

Situación de la Salud Sexual y Reproductiva

Entidades Federativas



QUINTANA ROO



Situación de la Salud Sexual y Reproductiva

Entidades Federativas

QUINTANA ROO

Coordinadoras

Eloina Meneses Mendoza
María de la Cruz Muradás Troitiño

Autoras

Eloina Meneses Mendoza
María Felipa Hernández López

Procesamiento de información

Mitzi Ramírez Fragoso
Miguel Sánchez Castillo

Sistematización en cuadros y gráficas

Mitzi Ramírez Fragoso
Virginia Muñoz Pérez
Xóchitl Alarcón Cruz
Dalila Mendoza Aguilar

Arte, formación y cuidado de la edición

Maricela Márquez Villeda
Myrna Muñoz del Valle
Priscila Samara García González

Con el apoyo de

José Noel Torres Valdez
Adriana Jiménez Villavicencio
Aralet Ojeda Lavin
Norma Hernández Sánchez
Dora Alicia Herrera Vidal

© CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN
Dr. José María Vértiz 852, Col. Narvarte
C. P. 03020, Ciudad de México.
<<http://www.gob.mx/conapo>>

Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Entidades Federativas

Primera edición: mayo de 2017

ISBN: 978-607-427-294-9

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

Las imágenes mostradas en esta publicación son con fines educativos, de difusión y no lucrativos, las cuales pertenecen a sus autores.

Consejo Nacional de Población

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

LUIS VIDEGARAY CASO
Secretario de Relaciones Exteriores

LUIS ENRIQUE MIRANDA NAVA
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

JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LAURA BARRERA FORTOUL
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

RENÉ JUÁREZ CISNEROS
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 IMRE 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



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 / **60**

3.1.3. Razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual / **63**

3.1.4. Condición de actividad sexual / **65**

3.2. Condición de unión conyugal de las mujeres en edad fértil / **66**

3.2.1. Edad mediana a la primera unión / **67**

3.2.2. Situación conyugal / **69**

Contenido

3.3. Inicio de la fecundidad / 71

3.3.1. Edad al nacimiento del primer hijo(a) nacido vivo / 71

3.3.2. Intervalo protogenésico e intergenésico / 71

Conclusiones / 74

4. Fecundidad y preferencias reproductivas / 77

4.1. Fecundidad / 77

4.2. Preferencias reproductivas y embarazo no planeado / 80

4.2.1. Ideal de hijos(as) / 81

4.3. Planeación y deseo del embarazo actual y del último hijo(a) nacido vivo / 82

Conclusiones / 87

5. Anticoncepción / 89

5.1. Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos / 90

5.2. Conocimiento funcional por tipo de método anticonceptivo / 91

5.2.1. Uso de métodos anticonceptivos y conocimiento funcional / 94

5.3. Inicio del uso de métodos anticonceptivos / 98

5.4. Prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas / 100

5.4.1. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres sexualmente activas / 103

5.4.2. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas / 105

5.4.3. Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas / 108

5.4.4. Demanda total de métodos anticonceptivos MEFSA / 108

5.5. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas / 110

5.5.1. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres en edad fértil unidas / 113

5.5.2. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas / 115

5.5.3. Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas / 118

5.5.4. Demanda total de métodos anticonceptivos MEFU / 118

Contenido

5.6. Tipo de método anticonceptivo que utilizan y lugar de obtención / **118**

5.6.1. Calidad del servicio / **124**

5.7. Anticoncepción posparto / **126**

Conclusiones / **129**

6. Salud materno-infantil / **133**

6.1 Atención prenatal / **133**

6.2. Atención del parto / **136**

6.3. Lactancia materna / **138**

Conclusiones / **140**



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 su 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 Quintana Roo a partir de la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 y comparando en la medida de lo posible con los datos de la ENADID 2009.

Es por ello que los diversos indicadores que se incluyen en esta publicación dan cuenta de los principales aspectos de la salud sexual y reproductiva, con lo que se busca ofrecer una herramienta con información actualizada para que los tomadores de decisiones puedan establecer acciones efectivas que incidan en los factores asociados al rezago en estos temas permitiendo que se cierren las brechas existentes entre los diversos grupos poblacionales; así como el empoderamiento de las mujeres y sus parejas para ejercer sus derechos 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 hijos¹ 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.²

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.

¹ Es importante mencionar que en esta publicación se reconoce plenamente la equidad de género, y que el lenguaje es un poderoso agente de socialización y forma parte del entramado simbólico de cada sociedad. Sin embargo, tal como lo sugiere la Real Academia Española (RAE), no se empleará el desdoblamiento genérico de los sustantivos en su forma masculina y femenina, por cuestiones de economía del lenguaje y con el fin de hacer más ágil la lectura del texto, lo cual no implica en ningún momento la invisibilización o inferiorización hacia las mujeres.

² Cf: World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-21 January 2002, Geneva, pág. 5

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 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.³

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”,⁴ y una de sus medidas prioritarias versa sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.⁵

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 para la entidad, con 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.

La 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

³ 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

⁴ Acuerdos de la 1ª Conferencia Regional de Población y Desarrollo, pág. 7.

⁵ Medida prioritaria D del Consenso de Montevideo.

que permitirán dimensionar los resultados básicos obtenidos, así como mostrar áreas de oportunidad para encuestas posteriores.

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, 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, 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 este apartado también 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 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 encuesta se presenta un panorama más amplio que permite aproximarse hacia algunas necesidades insatisfechas en anticoncepción, así como al acceso efectivo a los servicios de planificación familiar y anticoncepción.

En el quinto 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. Asimismo, se estudia la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil para 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.

De igual forma, se muestra la necesidad insatisfecha que aún tienen las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos y se presenta información sobre 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.

Por último, el libro cierra con una temática muy relevante que es el capítulo de salud materna e infantil, en el que se proporcionan resultados sobre la atención que reciben las mujeres y sus hijos en la entidad, a

través de distintos indicadores que permiten dar cuenta de la atención prenatal, al momento del parto y posterior a éste. La forma cómo se desarrolla el embarazo, así como los cuidados que se tengan previos y posteriores a éste, influyen en gran medida en la salud de la madre, que a su vez impacta en la salud de la persona recién nacida, por ello resulta tan relevante medir el avance en los indicadores asociados al tema.

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

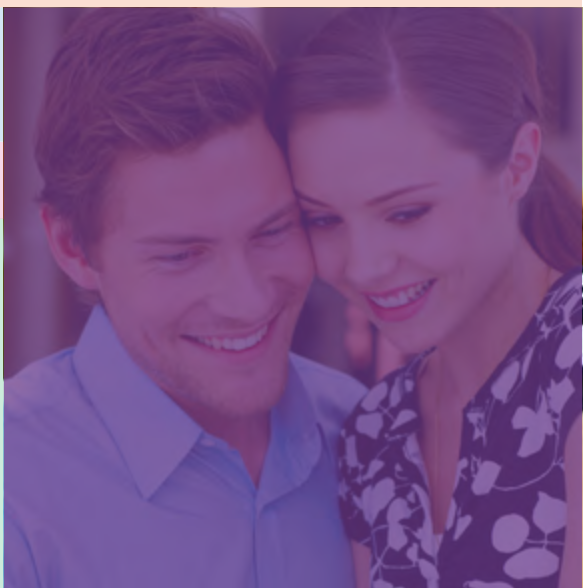
La información que brinda la ENADID es de gran utilidad para la toma de decisiones y planeación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva, dada su amplitud y confiabilidad en el análisis de temas que advierten cambios en el panorama demográfico. No obstante, es importante reflexionar sobre los alcances de la encuesta en cuanto a la representatividad de los indicadores que se obtienen a partir de ésta.

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 encuesta⁶ 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-

⁶ Disponibles en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075255.pdf
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/default.aspx>



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 sesenta⁷ 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,

⁷ 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

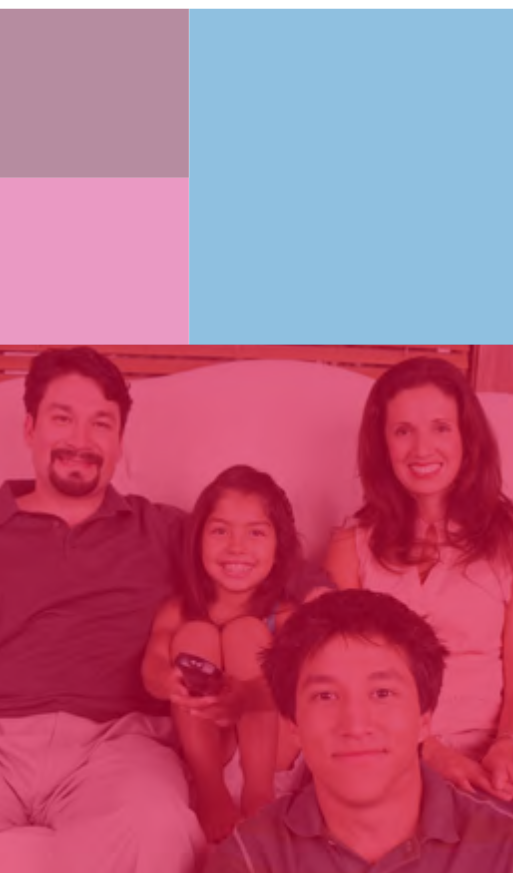
panorama a nivel nacional y por entidad federativa de las principales necesidades de la población en esta materia, lo cual es útil para la evaluación y construcción de políticas públicas que garanticen el acceso a los derechos básicos de la población en este sentido.

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,⁸ 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

⁸ 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 estatal⁹ 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,

⁹ 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,¹⁰

¹⁰ 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

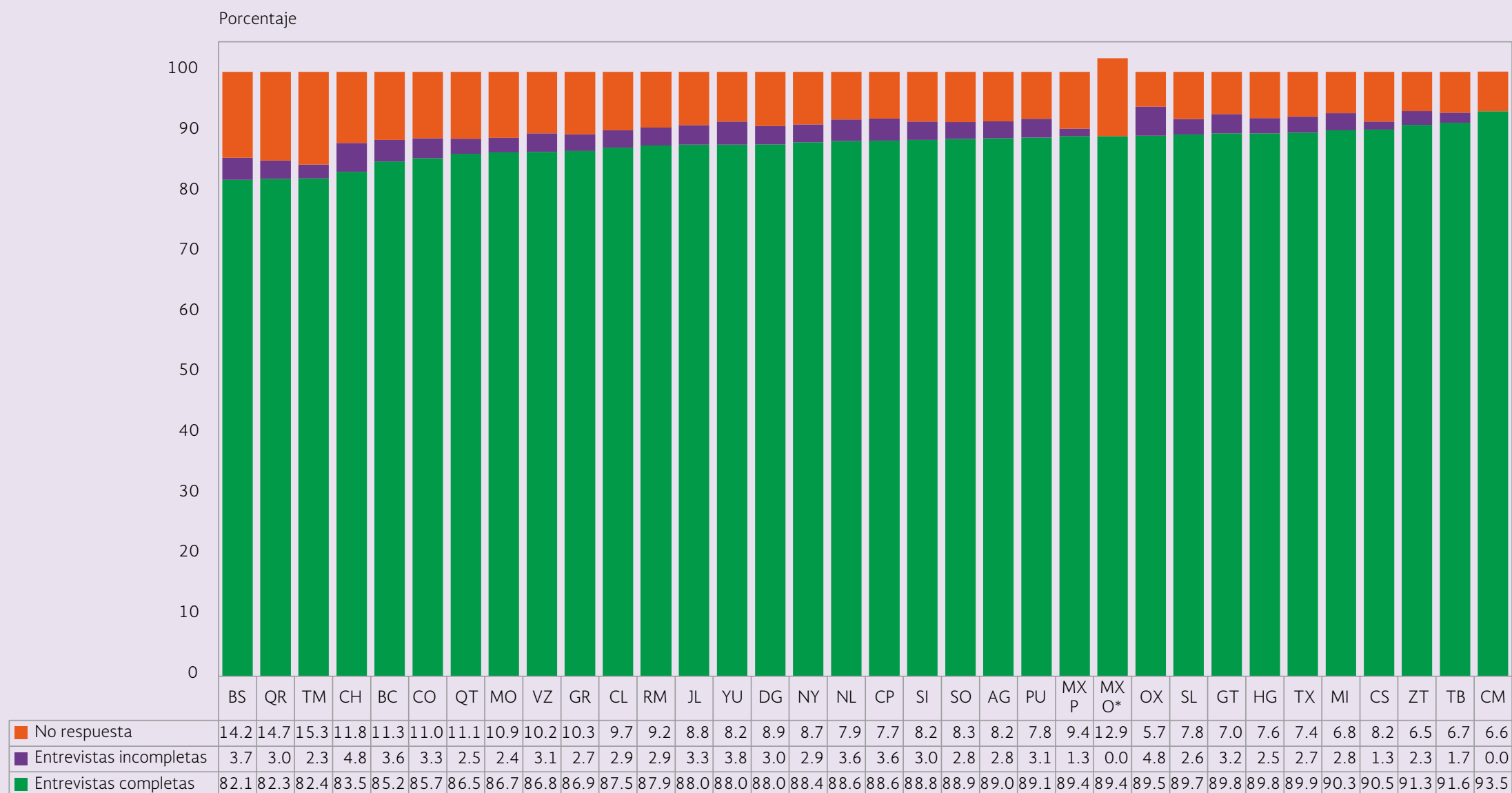
83.2 por ciento. Es decir, para el caso de Tamaulipas, por ejemplo, se registró un 15.3 por ciento de no respuesta, mayor al 15 por ciento considerado como el máximo valor en el diseño muestral. Aunado a esto, Tamaulipas presentó un 2.3 por ciento de entrevistas incompletas, por lo que ambos indicadores 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)¹¹ 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 garantizan que el resto de los indicadores de interés queden cubiertos (INEGI, 2015b).

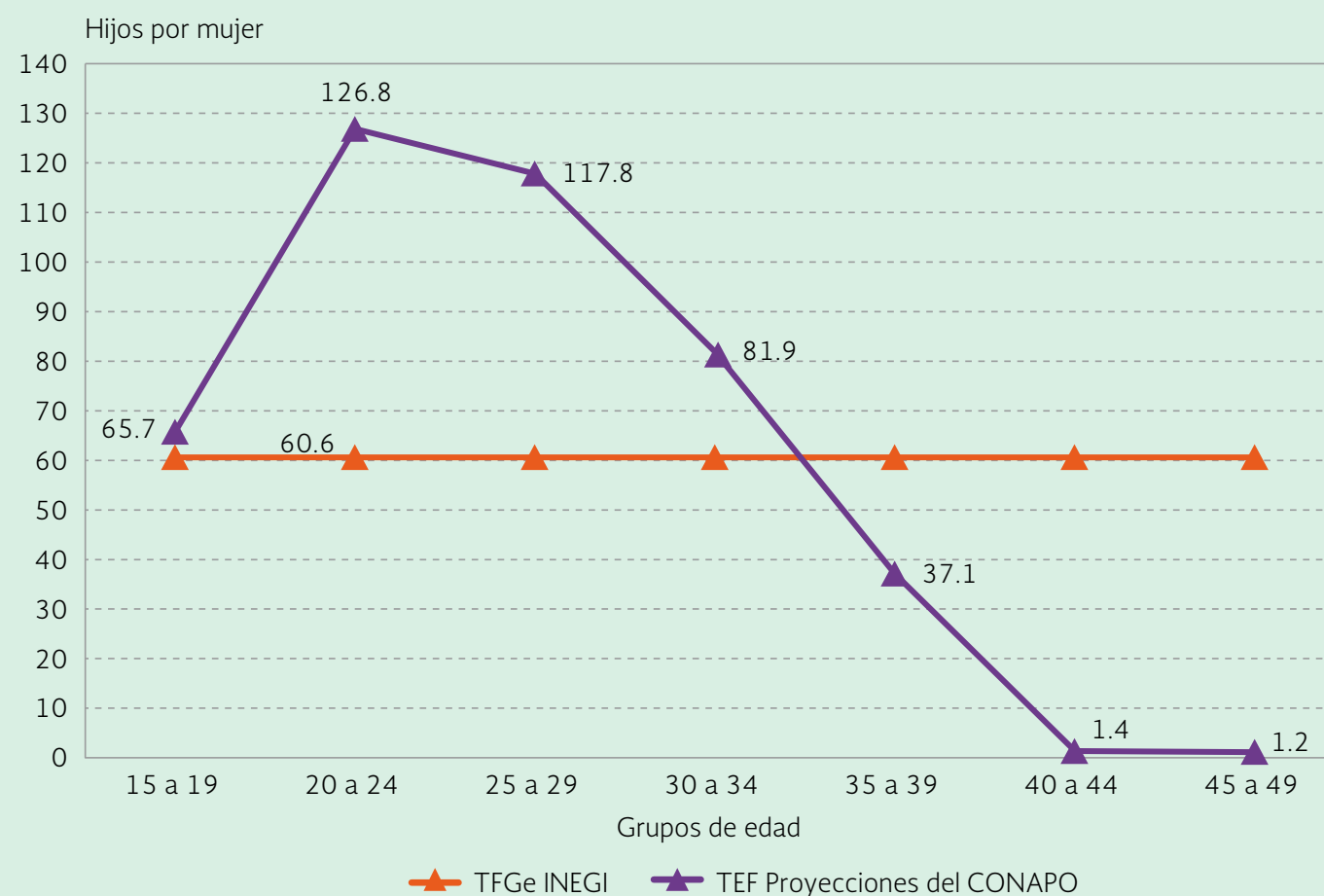
No obstante lo anterior, desde el punto de vista demográfico, si bien la TFGe es una variable importante para el análisis de la fecundidad, debería valorarse la posibilidad de considerar otra variable como la principal para el diseño del tamaño de muestra, ya que otros indicadores permiten reflejar de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

¹¹ 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),¹² 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.

¹² 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)¹³ 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 trianuales¹⁴ con sus respectivos intervalos de confian-

¹³ 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 resume las cinco edades simples.

¹⁴ 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.

za al 90 por ciento y su coeficiente de variación,¹⁵ 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

¹⁵ 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.

grupos de mujeres 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.

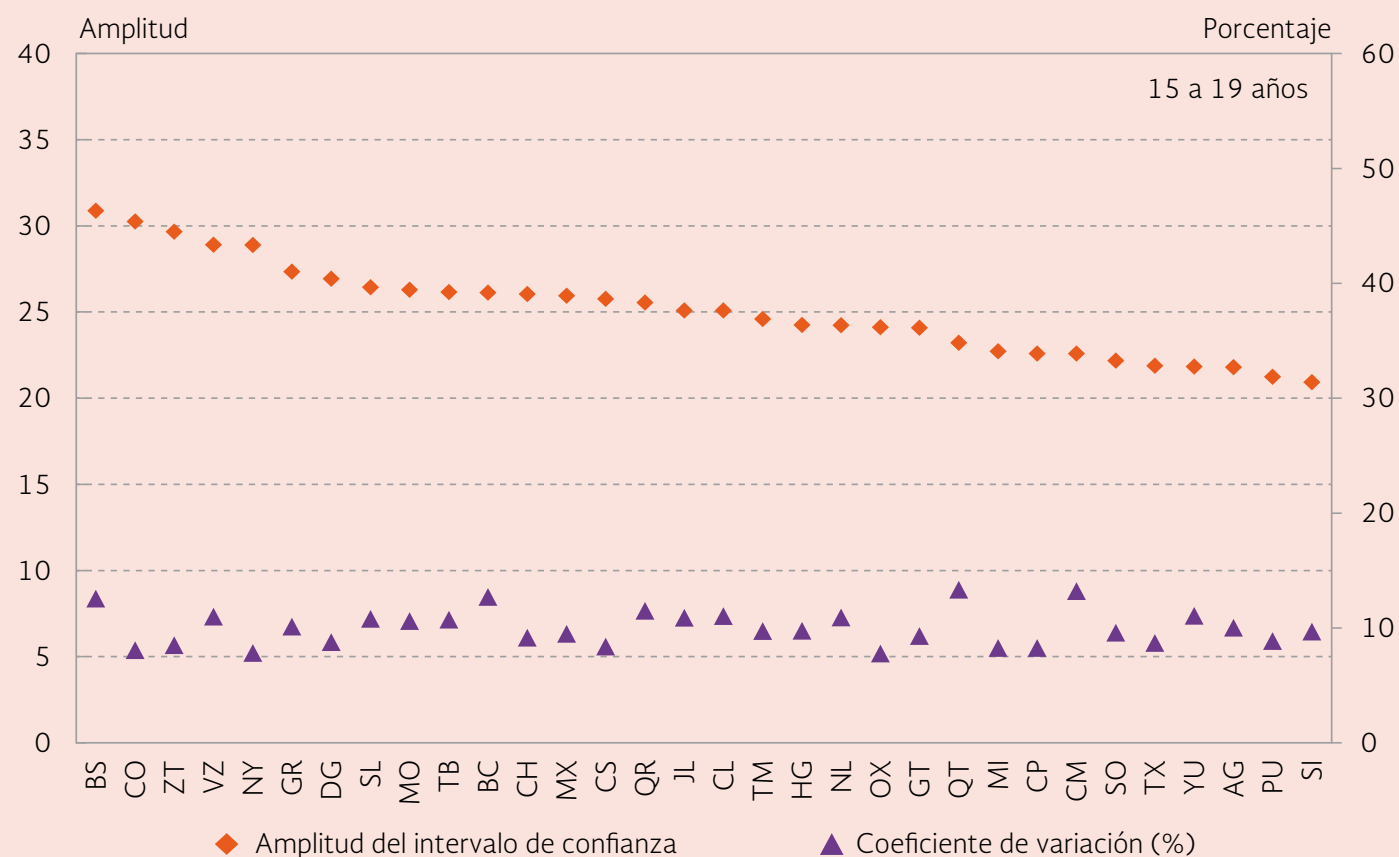
Por su parte, las adolescentes presentan un intervalo con la misma amplitud (5.8) que aquellas mujeres de 30 a 34 años. No obstante, el coeficiente de variación para las estimaciones en las mujeres de 30 a 34 años apunta a una ligera menor precisión (2.3) que en las mujeres de 20 a 29 años; sin embargo, 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

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

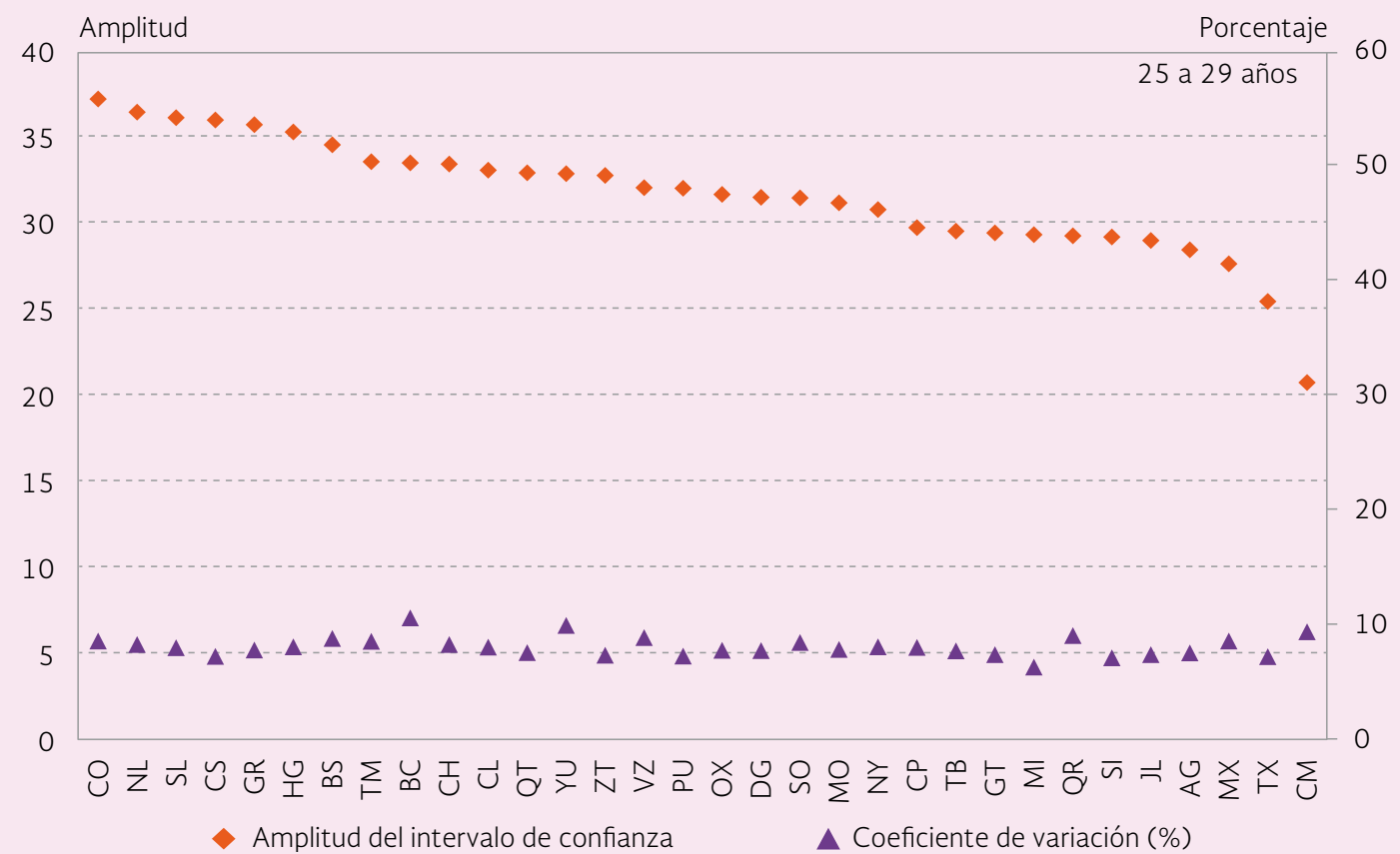
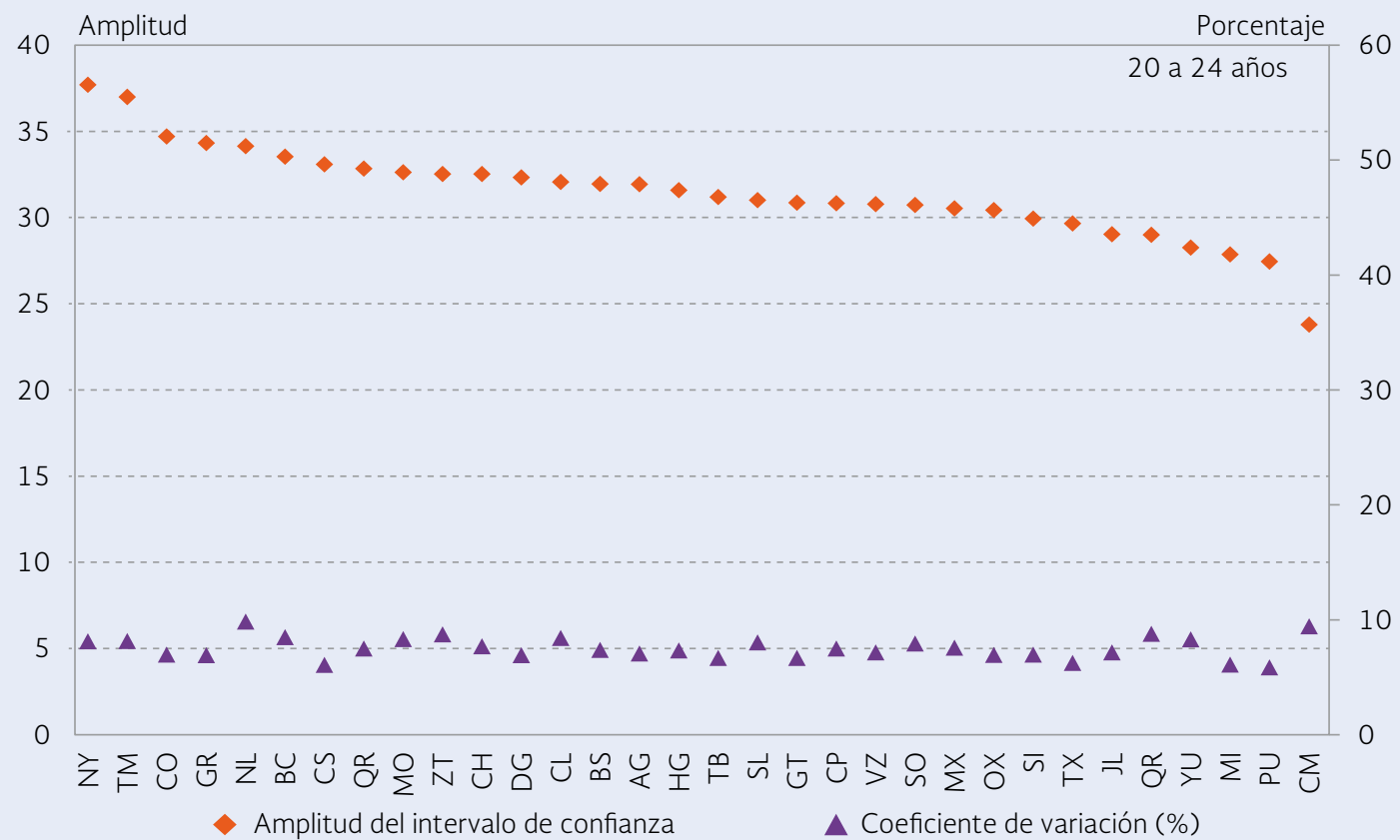
mayor de 10 por ciento en la mayoría de las entidades. Así, en Baja California Sur la TEF de 15 a 19 años es de 74.3 hijos por cada mil adolescentes, con un intervalo de confianza que va de 58.9 a 89.6 nacimientos por cada mil, y que representa el intervalo más amplio (aproximadamente 30 nacimientos 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)



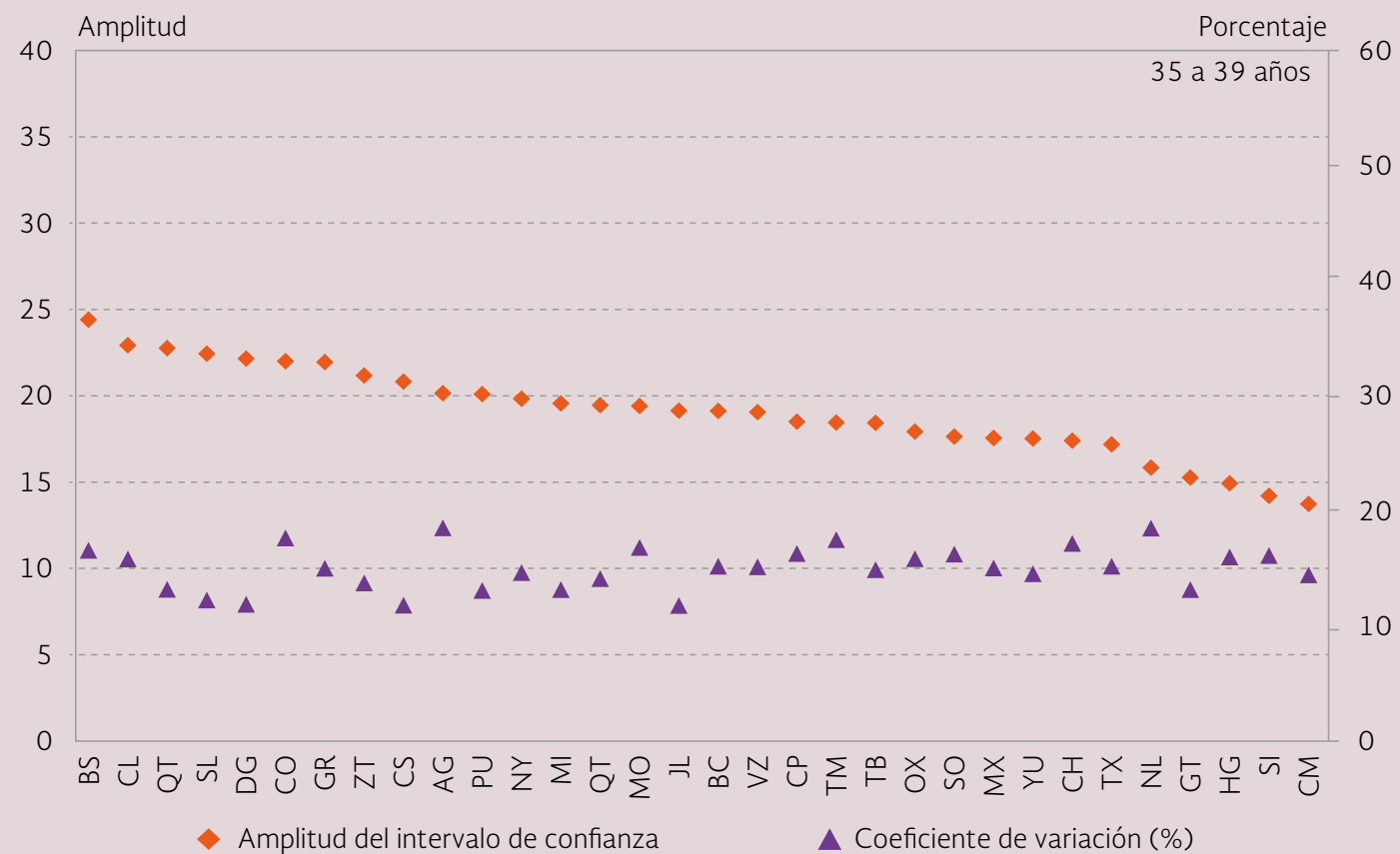
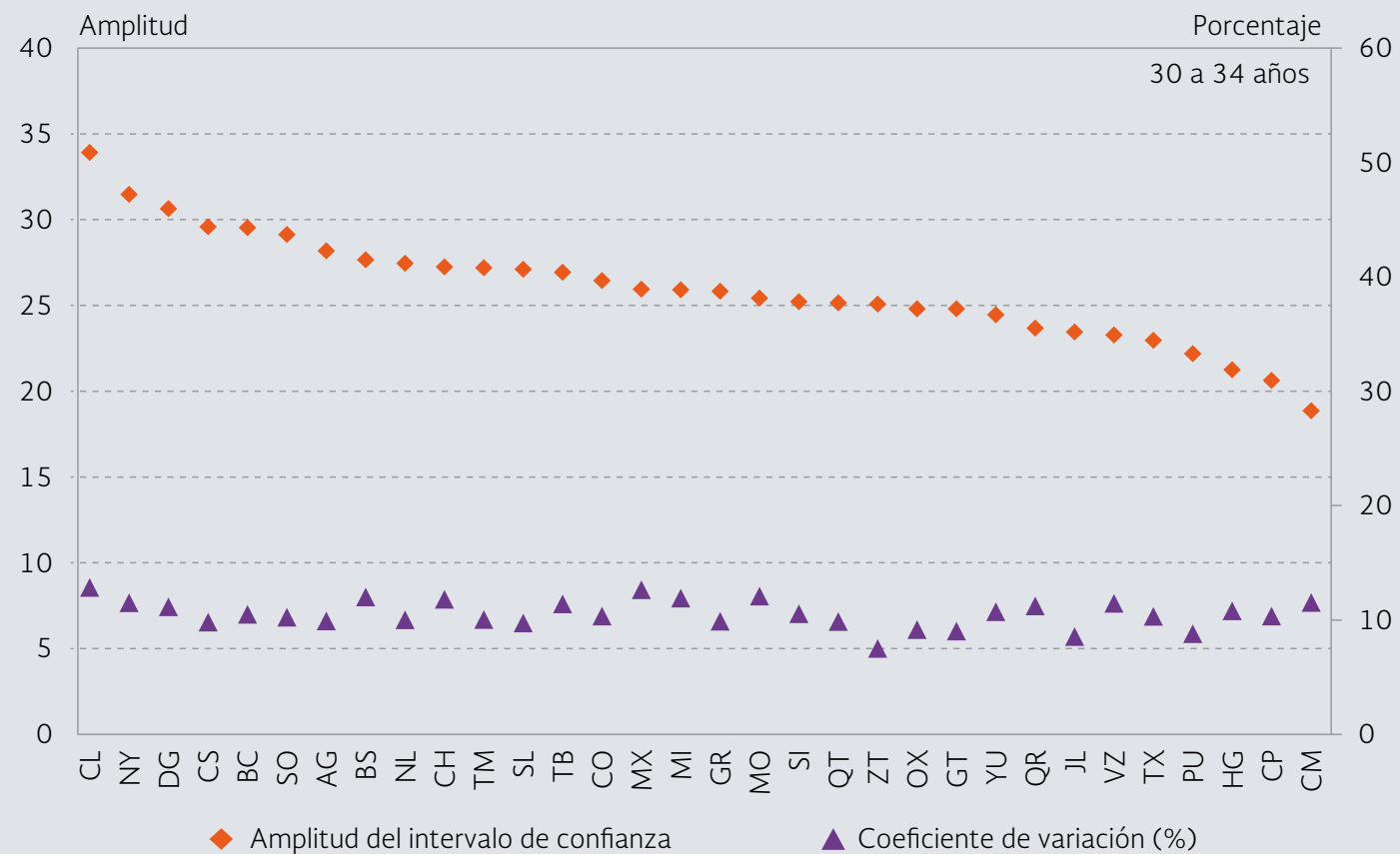
Continúa...

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



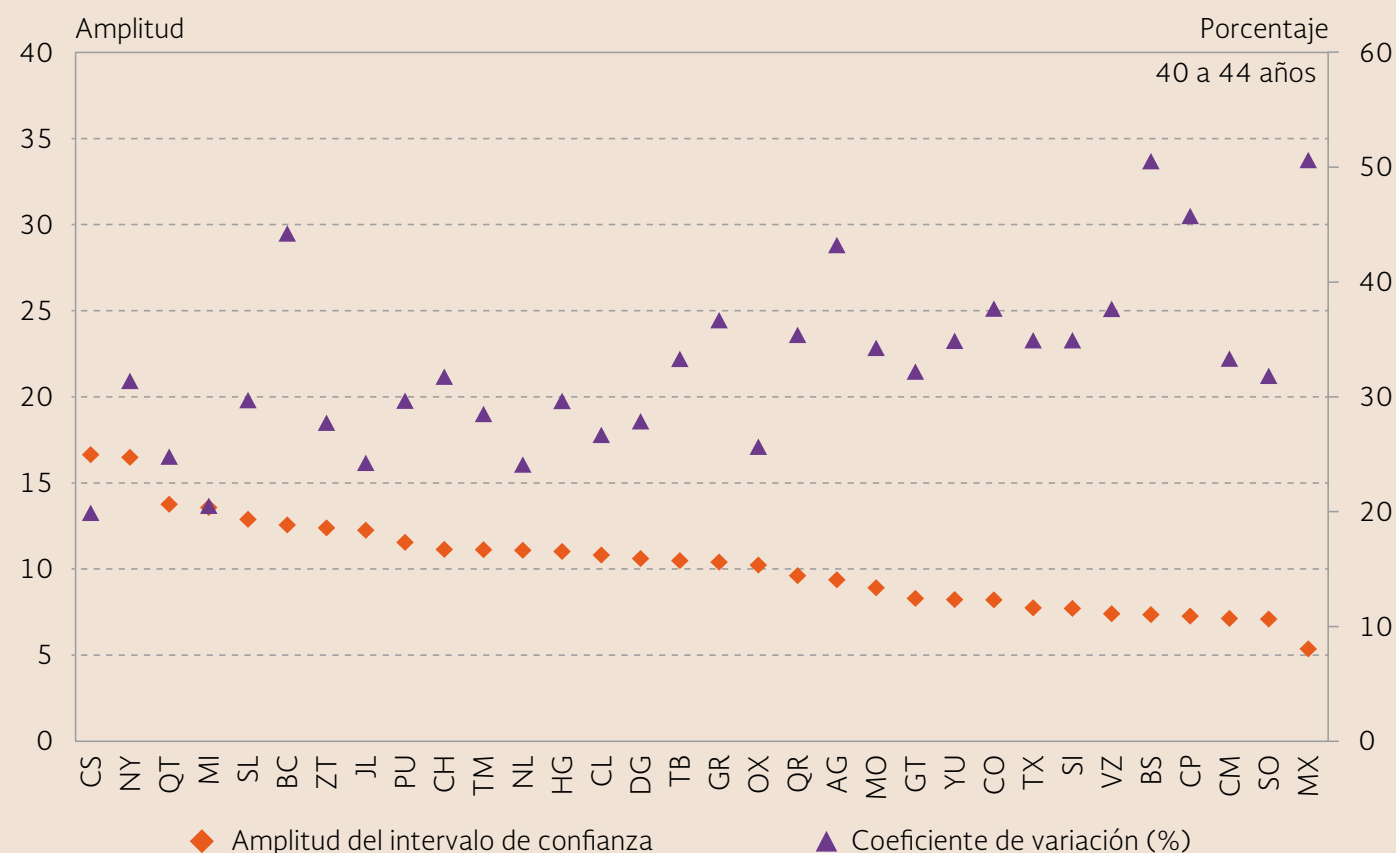
Continúa...

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.¹⁶ Lo anterior pone de manifiesto la dificultad de la encuesta para captar

¹⁶ 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 INEGI¹⁷ 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 2013,¹⁸ 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

¹⁷ <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33720>

¹⁸ 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.

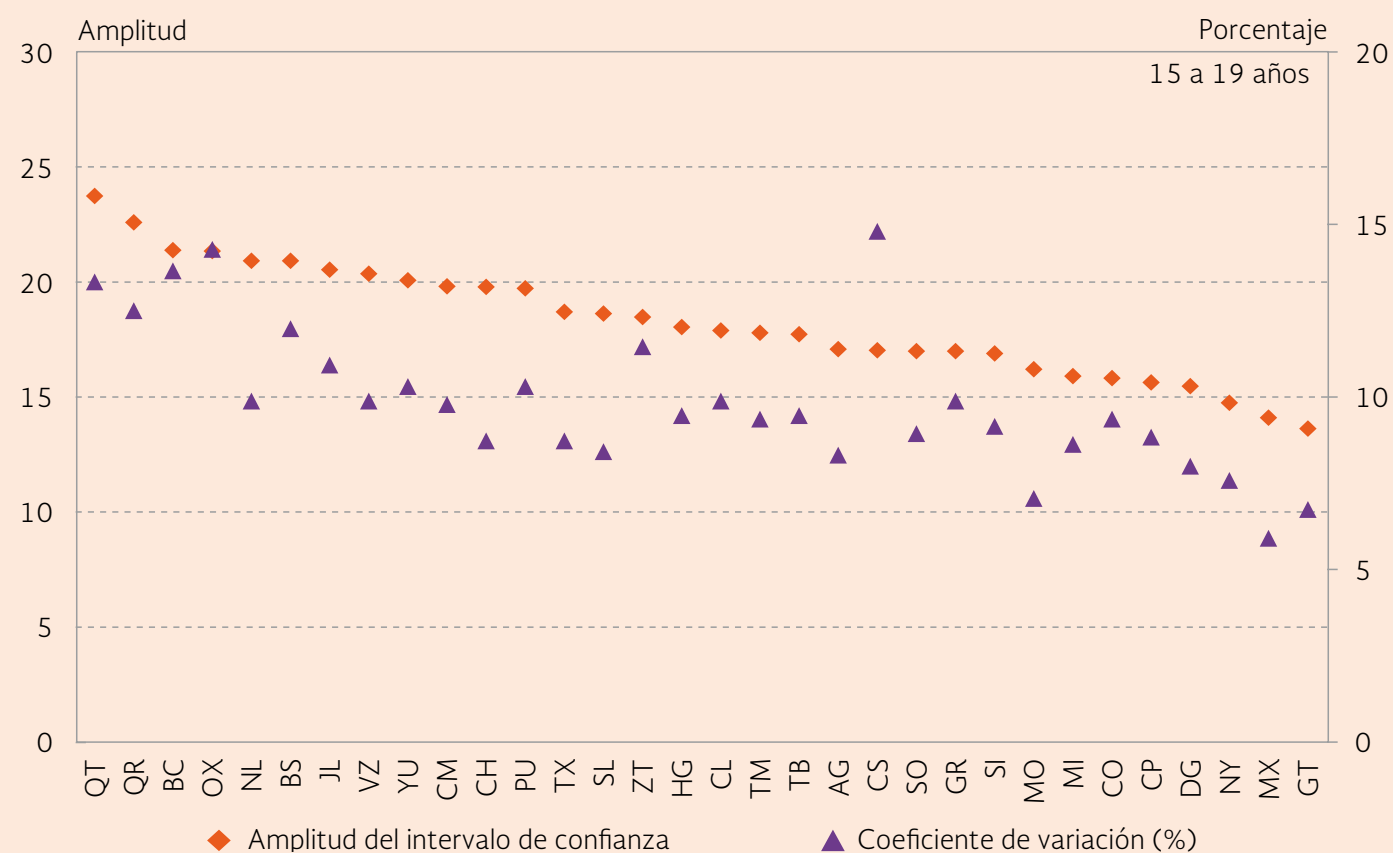
seguido por Veracruz, Oaxaca, Tabasco y Guerrero, donde también se observan coeficientes de variación de entre 1.78 a 2.87 por ciento. De lo anterior se concluye que la prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas resulta un indicador confiable por entidad federativa.

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.

