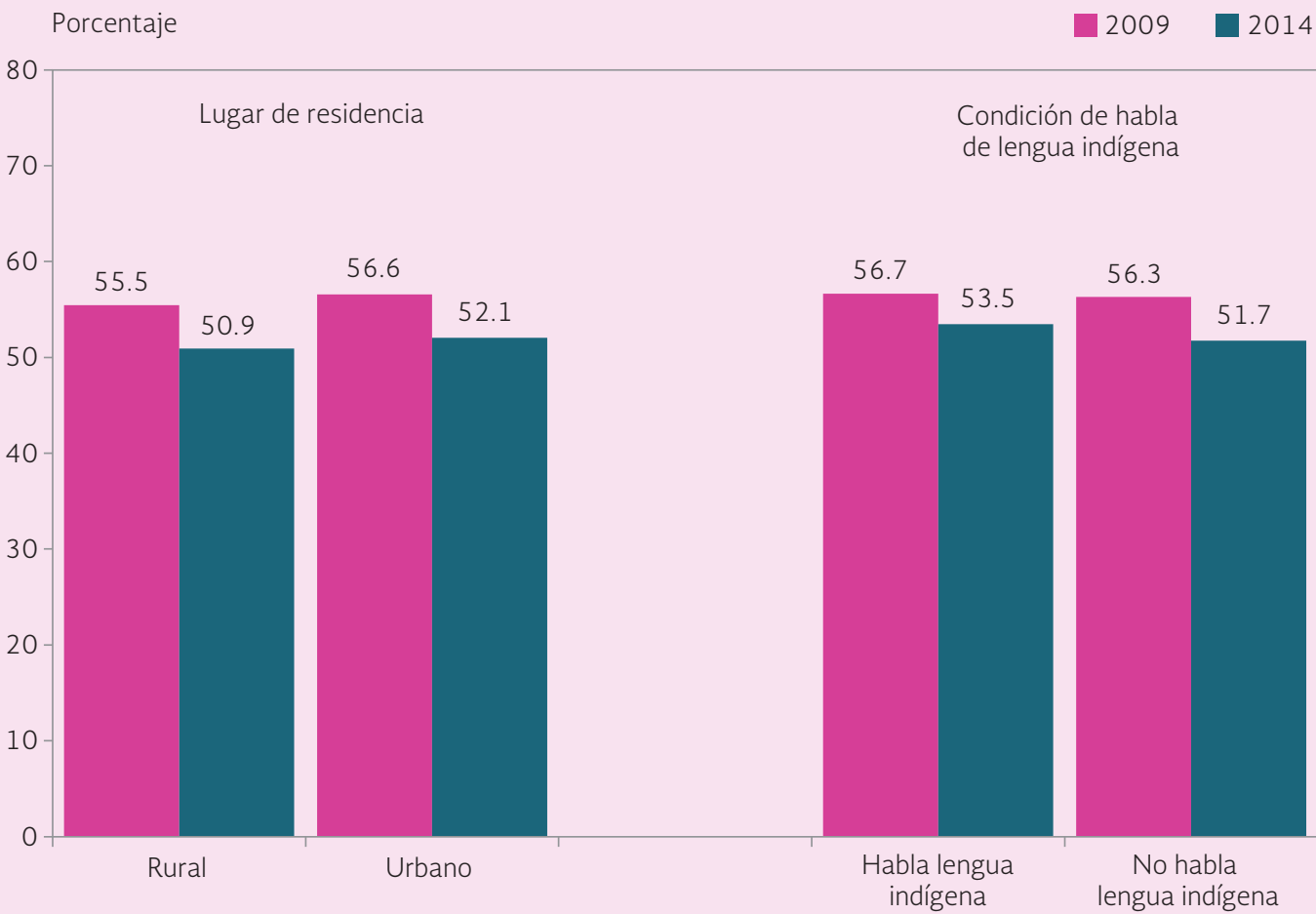


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

la brecha entre la zona rural y la urbana en alrededor de un punto porcentual. Por condición de habla de lengua indígena, se obtuvo que las mujeres que no hablan lengua indígena fueron las que tuvieron una mayor reducción (4.6 puntos porcentuales) en el porcentaje de mujeres con anticoncepción postparto (pasó de 56.3 a 51.7% entre 2009 y 2014); mientras que en las hablantes de lengua indígena bajó en 3.2 puntos porcentuales, al pasar de 56.7 a 53.5 por ciento; manteniéndose con un mayor porcentaje respecto a las no hablantes de lengua indígena (véase gráfica 6.46).

La mayoría de las mujeres que deciden adoptar un método anticonceptivo en el postparto lo hacen, sobre todo, para limitar su descendencia o para espaciar por una larga temporada el siguiente embarazo; por ejemplo, en 2009, se encontró que 76.6 por ciento de las mujeres se realizó la OTB, y, en 2014, este porcentaje bajó a 73.6; a su vez, el DIU, considerado como un método de larga duración es el segundo anticonceptivo que es adoptado por estas mujeres, el cual registró un aumento de 2.7 puntos porcentuales entre las dos encuestas, al pasar de 18.3 a 21.0 por ciento; y en cuanto a la

Gráfica 6.46. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil que adoptaron un método anticonceptivo después del parto por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

adquisición de otro tipo de métodos como pastillas, inyecciones, y parches, entre otros, continúa siendo bajo el uso pues se mantuvo en 5.2 y 5.4 por ciento, respectivamente (véase cuadro 6.8).

Entre las mujeres más jóvenes se aprecia cierta preferencia por los métodos de larga duración, como es el caso del DIU, aunque durante el periodo de estudio las adolescentes presentaron un ligero descenso en el porcentaje de uso, de 77.5 a 76.5; y lo mismo ocurrió en las de 20 a 24, cuyo porcentaje bajó de 66.3 a 63.0; por otra parte, en las de 15 a 19 años,

el uso de otro tipo de método aumentó de 17.6 por ciento en 2009 a 21.1 por ciento en 2014; y, finalmente, la preferencia por la OTB baja de 4.9 a 2.4 por ciento, mientras que entre las jóvenes de 20 a 24 años recurren en segundo lugar a este método en las dos encuestas, (22.1 y 21.2%, respectivamente) y en tercer lugar eligieron otro tipo de método, cuyo porcentaje aumentó de 11.7 en 2009 a 15.8 en 2014.

En el periodo de estudio, se encontró que partir del grupo de mujeres de 25 a 29 años existe una mayor preferencia por limitar la descendencia,

Cuadro 6.8. República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por características seleccionadas según tipo de método, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009			2014		
	OTB	DIU	Otro	OTB	DIU	Otro
Total	76.6	18.3	5.2	73.6	21.0	5.4
Grupos de edad						
15-19	4.9	77.5	17.6	2.4	76.5	21.1
20-24	22.1	66.3	11.7	21.2	63.0	15.8
25-29	53.9	38.3	7.8	52.9	40.0	7.1
30-34	71.7	22.4	5.9	73.6	20.9	5.6
35-39	85.1	10.4	4.4	84.4	12.3	3.3
40-44	91.3	5.2	3.5	90.4	7.0	2.6
45-49	94.5	3.4	2.0	93.8	4.2	1.9
Lugar de residencia						
Rural	76.9	18.2	4.9	73.1	21.2	5.7
Urbano	76.5	18.3	5.2	73.8	21.0	5.3
Condición de habla de lengua indígena						
Habla lengua indígena	82.1	12.5	5.4	75.7	19.8	4.5
No habla lengua indígena	76.3	18.6	5.1	73.5	21.1	5.4

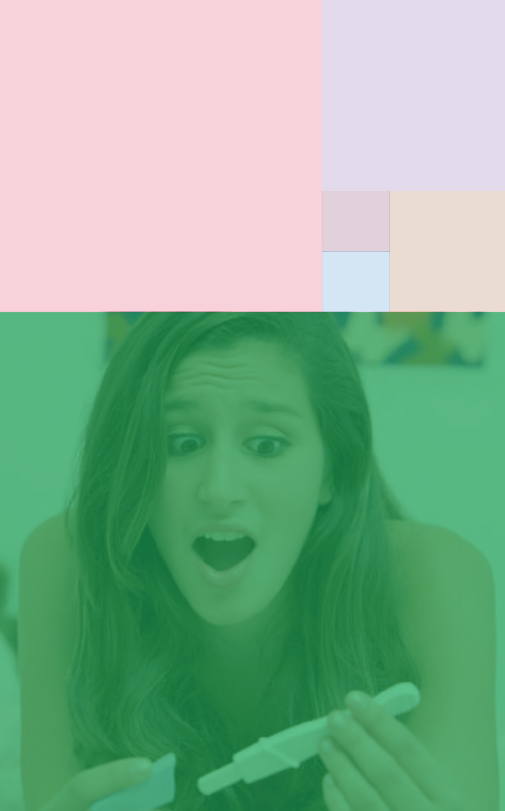
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

ya que más de la mitad (53.9 y 52.9%) se realizó la OTB, además de que dichos porcentajes llegan a ser de 94.5 y de 93.8 por ciento en las mujeres del último grupo de edad. En contraste con las mujeres más jóvenes, la tendencia de usar el DIU disminuye en las de 25 a 29 años, con porcentajes de 38.3 y 40.0, y de 3.4 y 4.2 en las mujeres de 45 a 49 años. En cuanto a la elección de otro tipo de método en este grupo de mujeres, también la tendencia es a la baja conforme aumenta la edad, y entre ambos años se presentó una reducción del porcentaje en cada grupo de edad.

Por lugar de residencia no se muestran grandes cambios entre las mujeres residentes en áreas rurales y urbanas, es decir, en su mayoría eligen la OTB aunque entre las dos encuestas desciende el porcentaje, en rurales pasa de 76.9 a 73.1 por ciento y en urbanas

de 76.5 a 73.8 por ciento; también en segundo lugar seleccionan el DIU y los porcentajes son muy similares, además de aumentar durante el periodo en casi la misma proporción quedando para 2014 en 21.2 por ciento en rurales y 21.0 en urbanas; en cuanto a la adopción de otro tipo de método, en las rurales el porcentaje fue ligeramente menor al presentado por las urbanas (4.9 y 5.2%, respectivamente) y en 2014 fue relativamente mayor (5.7 y 5.3%, respectivamente).

Por otra parte, tanto en hablantes como en no hablantes de lengua indígena la preferencia también fue por la OTB, aunque entre los dos años también disminuyen los porcentajes, sobre todo en hablantes de lengua indígena, al pasar de 82.1 a 75.7, y en no hablantes de 76.3 a 73.5; cabe señalar, que pese al descenso las indígenas son las que más utilizan la



OTB. De igual manera, en las indígenas fue donde se presentó un mayor aumento en el uso del DIU (7.3 puntos porcentuales en indígenas contra 2.5 puntos porcentuales en no indígenas), reduciéndose la brecha de 6.1 a 1.3 puntos porcentuales. En ambos grupos la elección de otro tipo de métodos también es baja, destaca que en las indígenas disminuye el porcentaje de 5.4 a 4.5 y en las no indígenas casi se mantiene de 5.1 a 5.4 por ciento.

La reducción del presupuesto (Presidencia de la República, 2011) destinado a la planificación familiar y la anticoncepción detona en las acciones operativas del sector salud, pues la reducción de la cobertura postparto o post evento obstétrico en tan solo cinco años hace que no solo se exhorta a dar prioridad a los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad sino que se deben implementar estrategias que además sensibilice a la población sobre el derecho que tienen para ejercer una salud sexual y reproductiva de manera responsable y protegida y a su vez reforzar nuevamente los programas en esta materia para posicionarlos en la agenda pública como prioritarios.

6.7. Falla en el uso de métodos anticonceptivos

En México la cobertura anticonceptiva ha sido el indicador principal para la evaluación de los programas de planificación familiar y anticoncepción; sin embargo, una vez que el país ha alcanzado un alto nivel de prevalencia anticonceptiva, el éxito de los programas dependerá no solo de que la mayoría de las personas usen métodos para regular su fecundidad, sino también de que lo hagan de manera efectiva. A pesar de su importancia, en nuestro país la falla anticonceptiva ha recibido poca atención

como indicador para la evaluación de estos servicios, además de que, se cuenta con escasa información actualizada sobre este fenómeno.

El estudio de la falla anticonceptiva es fundamental por las consecuencias que de ella se derivan al ser un factor trascendental en la regulación de la fecundidad. Ejemplo de esto son los embarazos no deseados o no planeados, que por su naturaleza pueden culminar en abortos inducidos en algunos casos con serias repercusiones en la salud de la mujer, dependiendo del contexto legal y de los servicios de salud del entorno en el que se encuentre (Curtis y Blanc, 1997; Juárez *et al.*, 2013). Del mismo modo, cuando los embarazos no planeados o no deseados llegan a término, es probable que se produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos, lo que también puede repercutir en el desarrollo de la sociedad en general.

Además de lo anterior, el análisis de la falla anticonceptiva es de relevancia porque se considera un indicador resumen de la calidad de los servicios de salud reproductiva, ya que proporciona información sobre la efectividad y variedad de los métodos anticonceptivos que se proveen, y de la calidad de la asesoría que se proporciona a los usuarios sobre la utilización apropiada de éstos (Bertrand, Magnani y Knowles, 1994).

La información que brinda la ENADID incluye una historia anticonceptiva parcial con la cual es posible aproximarse a la falla en el uso de métodos anticonceptivos mediante una pregunta sobre la efectividad de éstos, dicha pregunta consiste en indagar si la mujer se embarazó mientras usaba alguno de los métodos incluidos en su historia anticonceptiva. Por lo anterior, las tasas de falla que se calculan en este análisis, al igual que lo sugieren Leridon (1977) y Tietze y Lewit

(1968), se refieren a las tasas de falla de uso común,³⁹ que se definen como la ocurrencia de un embarazo no intencional mientras se está usando un método para regular la fecundidad para distintos segmentos de uso de métodos anticonceptivos⁴⁰ de una misma mujer.

En este marco se calcularon las tasas de falla acumulada⁴¹ a nivel nacional hasta los 24 meses de uso del método;⁴² para las mujeres que comenzaron a utilizar el anticonceptivo en cuestión en un periodo de cinco años antes de cada encuesta; es decir, de 2004 a 2009 y de 2009 a 2014, con el fin de capturar los cambios ocurridos en el tiempo y observar si éstos favorecen un mejor o peor uso de los métodos anticonceptivos como un indicador indirecto de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

En la gráfica 6.47 se muestran las tasas de falla acumulada por meses de duración según periodo de iniciación de la anticoncepción por cada mil segmentos de uso, se observa que incluso antes de cumplir un mes de uso (0 meses) ya se presentaron cerca de cuatro fallas por cada mil segmentos en ambos periodos de análisis, asimismo, al cumplir el primer año de duración del método (12 meses) la tasa de falla acumulada para el periodo de 2004 a 2009 fue de 40.1 por cada mil, mientras que de 2009 a 2014 esta misma tasa aumentó ligeramente a 43.5; por su parte, al término de dos años de uso del método se observa un aumento mayor entre ambos lapsos de análisis, ya

que la tasa para éste primero fue de 61.4 y para el más reciente de 67.4. Lo anterior muestra un ligero incremento en la tasa de falla de métodos anticonceptivos entre las dos encuestas a nivel nacional.

En el análisis de la efectividad de los métodos anticonceptivos ciertas variables sociodemográficas juegan un papel preponderante ya que actúan como inhibidores o facilitadores de la ocurrencia de una falla. Entre estas variables se ha encontrado que la edad es una variable altamente significativa, de modo que las usuarias más jóvenes (menores de 25 años) tienen tasas de riesgo consistentemente mayores de las que presentan las usuarias de más edad (Moreno, 1993; Padilla, 1994; Steele *et al.*, 1996). Distintos autores señalan que esta diferencia puede deberse a que las adolescentes tienden a usar métodos menos efectivos que las mujeres de mayor edad, de forma más esporádica y son más fértiles.

Para el caso de México se observa que esta condición también se cumple, ya que las tasas en ambos periodos para adolescentes son las más altas, de esta forma, la tasa para este grupo de edad de 2009 a 2014 para el primer año de uso es de 92.2 por cada mil segmentos de uso, en tanto que en un lapso de dos años en este mismo periodo se presentaron 134.7 embarazos no intencionales mientras se utilizaba un método anticonceptivo, lo cual es una cifra bastante alta con relación a los otros grupos de edad (véase gráfica 6.48).

Los hallazgos anteriores no solo se encuentran relacionados con la estructura de los métodos que usan los adolescentes y la forma intermitente con que lo hacen, sino también con el abandono de las campañas de anticoncepción, así como con el deterioro de los servicios de salud sexual y reproductiva ocurrido en la década pasada. Aunado a esto, la población joven, y en particular la adolescente, tradicionalmente

³⁹ Las tasas de falla de uso común incorporan tanto el riesgo de falla intrínseco de cada método como el riesgo debido al mal uso del método por parte de los usuarios.

⁴⁰ Un segmento de uso se define como un periodo de tiempo durante el cual una mujer (o un hombre) utiliza un método anticonceptivo de forma continua hasta que lo abandona por razones de salud, preferencia por otro método o bien por la falla del mismo, que es el evento de interés en este análisis. Los segmentos analizados pueden corresponder a la misma mujer en el uso de distintos métodos a lo largo de su vida reproductiva.

⁴¹ Las tasas de falla acumulada se calcularon por medio del método de tabla de vida sin ajuste actuarial.

