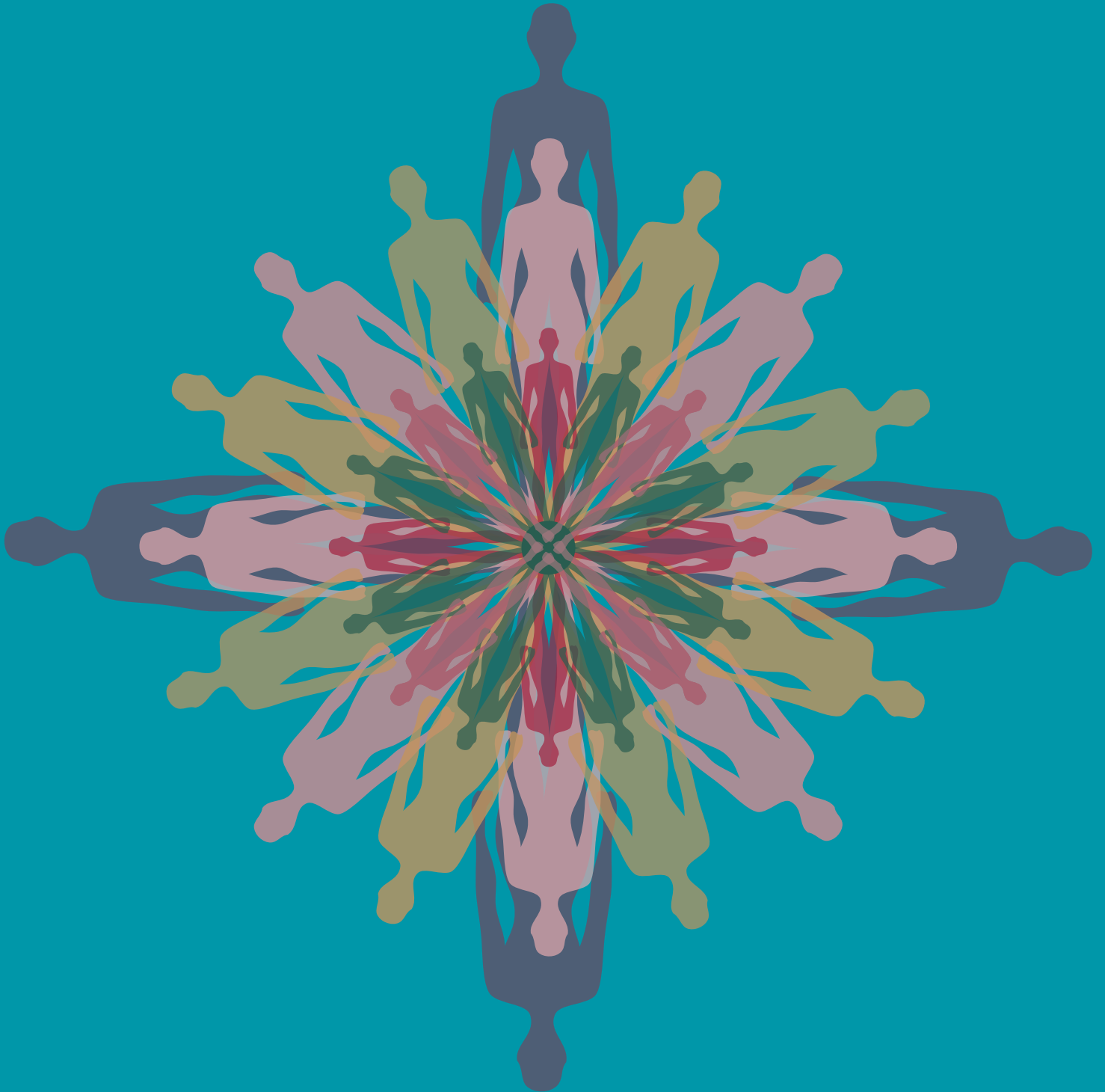


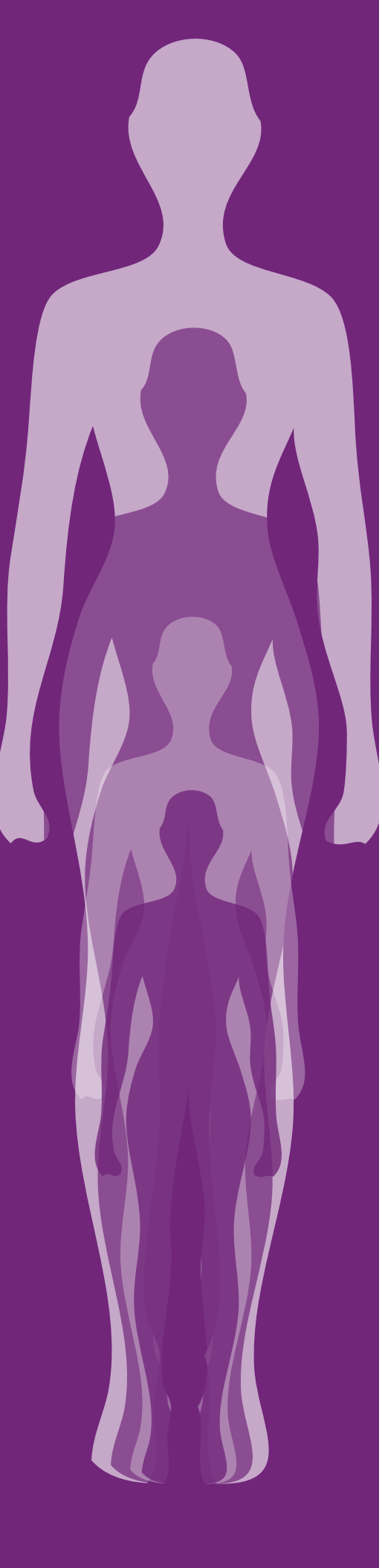
Situación de los derechos sexuales y reproductivos

2018

QUINTANA ROO



CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACION



Secretaría de Gobernación D.R. ©
Consejo Nacional de Población
Dr. José María Vértiz 852, Col. Narvarte
C. P. 03020, Ciudad de México.
<http://www.gob.mx/conapo>

Situación de los derechos sexuales y reproductivos. Quintana Roo, 2018

Coordinación:

Gabriela Mejía Paillés
María de la Cruz Muradás Troitiño

Autoras:

María Felipa Hernández López
Mitzi Ramírez Fragoso
María de la Cruz Muradás Troitiño
Gabriela Mejía Paillés

Procesamiento de información:

Miguel Sánchez Castillo
Mitzi Ramírez Fragoso*
Florentino Domínguez Victoria

Formación, revisión y sistematización en cuadros y gráficas:

Virginia Muñoz Pérez
Florentino Domínguez Victoria
Alejandro Jesús Velázquez Cervantes

Arte y diseño

Maricela Márquez Villeda
Blanca Estela Melín Campos
Sergio Mariano Jiménez Franco

*Agradecemos la colaboración de la Mtra. Mitzi Ramírez Fragoso,
Candidata a Doctora en Estudios de Población en El Colegio de México

Primera Edición: Julio 2023

ISBN: 978-607-427-351-9
ISBN: 978-607-427-375-5

Hecho en México

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

Diseño editorial apoyado con recursos del Plan de Trabajo MEX07POP
“Temas Emergentes de la Política de Población en México”, entre el Consejo
Nacional de Población y el Fondo de Población de las Naciones Unidas

Directorio

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

Adán Augusto López Hernández

Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

Marcelo Ebrard Casaubón

Secretario de Relaciones Exteriores

Ariadna Montiel Reyes

Secretaria de Bienestar

María Luisa Albores González

Secretaria de Medio Ambiente
y Recursos Naturales

Víctor Manuel Villalobos Arámbula

Secretario de Agricultura y Desarrollo Rural

Leticia Ramírez Amaya

Secretaria de Educación Pública

Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretario de Salud

Luisa María Alcalde Luján

Secretaria del Trabajo y Previsión Social

Román Guillermo Meyer Falcón

Secretario de Desarrollo Agrario,
Territorial y Urbano

Raquel Buenrostro Sánchez

Secretaria de Economía

Rogelio Ramírez de la O

Secretario de Hacienda y Crédito Público

Nuria Fernández Espresate

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia

Graciela Márquez Colín

Presidenta del Instituto Nacional de Estadística
y Geografía

Nadine Flora Gasman Zylbermann

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

Zoe Alejandro Robledo Aburto

Director General del Instituto Mexicano
del Seguro Social

Pedro Mario Zenteno Zantaella

Director General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Adelfo Regino Montes