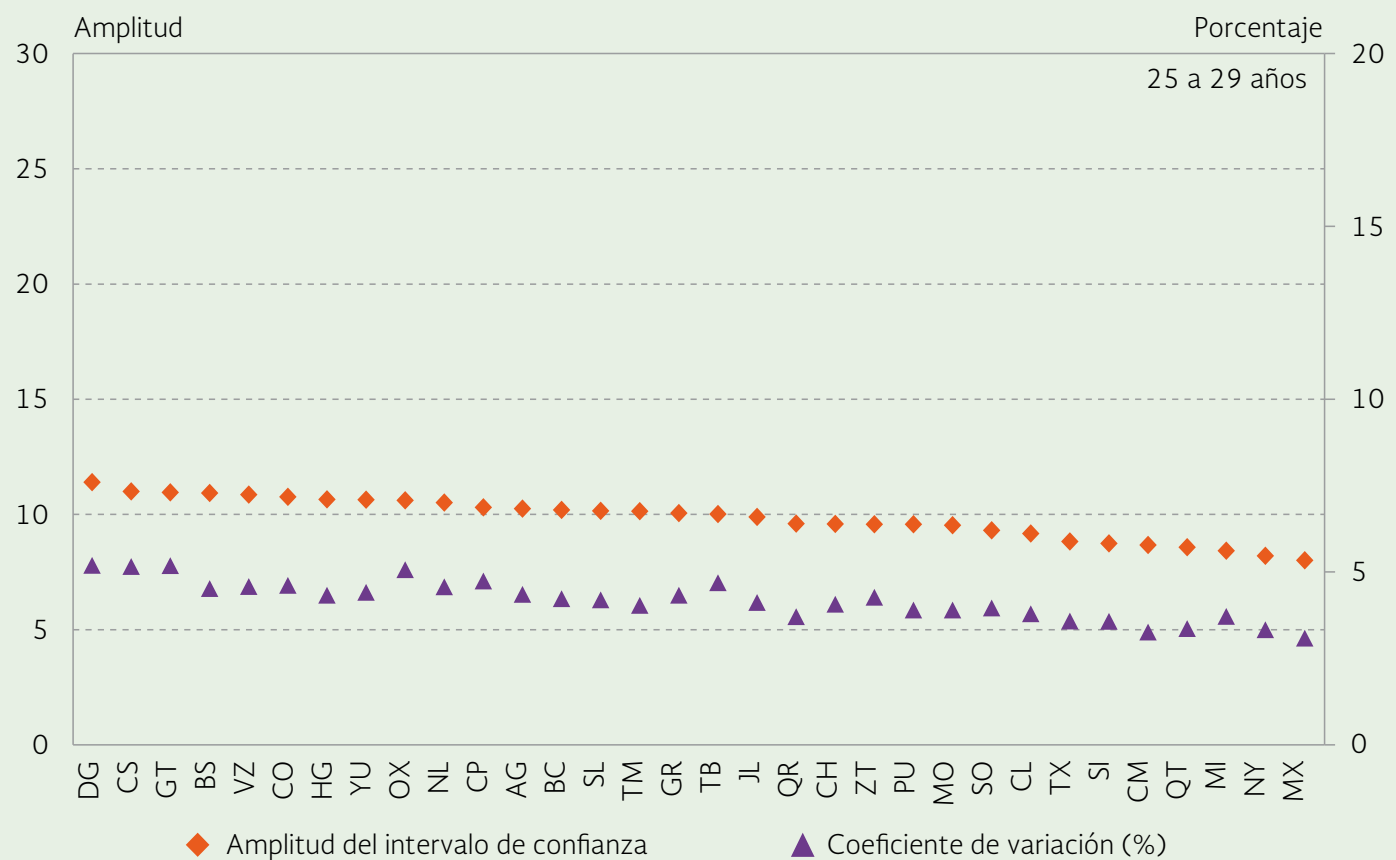
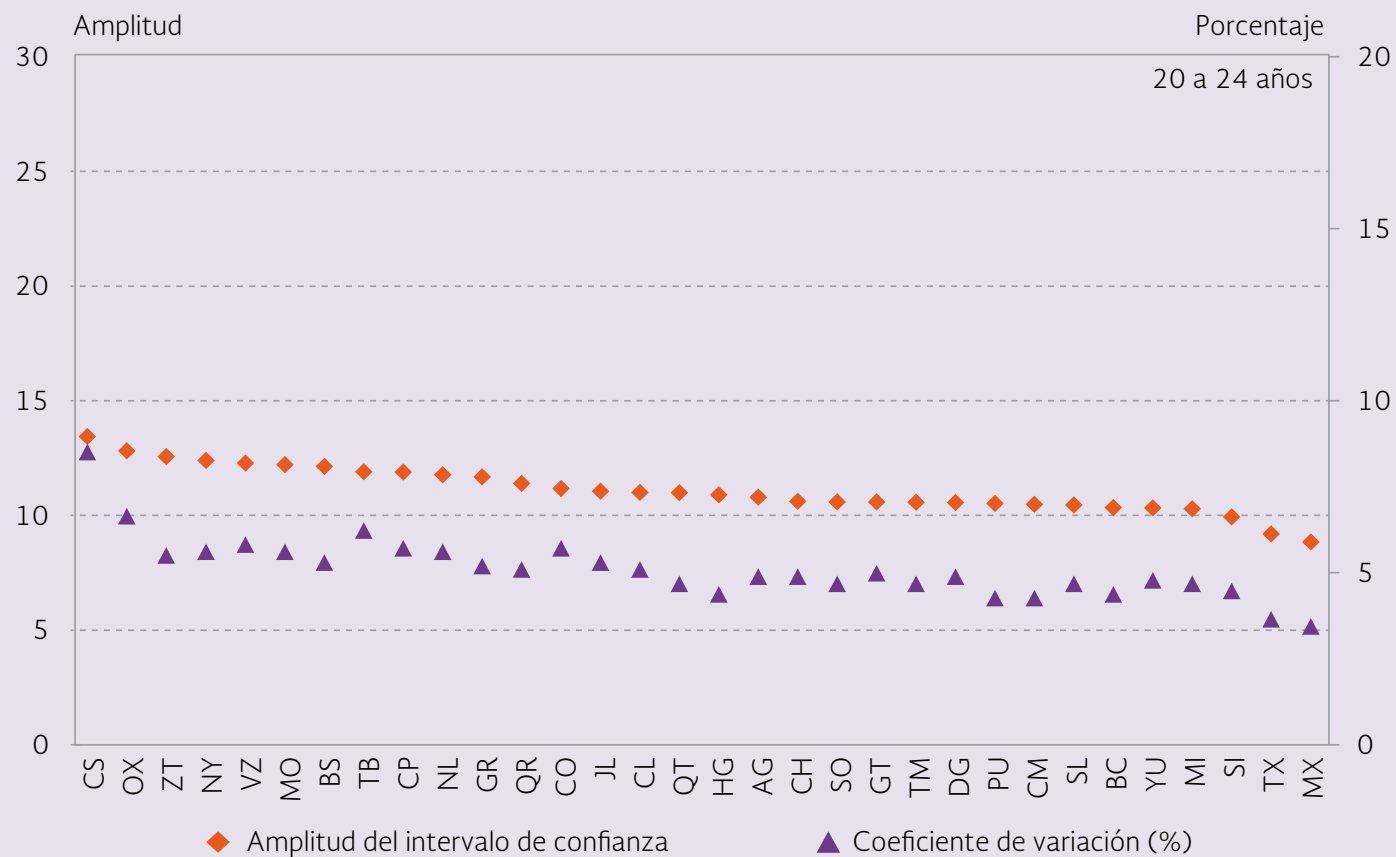
La gráfica 1.4 muestra la amplitud de los intervalos de confianza y los coeficientes de variación por grupos etarios, y se observa que en las adolescentes las estimaciones de la prevalencia son las que cuentan con una relativa menor precisión estadística comparada con la de los otros grupos de edad,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



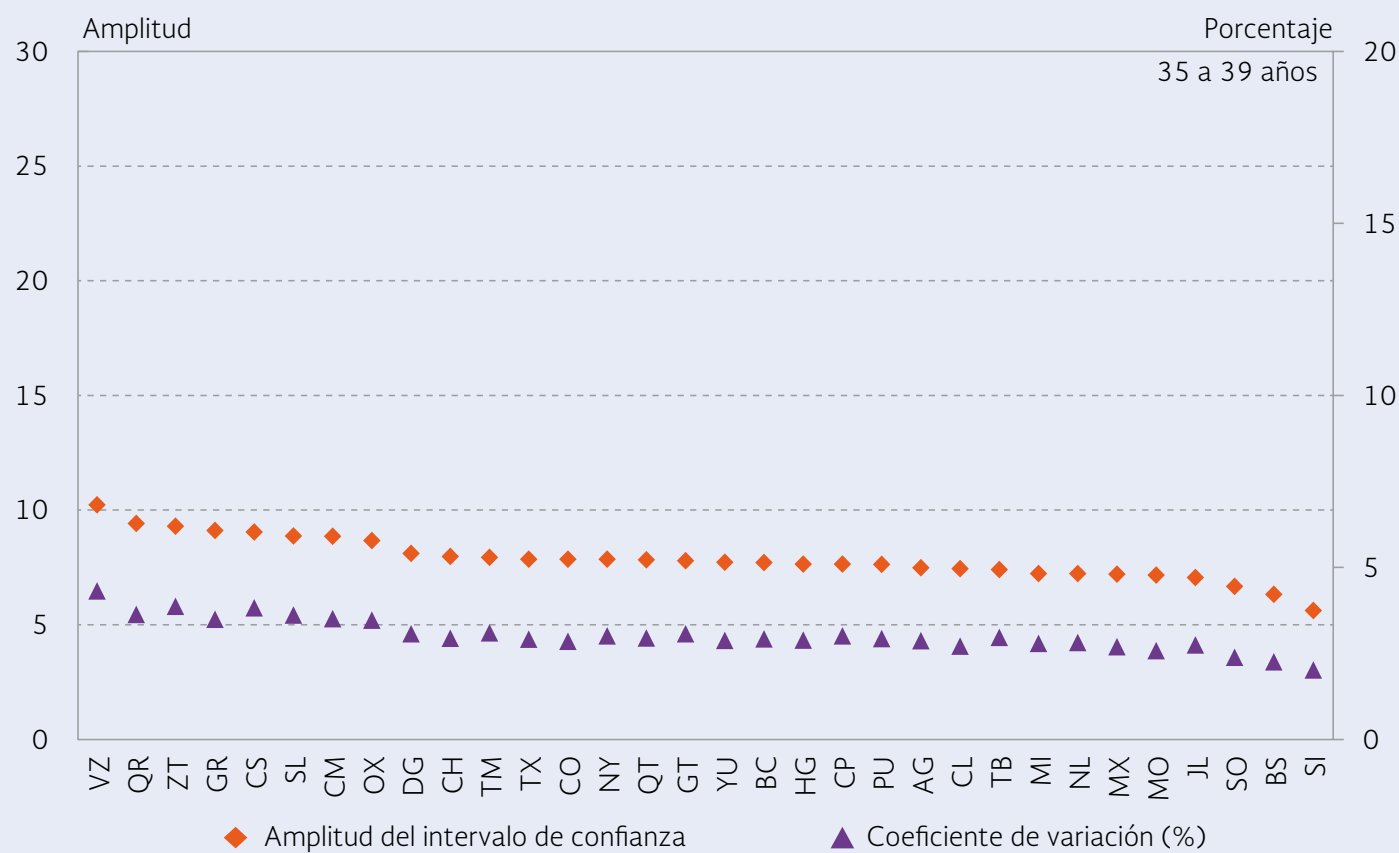
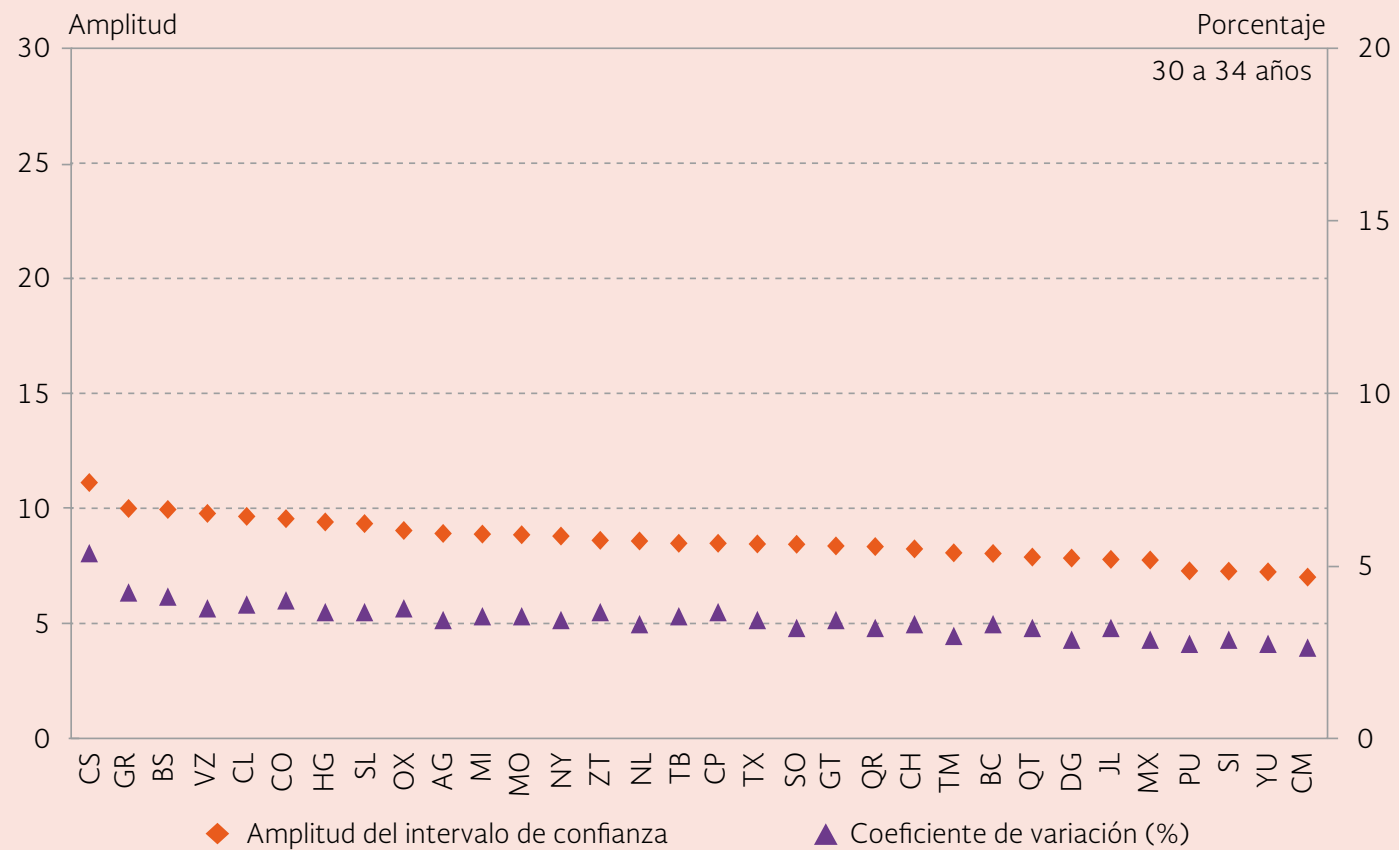
Continúa...

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



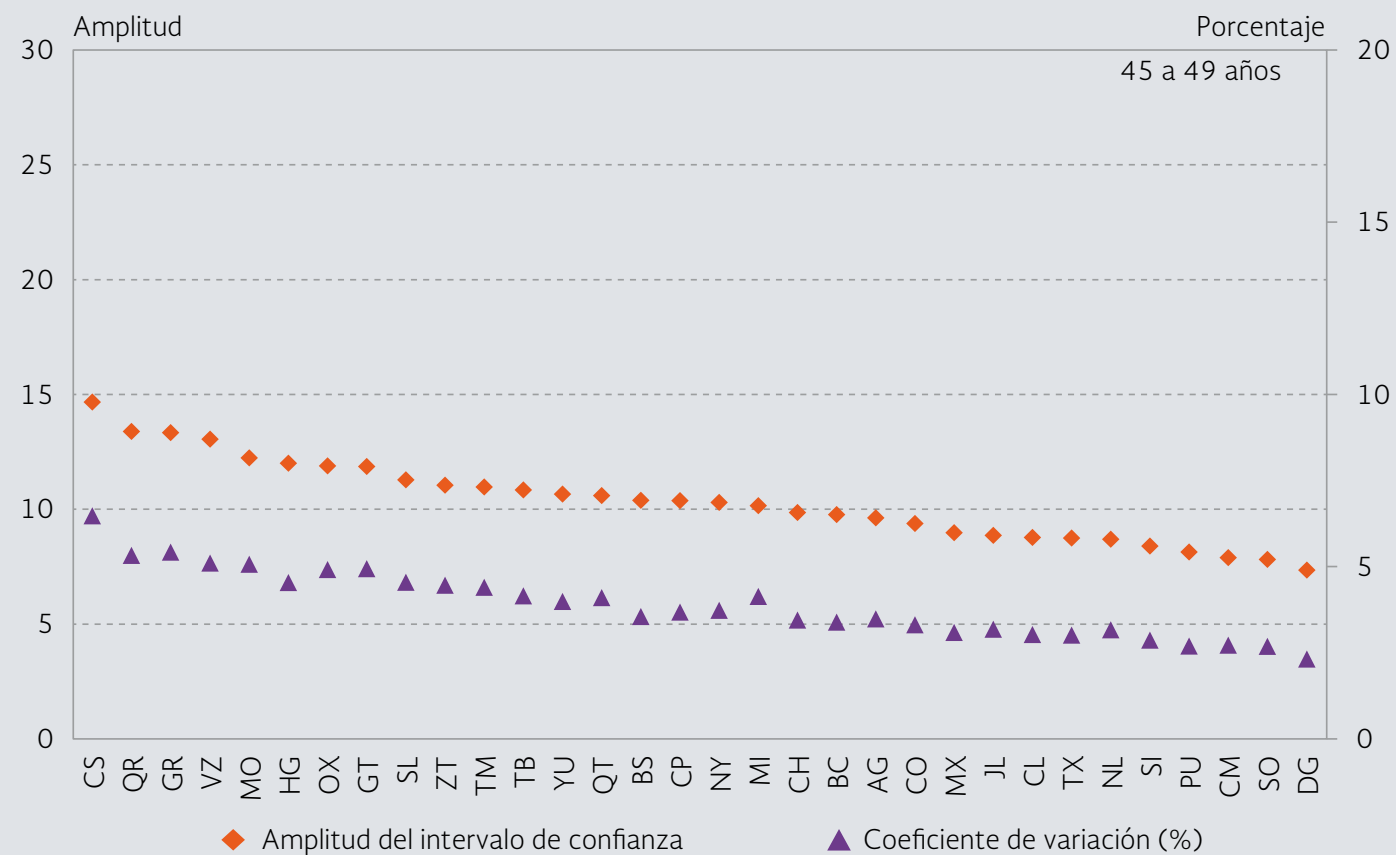
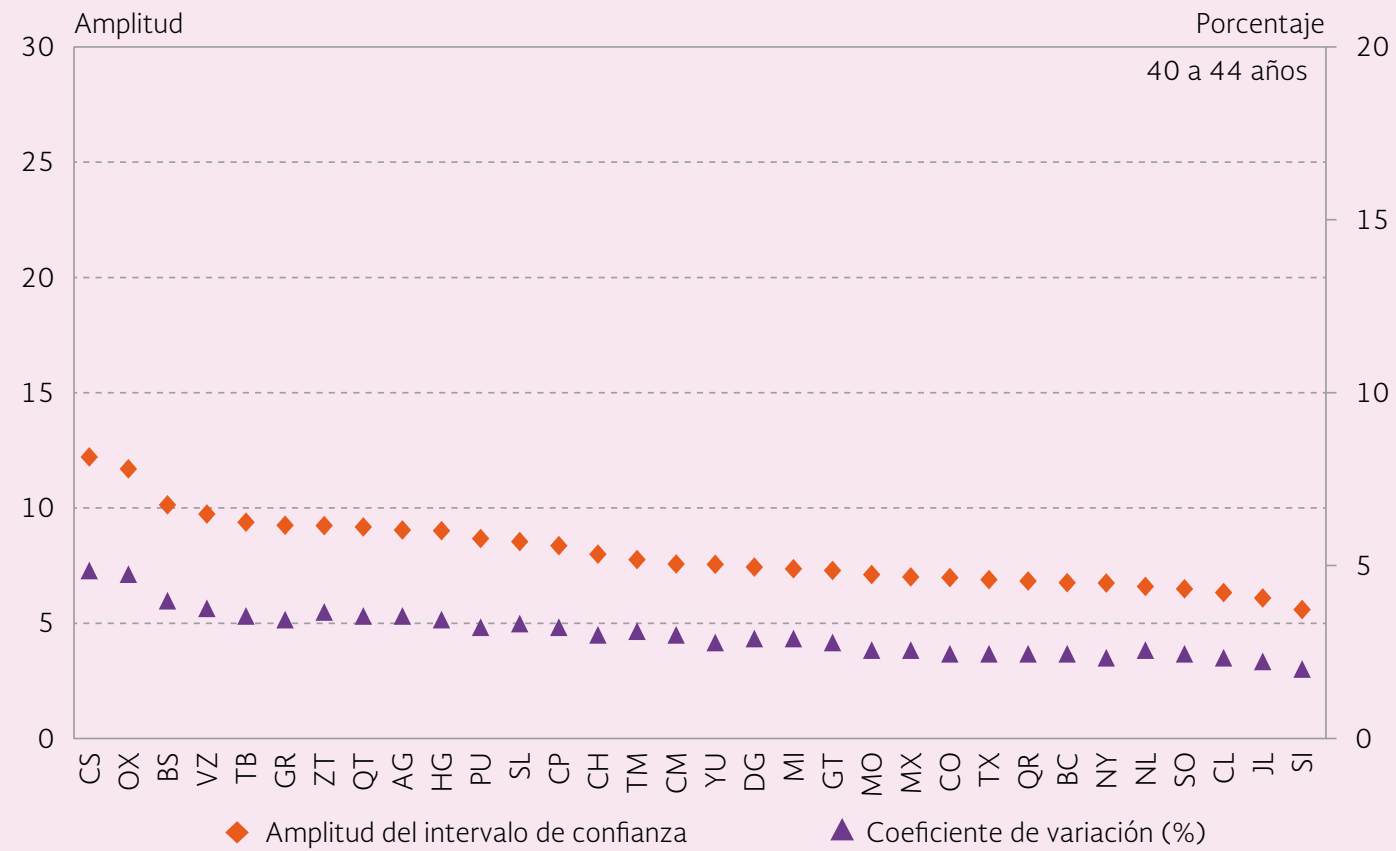
Continúa...

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, Distrito Federal.
- Brass, William y Hoda Rashad (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, Distrito Federal.
- 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, Distrito Federal.
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2015a), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID, Informe operativo, consultado en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825075293> (30 de septiembre de 2015).
- _____ (2015b), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Síntesis Metodológica, consultado en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825075255> (25 de septiembre de 2015).
- 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, Princeton University, USA.
- Trussell, James (2009), “Understanding contraceptive failure”, *Best practice and research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 23, April, pp. 199-209.
- Walti, 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 mujeres¹⁹ en edad reproductiva

La dinámica demográfica guarda una estrecha relación con la salud sexual y reproductiva, por lo que, es de gran importancia identificar los cambios en la estructura etaria de la población para detectar sus necesidades, y así proponer estrategias acordes, que aseguren el pleno acceso a sus derechos y a los servicios de salud. El reto por enfrentar en la entidad será contar con servicios adecuados para prevención de ITS y embarazos no deseados, así como de atención a la salud materno-infantil y al climaterio.

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.



¹⁹ 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

Quintana Roo se caracteriza por encontrarse en una etapa avanzada de la transición demográfica,²⁰ así lo muestran diversos aspectos de la dinámica poblacional de la entidad, como lo es el franco descenso de la fecundidad que en 2015 se estima en 2.04 hijos por mujer por debajo del nivel de reemplazo (2.11 hijos por mujer) según las Proyecciones de Población 2010-2050 elaboradas por el CONAPO, de igual manera, 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 en la entidad se ha mantenido en aumento, pues en 2015 alcanzó los 75.6 años de vida en promedio.

El volumen total de la población en Quintana Roo en 2015, fue de 1.6 millones de personas, la composición por sexo de esta población señala que existe una presencia ligeramente mayor de hombres, ya que éstos representan, 50.6 por ciento del total, mientras que las mujeres, 49.4 por ciento. Si bien la población total de la entidad en 2015 representa casi tres veces más de lo observado en 1990, se ha debido a, que entre 1990 y 2000 la población en la entidad se incrementó a un ritmo de 4.9 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 3.6 personas por cada cien, crecimiento que en el quinquenio de 2010-2015 fue de 3.1, como resul

tado principalmente de la baja sostenida en la fecundidad (véase gráfica 2.1).

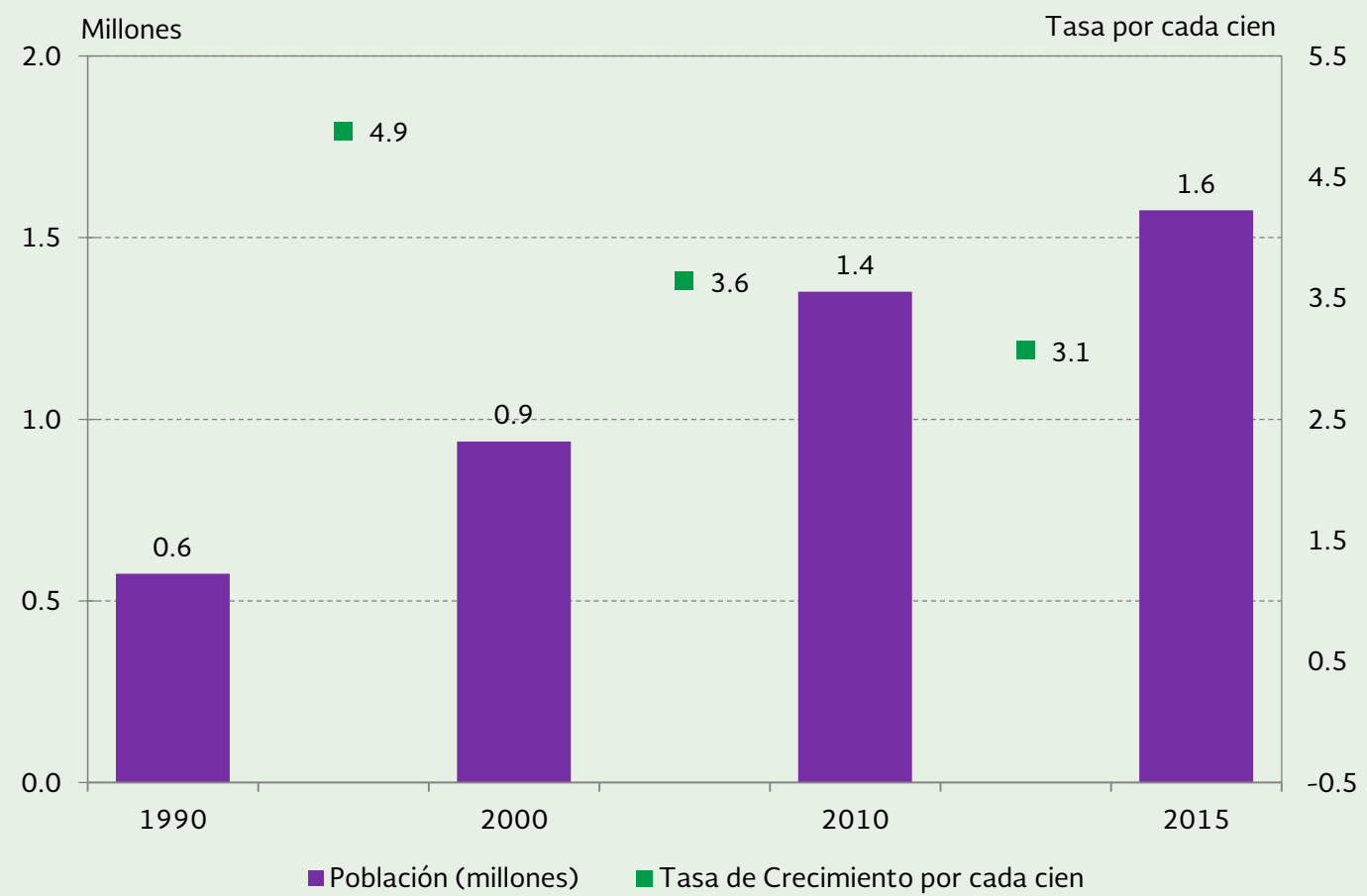
Asimismo, en 2015 aproximadamente 446 mil personas son menores de 15 años, lo que representa 28.3 por ciento de la población de Quintana Roo y 436 mil se encuentran entre los 15 a 29 años, lo que significa que un poco más de la cuarta parte (27.7%) es adolescente o joven. Si bien en conjunto representan al 56.0 por ciento de la población total, 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 5.6 por ciento a 13.4 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, hasta representar 4.6 por ciento en 2015. De igual forma comienza el aumento de la población adulta mayor de 75 años o más quienes pasaron de 1.0 a 1.2 por ciento, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que también experimenta Quintana Roo (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 en 2015 ha habido un aumento en todos los grupos poblacionales de la pirámide; de esta forma, se percibe que en la entidad el monto de población infantil también aumentó de manera importante; pese a que en 1990 se observó un inminente descenso de su volumen, se identifica un aumento de su peso relativo durante la década pasada, probablemente debido a la inmigración, para después dar paso otra vez a una disminución en años recientes. De igual modo, se aprecia un gradual en-

²⁰ 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.

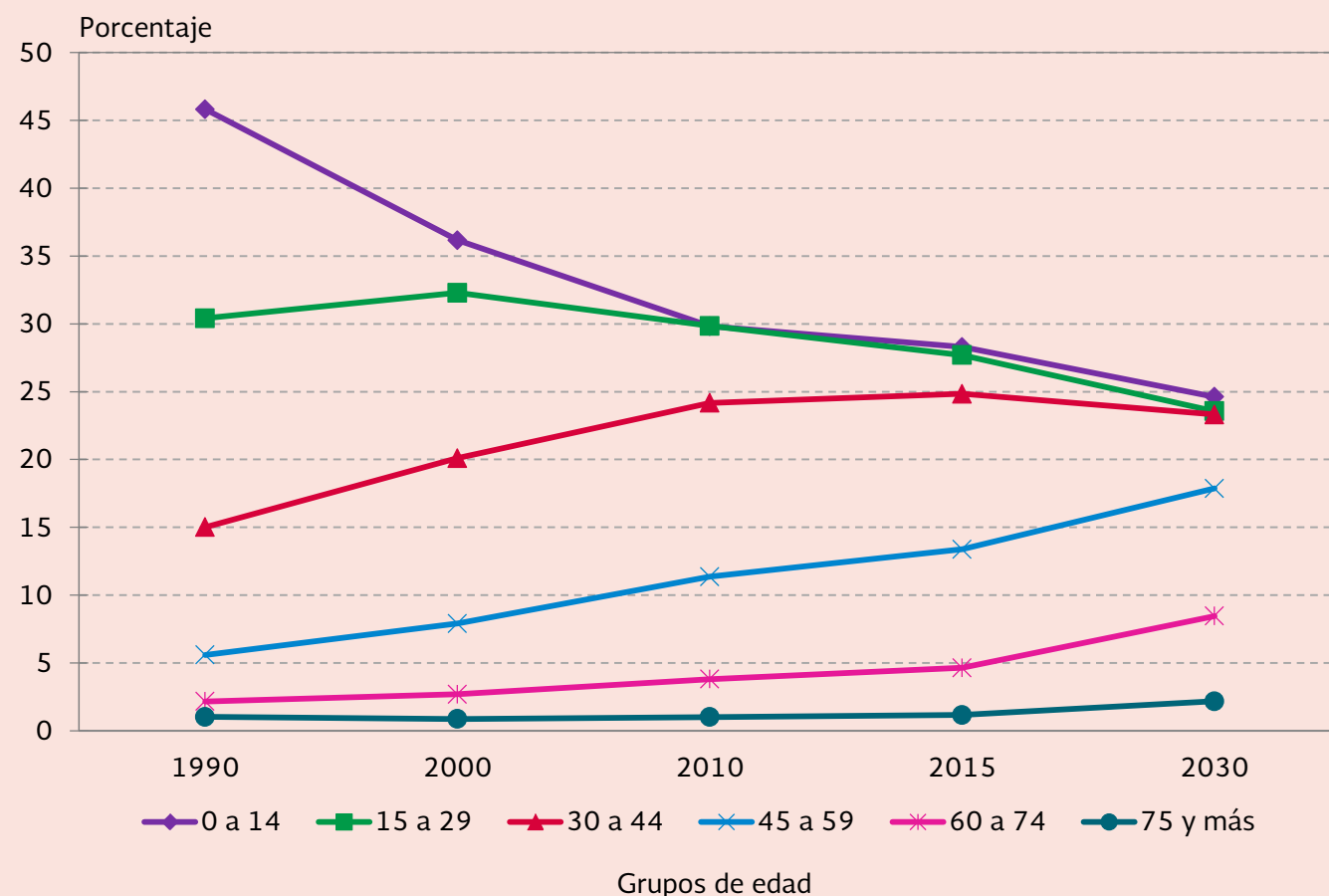


Gráfica 2.1. Quintana Roo. Población total y tasa de crecimiento
1990, 2000, 2010 y 2015



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

Gráfica 2.2. Quintana Roo. 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.

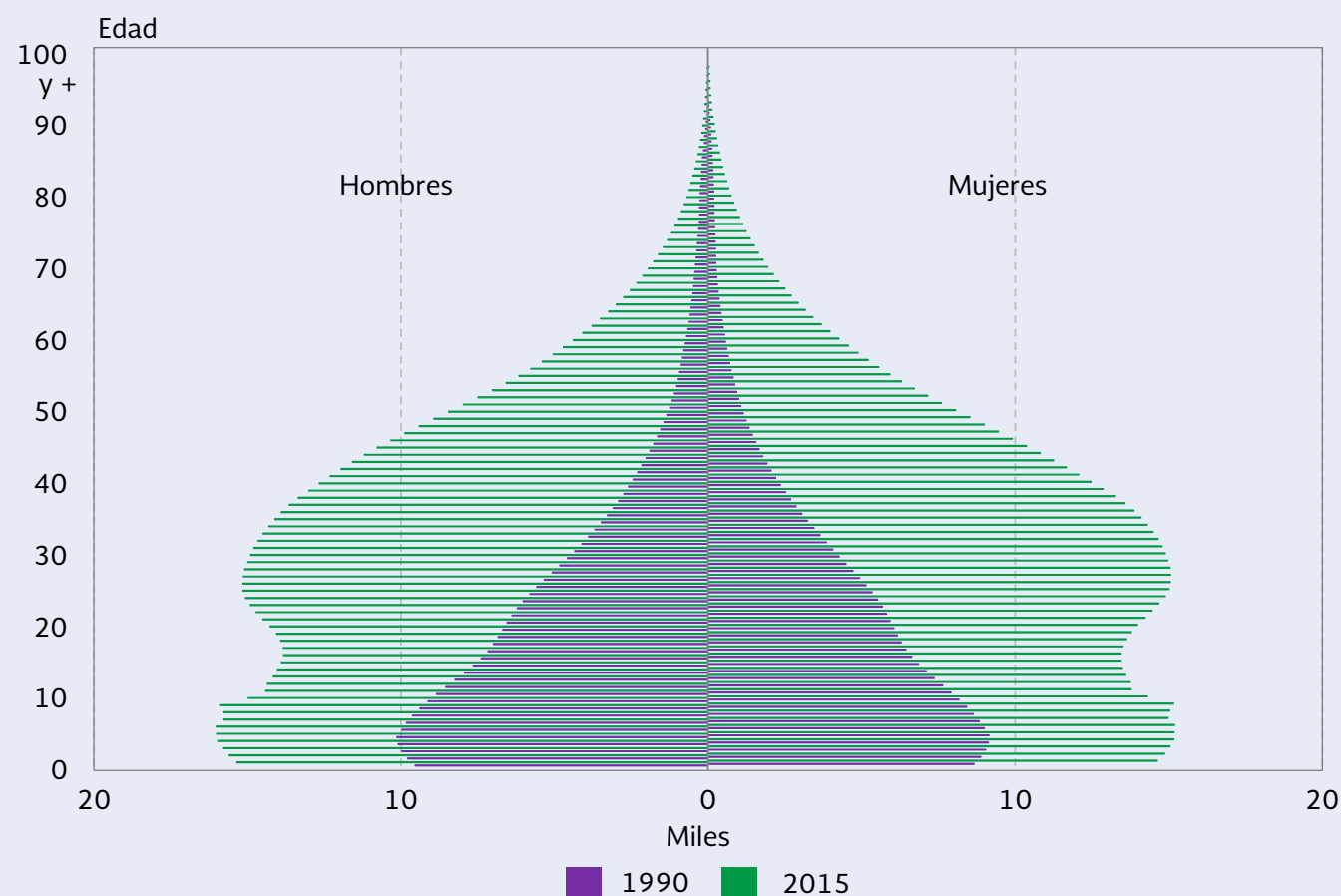
sanchamiento de la parte central y superior de la pirámide, así como una evidente concentración de la población adulta y adulta mayor respecto a 1990. Asimismo, mientras que en 1990 la población femenina se aglutinaba en los grupos de 0 a 10 años, en 2015 se observa un aumento importante en el número 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.

La distribución por edad de la población actual presenta una estructura favorable, ya que la razón

de dependencia²¹, que en 1990 era de 92.5 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2015 ha cambiado ya que existen casi dos proveedores potenciales por cada persona tentativamente dependiente como resultado de una relación de dependencia de 46.8 personas en edad no laboral por cada cien en edades productivas. Asimismo, en 1990, la dependencia se debía principalmente a la población menor de 15 años (dependencia infantil),

²¹ Es decir, el número 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).

Gráfica 2.3. Quintana Roo. Pirámides de población 1990 y 2015



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

la cual era de 88.2 menores de edad por cada cien en edades laborales; mientras que en 2015 ésta representó 41.5 por cada cien, dado el franco descenso en la fecundidad y el peso que ha ganado, de manera gradual, la población en edad económicamente activa y la dependencia por vejez, la cual pasó, de 4.3 en 1990 a 5.3 en 2015 por cada cien, como consecuencia del avance en el proceso de envejecimiento 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, convencionalmente 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 Quintana Roo en 2015 hay un poco más de 456 mil mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 58.6 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 131 mil, con una presencia relativa de 48.4 por ciento del total de mujeres. Esto significa que, en los últimos 25 años la población femenina en edad fértil se triplicó, aunque su volumen aumenta a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto de la población. Por ejemplo, entre

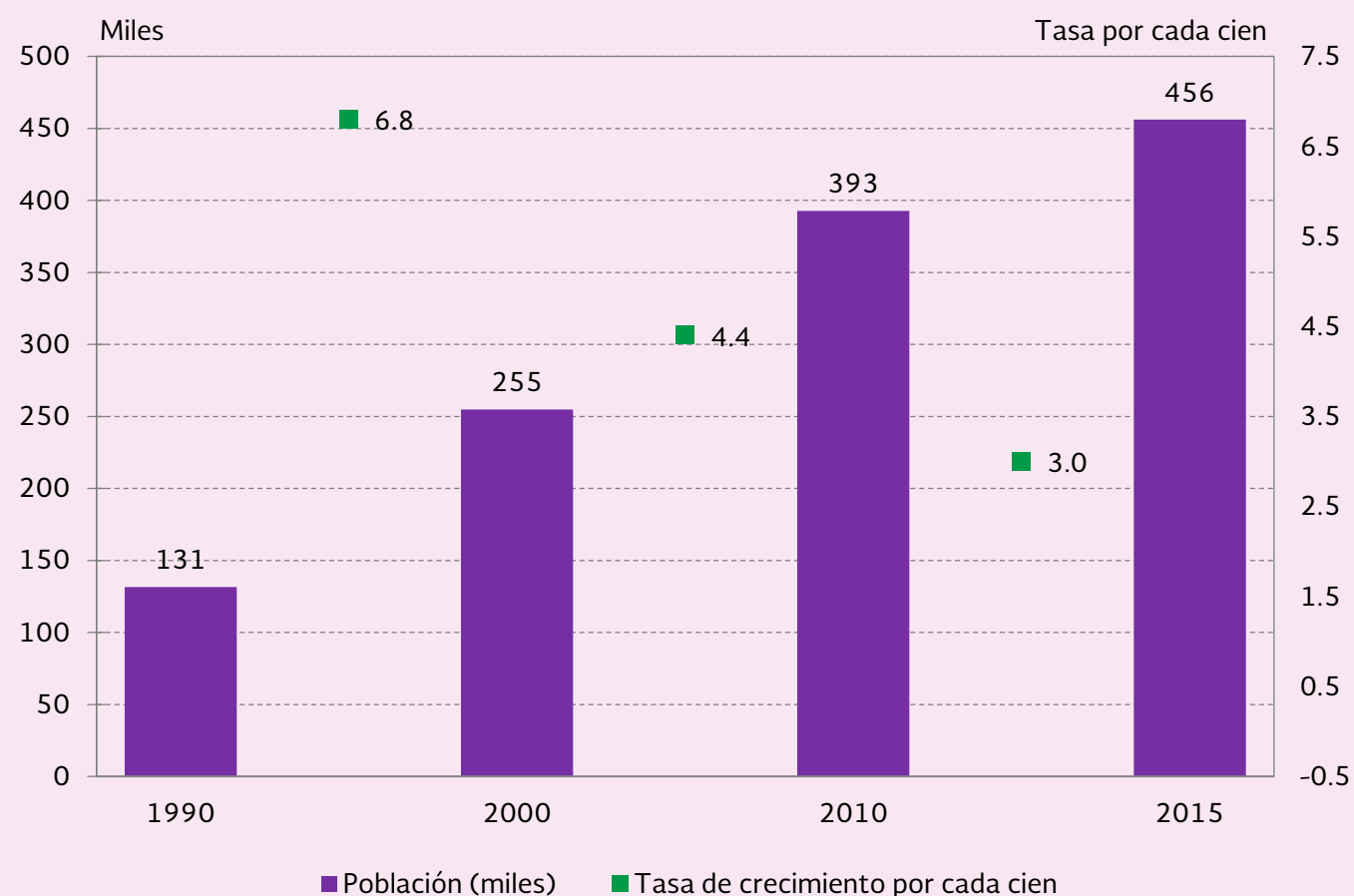
1990 y 2000 el grupo de las MEF registró una tasa de 6.8 por cada cien, la cual en los últimos cinco años redujo a menos de la mitad, creciendo así las MEF a una razón de 3.0 por cada cien (véase gráfica 2.4).

En 2015 en la entidad, el grupo de edad de 25 a 29 años representó 16.4 por ciento del total de las mujeres en edad fértil, con un total de 75 mil adolescentes, siendo el grupo más numeroso de las mujeres en edad reproductiva seguidas de las de 20 a 24 años (73 mil mujeres) quienes representan 16.1 por ciento, de las de 30 a 34 años (72 mil mujeres) con 15.9 por ciento y de las adolescentes (68.0 mil mujeres de 15 a 19 años) con 15.0 por ciento. Debi-

do 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).

Asimismo, aunque las mujeres de 35 a 39 que contribuyen en menor medida a la fecundidad, representan 14.5 por ciento, proporción aún importante respecto al total. 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, las que

Gráfica 2.4. Quintana Roo. Tamaño y tasa de crecimiento anual de la población femenina en edad fértil (MEF), 1990, 2000, 2010 y 2015



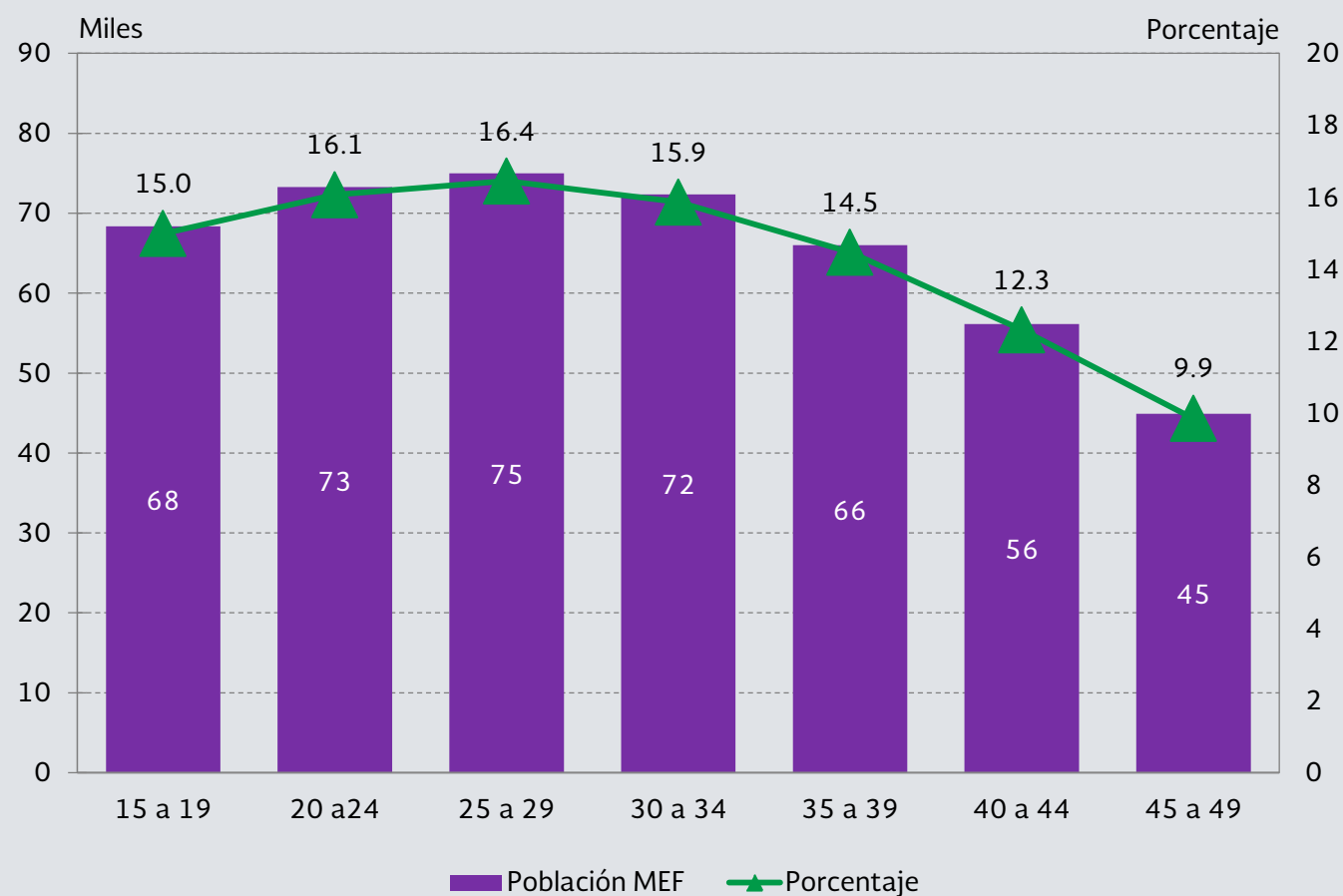
Fuente: CONAPO, Estimaciones de la Población 1990-2010 y Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

menos contribuyen a la fecundidad, son las de mayor edad (40 a 44, y 45 a 49 años) las cuales tienen un peso relativo de 12.3 y 9.9 por ciento, respectivamente (véase gráfica 2.5).