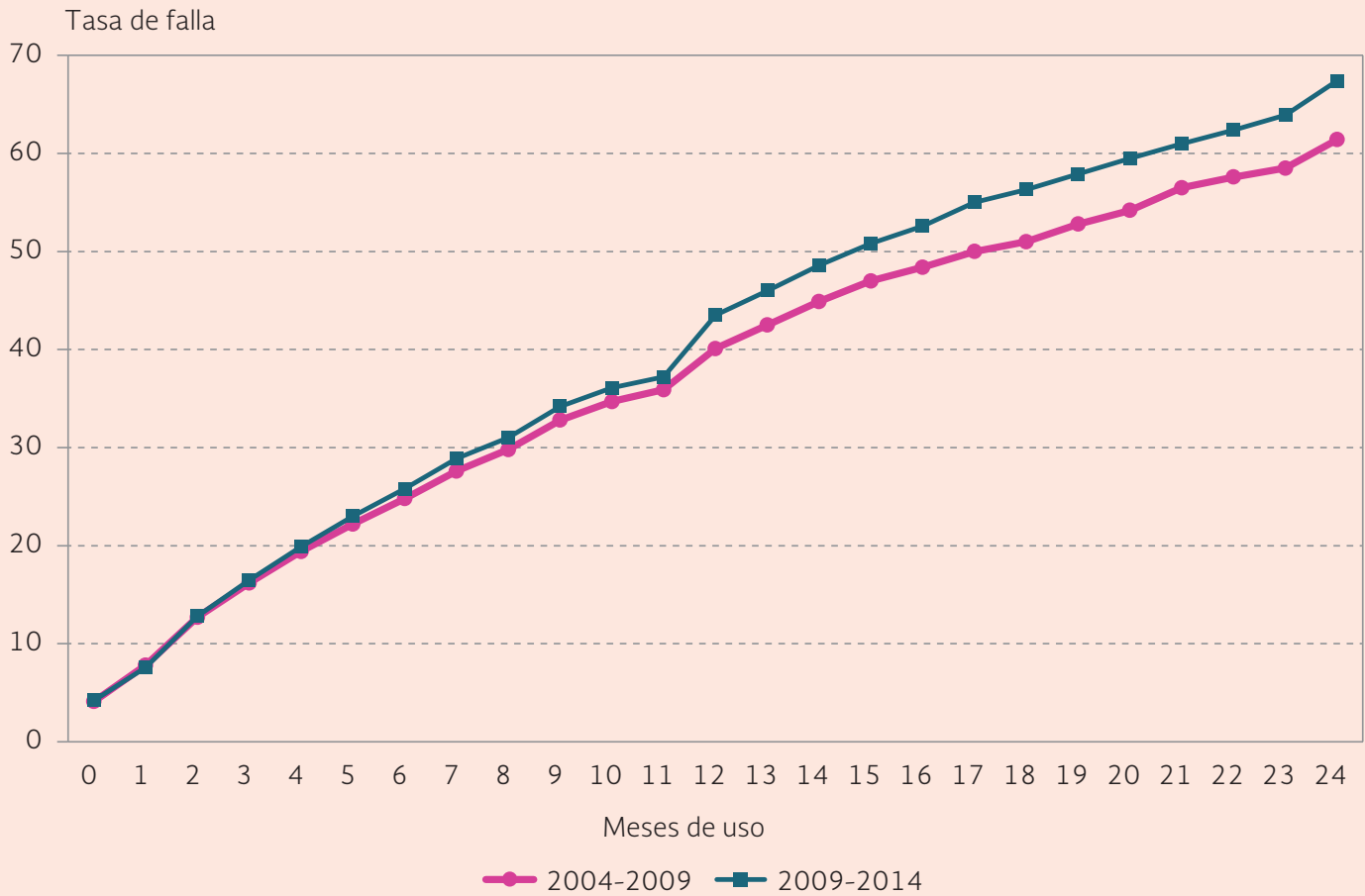
⁴² Se excluye del análisis a la operación femenina y masculina debido a que sus tasas de falla intrínsecas son prácticamente nulas.



han enfrentado obstáculos en el acceso a los servicios de anticoncepción. Entre las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios institucionales se pueden citar: excesivos trámites administrativos para obtener los anticonceptivos, desconocimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los fundamentos legales para otorgar atención en salud sexual a los adolescentes, horarios incompatibles con sus necesidades, infraestructura inadecuada para proporcionar estos servicios con privacidad, confidencialidad y calidez, desconfianza en los servicios institucionales

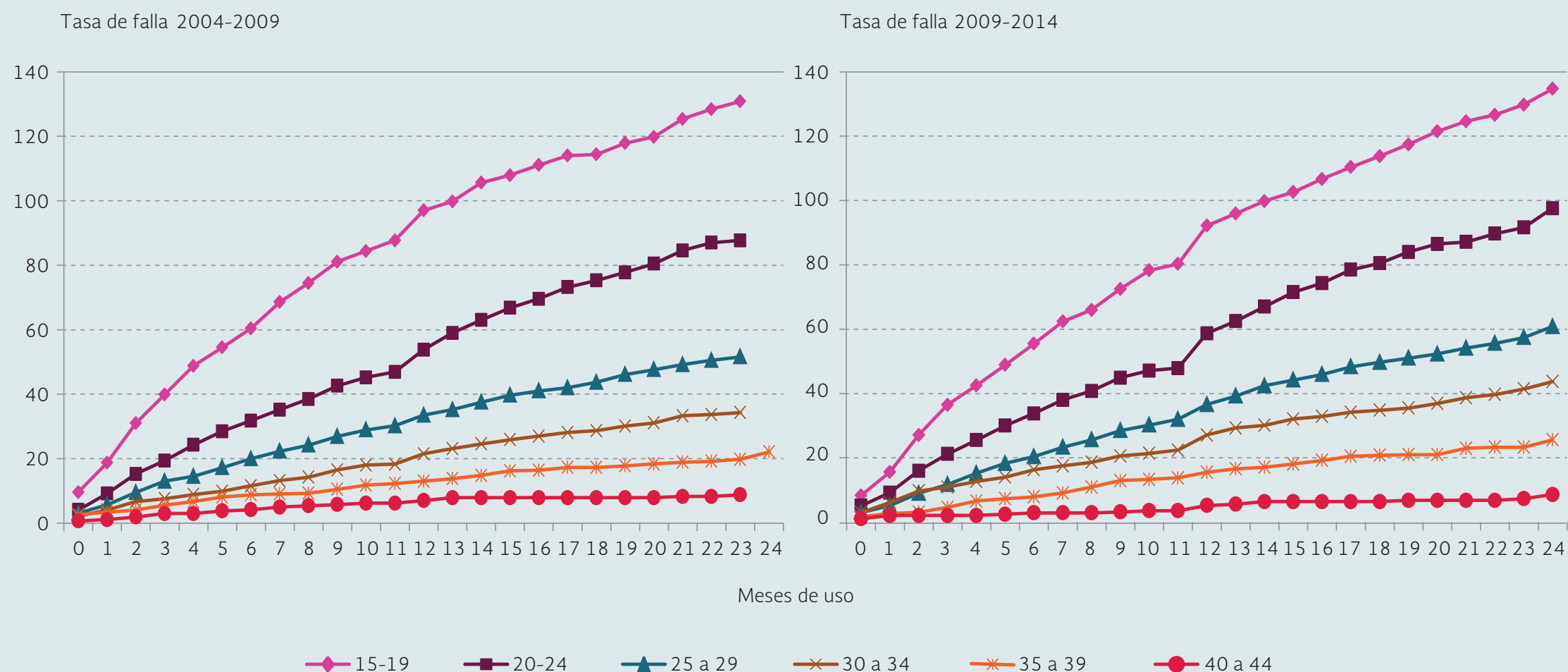
por parte de los adolescentes al sentirse juzgados al ejercer su sexualidad, desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos (SSA, 2008) y desabasto de métodos anticonceptivos (Lerner y Szasz, 2003). De acuerdo con la ENADID 2014, el 21 por ciento de las adolescentes adquirieron los anticonceptivos en las farmacias, quedando desprotegidos otros aspectos de la salud sexual y reproductiva al no recibir la consejería adecuada. Lo cual, en consonancia con los datos analizados, se ve reflejado directamente en la efectividad con la que usan los métodos.

Gráfica 6.47. República Mexicana. Tasas de falla anticonceptiva acumuladas por meses de duración de uso del método según periodo de inicio de uso (por mil segmentos de uso)



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Gráfica 6.48. República Mexicana. Tasas de falla anticonceptiva acumuladas por meses de duración de uso del método según grupo de edad y periodo de inicio de uso (por mil segmentos de uso)



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

En los demás grupos de edad se observa que las tasas de falla disminuyen conforme la edad aumenta, siendo las mujeres de 20 a 24 años quienes presentan las segundas tasas más altas con 58.7 embarazos no intencionales por cada mil en el primer año de uso y 97.6 para el segundo. Por su parte, las mujeres de 25 a 29 años presentaron una tasa de 36.6 por cada mil durante los primeros doce meses, en tanto que para el segundo año fue de 60.8 por cada mil. La relación inversa entre la edad y la tasa de falla anticonceptiva

se encuentra estrechamente vinculada con la estructura de los métodos que usan las mujeres, tendiendo a usar métodos más efectivos y de mayor duración (como el DIU), conforme aumenta la edad, al igual que se van cumpliendo las expectativas reproductivas. De igual forma, el uso repetido de métodos, que también está relacionado con la edad, proporciona mayor experiencia sobre su uso efectivo por lo que es un factor que influye en una menor tasa de falla para las mujeres más adultas (véase gráfica 6.48).

Debido a que los diversos métodos anticonceptivos tienen características particulares que los distinguen en su uso y funcionamiento, además de fallas intrínsecas diferenciales asociadas a estas características, el tipo de método utilizado es la variable más relevante en el análisis de la falla anticonceptiva. Al obtener las tasas de acuerdo al tipo de método se observa que en ambos periodos de análisis el ritmo sobresale por presentar las tasas más altas, así para el periodo de 2009 a 2014 la tasa después de un año de uso para el ritmo es de 67.7 por cada mil, mientras que al término de dos años fue de 114.1 embarazos no intencionales por cada mil segmentos de uso (véase gráfica 6.49).

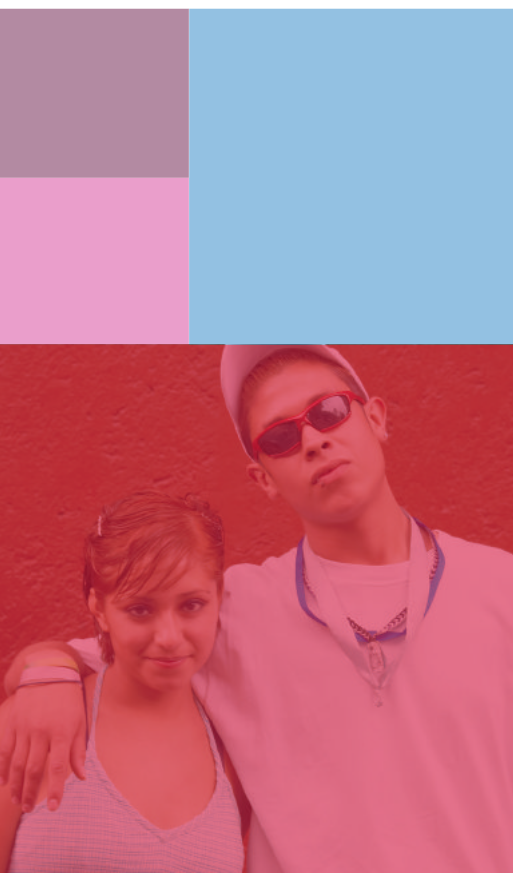
Otro aspecto a resaltar sobre las tendencias de la falla en el tiempo, es que mientras que de 2004 a 2009 el retiro se posicionaba en segundo lugar de riesgo de falla con una tasa de 62.1 y 97.3 por cada mil para el primer y segundo año de uso, respectivamente, y las pastillas en este mismo lapso de tiempo ocupaban el tercer lugar de falla con una tasa de 47.7 por cada mil segmentos de uso para el primer año y de 74.0 para el segundo, en el periodo de 2009 a 2014 estas posiciones han variado, ya que el riesgo de falla en las pastillas aumentó de forma importante registrando una tasa de 60.1 para el primer año de uso y de 95.6 para el segundo, situándose prácticamente a la par del retiro.

En este sentido es importante reflexionar sobre cuáles podrían ser las condiciones que han configurado esta situación, y es que de acuerdo a la sección de conocimiento funcional en éste mismo capítulo, del universo de métodos que se analizan aquí, las usuarias de pastillas son las que presentan un mayor desconocimiento de cómo hacer uso de este método, ya que del total de las MEFSAs que las usa, 29.8 por ciento no lo hace de forma correcta.

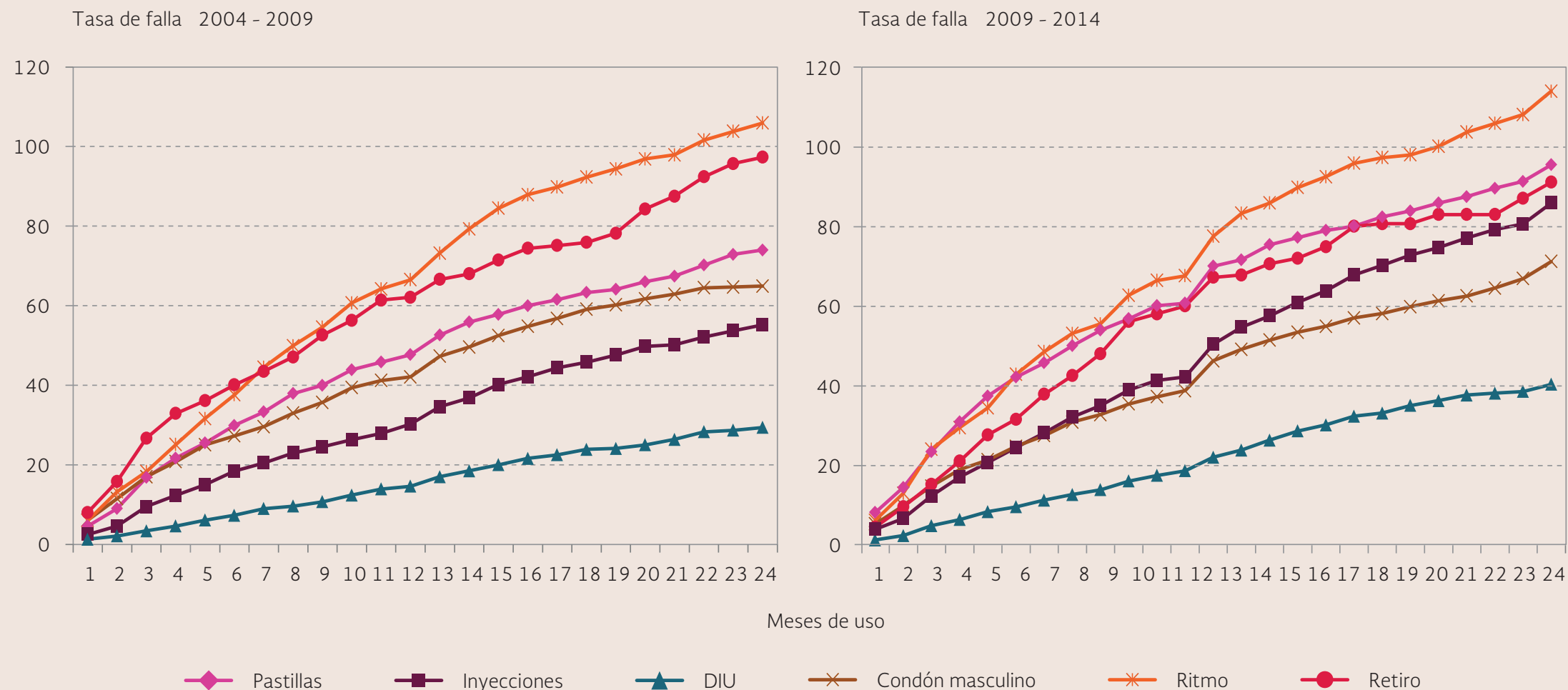
Lo anterior pone de manifiesto, por un lado, lo complejo que puede resultar el uso de las pastillas para las mujeres debido a las instrucciones tan específicas de las mismas para obtener una mayor efectividad, y por el otro, la poca relevancia que se le dio a la consejería sobre la utilización adecuada de los métodos en los servicios de anticoncepción durante la década pasada y su incapacidad para transmitir de forma correcta el conocimiento funcional de las pastillas, lo que ha propiciado un aumento en la falla de este método a los mismos niveles que el retiro y muy cerca del ritmo; métodos tradicionales que se caracterizan por su muy baja efectividad en relación con los métodos modernos. En este sentido, es fácil advertir la poca utilidad de usar un método anticonceptivo sin el conocimiento adecuado sobre su uso.

Por su parte, a pesar de que 98.2 por ciento de las usuarias de inyecciones saben cómo usarlas (véase sección de conocimiento funcional en este capítulo), este método también presenta un aumento importante entre las dos encuestas, ya que pasó de una tasa de embarazo no intencional de 30.2 en el primer año de uso a una de 42.3 por cada mil, en tanto que para el segundo año de uso el aumento fue más evidente, pasando de 55.2 a 86.0. Según lo anterior, la tasa de falla de las pastillas en México registrada en la última encuesta se ubica por encima de la tasa de falla publicada por la OMS como referencia de los niveles de este indicador, siendo ésta de 30 por cada mil para el primer año de uso. Los datos presentados sugieren que si bien las mujeres tienen conocimiento funcional de las inyecciones es posible que algunas de ellas no pongan en práctica sus conocimientos (véase gráfica 6.49).

Dado lo anterior, mientras que de 2004 a 2009 el riesgo de falla del condón se situaba por encima de las inyecciones, para el periodo de 2009 a 2014



Gráfica 6.49. República Mexicana. Tasas de falla anticonceptiva acumuladas por meses de duración de uso del método según tipo de método y periodo de inicio de uso (por mil segmentos de uso)



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

la tasa de falla de las inyecciones se posicionó por encima del condón, sobre todo para el segundo año de uso. Así, el riesgo del condón tuvo un comportamiento positivo para el primer año de uso, ya que su tasa de falla en este lapso de tiempo pasó de 42.1 a 38.8 por cada mil entre los dos periodos de análisis. No obstante, el riesgo en el segundo año de uso del condón se incrementó de 64.9 a 71.3 por cada mil segmentos de uso. Esto teniendo en cuenta que el 96.6 por ciento de las MEF usuarias de este método reportan tener un conocimiento adecuado de su uso.

Los resultados presentados hablan de necesidades insatisfechas de anticoncepción entre la población en edad reproductiva, pues éstas se manifiestan no solo en las mujeres fértiles que no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquellas personas que los usan y no logran alcanzar su objetivo de limitar o espaciar su fecundidad, ya sea por falta de conocimientos o por no tener a la mano métodos más efectivos. En este sentido, incluso las personas que se encuentran usando métodos modernos están expuestas a un nivel importante de falla

anticonceptiva, si el uso no se realiza de forma correcta y consistente, lo cual puede llevarlas a embarazos no planeados o no deseados con posibles consecuencias negativas, tanto en su vida como en la de sus hijos.

Con base en estos resultados y siguiendo el marco de derechos reproductivos, en el que se establece que toda persona tienen derecho a tener relaciones sexuales sin miedo a un embarazo o a contraer infecciones de transmisión sexual, se evidencia que aún es necesario implementar acciones para garantizar el pleno disfrute de estos derechos en toda la población, en particular la capacitación de los prestadores de servicios de anticoncepción y la necesidad de proporcionar métodos efectivos y de calidad. Asimismo, se advierte la necesidad de reforzar los programas de salud reproductiva enfocándolos no solo en alentar a la población a usar métodos anticonceptivos, sino también en proporcionar mayor y mejor información sobre el uso correcto y consistente de los métodos modernos, y en particular alertar sobre el riesgo adicional que implica el uso de métodos tradicionales como el ritmo y el retiro en la ocurrencia de un embarazo no deseado o no planeado.

Estas acciones deben reforzarse principalmente en la población joven, que es el grupo en el que se concentra el mayor riesgo de falla anticonceptiva. Por su parte, los servicios de salud reproductiva deben propiciar un entorno más adecuado a las necesidades de las y los jóvenes, proporcionándoles un servicio de mayor calidez que les genere un entorno de confianza, ofreciéndoles una mayor variedad de los métodos preferidos en estas edades y una orientación que les permita no únicamente protegerse de embarazos sino también de ITS.