Director General del Instituto Nacional
de los Pueblos Indígenas

Directorio

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Adán Augusto López Hernández
Secretario de Gobernación

Alejandro Encinas Rodríguez
Subsecretario de Derechos Humanos,
Población y Migración

Rabindranath Salazar Solorio
Subsecretario de Desarrollo Democrático,
Participación Social y Asuntos Religiosos

Héctor Martín Garza González
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Directorio

SECRETARÍA DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

Gabriela Rodríguez Ramírez

Secretaria General del Consejo Nacional de Población

María de La Cruz Muradás Troitiño

Coordinadora de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva

Gabriela Mejía Paillés

Directora de Estudios Sociodemográficos

Luis Felipe Jiménez Chaves

Director de Análisis Estadístico e Informática

Rodrigo Jiménez Uribe

Coordinador de Planeación en Población y Desarrollo

Raúl Romo Viramontes

Director de Poblamiento y Desarrollo Regional Sustentable

Rafael López Vega

Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional

Ileana Augusta Villalobos Estrada

Coordinadora de Programas de Población y Asuntos Internacionales

Karla Bonilla Aranda

Directora de Coordinación Interinstitucional e Intergubernamental

Karla Berenice Hernández Torres

Directora de Cultura Demográfica

Lilia Yazmín González Soriano

Coordinadora de Análisis Económico y Social

Leticia García Ruiz

Directora de Administración

Directorio

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gabriela Mejía Paillés

Directora de Estudios Sociodemográficos

María Felipa Hernández López

Subdirectora de Salud Reproductiva y Grupos Especiales