Si bien en la entidad en los últimos 25 años el ritmo de crecimiento de casi todos los grupos de edad de las MEF, se ha desacelerado, el grupo de adolescentes es el que presenta la tasa de crecimiento más baja. A su vez, el crecimiento de los grupos de mujeres de

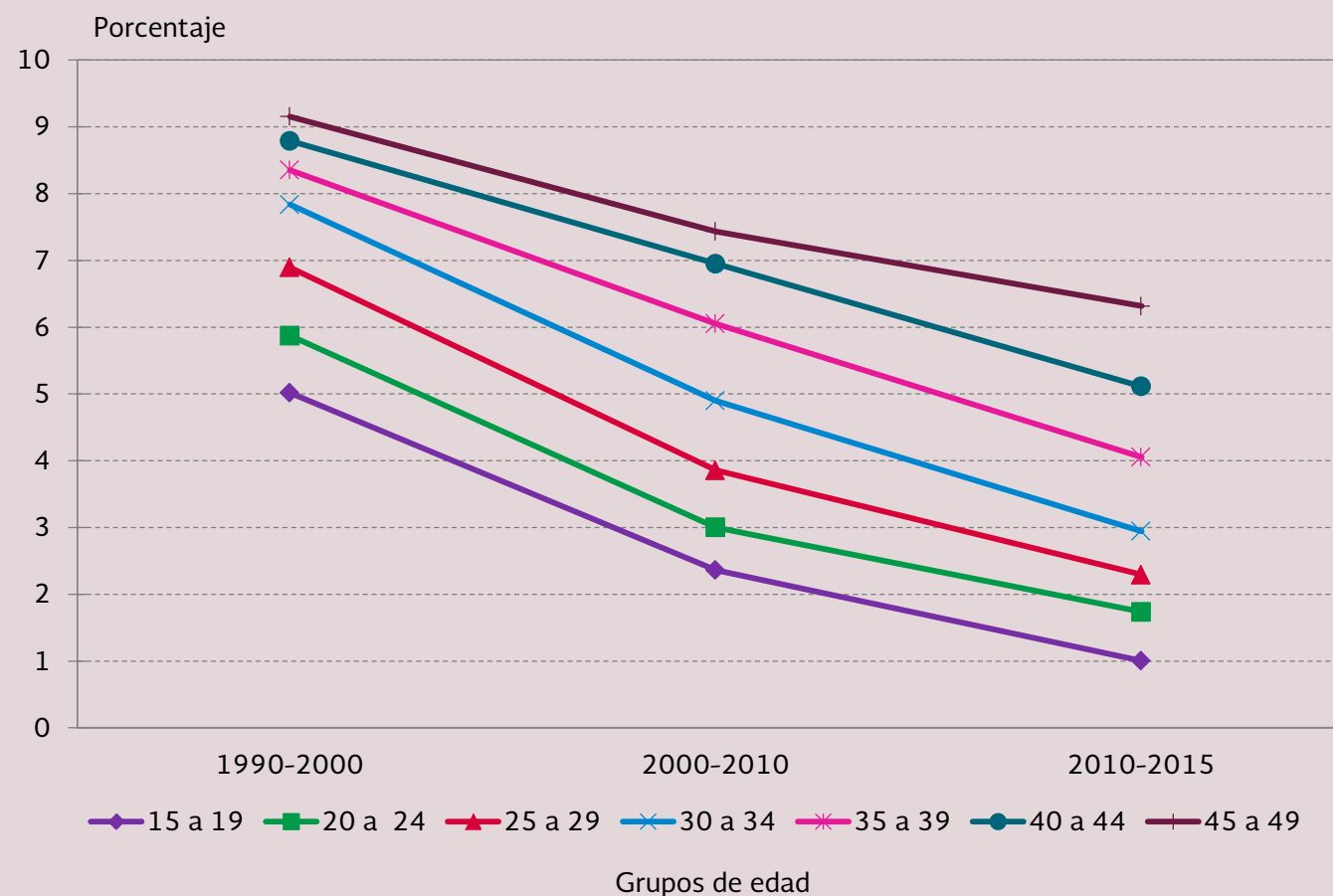
20 a 24 y de 25 a 29 años ha venido disminuyendo desde la década de 2000-2010, descenso que se mantuvo para el quinquenio 2010-2015 aunque a un menor ritmo. Finalmente, se puede apreciar que las tasas de crecimiento de las mujeres mayores de 30 años de edad presentaban una tendencia a disminuir desde la década de 2000-2010, siendo el grupo de 30 a 34 años el que presentó la menor tasa respecto a sus pares de 35 años y más (véase gráfica 2.6).

Gráfica 2.5. Quintana Roo. Mujeres en edad fértil (MEF) por grupos de edad y su distribución porcentual, 2015



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

Gráfica 2.6. Quintana Roo. 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 demográficas y sociales de las mujeres en edad fértil a partir de la ENADID

Además de las características demográficas, las condiciones de vida de las personas, sociales y culturales, tienen una estrecha relación con su salud sexual y reproductiva de, forma que por un lado, determinan el acceso a los servicios de que disponen, y por el otro, propician prácticas diferenciadas en las personas, lo que a su vez origina desigualdades en

cuanto al acceso y la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva en grupos de la población con características sociodemográficas particulares. Por lo anterior, es de suma importancia conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), dado que constituyen la población objetivo de este estudio.

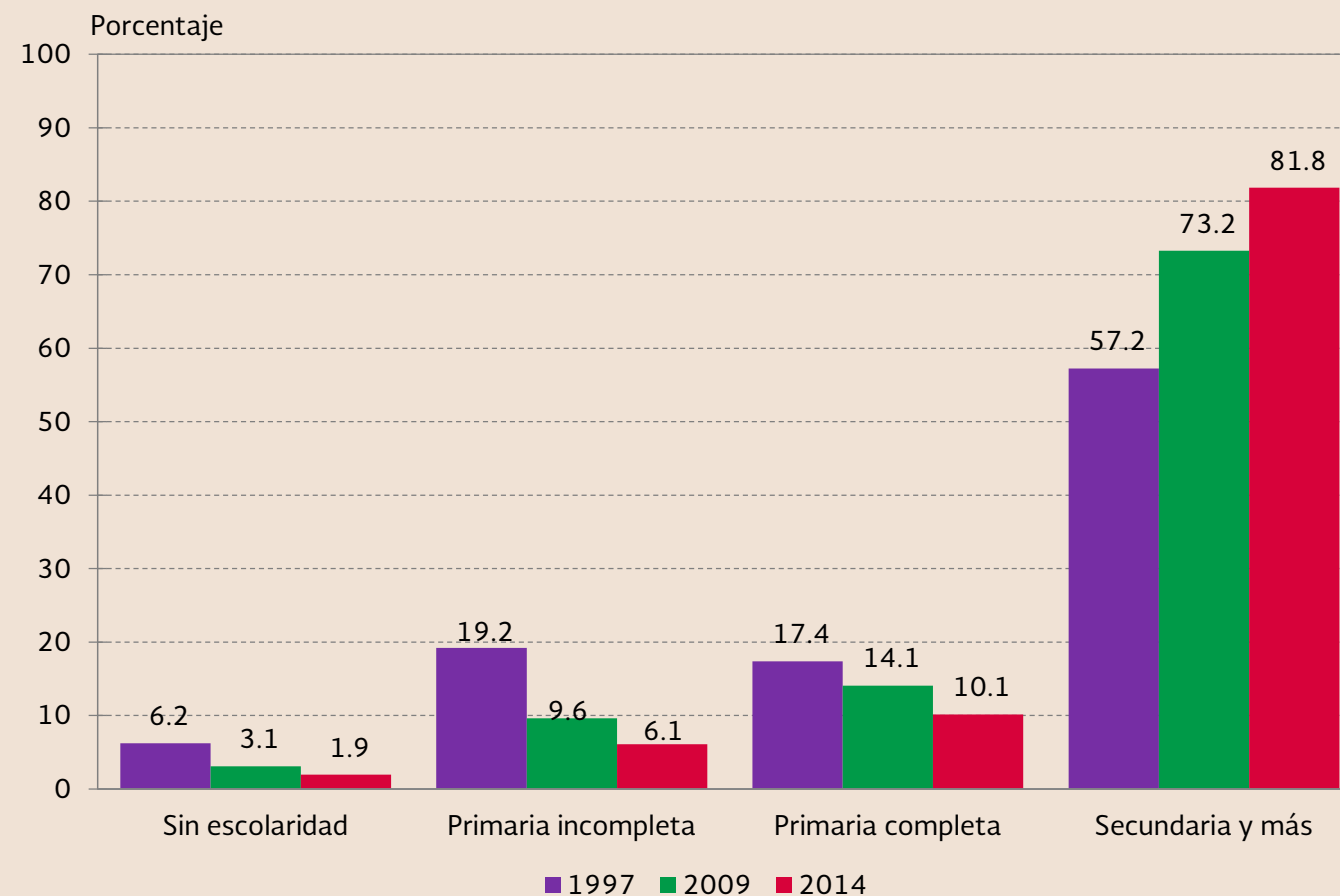
En ese sentido, es sabido que la escolaridad permite el desarrollo económico y social, al brindar acceso a mayores recursos, con los cuales es posible alcanzar un mejor nivel de bienestar tanto en lo

individual como en lo colectivo. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos para llevar una vida 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 alto nivel de escolaridad se relaciona con un alto conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, así como con prácticas seguras para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, además de proporcionar elementos para decidir sobre el volumen de su descendencia y el momento de tenerla (Echarri, 2008).

Los datos de la ENADID para Quintana Roo muestran que entre las MEF el nivel educativo ha tenido grandes avances al comparar con los datos de la encuesta de 1997. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres sin escolaridad en la entidad disminuyó de 6.2 en 1997 a 1.9 en 2014, en caso de las mujeres que cuentan con un nivel de secundaria o más, el incremento en el periodo de 17 años fue de alrededor de 43.0 por ciento al pasar de 57.2 en 1997 a 81.8 en 2014 (véase gráfica 2.7).

En lo que respecta al ámbito de residencia (véase gráfica 2.8), se observa que entre 1997 y 2014 el porcentaje de MEF que reside tanto en áreas ru-

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



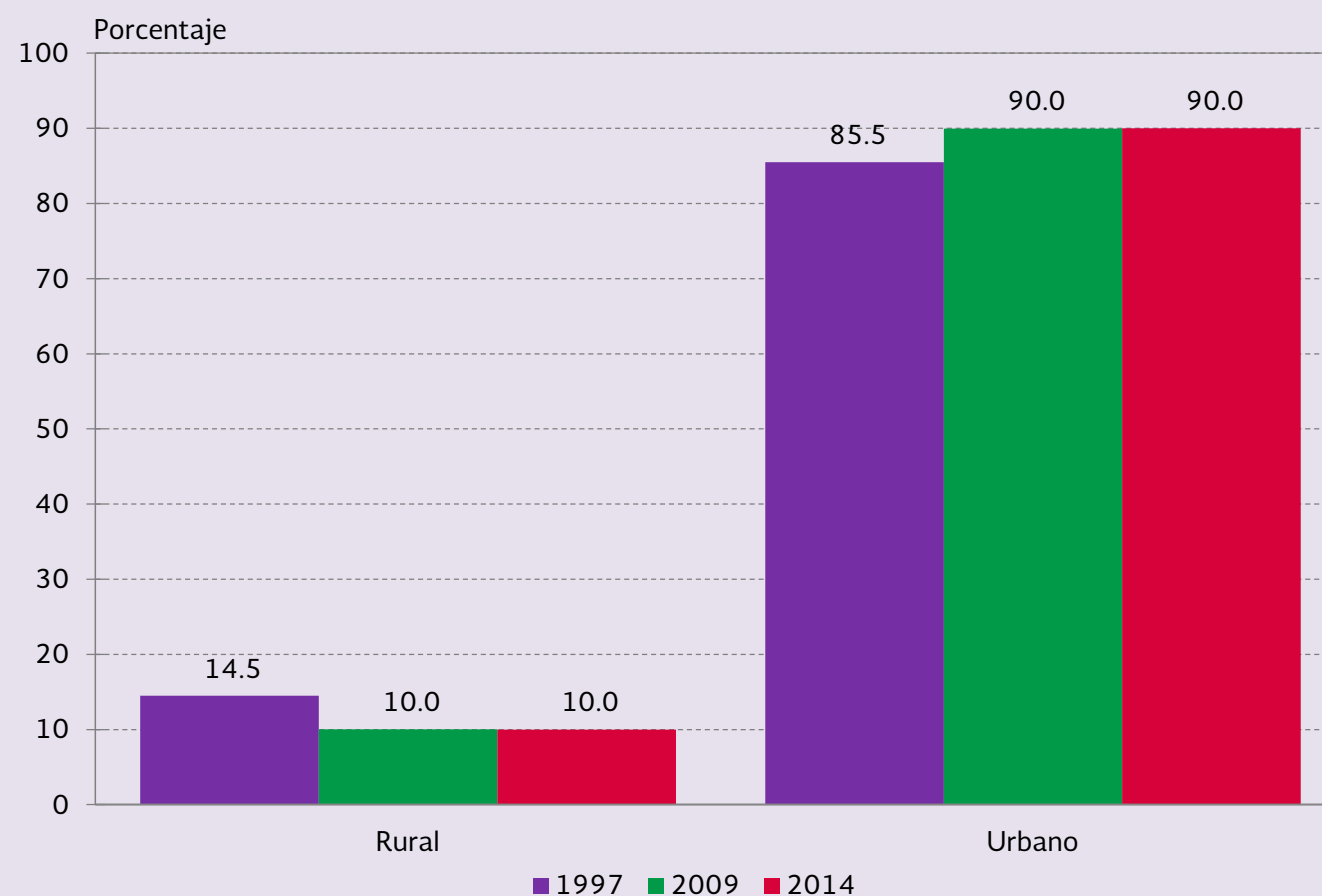
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

rales como urbanas ha disminuido. De esta forma, en 2014 una décima parte (10.0%) de las mujeres habita en áreas rurales, mientras que 90.0 por ciento reside en zonas urbanas, por lo que podemos hablar de una menor ruralidad en la entidad respecto a la República Mexicana, ya que a nivel nacional la proporción de MEF que habita en zonas rurales es de 21.5 por ciento. En términos del acceso a la salud sexual y reproductiva, es sabido que las insuficiencias del desarrollo del país y las limitaciones estructurales de las instituciones de salud se reflejan en las notables disparidades regionales y en la infraestruc-

tura 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).

Por otra parte, la presencia relativa de las MEF en el tiempo según condición de habla de lengua indígena en Quintana Roo ha mostrado cambios importantes; por ejemplo, entre 1997 y 2009 hubo una disminución de 8.7 puntos porcentuales al pasar de 28.2 a 19.5 por ciento los hablantes de lengua indígena, mientras que entre 2009 y 2014 disminuye en 3.2 puntos porcentuales al bajar a 16.3 por cien-

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



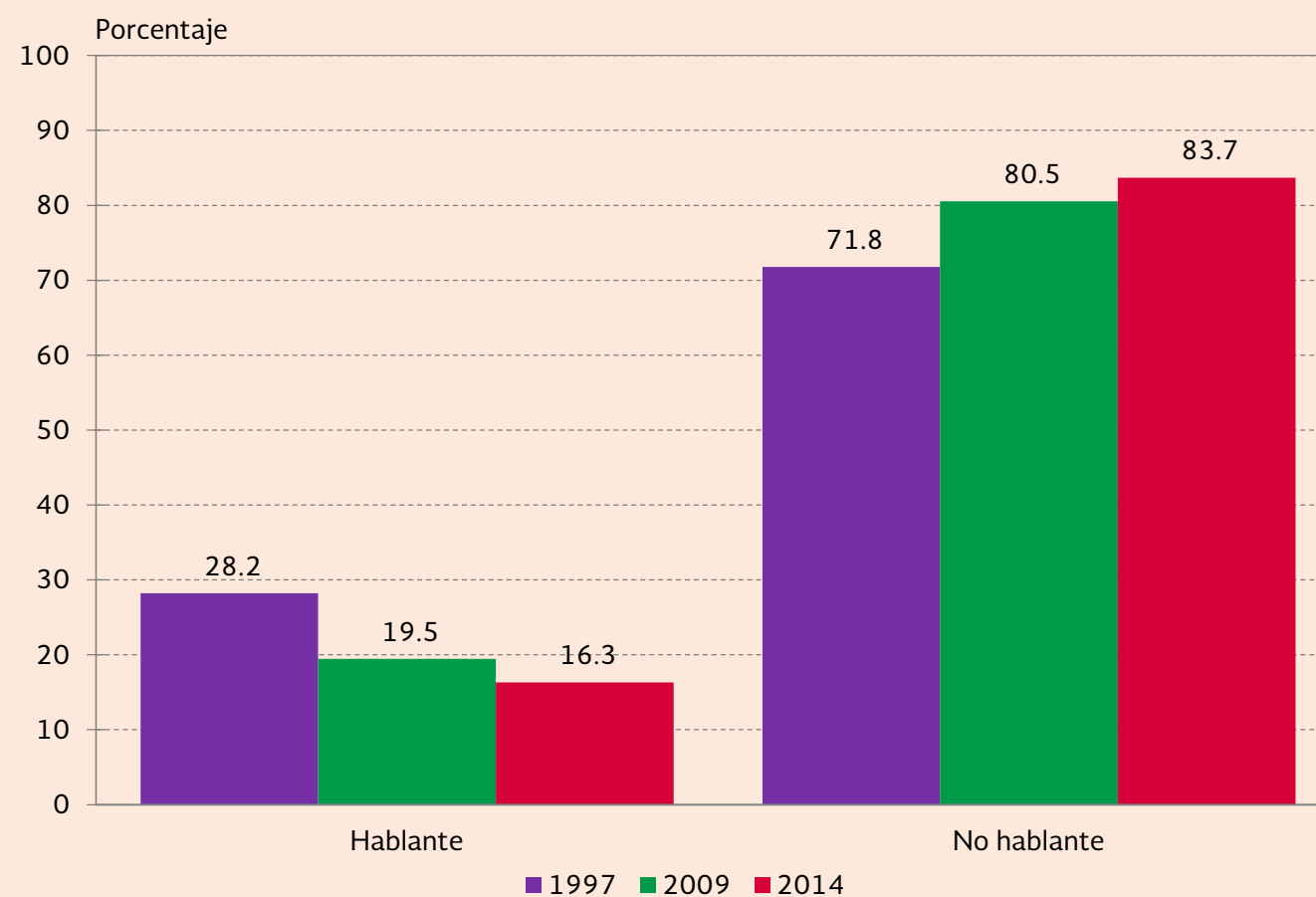
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997, 2009 y 2014.

to (véase gráfica 2.9). Cabe señalar que el porcentaje de mujeres hablantes de lengua indígena en 2014 es mayor al porcentaje obtenido a nivel nacional (5.5%). A pesar de que en la entidad la población hablante de lengua indígena representa una proporción cada vez menor, sus condiciones de salud sexual y reproductiva son sumamente importantes, debido al importante rezago y a las marcadas brechas que siempre han existido respecto a 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 tie-

Gráfica 2.9. Quintana Roo. 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.

nen 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-uterino, que por las características de marginación y de falta de autonomía de esta población, se presentan con mayor intensidad respecto a las mujeres urbanas.

Conclusiones

El análisis previo muestra un diagnóstico demográfico breve de la población femenina de Quintana Roo, 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 en la entidad deberán considerar mecanismos que permitan una mayor inclusión de los grupos indígenas, quienes representan una proporción importante de la población total del estado, que permita el acceso a estos servicios de salud a estos grupos, 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), México, Distrito Federal.
- 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, Distrito Federal.
- Echarri, Carlos (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, México, Distrito Federal.
- 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*, Tomo II, (pp. 141-202), El Colegio de México, México, Distrito Federal.



Principales transiciones a la vida sexual y reproductiva

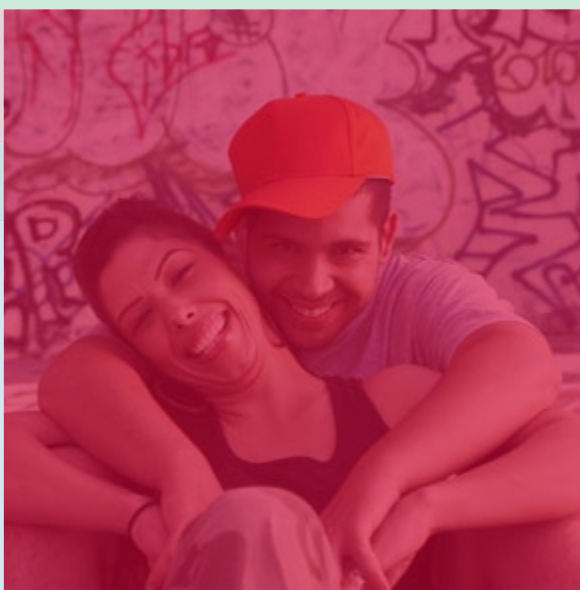
En el curso de vida de las personas, los cambios más importantes que se experimentan en el tránsito de la adolescencia hacia la adultez son los relacionados a la sexualidad, tanto en sus expresiones biológicas y fisiológicas, como en la conformación de la identidad y los condicionamientos sociales a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

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 en el curso de vida de las personas 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 (SSR) 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 SSR es un elemento clave, ya que sin ésta sus posibilidades de conseguir bienestar y estabilidad social serían limitadas (Welti, 2007).

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 aproximación sobre la edad a la que las mujeres tienen su 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.

La estimación se realizará a partir de la ENADID 2014, considerando los grupos de mujeres nacidas entre 1965-1979 y 1980-1989, a fin de observar el comportamiento de las dos generaciones. Así, en el estado se estimó que el 50.0 por ciento de las mujeres entre 35 y 49 años había experimentado su primera relación sexual a los 18.1 años, mientras que

las mujeres entre 25 y 34 tuvieron su primer encuentro a los 17.7 años.

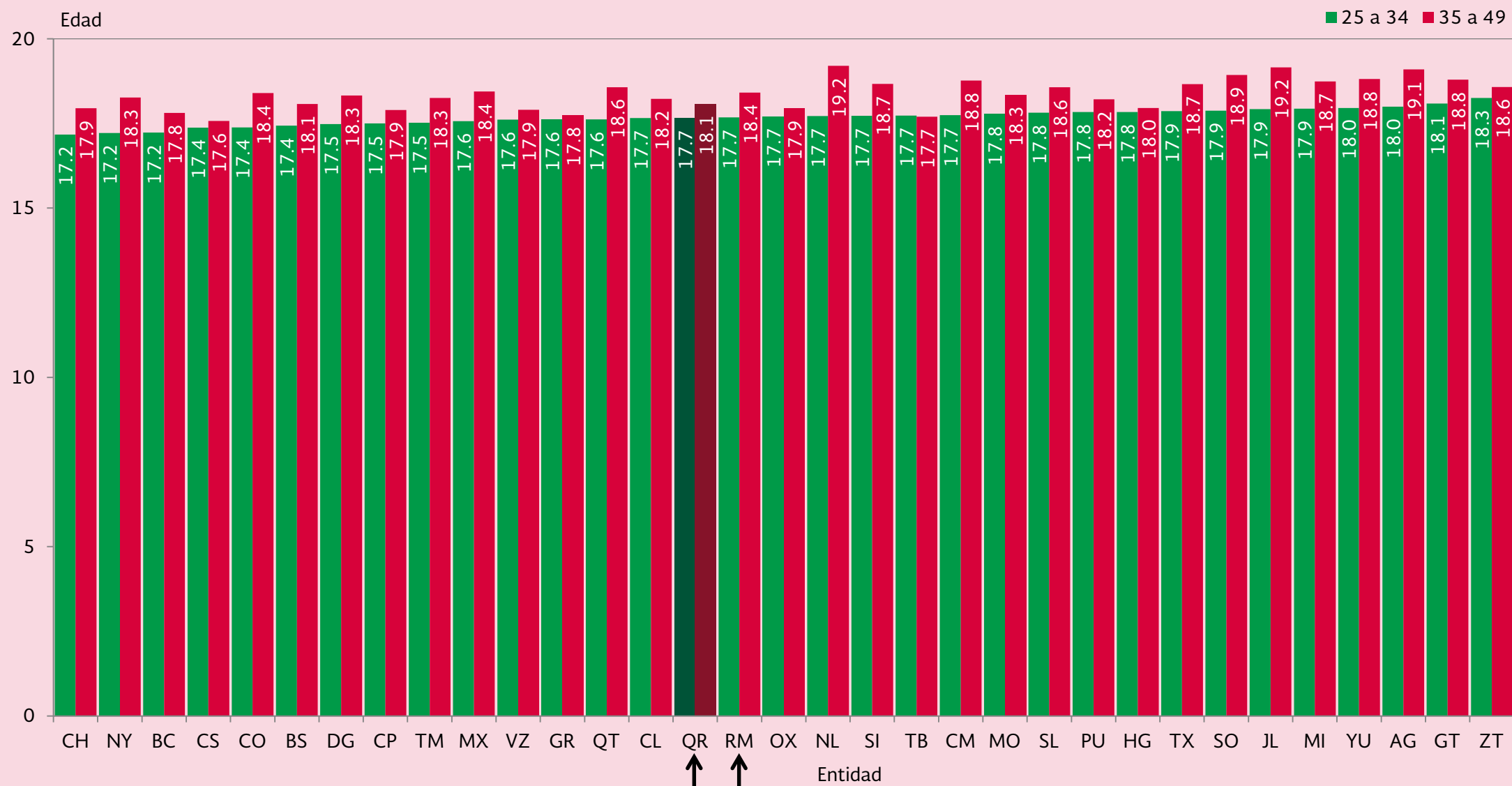
Al analizar ambas generaciones residentes en el estado, se observa la misma tendencia presentada en el nacional, es decir, la generación más joven inicia relaciones sexuales a una edad ligeramente más temprana, ya que a nivel nacional, la mitad de las mujeres entre 35 y 49 años ya había comenzado a los 18.4 años o antes y las de 25 a 34 años a los 17.7 años. Asimismo es importante destacar que las mujeres de la generación más joven residentes de Quintana Roo han tenido un periodo ligeramente más amplio de exposición al riesgo de un embarazo o de adquirir alguna ITS. No obstante lo anterior, se ubica entre las entidades con una edad mediana a la primera relación sexual igual al nivel nacional para esa misma generación (véase gráfica 3.1).

3.1.2. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

De acuerdo con los resultados de la ENADID, en Quintana Roo aumentó el porcentaje de mujeres en edad fértil que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (véase gráfica 3.2), al pasar de 24.5 a 40.5 por ciento entre 2009 y 2014, situándose así en 2014 con un porcentaje mayor a lo estimado a nivel nacional (34.3%). Por otra parte, en 2014 el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en la entidad, fue 2.7 veces mayor al porcentaje de mujeres de Chiapas que hicieron uso (14.8%) y se quedó a 8.6 puntos porcentuales por debajo del porcentaje presentado en la Ciudad de México (49.1%); las cuales son entidades con el menor y mayor porcentaje de mujeres que tomaron medidas preventivas en esa primera relación sexual.

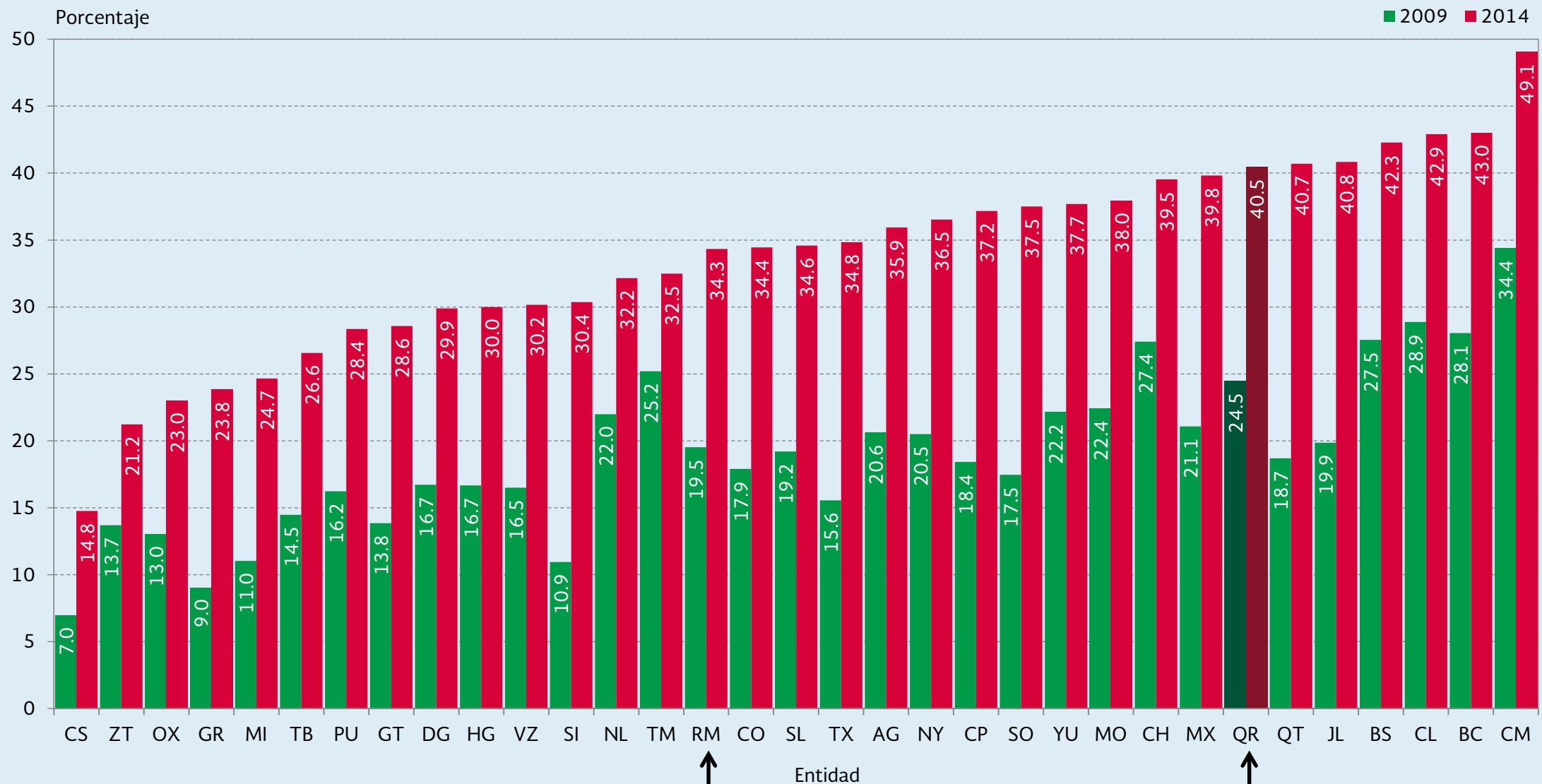


Gráfica 3.1. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2014



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

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.

Al analizar por características sociodemográficas de las MEF de Quintana Roo, se encontró de manera general que entre 2009 y 2014, aumentó el porcentaje de mujeres que hicieron uso de métodos anticonceptivos en ese primer encuentro sexual (véase cuadro 3.1). Destacando para 2014, que más de dos terceras partes de las adolescentes (70.0%) y más de la mitad de las jóvenes de 20 a 24 años

(61.8%) usaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual. Por otra parte, se observa que a mayor escolaridad se incrementa el porcentaje de las que hacen uso de métodos anticonceptivos, y la brecha entre las menos y más escolarizadas, es de 46.6 puntos porcentuales, dado que el 11.6 por ciento de las que cuentan con primaria o menos usaron métodos y de las que cuentan con preparatoria o más el

Cuadro 3.1. Quintana Roo. 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	24.5	40.5
Grupos de edad		
15-19	48.0	70.0
20-24	41.2	61.8
25-29	27.6	50.5
30-34	20.1	40.6
35-39	19.0	34.0
40-44	12.9	24.0
45-49	14.0	22.0
Nivel de escolaridad		
Primaria o menos	5.8	11.6
Secundaria	23.4	34.1
Preparatoria o más	40.8	58.2
Lugar de residencia		
Rural	9.5*	25.0
Urbano	26.1	42.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	8.0	20.7
No habla lengua indígena	28.9	44.6

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

58.2 por ciento. Asimismo, por lugar de residencia en 2014, en zonas rurales 25.0 por ciento usó métodos anticonceptivos mientras que en las urbanas lo hicieron 42.1 por ciento. Lo mismo ocurrió por condición de habla de lengua indígena, ya que, 20.7 por ciento de las mujeres hablantes de lengua indígena usó algún método anticonceptivo mientras que las no hablantes fueron 44.6 por ciento.

Al igual que a nivel nacional, en Quintana Roo se observó que el condón masculino es el método anticonceptivo al que más recurren las mujeres en edad fértil en la primera relación sexual, y su uso se

incrementó en 5.5 por ciento, al pasar de 77.5 por ciento en 2009 a 81.7 por ciento en 2014, bajando así, el uso de hormonales y de otro tipo de métodos (véase cuadro 3.2).

En general, entre 2009 y 2014 en la entidad, aumentó el porcentaje de mujeres en los distintos grupos de edad que hicieron uso del condón en la primera relación sexual sobre todo en las edades adultas de 45 a 49 años. No obstante, para 2014 las mujeres de 20 a 24 años son las que más usan el condón (90.5%), seguidas por las adultas jóvenes (25 a 29 años) con 86.4 por ciento, en tanto que, en las mujeres de los últimos grupos de edad reproductiva todavía se presentaron porcentajes importantes de uso de hormonales como de otro tipo de métodos.

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

Cuando se conocen los motivos para no usar anticonceptivos en la primera relación sexual es posible implementar acciones acordes a las necesidades reales de las MEF; por ello, en la ENADID de 2014 se incluyó la pregunta relacionada con este tema. En Quintana Roo se encontró que el desconocimiento, así como la falta de información sobre la forma en que deben usarse los métodos y dónde pueden obtenerse es la principal causa por la que las mujeres no usaron métodos (véase gráfica 3.3). En segundo lugar, se debió a que no planeaban tener relaciones sexuales y en tercero, señalaron que querían embarazarse; otra razón, no menos importante, fue que no creían que se podían embarazar; en tanto que la oposición de la pareja o que la propia mujer no estaba dispuesta a usar anticonceptivos tuvo menor peso, presentándose como una de las últimas razones por las cuales no usaron métodos.

Cuadro 3.2. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por grupo de edad según tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual, 2009 y 2014

Grupos de edad	2009			2014		
	Condón masculino	Hormonales ¹	Otros ²	Condón masculino	Hormonales ¹	Otros ²
Total	77.5	16.2	6.4	81.7	10.8	7.5
15-19	84.9	13.6	1.6	85.8	5.1	9.2
20-24	90.3	6.4	3.3	90.5	6.0	3.4
25-29	88.1	6.8	5.1	86.4	8.7	4.9
30-34	70.4	18.7	10.9	84.4	8.8	6.8
35-39	65.7	22.4	12.0	79.5	9.4	11.1
40-44	60.0	28.8	11.2	59.4	26.2	14.5
45-49	45.1	48.1	6.8	65.3	25.8	8.9

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

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

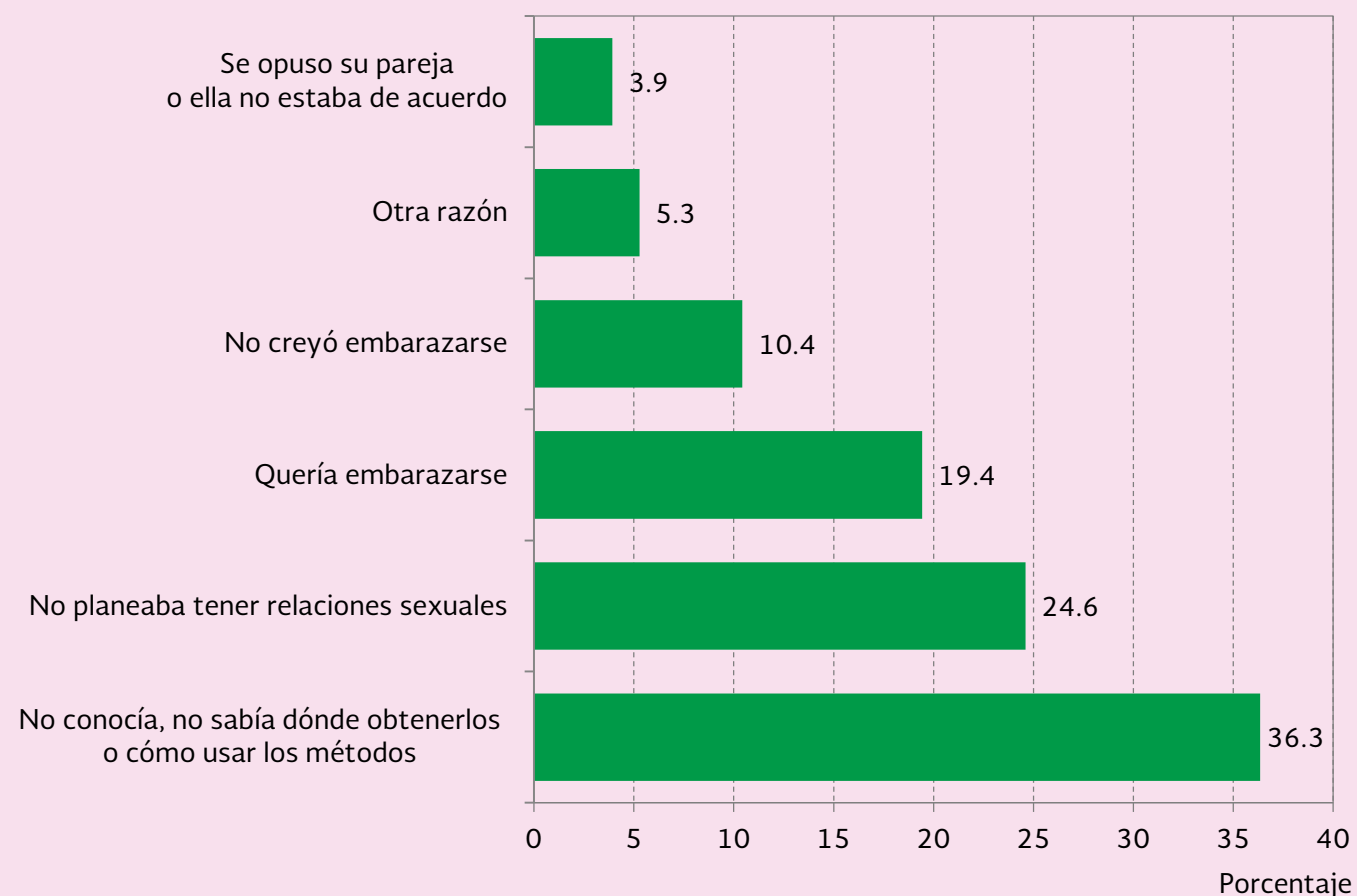
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

Entre los resultados aquí presentados se observa que a pesar de ser un porcentaje pequeño, la oposición de la pareja al uso de métodos da cuenta 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 para empoderar a las mujeres para conocer su cuerpo, y que puedan ejercer su sexualidad sin coerción o violencia, además de tomar conciencia de sus planes personales a futuro y en pareja.

La anticoncepción es uno de los principales medios que disponen los individuos para ejercer su derecho a decidir sobre el número de hijos que desean tener, el momento de tenerlos y para evitar embarazos no deseados o no planeados. México

cuenta con un marco jurídico y normativo que reconoce este derecho de las personas. Sin embargo, aún existen una diversidad de factores estructurales que limitan el pleno ejercicio entre ellos: la insuficiencia de los programas de educación integral en sexualidad, la falta de cobertura de los servicios de salud, factores sociales que obstaculizan que algunas personas, especialmente las mujeres, opten libremente por decidir el número de hijos; políticas institucionales que en ocasiones han otorgado prioridad al cumplimiento de metas de usuarias de anticonceptivos, en lugar de la libre e informada decisión de las personas, a la par de barreras de acceso y de uso, además de los costos de la anticoncepción (Aparicio, 2007).

Gráfica 3.3. Quintana Roo. 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.

3.1.4. 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 sa-

lud 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 (MEFSA²²), sexualmente inactivas (MEFSI²³) y sin relaciones sexuales (MEFSIN²⁴) y se analizarán dichos universos debido a la importancia

²² 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.

²³ 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.

²⁴ 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.

como poblaciones claves (población demandante y potencialmente demandante) de atención en materia de salud sexual y reproductiva.

En ese sentido, en Quintana Roo más de la mitad de las mujeres en edad fértil son sexualmente activas, aunque entre 2009 y 2014 disminuyó, al pasar de 59.9 a 58.9 por ciento, asimismo el porcentaje de mujeres que no han tenido relaciones sexuales bajó en 1.6 puntos porcentuales, pasando de 19.0 a 17.4, mientras que aumentó el porcentaje de sexualmente inactivas en 2.5 puntos porcentuales, al pasar de 21.1 a 23.6, respectivamente (véase cuadro 3.3).

Al analizar por características sociodemográficas de las mujeres del estado se encontró que, en general se redujo el porcentaje de MEFSA y aumentó el de MEFSI. Así el mayor porcentaje de MEFSA se concentra en las mujeres en edad adulta y hubo un descenso en las adolescentes de 8.0 puntos porcentuales; asimismo se observa que por nivel de escolaridad, se concentra en las mujeres con primaria completa o menos aunque hubo un descenso en 1.8 puntos porcentuales; además las sexualmente activas en su mayoría son mujeres unidas, aunque incrementó en 3.7 puntos porcentuales en las solteras; también, llama la atención que tanto en las rurales como en las hablantes de lengua indígena hubo un descenso de 6.4 y 1.9 puntos porcentuales, respectivamente. Así en 2014, 53.8 por ciento de las mujeres que habita en áreas rurales y 59.4 por ciento de las que reside en zonas urbanas son sexualmente activas y en las hablantes de lengua indígena existe un mayor porcentaje de MEFSA (62.6%) respecto a las no hablantes de lengua indígena (58.2%).

Asimismo, se debe poner atención en las mujeres sexualmente inactivas que residen en Quintana Roo, dado que al tener relaciones esporádicas posibilita que no realicen acciones de prevención, lo que aumentaría la posibilidad a tener un embarazo no planeado o de contraer infecciones de transmisión sexual. Para 2014 se observa que, el mayor porcentaje de MEFSI se concentra, en las exunidas, las de 45 a 49 años, en las de primaria completa o menos, en hablantes de lengua indígena y urbanas. Finalmente, el alto porcentaje de mujeres que no han tenido relaciones sexuales en 2014, se encontró entre las adolescentes, las solteras, las que cuentan con preparatoria o más.

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.



Cuadro 3.3. Quintana Roo. 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	59.9	58.9	21.1	23.6	19.0	17.4
Grupos de edad						
15-19	22.3	14.3	11.7	11.3	66.0	74.5
20-24	57.4	55.9	17.5	25.0	25.1	19.2
25-29	68.7	70.8	21.9	22.9	9.4	6.3
30-34	76.1	74.8	19.8	22.8	4.1	2.4
35-39	77.1	73.0	21.3	24.7	1.6	2.3
40-44	68.7	72.0	30.7	26.9	0.6	1.1
45-49	67.1	59.3	31.6	40.3	1.3	0.4
Nivel de escolaridad						
Primaria completa o menos	67.2	65.4	25.9	28.5	6.8	6.0
Secundaria	62.1	62.4	17.0	21.2	20.9	16.4
Preparatoria y más	53.6	54.2	21.3	23.6	25.1	22.2
Situación conyugal						
Unidas	88.1	83.2	11.9	16.8	0.0	0.0
Exunidas	25.8	25.4	74.2	74.6	0.0	0.0
Solteras	12.5	16.1	23.5	22.2	64.0	61.6
Lugar de residencia						
Rural	60.2	53.8	19.5	22.9	20.3	23.3
Urbano	59.9	59.4	21.3	23.7	18.8	16.9
Condición de habla de lengua indígena						
Habla lengua indígena	64.5	62.6	23.2	25.1	12.4	12.3
No habla lengua indígena	58.8	58.2	20.6	23.4	20.6	18.4

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

3.2.1. Edad mediana a la primera unión

En Quintana Roo, la edad mediana a la primera unión de mujeres de dos generaciones distintas, de acuerdo a la ENADID 2014, ha ocurrido después de haber iniciado su vida sexual; por ejemplo, en las que tenían entre 25 y 34 años al momento de la encuesta, la mitad ya se había unido por primera vez a los 19.0

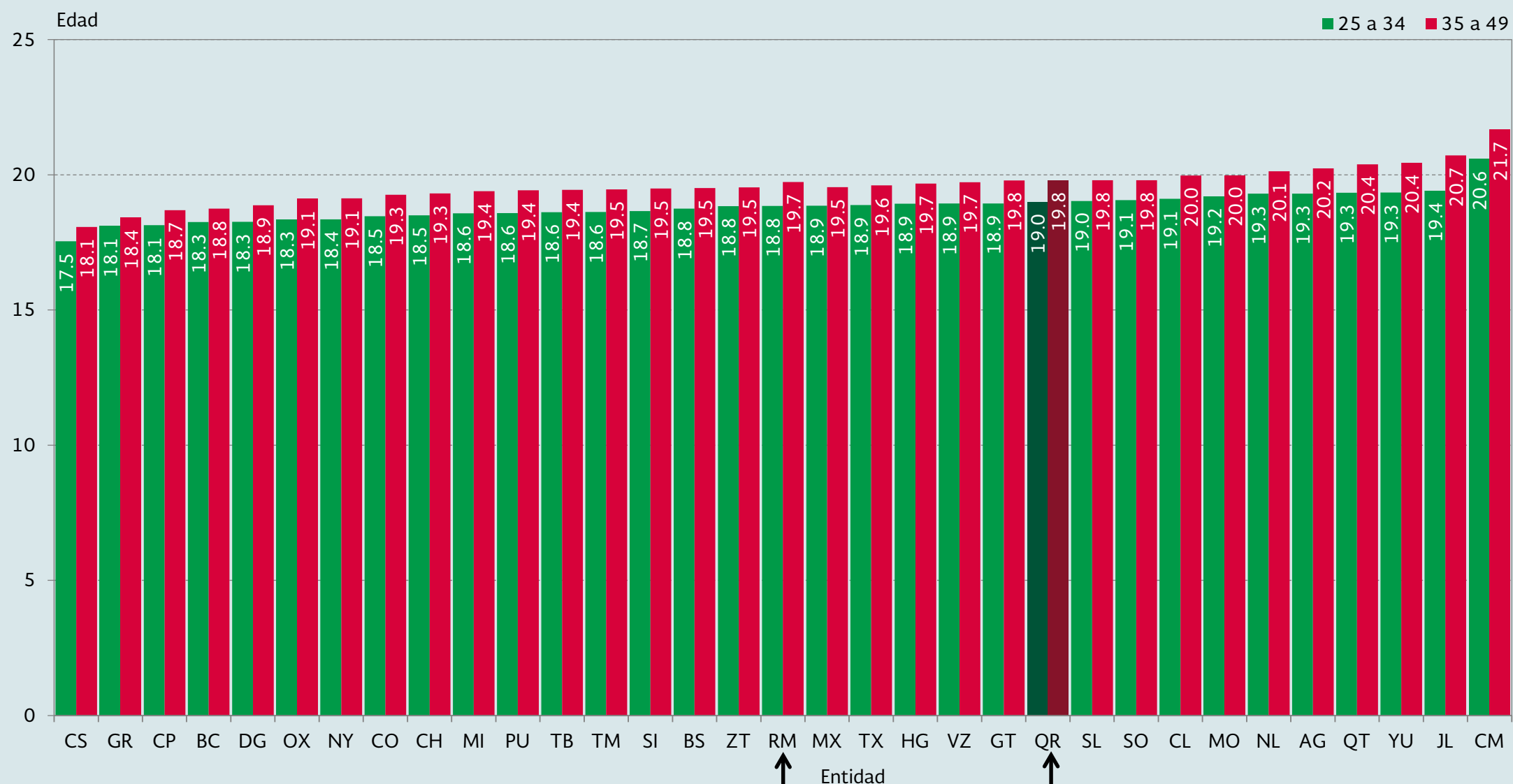
años y habían iniciado relaciones sexuales a los 17.7 años, mientras que las que tienen entre 35 y 49 años estaban unidas a los 19.8 años y a los 18.1 años comenzaron su vida sexual; asimismo, se observa que en los dos eventos hubo rejuvenecimiento de la edad en la cohorte más joven, esto confirma que 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).