Conclusiones

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos es un pre requisito para que las mujeres puedan elegir de manera informada sobre la gama de métodos disponibles, según sus necesidades y/o preferencias. El porcentaje de MEF que conoce al menos un método anticonceptivo se incrementó de 2009 a 2014; además de que la proporción de esas mujeres con conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo, que creció 6.3 por ciento de 2003 a 2014. Sin embargo, el mayor rezago en este punto se sigue presentando en los sectores más vulnerables: las mujeres sin escolaridad con el porcentaje más bajo de conocimiento funcional (69.1%); seguidas de las mujeres indígenas (75.3%) y quienes viven en zonas rurales (88.4%).

El inicio de la vida sexual marca importantes transiciones en la vida, por lo que este inicio debería ir acompañado con la adopción de algún método anticonceptivo y con la información necesaria; sin embargo, la brecha entre la edad mediana a la cual comienzan las relaciones sexuales y la edad mediana a la que inician con el uso de algún método anticonceptivo de forma continua es amplia, como se expuso con anterioridad; por ejemplo, en la generación de 25 a 34 años de edad, la brecha entre la edad mediana al primer uso y la primera relación sexual fue de 4.2 años, dejando así un periodo considerable sin protección, sobre todo para planear el nacimiento del primer hijo.

Los factores que reducen significativamente las probabilidades del uso de métodos anticonceptivos son la baja escolaridad, la residencia rural y el mayor número de hijos de la mujer. De acuerdo a la



ENADID, dentro de las MEFSAs descendió el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos de 76.5 a 75.6 entre 2009 y 2014. Aunque las adolescentes sexualmente activas tuvieron un aumento de 4.4 puntos porcentuales, éste no ha sido suficiente dado que continúan manteniéndose como el grupo de mujeres que hace menos uso de métodos anticonceptivos de las MEFSAs.

A nivel nacional el porcentaje de MEFSAs que reportó haber usado métodos anticonceptivos dado que su pareja utiliza la vasectomía, el condón o métodos anticonceptivos tradicionales en 2009 fue de 17.8 por ciento y en 2014 fue de 18.0 por ciento, lo que indica que aproximadamente una de cada seis mujeres cuenta con la participación activa del hombre en la planeación o prevención de embarazos o de ITS.

Los resultados de la ENADID muestran que desde 2009 el aumento de la prevalencia anticonceptiva de las MEFUs comienza a ser incipiente, puesto que en 12 años, considerando el resultado obtenido en 1997, creció 3.8 puntos porcentuales para después estancarse 72.3 por ciento entre 2009 y 2014; lo que supone mayores retos con miras a la consecución de metas planteadas a 2018, en el Objetivo 2 del PAE de Planificación familiar y anticoncepción que busca “atender las necesidades específicas de planeación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social”.

Aunque no hubo variación en la prevalencia total de las MEFUs; la prevalencia anticonceptiva de las adolescentes unidas entre 2009 y 2014 tuvo un aumento de 7.1 puntos porcentuales; en este sentido, el PAE de salud sexual y reproductiva para adolescentes, en su indicador 3, estableció como meta intermedia a 2014 alcanzar un 50.1 por ciento de prevalencia

anticonceptiva de adolescentes unidas; esta meta fue alcanzada e incluso superada con 51.5 por ciento.

En el PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción (indicador 4), se estableció como meta intermedia a 2014 llegar a una brecha de 7.9 puntos porcentuales en la prevalencia anticonceptiva de entre las MEFUs rurales y urbanas, ésta pasó de 11.2 a 7.4 puntos porcentuales de 2009 a 2014, por lo que es un gran logro al reducir incluso medio punto porcentual más. Por otro lado, el indicador 5 de este mismo PAE establece como meta reducir la brecha existente entre la prevalencia anticonceptiva de MEFUs indígenas y MEFUs no indígenas para 2014 a 12.7 puntos porcentuales, sin embargo, el descenso es de menos de un punto porcentual, llegando solo a 14.6.

Tanto en 2009 como en 2014 la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de MEFUs fue de 14.4 por ciento. Este dato muestra que la meta intermedia planteada para 2014 en el PAE de Planeación familiar y anticoncepción, en tanto de alcanzar un 20.2 por ciento de participación masculina en MEFUs, no fue lograda, y que falta aún mucho para lograr los niveles establecidos.

Finalmente, los resultados expuestos sobre anticoncepción invitan a que se refuercen los programas, estrategias y acciones a partir de alianzas institucionales a fin de que la población ejerza el derecho a su sexualidad y reproducción de manera libre e informada.

Bibliografía

Bertrand, Jane, Robert J. Magnani y James C. Knowles (1994), *Handbook of indicators for family planning program evaluation*, Chapel Hill, NC, The Evaluation



- Prooject Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- CIPD [Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo] (1994), El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre.
- Cleland, John *et al.* (2006), “Family Planning: The unfinished agenda”, *The Lancet Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, núm. 9549, pp. 1810-1827, Series, octubre.
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2001), *La población de México en el nuevo siglo*. Primera edición.
- Curtis, Sián L. y Ann K. Blanc (1997), “Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories”, DHS Analytical Reports, No. 6, Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- FNUAP [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2000), Alianzas con los hombres: Un enfoque nuevo en la salud sexual y reproductiva, Informe Técnico núm. 3, Diciembre.
- Hernández, Daniel (2001), “Anticoncepción en México”, en: Gómez de León, José y Cecilia Rabell (coords.) *La población de México: tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, Consejo Nacional de Población - Fondo de Cultura Económica.
- Huerta, Fernando (2007), “El cuerpo masculino como escenario de la vasectomía: una experiencia con un grupo de hombres de las ciudades de México y Puebla”, en: Amuchástegui, Ana y Szasz, Ivonne (coords.) *Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, El Colegio de México.
- Juárez, Fátima *et al.* (2010), *Barreras para la maternidad segura en México*, Guttmacher Institute, Nueva York. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/maternidad-segura-mexico_0.pdf
- , *et al.* (2013), *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*, Instituto Guttmacher y El Colegio de México, Nueva York. <https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>
- Leridon, Henry (1977), *Human fertility: The basics components*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (2003), “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 18, núm. 2, vol. 53, pp. 299-352.
- Mendoza, Doroteo, *et al.* (2009), “35 años de la planificación Familiar en México”, en: *La situación demográfica de México 2009*, CONAPO
- Meneses, Eloina (2014), *Análisis de la falla en el uso del primer método anticonceptivo en México en los periodos 1989-1997 y 2001-2009*, Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de México.
- Moreno, Lorenzo (1993), “Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 19, núm. 2, pp. 54-60+71.
- OMS [Organización mundial de la Salud] (2011), *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*, Nueva York, OMS.
- Padilla, Alberto (1994), “La dinámica del uso de la anticoncepción en el Perú: Un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos”, Seminario Sobre La Dinámica Anticonceptiva en America Latina. Calverton, Maryland, Macro International Inc.
- Presidencia de la República (2011), *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*. Informe de Avances 2010, México.

- Schiappacasse, V. (1995), “Calidad de Atención: un Marco de Referencia”, en: Díaz, Soledad, Sánchez, Soledad y Silvamonge, Mónica (eds.), *Realidades y Desafíos, Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago de Chile.
- ssa [Secretaría de Salubridad y Asistencia] (1994), Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, México SSA.
- ss [Secretaría de Salud] (2002), *Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto*, México, DF.
- (2008), Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, México, DF.
- Steele, Fiona, Sian L. Curtis y Minja Choe (1996), “The impact of family planning service provision on contraceptive-use dynamics in Morocco”, *Studies in Family Planning*, vol. 30, núm. 1, pp. 28-42.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010), “Salud Reproductiva y Desigualdades en la Población”, en: García, Brígida y Ordorica, Manuel (Coords.), *Los grandes problemas de México*, Tomo I. Población, El Colegio de México.
- Tietze, Christopher y Lewit, Sara (1968), “Statistical evaluation of contraceptive methods: Use effectiveness and extended use-effectiveness”, *Demography*, vol. 2, núm. 5, pp. 931-940.
- Welti Chanes, Carlos (2007), *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.



Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos

Cecilia Gayet y Fátima Juárez

En la historia demográfica de México ha sido ampliamente reconocida la importancia de la anticoncepción. En la década de 1970 se impulsaron los programas de uso de métodos anticonceptivos para disminuir la fecundidad. Ya desde la ley de población de 1974 se inscribía a la planificación familiar en un marco de derechos. Desde entonces, los programas de anticoncepción han sido vistos como un medio para garantizar el derecho a decidir libremente sobre la reproducción.

Para saber cuál es el nivel actual de cumplimiento del derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos se requieren indicadores específicos. Además de un indicador sobre el nivel de uso de los anticonceptivos, como es la prevalencia de anticoncepción, existe una medida para estimar la proporción de mujeres que, de acuerdo con sus declaraciones acerca del deseo de hijos, necesitarían estar usando métodos anticonceptivos y no los usan. Así, la estimación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción se ha visto como una medida adecuada para estudiar la brecha en el cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres.

Naciones Unidas, a partir de estimaciones y proyecciones, indica que para el 2015 habría en el mundo 153 millones de mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción, de las cuales, 138 millones pertenecen al mundo en desarrollo (United Nations, 2015). En América Latina, se ha estimado que un 11 por ciento de las mujeres tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción (Bradley y Casterline, 2014).

La medida de necesidades no satisfechas de anticoncepción ha tenido cambios desde su propuesta original desarrollada por Westoff para obtener una medida más refinada (Bradley y Casterline, 2014). Como concepto, ha ido ganando importancia al punto que se incluyó como medida clave en el programa de acción devenido de la reunión de Naciones Unidas en El Cairo en 1994 y más tarde, como uno de los indicadores a ser estimado para los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desde la perspectiva de los derechos de las mujeres, esta medida ha sido considerada como un indicador clave para saber si los Estados están cumpliendo con los compromisos de proporcionar anticoncepción a quien la necesite.

En 2012 hubo un acuerdo entre expertos para simplificar y unificar los métodos de cálculo de este indicador (Bradley *et al.*, 2012). Para aquellos países que participan en el programa de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS por su sigla en



inglés), se trata de una medida comparable entre países de distintos continentes y a lo largo del tiempo. Las estimaciones para algunos países de América Latina y el Caribe indican niveles muy diferentes entre los mismos (véase el cuadro 7.1.).

Cuadro 7.1. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil con necesidades no satisfechas de anticoncepción en países selectos de América latina y el Caribe

País	Año de la encuesta	Necesidades no satisfechas de anticoncepción		
		Espaciar	Limitar	Total
Colombia	2010 DHS	3.6	4.4	8.0
Haití	2012 DHS	15.7	19.7	35.3
Honduras	2011-12 DHS	6.2	4.5	10.7
Perú	2012 DHS	4.0	5.3	9.3
República Dominicana	2013 DHS	6.9	4.0	10.8

Fuente: Statcompiler DHS.

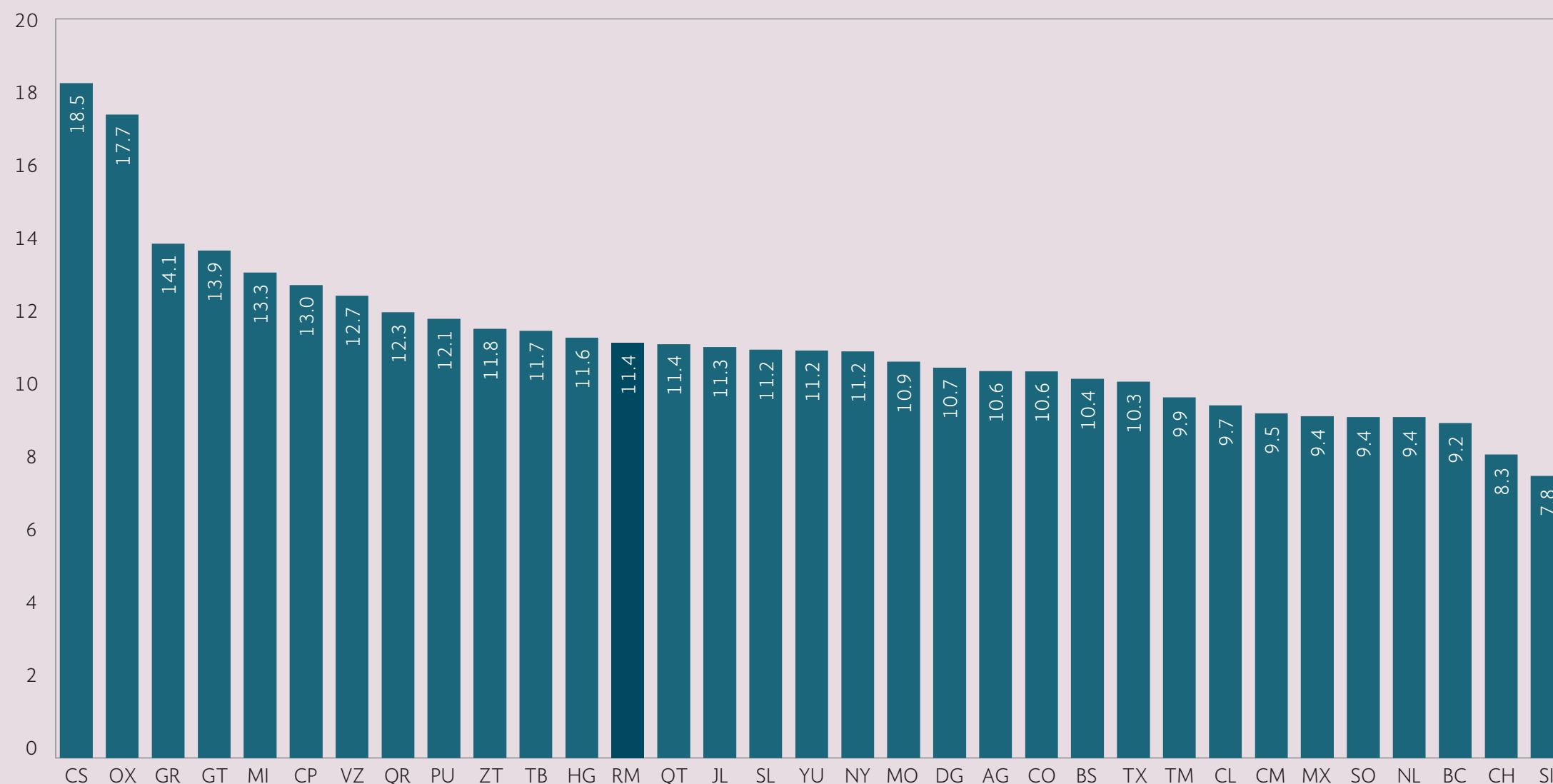
En México se cuenta con la serie de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) que tiene preguntas que permiten acercarse a ese concepto. Sin embargo, los cuestionarios de las ENADID no son equivalentes al de las encuestas DHS y en el pasado ha sido necesario hacer adaptaciones (con supuestos diferentes en cada ENADID) para estimar las necesidades no satisfechas de anticoncepción, principalmente por la falta de algunas preguntas en las distintas encuestas, la cuales son diferentes en cada una de las ENADID. Así, CONAPO hizo estimaciones lo más cercanas posible en función de las preguntas disponibles en los cuestionarios para distintos años de levantamiento de las encuestas nacionales. En la ENADID del 2014 se hicieron cambios que permiten acercarse más al método de las encuestas DHS. Las estimaciones que se presentan a continuación, apli-

can y modifican el algoritmo de Bradley *et al.* del 2012 a la ENADID 2014 y permiten una comparación más próxima con otros países del mundo. Sin embargo, dado que aún existen diferencias en la forma en que se elaboraron tanto las preguntas como las respuestas posibles a las mismas en la ENADID 2014 comparada con las encuestas DHS, se advierte que las autoras de este capítulo han tomado decisiones metodológicas para contar con un método comparable (mismo que será referido como método adaptado por Gayet y Juárez, 2016).

7.1. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas

Como ha sido definido por CONAPO previamente, la proporción de mujeres expuestas a un embarazo y que no hacen uso de algún método anticonceptivo, no obstante su deseo expreso de limitar o espaciar sus nacimientos, se define como necesidad no satisfecha de anticoncepción (CONAPO, 1998). El algoritmo de Bradley *et al.* del 2012 se aplica a mujeres unidas en edad fértil. Con el método descrito, la estimación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción para mujeres unidas en México es de 11.4 por ciento. Se compone de una necesidad no satisfecha de 6.4 para limitar y 5.1 para espaciar los nacimientos.

Entre las entidades federativas con los valores más altos se encuentran Chiapas (18.5%), Oaxaca (17.7%) y Guerrero (14.1%), mientras que Sinaloa (7.8%) y Chihuahua (8.3%) son las entidades con menores proporciones de necesidad no satisfecha de anticonceptivos (véase gráfica 7.1.).

Gráfica 7.1. Porcentaje de mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por entidad federativa, 2014

Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y el método de Bradley et al. (2012) adaptado por Gayet y Juárez, 2016.

Una mirada a las desigualdades sociales en materia de derechos reproductivos se puede obtener estimando las necesidades no satisfechas de anticoncepción de acuerdo con ciertas características de las mujeres. Una preocupación persistente en México es el embarazo adolescente. Como puede verse en el cuadro 7.2, es entre las adolescentes unidas de 15 a 19 años donde se presenta la mayor proporción de necesidades no satisfechas. Más de un cuarto de ellas

está expuesta a un embarazo no planeado o no deseado. La tendencia desciende a medida que aumenta la edad. Destaca que la proporción de mujeres con necesidades no satisfechas para limitar es similar en todos los grupos de edad, entre 5 y 7 por ciento. Y es en las necesidades para espaciar donde se producen las mayores diferencias.

Por otra parte, la necesidad total no satisfecha de anticonceptivos disminuye a mayor edad de la

mujer. Es así como se observa que entre las mujeres de 30 a 34 años o mayores de edad la necesidad de anticonceptivos es un tercio o menos que la de las jóvenes. Este mismo patrón por edad se presenta para necesidades no satisfechas de anticoncepción para espaciar (véase cuadro 7.2).

Cuadro 7.2. República Mexicana. Porcentaje de mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por características seleccionadas, 2014

Características seleccionadas	Necesidades no satisfechas de anticoncepción		
	Limitar	Espaciar	Total
Total	6.4	5.1	11.4
Grupos de edad			
15-19	6.2	21.9	28.1
20-24	6.4	15.4	21.7
25-29	6.5	8.6	15.0
30-34	6.7	3.7	10.3
35-39	6.9	1.6	8.5
40-44	6.5	0.4	6.9
45-49	5.1	0.1	5.1
Lugar de residencia			
Rural	7.2	6.9	14.1
Urbana	6.1	4.5	10.6
Condición de habla de lengua indígena			
Habla lengua indígena	10.5	8.0	18.6
No habla lengua indígena	6.1	4.9	10.9
Escolaridad			
0-6 años	8.5	3.9	12.4
7-9 años	6.1	5.6	11.7
10 o más años	5.0	5.4	10.4
Paridez			
0	4.0	15.7	19.6
1	5.3	10.6	15.9
2	7.3	3.8	11.1
3	5.5	1.4	6.9
4 y más	8.2	1.3	9.5

Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y el método de Bradley et al. (2012) adaptado por Gayet y Juárez, 2016.
Nota: Unidas se refiere a mujeres actualmente casadas o en unión consensual.