Florentino Domínguez Victoria

Jefe de Departamento de Salud Reproductiva

Miguel Sánchez Castillo

Analista Técnico de Base de Datos

Virginia Muñoz Pérez

Asistente en Nuevas Tecnologías

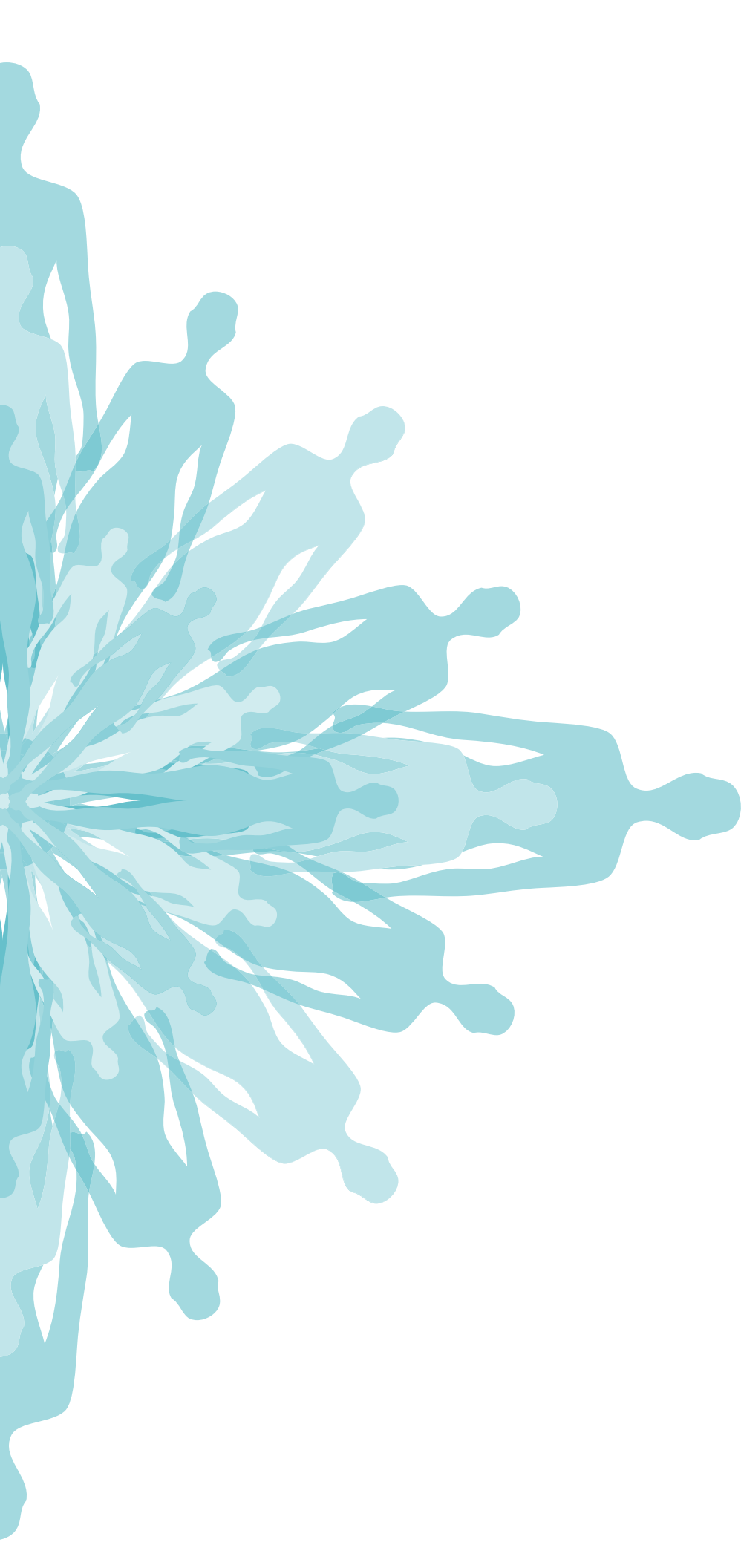
Alejandro Jesús Velázquez Cervantes

Apoyo Técnico en la Investigación Documental

Contenido



● Presentación	9
● Introducción	11
1. Aspectos a considerar sobre los indicadores de fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018	15
2. Panorama demográfico y principales características de las mujeres y hombres en edad fértil	45
3. La situación de los derechos sexuales y reproductivos	69
4. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad	81
5. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva	97
6. Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual	125
7. Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos	141
8. Derecho a la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva	165
9. Derecho a los servicios de salud pre y post natales	175
● Índice de gráficos y cuadros	195



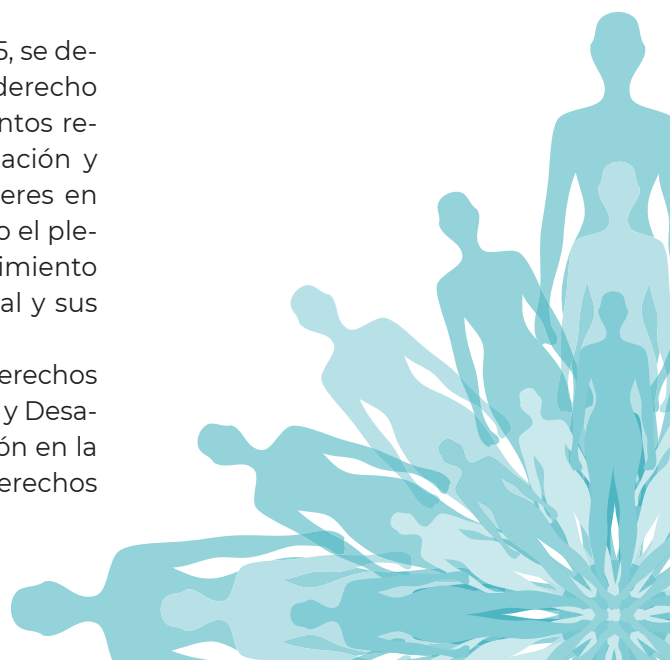
PRESENTACIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos son garantías prerrogativas de las personas que México reconoce en diversos artículos constitucionales, principalmente en el primero, el cual establece que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, la orientación sexual, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas; en el tercero constitucional se reconoce el derecho a la educación sexual y reproductiva, integral, laica, basada en la ciencia y con perspectiva de género; y el cuarto constitucional contempla el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de los hijos(os).