En general entre las entidades federativas, la edad mediana a la primera unión se rejuveneció en

las mujeres de 25 a 34 años respecto a la presentada por las de 35 a 49 años. Quintana Roo se ubica como una de las entidades federativas donde las mujeres de ambas generaciones se unieron a una edad más tardía que la edad presentada a nivel nacional. Por ejemplo, la edad mediana a la que se unieron las mujeres de la generación más joven (19.0 años) es mayor a la presentada por esa misma generación a en el nacional (18.8 años), véase gráfica 3.4.

Gráfica 3.4. Edad mediana a la primera unión para dos generaciones de mujeres en edad fértil por entidad federativa, 2014



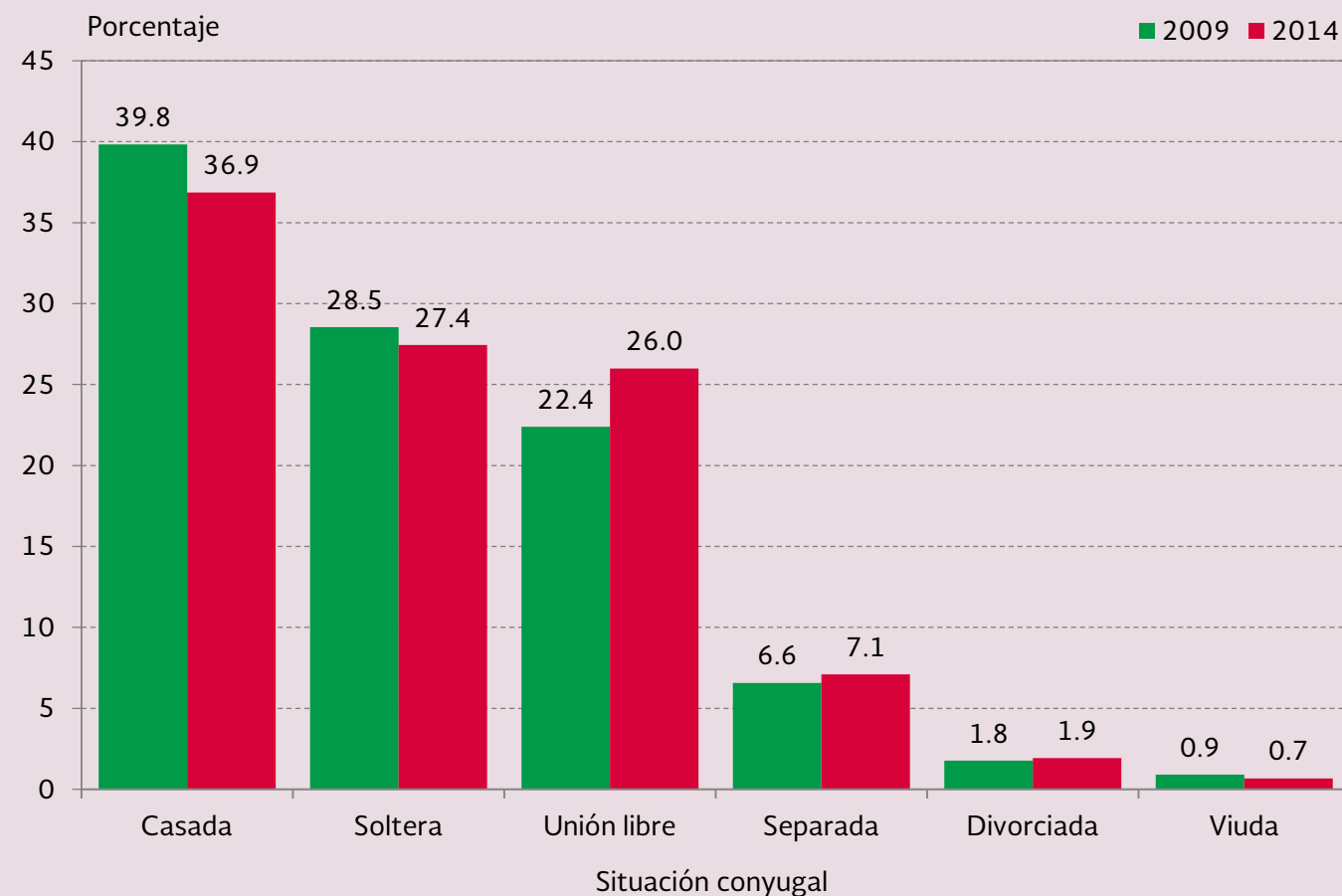
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

3.2.2. Situación conyugal

Al analizar la situación conyugal de las mujeres en edad fértil del estado, se observa que la mayoría se encuentra casada aunque entre 2009 y 2014 hubo una disminución en 2.9 puntos porcentuales (pasando de 39.8% a 36.9%), poco más de una cuarta parte se encuentra soltera y durante el periodo esta situación conyugal disminuyó (28.5% y 27.4%); en tanto que hubo un aumento en el porcentaje de las que viven en unión libre y de las separadas en 3.6 y 0.5 puntos porcentuales (pasaron de 22.4% a

26.0% y de 6.6 a 7.1%, respectivamente); en tanto que las divorciadas y viudas que tienen una presencia relativa baja, prácticamente no registraron cambios (de 1.8% a 1.9% y de 0.9% a 0.7%, respectivamente) véase gráfica 3.5. 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).

Gráfica 3.5. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por situación conyugal, 2009 y 2014

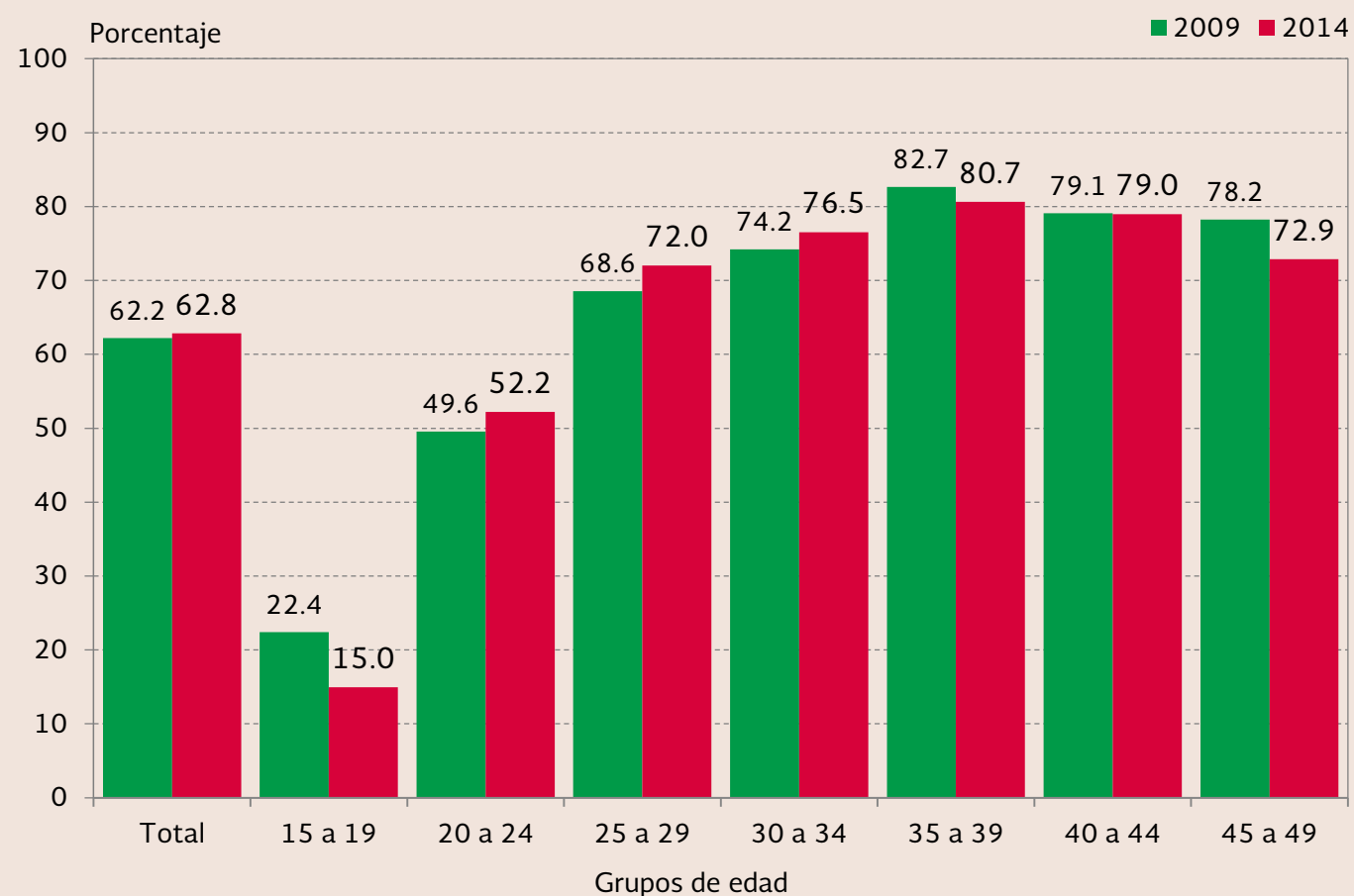


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

De acuerdo a los resultados anteriores, se obtiene que el porcentaje de mujeres en edad fértil casadas o en unión libre, generalmente denominadas como mujeres en edad fértil unidas (MEFU), tiende a aumentar en el estado de Quintana Roo (62.2% en 2009 y 62.8% en 2014) y es superior al porcentaje estimado a nivel nacional en 2014 (58.0%). Al considerar a las MEFU por grupos de

edad, se observa que en los grupos de edad de 20 a 24, 25 a 29 y en las de 30 a 34 años aumentó el porcentaje en 2.6, 3.4 y 2.3 puntos porcentuales, mientras que en los grupos restantes descendió el porcentaje. Cabe destacar que en 2014, el porcentaje de adolescentes unidas en la entidad es ligeramente mayor al estimado a nivel nacional (15.4%), véase gráfica 3.6.

Gráfica 3.6. Quintana Roo. 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.

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 tanto en la vida de las personas 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 adulta, 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, sobre todo cuando esto se conjuga con condiciones particulares de marginación (Stern, 1997; USAID, 2005).

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

Para conocer los cambios ocurridos en el calendario del nacimiento del primer hijo, se analizará la edad mediana a la que ocurrió el evento, este indicador permite tener un mejor acercamiento a la ocurrencia de la maternidad, ya que se refiere a la edad a la que el 50.0 por ciento de las mujeres tuvieron un hijo por

primera vez. Para poder observar la dinámica en el tiempo de este indicador, se hace 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.

Así, en el estado se estimó que la mitad de las mujeres entre 25 y 34 años había tenido a su primer hijo a los 19.6 años, mientras que entre las mujeres de 35 y 49 sucedió a los 20.7 años, al comparar con lo estimado a nivel nacional (19.5 años en las de 25 a 34 años y 20.6 en las de 35 a 49 años) se observa que, las mujeres de Quintana Roo en ambas generaciones tuvieron a su primogénito a una edad similar. Con relación a las entidades federativas se observa que, el calendario de las mujeres al inicio de la maternidad en general también se rejuveneció, no obstante Quintana Roo se mantiene como una de las entidades donde el 50.0 por ciento de las mujeres de la generación joven tuvieron al primer hijo a una edad muy cercana a la edad estimada a nivel nacional (véase gráfica 3.7).

3.3.2. 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 la fecha del primer hijo nacido vivo, así como entre las fechas de 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.



Gráfica 3.7. 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.

A partir de los intervalos protogenésicos se puede 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 resultados de la ENADID 2014, en Quintana Roo la mayoría de las mujeres (40.5%) tuvo a su primer hijo antes de cumplir el primer año de vivir en unión y durante el periodo se estimó un aumento en 1.6 puntos porcentuales, asimismo todavía 29.7 por ciento lo tiene entre el primer año y antes de cumplir dos años de haberse unido, aunque

hubo un descenso de 3.8 puntos porcentuales. Cabe señalar que el porcentaje de mujeres que tuvieron a su primer hijo antes de cumplir el primer año de vivir en unión en Quintana Roo se encuentra por debajo de lo estimado a nivel nacional (48.9%) a diferencia de las que esperaron entre uno y menos de dos años, el cual es mayor, respecto a lo calculado para el país (28.1%), véase cuadro 3.4.

Los intervalos intergenésicos, se refieren al espaciamiento entre nacimientos sucesivos y guardan una relación directa con la salud de las mujeres y de sus hijos. De esta forma, los intervalos más cor-

tos, considerados por las 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, además de una mayor probabilidad de que el parto sea prematuro, aunque debe resaltarse que esta condición también se encuentra determinada en gran medida 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 de dos o más años, ya que implican un menor desgaste físico para la madre, al contar con un mayor tiempo para recuperarse de este proceso (USAID, 2005).

Entre 2009 y 2014 se observa que en Quintana Roo ha disminuido el porcentaje de mujeres que espera menos de dos años para tener al segundo o al tercer hijo, así como en las que esperan entre dos a menos de cuatro años, sin embargo, se refleja un aumento en el porcentaje de mujeres que deciden esperar cuatro o más años. Al comparar los resultados de Quintana Roo con el nacional en 2014, se observa que la entidad muestra un menor porcentaje de mujeres que esperaron menos de dos años para tener a su segundo hijo (27.2% vs 28.3%, respectivamente) y mayor para tener a su tercer hijo (26.8% vs 25.6%); asimismo, en la entidad fue más alto el porcentaje de las que esperaron cuatro años o más para tener al segundo hijo (38.3% vs 35.4%) y más bajo en el tercer hijo (36.9% vs 39.5%), véase cuadro 3.5.

Con base en los resultados obtenidos, en Quintana Roo 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, no obs-

Cuadro 3.4. Quintana Roo. 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	38.9	40.5
De 1 a < 2	33.5	29.7
De 2 a < 4	18.8	18.3
4 y más	8.8	11.5

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

Cuadro 3.5. Quintana Roo. 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	30.1	27.1	27.2	26.8
De 2 a < 4	36.9	38.2	34.6	36.3
4 y más	33.0	34.7	38.3	36.9

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

tante, 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 establecidas 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 que las mujeres más jóvenes han tenido un periodo más amplio de exposición al riesgo de un embarazo o de adquirir una ITS, dado el adelantamiento que se da en la edad a la primera relación sexual, lo que 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; aunque 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, todavía cerca de la mitad no tuvo prevención para evitar un embarazo o una ITS.

Asimismo, se observa que el condón es el principal método al que recurren las parejas de las mujeres en la primera relación sexual, sin embargo, la principal razón por la que las mujeres no hicieron uso de algún método fue porque no los conocían, no sabían dónde obtenerlos o cómo usar los métodos, lo que delata 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 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. En el Programa Nacional de Población 2014-2018 (CONAPO, 2014) 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 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

Aparicio, Ricardo (2007), “Necesidades no satisfechas de anticoncepción. Un análisis de la ENSAR 2003, en Ana María Chávez Galindo, Patricia Uribe Zúñiga y Yolanda Palma Cabrera (coords.), *La salud reproductiva en México: análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, Secretaría de Salud y CRIM-UNAM, Cuernavaca, Morelos, pp.133-143.

CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2014), *Programa Nacional de Población, 2013-2018*, México, Distrito Federal. Disponible en http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/99562/PNP_2014-2018.pdf

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 Elizabeth Flores-Paredes (2014), “Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas, en *Notas de Población*, núm. 99, CEPAL, Santiago de Chile, pp. 39-65.

Hirmas, Macarena, et al. (2008), “Motivo de inicio de actividad sexual en adolescentes desde una perspectiva de género: Cemera 2005-2006”, *Revista Chilena Salud Pública*; vol. 12 pp. 5-11.

Pérez, Julieta (2014), “Cambios y permanencias en la dinámica de las uniones libres en México” en *Coyuntura Demográfica*, núm. 5, SOMEDE, (pp. 47-55), México, Distrito Federal.

Stern, Claudio (1997), “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”, en: *Revista Salud Pública de México*, vol.39, núm. 2, marzo-abril de 1997, consultado en [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) (13 de enero de 2016).

USAID [Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional] (2005), “Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciado saludable del embarazo”, consultado en: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/htsp101_es.pdf (29 de enero de 2016).

Welti, 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, México, Distrito Federal.



Fecundidad y preferencias reproductivas

Los programas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva implementados en el país desde los años setenta han brindado las herramientas necesarias para que la población ejerza su derecho a planear de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de su descendencia, lo cual se ha visto reflejado en un importante descenso de la fecundidad en prácticamente todos los ámbitos.

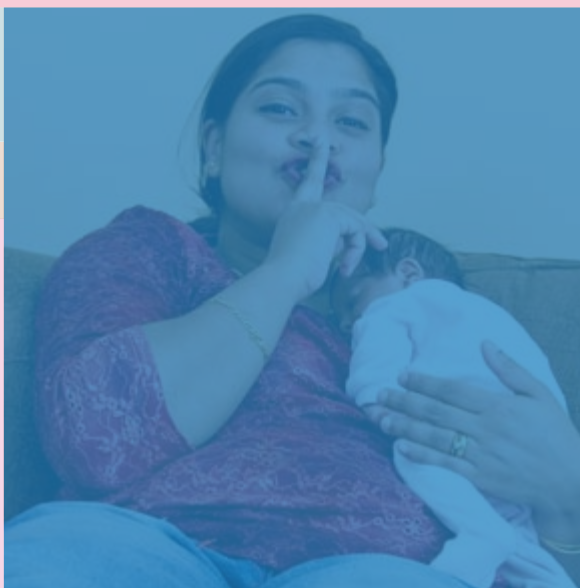
En México, la disponibilidad de métodos anticonceptivos a través de un programa de planificación familiar nacional, aunado a las mejoras en la educación de las mujeres, y la creciente participación en la fuerza laboral han determinado, en gran medida, un menor número de hijos entre las parejas, debido 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 siguen presentándose un alto número de embarazos no planeados y abortos (Juárez et al., 2013). Dado el contexto anterior a continuación se presentan datos relevantes sobre fecundidad, preferencias reproductivas y planeación del embarazo.

4.1. Fecundidad

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.

El descenso de la fecundidad en Quintana Roo así como en el resto del país, es resultado de varios factores como: el impacto de los programas de planificación fami-



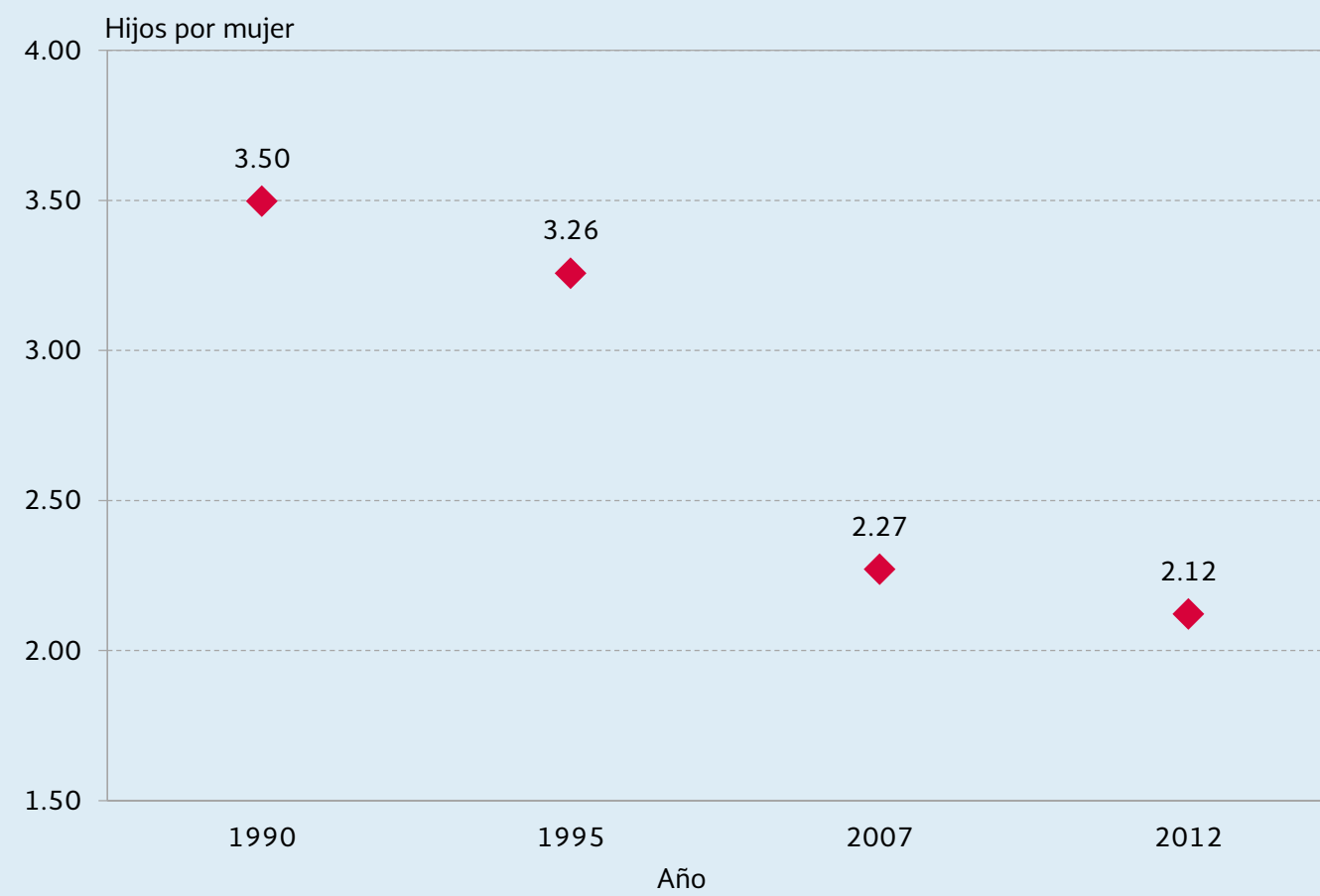
liar, enfocados a difundir y proporcionar los medios necesarios para regular la natalidad; además del importante proceso de desarrollo socioeconómico experimentado durante el siglo pasado, en el campo de la urbanización, la escolarización y la atención a la salud (Zavala, 2001). Como ejemplo de lo anterior, la tasa global de fecundidad²⁵ (TGF) en el estado²⁶, de 1990 a 2012 ha disminuido continuamente, ya que entre 1990 y 1995 el decremento fue de 6.9 por ciento, al pasar de 3.50 a 3.26 hijos promedio por mujer y entre 1995 a 2007 fue de 30.4 por ciento, al bajar a 2.27 hijos (véase gráfica 4.1). Para el último periodo de 2007 a 2012, el ritmo de descenso fue de 6.6 por ciento, al estimarse una TGF de 2.12 en 2012. Cabe señalar, que dicha TGF se encuentra muy cerca del nivel de reemplazo (2.11 hijos por mujer).

La heterogeneidad de escenarios que existe al interior del país se refleja en la evolución de la fecundidad en cada entidad federativa. Así en 2012, la TGF de Quintana Roo es 48.3 por ciento mayor a la tasa estimada en la Ciudad de México (entidad que presentó la menor TGF, 1.43 hijos por mujer) y es 26.6 por ciento menor a la tasa alcanzada por Chiapas (2.89 hijos por mujer), véase gráfica 4.2. Cabe destacar que Quintana Roo se encuentra entre las entidades con una TGF menor respecto a la calculada a nivel nacional (2.21 hijos por mujer).

²⁵ La Tasa Global de Fecundidad 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, 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.

²⁶ Ver capítulo 1 sobre limitaciones de la ENADID para el cálculo de las tasas de fecundidad por entidad federativa.

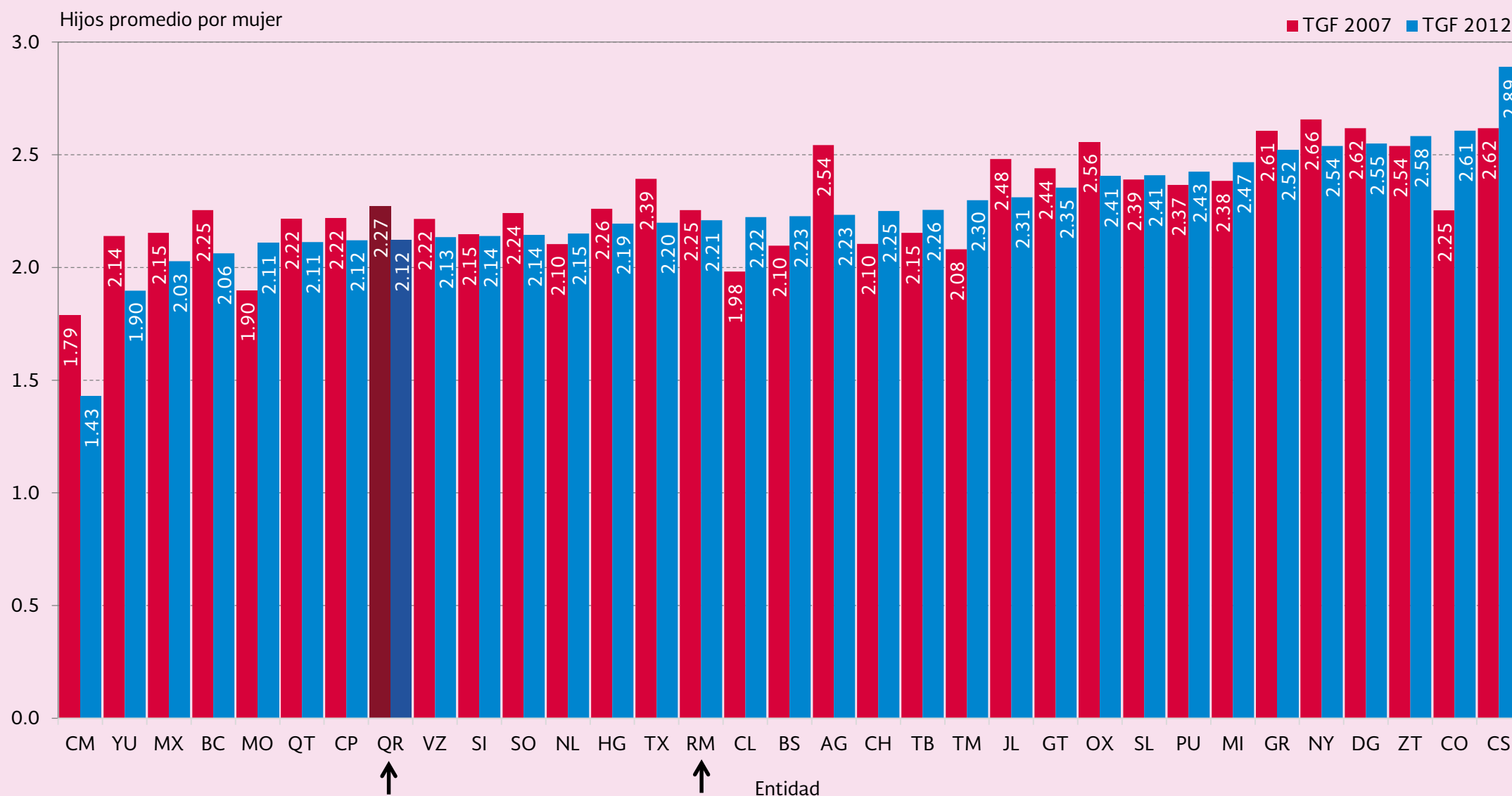


Gráfica 4.1. Quintana Roo. Tasa global de fecundidad*, 1990-2012

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.

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.

4.2. Preferencias reproductivas y embarazo no planeado

El tamaño ideal de una familia, o el número de hijos 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 complejos en los que intervienen factores económicos, sociales,

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, además de que proporcionan evidencias sobre las necesidades de la población en materia de planificación familiar y salud reproductiva (CONAPO, 2011).

Que las personas puedan evitar embarazos no deseados y decidir libre y responsablemente el número

y espaciamiento entre sus hijos requiere de una serie de esfuerzos de todas las trincheras. Desde el ámbito de políticas públicas en materia de SSR, 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 SSR, específicamente la ENADID, permiten indagar y acercarnos a las preferencias reproductivas de las mujeres y sus pares. En el siguiente apartado se analiza el ideal de hijos así como la planeación del embarazo.

4.2.1. Ideal de hijos(as)

En términos demográficos, el número ideal de la descendencia, se puede expresar como el número promedio de hijos que le gustaría tener a las mujeres en toda su vida reproductiva. De acuerdo a los resultados obtenidos en 2009 y 2014, en Quintana Roo, es un indicador que no ha tenido gran variación, por ejemplo, en 2009 el número promedio de hijos que deseaban las mujeres fue de 2.7 y para 2014 de 2.5 (véase cuadro 4.1). Dicho comportamiento ocurre de manera similar a nivel nacional, ya que, pasa de 2.7 en 2009 a 2.6 en 2014.

Al analizar el ideal de hijos por características sociodemográficas de las mujeres resalta que tampoco hubo cambios entre los resultados de las dos últimas encuestas, e incluso, para algunos grupos de edad y características se mantiene el promedio. Por edad se observa que aumenta conforme se incrementa la edad de éstas, debido a cambios generacionales en las perspectivas del tamaño de la familia, así, en 2014 el ideal de hijos para las mujeres de 15 a 19 años es de 2.2 en promedio, mientras que para las de 45 a 49 años es de 3.0. Asimismo, el nivel de escolaridad es una característica determinante en

la descendencia deseada, ya que a mayor escolaridad es menor el número ideal promedio, por lo que en 2014, las mujeres sin escolaridad o primaria incompleta presentan un promedio ideal de 3.6 hijos, mientras que para las de secundaria es de 2.3 hijos. También, se observan diferencias notables entre las mujeres por lugar de residencia y por condición de habla de lengua indígena, ya que en la encuesta más reciente las mujeres rurales tienen un ideal de 3.3 hijos en promedio versus las mujeres urbanas que tienen 2.4; asimismo, las hablantes de lengua indígena 3.2 hijos y en no hablantes de lengua indígena 2.4 hijos (véase cuadro 4.1).

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 (paridez), permite conocer si los programas de anticoncepción 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). Como un acercamiento a lo anterior, se compara el número ideal de hijos con los hijos sobrevivientes entre las mujeres en edad fértil, 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 (véase cuadro 4.2).

Entre 2009 y 2014, se visualiza un aumento en el porcentaje de MEF cuyo ideal de hijos era tres o menos y que al momento de la encuesta ya contaba con esa paridez, en este grupo de mujeres también se reduce el porcentaje de las que contaban con más hijos de los deseados y de las que todavía no alcanzaban el número anhelado (véase cuadro 4.2). Mientras que entre las que deseaban tener cuatro hijos casi no hubo



Cuadro 4.1. Quintana Roo. 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	2.5
Grupos de edad		
15-19	2.3	2.2
20-24	2.4	2.2
25-29	2.4	2.4
30-34	2.6	2.4
35-39	2.8	2.6
40-44	3.3	2.8
45-49	3.4	3.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	3.4	3.6
Primaria completa	3.1	2.9
Secundaria y más	2.5	2.3
Lugar de residencia		
Rural	3.4	3.3
Urbano	2.6	2.4
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	3.3	3.2
No habla lengua indígena	2.5	2.4

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

Cuadro 4.2. Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por número ideal de hijos nacidos vivos y paridez alcanzada al momento de la encuesta, 2009 y 2014

Número ideal de hijos nacidos vivos	Paridez alcanzada al momento de la encuesta					
	2009			2014		
	Menor	Igual	Mayor	Menor	Igual	Mayor
0		60.8	39.2	70.8	29.2	
1	44.5	34.2	21.3	47.1	34.4	18.5
2	61.4	26.0	12.6	56.5	31.2	12.3
3	60.9	31.8	7.3	58.9	36.7	4.4
4	64.9	31.0	4.2	64.1	31.1	4.8
5 o más	58.6	41.4		64.6	35.4	

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

variación en el porcentaje de las que al momento del levantamiento ya contaba con ese número de hijos y en las que querían cinco o más se redujo el porcentaje; asimismo, en las de cuatro hijos aumenta el porcentaje de las que tenían una mayor paridez y al igual que aquellas que quieren cinco hijos o más prevalece un mayor porcentaje de las que todavía esperan alcanzar ese número deseado de hijos.

4.3. Planeación y deseo del embarazo actual y del último hijo(a) nacido vivo

Investigar el deseo del embarazo actual²⁷ o el de los hijos nacidos vivos²⁸ 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 anticonceptivos ante situaciones de fecundidad no planeada o no deseada²⁹ (CONAPO, 2011).

²⁷ Se refiere a las mujeres en edad fértil que al momento de la encuesta se encontraban embarazadas y se les preguntó sobre el deseo de ese embarazo.

²⁸ Se refiere al deseo o planeación del embarazo del último hijo nacido vivo de las mujeres en edad fértil.

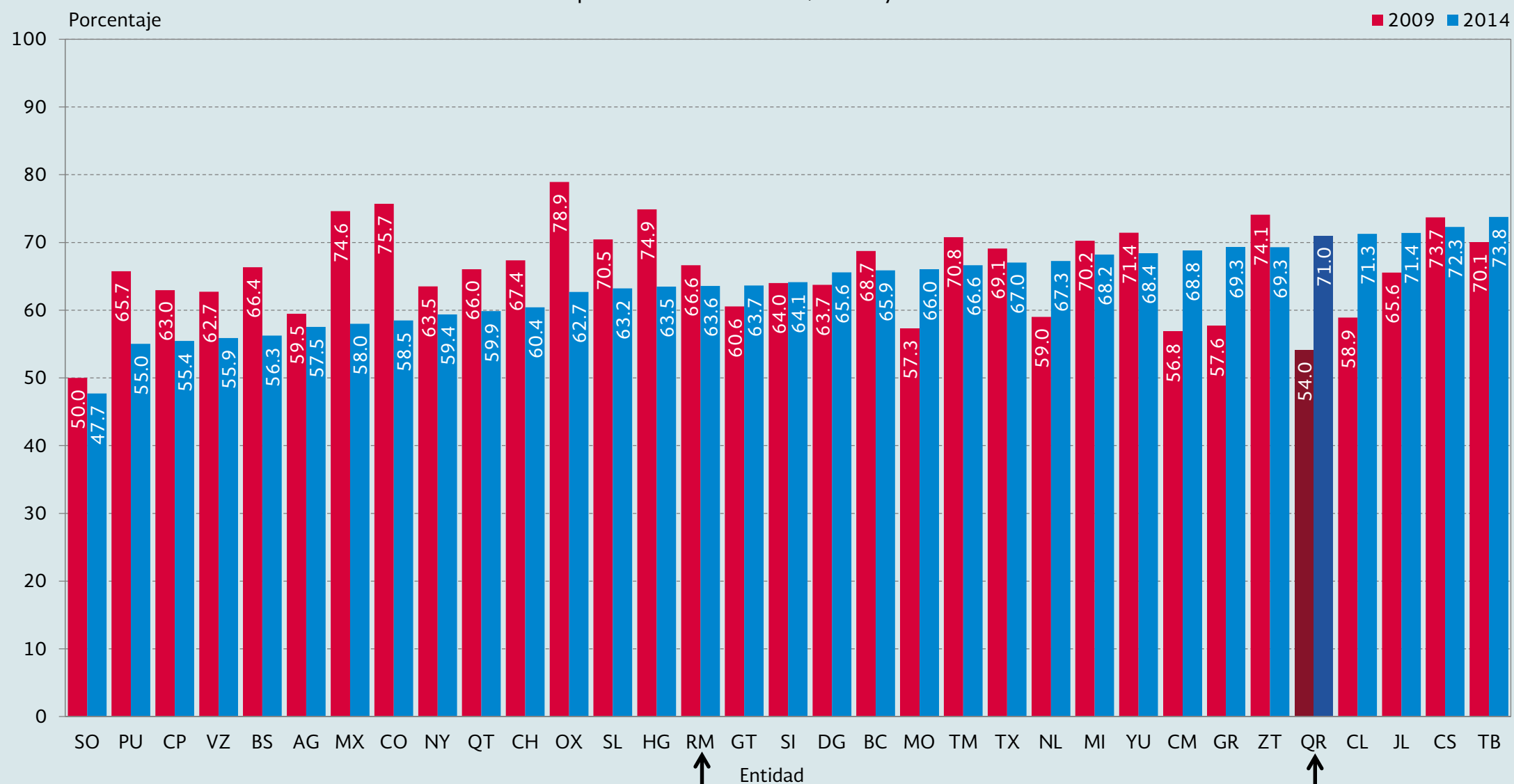
²⁹ Se considera embarazo no planeado cuando las mujeres declaran que sí querían embarazarse, pero que deseaban esperar más tiempo para hacerlo, y no deseado cuando declaran que no querían embarazarse.

A nivel nacional el porcentaje de mujeres en edad fértil que planearon embarazarse disminuyó en 3.0 puntos porcentuales, al pasar de 66.6 por ciento en 2009 a 63.6 por ciento en 2014. En Quintana Roo se presentó un comportamiento diferente, ya que el porcentaje subió en 17.0 puntos porcentuales (pasó de 54.0 a 71.0 por ciento, respectivamente), véase gráfica 4.3. Dicho ascenso se refleja en la disminución de MEF con embarazos no planeados o no deseados cuyo porcentaje durante el mismo periodo

descendió en 17.0 puntos porcentuales, al pasar de 46.0 en 2009 a 29.0 en 2014, colocándose en este último año como una de las entidades con menor porcentaje de mujeres con embarazos no planeados o no deseados respecto a lo estimado a nivel nacional (36.4%), véase gráfica 4.4.

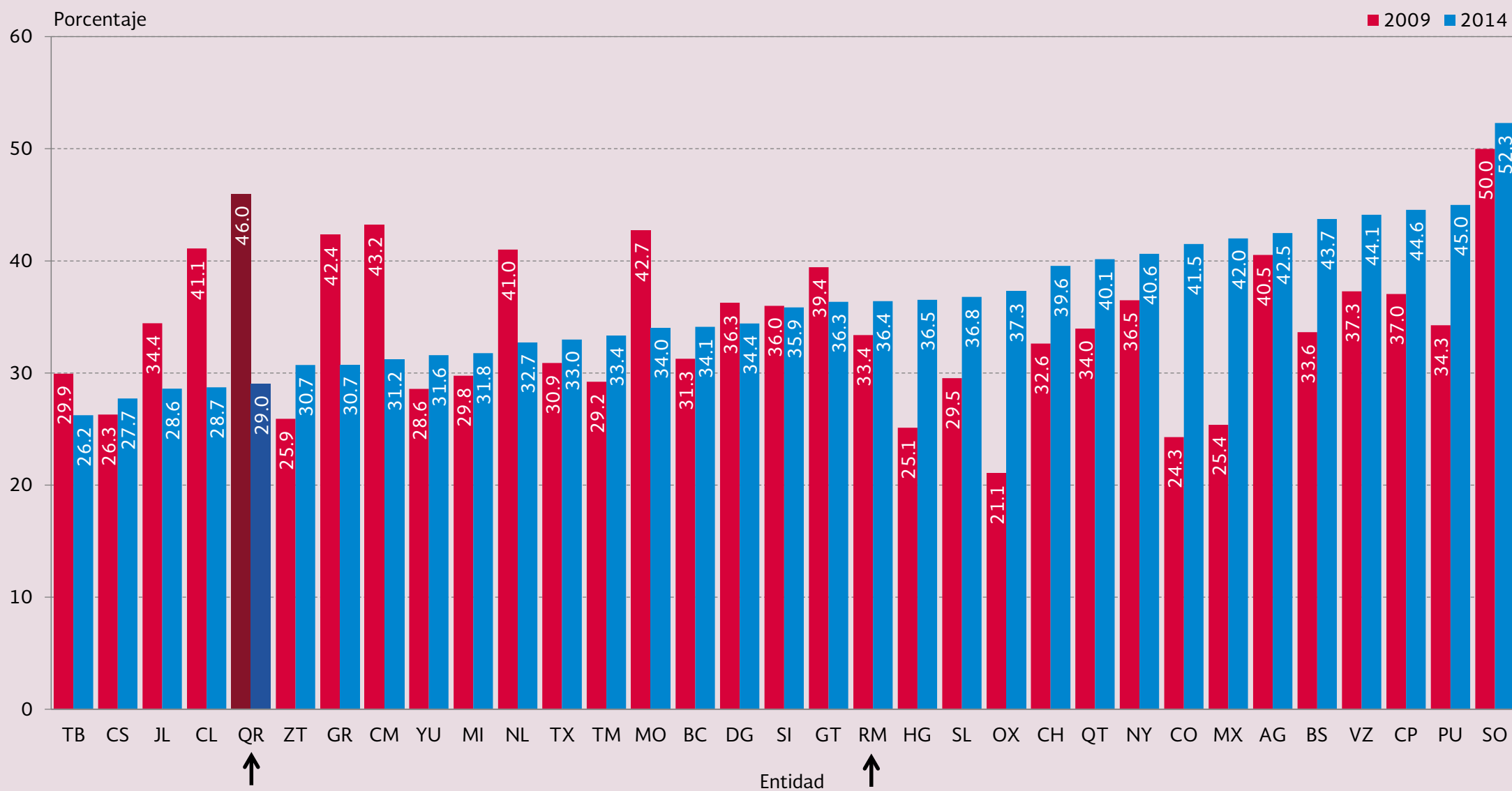
Por otra parte, en 2014 se incluyó en la ENADID la pregunta sobre la planeación y deseo del embarazo del último hijo nacido vivo (UHNV), la cual proporciona más elementos para determinar el porcentaje de muje-

Gráfica 4.3. Porcentaje de mujeres en edad fértil embarazadas en el momento de la encuesta que planearon el embarazo por entidad federativa, 2009 y 2014



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

Gráfica 4.4. Porcentaje de mujeres en edad fértil embarazadas en el momento de la encuesta que no desearon y no planearon el embarazo por entidad federativa, 2009 y 2014



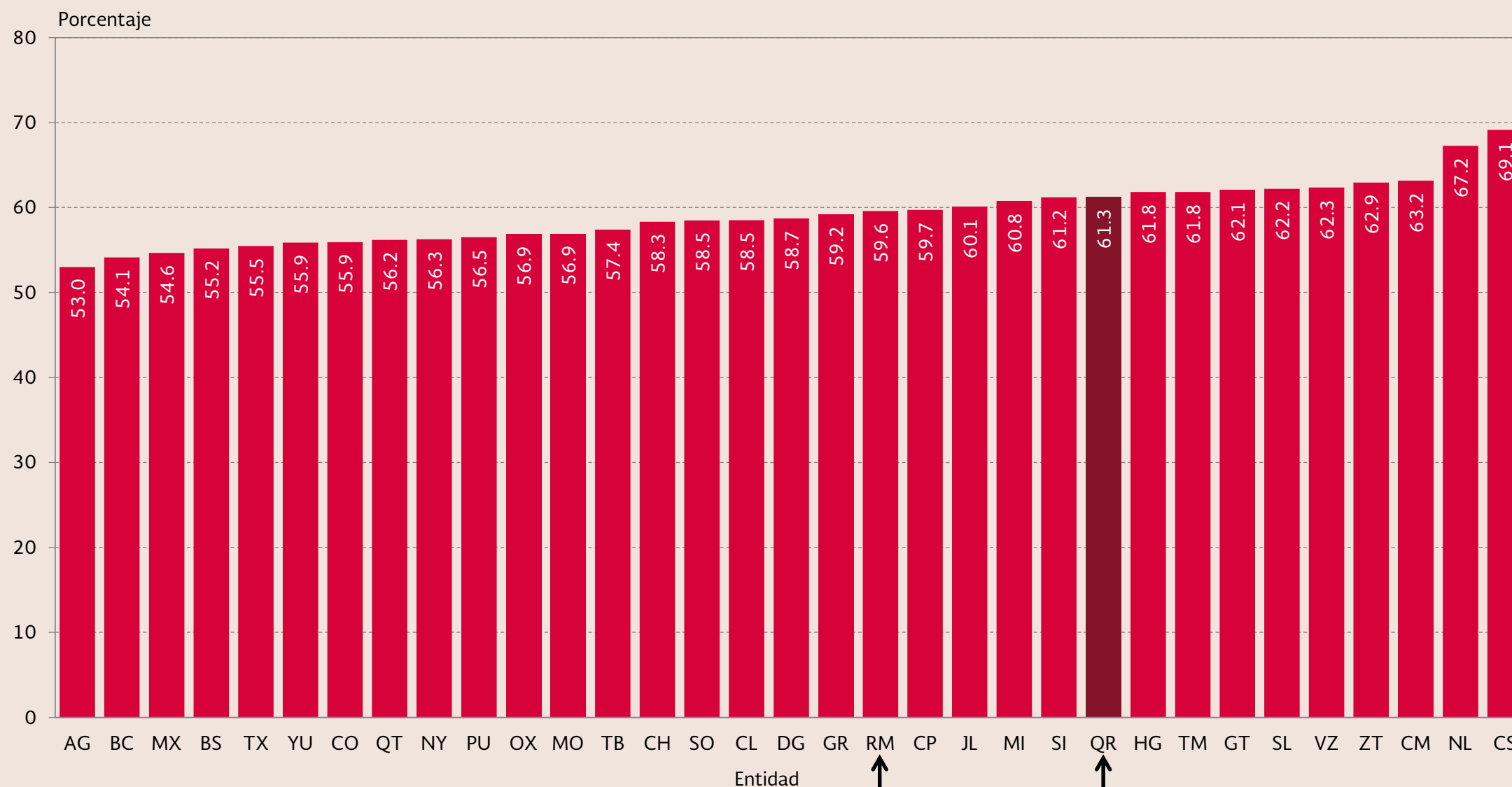
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 y 2014.

res que, aunque no estén actualmente embarazadas, tuvieron problemas de acceso al uso de métodos anticonceptivos y cuyo resultado fue un embarazo no planeado o no deseado, 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.