La proporción de mujeres unidas con necesidades no satisfechas es mayor en el área rural que en el área urbana. Esto puede deberse a una menor disponibilidad de servicios de salud en el área rural combinada con un cambio más reciente en las preferencias reproductivas en este medio. Se encuentran también diferencias entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no lo hacen. Es mayor la proporción entre las hablantes de lengua indígena. En relación con la escolaridad, destaca que no hay grandes diferencias entre los tres grupos de escolaridad en cuanto a la proporción de mujeres con necesidades no satisfechas, siendo mayor la necesidad no satisfecha de anticonceptivos entre las mujeres con menor escolaridad. Y en cuanto a la paridez, es decir, el número de hijos que las mujeres habían tenido hasta el momento de la encuesta, se advierte que las necesidades no satisfechas son mayores entre aquellas que no habían tenido hijos (una de cada cinco tenía necesidades no satisfechas de anticoncepción). Esto puede ser un efecto de que son más jóvenes y tienen mayores dificultades para recibir los servicios de salud reproductiva que requieren. Sin embargo, no es desdeñable la proporción de mujeres unidas que han tenido cuatro o más hijos y no tienen a su disposición los métodos que requieren, especialmente para limitar su fecundidad (8.2%).

7.2. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas

El indicador presentado en la sección anterior que sigue la metodología internacional se aplica para mujeres unidas. Sin embargo, es posible ampliar

la estimación para todas las mujeres sexualmente activas, sin importar si se encontraban o no unidas al momento de la encuesta. En este caso, para las mujeres no unidas, se aplica el criterio de que hayan tenido relaciones sexuales en el mes previo a la encuesta (Bradley *et al.*, 2012). Las necesidades no satisfechas de anticoncepción de las mujeres unidas más las no unidas ascienden a 12.2 por ciento, siendo 6.4 por ciento para limitar y 5.8 por ciento para espaciar. Como se puede observar la estimación de la necesidad no satisfecha de anticoncepción de las mujeres sexualmente activas es similar aunque más elevada que la necesidad no satisfecha de anticoncepción de las unidas. Esto se debe al número mayor de mujeres casadas que forma parte de esta medida. De hecho, la necesidad que varía entre la estimación para casadas y las sexualmente activas es la necesidad para espaciar, que es mayor entre las mujeres sexualmente activas. La necesidad no satisfecha entre las mujeres sexualmente activas según las diferencias de acuerdo con las características de las mujeres se mantienen, tales como por grupos de edad, teniendo las mujeres jóvenes los mayores porcentajes de necesidad no satisfecha de anticonceptivos, especialmente para espaciar (véase cuadro 7.3). También siguen siendo mayores en el área rural que en el área urbana, y para las mujeres sexualmente activas hablantes de lengua indígena. Para las mujeres que no han tenido hijos o han tenido uno sólo, son mayores las necesidades no satisfechas para espaciar, en tanto que para las mujeres con mayor número de hijos se incrementan las necesidades no satisfechas para limitar.

Los resultados por entidad federativa muestran que Chiapas, Oaxaca y Guanajuato son las entida-

des con mayores proporciones de necesidades no satisfechas de anticoncepción, en tanto que el Estado de México, Sinaloa y Chihuahua son las que tienen los menores porcentajes (véase gráfica 7.2).

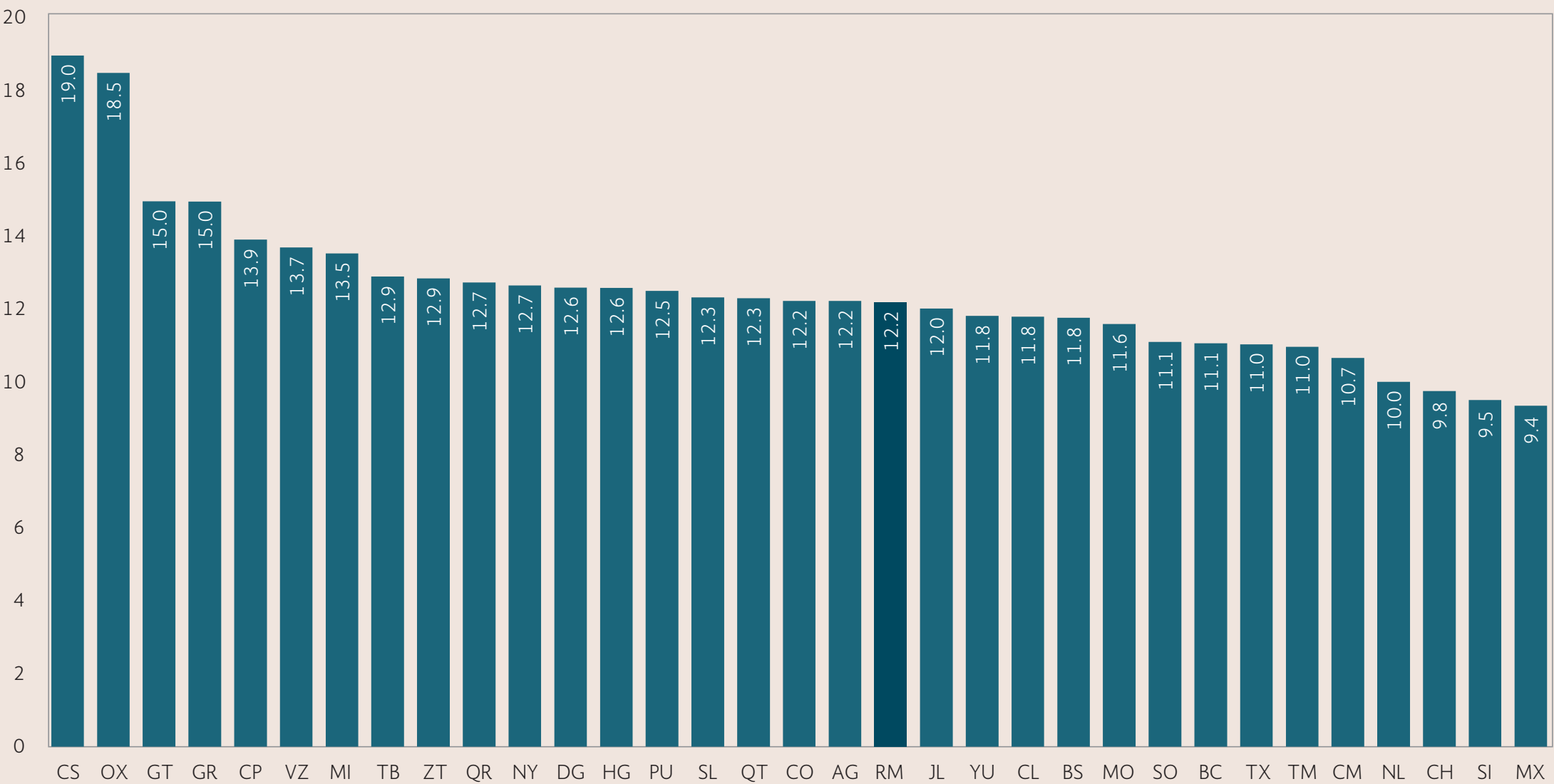
Cuadro 7.3. República Mexicana. Porcentaje de mujeres sexualmente activas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por características seleccionadas, 2014

Características seleccionadas	Necesidades no satisfechas de anticoncepción		
	Limitar	Espaciar	Total
Total	6.4	5.8	12.2
Grupos de edad			
15-19	6.1	23.5	29.6
20-24	5.9	16.0	21.9
25-29	6.4	9.1	15.5
30-34	6.8	4.1	10.8
35-39	7.0	1.6	8.7
40-44	6.9	0.4	7.3
45-49	5.2	0.1	5.3
Lugar de residencia			
Rural	7.3	7.3	14.6
Urbana	6.1	5.4	11.5
Condición de habla de lengua indígena			
Habla lengua indígena	10.4	8.2	18.6
No habla lengua indígena	6.1	5.7	11.8
Escolaridad			
0-6 años	8.4	4.0	12.5
7-9 años	6.3	6.0	12.3
10 o más años	5.1	6.8	12.0
Paridez			
0	4.0	17.5	21.6
1	5.9	10.5	16.4
2	7.5	3.7	11.2
3	5.5	1.4	6.9
4 y más	8.1	1.3	9.4

Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y el método de Bradley *et al.* (2012) adaptado por Gayet y Juárez, 2016.

Nota: Sexualmente activas se refiere a todas las mujeres actualmente unidas y a las no unidas que tuvieron relaciones sexuales en el último mes antes de la fecha de la entrevista.

Gráfica 7.2. Porcentaje de mujeres sexualmente activas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y el método de Bradley et al. (2012) adaptado por Gayet y Juárez, 2016.

7.3. Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas solteras

Si bien el método estandarizado de las DHS se aplica para mujeres unidas al momento de la encuesta, también se han realizado estimaciones a nivel internacional para mujeres solteras. En el caso de las

mujeres solteras, Sedgh *et al.* (2007) agregaron el control de que hayan tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. Con base en la ENADID 2014, se estimó la proporción de mujeres solteras que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses que se encuentran en situación de necesidades no satisfechas. La necesidad no satisfecha de anticonceptivos para mujeres solteras que habían tenido

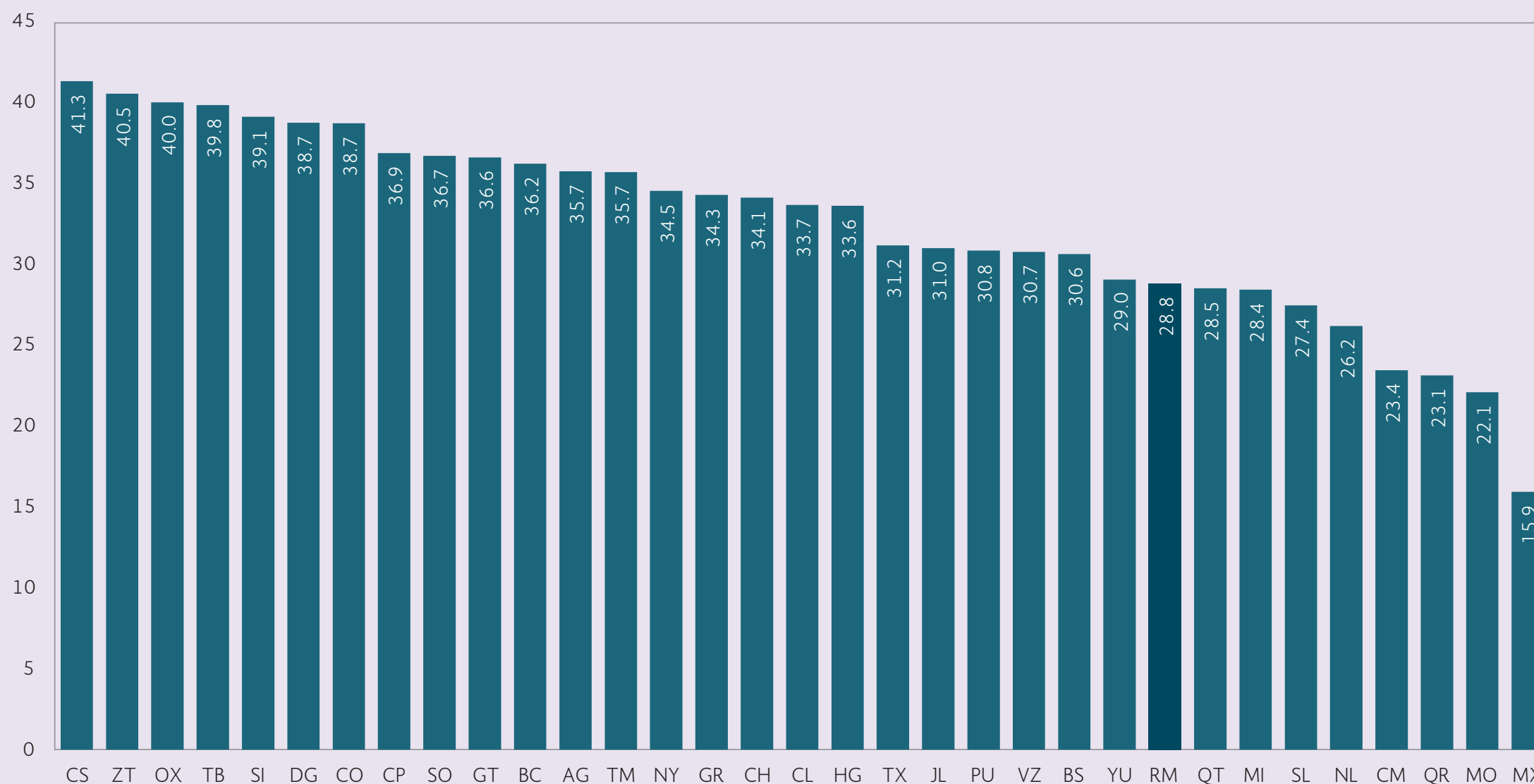
relaciones sexuales en los 3 meses anteriores a la encuesta es de 28.8 por ciento, compuesta por 7.9 por ciento para limitar y 20.9 por ciento para espaciar.

Las entidades federativas con mayores proporciones de necesidades no satisfechas en mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los tres meses previos a la encuesta son Chiapas, Zacatecas y Oaxaca con más de 40 por ciento, en tanto

que el Estado de México, Morelos y Quintana Roo tienen las menores proporciones (véase gráfica 7.3). El cambio en el orden de entidades entre las mujeres unidas y las solteras podría indicar estrategias específicas de algunas entidades federativas de brindar servicios de anticoncepción a las jóvenes solteras.

En cuanto a las necesidades no satisfechas de acuerdo con algunas características de las mujeres,

Gráfica 7.3. Porcentaje de mujeres solteras con relaciones sexuales en últimos tres meses con necesidades no satisfechas de anticoncepción por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y el método de Bradley et al. (2012) adaptado por Gayet y Juárez, 2016.

destaca, como era de esperarse, que es mayor la proporción de necesidades no satisfechas para espaciar entre las mujeres solteras más jóvenes y para limitar entre las mayores. Entre las solteras más jóvenes, en el período adolescente, más de 40 por ciento tiene necesidades no satisfechas de métodos

Cuadro 7.4. República Mexicana. Porcentaje de mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses con necesidades no satisfechas de anticoncepción por características seleccionadas, 2014

Características seleccionadas	Necesidades no satisfechas de anticoncepción		
	Limitar	Espaciar	Total
Total	7.9	20.9	28.8
Grupos de edad			
15-19	6.8	35.7	42.5
20-24	4.6	25.1	29.7
25-29	5.8	17.1	22.9
30-34	9.1	16.2	25.3
35-39	18.0	5.6	23.6
40-44	21.2	1.4	22.7
45-49	14.6	0.5	15.1
Lugar de residencia			
Rural	11.0	29.4	40.3
Urbana	7.7	20.2	27.8
Condición de habla de lengua indígena			
Habla lengua indígena	n.a.	n.a.	n.a.
No habla lengua indígena	n.a.	n.a.	n.a.
Escolaridad			
0-6 años	13.0	13.6	26.6
7-9 años	11.6	22.7	34.3
10 o más años	6.4	21.0	27.4
Paridez			
0	5.6	25.7	31.3
1	14.6	12.4	27.1
2	16.8	2.9	19.7
3	9.5	0.6	10.1
4 y más	5.7	0.0	5.7

Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y el método de Bradley et al. (2012) adaptado por Gayet y Juárez, 2016.

Nota: n.a. significa no aplica por el escaso número de casos.

anticonceptivos. Pero, aunque a edades más avanzadas la necesidad no satisfecha de mujeres solteras es menor que la de las jóvenes de 15-19 años, la necesidad no satisfecha de las mujeres solteras mayores sigue siendo elevada. En ámbitos de residencia rurales, las proporciones son mayores que en los urbanos. En cuanto al nivel de escolaridad, en total no hay grandes diferencias en los tres niveles, pero las más escolarizadas tienen mayores necesidades para espaciar que para limitar, mientras que entre las menos escolarizadas la proporción es similar. En cuanto a paridez, destacan las proporciones con necesidades para espaciar de mujeres que no han tenido hijos o que han tenido uno solo (véase cuadro 7.4).

Conclusiones

Con el objetivo de estimar las necesidades no satisfechas de anticoncepción, México cuenta ahora con una fuente de datos que permite acercarse a la medida internacional. La inclusión de las preguntas que estaban ausentes en encuestas previas de México ha sido un gran avance para la precisión de este indicador. Queda como pendiente para las siguientes encuestas que se realicen en México, la adecuación de las preguntas donde aún existen diferencias con las de las encuestas del programa DHS a fin de obtener el mismo indicador que ese conjunto de encuestas.

En cuando a los resultados presentados, se advierte que persisten las desigualdades sociales y regionales. Las más jóvenes, tanto unidas como solteras, son quienes tienen mayores necesidades no satisfechas de anticoncepción, sobre todo para espaciar. Las proporciones son mucho mayores en las solteras, lo que podría indicar que los servicios de planificación familiar no están preparados todavía para las solteras

sexualmente activas, a pesar de que desde la década de 1990 se habían realizado declaraciones de alto nivel de gobierno sobre la prioridad política de atender a esta población en materia de salud reproductiva y de que después del año 2000 se insistió sobre el problema del embarazo en la adolescencia.

Las mujeres de áreas rurales se han visto aún más desfavorecidas que las mujeres de áreas urbanas para alcanzar el cumplimiento de este derecho, y lo mismo sucede con las mujeres indígenas. En el análisis por entidad federativa, destaca Oaxaca que se encuentra entre los primeros lugares con mayores proporciones de necesidad no satisfecha de anticonceptivos tanto para mujeres unidas como solteras sexualmente activas. Esto habla de una deficiencia generalizada en los programas destinados a brindar anticoncepción a las mujeres.

Por último, es importante mencionar el alcance de este indicador, como afirman Bradley y Casterline (2014), el objetivo fundamental es estimar la proporción de mujeres que, de acuerdo con las preferencias de fecundidad que declaran, deberían estar practicando la anticoncepción y no lo están haciendo. Se trata de un objetivo de nivel agregado, de producir una estimación demográfica de nivel nacional, y no es útil para guiar la provisión cotidiana de los servicios de planificación familiar a nivel individual. Por

otra parte, la ventaja con respecto a otros indicadores como el de prevalencia anticonceptiva es que las necesidades no satisfechas de anticoncepción incluyen las preferencias reproductivas de las mujeres.

Bibliografía

- Bradley, S. E., y Casterline, J. B. (2014), Understanding unmet need: history, theory, and measurement, *Studies in family planning*, 45(2), 123-150.
- Bradley, S. E., Croft, T. N., Fishel, J. D., y Westoff, C. F. (2012), *Revising Unmet Need for Family Planning* (DHS Analytical Studies No. 25 ed.). Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (1998), *La Situación Demográfica de México, 1997*. México D.F.: Consejo Nacional de Población. Segunda Edición.
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A., y Singh, S. (2007), *Women with an unmet Need for Contraception in Developing Countries and their reasons for not using a method*. Occasional report No.37. New York: Guttmacher Institute.
- United Nations (2015), Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349).