Estos derechos se han ido reforzando mediante instrumentos internacionales, entre los que destaca, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en 1994, donde se reconocieron los derechos reproductivos, las acciones para mejorar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes, la prevención del VIH y la igualdad de género, como componentes básicos para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población; se estableció que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y todas las personas e incluyen el derecho a disfrutar del nivel más elevado posible de salud sexual y salud reproductiva (UNFPA, 2019).

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, se definieron los derechos humanos de las mujeres como "su derecho a tener control y decisión libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, libre de coerción, discriminación y violencia", enfatizándose la igualdad entre hombres y mujeres en asuntos de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto mutuo por la integridad de la persona, consentimiento y responsabilidad compartida por el comportamiento sexual y sus consecuencias" (ONU, 1995).

Las Naciones Unidas incluyen por primera vez los derechos sexuales en el Consenso de Montevideo (CM) sobre Población y Desarrollo del 2013, instrumento que enrutó la política de población en la región de América Latina y en México; éste señala que los derechos



sexuales abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva; además establece que los derechos reproductivos garantizan el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley. Todo un capítulo del CM se dedica al “Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva”, se incluyen 14 medidas prioritarias suscritas por México (CM, 2013).

El instrumento global vigente es la Agenda 2030, “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS), aprobada en 2015, la cual es un llamado a los países para adoptar medidas para poner fin a la pobreza, mejorar los servicios de salud, lograr la plena igualdad de género, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

En el marco arriba descrito, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) presenta esta publicación para actualizar la información de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 y 2018, levantadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Asimismo, se utilizan las Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas, 2016-2050, de la SGCONAPO.

Los indicadores aquí presentados dan cuenta de los principales aspectos del ejercicio de salud sexual y reproductiva en Quintana Roo, con lo que se busca ofrecer una herramienta con información actualizada para que las personas que toman decisiones y diseñan políticas públicas puedan establecer acciones efectivas que incidan en los factores asociados que contribuyan a la disminución del rezago en estos temas entre los diversos grupos de la población; así como el empoderamiento de las mujeres y sus parejas para ejercer sus derechos de manera positiva en su curso de vida y de su salud.

MTRA. GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

INTRODUCCIÓN

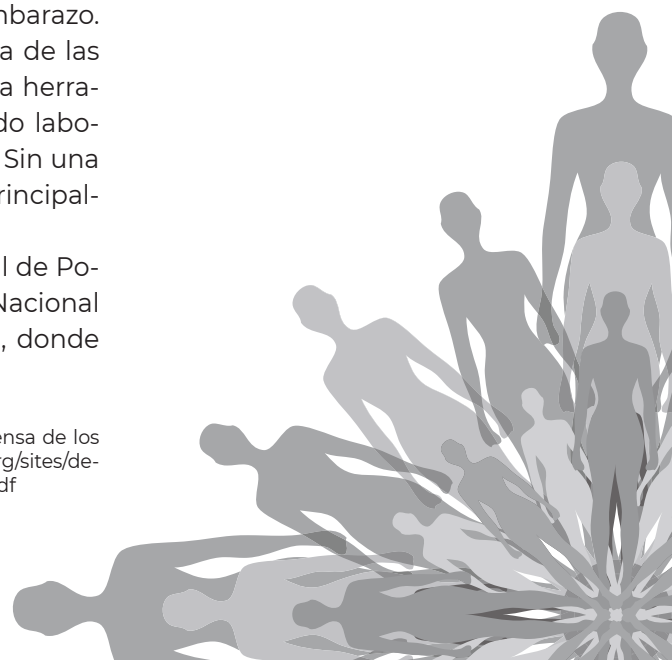
El derecho a la salud sexual y reproductiva es esencial para el desarrollo sostenible de la población debido a sus vínculos con la igualdad de género, el bienestar, su impacto en la salud materna e infantil y su rol en la configuración y logro de un proyecto de vida. En México, se ha observado un avance diferenciado en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, que aunado al bajo descenso de la fecundidad entre las adolescentes (15 a 19 años), han provocado que el Estado continúe en la búsqueda de mecanismos para garantizar que toda la población ejerza de manera plena sus derechos sexuales y reproductivos, ejemplo de ello, son los compromisos del Estado para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas prioritarias del Consenso de Montevideo y las establecidas en la reciente Cumbre de Nairobi.

Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es relevante ya que con ello se consolidan los derechos humanos en tanto se protege la vida y la integridad de las personas. Actualmente, en México, aunque la disponibilidad de los anticonceptivos ha aumentado a lo largo de los años, la prevalencia de su uso se ha estancado en las últimas dos décadas. Aunado a esto, hoy en día aún existen mujeres que no tienen acceso a ellos ni a las opciones reproductivas que los acompañan.

Sin acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, las mujeres carecen del poder para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, incluso sobre la posibilidad de elegir el momento del embarazo. La falta de esta capacidad repercute en otras etapas de vida de las personas; por ejemplo, aquella en la que la educación brinda herramientas y habilidades para su posterior inserción al mercado laboral, logrando mejores ingresos y acceso a la seguridad social. Sin una transición de vida favorable, se continuará impidiendo que principalmente las mujeres puedan forjar su propio futuro.¹

Actualmente, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) ratificó su compromiso con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), donde

¹ UNFPA, 2019. Estado mundial de la población. Un asunto pendiente. La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf



reconoce que, en la medida en que los diferentes actores sociales internalicen los valores y los derechos sexuales y reproductivos, aumentarán el acceso, conocimiento y uso apropiado de los métodos anti-conceptivos y los servicios para adolescentes.²

Asimismo, en el marco de los compromisos internacionales señalados, la SGCONAPO 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 promover e incentivar la atención para que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, es necesario contar con información confiable y actualizada sobre el tema, que permita focalizar, evaluar y/o generar programas gubernamentales que tengan mayor impacto en beneficio de la población. Con este objetivo, la SGCONAPO realiza esta publicación, en cumplimiento de sus principales tareas que son “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.”

La elaboración de este documento se basa en el análisis del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las mujeres³ en Quintana Roo considerando algunas condiciones sociales (escolaridad, ámbito de residencia, condición de habla de alguna lengua indígena, entre otras), y en la medida de lo posible se presentan indicadores que de forma indirecta dan cuenta del involucramiento de los hombres en estos derechos.

Los resultados del análisis provienen de la más reciente Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, sobre indicadores referentes al ejercicio de la sexualidad y reproducción, los cuales se comparan, en lo posible, con los obtenidos en la ENADID 2014, ambas encuestas levantadas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). Asimismo, se utiliza información generada por la SGCONAPO, la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.

En el *capítulo 1. Aspectos a considerar sobre los indicadores de fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018*, se hace una revisión del alcance de esta encuesta, con el objetivo de que la información que se comparta al sector público, académico y la población en general permita la toma de decisiones de manera asertiva y propositiva para la mejora de las políticas públicas.

En el *capítulo 2. Panorama demográfico y principales características de las mujeres y hombres en edad fértil*, se identifican las necesidades de atención en salud sexual y reproductiva de acuerdo al volumen de mujeres y hombres en edad fértil conforme a su ubicación geográfica, además de mostrar las características sociodemográficas de mujeres y hombres en edad fértil de manera general, por condición de actividad sexual y de acuerdo a su situación conyugal.

En el *capítulo 3. La situación de los derechos sexuales y reproductivos*, se hace un recuento del recorrido realizado para lograr la situación actual del derecho a la salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional y en México.

En el *capítulo 4. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad*, se lleva a cabo un análisis de los indicadores relacionados con el inicio de la vida sexual y del uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual, y de las razones de no uso de métodos anticonceptivos.

² Para mayor información consultar el Documento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), pág 73 en: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea-106289>

³ La salud sexual y reproductiva debe de analizarse desde un enfoque más amplio que incorpore a los hombres como uno 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, por lo cual, este análisis sobre salud sexual y reproductiva se enfoca más en las mujeres, aunque se reconoce plenamente la necesidad de incorporar información sobre la salud sexual y reproductiva de ellos, para diseñar estrategias más incluyentes y que permitan una mayor equidad de género en este ámbito.