A nivel nacional, el porcentaje de mujeres en edad fértil que planearon tener a su UHNV fue de 59.6

por ciento, y en Quintana Roo fue mayor (61.3%); ubicándose entre las entidades con alto porcentaje de mujeres que querían tener a ese UHNV (véase gráfica 4.5). Por otro lado, el porcentaje de MEF que quería esperar más tiempo o no deseaba tener a ese UHNV a nivel nacional fue de 40.4 y en Quintana Roo de 38.7, colocando al estado entre las entidades con el menor porcentaje de mujeres que no planeaban o no deseaban tener a ese UHNV (véase gráfica 4.6).

Gráfica 4.5. Porcentaje de mujeres en edad fértil que planearon el último hijo nacido vivo, 2014



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

Gráfica 4.6. Porcentaje de mujeres en edad fértil que no planearon y no desearon el último hijo nacido vivo, 2014



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

De acuerdo a características sociodemográficas de las MEF se identifica cierto patrón en la planeación del UHNV, por ejemplo, las mujeres de mayor edad (30 y más años), las de primaria completa, las residentes de zonas urbanas y las hablantes de lengua indígena son las que presentan los más altos porcentajes de mujeres que sí planearon tener a ese

UHNV, en tanto que, las mujeres más jóvenes entre 15 a 29 años, las de primaria incompleta o menos y las residentes de lugares rurales son las que presentan los mayores porcentajes de UHNV no planeados o no deseados (véase cuadro 4.3). Cabe señalar que en las hablantes de lengua indígena es menor el porcentaje de no planeación y no deseo del UHNV.

Cuadro 4.3. Quintana Roo. 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 y no deseado
Total	61.3	38.7
Grupos de edad		
15-19	37.4*	62.6*
20-24	52.9	47.1
25-29	61.5	38.5
30-34	68.7	31.3
35 y más	68.6	31.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	51.8*	48.2*
Primaria completa	63.3	36.7*
Secundaria y más	61.7	38.3
Lugar de residencia		
Rural	56.6	43.4
Urbano	61.8	38.2
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	68.8	31.2
No habla lengua indígena	59.5	40.5

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

*Calculado con menos de 30 casos muestrales en el numerador

Conclusiones

Los datos previos sugieren que la gran variedad de normas sociales y culturales, así como las escasas 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 estos resultados, es necesario reforzar medidas en los programas de salud reproductiva y educativos 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 sólo en las mujeres en edad fértil que ya no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquéllas que los usan y no logran alcanzar su objetivos de limitar o espaciar su fecundidad, ya sea por no tener acceso a métodos anticonceptivos, por falta de conocimiento sobre el uso adecuado de éstos, o bien por no tener a la mano métodos efectivos para regular su fecundidad.

Bibliografía

- Campero, Lourdes, *et al.* (2013), “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”, en: *Gaceta Médica de México, 2013*; 149:299-307.
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011), “*Perfiles de Salud Reproductiva*”, Primera edición: noviembre de 2011, México, Distrito Federal.
- García, Brígida y De Oliveira, Orlandina (2007), “Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada”, en: *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), pp. 49–87, consultado en <http://biblioteca-virtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/gutierrez/04GarciaOliveira.pdf> (22 de enero de 2016).
- 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, consultado en <https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf> (29 de noviembre de 2015).

- Mier y Terán, Martha y Carla Pederzini (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, México, Distrito Federal, (pp. 623–657), consultado en <http://2010.colmex.mx/16tomos/VII.pdf> (9 de diciembre de 2015).
- Quilodrán, Julieta y Fátima Juárez (2009), “Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo desde sus propios relatos”, en: *Notas de Población*. Año xxxv. Núm. 87:63–94, Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), consultado en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12841/np87063094_es.pdf?sequence (14 de enero de 2016).
- Zavala, María Eugenia (2001), “La transición de la fecundidad en México”, en Gómez de León, José y Rabell Cecilia, coords., *La población en México*, CONAPO, (pp. 147-167), México, Distrito Federal.

Anticoncepción

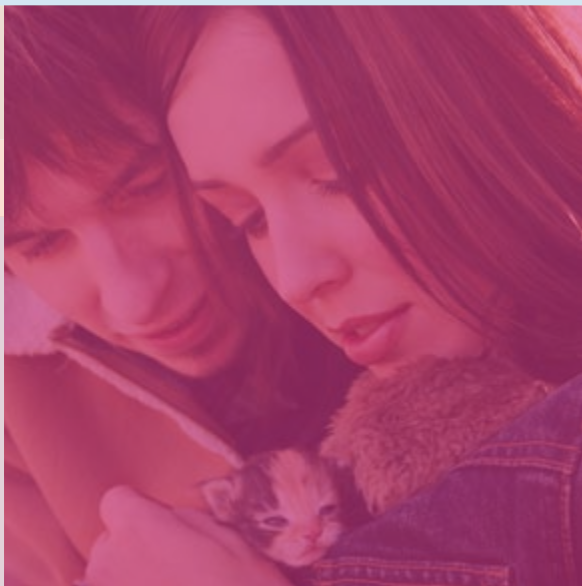
El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido el uso de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia de las parejas. En nuestro país se ha incrementado el acceso a la información y a una amplia gama de métodos anticonceptivos, sin embargo, la heterogeneidad de la población en cuanto a condiciones socioeconómicas y culturales genera rezagos importantes en subgrupos específicos.

La anticoncepción ha tenido un papel relevante en la aplicación de la política de población en el país, que emanó a partir de la modificación de la Ley General de Población en 1974, en la cual se reconoció la necesidad de conducir los fenómenos de población armonizados con el desarrollo del país. Dicha política buscó impulsar el cambio demográfico mediante la ampliación de las oportunidades y capacidades de las personas para ejercer con libertad, información y responsabilidad el derecho a decidir sobre aspectos significativos en las trayectorias de vida, como cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, entre otros (CONAPO, 2001).

El uso de métodos anticonceptivos, sobre todo por las 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 dado más oportunidad para permanecer en la educación formal e integrarse a la vida laboral a través de trabajos remunerados beneficiándose ellas y 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; ambos factores de riesgo que pueden ocasionar muertes maternas e infantiles, además de la contribución que ha tenido 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).

5.1. Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos

Para que la población recurra a la anticoncepción como un medio para regular su fecundidad necesita, en primera instancia tener acceso a la información necesaria para conocer e identificar la amplia gama de métodos anticonceptivos que existen y, con la ayuda de un prestador de servicios de salud, elegir el que mejor se adecúe a sus necesidades particulares (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 Reproductiva³⁰ (ENSAR), se incluyeran preguntas con las que se indagó no solo el conocimiento sobre la existencia de los métodos sino también del funcionamiento.

Es hasta la ENADID 2014 donde nuevamente se incluyeron preguntas para determinar si la mujer además de identificarlos, tenía un conocimiento “funcional” o adecuado del anticonceptivo. Así, al momento de la entrevista se les hizo hasta tres cuestionamientos, dependiendo del tipo de método, a todas las MEF que declararon conocer la existencia de

un anticonceptivo, para establecer si tenían 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.

En Quintana Roo, se encontró que entre 2009 y 2014, el porcentaje de mujeres en edad fértil que saben de la existencia de métodos anticonceptivos aumentó de 98.6 a 99.4 por ciento (véase cuadro 5.1); así en 2014 el porcentaje de MEF que conoce al menos un método es mayor a lo presentado a nivel nacional (98.7%). Ahora bien, al indagar sobre el conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo con la última encuesta, se observa que el porcentaje de MEF que sabe cómo se usan baja a 95.4, al igual que ocurre a nivel nacional con 94.8 por ciento.

Al considerar las características sociodemográficas de las MEF, se observa que en los últimos cinco años, en general aumentó el porcentaje con conocimiento sobre la existencia de métodos, presentando los menores porcentajes para 2014 en las adolescentes (98.3%), las que no tienen hijos (98.6%), que no cuentan con escolaridad alguna (85.6%), las hablantes de lengua indígena (98.1%) y las residentes de zonas rurales (97.0%); y en esos mismos grupos es donde también se presentan el menor porcentaje de mujeres que tienen conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo, las adolescentes (89.5%), que no tienen hijos (92.0%), que no cuentan con escolaridad alguna (73.7%), las hablantes de lengua indígena (89.5%) y las residentes de zonas rurales (86.4%).

³⁰ 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, donde se preguntó por primera vez sobre el conocimiento funcional.



Cuadro 5.1. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Conocimiento		
	Existencia		Funcional
	2009	2014	2014
Total	98.6	99.4	95.4
Grupos de edad			
15-19	96.8	98.3	89.5
20-24	98.8	99.2	96.1
25-29	98.0	99.5	95.6
30-34	99.8	100.0	97.1
35-39	99.9	100.0	98.3
40-44	99.7	99.3	96.0
45-49	97.6	99.7	96.2
Paridez			
0	97.2	98.6	92.0
1	99.4	100.0	97.2
2	99.9	99.9	98.1
3	99.7	100.0	97.3
4 y más	97.8	98.6	93.5
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	88.3	85.6	73.7
Primaria incompleta	97.6	100.0	92.0
Primaria completa	98.1	98.3	91.2
Secundaria y más	99.2	99.8	96.8
Lugar de residencia			
Rural	95.2	97.0	86.4
Urbano	99.0	99.7	96.4
Condición de habla de lengua indígena			
Habla lengua indígena	96.0	98.1	89.5
No habla lengua indígena	99.2	99.7	96.6

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

Respecto a los resultados obtenidos por entidad federativa en 2014, Quintana Roo se encuentra entre las entidades con mayor porcentaje de MEF con conocimiento funcional respecto al dato nacional, y que supera a Chiapas (entidad con el porcentaje más bajo 80.2 por ciento) por 15.2 puntos porcentuales, y se queda por debajo con 2.3 puntos porcentuales de lo obtenido para la Ciudad de México (donde 97.7% tiene conocimiento funcional), véase gráfica 5.1.

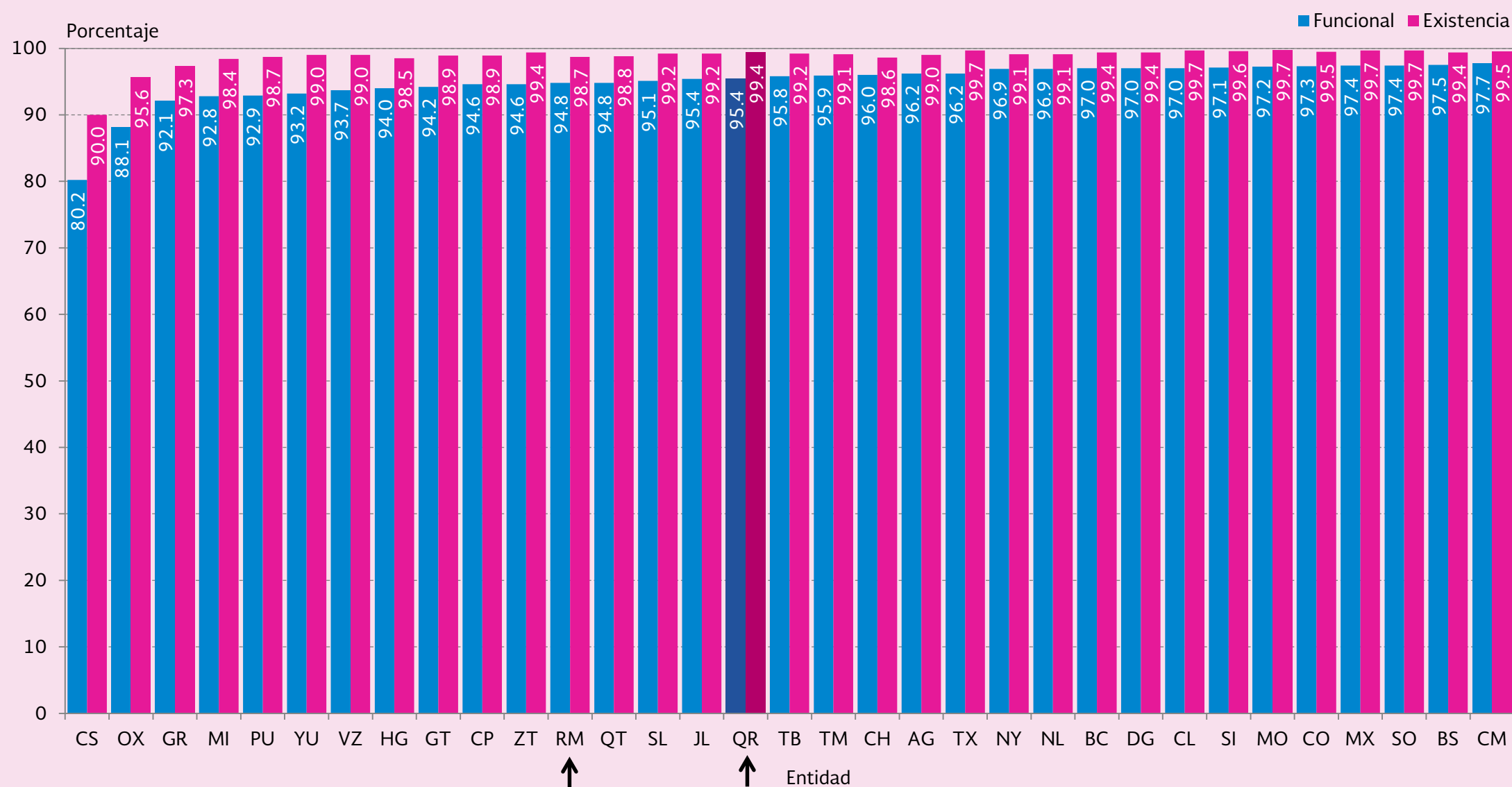
5.2. Conocimiento funcional por tipo de método anticonceptivo

La información con la que cuentan las mujeres sobre la existencia y uso sobre el funcionamiento de los métodos anticonceptivos es un requisito indispensable para que las mujeres hagan un uso efectivo de éstos. Analizar el tipo de métodos anticonceptivos más populares entre las MEF, así como aquéllos de los que poseen mayor conocimiento funcional, aunque no necesariamente sean el método que están usando actualmente, permite un acercamiento a la disponibilidad de información con la que cuentan, ya sea que ésta provenga de los servicios de salud, de las instituciones de educación o bien de los medios de comunicación.

Al analizar para Quintana Roo, el tipo de conocimiento que tienen las MEF de cada uno de los métodos anticonceptivos, es decir, que además de identificarlos sepan cómo deben usarlos aunque no necesariamente sea el método que usan actualmente,³¹ se confirma que no hay una relación directa entre estas dos variables. Por ejemplo, el método más conocido fue la pastilla anticonceptiva con 97.4 por ciento, pero 72.8 por ciento de esas MEF no sabe cómo usarlo correctamente.

³¹ Estos resultados no corresponden precisamente con el método que las mujeres reportan estar utilizando, sólo se refieren a conocimiento de la existencia y funcional de algún método.

Gráfica 5.1. 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.

Asimismo, el condón masculino es el segundo método más conocido (96.6%); sin embargo, de las mujeres que lo conocen 13.6 por ciento no saben cómo se usa; le siguen las inyecciones (93.2%) de las cuales 33.5 por ciento no conoce su forma de aplicación. Aunque las inyecciones y las pastillas han sido el pilar de la política de anticoncepción desde sus inicios, el funcionamiento de estos métodos resulta de mayor complejidad para las mujeres por lo que como lo muestran

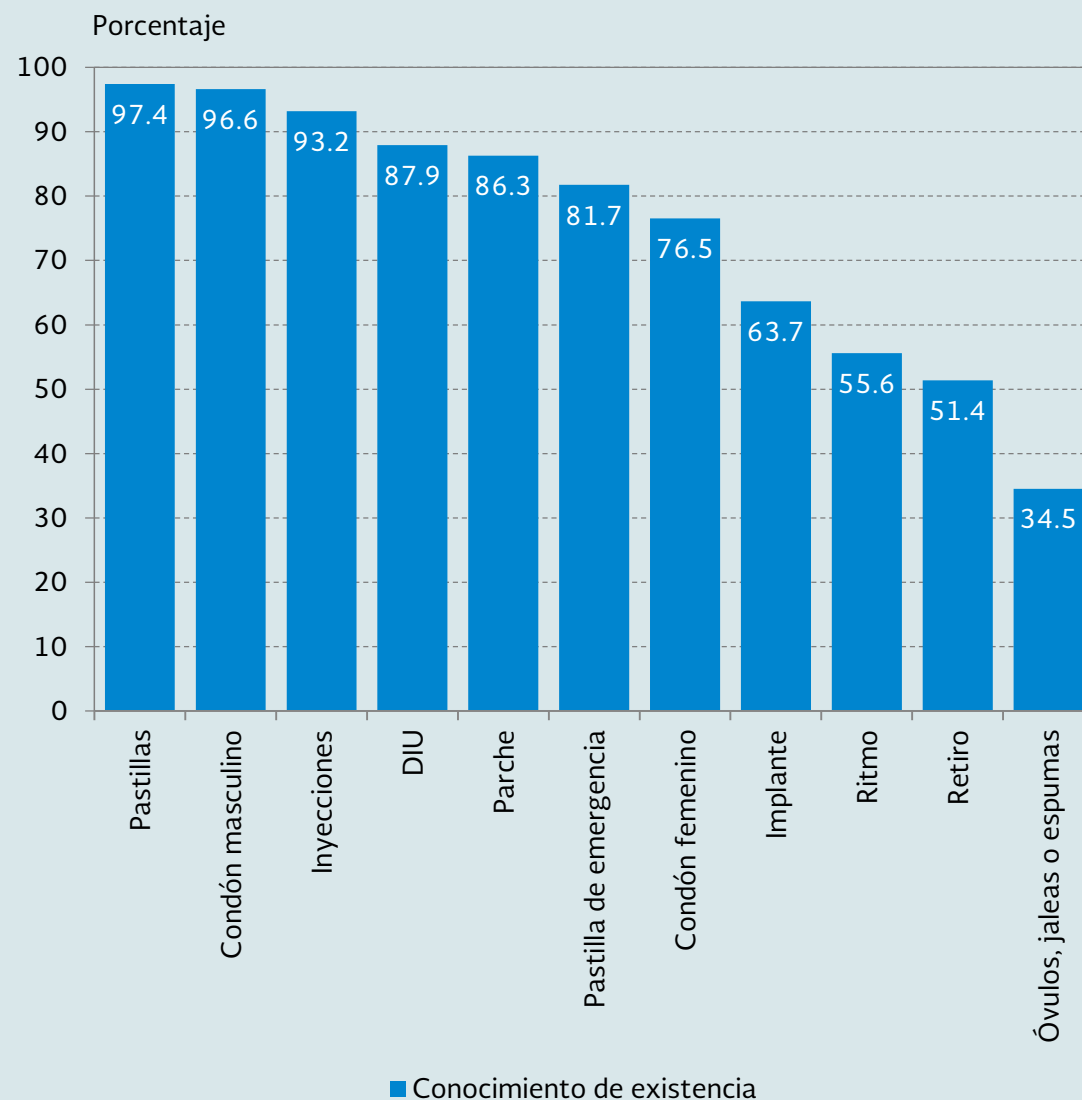
los datos, su forma de funcionamiento no es del dominio de la generalidad de las mujeres, lo que sí sucede con el condón. Por su parte, el DIU es identificado por 87.9 por ciento de las MEF y el implante subdérmico por 63.7 por ciento; pero el porcentaje que desconoce cómo usarlo es de 17.3 y 17.8 por ciento, respectivamente, estos resultados son congruentes, ya que para utilizarlo se requiere que las mujeres acudan a los centros de salud para que se los apliquen y les expli-

quen cómo funciona, por lo que es posible que solo las algunas vez usuarias de estos métodos conozcan su forma de funcionamiento (véase gráfica 5.2).

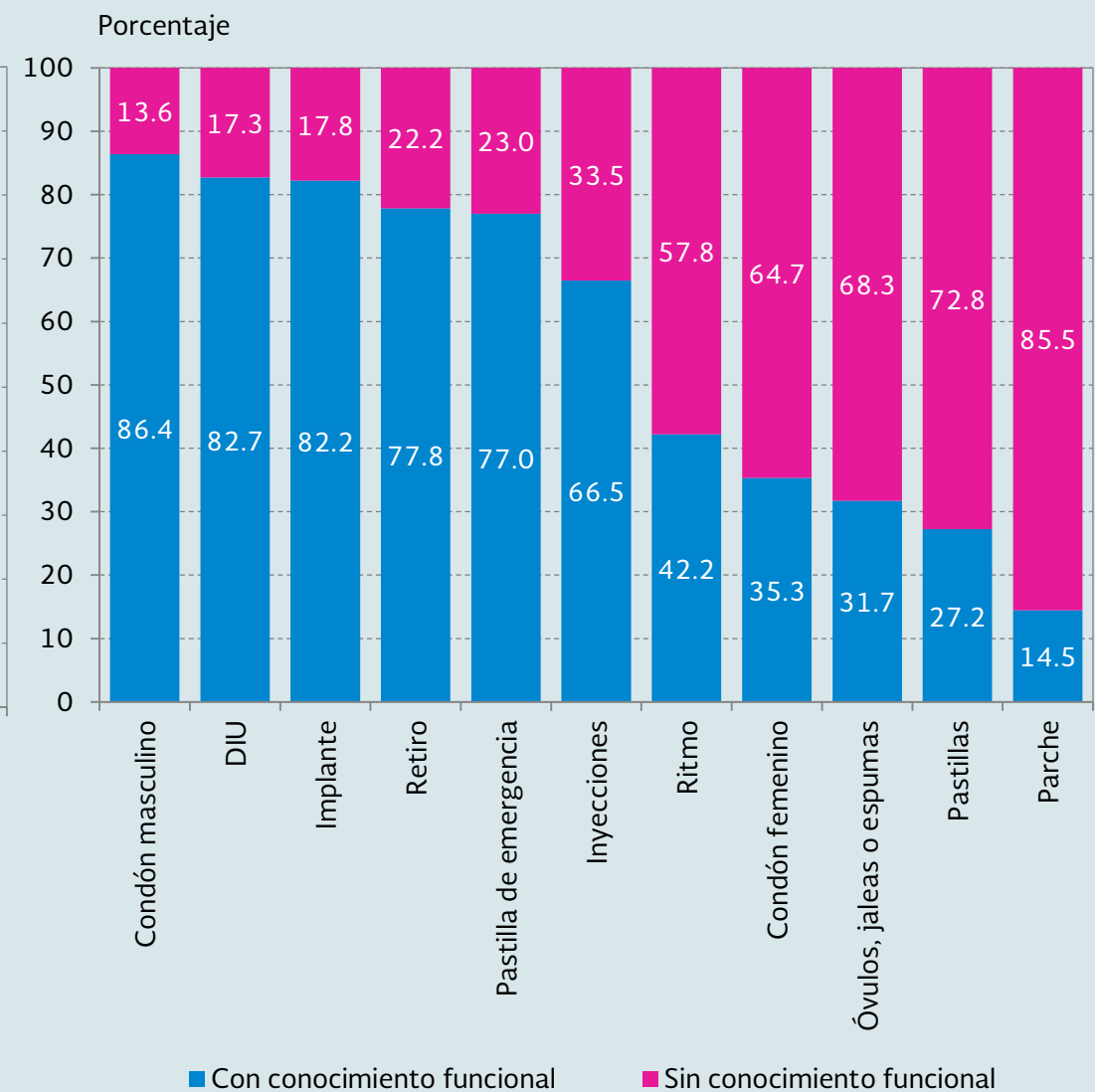
Asimismo, llama la atención que el ritmo y el retiro se sitúan entre los métodos menos conocidos con 55.6 y 51.4 por ciento, respectivamente. No

obstante, de entre estas mujeres, una proporción importante sabe cómo funciona el retiro, aunque no es necesariamente el método que usa actualmente, así 77.8 por ciento de las MEF conoce de manera adecuada la forma en que debe usarlo, mientras que para el ritmo sólo 42.2 por ciento.

Gráfica 5.2. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según conocimiento de existencia de cada método, 2014



Gráfica 5.2.1. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo según conocimiento funcional de cada método, 2014



5.2.1. 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 de Quintana Roo que son usuarias actuales de algún método anticonceptivo 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 las pastillas, ya que 34.9 por ciento de las usuarias desconoce cuándo deben tomarlas o que hacer en caso de olvido; asimismo los métodos tradicionales (ritmo y retiro) son otro de los anticonceptivos del que también un porcentaje alto de usuarias (33.2%) desconoce en qué consiste o cuando es más probable que la mujer se embarace. Cabe señalar, que en el caso de las usuarias de los métodos tradicionales tienen doble riesgo, pues la confiabilidad³² del método en sí mismo es baja (75% de confiabilidad), 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 5.3).

Asimismo, los métodos que mejor saben utilizar son las inyecciones (96.2%), el condón masculino (95.7%) y el DIU (89.1%), aunque 10.9 por ciento desconoce en qué parte del cuerpo se coloca éste y quien debe hacerlo, lo que llama la atención, porque es un método donde es indispensable la intervención de

personal médico calificado para su colocación, por lo que deben asistir a los centros de salud para acceder a este método anticonceptivo, esto puede ser indicativo que las mujeres están recibiendo información incompleta al momento en que se les coloca el dispositivo.

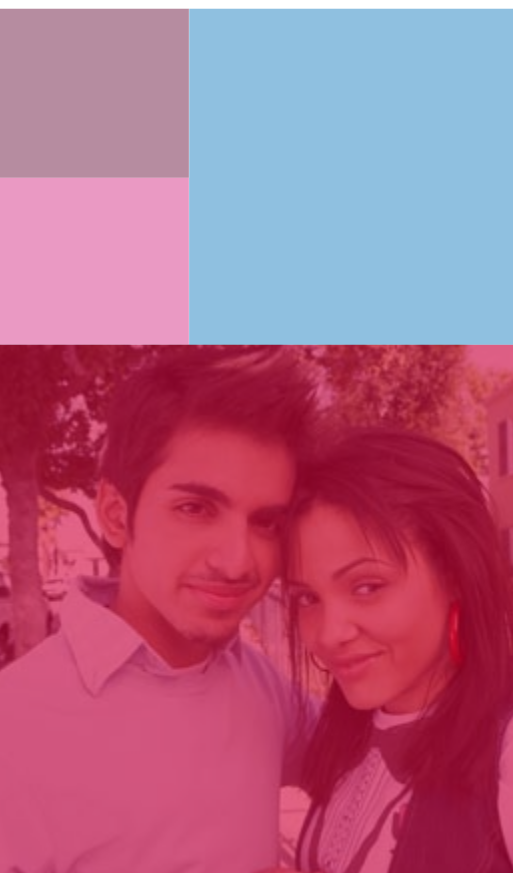
Para visualizar el impacto por la falta de conocimiento funcional en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil en Quintana Roo, se presenta la prevalencia anticonceptiva por tipo de método³³ y esta misma excluyendo a las mujeres que desconocen cómo usarlo, a la cual se denominará como “prevalencia efectiva”.

En primera instancia debe señalarse que la prevalencia anticonceptiva está determinada por el uso de métodos definitivos como la OTB y la vasectomía que son 100 por ciento confiables y 40.1 por ciento de las MEF los usan. Es en los métodos anticonceptivos de acción reversible, donde el conocimiento funcional es importante para que las mujeres obtengan los resultados deseados. En ese sentido, se observa en la gráfica 5.4, que el DIU, el condón masculino, los tradicionales, las inyecciones son los métodos más utilizados aunque con porcentajes de prevalencia bajos.

Ahora bien, al calcular la prevalencia efectiva, se observa que, es en las usuarias de métodos tradicionales y de DIU donde más se modifica el porcentaje de usuarias debido al desconocimiento que tienen las mujeres sobre este tipo de métodos (véase gráfica 5.5). Aunque se puede apreciar que, en general, las usuarias saben cómo utilizar el método anticoncep-

³² De acuerdo a la Norma Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar de 1994.

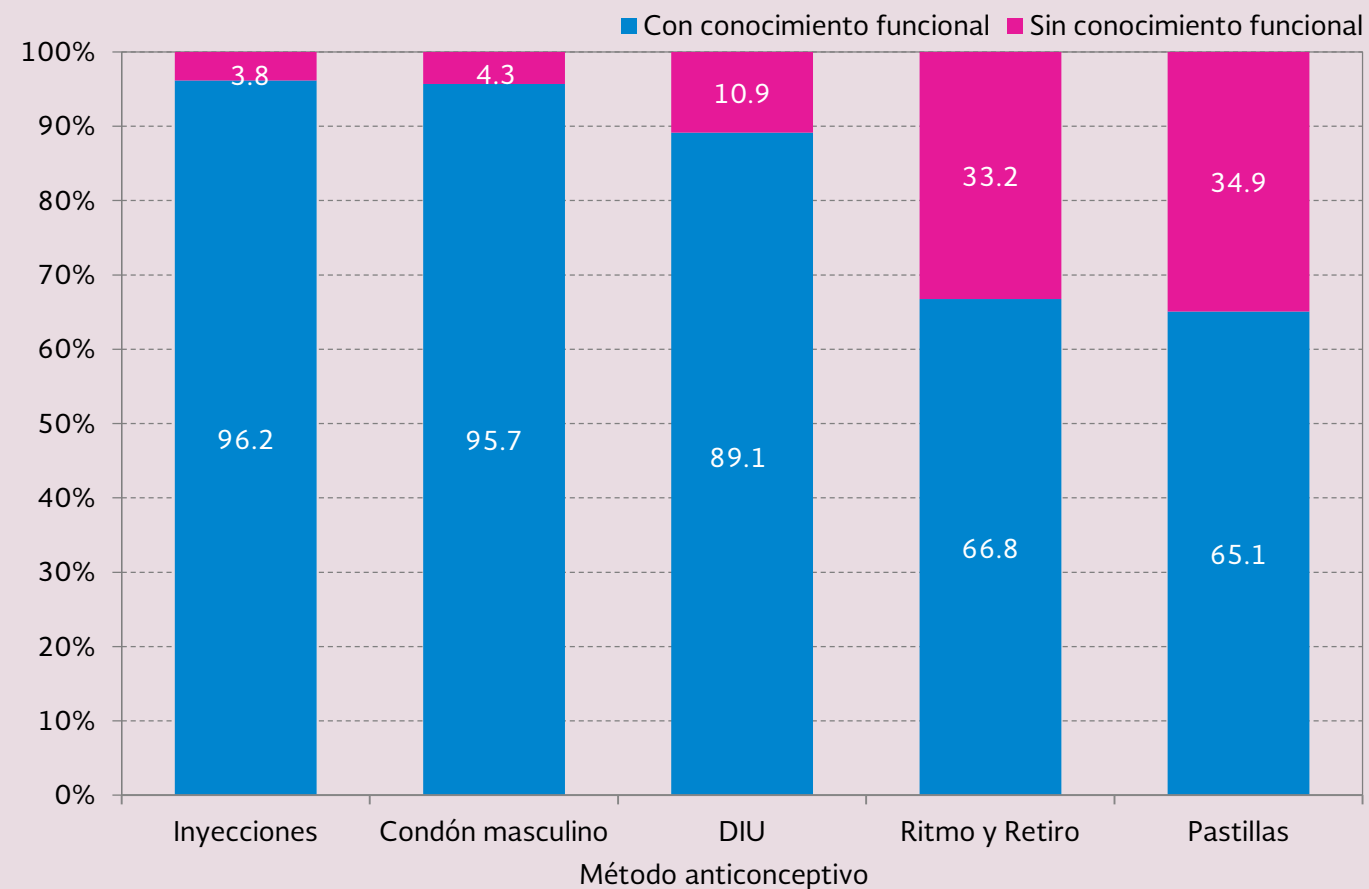
³³ La prevalencia anticonceptiva se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil que se encuentran usando algún método anticonceptivo entre el total de mujeres en edad fértil. Cuando se calcula por tipo de método la suma de los porcentajes de mujeres por cada tipo de método anticonceptivo que usan, debe ser igual al porcentaje total de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos.



tivo, se debe mejorar la orientación al momento en que la mujer lo adquiere, ya que si se acumula la proporción de mujeres con desconocimiento funcional de cada método que están utilizando, se obtiene que 5.4 por ciento de las “usuarias” no tiene conocimiento funcional, y no están siendo incluidas como mu-

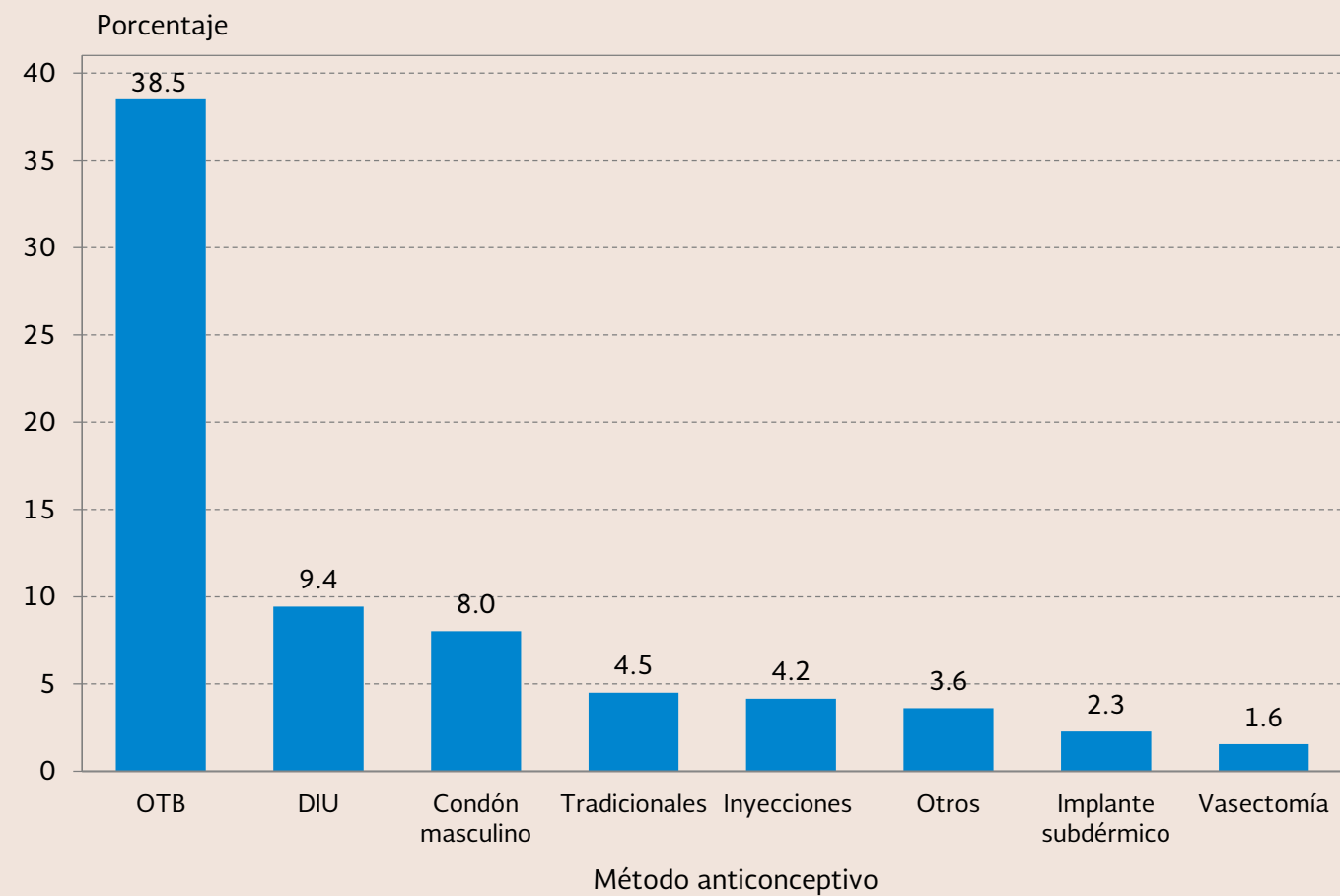
jeres expuestas al riesgo de embarazos no planeados o de ITS, por tanto deberían ser consideradas como un grupo para diseñar estrategias específicas en pro de mejorar la calidad de la orientación al proporcionar los métodos, sobre todo de los que tienen menor conocimiento funcional.

Gráfica 5.3. Quintana Roo. 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.

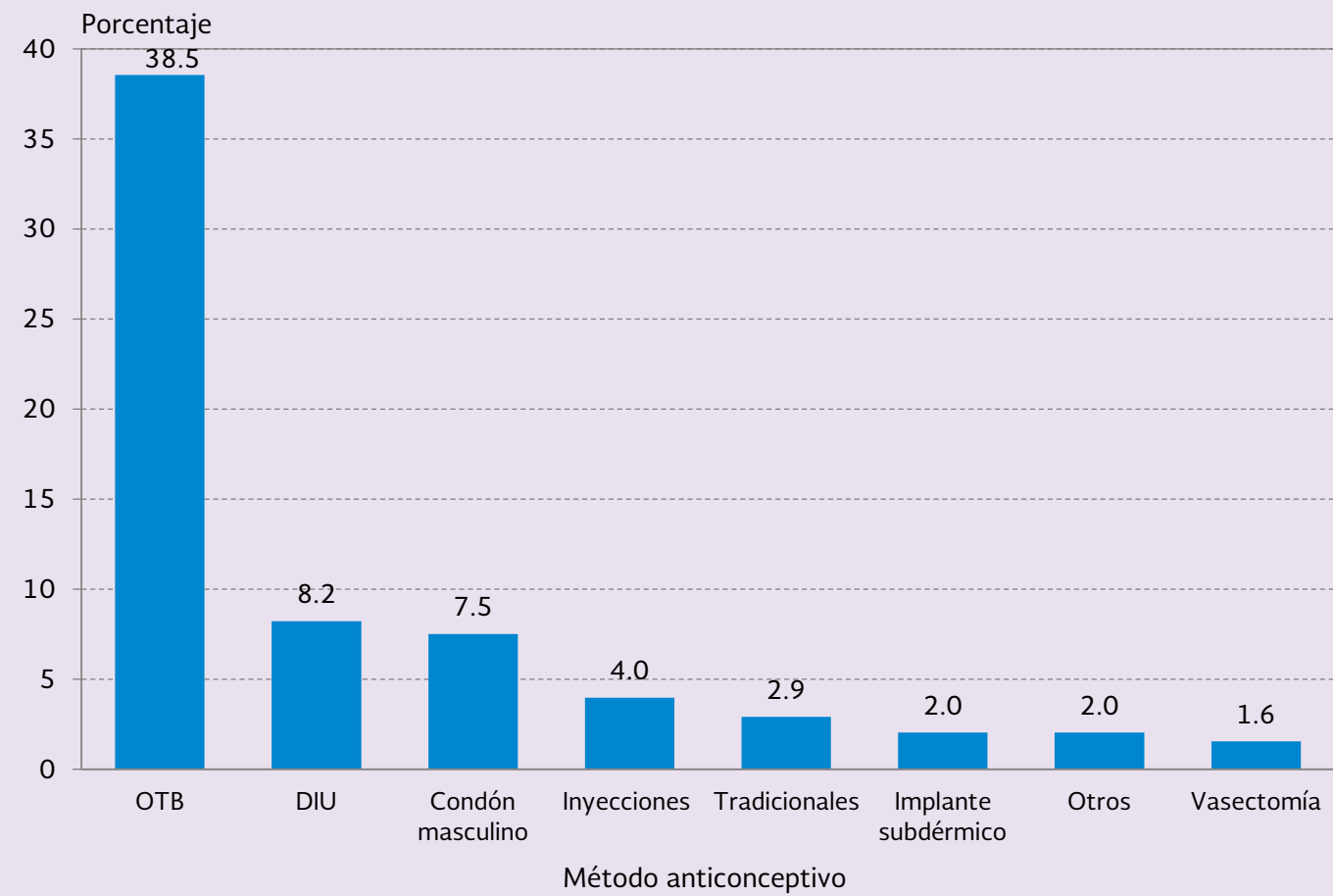
Gráfica 5.4. Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva por tipo de método de mujeres en edad fértil, 2014



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

* Otros incluye a pastillas, parche anticonceptivo y otros.

Gráfica 5.5. Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva efectiva por tipo de método de mujeres en edad fértil, 2014



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

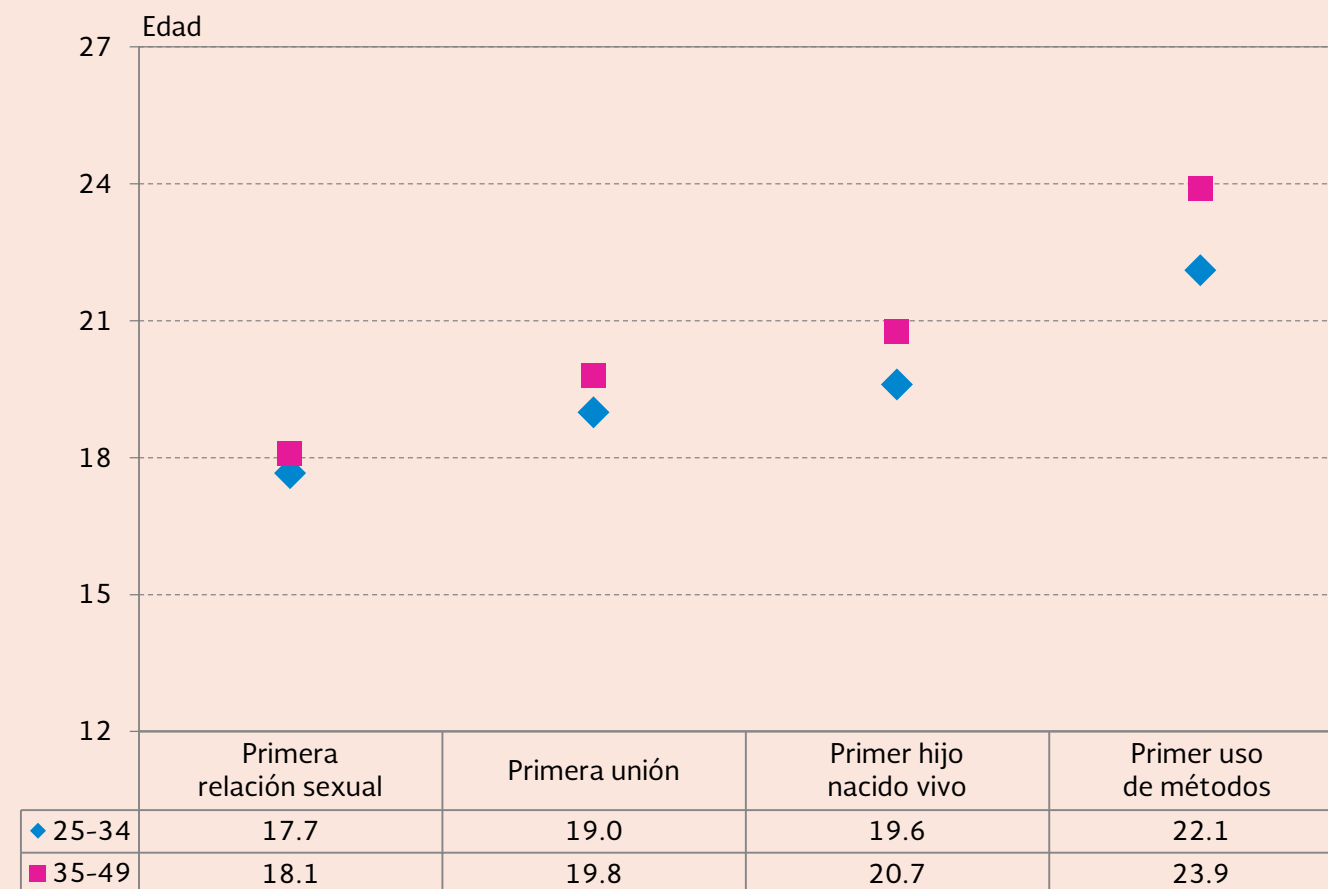
* Otros incluye a pastillas, parche anticonceptivo y otros.

5.3. 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 transiciones de vida importantes como la primera unión y el nacimiento del primer hijo (véase gráfica 5.6).

Gráfica 5.6. Quintana Roo. 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.

En Quintana Roo la edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos en las mujeres también tiende a rejuvenecerse ya que, en la ENADID 2014, la mitad de las mujeres de la generación de 35 a 49 años comenzó a usar métodos anticonceptivos a los 23.9 años mientras que en las de 25 a 34 años ocurrió a los 22.1 años, cabe señalar que en ambas generaciones comenzaron a usar métodos después de 5.8 y 4.4 años de haber tenido su primera relación sexual (18.1 y 17.7 años, respectivamente). 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 dos años y medio después de haber iniciado la vida sexual, esta situación se presenta alrededor de dos años después en la generación más joven.