La Salud Materna en México: análisis de las Encuestas de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014

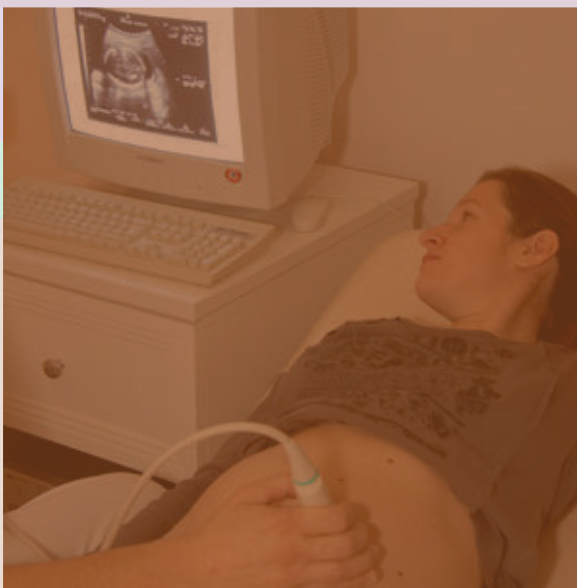
Rafael Lozano y Edson Serván-Mori, Instituto Nacional de Salud Pública

Las prioridades de salud de las mujeres han cambiado de manera importante en las últimas tres décadas, transitando de una visión “estrecha” en los ochenta concentrada solo en la salud materna, a un marco de referencia basado en los derechos sexuales y reproductivos en los noventa, hasta una posición actual que privilegia a la salud de la mujer por encima de su función reproductiva y la salud en el periodo materno.

Esta visión holística de la salud materna toma la perspectiva del ciclo de vida y le otorga mucha importancia al papel que la mujer ha tomado como soporte de la fuerza de trabajo en el sistema de salud y cuidadora de la salud de la sociedad.

8.1. Antecedentes

El progresivo posicionamiento alcanzado a lo largo de 30 años se inició con el reclamo que Deborah Maine y Allan Rosenfield hicieron a la comunidad mundial sobre la invisibilidad de la salud de la madre en la estrategia sobre salud materno-infantil en 1985 (Rosenfield A. y D. Maine, 1985). Este llamado fue bien recibido por las agencias especializadas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y pocos años después se dio a conocer la primera iniciativa mundial enfocada a la atención materna, denominada *Por una Maternidad Segura* (Starrs A.M., 2006). Acompañando a esta iniciativa se produjo un movimiento internacional por documentar, entre otras cosas, tanto el progreso como las fallas de las acciones de salud materno-infantil a nivel mundial. Desde 1984 las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS por sus siglas en inglés) empezaron a producir datos asociados al tema, sobre todo en países en donde los registros de estadísticas vitales no existían. Estas encuestas de alcance poblacional, aplicadas en 90 países (Corsi D.J., Neuman M., Finlay J.E. y S.V. Subramanian, 2012), han ampliado su ámbito de medición a enfermedades como el VIH, paludismo, violencia o a la inclusión de biomarcadores para detectar anemia y otras enfermedades crónicas no transmisibles. México es uno de los pioneros en la aplicación de las DHS; y en 1987 la Dirección de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud con el apoyo y asesoría del Programa DHS llevó a cabo la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) 1987 (ss, 1990). De alguna manera esta encuesta con una muestra de menos de nueve



mil hogares es el antecedente inmediato de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) empezó a aplicar a nivel nacional desde 1992 y que expande la muestra a 64 mil hogares.

No obstante los esfuerzos realizados durante tres lustros por alcanzar una maternidad segura expresada en una reducción sustantiva de la mortalidad materna, el impacto a nivel mundial de estas acciones fueron marginales. La innegable asociación entre la mortalidad materna, la pobreza, la falta de acceso a la atención prenatal y a un manejo adecuado del parto, ocasionaron que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) sea incorporada como un indicador clave dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El propósito de incluirla era claro: atraer más atención de las agencias de apoyo internacional y los países para invertir más recursos financieros; focalizar acciones para acelerar su disminución y, con ello, combatir la pobreza que era el principal interés de los ODM. La meta de bajar la RMM dos tercios de 1990 a 2015, dejó de ser retórica internacional para transformarse en el quehacer cotidiano de los sistemas de salud de los países, en todos sus niveles administrativos.

A partir de que se hacen públicos los ODM, se emprendieron importantes proyectos e iniciativas destinados a mejorar la salud materna global. Destacan entre ellas el llamado que hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe mundial de 2005 sobre *¡Cada madre y cada niño contarán!* (OMS, 2005) y la creación de la *Alianza para la Salud de la Madre, el recién Nacido y el Niño* (OMS, 2016), también de la OMS. Esta última es de nuestro particular interés puesto que de ahí deriva el marco conceptual que se sigue en este capítulo sobre la atención continua desde el primer contacto prenatal hasta la atención del posparto.

En 2010 durante la cumbre de los ODM, el secretario general de la ONU presentó al mundo una estrategia sin precedentes denominada *Cada Mujer, Cada Niño* (UN, 2015a). Con una asignación de más de \$40 mil millones de dólares, ésta estrategia buscó intensificar la acción internacional de los gobiernos, organismos multilaterales, el sector privado y la sociedad civil; comprometiéndolos, entre otros, a salvar la vida de 16 millones de mujeres y niños y evitar 33 millones de embarazos no deseados para 2015. Esta iniciativa se acompañó de importantes acciones de organización, gobernanza, monitoreo y rendición de cuentas con la creación de la Comisión de Información y Rendición de cuentas sobre la salud materno-infantil (COIA) y la instauración de un grupo de expertos independiente (IERG) para reportar los avances de los ODM 4 y 5.

Los resultados logrados para 2015 aunque no fueron los esperados, no dejan de ser alentadores. El reporte oficial de la ONU dice: [...] *se registra una disminución de la RMM de 45 por ciento en todo el mundo desde 1990, siendo que la mayor parte de la reducción se ha producido desde el año 2000. En Asia meridional, la RMM disminuyó en 64 por ciento entre 1990 y 2013, y en el África subsahariana se redujo 49 por ciento. Lo importante es que también se logró documentar que más de 71 por ciento de los partos fueron atendidos por personal sanitario especializado a nivel mundial en 2014, lo cual representa un aumento del 59 por ciento en 1990 (UN, 2015b) [...].* Historias de éxito se ven en 36 países y se puede decir que en 55 de 183 países estudiados hay un progreso superior al 90 por ciento. En nuestra región el progreso alcanzado fue desigual. Perú, Ecuador y el Salvador se colocan dentro de los 36 países con éxito: Chile y Uruguay en el segundo; y México, junto con Brasil y Guatemala se ubican en los lugares 59 a 61, respectivamente, con un avance



de casi 88 por ciento de lo planeado. En contraste, se observó muy poco progreso en Venezuela, Paraguay, Nicaragua y Argentina, países cuyos logros no superaron el 25 por ciento de reducción de su RMM respecto de 1990 (WHO, UNICEF, UNFPA, WBG and the UNPD, 2015).

En septiembre de 2015, la asamblea general de las Naciones Unidas aprobó un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad titulado *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (UN, 2015c). Inscrito en este documento aparecieron 17 objetivos y 169 metas. Entre ellas destaca la meta 3.1 [...] *de aquí a 2030, reducir la tasa mundial de 70 por cada 100 000 nacidos vivos [...] aunque renglones antes, el mismo documento aclaró que [...] si bien las metas expresan aspiraciones a nivel mundial, cada gobierno fijará sus propias metas nacionales [...] tomando en consideración las circunstancias del país [...]*. El espíritu que subyace a los compromisos a 2030, indica que los gobiernos se comprometen a *lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie. Más allá de continuar con los avances obtenidos (salud materno-infantil) los gobiernos también se comprometen a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.*

En consonancia con la nueva agenda a 2030 y el importante esfuerzo organizado alrededor de la iniciativa *Cada mujer, cada niño*, nuevamente la ONU se coloca a la vanguardia y le propone a los países miembros *La estrategia global para la salud de la mujer, los niños y las adolescentes (2016-2030): sobrevivir, progresar y transformar* (UN, 2015a). Lo novedoso, además de sumar a las adolescentes, es que esta organización aceptó que existen las condiciones sociales para transformar la realidad de

esta población, estableciendo que contamos con el conocimiento y la oportunidad de lograr una mejora sustantiva y de alcance al mediano plazo.

En este sentido, el presente documento busca inscribirse dentro del espíritu de monitoreo de los ODM mencionado por la ONU y contribuir con mediciones de los compromisos adquiridos por nuestro país para 2030 en lo relativo a salud materna. El análisis de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) llevada a cabo en 2014 nos brinda la oportunidad de ejercer una doble función, por un lado, conocer el desempeño de algunos procesos destinados a mejorar la salud materna en México antes de 2015 y por otro, establecer la línea basal 2030.

El análisis de la ENADID 2014 que se presenta a continuación toma como eje analítico el concepto de atención continua para mejorar la salud materna en México (Reid R. y M.R. Haggerty J, 2002; Kerber K.J., et al, 2007). El texto inicia con una breve explicación de la metodología empleada, y en seguida se describen los resultados. Para tal efecto, seguimos el principio de que para entender dónde estamos, es conveniente revisar de dónde venimos y por lo mismo se presenta la evolución de las características socio-demográficas de las mujeres en edad fértil en México de 1997 a 2014, empleando para ello las ENADID realizadas en 1997 y 2009. Posteriormente se describen los indicadores de salud materna desde el momento de la atención prenatal hasta la atención del parto a nivel nacional. El documento concluye con la medición de un indicador compuesto sobre la atención materna continua. En esta medición se sintetiza el proceso mediante el cual el sistema de salud de México, de acuerdo a la percepción de sus usuarias, organiza las acciones para mejorar la salud materna y se sientan las bases de las brechas que hay que cerrar en el corto plazo.



8.2. Breve descripción de los métodos empleados para el análisis de las ENADID 1997-2014

Las fuentes de información utilizadas fueron las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997, 2009 y 2014. La población de interés se conformó por mujeres en edad fértil o MEF (de 15 a 49 años de edad) al momento de su último embarazo encuestadas en cada año, y que reportaron al menos un embarazo en el periodo de estudio de cada encuesta. Luego de excluir a aquellas mujeres con información incompleta en los indicadores de interés para este análisis, la población analizada se conformó por 23 559, 23 908, y 28 533 mujeres en 1997, 2009 y 2014; que, a nivel poblacional representaron a 6.6, 7.9, y 9.6 millones de MEF, respectivamente (véase cuadro A.1 del anexo para los detalles de la selección de la población de estudio).

Analizamos tres grupos de indicadores. El primero da cuenta de las *características sociodemográficas* de las mujeres, a saber: edad al momento del último embarazo (<20, 20 a 29, 30 a 39, ≥40), ser primigesta, ser jefa de hogar, hablar alguna lengua indígena, años de escolaridad al momento de la encuesta (cero, 1 a 6, 7 a 9, 10 a 12, ≥13) y derechohabencia exclusiva al momento de la encuesta. Además se incluyeron un índice de infraestructura y posesión de activos (como aproximación de nivel socioeconómico) en terciles (bajo, medio, alto), que combinó información sobre la posesión de refrigerador, lavadora, automóvil, etc. y las condiciones de infraestructura y posesión de activos en el hogar, material de los pisos, techos, cocina; servicios sanitarios exclusivos, disponibilidad de agua y drenaje. Este índice se construyó mediante análisis

de componentes principales con matrices de correlación policórica (Kolenikov S. y G., Angeles, 2004); así como el tamaño de la localidad de residencia de las mujeres analizadas (rural, urbano, o metropolitano).

El segundo grupo de indicadores permite abordar la *Salud materna, atención prenatal, del parto y posparto*. Se incluyeron los antecedentes de algún hijo(a) nacido(a) muerto(a), pérdida o aborto, el producto del último embarazo (aborto, mortinato, hijo(a) sobreviviente, hijo(a) fallecido(a)); así como indicadores específicos de la atención prenatal (AP), del parto y posparto. De la AP se analizaron: haber recibido la primera consulta durante el primer trimestre de embarazo o; haber recibido al menos cinco consultas prenatales durante todo este período, tal como lo señala la norma oficial mexicana (ss, 1995); que la AP recibida haya sido calificada o provista por un médico y/o enfermera, el lugar o institución donde las mujeres recibieron la AP; el contenido de la atención o los procedimientos médicos seguidos durante las consultas prenatales recibidas,⁴⁷ y haber presentado alguna complicación durante el embarazo⁴⁸. Por su parte, los indicadores del parto

⁴⁷ Los procedimientos explorados en las encuestas fueron:

- En 1997: le tomaron la presión, le aplicaron vacuna tétanos, le recomendaron dar el pecho, le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara, la pesaron.
- En 2009, además de las anteriores, se exploraron los siguientes procedimientos: le revisaron el abdomen, le realizaron un ultrasonido, le realizaron algún examen de sangre, le realizaron algún examen general de orina, le recetaron ácido fólico, hierro, u otro complemento vitamínico, le ofrecieron realizarle alguna prueba de detección de VIH o SIDA.
- En 2014: se preguntaron todos los procedimientos anteriores salvo la pesaron y le revisaron el abdomen.

⁴⁸ Las complicaciones durante el embarazo incluyeron:

- En 1997: sangrado vaginal, hinchazón de piernas y/o cara, presión alta, presión baja, frecuentes dolores de cabeza, azúcar en la sangre, infección en los riñones, u otra complicación.
- En 2009: sangrado vaginal, hinchazón de piernas y/o cara, dolor de cabeza, visión borrosa, lucitas y zumbido de oídos, contracciones antes de tiempo, azúcar en la sangre, infección en los riñones, ruptura de la fuente antes de tiempo, ataques o convulsiones, u otra complicación.

incluyeron: atención calificada del parto o provista por un médico y/o enfermera, el lugar o institución de atención (Seguridad Social, Secretaría de Salud, el sector privado, u otro como la casa de la encuestada), haber presentado alguna complicación durante el parto⁴⁹, tipo de parto (cesárea o normal-vaginal-). Respecto del posparto se incluyó en el análisis la recepción de atención posparto, y si esta fue durante el primer mes posterior al parto u oportuna.

El tercero más que un grupo es un *indicador compuesto de la continuidad de la atención materna*: Basados en estudios anteriores (Heredia Pi I., Serván Mori E., Reyes Morales H. y R. Lozano, 2013; Servan Mori E., Sosa Rubí S.G., Najera Leon E. y B.G. Darney, 2016 y; Heredia Pi I., Servan Mori E., G. Darney B., Reyes Morales H. y R., Lozano, 2016), éste indicador se definió como la probabilidad condicionada de que una mujer embarazada reciba todas las intervenciones en salud materna (durante el embarazo, parto y posparto) en tiempo y forma. Operativamente se define como el producto entre las siguientes variables binarias (sí=1, no=0): recepción de AP, AP oportuna, AP frecuente, AP de contenido adecuado (o haber recibido $\geq 75\%$ de los

procedimientos registrados en las encuestas), AP calificada e institucional, atención del parto calificada e institucional, y atención posparto oportuna. A diferencia de la construcción de coberturas independientes de la atención materna, este indicador da cuenta del seguimiento de las mujeres a lo largo del embarazo, parto y posparto. Esto se expresa en la definición de un solo denominador que no cambia a lo largo del tiempo (del embarazo al posparto), a diferencia de la aproximación de coberturas independientes que considera diferentes denominadores para cada indicador, aunque se originen del mismo universo.

Los indicadores descritos se analizaron a nivel poblacional, considerando el efecto del diseño de cada encuesta, y los factores de expansión a nivel individual respectivos.

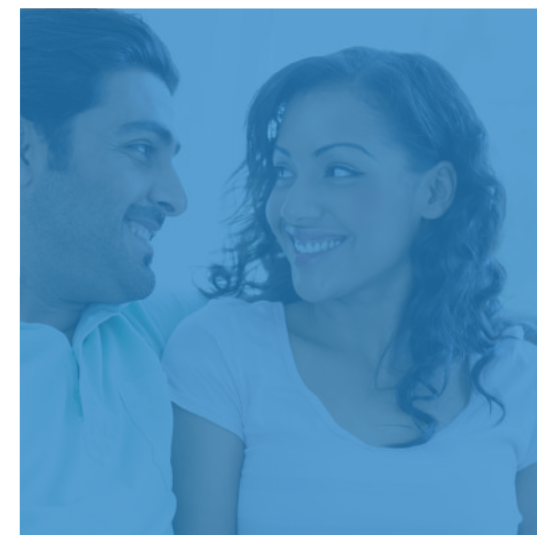
Partimos con la descripción del perfil sociodemográfico y de salud materna y atención prenatal, del parto y posparto para cada una de las encuestas (1997, 2009 y 2014). En esta parte del análisis también se contrastó la diferencia en el tiempo de la distribución de cada uno de los indicadores descritos.

Luego analizamos el indicador compuesto de continuidad de la atención materna. Esta parte del análisis se hizo para la última edición de la encuesta (2014); ello debido a problemas de comparabilidad de los indicadores de interés con encuestas previas. Se estimaron las coberturas independientes y condicionadas (expresadas en porcentajes) de cada una de las intervenciones del continuo de atención mencionadas anteriormente. Esta descripción se complementó con la estimación de las coberturas ajustadas de atención continua propuesto por entidad federativa, las cuales se obtuvieron a partir de la estimación de un modelo de regresión logística que incluyó las siguientes covariables: los años de edad

• En 2014: sangrado vaginal, presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.), ataques o convulsiones, diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo, infección urinaria, anemia, parto prematuro, ruptura de la fuente antes de tiempo, poco o mucho líquido amniótico, problemas con la placenta, el bebé dejó de moverse, el bebé dejó de crecer, el bebé tenía el cordón umbilical enredado, u otra complicación.

⁴⁹ Las complicaciones durante el parto incluyeron:

- En 1997: se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores, tuvo presión alta, tuvo presión baja, el(la) niño(a) venía de pies o sentado(a), el(la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado, u otra complicación.
- En 2009: tuvo sangrado abundante o grave, tuvo presión alta, tuvo ataques o convulsiones, le bajó mucho la presión, se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores, el(la) niño(a) venía de pies o sentado, el(la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado, u otra complicación.
- En 2014: tuvo sangrado abundante o grave, presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.), ataques o convulsiones, el bebé venía en mala posición, el bebé traía el cordón umbilical enredado, el bebé tuvo problemas para nacer, el bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar, u otra complicación).



en el último embarazo, ser primigesta, jefa de hogar, hablar lengua indígena, años de escolaridad, derechohabiencia, el índice de nivel socioeconómico construido, el tamaño de localidad de residencia, y una variable indicadora dicotómica (0,1) por cada una de las entidades federativas. Las pruebas de bondad de ajuste y de especificación sugieren que el modelo estimado fue adecuado. En el cuadro A.2 del anexo se muestran las coberturas e intervalos de confianza al 95 por ciento (IC95%) estimadas.