En el *capítulo 5. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva*, se presenta información de los principales indicadores asociados a la fecundidad en general, fecundidad adolescente y en menores de 15 años, preferencias reproductivas y aborto.

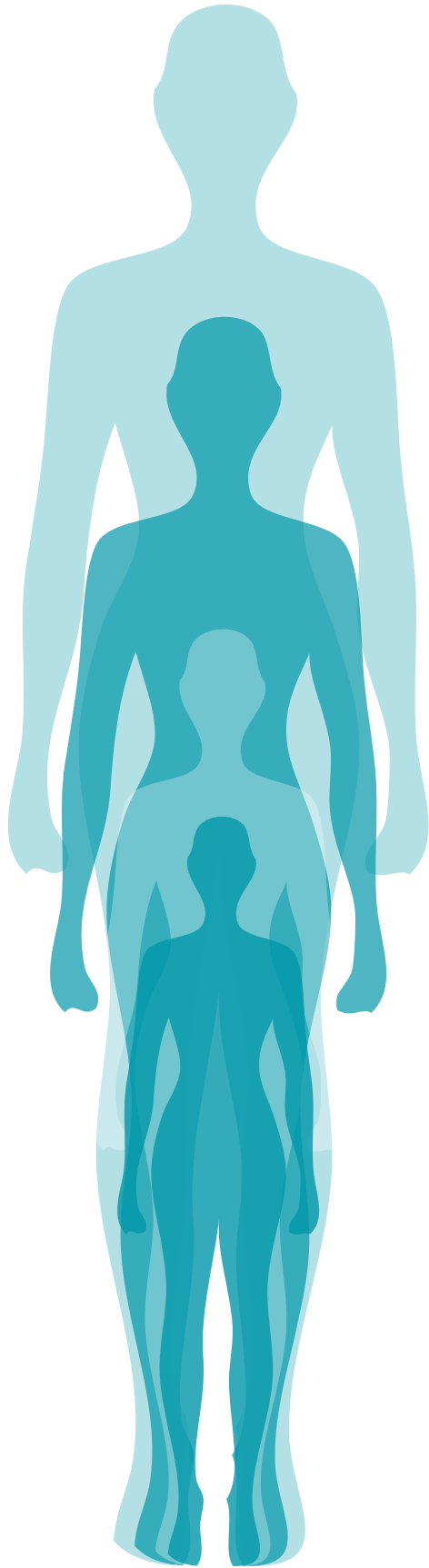
En el *capítulo 6. Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual*, se hace un análisis de indicadores como abandono escolar y sus causas, sobre la información que se ha promocionado en campañas y medios de comunicación, sobre el conocimiento que tienen las mujeres de los métodos anticonceptivos, así como de las razones de no uso de éstos.

En el *capítulo 7. Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos*, se muestra el avance en el uso de métodos anticonceptivos tanto de mujeres en edad fértil sexualmente activas como en unidas, así como de la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos que involucra a los datos de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

En el *capítulo 8. Derecho a la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva*, se examinan los avances en la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva para proponer acciones que puedan incidir en ésta, de tal forma que se logre un mayor involucramiento de los hombres en ambos aspectos de la salud y pueda aspirarse al cumplimiento de los derechos.

Finalmente, en el *capítulo 9. Derecho a los servicios de salud pre y post natales*, se presenta el análisis de indicadores asociados a la salud prenatal, postnatal y de la persona recién nacida, de mortalidad materna y mortalidad infantil. Es importante mencionar que en cada uno de los capítulos 2 al 9 se ubica el lugar que ocupa la entidad a nivel nacional y se hace una exploración de ciertos indicadores específicos para visibilizar la situación en Quintana Roo.

A través del análisis y difusión de los indicadores en este documento, que reflejan el ejercicio que hacen las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos en Quintana Roo, la SGCONAPO busca proporcionar información actualizada que contribuya al diseño, seguimiento y/o evaluación de políticas públicas, programas y estrategias en materia de salud sexual y reproductiva en la entidad, siempre con un enfoque de pleno respeto a los derechos humanos de las personas, sobre todo de aquellas que viven en condiciones de vulnerabilidad.