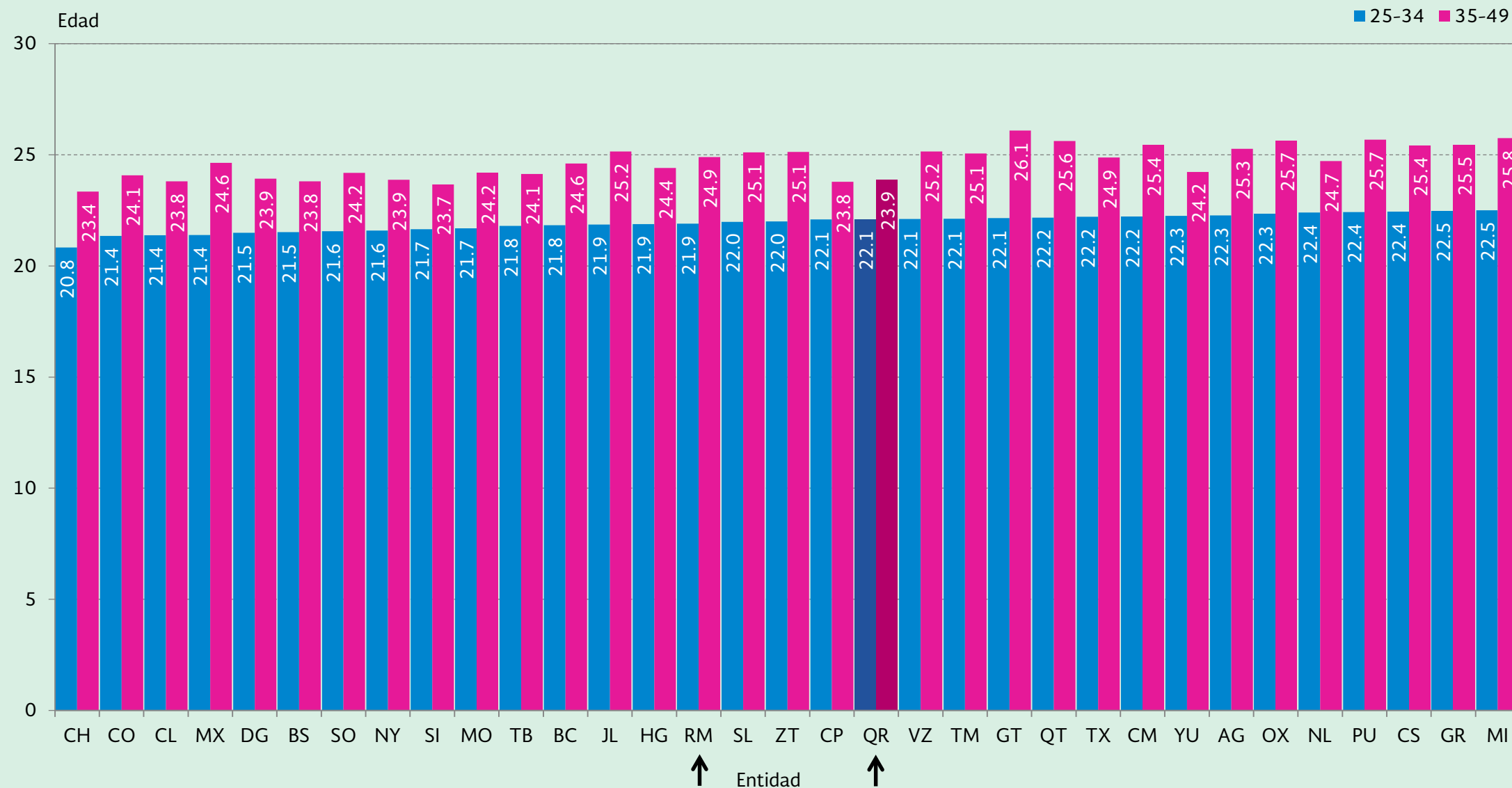
Al comparar los resultados de la generación más joven (25 a 34 años) que reside en Quintana Roo con lo obtenido para esa misma generación en las demás entidades federativas, se observa que en el estado, la edad mediana al primer uso, 22.1 años, ocurre a una edad mayor en 1.3 años que la edad mediana de las mujeres de Chihuahua (20.8 años) y comienza a una edad ligeramente menor respecto a las de Michoacán (22.5 años). Asimismo al comparar con la edad mediana estimada a nivel nacional (21.9 años), no presenta gran diferencia (véase gráfica 5.7).

La ausencia de políticas públicas enfocadas a la prevención de embarazos no planeados o de ITS todavía se refleja en estos resultados, dado que en la generación más joven continúan ocurriendo embarazos no planeados, debido a que las mujeres, sobre todo en la adolescencia no cuentan con el acceso a los servicios o a los métodos anticonceptivos, sino hasta que llegan a 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 y medio más para comenzar a usar un anticonceptivo de manera constante, por lo que en ese lapso tuvieron una mayor probabilidad de tener un segundo hijo sin la planeación necesaria.

En ese sentido el Gobierno Federal ha realizado acciones, 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 es 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.



Gráfica 5.7. 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.

5.4. 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, se incluye 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 los resultados de ENADID 2009 y 2014 en Quintana Roo, entre las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), disminuyó el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos de 76.9 a 76.2; quedando ligeramente por arriba de lo estimado a nivel nacional (75.6%) en la última encuesta. Con relación a las demás entidades federativas en 2014, Quintana Roo supera en 12.3 puntos porcentuales a Chiapas, la cual presentó la menor preva-

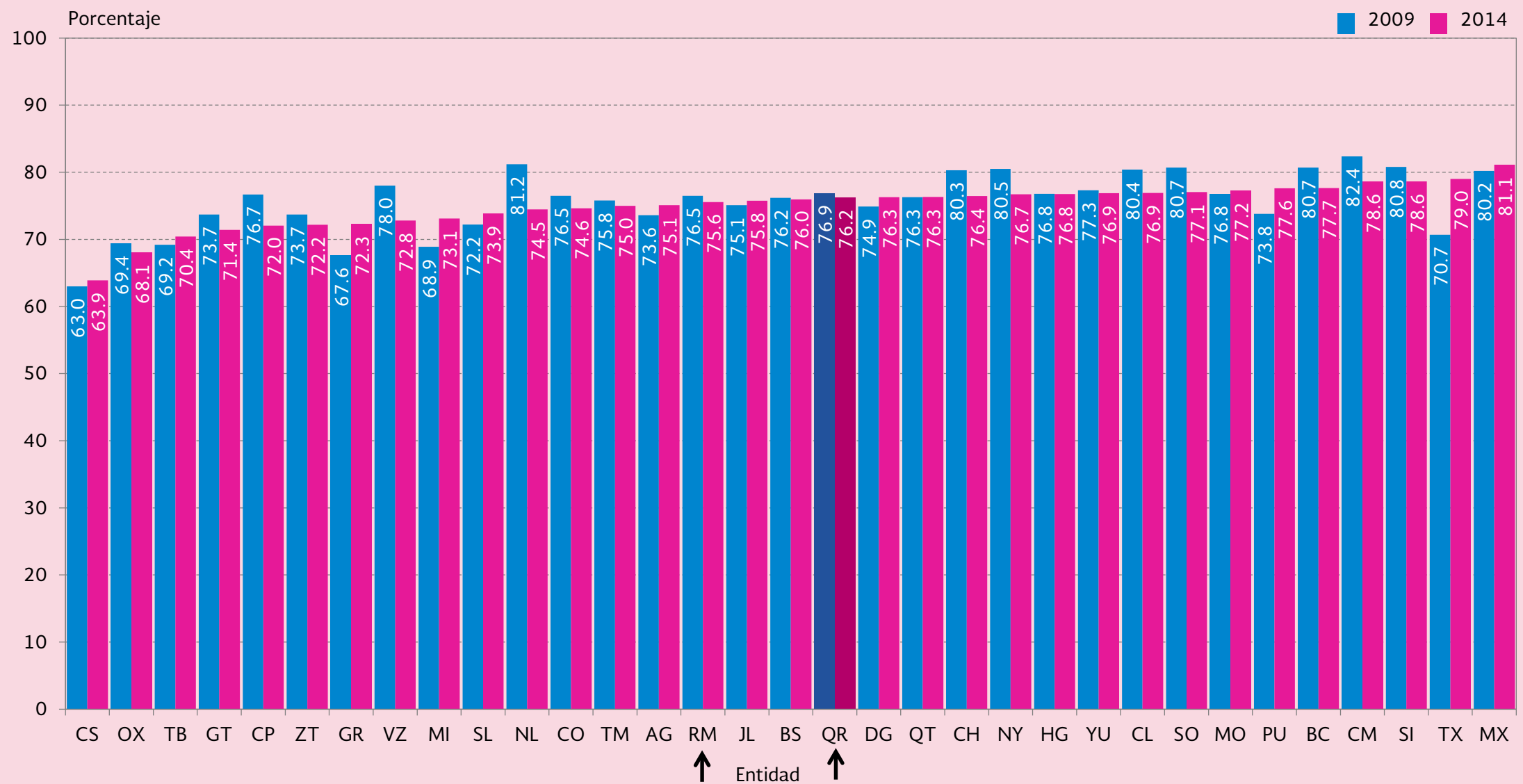
lencia anticonceptiva (63.9%); y queda a 4.9 puntos porcentuales de México quien tiene la mayor prevalencia anticonceptiva (81.1%), véase gráfica 5.8.

Por características sociodemográficas de las MEFSA, se observa que en general desciende la prevalencia anticonceptiva durante el periodo de estudio (véase cuadro 5.2), principalmente en las adolescentes (15 a 19 años) con 12.0 puntos porcentuales, las de 20 a 24 con 8.7 puntos y las de 30 a 34 años con 3.4 puntos, así las adolescentes continúan siendo el grupo que menos usa métodos anticonceptivos respecto al resto de mujeres en los demás grupos de edad.

Entre las mujeres sin hijos así como las que tienen dos la prevalencia disminuyó en 5.6 y 1.3 puntos porcentuales, respectivamente, en tanto que por condición de unión, las exunidas sexualmente activas son quienes más bajan el porcentaje (3.3 puntos porcentuales). Por otra parte, en las mujeres con primaria completa y primaria incompleta o menos hubo un aumento en el indicador de 7.3 y 6.5 puntos porcentuales, mientras que en las mujeres con secundaria y más se redujo en 2.6 puntos. Se observa que las MEFSA residentes de zonas urbanas disminuyen en 1.4 puntos porcentuales durante el periodo y en las residentes de zonas rurales aumentan en 5.2 puntos. En tanto que por condición de habla de lengua indígena, el descenso del indicador ocurrió tanto en hablantes como en no hablantes de lengua indígena (1.1 y 1.2 puntos porcentuales, respectivamente), manteniéndose la brecha entre ambos grupos en 9.5 puntos porcentuales.



Gráfica 5.8. 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.

Cuadro 5.2. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	76.9	76.2
Grupos de edad		
15-19	67.0	55.0
20-24	75.5	66.8
25-29	71.2	77.9
30-34	78.9	75.5
35-39	81.4	80.0
40-44	82.6	85.4
45-49	75.5	73.9
Paridez		
0	58.2	52.6
1	62.0	62.6
2	83.4	82.1
3	86.9	92.0
4 y más	87.4	89.1
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	78.0	84.5
Primaria completa	75.5	82.8
Secundaria y más	77.0	74.5
Situación conyugal		
Unida	77.0	76.6
Exunida	82.3	79.0
Solteras	72.8	70.2
Lugar de residencia		
Rural	70.4	75.6
Urbano	77.7	76.3
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	69.4	68.3
No habla lengua indígena	79.0	77.8

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

5.4.1. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres sexualmente activas

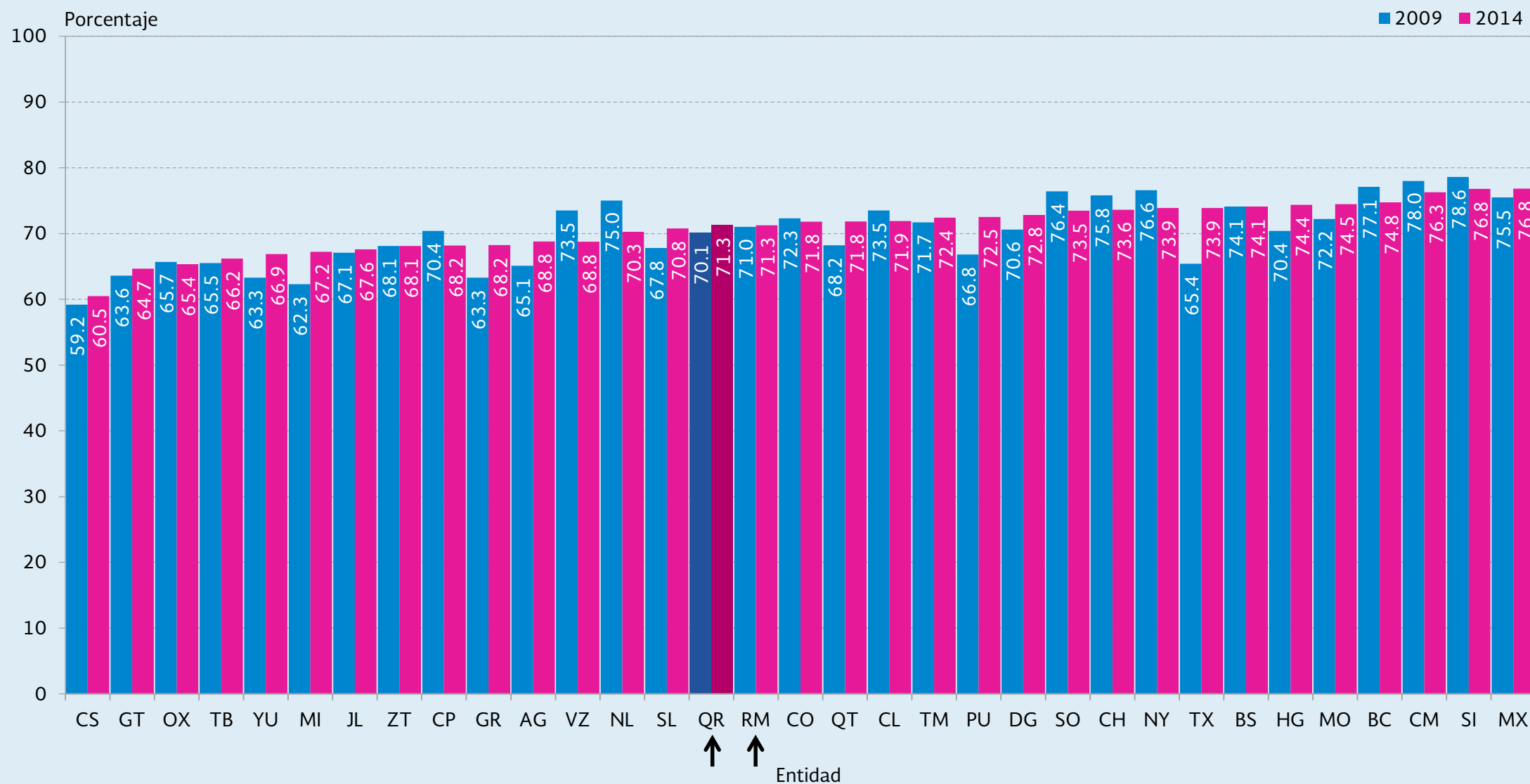
El uso de métodos anticonceptivos modernos³⁴ da cuenta del acceso que tienen las mujeres a toda la gama de éstos en los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva en los centros de salud, por ello, la medición de la prevalencia anticonceptiva de estos métodos permite aproximarse a la 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, 2007) dado que la efectividad de dichos métodos anticonceptivos es mayor que la de los métodos tradicionales.

En Quintana Roo, el porcentaje de MEFSA que utilizan métodos anticonceptivos modernos aumentó de 70.1 a 71.3 entre 2009 y 2014; quedando al mismo nivel de lo estimado a nivel nacional en 2014 (71.3%). Respecto a las demás entidades federativas en 2014, Quintana Roo supera en 10.8 puntos porcentuales a Chiapas, la cual tiene la menor prevalencia anticonceptiva (60.5%); y queda a 5.5 puntos abajo de México quien es la entidad con el mayor porcentaje de usuarias actuales de este tipo de métodos (76.8%), véase gráfica 5.9.

Por características sociodemográficas de las MEFSA, se observa que en general se incrementa el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos

³⁴ 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.

Gráfica 5.9. 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.

modernos en los últimos cinco años (véase cuadro 5.3), principalmente en las mujeres de 25 a 29 años y las mujeres de 40 a 44 años con 8.8 y 4.4 puntos porcentuales, respectivamente. Considerando la paridez, el mayor ascenso ocurrió en las mujeres con tres hijos con 5.2 puntos porcentuales. En tanto que por condición de unión, las solteras son quienes más aumentaron el porcentaje (3.1 puntos porcentuales).

Por otra parte, en las mujeres de secundaria y más disminuye el indicador en 0.7 puntos porcentuales mientras que en las con primaria completa se incremento en 14.1 puntos porcentuales.

En las MEFA residentes de zonas rurales se incrementa la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en 8.7 puntos porcentuales y en las urbanas casi se mantuvo el porcentaje dado que entre

Cuadro 5.3. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	70.1	71.3
Grupos de edad		
15-19	59.3	48.2
20-24	66.4	62.9
25-29	63.7	72.5
30-34	72.5	70.9
35-39	77.5	74.2
40-44	75.6	80.0
45-49	68.0	71.1
Paridez		
0	49.4	47.5
1	55.6	55.6
2	72.8	76.7
3	84.2	89.4
4 y más	83.0	85.2
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	72.0	75.7
Primaria completa	67.6	81.7
Secundaria y más	70.1	69.4
Situación conyugal		
Unida	70.1	71.4
Exunida	77.1	77.6
Solteras	64.4	67.5
Lugar de residencia		
Rural	65.5	74.2
Urbano	70.6	71.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	61.2	63.8
No habla lengua indígena	72.4	72.8

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

2009 y 2014 pasó de 70.6 a 71.1 por ciento. En tanto que por condición de habla de lengua indígena, el aumento del indicador ocurrió más en no hablantes de lengua indígena (2.6 y 0.4 puntos porcentuales, respectivamente) reduciéndose la brecha entre ambos grupos en 9.0 puntos porcentuales.

5.4.2. 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 (UNFPA, 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. Generalmente, las encuestas sobre la historia reproductiva y vida sexual se dirigen a las mujeres, bajo la premisa de que son ellas las que experimentan el embarazo y recuerdan mejor cada uno de los eventos sucedidos. Es por ello que, 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.

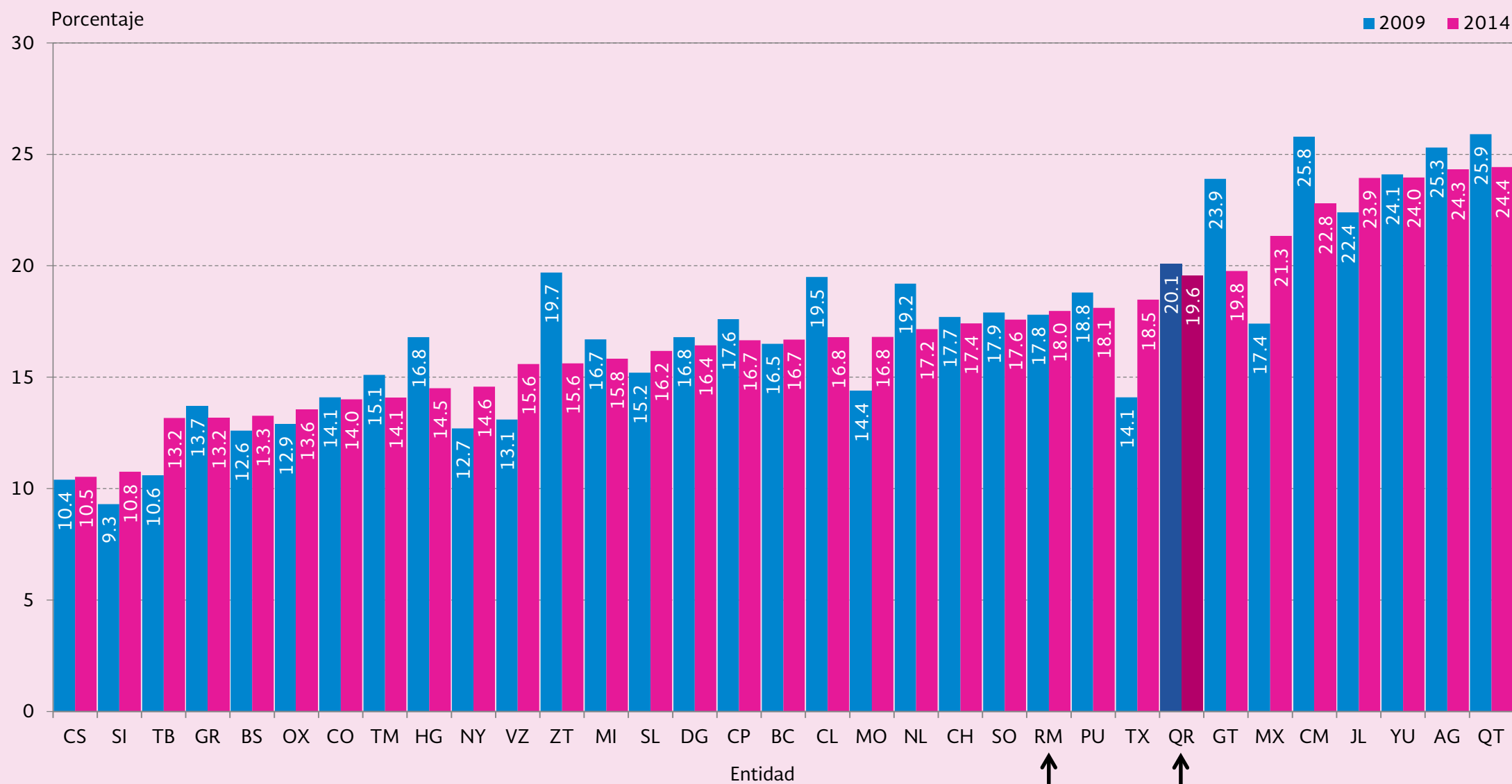
En Quintana Roo, el porcentaje de MEFSA que reportó haber usado métodos anticonceptivos porque su pareja se realizó la vasectomía, o bien porque utilizan el condón masculino o métodos tradicionales,

bajó de 20.1 por ciento en 2009 a 19.6 por ciento en 2014, quedando entre las entidades que presentan el mayor porcentaje respecto a lo estimado a nivel nacional en 2014 (18.0%). Cabe destacar que en 2014, supera con 9.1 puntos porcentuales a Chiapas quien tiene el menor porcentaje de participación masculina (10.5%) y dista en 4.8 puntos porcentuales de Querétaro, la cual tiene el mayor porcentaje de participación de los hombres en el uso actual de métodos

anticonceptivos (24.4%), véase gráfica 5.10. Estas cifras revelan que los hombres no se involucran de manera efectiva en la vida sexual y reproductiva de su pareja, para ello habrían de establecerse un mayor número de acciones en los programas de SSR ya que es necesaria una mayor corresponsabilidad de ellos en este aspecto.

Al considerar las características sociodemográficas de las MEFSA de Quintana Roo, se observa que

Gráfica 5.10. 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.

Cuadro 5.4. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	20.1	19.6
Grupos de edad		
15-19	28.5	22.9
20-24	30.9	26.0
25-29	20.1	23.7
30-34	18.0	17.4
35-39	15.1	21.0
40-44	15.6	15.8
45-49	16.7	10.8
Paridez		
0	35.2	33.0
1	20.3	25.3
2	24.6	18.2
3	11.6	12.7
4 y más	9.3	6.6
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	15.2	12.7
Primaria completa	17.8	11.5
Secundaria y más	21.6	21.4
Situación conyugal		
Unida	18.5	17.5
Exunida	12.3	18.9
Solteras	47.8	43.9
Lugar de residencia		
Rural	7.6	6.6
Urbano	21.6	20.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	14.8	12.3
No habla lengua indígena	21.5	21.0

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

entre 2009 y 2014, en general se reduce el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina (véase cuadro 5.4). De acuerdo a grupos de edad, las jóvenes (20 a 24) son las que presentan desde 2009 el mayor porcentaje de participación masculina respecto a los demás grupos de edad, y la mayor reducción del porcentaje se presentó en las mujeres de 45 a 49 años con 5.9 puntos porcentuales y en las adolescentes con 5.6 puntos porcentuales. No obstante, cabe señalar que en las mujeres de 35 a 39 años aumentó el porcentaje al pasar de 15.1 a 21.0 por ciento entre 2009 y 2014.

Por paridez, el mayor descenso ocurrió en las mujeres con dos hijos con 6.4 puntos porcentuales, mientras, las mujeres sin hijos presentan el porcentaje más alto de participación masculina. En tanto que por condición de unión, las solteras presentan una disminución en su porcentaje (3.9 puntos porcentuales) y son quienes cuentan con un mayor porcentaje de participación masculina. Por otra parte, en las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta disminuye el indicador en 2.5 puntos porcentuales mientras que en las que tienen secundaria y más se mantuvo prácticamente constante.

En las MEESA residentes de zonas rurales se reduce la prevalencia anticonceptiva con participación masculina en 1.0 punto porcentual y en las urbanas se reduce en 0.8, por lo que para 2014, se abre una brecha de 14.1 puntos porcentuales entre los dos ámbitos de residencia; en tanto que por condición de habla de lengua indígena, se observa que tiende a disminuir en mayor medida en las hablantes que en las no hablantes, abriéndose la brecha de 6.7 a 8.7 puntos porcentuales.

5.4.3. Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas

Una forma de medir la falta de cobertura en la distribución y oferta de métodos anticonceptivos para las mujeres que desean regular su fecundidad pero que no utilizan la anticoncepción es a partir del indicador de necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos (NIA). En la ENADID de 2014 se incluyeron preguntas que permiten aplicar la metodología que utiliza la Organización de las Naciones Unidas (ONU),³⁵ a diferencia de ocasiones anteriores en que se había calculado este mismo indicador pero asumiendo ciertos comportamientos o conductas en las mujeres por la falta de preguntas precisas relacionadas con este tema. Es por ello que los resultados presentados en esta ocasión no son comparables con los obtenidos a través de encuestas anteriores; la diferencia estriba en que se identifican de mejor manera las mujeres en cuanto al deseo del embarazo actual y del último hijo nacido vivo en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta, así como la inclusión de variables que hacen posible identificar a aquellas con amenorrea postparto, a las mujeres infértiles³⁶ y las razones por las que no necesitan usar métodos anticonceptivos.

³⁵ Metodología que utiliza la ONU para estimar la Necesidad no satisfecha de Métodos Anticonceptivos con base en las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) y que está descrita en el documento de Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel y Charles F. Westoff (2012).

³⁶ La ENADID 2014 permite identificar de manera más precisa a las mujeres infértiles, ya que en encuestas anteriores solo se podía hacer a través de las diferentes combinaciones de tiempo transcurrido (cinco años o más), por ejemplo, sin usar métodos anticonceptivos y la fecha del último hijo, o la fecha de la unión y no tener hijos; en esta ocasión, además de considerar el tiempo transcurrido entre diferentes eventos, la encuesta incluyó dos preguntas sobre el motivo por el cual no pueden tener hijos, mismas que también ayudaron a definir al grupo de mujeres dentro de las que se encuentran en edad fértil.

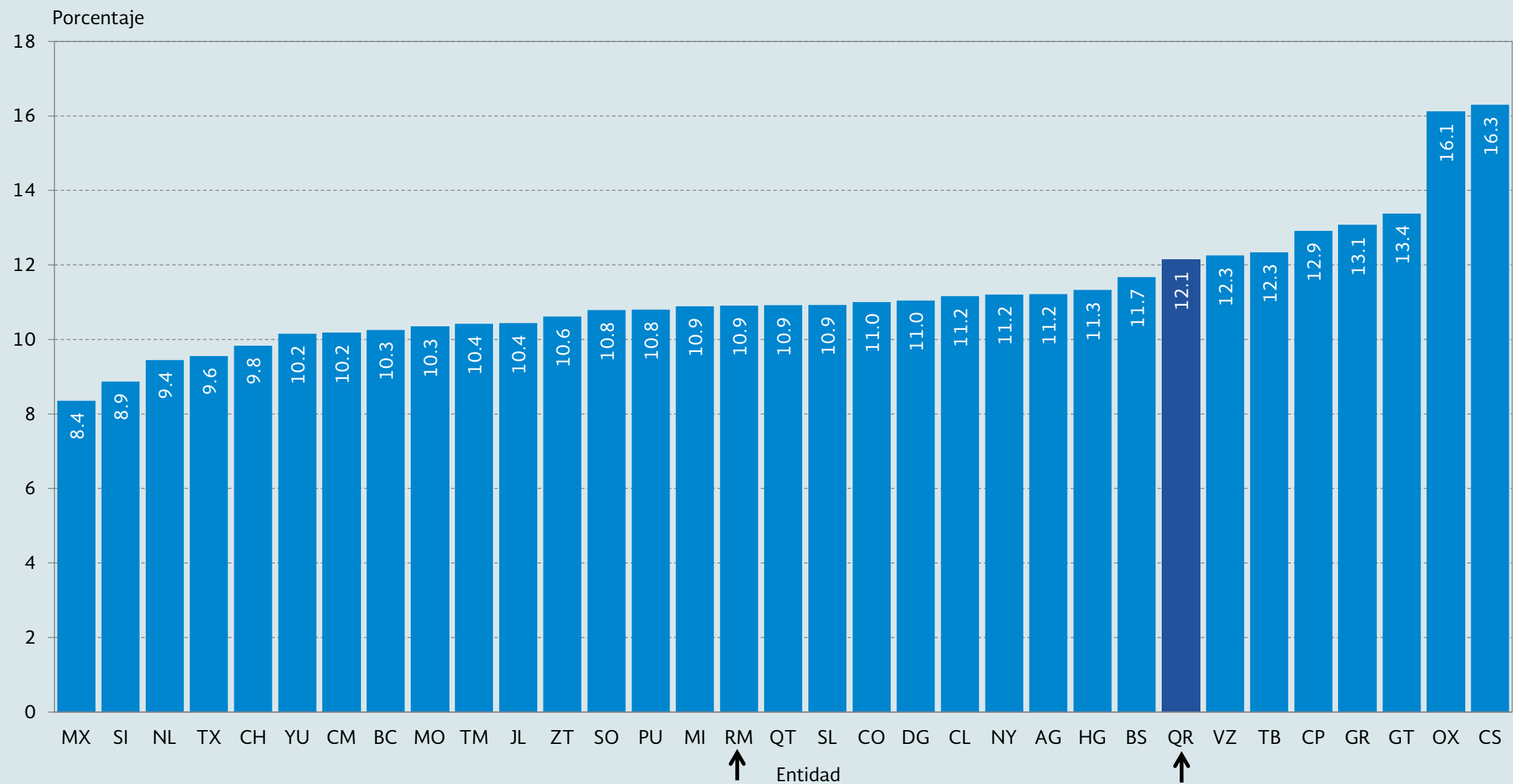
El porcentaje de necesidad no satisfecha de mujeres sexualmente activas residentes de Quintana Roo, es de 12.1 por ciento, dato superior al nacional (10.9%), por lo que ocupa la séptima posición de entre las entidades con mayor NIA. Respecto a las demás entidades, supera con 3.7 puntos porcentuales al estado de México en donde se estimó el menor porcentaje de NIA (8.4%) y queda por debajo con 4.2 puntos porcentuales de Chiapas cuya NIA fue de (16.3%), véase gráfica 5.11.

5.4.4. Demanda total de métodos anticonceptivos MEFSA

La demanda total de anticonceptivos es el indicador que se construye con la prevalencia anticonceptiva más la necesidad no satisfecha, y resulta de utilidad para conocer el porcentaje total de mujeres que requieren algún método, ya sea que lo utilicen (prevalencia) o no, pero que deseen espaciar o limitar su descendencia. Este es un dato muy relevante para los programas de anticoncepción, ya que permite definir la magnitud y características del mercado real y potencial de métodos anticonceptivos. En Quintana Roo la demanda total de anticonceptivos para mujeres sexualmente activas es de 88.4 por ciento; y a nivel nacional de 86.5 por ciento. En Quintana Roo la demanda total de métodos es mayor que a nivel nacional ya que está afectada por una prevalencia mayor (76.2%) respecto al nivel nacional (75.6%); igualmente, presenta una necesidad insatisfecha mayor (12.1 vs 10.9%), véase gráfica 5.12.

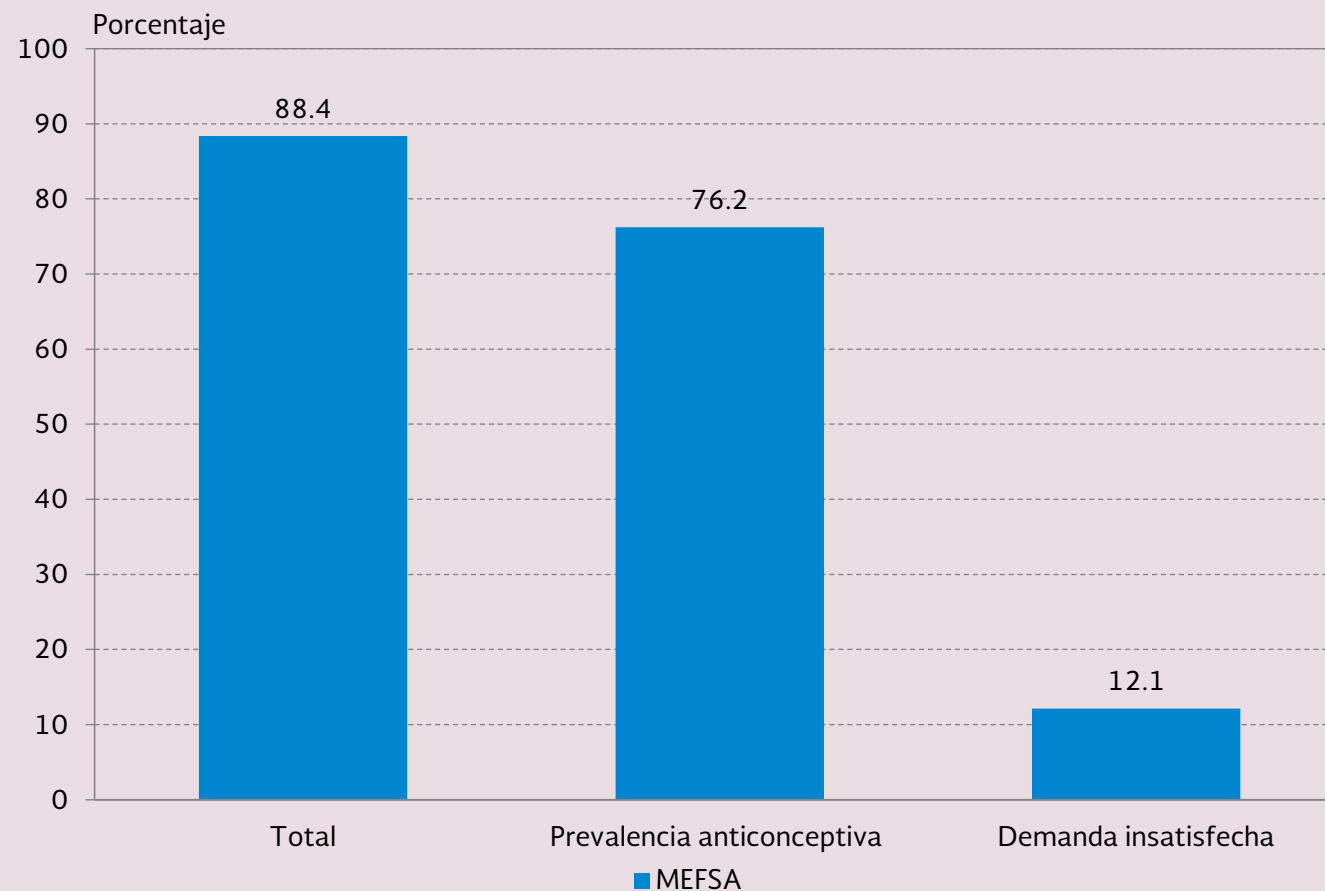


Gráfica 5.11. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO 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.

Gráfica 5.12. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda total, usuarias de métodos anticonceptivos y con necesidad insatisfecha, 2014



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

5.5. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas

La política de población establecida en los últimos 40 años desde sus inicios fue dirigida exclusivamente a las mujeres casadas o unidas, por lo anterior, la adopción de métodos anticonceptivos a nivel nacional 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; lo

mismo ocurrió en Quintana Roo pero hasta 2006 alcanza una prevalencia de 75.8 por ciento y a partir de 2009, comienza a disminuir quedando en 2014, con una prevalencia anticonceptiva de MEFU de 72.3 por ciento, la cual es igual a la presentada a nivel nacional, (véase, gráfica 5.13).

El comportamiento del indicador, 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

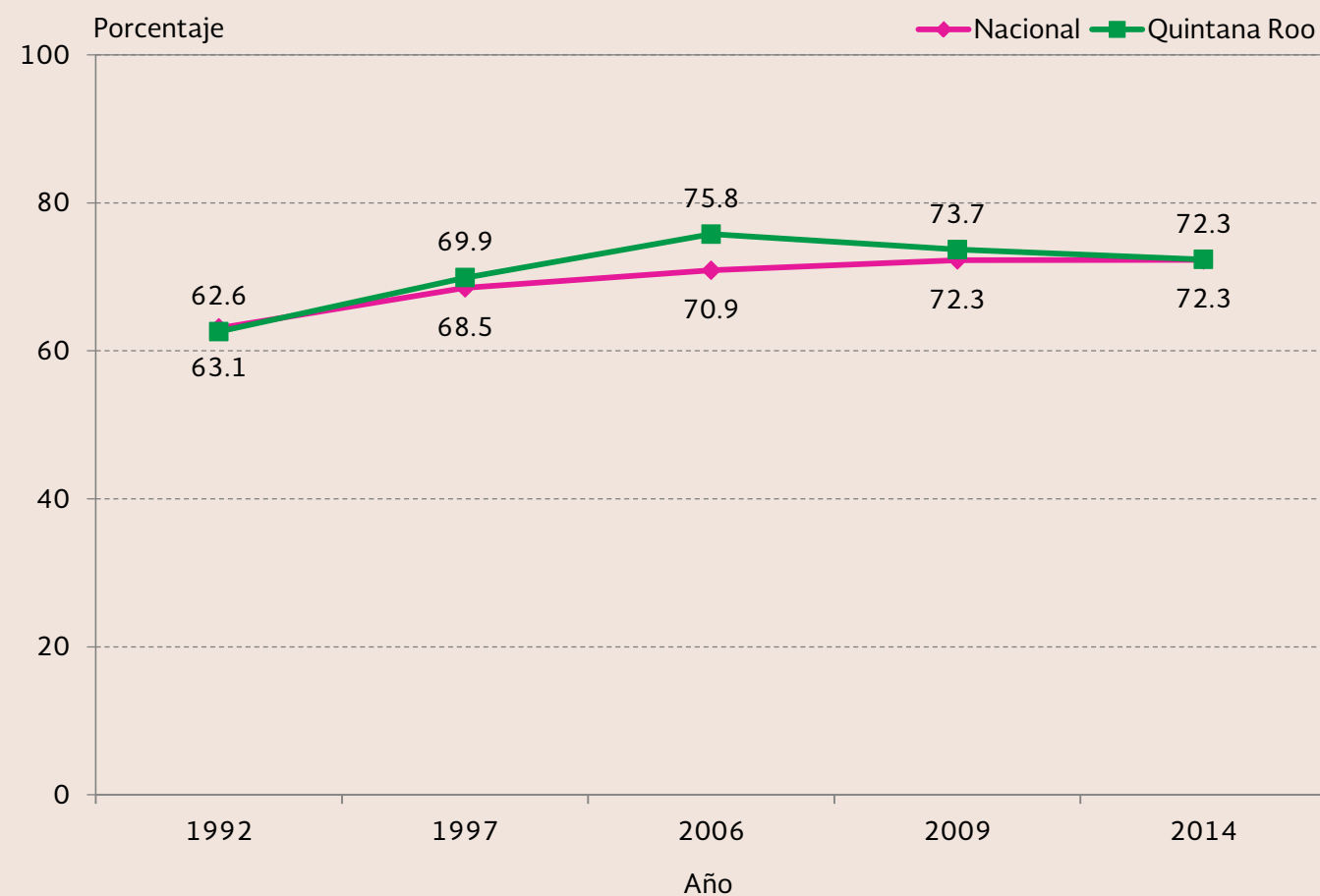
de residencia, la pertenencia étnica, la baja escolaridad y la edad, además de que una vez estabilizado y controlado el crecimiento poblacional, la planificación familiar comienza a perder relevancia en la planeación estratégica a favor de la población y el desarrollo (Cleland, 2006).

Al comparar los resultados de Quintana Roo con el resto de las entidades federativas se observa que para 2014 se ubica como una de las entidades con igual prevalencia anticonceptiva respecto a lo estimado a nivel nacional (72.3%), superando en 13.7 puntos porcentuales a Chiapas, la cual pre-

sentó la menor prevalencia (58.6%); y queda a 5.9 puntos porcentuales abajo de Sinaloa quien tiene el mayor porcentaje en este indicador (78.2%), véase gráfica 5.14.

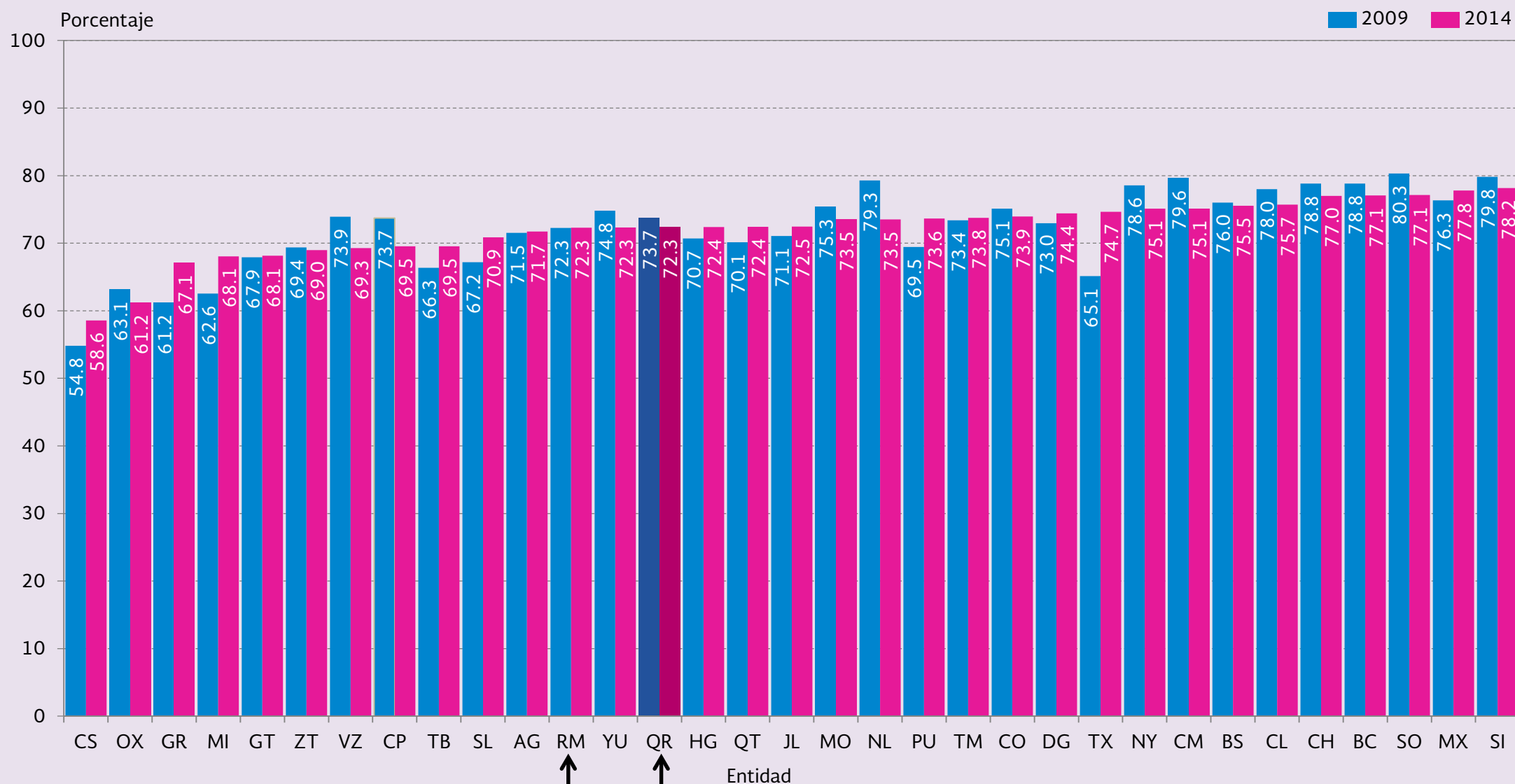
Por características sociodemográficas de las MEFU, se observa que entre 2009 y 2014, el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos disminuyó (véase cuadro 5.5), principalmente en las mujeres de 20 a 24 y de 45 a 49 años de edad donde baja de 70.0 a 58.9 y de 74.1 a 70.3 por ciento, respectivamente. Clasificando de acuerdo a la paridez, el mayor descenso ocurrió en las mujeres

Gráfica 5.13. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos de la República Mexicana y Quintana Roo, 1992-2014



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

Gráfica 5.14. 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.

sin hijos al pasar de 42.7 a 39.1 por ciento y desde 2009 continúan presentando el porcentaje de uso más bajo. Por otra parte, en las mujeres sin escolaridad aumenta el indicador de 63.9 a 66.9 por ciento mientras que en las de secundaria y más se redujo de 75.0 a 71.1 por ciento.

En cuanto al lugar de residencia, la prevalencia anticonceptiva de uso de las MEFU incrementa

en zonas rurales al pasar de 65.9 a 69.4 por ciento, quedando en 3.3 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia de las urbanas (72.7%) en 2014. Por condición de habla de lengua indígena, las hablantes presentaron un ligero aumento, pasando de 65.1 a 65.6 por ciento, mientras que en no hablantes bajó de 76.3 a 74.0 por ciento, cerrándose la brecha de 11.2 a 8.4 puntos porcentuales.