8.3. Perfiles observados de las mujeres en edad fértil en México

8.3.1. Perfil sociodemográfico 1997-2014

En el cuadro 8.1 se muestra el perfil sociodemográfico de las MEF analizadas durante un periodo de más de veinte años. La información recolectada por las encuestas muestra cambios en el tiempo estadísticamente significativos ($P < .001$) en cada uno de los indicadores de interés. La estructura etaria al momento del último embarazo ha cambiado; mientras que 13.5 por ciento de las mujeres encuestadas en 1997 reportaron tener menos de 20 años de edad, en 2014 este porcentaje creció cerca de 16 por ciento. A este cambio se suman la reducción de 10 por ciento de las mujeres de 20 a 29 años de edad, y el incremento de 12 por ciento de las mujeres de 30 a 39 años de edad. En este cuadro también se observa que, entre 1997 y 2014, el porcentaje de mujeres primigestas creció 15 por ciento; las mujeres jefas de hogar aumentaron 88 por ciento (de 4.9 a 9.2%). Además, el porcentaje de mujeres con 10 o más años de escolaridad creció 23 puntos, lo que representa un cambio de 126 por ciento, y el porcentaje de mujeres sin seguro de salud

se redujo 76 por ciento. Llama la atención que el porcentaje de mujeres con Seguro Médico aumentó de 40.3 por ciento en 2009 a 85.7 por ciento en 2014, lo que representó una ampliación de la cobertura de aseguramiento de más del doble en un periodo de diez años pues el Seguro Popular de Salud inició en 2004.

En relación con los indicadores de salud materna durante la etapa prenatal, se confirma que la AP es prácticamente generalizada entre todas las mujeres que presentan esta necesidad de atención. Destaca que las mujeres que recibieron AP oportuna y frecuente se incrementaron en casi 20 por ciento entre 1997 y 2014. La contribución relativa de las instituciones prestadoras de AP también se transformó en el periodo de estudio, observándose que el porcentaje de mujeres que recibieron AP en alguna unidad de atención de la Seguridad Social se redujo 26 por ciento; no así aquel correspondiente a la Secretaría de Salud, el cual se duplicó en 17 años; estos cambios se vieron acompañados por una reducción de 24 y 87 por ciento de las mujeres que acudieron al sector privado o que recibieron atención en otros espacios (como su hogar) respectivamente. Además, y a pesar de su reducción, siete de cada diez mujeres encuestadas reportó haber presentado alguna complicación durante su etapa de embarazo. A pesar de los problemas de comparabilidad, la exploración de la información sobre los procedimientos seguidos durante la AP recibida sugiere cambios que merecen ser comentados. Entre ellos, el incremento (entre 2009 y 2014) de 72 por ciento en el porcentaje de mujeres a quienes le ofrecieron realizarse alguna prueba de detección de VIH o SIDA; también el crecimiento, entre estos dos años, de 21 por ciento en el porcentaje de mujeres a quienes les ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo termina-



Cuadro 8.1. República Mexicana. Perfil sociodemográfico de las Mujeres en edad fértil, 1997, 2009 y 2014^a

Características seleccionadas	Año de la ENADID						p ^b
	1997		2009		2014		
	6,635,906		7,913,970		9,601,123		
	Porcentaje	IC-95%	Porcentaje	IC-95%	Porcentaje	IC-95%	
Grupos de edad (años) ^c							
<20	13.5	[12.8,14.1]	14.9	[14.2,15.6]	15.6	[15.1,16.2]	<.001
20-29	57.4	[56.2,58.6]	52.4	[51.4,53.4]	52.0	[51.3,52.8]	
30-39	26.1	[25.1,27.1]	29.8	[28.9,30.7]	29.1	[28.4,29.7]	
≥40	3.1	[2.8,3.4]	2.9	[2.6,3.2]	3.3	[3.0,3.5]	
Primigesta	31.1	[30.0,32.2]	35.1	[34.1,36.0]	35.8	[35.0,36.5]	<.001
Jefa de hogar	4.9	[4.5,5.4]	7.4	[6.9,7.9]	9.2	[8.7,9.6]	<.001
Habla lengua indígena	8.4	[6.9,10.1]	6.3	[5.5,7.2]	6.5	[5.9,7.2]	<.05
Escolaridad (años)							
Cero	8.8	[7.7,9.9]	2.7	[2.4,3.2]	2.9	[2.6,3.3]	<.001
1-6	40.4	[38.4,42.4]	25.9	[25.0,26.9]	18.7	[18.0,19.3]	
7-9	32.7	[31.1,34.4]	34.0	[33.1,35.0]	37.3	[36.5,38.1]	
10-12	9.3	[8.5,10.2]	23.6	[22.7,24.5]	24.2	[23.5,24.9]	
≥13	8.8	[7.9,9.8]	13.7	[13.0,14.4]	16.9	[16.3,17.6]	
Derechohabiencia ^d							
Seguridad Social	38.6	[36.4,40.8]	35.0	[33.9,36.1]	29.8	[29.0,30.6]	<.001
Seguro Popular		nd ^e	26.4	[25.4,27.4]	50.1	[49.2,51.1]	
Seguro Privado	0.7	[0.5,0.9]	1.5	[1.3,1.8]	0.7	[0.6,0.9]	
Más de uno	1.0	[0.8,1.2]	2.4	[2.1,2.8]	5.1	[4.8,5.4]	
Ninguna	59.7	[57.4,62.0]	34.7	[33.7,35.8]	14.2	[13.6,14.8]	
Índice de infraestructura y posesión de activos ^f							
Bajo		nc ^g	41.2	[39.9,42.5]	40.5	[39.5,41.5]	<.05
Medio		nc ^g	33.2	[32.1,34.3]	35.0	[34.2,35.9]	
Alto		nc ^g	25.6	[24.6,26.6]	24.5	[23.8,25.2]	
Localidad de residencia							
Rural	27.3	[22.4,32.7]	23.8	[22.7,25.1]	25.9	[25.0,26.7]	0.29
Urbano	28.0	[23.4,33.3]	30.6	[29.4,31.8]	31.3	[30.2,32.5]	
Metropolitano	44.7	[40.2,49.2]	45.6	[44.5,46.7]	42.8	[41.9,43.7]	

^a Se presentan estimaciones a nivel poblacional (no ajustadas o crudas), considerando el efecto del diseño de cada encuesta, así como los factores de expansión a nivel individual respectivos.

^b En el caso en que no se cuente con información en las tres encuestas, el valor *p* presentado corresponde a la prueba de diferencias de distribuciones entro los años para los cuales si se cuenta con información comparable.

^c Años de edad al momento del último embarazo.

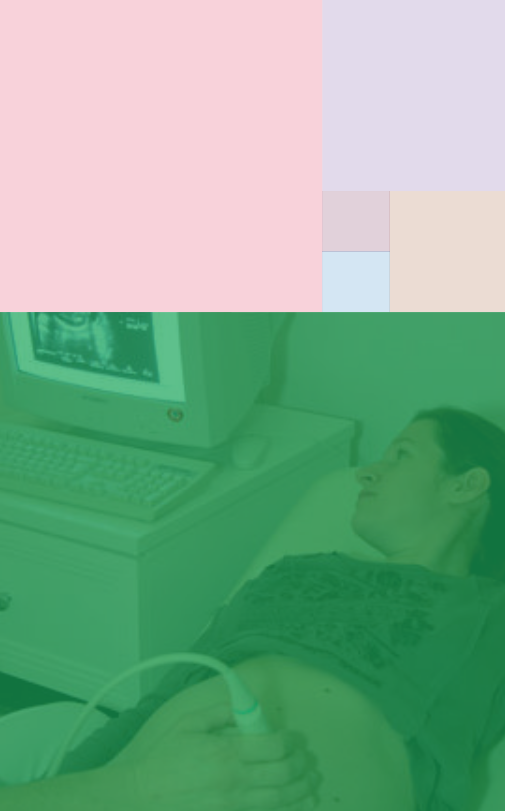
^d La derechohabiencia se define como exclusiva al momento de la encuesta (Seguridad Social –IMSS, ISSSTE o ISSSTE Estatal, Pemex, Defensa o Marina u otra institución–; Seguro Popular de Salud, Seguro Privado, más de uno, o ninguna).

^e nd: Dato no disponible para 1997, debido a que en éste año no existía el Seguro Popular de Salud.

^g nc: Variable no comparable entre encuestas.

^f Es una aproximación del nivel socioeconómico de los hogares donde residen las mujeres analizadas. Se expresó en terciles (bajo, medio, alto), que combinó información sobre la posesión de activos (por ejemplo posesión de refrigerador, lavadora, automóvil, etc.) y las condiciones de infraestructura y posesión de activos en el hogar material de los pisos, techos, cocina; servicios sanitarios exclusivos, disponibilidad de agua y drenaje.

Fuente: Estimaciones del INSP con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.



ra (entre 1997 y 2014); así como aquel correspondiente a la aplicación de la vacuna contra el tétanos y de la realización de ultrasonidos, los cuales registraron un incremento de 12.5 por ciento entre 1997 y 2014. No obstante, es importante resaltar que el porcentaje de mujeres a quienes les recomendaron dar pecho decreció 14 por ciento.

8.3.2. Atención de la Salud materna 1997-2014

El cuadro 8.2 muestra varios aspectos a destacar: el porcentaje de mujeres que reportó haber tenido algún hijo o hija que haya nacido muerto se redujo 41 por ciento de 1997 a 2014 (de 3.2 a 1.9%). Llama la atención que entre estos diez y siete años, dos de cada diez mujeres encuestadas reportó haber tenido alguna pérdida o aborto el cual creció de 17 a 20.8 por ciento. En consecuencia la contribución relativa de los hijos(as) sobrevivientes cayó 4 puntos porcentuales (de 93.3 a 89.8%).

El cuadro 8.2 también muestra que el porcentaje de mujeres que recibieron atención calificada (o provista por un médico y/o enfermera) en el parto se incrementó 11 por ciento. Al igual que en el caso de la AP, el peso relativo de las instituciones proveedoras de servicios de atención del parto también ha cambiado en los últimos años. Creció 159 por ciento (de 17.2 a 44.5%) el número de mujeres que se atendió en las instalaciones de la Secretaría de la Salud; en contraste, el número de mujeres atendidas por la Seguridad Social u otros proveedores no institucionales (como el hogar de la entrevistada) se redujo 34 y 74 por ciento, respectivamente. Llama la atención que el porcentaje de mujeres que recibieron atención en algún espacio privado no sufrió

mayor cambio, desde hace 17 años uno de cada cinco partos se atiende en instalaciones privadas.

Resultan alentadores, tanto el cambio observado en el porcentaje de mujeres que reportaron al menos una complicación durante el parto, al pasar de 48.4 por ciento en 1997 a 38.7 por ciento en 2014, como el porcentaje de mujeres que reportó haber recibido atención posparto, cifra que creció 35 por ciento entre 1997 y 2014. Pero en sentido opuesto destaca el incremento notable de las cesáreas que en 1997 concentraban 28.8 por ciento de los partos y en 2014 se incrementa a 46.2 por ciento. En otras palabras, casi la mitad de los partos son resueltos por esta vía lo que excede más del doble el número esperado o recomendado por la OMS.

8.3.3. Continuidad de la atención materna 2014

La gráfica 8.1 y el mapa 8.1 presentan los principales resultados del análisis de continuidad de la atención materna para 2014. Por un lado, se muestra la cobertura de cada una de las intervenciones en salud materna analizadas (véase gráfica 8.1). En color vino la cobertura cruda basada en probabilidades independientes y en café la cobertura de la atención continua que deriva del cálculo de las probabilidades condicionadas explicadas previamente.

Respecto de las coberturas independientes, se aprecia que 97.3 por ciento de las mujeres encuestadas (poco más de 9.6 millones) recibieron AP durante su último embarazo, 86 por ciento de las mujeres recibieron AP oportuna y frecuente, y 81.7 por ciento refirieron haber recibido AP con contenido adecuado (o que incluya $\geq 75\%$ de los procedimientos explorados). Asimismo, 96 por ciento

Cuadro 8.2. República Mexicana. Indicadores de salud materna y atención prenatal, del parto y posparto por características seleccionadas, 1997, 2009 y 2014^a

Características seleccionadas	Año de la ENADID						P ^b
	1997		2009		2014		
	6,635,906		7,913,970		9,601,123		
	Porcentaje	IC-95%	Porcentaje	IC-95%	Porcentaje	IC-95%	
Antecedentes de algún hijo(a) nacido muerto(a), pérdida o aborto							
¿Ha tenido algún hijo o hija que haya nacido muerto?	3.2	[2.8,3.6]	2.4	[2.1,2.7]	1.9	[1.7,2.1]	<.001
¿Ha tenido alguna pérdida o aborto?	17.0	[16.2,17.8]	19.1	[18.4,19.9]	20.8	[20.1,21.4]	<.001
Producto del último embarazo							
Aborto	4.4	[4.0,4.8]	7.8	[7.3,8.3]	8.7	[8.3,9.1]	<.001
Mortinato	0.5	[0.4,0.7]	0.8	[0.6,1.0]	0.6	[0.5,0.7]	
Hijo sobreviviente	93.3	[92.7,93.8]	90.4	[89.8,91.0]	89.8	[89.3,90.2]	
Hijo fallecido	1.8	[1.5,2.1]	1.0	[0.8,1.2]	1.0	[0.8,1.1]	
Indicadores de salud maternal							
Período prenatal							
Recibió atención prenatal	92.0	[91.1,92.7]	97.2	[96.8,97.5]	97.3	[97.0,97.5]	<.001
Atención oportuna ^c	75.3	[74.1,76.5]	87.3	[86.6,87.9]	88.8	[88.3,89.3]	<.001
Atención frecuente ^d	74.3	[73.1,75.6]	84.9	[84.2,85.7]	88.4	[87.9,88.9]	<.001
Procedimientos seguidos durante la atención prenatal							
Le tomaron la presión	92.8	[91.9,93.6]	96.6	[96.2,97.0]	97.6	[97.3,97.8]	<.001
Le aplicaron vacuna contra el tétanos	78.5	[77.3,79.6]	85.6	[84.8,86.4]	88.2	[87.7,88.7]	<.001
Le recomendaron dar el pecho	93.0	[92.2,93.7]	93.2	[92.6,93.7]	80.0	[79.3,80.6]	<.001
Le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara	60.4	[59.1,61.6]	71.4	[70.3,72.4]	72.8	[72.0,73.5]	<.001
La pesaron	91.9	[90.9,92.7]	95.8	[95.4,96.3]		nd ^e	<.001
Le revisaron abdomen		nd ^e	93.9	[93.4,94.4]		nd ^e	----
Le realizaron un ultrasonido		nd ^e	87.0	[86.2,87.8]	95.6	[95.2,95.9]	<.001
Le realizaron algún examen de sangre		nd ^e	86.0	[85.2,86.8]	90.5	[90.0,91.0]	<.001
Le realizaron algún examen general de orina		nd ^e	85.3	[84.4,86.1]	91.0	[90.5,91.5]	<.001
Le recetaron ácido fólico, hierro, u otro complemento vitamínico		nd ^e	95.6	[95.1,96.1]	96.7	[96.4,96.9]	<.001
Le ofrecieron realizarle alguna prueba de detección de VIH o SIDA		nd ^e	38.2	[37.2,39.3]	65.5	[64.7,66.3]	<.001
Atención calificada ^f	94.0	[93.0,94.9]	98.4	[98.0,98.7]	99.0	[98.8,99.2]	<.001
Lugar de atención frecuente							
Seguridad Social	39.9	[38.4,41.5]		nd ^e	29.4	[28.7,30.2]	<.001
Secretaría de Salud	23.9	[22.5,25.4]		nd ^e	47.8	[46.9,48.6]	
Privado	29.8	[28.4,31.3]		nd ^e	22.0	[21.3,22.7]	
Otro	6.3	[5.5,7.3]		nd ^e	0.8	[0.7,1.0]	
Tuvo alguna complicación durante el embarazo ^g	69.6	[68.6,70.6]	63.2	[62.1,64.2]	66.0	[65.2,66.8]	<.001

Continúa...

Cuadro 8.2. República Mexicana. Indicadores de salud materna y atención prenatal, del parto y posparto por características seleccionadas, 1997, 2009 y 2014^a

Características seleccionadas	Año de la ENADID						p ^b
	1997		2009		2014		
	6,635,906		7,913,970		9,601,123		
	Porcentaje	IC-95%	Porcentaje	IC-95%	Porcentaje	IC-95%	
Parto y posparto							
Atención calificada del parto ^f	86.9	[84.9,88.6]	95.5	[94.8,96.0]	96.0	[95.6,96.4]	<.001
Lugar de atención							
Seguridad Social	46.8	[44.8,48.8]		nd ^e	31.1	[30.3,31.9]	<.001
Secretaría de Salud	17.2	[16.2,18.2]		nd ^e	44.5	[43.6,45.4]	
Privado	21.9	[20.8,23.1]		nd ^e	20.8	[20.1,21.5]	
Otro	14.1	[12.3,16.0]		nd ^e	3.6	[3.2,4.1]	
Tuvo alguna complicación durante el parto ^h	48.4	[47.3,49.5]	47.3	[46.3,48.3]	38.7	[37.9,39.5]	<.001
Tipo de parto							
Cesarea	28.8	[27.4,30.3]	43.8	[42.7,44.9]	46.2	[45.3,47.1]	<.001
Normal (vaginal)	71.2	[69.7,72.6]	56.2	[55.1,57.3]	53.8	[52.9,54.7]	
Recibió atención posparto	60.3	[58.7,62.0]	83.1	[82.2,83.9]	81.4	[80.7,82.0]	<.001
Atención posparto durante el primer mes u oportuno	91.5	[90.8,92.2]	95.0	[94.4,95.4]	97.7	[97.4,98.0]	<.001

^a Se presentan estimaciones a nivel poblacional (no ajustadas o crudas), considerando el efecto del diseño de cada encuesta, así como los factores de expansión a nivel individual respectivos.

^b En el caso en que no se cuente con información en las tres encuestas, el valor p presentado corresponde a la prueba de diferencias de distribuciones entre los años para los cuales sí se cuenta con información comparable.

^c Atención prenatal oportuna: Primera consulta prenatal durante el primer trimestre de embarazo.

^d Atención prenatal frecuente: ≥5 consultas prenatales durante todo embarazo.

^e nd: Dato no disponible para 1997, debido a que en éste año no existía el Seguro Popular de Salud.