Cuadro 5.5. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias actuales de métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	73.7	72.3
Grupos de edad		
15-19	55.7	55.9
20-24	70.0	58.9
25-29	69.5	74.6
30-34	75.8	73.5
35-39	77.1	75.3
40-44	80.9	79.7
45-49	74.1	70.3
Paridez		
0	42.7	39.1
1	58.6	57.8
2	80.0	77.6
3	86.8	89.0
4 y más	83.1	80.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	63.9	66.9
Primaria incompleta	75.7	81.5
Primaria completa	69.5	75.1
Secundaria y más	75.0	71.1
Lugar de residencia		
Rural	65.9	69.4
Urbano	74.7	72.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	65.1	65.6
No habla lengua indígena	76.3	74.0

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

Estos resultados llevan a que se deben 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 población que acuda a un servicio de salud;

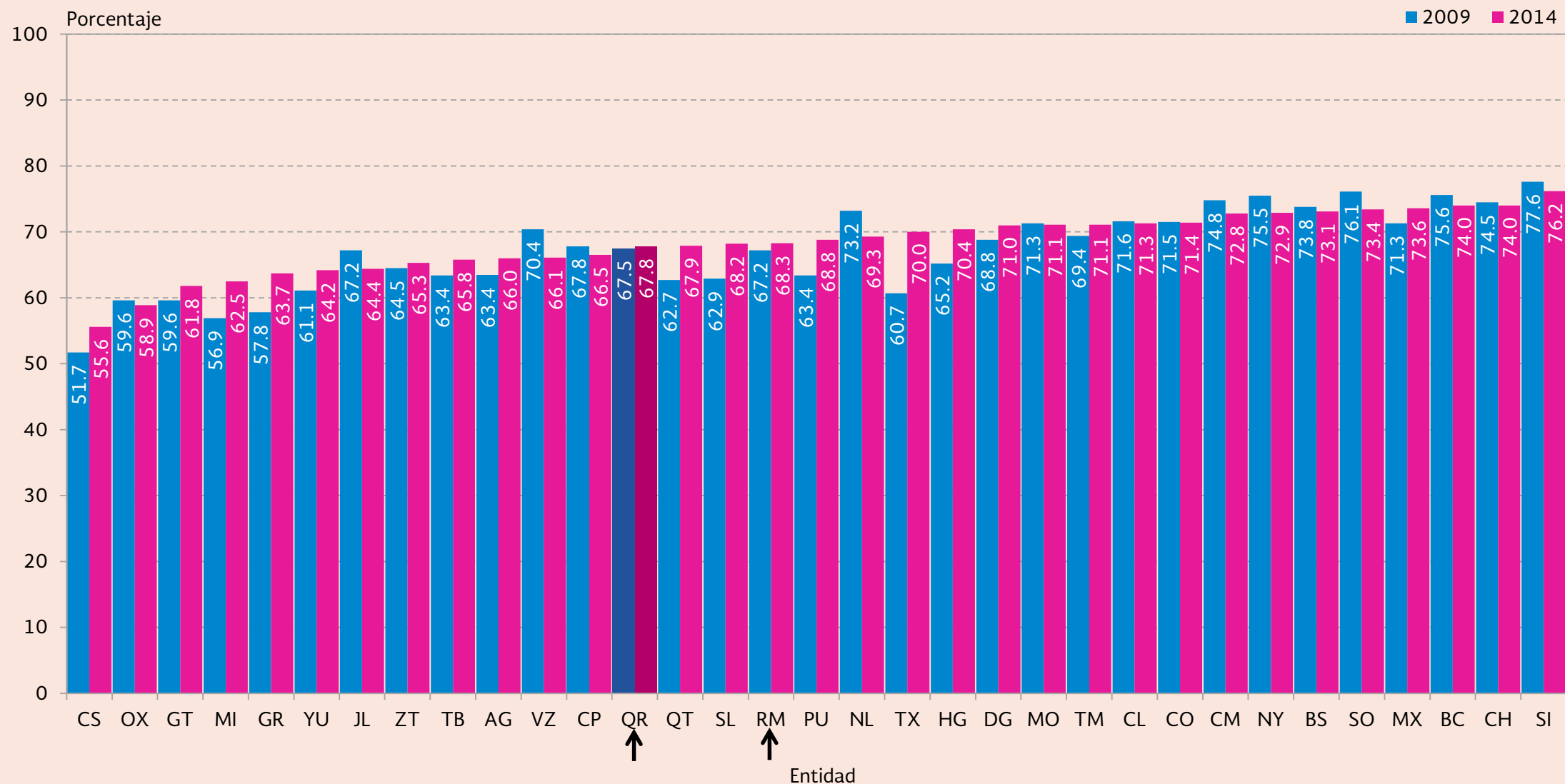
además, se deberá garantizar el abastecimiento de toda la gama de métodos anticonceptivos en los diferentes centros de salud, y así transitar a una mayor promoción del uso de métodos modernos y la doble protección (un método moderno y el uso del condón) que garantice evitar los embarazos no planeados y el contagio de alguna ITS. Además, deben buscarse acciones que permitan mejorar la educación integral en sexualidad que se brinda en las escuelas, y diseñar políticas nacionales de población de forma que permitan la articulación de las distintas instituciones responsables de estos temas, en busca de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población en general.

5.5.1. Prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en mujeres en edad fértil unidas

Entre 2009 y 2014 en Quintana Roo, se matuvo constante el porcentaje de MEFU usuarias de métodos modernos, en alrededor de 67.5 por ciento; quedando en 2014 con 0.5 puntos porcentuales por abajo de lo estimado a nivel nacional (68.3%), ocupando así el lugar número 13 de las entidades con la menor prevalencia de métodos modernos, aunque supera con 12.2 puntos porcentuales a Chiapas, la cual tiene el más bajo porcentaje (55.6%); y queda a 8.4 puntos porcentuales debajo de Sinaloa que presenta el mayor porcentaje de usuarias actuales de este tipo de métodos (76.2%), véase gráfica 5.15.

Al analizar por características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil unidas, se observa que en los últimos cinco años, se presentó una variación en el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos modernos sobre todo en los

Gráfica 5.15. 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.

grupos que desde 2009 presentan bajos porcentajes (véase cuadro 5.6), por ejemplo las adolescentes cuyo porcentaje se mantuvo constante al pasar de 49.4 a 49.2 por ciento, y las jóvenes (20 a 24 años) que bajo de 60.6 a 54.8 el porcentaje de usuarias.

Considerando la paridez, el mayor descenso ocurrió en las mujeres con cuatro hijos y más con 2.1 puntos porcentuales, al pasar de 79.5 a 77.4 por ciento, seguidas por las mujeres sin hijos donde dis-

minuyó en 1.2 puntos porcentuales y este último grupo continúan siendo las que menos usan (33.6% en 2009 y 32.4% en 2014). Por otra parte, en las mujeres de secundaria y más se redujo en 2.4 puntos porcentuales (de 68.5% a 66.2%), mientras que, en las MEFU sin escolaridad y con primaria incompleta aumenta el indicador en 3.2 puntos porcentuales (de 68.3% a 71.5%).

Cuadro 5.6. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias actuales de métodos modernos por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	67.5	67.8
Grupos de edad		
15-19	49.4	49.2
20-24	60.6	54.8
25-29	61.0	69.5
30-34	70.4	68.7
35-39	74.6	70.2
40-44	74.4	75.1
45-49	67.4	67.8
Paridez		
0	33.6	32.4
1	52.7	51.3
2	70.6	72.9
3	83.7	86.6
4 y más	79.5	77.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	68.3	71.5
Primaria completa	61.8	74.2
Secundaria y más	68.5	66.2
Lugar de residencia		
Rural	61.3	68.5
Urbano	68.1	67.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	57.9	61.6
No habla lengua indígena	70.2	69.3

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

En las zonas rurales se incrementa la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en 7.2 puntos porcentuales (sube de 61.3% a 68.5%) y en las urbanas tiende a disminuir de 68.1 a 67.7 por ciento; así en 2014; en tanto que por condición de habla de lengua indígena, el descenso del indicador ocurrió en mayor medida en no hablantes (0.9 puntos porcen-

tuales) al pasar de 70.2 a 69.3 por ciento y en las hablantes aumenta de 57.9 a 61.6 por ciento, por lo que, se reduce la brecha entre ambos grupos, de 12.4 a 7.7 puntos porcentuales.

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 eje fundamental para el desarrollo del país, ocasiona que se verifique un retroceso en la atención de la salud sexual y reproductiva, 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 (Presidencia de la República, 2011), deberían considerarse como prioritarios para lograr un aumento en la cobertura de uso de métodos anticonceptivos.

5.5.2. Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas

En cuanto a la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil unidas de Quintana Roo, entre 2009 y 2014, disminuyó de 17.3 a 15.3 por ciento, respectivamente, posicionándose en 2014 entre las entidades que presentan el mayor porcentaje respecto a lo estimado a nivel nacional (14.4%). Cabe destacar que en ese mismo año, supera con 6.5 puntos porcentuales a Chiapas quien tiene el menor porcentaje de participación masculina (8.8%) y dista en 5.6 puntos porcentuales de Jalisco, la cual presentó la mayor

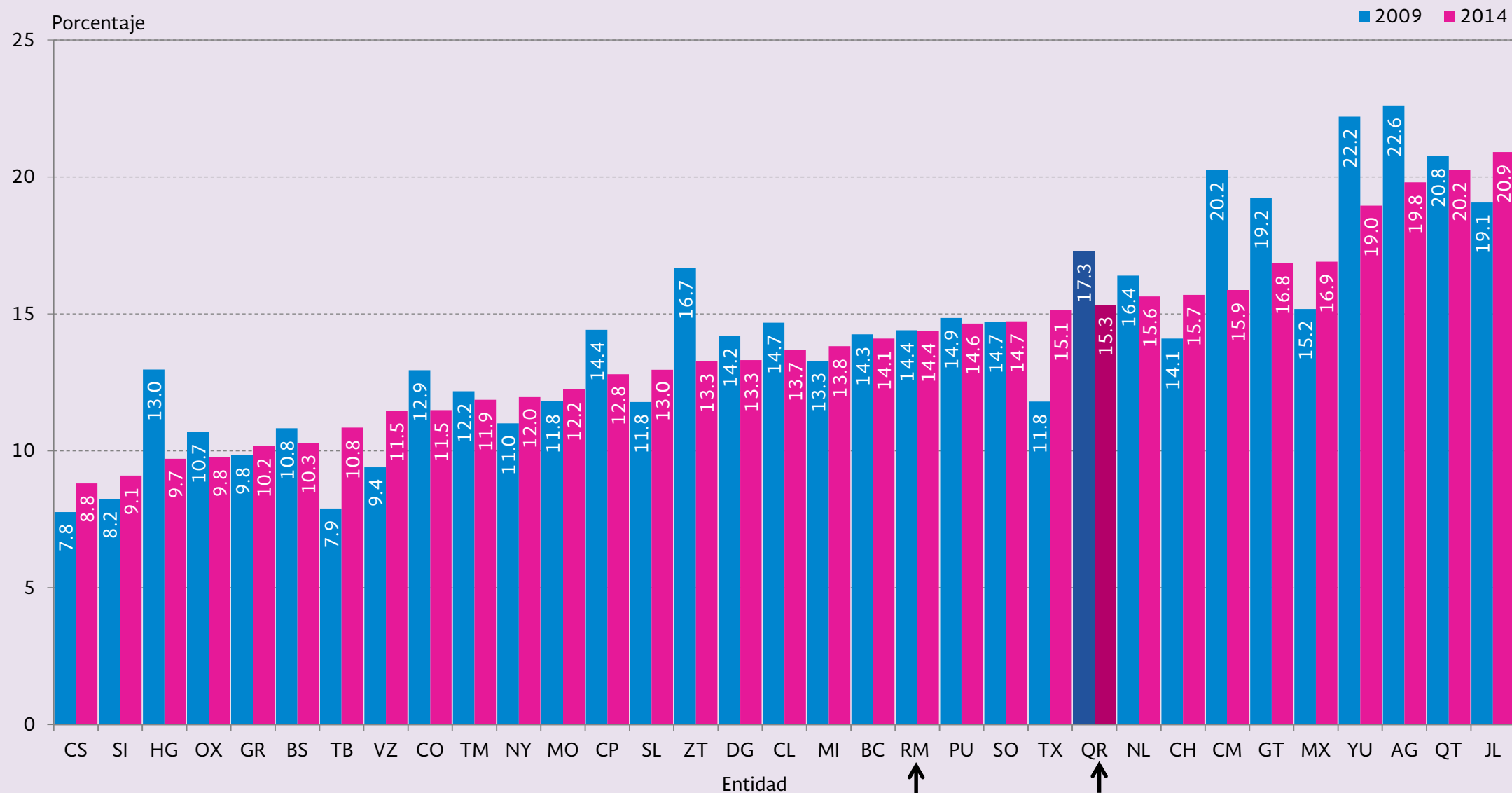
participación de los hombres en el uso de métodos anticonceptivos (20.9%), véase gráfica 5.16.

En Quintana Roo, la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de las MEFU de acuerdo a algunas características sociodemográficas en general disminuye durante el periodo de estudio, (véase cuadro 5.7). Por edad de las mujeres se observa que, las de 20 a 24 eran las que presentaban en 2009 el mayor porcentaje de participación masculina res-

pecto al resto de los grupos de edad, para 2014, las mujeres adolescentes y las mujeres de 25 a 29 años son las que presentan el mayor porcentaje (21.0 y 20.1%, respectivamente).

Por paridez, el mayor descenso ocurrió en las mujeres con dos hijos con 6.5 puntos porcentuales, a su vez las mujeres con un hijo pasaron de 20.5 a 21.4 por ciento quedando en 2014 como las mujeres con mayor porcentaje de participación masculina.

Gráfica 5.16. 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.

Cuadro 5.7. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias actuales con participación masculina por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	17.3	15.3
Grupos de edad		
15-19	20.6*	20.1*
20-24	23.5	14.9*
25-29	20.7	21.0
30-34	17.1	14.0
35-39	13.0	16.5
40-44	14.7	13.4
45-49	15.3*	10.1*
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	12.2	8.5*
Primaria completa	16.4	8.7*
Secundaria y más	18.7	17.4
Paridez		
0	22.5	20.9
1	20.5	21.4
2	22.8	16.3
3	11.9	11.8
4 y más	7.9*	4.7*
Lugar de residencia		
Rural	6.3*	3.3*
Urbano	18.7	16.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	12.6	9.6
No habla lengua indígena	18.7	16.7

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

*Calculado con menos de 30 casos muestrales en el numerador.

Por otra parte, en las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta se reduce el indicador en 3.7 puntos porcentuales y, las de primaria completa registraron un descenso de 7.7 puntos porcentuales, también en las de secundaria y más se redujo en 1.4 puntos porcentuales, sin embargo continúan presentando el más alto porcentaje.

Entre las residentes de zonas rurales la participación masculina continúa siendo baja, y pasa de 6.3 por ciento en 2009 a 3.3 por ciento en 2014, quedando por debajo de lo estimado en las zonas urbanas que también tuvo un descenso (18.7% en 2009 y 16.8% en 2014). Lo mismo se observa por condición de habla de lengua indígena, donde las hablantes son las que presentan el más bajo porcentaje, además de que desciende en el periodo, de 12.6 a 9.6 por ciento; respecto a las no hablantes que también disminuye de 18.7 a 16.7 por ciento.

A pesar de que en los últimos años se ha dado 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 (ONU, 2010); con esta información se puede asumir 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 tanto 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 hacen recomendaciones 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. Es decir, 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 método 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, 2007: pág. 500).

5.5.3. Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas

En 2014, el porcentaje de MEFU con necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos en Quintana Roo es de 12.3 por ciento, ubicándose entre las entidades con mayor NIA con respecto al nacional con 11.4 por ciento (véase gráfica 5.17). Las entidades con mayor rezago en este indicador son: Chiapas, Oaxaca y Guerrero con 18.5, 17.7 y 14.1 por ciento, respectivamente, mientras que en el otro extremo se ubican Sinaloa, Chihuahua y Baja California, con porcentajes menores a diez (7.8, 8.3 y 9.2%, respectivamente).

5.5.4. Demanda total de métodos anticonceptivos MEFU

La demanda total de métodos anticonceptivos es un indicador que se construye con la prevalencia anticonceptiva más la necesidad insatisfecha, éste permite conocer el total de mujeres que requieren algún método, ya sea que lo utilicen o no, pero que desean espaciar o limitar su descendencia (USAID, 2012). Este dato es relevante para los programas de anticoncepción, al definir la magnitud y características del mercado real de métodos anticonceptivos.

La demanda total de anticonceptivos para las mujeres en edad fértil unidas en Quintana Roo es de 84.6 por ciento; dato superior al nacional que alcanza el 83.7 por ciento. Cabe resaltar que el dato de demanda total de la entidad está afectado por una prevalencia anticonceptiva de 72.3 por ciento, igual a lo estimado a nivel nacional. No obstante, la necesidad insatisfecha en la entidad es mayor (12.3%) que la estimada para el conjunto del país (11.4%), véase gráfica 5.18.

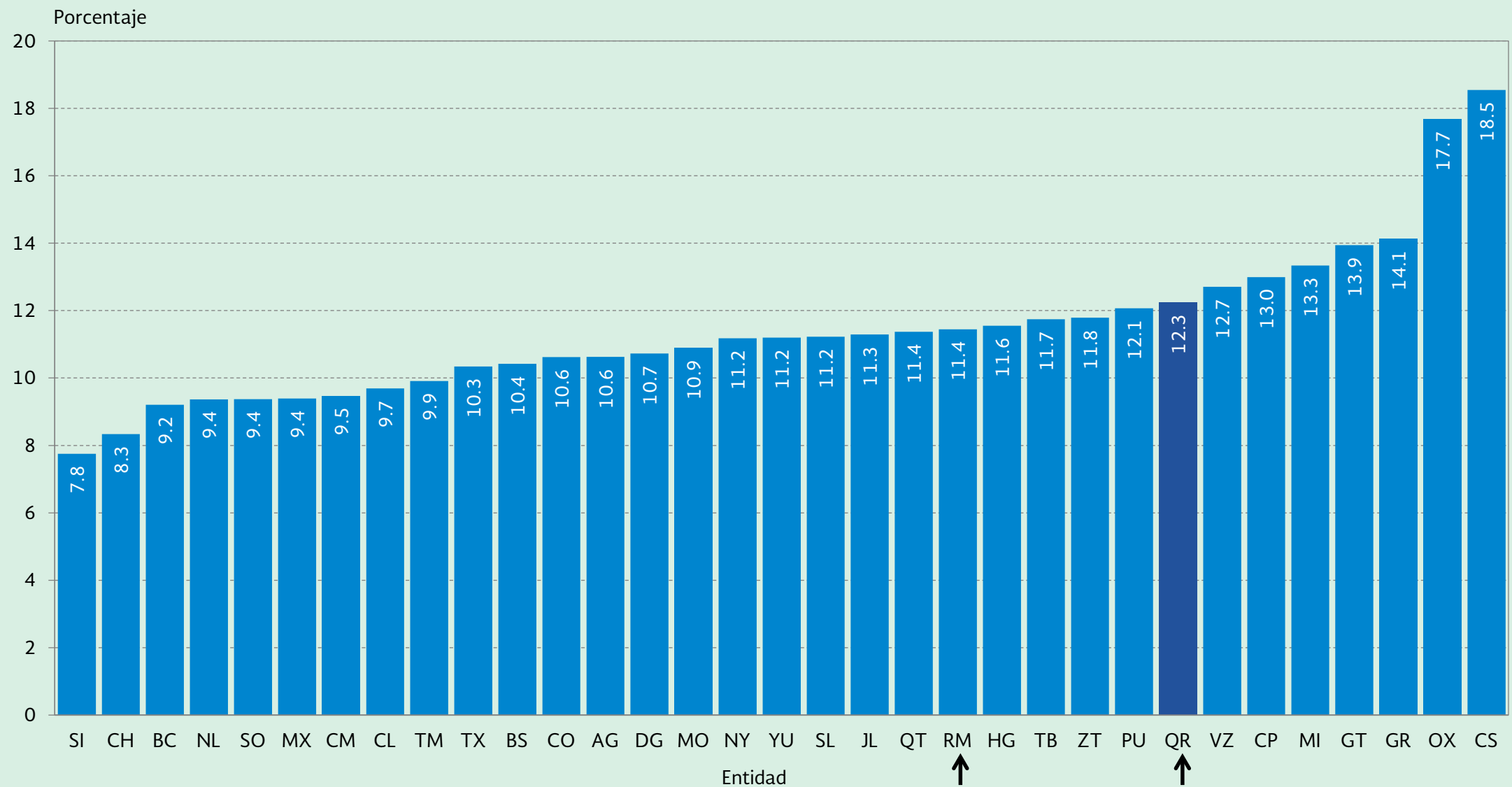
Las mujeres que no serán objetivo de los programas de planificación familiar, es decir, que no son parte de la demanda total, son aquellas que dan varias razones para no estar usando métodos anticonceptivos, aun cuando tampoco desean más hijos. Entre estas razones, es posible identificar que, en primer lugar, se encuentran los motivos relacionados con la falta de pareja, de pareja estable, o bien, por la ausencia temporal de la misma, seguida de las que dejan de tener relaciones sexuales por estar en la menopausia; así como por el temor a los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos; y, finalmente, en una muy baja proporción, inferior a uno por ciento, por no estar de acuerdo con el uso de la anticoncepción para regular la fecundidad.

5.6. Tipo de método anticonceptivo que utilizan y lugar de obtención

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

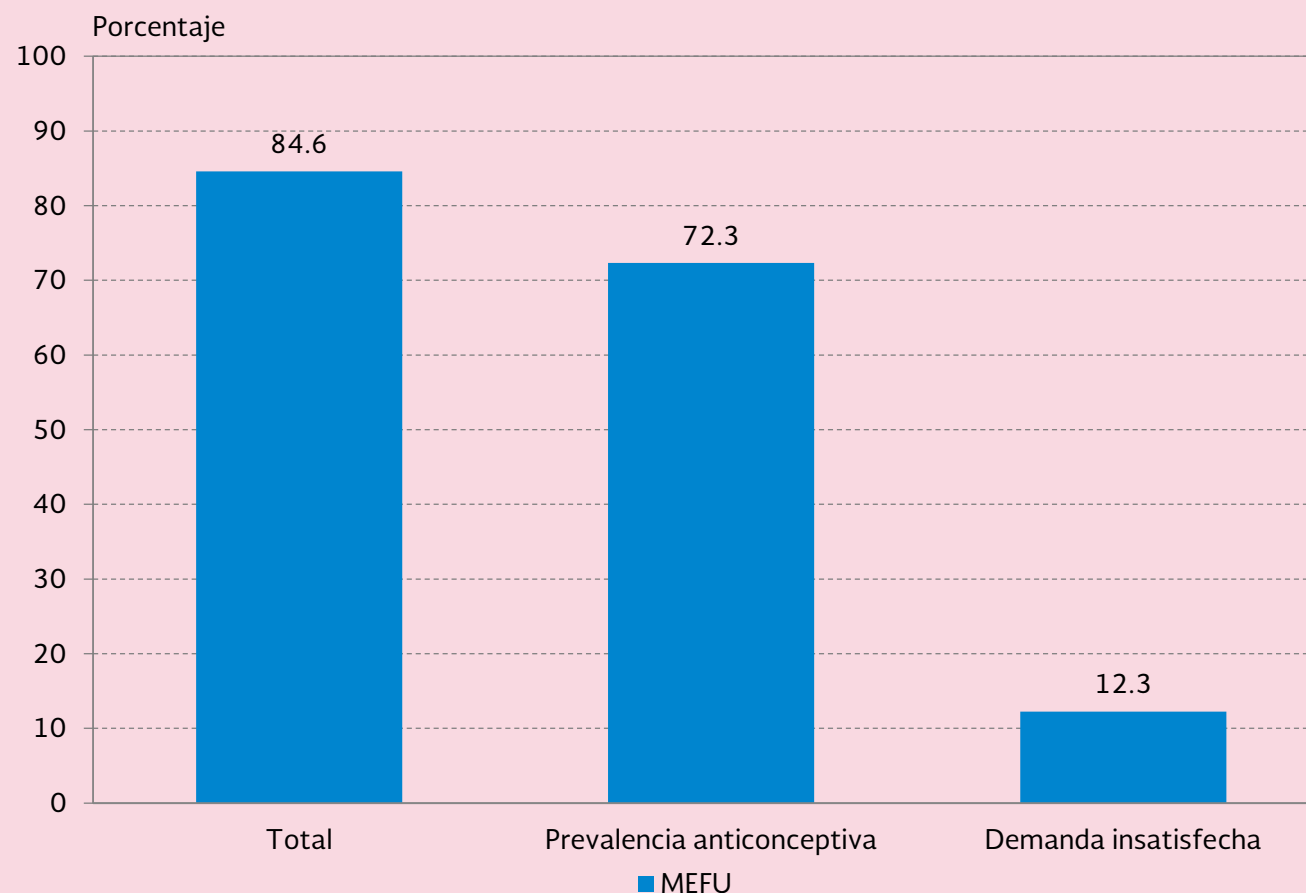


Gráfica 5.17. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO 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.

Gráfica 5.18. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014



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

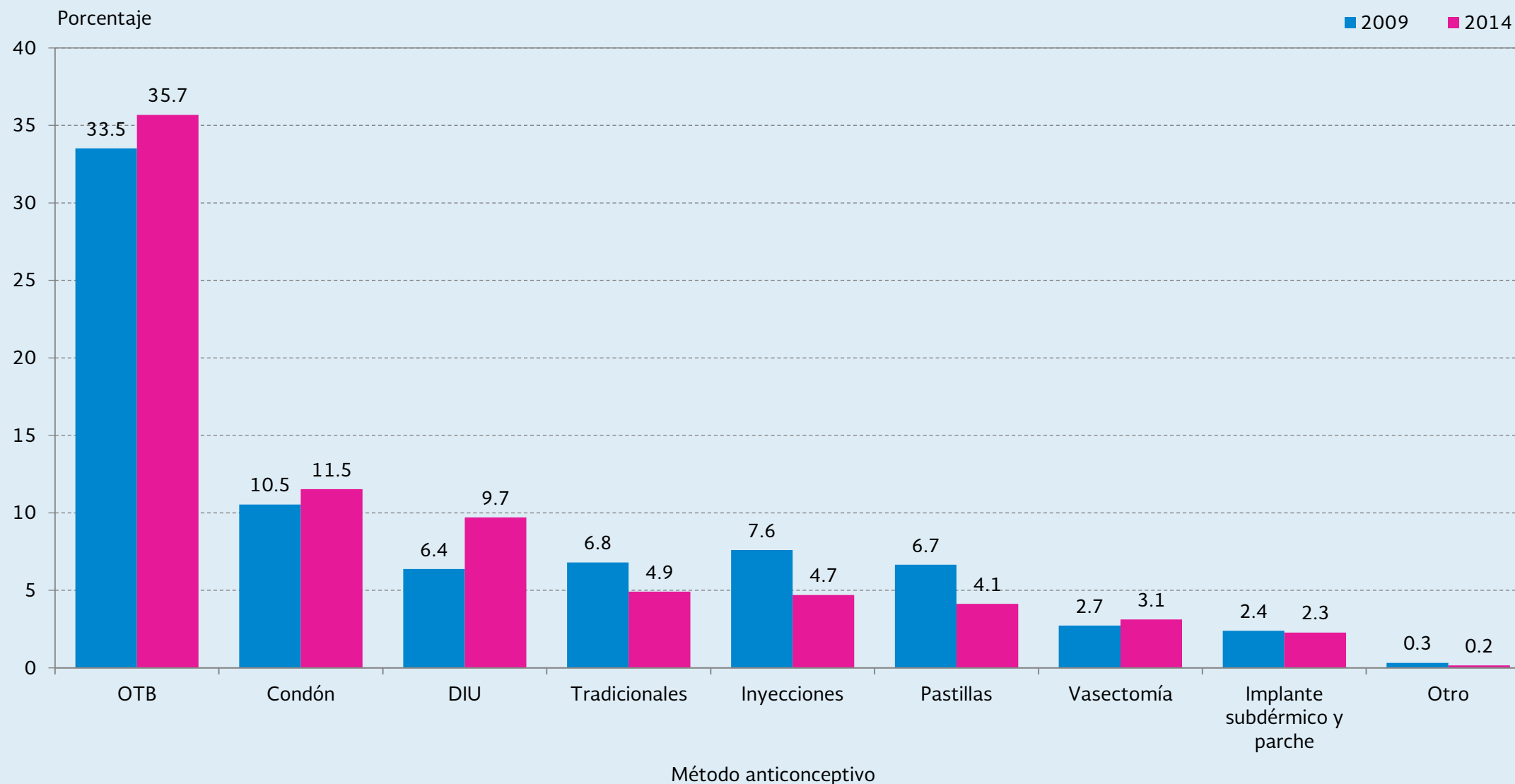
o mezcla del uso de los anticonceptivos permite identificar cuál es el tipo de demanda y sugiere características de acceso, abasto y desabasto que debe realizarse.

En ese sentido, la información se presentará 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 exunidas, lo que permitirá aproximarnos a las necesidades de anticoncepción de grupos de población con mayor exposición al riesgo de tener un embarazo no planeado o de adquirir alguna ITS, así como conocer

qué factores pueden dificultar el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos.

En la gráfica 5.19 se aprecia que, tanto en 2009 como en 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), los cuales son, la oclusión tubaria bilateral (OTB), que en 2009 se realizó el 33.5 por ciento de las MEFSA y para 2014 sube a 35.7 por ciento; el segundo más usado es el condón masculino, con porcentajes de usuarias de 10.5 y de 11.5 en esos mis-

Gráfica 5.19. Quintana Roo. 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.

mos años; y en tercer lugar el DIU, que fue usado por 6.4 por ciento de las MEFSAs en la encuesta de 2009 y para 2014 sube a 9.7 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, por ejemplo, en el caso de los métodos tradicionales (rit-

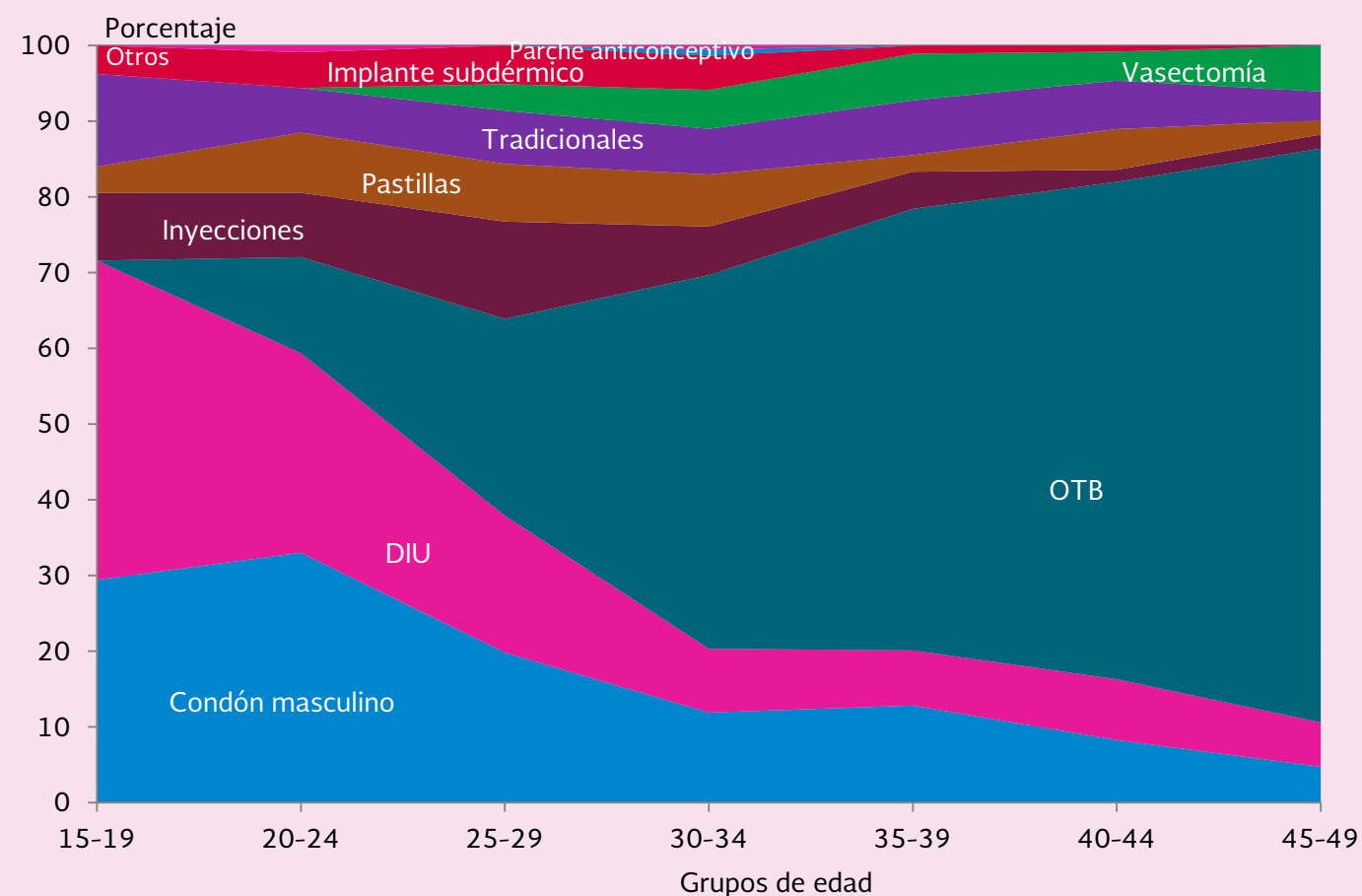
mo y retiro), que en 2009 el porcentaje de usuarias fue de 6.8 y para 2014 baja a 4.9 por ciento, así como, las inyecciones cuyo uso pasó de 7.6 a 4.7 por ciento, seguidas por las pastillas cuyos porcentajes fueron de 6.7 y 4.1, respectivamente. De igual forma, la práctica de la vasectomía continúa siendo baja (2.7 y 3.1% en las dos encuestas), en tanto que el implante subdérmico y parche, que en 2009 lo

usó 2.4 por ciento de las MEFSAs y para 2014 se mantuvo constante en 2.3 por ciento.

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 DIU (42.2%) y el condón masculino (29.4%), seguidos por los métodos tradicionales (ritmo y retiro) con 12.2 por ciento. En el caso de las mujeres de 20 a 24 años recurren a principalmente a cuatro métodos, aunque la mayor preferencia es por el condón masculino (33.0%) y el DIU (26.4%), le

siguen la OTB (12.7%) y las inyecciones (8.5%) véase gráfica 5.20. En el grupo de 25 a 29 años, la preferencia se distribuye en tres métodos anticonceptivos, la OTB (26.0%), el condón masculino (19.8%) y el DIU (18.1%). A partir del grupo de 30 a 34 años, la OTB se convierte en el primer método anticonceptivo más utilizado ya que 49.4 por ciento lo utiliza, y dicho porcentaje va aumentando conforme avanza la edad, hasta alcanzar 75.8 de usuarias, lo que indica que en las mujeres de Quintana Roo en estos grupos de edad es más marcado el uso para limitar los nacimientos.

Gráfica 5.20. Quintana Roo. 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.

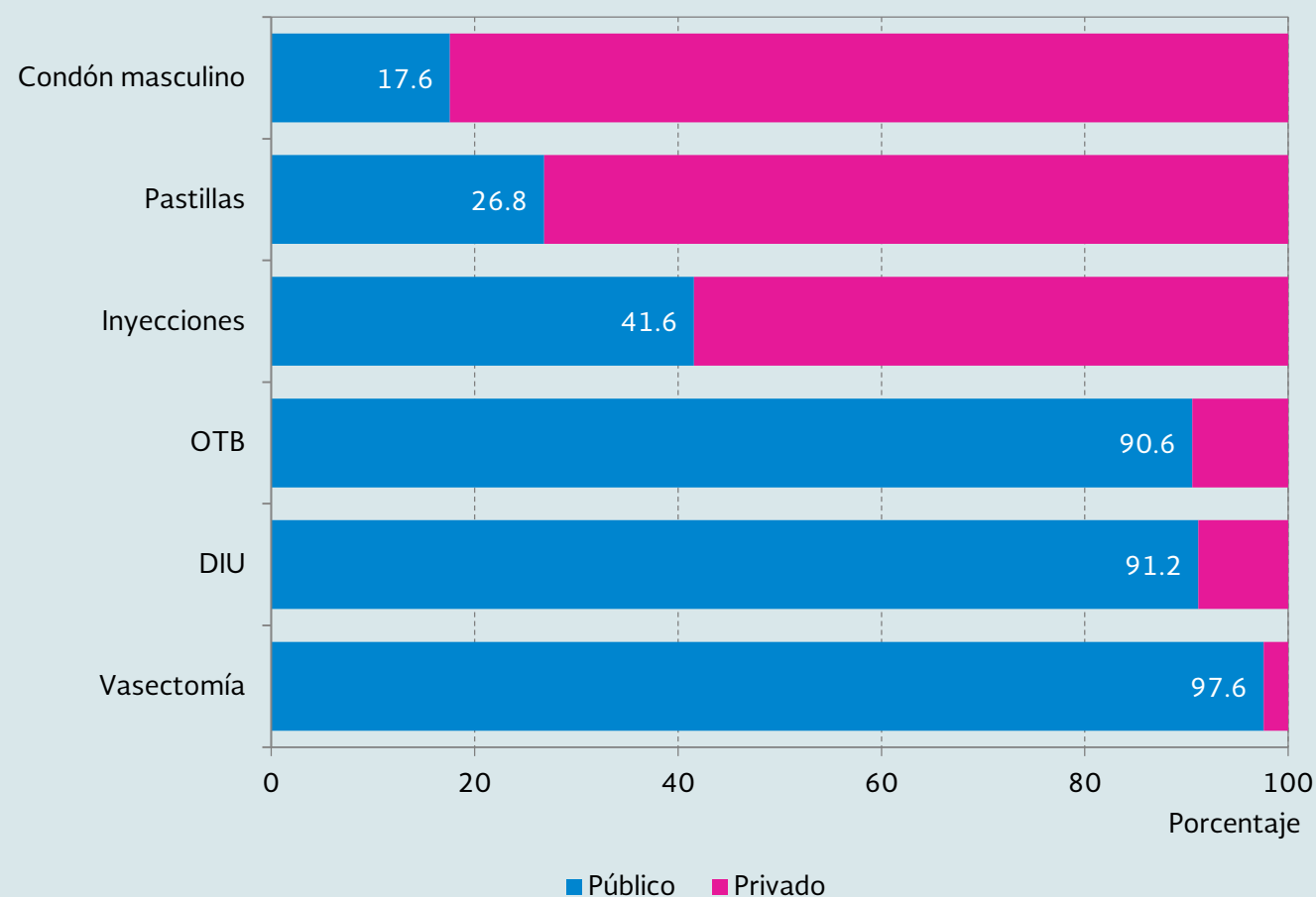
** Otros: Condón femenino, pastilla de emergencia y otros.

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

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 Quintana Roo en 2009, del total de mujeres en edad fértil sexualmente activas que usaban métodos anticonceptivos, 68.0 por ciento lo obtuvo en instituciones públicas; para 2014 este porcentaje aumenta a 70.6. Las MEFSAs acuden principalmente a las instituciones de salud del sector público para que les proporcionen métodos anticonceptivos modernos, de larga duración y definitivos, como la vasectomía, el DIU y la OTB; mientras que, en los privados en mayor medida por las inyecciones, las pastillas y el condón masculino (véase gráfica 5.21.).

Gráfica 5.21. Quintana Roo. 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.

5.6.1. 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 servicio en términos de salud sexual y reproductiva es un tanto compleja, 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 socioeconómico (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. En Quintana Roo, se encontró que a 68.6 por ciento de las mujeres en edad fértil actualmente usuarias de métodos anticonceptivos, le explicaron sobre las molestias que puede sentir; a 69.8 por ciento le dedicaron el tiempo suficiente para explicarle lo que necesitaba; a 69.9 por ciento le aclararon todas las dudas que tenía sobre el método anticonceptivo; a 76.1 por ciento le explicaron sobre los métodos que podía utilizar y a 79.2 por ciento le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia; y en caso de elegir definitivos, como la OTB y vasectomía, solo a 89.6 por ciento le informaron que ya no podría embarazarse; esto indica que en general, aproximadamente una tercera parte de las mujeres que acuden a solicitar un método de duración temporal no están recibiendo orientación al

momento de adoptar algún anticonceptivo y 10.4 por ciento que se realiza la OTB o vasectomía lo hace sin haber sido informada(o) que ya no podrá tener más hijos (véase gráfica 5.22).

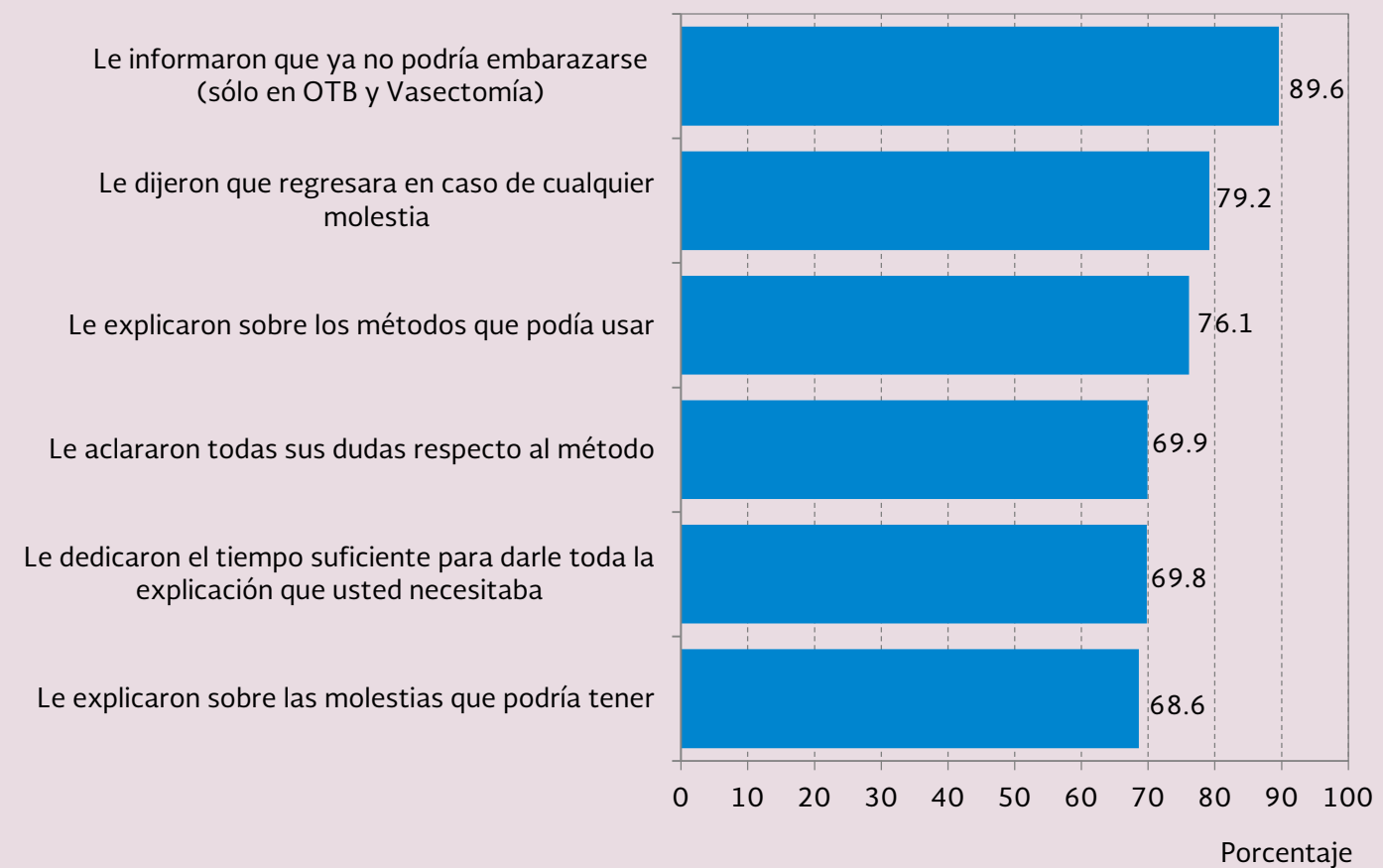
Brindar orientación con calidad implica que los usuarios reciban toda la información necesaria y completa; por ello, es ineludible que el prestador del servicio conozca a detalle toda la gama de métodos anticonceptivos para que oriente sin coerción y la asesoría sea confiable; maneje técnicas correctas 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 hombres explicándoles sobre aspectos diversos de la salud reproductiva para que identifiquen los factores que impidan o faciliten la adopción del método anticonceptivo; y finalmente, que domine técnicas de comunicación para proporcionar en forma óptima la asesoría y lograr una comunicación efectiva con las personas que atienden (Schiappacasse, 1997).

De acuerdo a la ENADID 2014 en Quintana Roo, solo 55.8 por ciento de las mujeres que acuden a los servicios de salud por un método anticonceptivo recibe la orientación completa, 32.3 por ciento recibe información incompleta; y a 11.9 por ciento no le brindaron información. De acuerdo al grupo de edad³⁷ las mujeres de 35 a 49 años son las que en mayor medida reciben orientación completa y es en las adolescentes (15 a 19 años) donde se presenta el mayor porcentaje de mujeres que no recibieron orientación (véase gráfica 5.23). Estos resultados muestran que es necesario reforzar o brindar capacitación a los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva con estricto apego a los derechos humanos.

³⁷ 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.

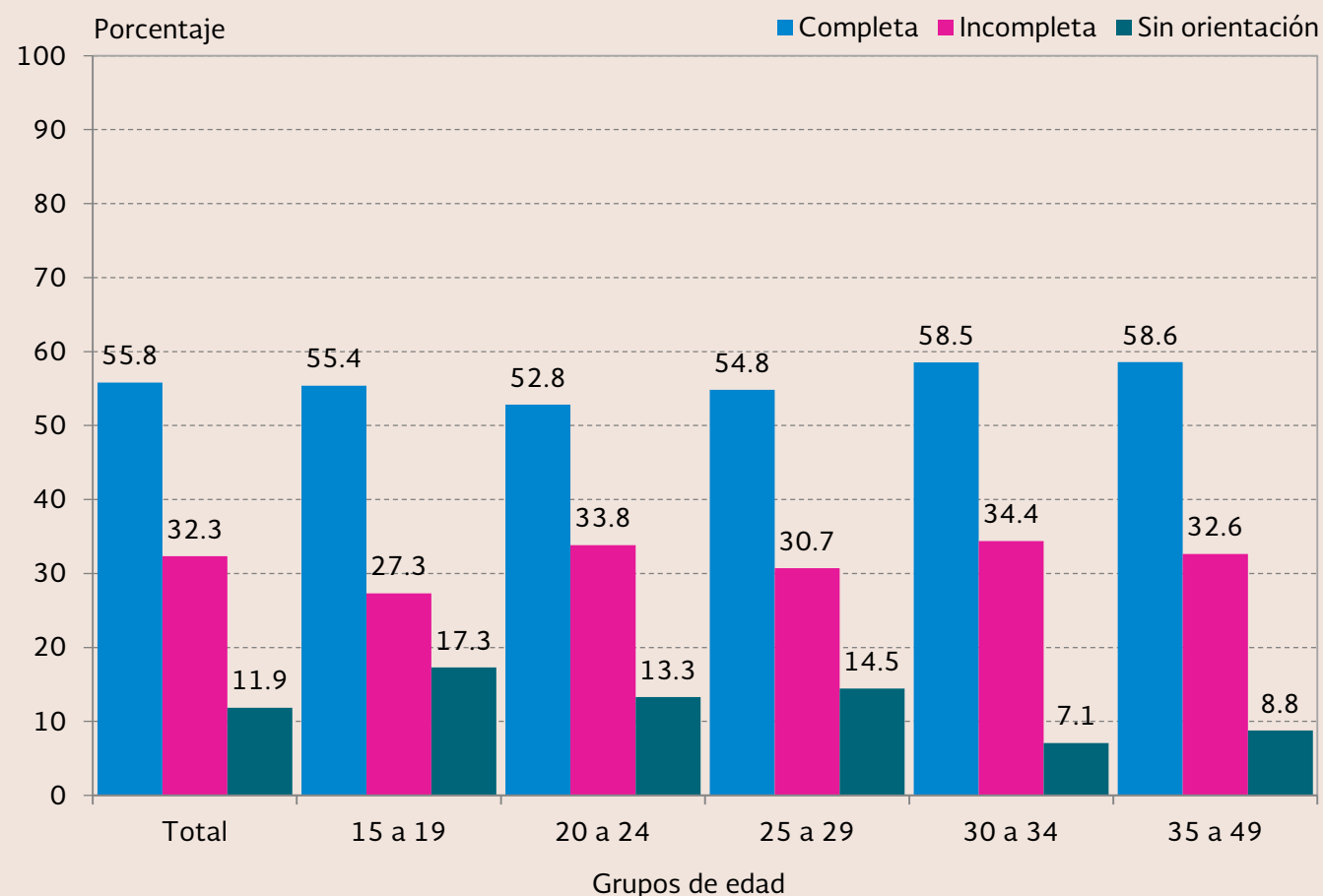


Gráfica 5.22. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de orientación recibida al momento de adoptar el método anticonceptivo, 2014



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

Gráfica 5.23. Quintana Roo. 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.

5.7. Anticoncepción posparto

La adopción de la anticoncepción en el posparto³⁸ permite disminuir 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

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.

del recién nacido y 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.

En Quintana Roo el porcentaje de mujeres en edad fértil que adquirió el método anticonceptivo en el postparto en 2009 fue 56.1, el cual disminuyó en 2014 (52.9%), además, este último porcentaje es mayor por 1.1 puntos porcentuales a lo estimado a nivel nacional (51.8%), lo que sugiere que en los últimos cinco años existió una promoción y asesoría inadecuadas sobre el uso de métodos anticonceptivos, así como una posible insuficiencia en la gama de anticonceptivos que se adecuara a las necesidades de las mujeres puérperas y de sus parejas.

Esa situación se refleja en casi todas las entidades federativas ya que en la mayoría hay un descenso del porcentaje en el último quinquenio, ubicando a Quintana Roo entre las entidades con el mayor porcentaje de mujeres que obtuvieron el método anticonceptivo en el postparto, respecto a lo estimado a nivel nacional, superando por 9.0 puntos porcentuales a Aguascalientes que presenta el menor porcentaje (43.9%) y quedando por debajo de Hidalgo en 7.5 puntos porcentuales, la cual es la entidad donde se presentó el mayor porcentaje de anticoncepción postparto (60.4%), véase gráfica 5.24.

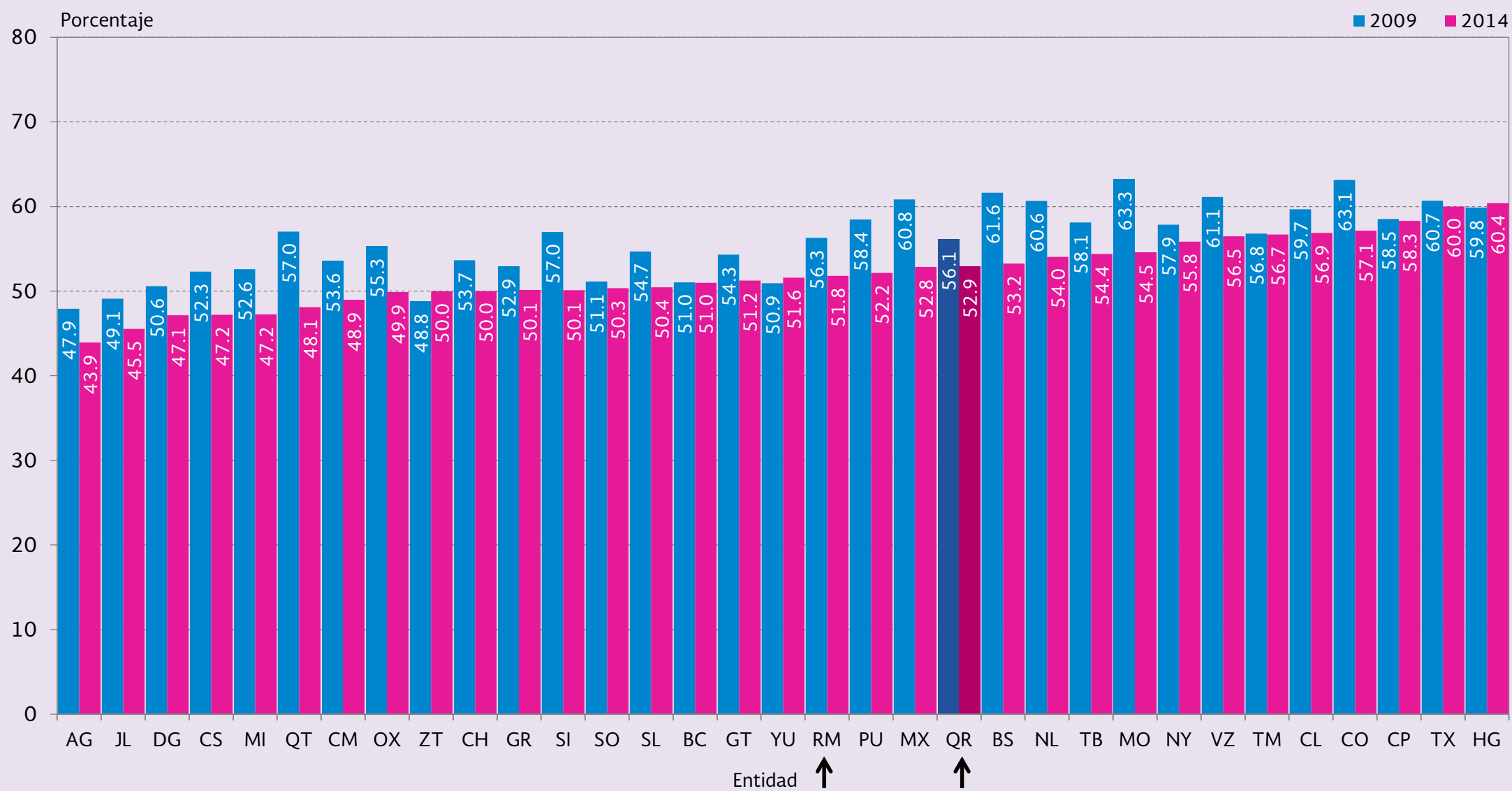
En Quintana Roo, la mayoría de las mujeres que deciden adoptar un método anticonceptivo en

el posparto, lo hacen sobre todo, para limitar su descendencia, esta situación se observa desde 2009 donde el porcentaje de mujeres que se practicaron la OTB fue de 82.1 por ciento y para 2014 baja a 79.0 por ciento; y, el resto busca espaciar el siguiente embarazo, por lo que en este caso 12.7 por ciento en 2009 y 17.1 por ciento en 2014, recurrieron a la adopción del DIU; y en cuanto a la adquisición de otro tipo de métodos como pastillas, inyecciones, y parches, entre otros, el porcentaje continúa siendo bajo, y se observa una reducción de 5.3 a 4.0 por ciento, respectivamente (véase gráfica 5.25).

La reducción del presupuesto destinado a la planificación familiar y la anticoncepción se visibiliza en las acciones operativas del sector salud, debido a la disminución observada de la cobertura postparto o post evento obstétrico en tan solo cinco años (Presidencia de la República, 2011). Por lo que es necesario un exhorto a dar prioridad a los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, además de implementar estrategias que sensibilicen 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 como prioritarios en la agenda pública.

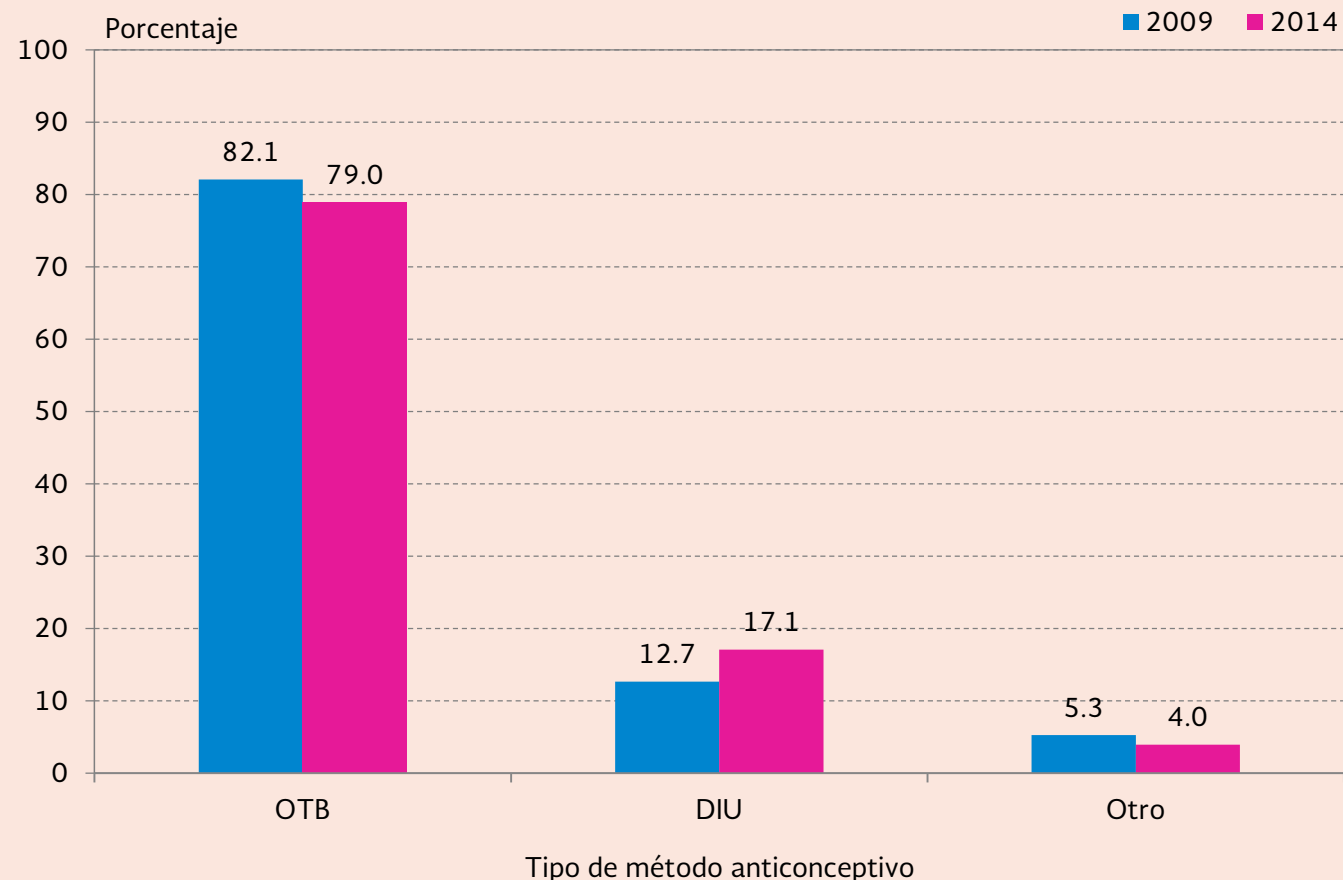


Gráfica 5.24. Porcentaje de mujeres en edad fértil que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2009 y 2014



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

Gráfica 5.25. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que adquirieron en el postparto, 2009 y 2014



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

Conclusiones

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es un pre requisito para que las mujeres puedan elegir de manera informada algún método anticonceptivo según las necesidades y/o preferencias. En Quintana Roo la mayoría de las mujeres tiene conocimiento de la existencia de al menos un método anticonceptivo, sin embargo al indagar sobre el conocimiento funcional se reduce el porcentaje de MEF que sabe cómo debe usarlo, situación que indica la urgencia por reforzar las acciones capacitación y orientación de los servidores públicos.

El inicio de la vida sexual marca importantes transiciones en la vida, por lo que este inicio debería ir acompañado de la adopción de algún método anticonceptivo y con la información necesaria; ya que, 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, 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 en la entidad son la baja escolaridad, la residencia

rural, el habla de lengua indígena y que las mujeres no tengan hijos nacidos vivos. Aunque las adolescentes sexualmente activas tuvieron un aumento de prevalencia anticonceptiva, éste no ha sido suficiente dado que continúan manteniéndose como el grupo de mujeres que hace menos uso de métodos anticonceptivos respecto al resto de MEPSA.

A su vez dados los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos modernos y la participación masculina, es necesario implementar mejoras en la orientación y sensibilización que brinden los prestadores de servicios así como adquisición de métodos anticonceptivos modernos para que puedan ser ofertados a las mujeres y sus parejas en el sector público; al igual que incentivar la corresponsabilidad por parte de los hombres por lo menos en el uso del condón a fin de lograr la doble protección, es decir, que se protejan tanto de un embarazo como de una infección de transmisión sexual.

Asimismo, es importante resaltar que las brechas en los indicadores de prevalencia anticonceptiva entre hablantes y no hablantes de lengua indígena se amplían cada vez más, lo cual puede ser reflejo de servicios de SSR no acordes a esta población, o bien que la educación integral en sexualidad se está impartiendo de manera inadecuada, aunado a que los usos y costumbres continúan mostrando una gran preponderancia; es decir, que las políticas en salud, educación y sociales, no han sido correctamente focalizadas a la población indígena, de acuerdo a sus necesidades.

En ese sentido, es indispensable mejorar la orientación y sensibilización que brinden los prestadores de servicios, así como mejorar la educación integral en sexualidad desde la infancia que permita a los jóvenes desarrollar mejores habilidades en la toma de decisiones encaminadas hacia su salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

- Cleland, John *et al.* (2006), “Family Planning: The unfinished agenda”, en: *The Lancet Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, núm. 9549, pp. 1810-1827, Series, octubre, consultado en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf (23 de febrero de 2016).
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2001), *La población de México en el nuevo siglo*. Primera edición, México, Distrito Federal.
- _____ (2014), *Programa Nacional de Población 2014-2018*, Primera edición, México, Distrito Federal.
- 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 e Ivonne Szasz (coords.), *Sucedo que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, El Colegio de México. México, Distrito Federal.



- Juárez, Fátima et al. (2010), *Barreras para la maternidad segura en México*, Guttmacher Institute, Nueva York, consultado en <http://informe.gire.org.mx/rec/barreras.pdf> (25 de febrero de 2016).
- Mendoza, Doroteo et al. (2009), “35 años de la planificación Familiar en México”, en: *La situación demográfica de México 2009*, CONAPO, México, Distrito Federal.
- 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. México, Distrito Federal.
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2010), *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2010. Podemos erradicar la pobreza 2015*, Nueva York, consultado en http://www.un.org/es/millennium-goals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf (25 de febrero de 2016)
- Presidencia de la República (2011), *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2010*, Primera edición, agosto 2011, México, Distrito Federal.
- Schiappacasse, Verónica (1995), “Calidad de Atención: un Marco de Referencia”, en: Díaz, Soledad, Soledad Sánchez, y Mónica Silvamonge, (eds.), *Realidades y Desafíos, Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago de Chile.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010), “Salud Reproductiva y Desigualdades en la Población”, en Brígida García y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México, Tomo I. Población*. El Colegio de México, México, Distrito federal.
- UNFPA [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.
- Walti, 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, México, Distrito Federal.



Salud materno-infantil

Los servicios de salud que se brindan a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio buscan garantizar su derecho y el de sus hijo(a)s a transitar estas etapas en condiciones seguras y protegidas. El acceso a las pruebas de salud y consultas necesarias permite observar la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva, por lo que, proporcionan información relevante para dar seguimiento a las acciones implementadas en pro de mejorar la atención materna e infantil.

La salud materno-infantil es uno de los componentes de la salud sexual y reproductiva que se centra en la salud de la mujer y del niño durante el embarazo, parto y puerperio, este enfoque garantiza el derecho a tener un embarazo en condiciones seguras y protegidas. La forma cómo se desarrolla el embarazo, así como los cuidados que se tengan previos y posteriores a éste, influyen en gran medida en la salud de la madre, que a su vez impacta en la salud de la persona recién nacida, por ello resulta tan relevante medir el avance en los indicadores asociados al tema.

6.1 Atención prenatal

La atención prenatal, se refiere a la serie de visitas o consultas de la embarazada con el personal de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo³⁹ y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. En esta atención se da seguimiento a la evolución del embarazo y parto, para detectar los síntomas de urgencia obstétrica; y permite a las mujeres hacer valer su derecho a recibir atención de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía (ss, 2016).

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio (NOM 007-SSA2-2016) dicta que la unidad de salud debe promover que una mujer con un embarazo de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación, es decir, en el primer trimestre.

En Quintana Roo el porcentaje de mujeres en edad fértil que acudieron a atención prenatal⁴⁰ en el primer trimestre de embarazo fue de 83.8 por ciento, ubicán-

³⁹ En situaciones ideales la atención prenatal incluso debería comenzar antes del embarazo.

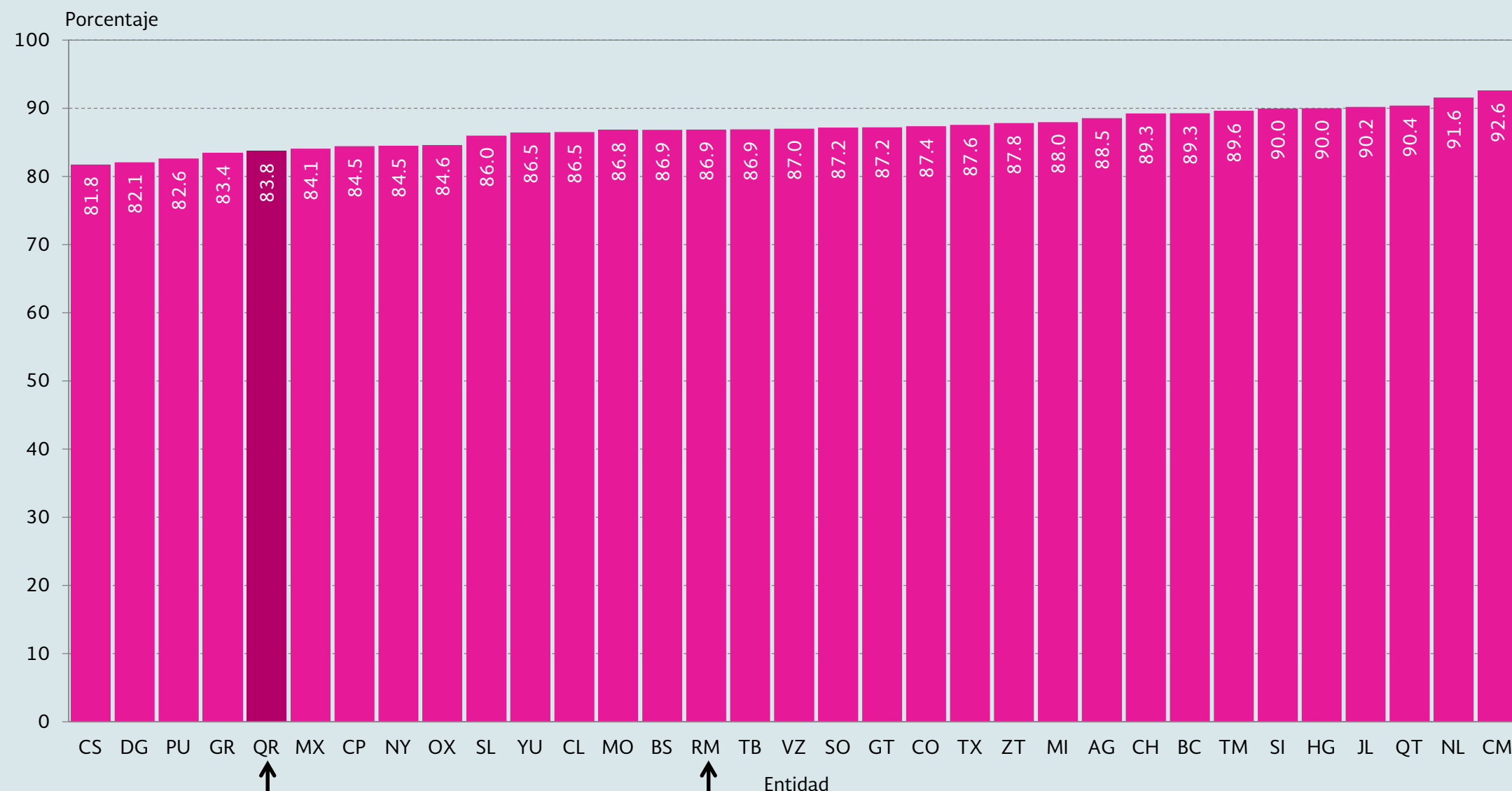
⁴⁰ Sólo se considera a las mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.



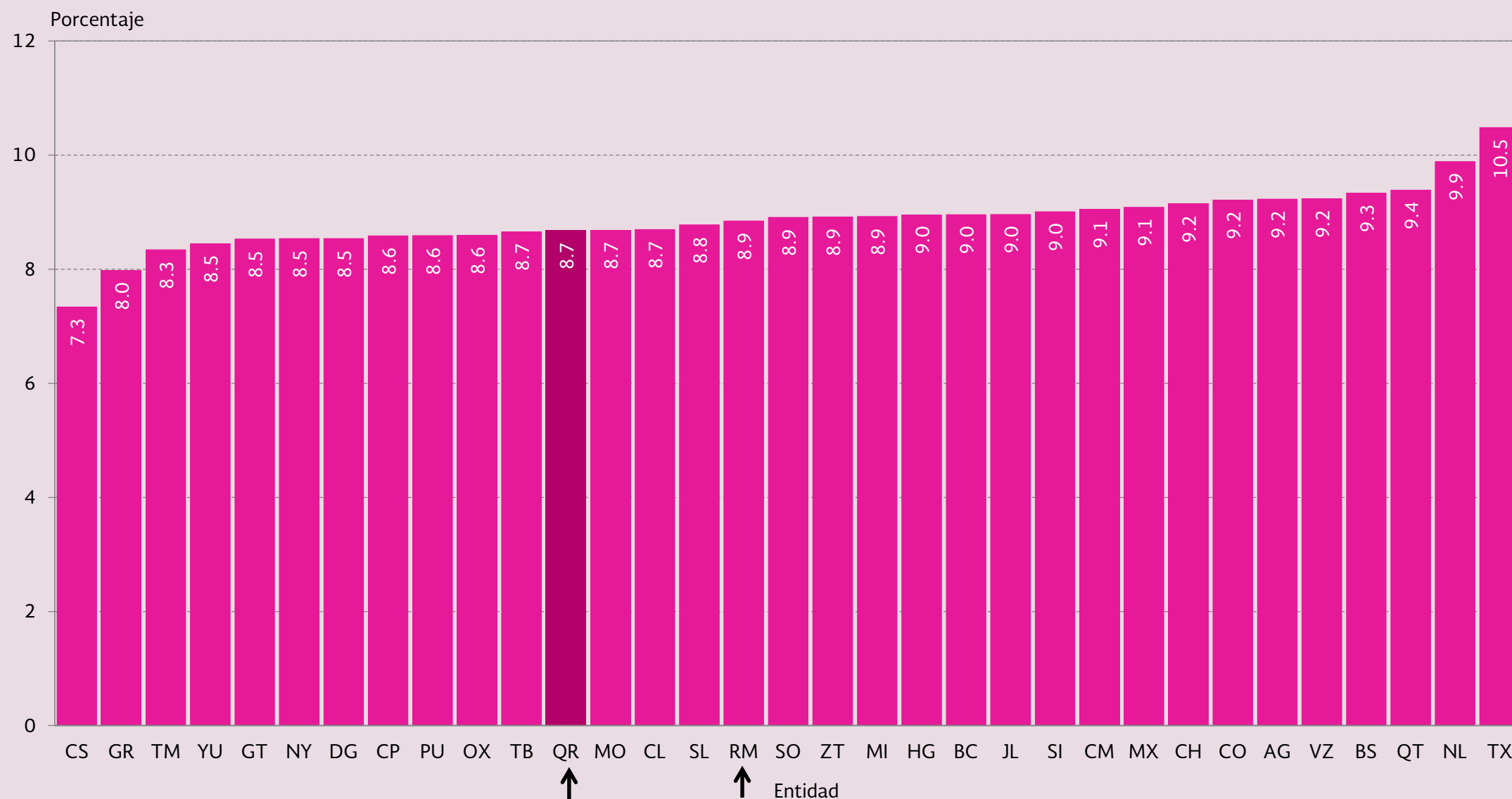
dose como una de las entidades con menor porcentaje de mujeres con atención prenatal, respecto al nivel nacional cuyo porcentaje fue de 86.9 por ciento, además queda a 8.8 puntos porcentuales por debajo de la Ciudad de México que es la entidad con el porcentaje más alto (92.6%) y 2.0 puntos porcentuales por arriba de Chiapas que es la entidad con el menor porcentaje de consultas (81.8%), véase gráfica 6.1.

En lo que se refiere al número promedio de revisiones prenatales durante el embarazo (véase gráfica 6.2), en la entidad las mujeres acuden a 8.7 consultas en promedio, lo que sitúa a Quintana Roo entre las entidades con menor promedio de consultas, ubicándola ligeramente por debajo del nivel nacional, que se estima en 8.9 revisiones en promedio, sin embargo, debe destacarse que dichos valores supe-

Gráfica 6.1. Porcentaje de mujeres en edad fértil¹ que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por entidad federativa, 2014



¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

Gráfica 6.2. Número promedio de revisiones prenatales de mujeres en edad fértil¹ por entidad federativa, 2014

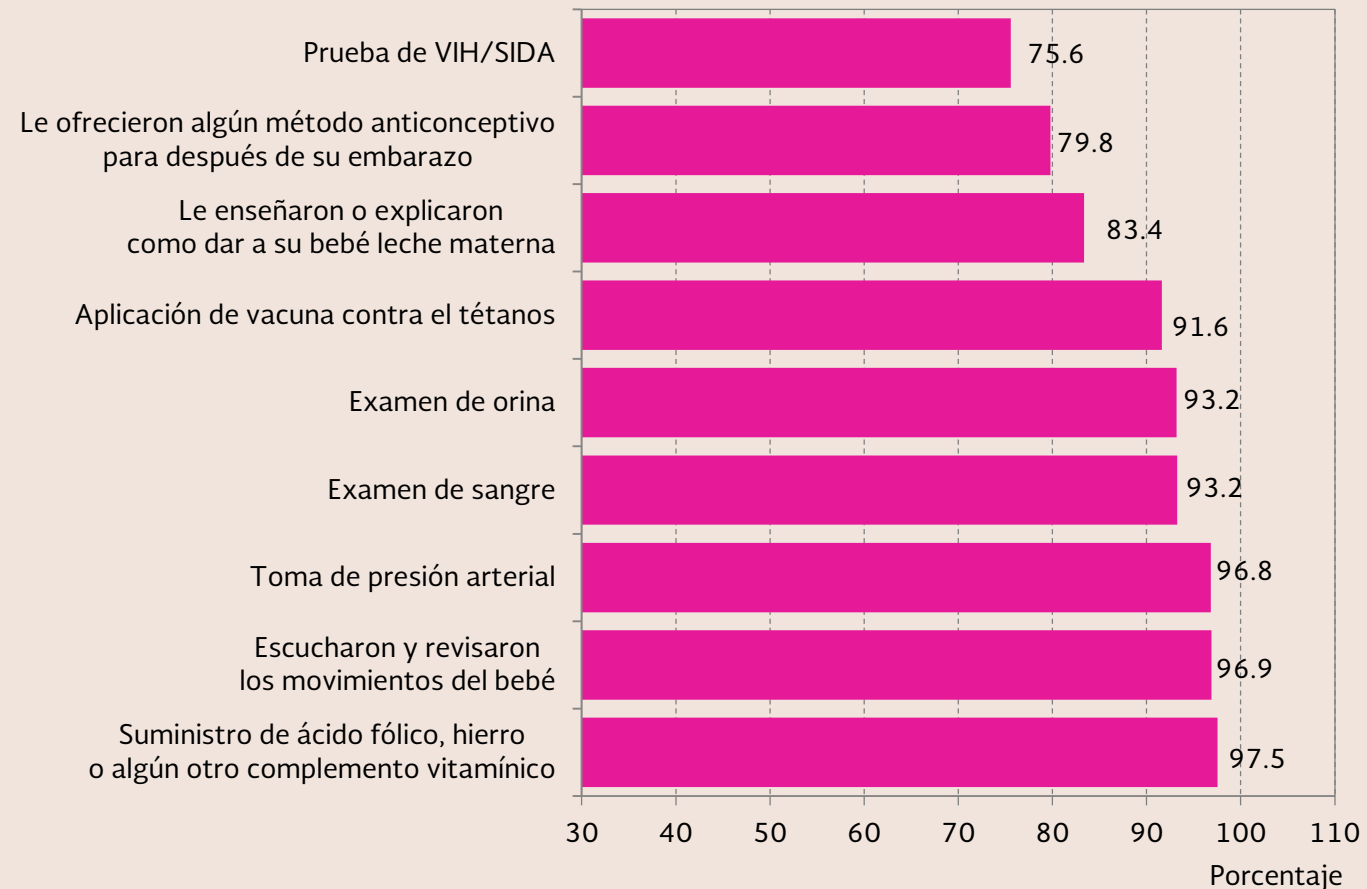
¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

ran a las cinco revisiones prenatales establecidas por la NOM 007-SSA2-2016. Asimismo, la entidad presenta una diferencia de 1.8 consultas menos respecto a Tlaxcala, entidad con el mayor número promedio de revisiones prenatales (10.5%).

Por su parte, el tipo de revisiones que les realizaron a las mujeres en las consultas prenatales (véase gráfica 6.3), muestra que, como lo señala la Norma,

en Quintana Roo a 96.8 por ciento le tomaron la presión arterial, a 96.9 le escucharon o revisaron los signos vitales al bebé, mientras que a 93.2 le realizaron examen de sangre y a 93.2 de orina; asimismo, la prueba de VIH/SIDA únicamente se le realizó a 75.6 por ciento de ellas. Lo anterior, representa un hallazgo importante, ya que los programas de salud buscan erradicar la transmisión vertical del VIH/SIDA, por lo

Gráfica 6.3. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil¹ según tipo de revisión que le realizaron en las consultas prenatales, 2014



¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

que sería necesario garantizar que a todas las embarazadas se les realice esta prueba, y en caso de que el resultado sea positivo tomar las medidas necesarias; sin embargo, los datos anteriores muestran que de inicio la prueba no es universal.

Asimismo, para prevenir cualquier complicación en la madre durante y después del parto, a 91.6 por ciento de las mujeres se les aplicó la vacuna contra el tétanos. De igual forma, con el fin de ayudar al desarrollo del bebé, a 97.5 de las mujeres se les indicó que tomaran ácido fólico, hierro o algún otro complemento vitamínico. Igualmente, para ayudarlas al cuidado de sus hijos después del parto a 83.4

por ciento se les enseñó o explicó cómo dar leche materna. Otro aspecto relevante es que solamente a 79.8 por ciento se les ofreció algún método anticonceptivo para después de su embarazo durante las revisiones prenatales.

6.2. Atención del parto

Uno de los factores indispensables para disminuir la mortalidad materna e infantil es la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. La falta de disponibilidad de los recursos médico-hospitalarios y las deficiencias en la aten-

ción del parto con frecuencia ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y de su hijo, ya que el mayor riesgo se puede presentar en el momento del nacimiento (CONAPO, 2012). Se considera como agentes calificados para atender un parto a los médicos, enfermeras, y parteras; éstas últimas, en años recientes han sido revaloradas y capacitadas por el personal médico para ayudar a las mujeres a cursar embarazos saludables, a tener partos normales y reconocer la aparición de complicaciones, sobre todo en entornos rurales.

En Quintana Roo 94.2 por ciento de las mujeres durante el parto fueron atendidas por médicos, cifra ligeramente por debajo del nacional que es de 94.8 por ciento, y solamente 2.1 por ciento de los nacimientos fueron conducidos por las enfermeras auxiliares o promotoras de la salud; y las parteras atendieron a 3.1 por ciento de las mujeres (véase cuadro 6.1).

De acuerdo al lugar de residencia, en el contexto urbano un mayor porcentaje de mujeres fue atendida por un médico durante el parto (95.3%) y 2.2 por ciento por una enfermera o auxiliar; a su vez, en zonas rurales el porcentaje de mujeres atendidas por un médico disminuye a 85.8 por ciento y 13.1 por ciento fueron asistidas por parteras.

Por otra parte se identifica que entre las mujeres con mayor escolaridad, la atención del parto está dada principalmente por un médico (95.4%) y en las mujeres con primaria incompleta o menos en un porcentaje de 83.8 por ciento. Es importante resaltar que, los partos atendidos por una enfermera y partera reflejan el patrón contrario, mostrando los mayores porcentajes en las menos escolarizadas, los cuales disminuyen conforme aumenta la escolaridad.

En la NOM 007-SSA2-2016 se menciona que en todo establecimiento para la atención médica del parto se deben aplicar las normas y procedimientos que favorezcan la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, y en particular se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. En esta misma Norma al igual que como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), así como otros documentos especializados en el tema (CENETEC, 2014), se establece que el porcentaje de cesáreas no debe exceder el 20.0 por ciento de los partos atendidos. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, y el riesgo que ésta conlleva, en sí misma, de desarrollar complicaciones en el corto y largo plazo, tanto para la madre como para sus hijos, con el consecuente efecto negativo sobre su salud.

Cuadro 6.1. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil¹ por características seleccionadas según tipo de agente que atendió el parto, 2014

Características seleccionadas	Tipo de agente			
	Médico	Enfermera/ auxiliar/ promotora de salud*	Partera o comadrona*	Otro/ ella sola*
Total	94.2	2.1	3.1	0.7
Lugar de residencia				
Rural	85.8	1.2	13.1	0.0
Urbano	95.3	2.2	1.8	0.7
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad y primaria incompleta	83.8	6.5	9.8	0.0
Primaria completa	92.0	3.5	4.6	0.0
Secundaria y más	95.4	1.5	2.3	0.8

¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

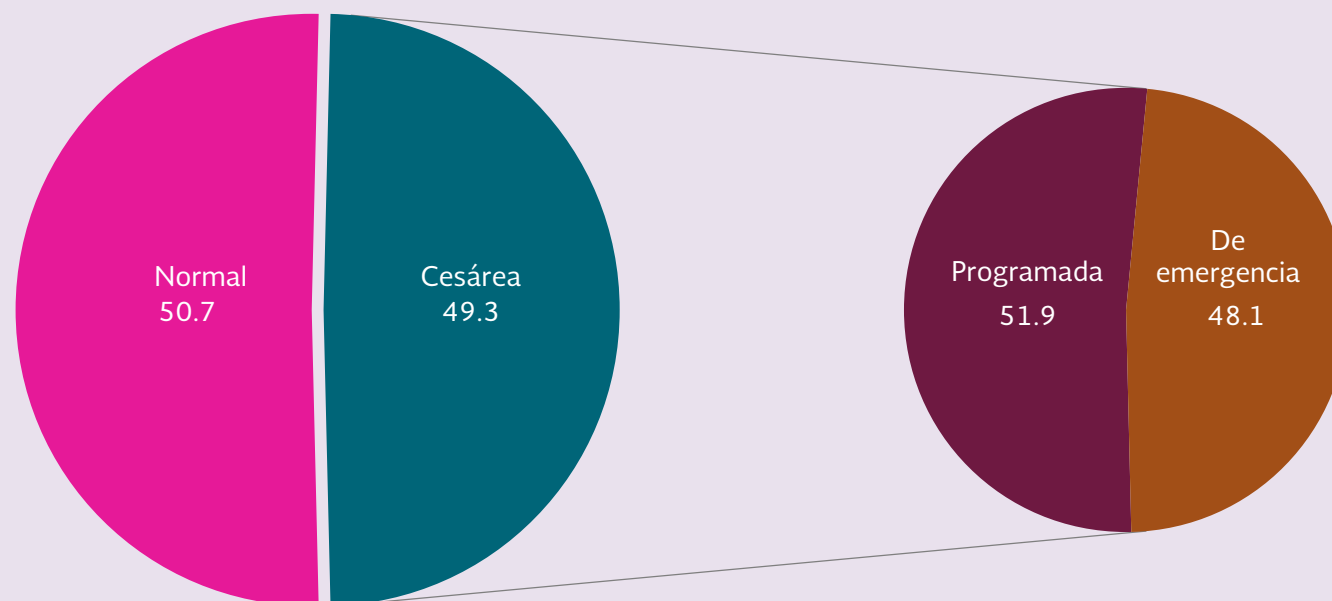
*Calculado con menos de 30 casos muestrales en el numerador.

En este sentido, en Quintana Roo se observa que 50.7 por ciento de los partos fueron vía vaginal y 49.3 por ciento se llevaron a cabo por cesárea, niveles que difieren del nacional (53.7 y 46.3%, respectivamente) y que exceden por mucho al 20.0 por ciento establecido en la Norma de Salud. Sin embargo, del porcentaje total de cesáreas realizadas en la entidad, 51.9 por ciento fueron programadas y 48.1 por ciento se realizaron como emergencia (véase gráfica 6.4).

6.3. Lactancia materna

La práctica de la lactancia materna es un factor relevante en la salud materno infantil ya que, en particular durante el primer año de vida es una fuente de nutrientes que contiene inmunizadores para los niños frente a ciertas enfermedades, y está directamente relacionado con la infertilidad posparto, por lo tanto incide en el espaciamiento de los nacimientos (CONAPO, 2000).

Gráfica 6.4. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil¹ según tipo de parto, 2014



¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

Al respecto, la NOM 007-SSA2-2016 establece que en todos los centros para la atención médica en los que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los procedimientos necesarios para impulsar la práctica de lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados, atendiendo a las condiciones sociales y culturales de la mujer lactante. Asimismo la Norma establece

que se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, e instar a continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de edad, informando en todo momento a las embarazadas y madres acerca de sus beneficios y de las implicaciones derivadas en el uso del biberón y de los sustitutos de la leche materna.

Gráfica 6.5. Porcentaje de mujeres en edad fértil¹ que dieron leche materna al recién nacido por entidad federativa, 2014



¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

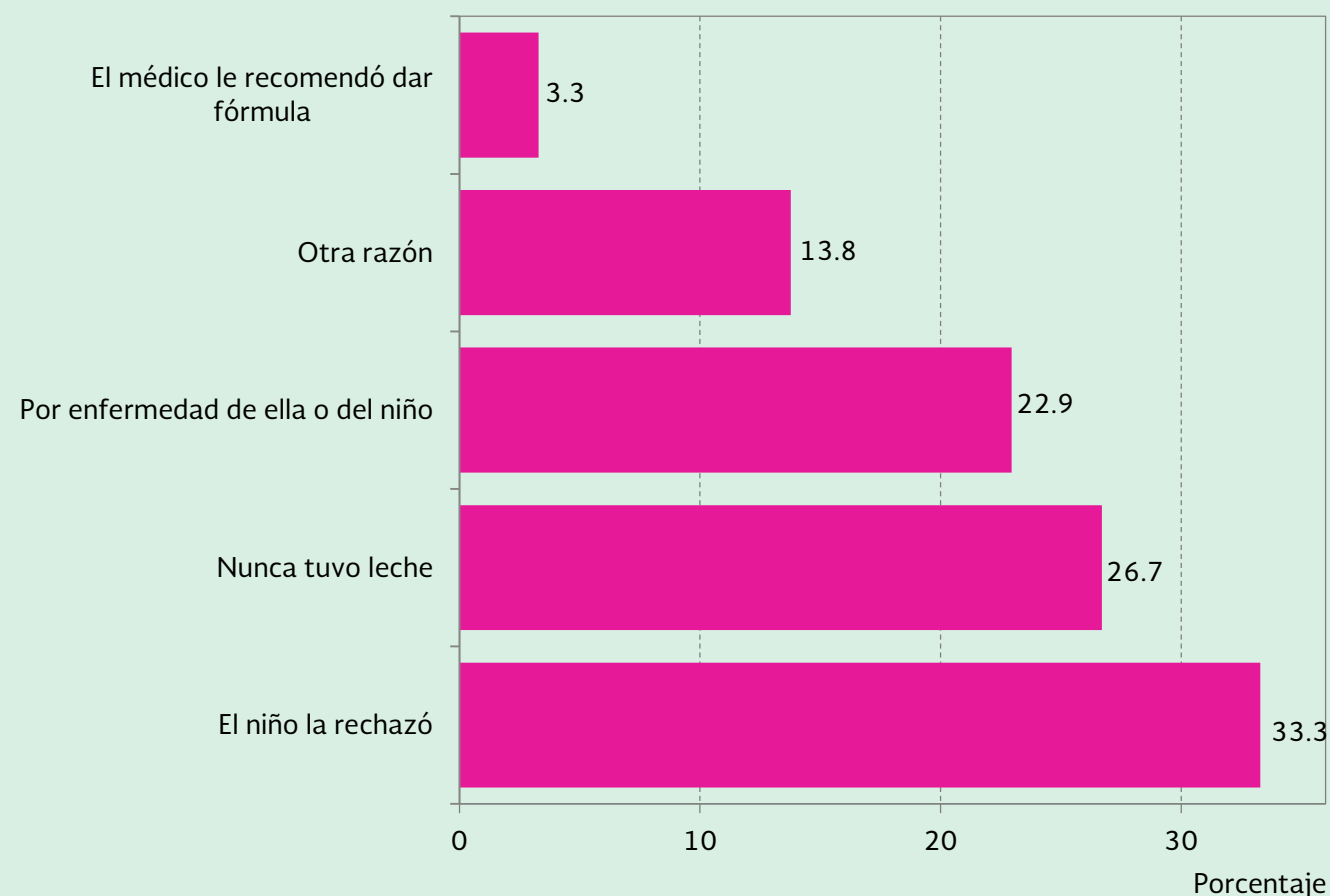
En lo que se refiere a la entidad federativa 91.6 por ciento de las mujeres en edad fértil dieron leche materna al recién nacido, cifra inferior al dato nacional de 92.2 por ciento (véase gráfica 6.5). En Quintana Roo, el número promedio de meses que las mujeres lactaron fue de 9.1 meses, prácticamente igual al promedio en la República Mexicana que es de 9.2 meses. Del porcentaje de mujeres en edad fértil que no dieron leche materna al recién nacido en la entidad (8.4%), el principal motivo fue porque el niño(a) la rechazó (33.3%), seguido porque nunca tuvo leche (26.7%) y por enfermedad de ella o del

niño(a) (22.9%), y destaca que, contrario a lo que señala la NOM 007-SSA2-2016, 3.3 por ciento de las mujeres declaró que el médico le recomendó leche de fórmula, aunque se desconoce si fue por motivos de salud (véase gráfica 6.6).

Conclusiones

La salud materno infantil en Quintana Roo, en general, muestra que existe un cumplimiento en lo establecido en las Normas Mexicanas de Salud, aunque se encuentra entre las entidades con menor

Gráfica 6.6. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil¹ según razón de no amamantamiento, 2014



¹Mujeres con últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2014.

porcentaje de MEF que asisten a revisiones prenatales, sin embargo, la mayoría de los partos son atendidos por un médico. En cuanto a lactancia materna, aunque el promedio de meses de lactancia supera lo establecido por la norma de salud, que son seis meses, es importante reforzar la información en las mujeres que no amamantaron, ya que entre las razones de esta situación una proporción menciona que nunca tuvo leche o que el niño la rechazó, lo que puede deberse a que no se les proporcionó suficiente información sobre el proceso a seguir para lograr un adecuado amamantamiento. Además un porcentaje importante menciona que el médico le recomendó la fórmula, lo que va en contra de lo dicta la norma de salud.

Otro hecho a resaltar en la entidad, es que los partos por cesárea superan por mucho el 20 por ciento que establece la NOM 007-SSA2-2016, por lo que es necesario concientizar tanto al personal médico como a las mujeres de los efectos negativos de esta práctica sobre la salud de éstas. En este sentido, también es necesario empoderar a las mujeres para que exijan a los médicos un trato digno en el marco del cumplimiento de los derechos humanos y reproductivos y de lo que establece la norma de salud, con referencia a dar prioridad a la conducción no medicalizada del parto, con excepción únicamente de aquellos casos en los que corre riesgo la vida de la madre o del producto.

En este contexto, los elementos expuestos en este análisis nos permiten pensar que lograr la cobertura universal en salud no es sinónimo de acceso universal y, más aún, de acceso efectivo a los servicios de salud. Los encargados de las políticas de salud

materna en la entidad 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 comprensivos 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.

Bibliografía

- CENETEC [Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud] (2014), *Guía de Práctica Clínica. Reducción de la Frecuencia de operación cesárea. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08.*
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2000), *Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana.* México, Distrito Federal.
- SS [Secretaría de Salud] (2016), Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación*, consultado en [<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>] (25 de febrero de 2016).
- OMS [Organización mundial de la Salud] (2015), *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* Ginebra, Suiza, consultado en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf] (27 de enero de 2016).



SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



 **CONAPO**
CONSEJO NACIONAL DE
POBLACIÓN