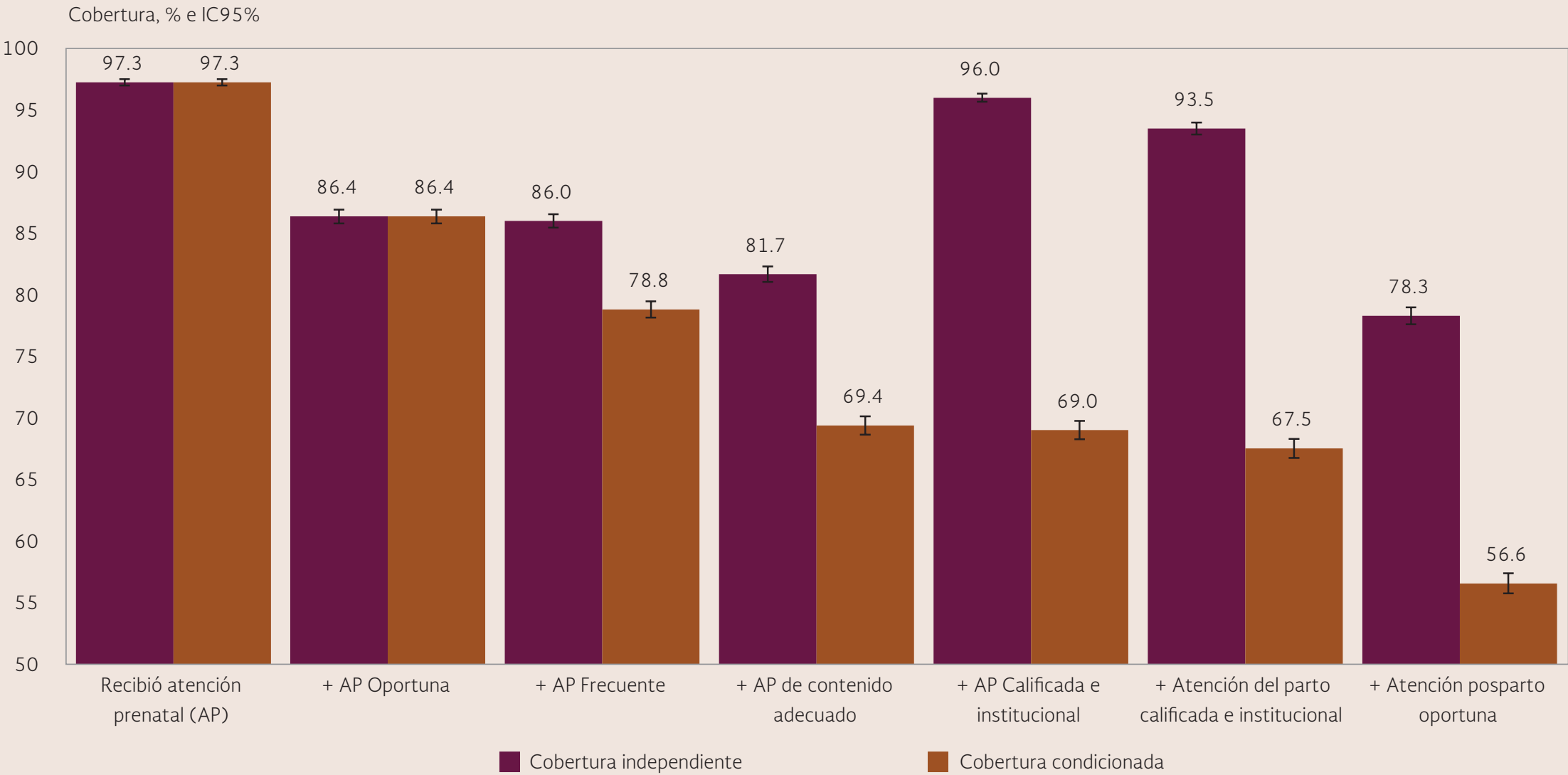
^f Atención prenatal y del parto calificada: Se refiere a haber recibido atención por parte de un médico y/o enfermera en cada una de estas etapas.

^g Las complicaciones durante el embarazo incluyeron: En 1997: Sangrado vaginal, hinchazón de piernas y/o cara, presión alta, presión baja, frecuentes dolores de cabeza, azúcar en la sangre, infección en los riñones, u otra complicación. En 2009: Sangrado vaginal, hinchazón de piernas y/o cara, dolor de cabeza, visión borrosa, lucécitas y zumbido de oídos, contracciones antes de tiempo, azúcar en la sangre, infección en los riñones, ruptura de la fuente antes de tiempo, ataques o convulsiones, u otra complicación. En 2014: Sangrado vaginal, presión alta o pre eclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.), ataques o convulsiones, diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo, infección urinaria, anemia, parto prematuro, ruptura de la fuente antes de tiempo, poco o mucho líquido amniótico, problemas con la placenta, el bebé dejó de moverse, el bebé dejó de crecer, el bebé tenía el cordón umbilical enredado, u otra complicación.

^h Las complicaciones durante el parto incluyeron: En 1997: Se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores, tuvo presión alta, tuvo presión baja, el (la) niño (a) venía de pies o sentado (a), el (la) niño (a) traía el cordón umbilical enredado, u otra complicación. En 2009: Tuvo sangrado abundante o grave, tuvo presión alta, tuvo ataques o convulsiones, le bajó mucho la presión, se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores, el (la) niño (a) venía de pies o sentado, el (la) niño (a) traía el cordón umbilical enredado, u otra complicación. En 2014: Tuvo sangrado abundante o grave, presión alta o pre eclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.), ataques o convulsiones, el bebé venía en mala posición, el bebé traía el cordón umbilical enredado, el bebé tuvo problemas para nacer, el bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar, u otra complicación.

Fuente: Estimaciones del INSP con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

Gráfica 8.1. República Mexicana. Coberturas independientes y condicionadas de intervenciones en salud materna, 2014



^a Se presentan estimaciones a nivel poblacional (no ajustadas o crudas), considerando el efecto del diseño de cada encuesta, así como los factores de expansión a nivel individual respectivos.

^b AP oportuna: Primera consulta prenatal durante el primer trimestre de embarazo.

^c AP frecuente: ≥ 5 consultas prenatales durante todo embarazo.

^d AP de contenido adecuado: Haber recibido $\geq 75\%$ de los procedimientos médicos durante las consultas prenatales. Los procedimientos explorados en las encuestas fueron: En 1997: Le tomaron la presión, le aplicaron vacuna tétanos, le recomendaron dar el pecho, le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara, la pesaron. En 2009 además de las anteriores, se exploraron los siguientes procedimientos: Le revisaron abdomen, le realizaron un ultrasonido, le realizaron algún examen de sangre, le realizaron algún examen general de orina, le recetaron ácido fólico, hierro, u otro complemento vitamínico, le ofrecieron realizarle alguna prueba de detección de VIH o SIDA. En 2014: se preguntaron todos los procedimientos anteriores salvo la pesaron y le revisaron abdomen.

^e Atención del parto calificada e institucional: Parto atendido por parte de un médico y/o enfermera de una institución pública o privada de salud.

^f Atención posparto oportuna: Haber recibido atención posparto durante el primer mes posterior al parto.

Fuente: Estimaciones del INSP con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

fueron atendidas por personal calificado y en instalaciones del sistema de salud en las diferentes consultas de AP. Por su parte, 93.5 por ciento de las mujeres recibieron atención del parto calificada e institucional y 78.3 por ciento recibió atención posparto en los 30 días subsecuentes al parto.

En contraste, al analizar la cobertura de la atención continua al final del proceso se observa un panorama distinto, es decir, al medir la atención posparto fue de 56.6 por ciento, lo que representa una pérdida de 42 por ciento de las mujeres que refirieron haber iniciado el continuo de atención. En este proceso se identifican momentos claves de discontinuidad. Al medir la oportunidad con que se recibe la AP se pierde 11 por ciento de las mujeres que entraron en contacto con el sistema de salud; cuando se evalúa el contenido de la atención se acumulan casi 30 por ciento de pérdidas de las mujeres que iniciaron. Cuando se mide la atención posparto oportuna se añade 12 por ciento a la pérdida de continuidad de la atención de las mujeres que tuvieron un embarazo en los últimos cinco años.

En el mapa 8.1 se resumen las coberturas de atención continua a nivel estatal, calculadas a partir del modelo de regresión mencionado previamente. Las coberturas se disponen en cuartiles, en donde el color vino identifica a los estados con el menor nivel y el color verde identifica a los estados con mayores niveles de cobertura. Se observa que la distribución de la atención continua no es aleatoria geográficamente, presenta patrones de concentración regional claros; en particular en el sur y sureste de México, donde se muestran los niveles más bajos de cobertura (menores al 55%). En la región centro y norte del país se identificaron patrones espaciales mixtos. Sinaloa, Durango, Coahuila, Jalisco, Guanajuato, y Aguascalientes, al

igual que los estados del sur como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, se ubican en el cuartil más bajo de cobertura [41.7%, 54.7%]. Por su parte, los estados de Tlaxcala, Hidalgo, Querétaro, San Luis Potosí, Nuevo León y Tamaulipas se ubicaron en el cuartil de mayor cobertura [60.8%, 65.6%].

8.4. La atención continua de la salud materna en México

Aunque estamos conscientes de que la atención continua no es un tema novedoso en la prestación de servicios, definitivamente si lo es para la Salud Pública y en particular para la Salud Materna (McBryde Foster M. y T. Allen, 2005). Decidimos incursionar en ese terreno dada su pertinencia, y porque tanto en el entorno nacional como en el internacional se están alineando alrededor de esta intervención. Por ejemplo, a) el marco conceptual propuesto por la OMS y la *Alianza para la Salud de la Madre, el recién Nacido y el Niño* (PMNCH por sus siglas en inglés) es universal e invitó a los países a implementarlo desde 2005; b) la atención continua del embarazo, parto y posparto se ha transformado en un programa estratégico para mejorar la salud de las mujeres y los recién nacidos; c) en la reciente publicación de los ODS se establece que *los gobiernos también se comprometen a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva* y; d) se están realizando esfuerzos por implantar en México un Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) que [...] *busca garantizar la atención continua y coordinada a través de intervenciones tempranas y oportunas [...] este enfoque de atención integral y continua permitirá acciones de prevención y curación en todos los ámbitos y edades [...]*, incluyendo en ello la atención materna continua.



Mapa 8.1. Coberturas a nivel estatal de atención materna continua, 2014



Nota: Se presentan coberturas estatales calculadas a partir del modelo de regresión logística estimada. En este modelo se incluyeron las siguientes covariables: años de edad en el último embarazo (<20, 20-29, 30-39, ≥40), primigesta, jefa de hogar, habla lengua indígena, escolaridad (años) (Cero, 1-6, 7-9, 10-12, ≥13), derechohabencia (Ninguno, Seguridad Social, Seguro Popular de Salud, Privado, más de uno), índice de infraestructura y posesión de activos (o nivel socioeconómico) (bajo, medio, alto), tamaño de localidad (rural, urbano, metropolitano), y una variable indicadora dicotómica (0,1) por cada uno de las Entidades Federativas. La estimación de estos modelos consideró el efecto del diseño de cada encuesta, así como los factores de expansión a nivel individual respectivos.

Fuente: Estimaciones del INSP con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

Además de estas razones, consideramos que es un momento propicio para operacionalizar el concepto de *continuidad de la atención de la salud materna* en México, y medirlo tanto en las encuestas de hogares como en los registros administrativos del sistema de salud, con el fin de rendir cuentas de los avances alcanzados en materia de cobertura uni-

versal, e identificar las brechas que existen en los diferentes grupos de población en el país en materia de cobertura. Algunos esfuerzos por medir el concepto de continuidad en salud materna empleando la ENSANUT 2012 fueron publicados recientemente (Heredia Pi I., Serván Mori E., Reyes Morales H. y R. Lozano, 2013).

Tenemos que partir de la idea de Kerber y cols. que publicaron en 2007: *Hay que terminar con el slogan y pasar a la acción en del sistema de salud* (Kerber K.J., de Graft Johnson J.E., Bhutta Z. a, Okong P., Starrs A. y J.E., Lawn, 2007). Dentro del continuo, todas las mujeres deben tener acceso a las opciones de salud reproductiva y la atención durante el embarazo, parto y posparto. De acuerdo con varios autores (Graft Johnson J., Kerber K., Tinker A., Otchere S., Narayanan I., Shoo R. y L.J. Oluwole, 2006 y The Partnership for Maternal N and CH, 2007) el concepto de atención continua de la salud de la madre se centra en dos dimensiones: a) tiempo, o prestar servicios esenciales a las madres durante el embarazo, el parto, el posparto, y b) lugar, o integrar la prestación de los servicios esenciales en un sistema dinámico de atención primaria de la salud involucrando al hogar, la comunidad, los servicios de difusión y los establecimientos de salud. La calidad de la atención a estos niveles es decisiva.

Reid y cols. describen la continuidad de la atención como el grado en que una serie de eventos discretos se presentan como coherentes, conectados, y en consonancia con las necesidades del paciente en el tiempo. Reconocen dos elementos fundamentales para la continuidad: la percepción por parte del paciente de que la atención recibida es coordinada y sucede a través del tiempo. Sin embargo, la presencia de estos dos elementos por si solos no constituyen la continuidad. Estos autores identifican tres dimensiones entrelazadas dentro del concepto de continuidad de la atención: la continuidad de información, de relación, y de gestión. La continuidad informativa involucra a los antecedentes del paciente e informa la atención actual. Es decir, el sistema de salud conoce quien es el paciente y se disminuye la asimetría de la

información de su salud. La continuidad de la relación se centra en la relación médico-paciente que emerge con la evolución del padecimiento y que enmarca una atención más consistente entre el proveedor del servicio y el paciente. Finalmente, la continuidad de la gestión se refiere a la coordinación de la atención al paciente, y cómo se organiza y proporciona a través de un servicio oportuno y coherente, acorde a las necesidades del individuo. Este término se refiere generalmente a las interacciones entre los servicios o proveedores (Reid R. y M.R. Haggerty J, 2002). En este sentido, una serie continua de servicios implica la continuidad a través de los servicios individuales. Por ejemplo, el hecho de que el servicio de maternidad involucre la participación de diferentes proveedores podría ocasionar fragmentación y discontinuidad del servicio, que inicia en la atención prenatal, y sigue por la atención del parto y el posparto. Si bien la literatura especializada ha identificado facilitadores y barreras a la continuidad entre los servicios, es escasa aquella que explora la continuidad de la atención a lo largo de la maternidad y la continuidad del servicio de atención primaria y hospitalaria.

Es importante mencionar que la medición de atención continua que se hizo en la ENADID 2014 no incluye el ciclo de vida completo, sino que se acota al periodo que va de la etapa prenatal al posparto. Los resultados confirman que el modelo de atención materna en México está fragmentado. Si se mide la utilización de servicios, como un *proxy* de cobertura, se observa que entre 86 y 97 por ciento de las mujeres encuestadas refirieron haber utilizado los servicios de salud; 93.5 por ciento los correspondientes al parto institucional, y solo 78.3 por ciento los de posparto. En este sentido, el auto-reporte de las mujeres encuestadas sugiere que la oferta de servi-



cios de salud materna (a excepción de los correspondientes al puerperio) es adecuada. Esto significa que los logros del sistema de salud mexicano en cuanto a la dimensión del lugar adecuado para la atención prenatal y del parto son notables; sin embargo, habría que analizar cuidadosamente quienes son las embarazadas que no son atendidas en el sistema de salud. Por otra parte, si se añaden *proxys* de calidad -como pudiera ser la oportunidad, la frecuencia o el contenido de la atención en el embarazo-, la cobertura desciende, aunque es superior a 80 por ciento. El hecho de captar 86.4 por ciento de embarazadas en el primer trimestre habla de un problema en la calidad de la atención, pues deja fuera a casi 15 por ciento de las embarazadas. A lo anterior se suma que el contenido de la consulta prenatal no logra agregar todas las actividades estipuladas en la norma oficial vigente. Este aspecto también sugiere problemas de calidad de la atención con la que se oferta la consulta prenatal pues solo 82 por ciento de las embarazadas refieren que reciben al menos 75 por ciento de las acciones que debieran recibir.

Por su parte, cuando se incluye la dimensión del tiempo y se condiciona la probabilidad de utilizar el servicio a la misma población, la utilización de servicios de salud materna cae a 56.6 por ciento con una variabilidad geográfica de 41.7 por ciento (IC95% 37.9-45.5) en Chiapas y 65.6 por ciento (IC95% 62.3-68.9) en Hidalgo. Es interesante mencionar que estudios similares en Camboya (Wang W. y R. Hong, 2015) y en Ghana (Yeji F., Shibanuma A., Oduro A., *et al.*, 2015) muestran coberturas de atención materna continua de 60 y de 8 por ciento, respectivamente.

Aunque no son del todo comparables pues la cobertura de atención continua se calculó ponderan-

do las coberturas independientes, en análisis previos que utilizan datos de la ENSANUT 2012 se observa que al estratificar la población en México, las embarazadas de las áreas metropolitanas con seguridad social alcanzan coberturas de atención continua de 88 por ciento en contraste con las mujeres que habitan en zonas rurales de bajo nivel socioeconómico cuya cobertura es de 72 por ciento (Heredia Pi I., Serván Mori E., Reyes Morales H. y R. Lozano, 2013).

Cuando se incluye la perspectiva de los proveedores (Psaila K., Schmied V., Fowler C. y S. Kruske, 2014) emergen diferentes conceptos en los actores. Se entiende y se aplica de forma diferente dentro y entre los grupos. Algunos aspectos de la atención son más valorados por los profesionales y dan más preferencia a la continuidad que se caracteriza por el desarrollo de una relación con la familia (continuidad de relación) y la buena comunicación (continuidad de información). Al considerar la continuidad de gestión algunos profesionales están más preocupados con la coordinación de la atención dentro de su propio servicio, en lugar de centrarse en la coordinación entre los servicios.

Conclusiones

Es claro que esta primera incursión presenta algunas limitaciones que deben de ser consideradas. La información sobre salud materna recolectada en las distintas ediciones de las ENADID es intermitente y no completamente comparable, lo cual no permite tener un panorama detallado de la evolución de cada uno de los indicadores de salud materna analizados. En este mismo sentido, no fue posible incluir, por ejemplo, la dimensión de salud infantil en el estudio. Además de no ser comparable, la información



recolectada a lo largo de las encuestas es escueta. No obstante, esta fuente de información presenta ventajas; la principal de ellas su comparabilidad conceptual, de diseño muestral y logística en la recolección de la información. Sin duda, superar las limitaciones mencionadas contribuiría a tener un panorama más comprehensivo de la salud materna en México, así como de su vinculación con resultados de salud materna e infantil.

Quizás el gran paso que se necesita está relacionado con los registros administrativos que deben seguir la demanda más que la oferta, pues la forma como están contruidos actualmente no permite analizar la continuidad de la atención desde esa fuente de información.

En este contexto, los elementos expuestos en este análisis nos permiten sugerir que es ingenuo pensar que lograr la cobertura universal en salud es sinónimo de acceso universal y, más aún, de acceso efectivo a los servicios de salud. Rumbo al cumplimiento de los retos impuestos por los ODS, los encargados de las políticas de salud materna en México requieren reflexionar hacia donde quieren llegar o qué objetivos quieren cumplir, acerca de las poblaciones sobre las cuales deben de redoblar sus esfuerzos, diseñar indicadores más comprehensivos que contribuyan a la evaluación rigurosa de su desempeño; además deben sumar esfuerzos intersectoriales a fin de superar restricciones geográficas, tecnológicas, de organización, abasto de insumos, de calidad, así como aquellas condiciones vinculadas a la existencia de desventaja social. Sin duda, futuros estudios deberán ocuparse de estos aspectos.

Bibliografía

- Corsi D.J., Neuman M., Finlay J.E. y S.V. Subramanian (2012), “Demographic and health surveys: a profile”, *Int J Epidemiol.* 2012; 41(6):1602-1613. doi: 10.1093/ije/dys184
- Graft Johnson J., Kerber K., Tinker A., Otchere S., Narayanan I., Shoo R. y L.J. Oluwole D (2006), “The maternal, newborn, and child health continuum of care”, In: Joy Lawn, Save the Children, and Kate Kerber S the C and B, ed. *Opportunities for Africa’s Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa*. I. Cape Town, South Africa: World Health Organization; 2006:23-36. <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africannewborns/en/>
- Heredia Pi I., Serván Mori E., Reyes Morales H. y R. Lozano (2013), “Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México”, en: *Salud Publica, Mex.* 2013; 55 (Supl. 2):S282-S288. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a23.pdf>
- Heredia Pi I., Servan Mori E., G. Darney B., Reyes Morales H. y R., Lozano (2016), “Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico”, *Bull World Health Organ.* 2016.
- Kerber K.J., de Graft-Johnson J.E., Bhutta Z. a, Okong P., Starrs A. y J.E. Lawn (2007), “Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery”, *Lancet.* 2007;370(9595):1358-1369. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61578-5



- Kolenikov S y G. Angeles (2004), *The Use of Discrete Data in PCA: Theory, Simulations, and Applications to Socioeconomic Indices*. Chapel Hill; 2004. <http://www.cpc.unc.edu/measure/resources/publications/wp-04-85>
- Langer A, Meleis A y F.M. Knaul, *et al.* (2015), “Women and Health: the key for sustainable development”, *Lancet*. 19AD;386(9999):1165-1210. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4)
- McBryde-Foster M y T. Allen (2005), “The continuum of care: a concept development study”, *J Adv Nurs*. 2005;50(6):624-632. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03447.x
- Organización Mundial de la Salud, *Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño*. <http://www.who.int/about/es/>. Published 2016. Accessed January 1, 2016.
- Psaila K., Schmied V., Fowler C. y S. Kruske (2014), “Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional’s perceptions”, *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1-12. doi: 10.1186/1472-6963-14-4
- Reid R. y M.R. Haggerty J (2002), *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. Montreal, Canada; 2002. http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
- Rosenfield A. y D. Maine (1985), “Maternal mortality-A Neglected tragedy: Where is the M in MCH?”, *Lancet*. 1985;326(8446):83-85. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90188-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90188-6)
- Secretaría de Salud de México (1990), *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud En México (ENFES) de 1987*. México D.F.; 1990. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR164/SR164.pdf>
- Secretaría de Salud de México (1995), NOM-007-SSA2-1993, *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Mexico; 1995:1-22. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Servan Mori E., Sosa Rubí S.G., Najera Leon E. y B.G. Darney (2016), “Timeliness, frequency and content of antenatal care: which is most important to reducing indigenous disparities in birth weight in Mexico?”, *Health Policy Plan*. 2016;31(4):444-453. doi: 10.1093/heapol/czv082
- Starrs A.M. (2006), “Safe motherhood initiative: 20 years and counting”, *Lancet*. 2006;368(9542):1130-1132. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69385-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69385-9)
- The Partnership for Maternal N and CH (2007), *Conceptual and Institutional Framework: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (2007)*. I. Ginebra 27, Suiza: World Health Organization; 2007. <http://www.who.int/pmnch/activities/cif/conceptualandinstframework.pdf?ua=1>
- United Nations (2015a), *The Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016-2030)*. New York, USA; 2015. http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf
- (2015b). *The Millenium Development Goals Report 2015*. New York, USA; 2015. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG 2015 rev \(July 1\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
- (2015c). 70th Session of the UN General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015:1-35. <http://www.un.org/ga/search/>



view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=/english/&Lang=E

Wang W. y R. Hong (2015), “Levels and determinants of continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia-evidence from a population-based survey”, *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:1-62. doi: 10.1186/s12884-015-0497-0

WHO, UNICEF, UNFPA WBG and the UNPD (2015), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Ginebra 27, Suiza; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2005), *The World Health Report 2005-Make Every Mother and Child Count*. Ginebra 27, Suiza; 2005. <http://www.who.int/whr/2005/en/>

Yeji F., Shibanuma A., Oduro A., et al. (2015), “Continuum of Care in a Maternal, Newborn and Child Health Program in Ghana: Low Completion Rate and Multiple Obstacle Factors”, *PLoS One*. 2015;10(12):1-23. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0142849>

ANEXO

Cuadro A.1. República Mexicana. Selección de las muestras de mujeres incluidas en los análisis, 1997, 2009 y 2014

Características seleccionadas	ENADID		
	1997	2009	2014
Personas encuestadas	94 016 183	112 665 847	119 990 073
Mujeres	48 042 341	57 743 889	61 525 758
Mujeres de 15-54 años de edad (al momento de la encuesta)	26 791 816	33 133 466	35 203 844
Mujeres de 15-54 años de edad (al momento de la encuesta) cuyo evento obstétrico ocurrió de 1994 a 1997 (ENADID 1997), 2004-2009 (ENADID 2009), o 2009-2014 (ENADID 2014)	7 364 828	9 266 446	10 024 604
Mujeres de 15-54 años de edad (al momento de la encuesta) cuyo evento obstétrico ocurrió de 1994 a 1997 (ENADID 1997), 2004-2009 (ENADID 2009), o 2009-2014 (ENADID 2014) con información sobre salud materno/infantil y sociodemográfica completa.	7 052 475	8 654 400	9 911 720
Mujeres de 15-54 años de edad (al momento de la encuesta) cuyo evento obstétrico ocurrió de 1994 a 1997 (ENADID 1997), 2004-2009 (ENADID 2009), o 2009-2014 (ENADID 2014) con información sobre salud materno/infantil y sociodemográfica completa.	6 647 477	7 949 478	9 638 175
Mujeres de 15-49 años de edad (al momento de su último embarazo) cuyo evento obstétrico ocurrió de 1994 a 1997 (ENADID 1997), 2004-2009 (ENADID 2009), o 2009-2014 (ENADID 2014) con información sobre salud materno/infantil y sociodemográfica completa.	6 635 906	7 913 970	9 601 123

Fuente: Estimaciones del INSP con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

Cuadro A.2. Coberturas a nivel estatal de atención materna continua* por entidad federativa, 2014

Entidad Federativa	Porcentaje	IC95%
Aguascalientes	53.0	[49.5,56.5]
Baja California	60.6	[56.6,64.6]
Baja California Sur	60.4	[57.0,63.9]
Campeche	57.7	[54.0,61.3]
Coahuila	52.7	[48.9,56.4]
Colima	58.2	[54.8,61.5]
Chiapas	41.7	[37.9,45.5]
Chihuahua	60.7	[57.1,64.3]
Ciudad de México	60.8	[56.9,64.7]
Durango	49.0	[45.4,52.5]
Guanajuato	51.5	[48.2,54.9]
Guerrero	48.8	[45.0,52.7]
Hidalgo	65.6	[62.3,68.9]
Jalisco	52.4	[49.5,55.3]
Estado de México	57.5	[54.1,61.0]
Michoacán	58.7	[55.4,62.0]
Morelos	55.5	[52.1,59.0]
Nayarit	54.9	[51.4,58.3]
Nuevo León	62.5	[58.9,66.1]
Oaxaca	57.4	[54.0,60.8]
Puebla	56.4	[53.2,59.5]
Querétaro	64.4	[61.0,67.9]
Quintana Roo	55.4	[51.7,59.0]
San Luis Potosí	61.9	[58.8,65.0]
Sinaloa	54.5	[50.9,58.1]
Sonora	57.9	[54.4,61.4]
Tabasco	58.6	[55.5,61.6]
Tamaulipas	63.1	[59.8,66.4]
Tlaxcala	61.5	[58.5,64.6]
Veracruz	57.1	[53.1,61.0]
Yucatán	61.4	[57.6,65.2]
Zacatecas	58.4	[54.9,61.9]

* Se presentan coberturas estatales calculadas a partir del modelo de regresión logística estimada. En este modelo se incluyeron las siguientes covariables: años de edad en el último embarazo (<20, 20-29, 30-39, ≥40), primigesta, jefa de hogar, habla lengua indígena, escolaridad (años) (Cero, 1-6, 7-9, 10-12, ≥13), derechohabiencia (Ninguno, Seguridad Social, Seguro Popular de Salud, Privado, más de uno), índice de infraestructura y posesión de activos (o nivel socioeconómico) (bajo, medio, alto), tamaño de localidad (rural, urbano, metropolitano), y una variable indicadora dicotómica (0,1) por cada uno de las Entidades Federativas. La estimación de estos modelos consideró el efecto del diseño de cada encuesta, así como los factores de expansión a nivel individual respectivos.

Fuente: Estimaciones del INSP con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Índice de gráficos



Capítulo 1

- Gráfica 1.1.** Porcentaje de entrevistas completas, incompletas y tasa de no respuesta en las viviendas al final del levantamiento de la ENADID 2014 por coordinación estatal
- Gráfica 1.2.** Comparativo entre las tasas específicas de fecundidad y la tasa general de fecundidad, 2014
- Gráfica 1.3.** Precisiones estadísticas de las tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013)
- Gráfica 1.4.** Amplitud de los intervalos de confianza de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas obtenidos con base en la ENADID, 2014
- Cuadro 1.1.** República Mexicana. Tasa global de fecundidad, tasas específicas de fecundidad trianuales (2011-2013) y precisiones estadísticas
- Cuadro 1.2.** Tasa global de fecundidad quinquenal (2009-2013) y precisiones estadísticas por entidad federativa
- Cuadro 1.3.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas, 2014
- Cuadro 1.4.** Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014

Capítulo 2

- Gráfica 2.1.** República Mexicana. Población total y tasa de crecimiento anual, 1990, 2000, 2010 y 2015
- Gráfica 2.2.** República Mexicana: Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1990, 2000, 2010, 2015 y 2030
- Gráfica 2.3.** República Mexicana. Pirámides de población 1990 y 2015
- Gráfica 2.4.** República Mexicana. Tamaño y tasa de crecimiento anual de la población femenina en edad fértil, 1990, 2000, 2010 y 2015
- Gráfica 2.5.** República Mexicana. Mujeres en edad fértil por grupos de edad y su distribución porcentual, 2015
- Gráfica 2.6.** República Mexicana. Tasas de crecimiento anual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad, 1990-2000, 2000-2010 y 2010-2015
- Gráfica 2.7.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por nivel de escolaridad, 1997, 2009 y 2014
- Gráfica 2.8.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por lugar de residencia, 1997, 2009 y 2014
- Gráfica 2.9.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por condición de habla de lengua indígena, 1997, 2009 y 2014



Capítulo 3

- Gráfica 3.1.** Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014
- Gráfica 3.2.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 3.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado, 2014
- Gráfica 3.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado según nivel de escolaridad, 2009 y 2014
- Gráfica 3.5.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado según lugar de residencia, 2009 y 2014
- Gráfica 3.6.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que hicieron uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por tipo de método utilizado según condición de habla de lengua indígena, 2009 y 2014
- Gráfica 3.7.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2014
- Gráfica 3.8.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres adolescentes y de hablantes de lengua indígena por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2014
- Gráfica 3.9.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual según nivel de escolaridad, 2014
- Gráfica 3.10.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual según lugar de residencia, 2014
- Gráfica 3.11.** Edad mediana a la primera unión para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014
- Gráfica 3.12.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por situación conyugal, 2009 y 2014
- Gráfica 3.13.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil casadas o en unión libre por grupos quinquenales de edad, 2009 y 2014
- Gráfica 3.14.** República Mexicana. República Mexicana. Mujeres en edad fértil por situación conyugal y grupos de edad según lugar de residencia, 2014
- Gráfica 3.15.** República Mexicana. Mujeres en edad fértil por situación conyugal y grupos de edad según condición de habla de lengua indígena, 2014
- Gráfica 3.16.** República Mexicana. Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) para dos generaciones de mujeres, 2014
- Gráfica 3.17.** Edad mediana al nacimiento del primer hijo(a) para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014

- Cuadro 3.1.** República Mexicana. Edad mediana a la primera relación sexual por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014
- Cuadro 3.2.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Cuadro 3.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por grupos de edad según tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual, 2009 y 2014
- Cuadro 3.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según condición de actividad sexual, 2009 y 2014
- Cuadro 3.5.** República Mexicana. Edad mediana a la primera unión por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014
- Cuadro 3.6.** República Mexicana. Edad mediana al nacimiento del primer hijo(a) por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014
- Cuadro 3.7.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo protogenésico, 2009 y 2014
- Cuadro 3.8.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo intergenésico según orden del intervalo, 2009 y 2014

Capítulo 4

- Gráfica 4.1.** República Mexicana. Tasa global de fecundidad*, 1990-2012
- Gráfica 4.2.** Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2007 y 2012
- Gráfica 4.3.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, 1990-2012
- Gráfica 4.4.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por condición de habla de lengua indígena, 2012
- Gráfica 4.5.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por nivel de escolaridad, 2012
- Gráfica 4.6.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por lugar de residencia, 2012
- Cuadro 4.1.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad y tasa global de fecundidad, 1990-2012



Capítulo 5

- Cuadro 5.1.** República Mexicana. Promedio del número ideal de hijos(as) de mujeres en edad fértil por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Cuadro 5.2.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según número ideal de hijos(as), 2009
- Cuadro 5.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según número ideal de hijos(as), 2014
- Cuadro 5.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil embarazadas en el momento de la encuesta por características seleccionadas según deseo del embarazo, 2009 y 2014
- Cuadro 5.5.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según planeación y deseo del último hijo(a) nacido vivo, 2014

Capítulo 6

- Gráfica 6.1.** Porcentaje de mujeres en edad fértil según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo por entidad federativa, 2014
- Gráfica 6.2.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimiento de existencia de cada tipo de método anticonceptivo, 2014
- Gráfica 6.2.1.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según conocimiento funcional de cada método, 2014
- Gráfica 6.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según condición de conocimiento funcional, 2014
- Gráfica 6.4.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva por tipo de método de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 2014
- Gráfica 6.4.1.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva efectiva por tipo de método de mujeres en edad fértil sexualmente activas, 2014
- Gráfica 6.5.** República Mexicana. Edad mediana a distintas transiciones de la vida sexual y reproductiva para dos generaciones de mujeres, 2014
- Gráfica 6.6.** Edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014
- Gráfica 6.7.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad, 2009 y 2014

- 
- Gráfica 6.9.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por situación conyugal y paridez, 2009 y 2014
- Gráfica 6.10.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Gráfica 6.11.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.12.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por grupos de edad, 2009 y 2014
- Gráfica 6.13.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por situación conyugal y paridez, 2009 y 2014
- Gráfica 6.14.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Gráfica 6.15.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.16.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2009 y 2014
- Gráfica 6.17.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por situación conyugal y paridez, 2009 y 2014
- Gráfica 6.18.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Gráfica 6.19.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos, 1976-2014
- Gráfica 6.20.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.21.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad, 2009 y 2014
- Gráfica 6.22.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por paridez, 2009 y 2014
- Gráfica 6.23.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Gráfica 6.24.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.25.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticonceptivos modernos por grupos de edad, 2009 y 2014



- Gráfica 6.26.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por paridez, 2009 y 2014
- Gráfica 6.27.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Gráfica 6.28.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.29.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2009 y 2014
- Gráfica 6.30.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por paridez, 2009 y 2014
- Gráfica 6.31.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2009 y 2014
- Gráfica 6.32.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método, 2009 y 2014
- Gráfica 6.33.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad según tipo de método, 2014
- Gráfica 6.34.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por paridez según tipo de método, 2014
- Gráfica 6.35.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2014
- Gráfica 6.36.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por lugar de obtención del método, 2009 y 2014
- Gráfica 6.37.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por lugar de obtención del método según lugar de residencia, 2009 y 2014
- Gráfica 6.38.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por lugar de obtención del método según condición de habla de lengua indígena, 2009 y 2014
- Gráfica 6.39.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por grupos de edad según lugar de obtención del método, 2014
- Gráfica 6.40.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según lugar de obtención, 2014
- Gráfica 6.41.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método anticonceptivo, 2014

- Gráfica 6.42.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método según grupos de edad, 2014
- Gráfica 6.43.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método según condición de residencia y habla de lengua indígena, 2014
- Gráfica 6.44.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2009 y 2014
- Gráfica 6.45.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que adoptaron un método anticonceptivo después del parto por grupos de edad, 2009 y 2014
- Gráfica 6.46.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil que adoptaron un método anticonceptivo después del parto por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2009 y 2014
- Gráfica 6.47.** Tasas de falla anticonceptiva acumuladas por meses de duración de uso del método según periodo de inicio de uso (por mil segmentos de uso)
- Gráfica 6.48.** Tasas de falla anticonceptiva acumuladas por meses de duración de uso del método según grupo de edad y periodo de inicio de uso (por mil segmentos de uso)
- Gráfica 6.49.** Tasas de falla anticonceptiva acumuladas por meses de duración de uso del método según tipo de método y periodo de inicio de uso (por mil segmentos de uso)
- Cuadro 6.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo, 2003, 2009 y 2014
- Cuadro 6.2.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad y conocimiento de cada método anticonceptivo según tipo de método, 2014
- Cuadro 6.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por paridez y conocimiento de cada método anticonceptivo según tipo de método, 2014
- Cuadro 6.4.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por nivel de escolaridad y conocimiento de cada método anticonceptivo según tipo de método, 2014
- Cuadro 6.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según lugar de residencia y conocimiento de cada método, 2014
- Cuadro 6.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según condición de habla de lengua indígena y conocimiento de cada método, 2014
- Cuadro 6.7.** República Mexicana. Edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2014
- Cuadro 6.8.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por características seleccionadas según tipo de método, 2009 y 2014



Capítulo 7

- Gráfica 7.1.** Porcentaje de mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por entidad federativa, 2014
- Gráfica 7.2.** Porcentaje de mujeres sexualmente activas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por entidad federativa, 2014
- Gráfica 7.3.** Porcentaje de mujeres solteras con relaciones sexuales en últimos tres meses con necesidades no satisfechas de anticoncepción por entidad federativa, 2014
- Cuadro 7.1.** Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil con necesidades no satisfechas de anticoncepción en países selectos de América latina y el Caribe
- Cuadro 7.2.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por características seleccionadas, 2014
- Cuadro 7.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres sexualmente activas con necesidades no satisfechas de anticoncepción por características seleccionadas, 2014
- Cuadro 7.4.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses con necesidades no satisfechas de anticoncepción por características seleccionadas, 2014

Capítulo 8

- Gráfica 8.1.** República Mexicana. Coberturas independientes y condicionadas de intervenciones en salud materna, 2014
- Cuadro 8.1.** República Mexicana. Perfil sociodemográfico de las Mujeres en edad fértil, 1997, 2009 y 2014
- Cuadro 8.2.** República Mexicana. Indicadores de salud materna y atención prenatal, del parto y posparto por características seleccionadas, 1997, 2009 y 2014
- Mapa 8.1.** Coberturas a nivel estatal de atención materna continua, 2014
- Cuadro A.1.** República Mexicana. Selección de las muestras de mujeres incluidas en los análisis, 1997, 2009 y 2014
- Cuadro A.2.** Coberturas a nivel estatal de atención materna continua* por entidad federativa, 2014

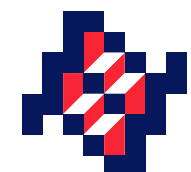




SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN




CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE
POBLACIÓN

 Instituto Nacional
de Salud Pública

www.gob.mx/conapo