Aspectos a considerar sobre los indicadores de fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018

1

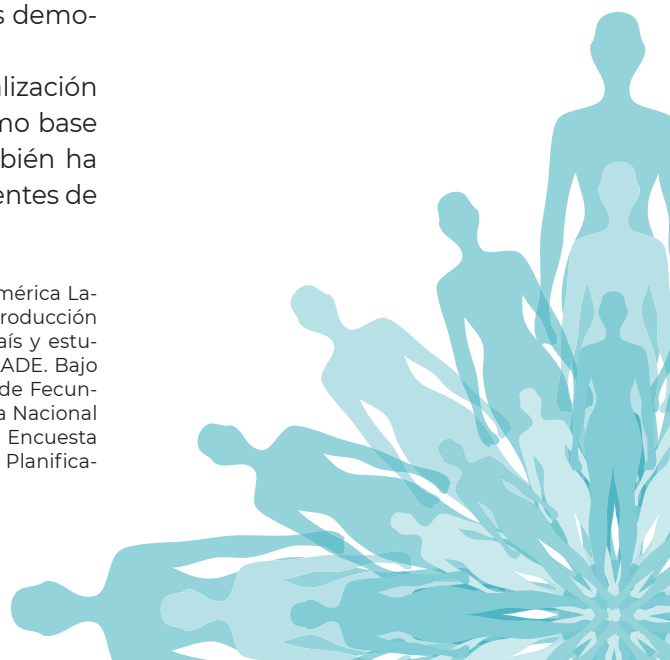
Las Encuestas Demográficas surgen en la década de los sesenta,⁴ a partir de la necesidad de contar con información que permitiera conocer y evaluar la situación del país en términos poblacionales, asimismo, fueron la principal herramienta para medir el avance de la política establecida en 1974; la cual tuvo como objetivo principal reducir el crecimiento de la población a partir de la disminución de la fecundidad. Estas encuestas han tenido un papel determinante en la creación de políticas públicas, al convertirse en un instrumento que proporciona información de alta calidad sobre el comportamiento de los fenómenos demográficos de natalidad, mortalidad y migración, tanto interna, como internacional con representatividad nacional y por entidad federativa.

En particular, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en los últimos veinte años, ha sido la herramienta que ha permitido a la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) realizar estudios para profundizar en la comprensión de los fenómenos demográficos relacionados con los factores sociales y económicos que los determinan, ampliando de esta manera el conocimiento sobre los aspectos que pueden explicar niveles, tendencias y los cambios en éstos.

Los estudios que se han derivado a partir de los resultados de la ENADID han contribuido, de manera sustancial, en la creación de programas, estrategias o acciones que permiten amortiguar o anticiparse a los efectos que el comportamiento de los fenómenos demográficos pueda tener en la sociedad.

Asimismo, la ENADID ha brindado información para la realización de las proyecciones de población, las cuales han tomado como base el comportamiento señalado por esta encuesta, lo que también ha permitido llevar a cabo la evaluación misma de esta y otras fuentes de

⁴ 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 (Juárez, 2008).



información, tales como las Estadísticas Vitales de Mortalidad, Natalidad y del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), que integra la Secretaría de Salud, al ser un referente de los principales fenómenos demográficos (CONAPO, 2005).

Cabe destacar que en el tema de salud sexual y reproductiva la ENADID ha sido uno de los instrumentos más completos, ya que a través de ésta es posible ahondar en el conocimiento sobre el ejercicio de la sexualidad y reproducción de las mujeres, así como las variables o circunstancias que las rodean, tales como: el acceso y uso a los métodos anticonceptivos; el conocimiento sobre el uso adecuado de los mismos; la participación masculina; las condiciones y edades a las que experimentan las mujeres las distintas transiciones, tales como la primera relación sexual, el nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o) nacida(o) viva(o), el inicio de uso de métodos y la primera unión; así como sobre aspectos que dan cuenta de la atención que reciben durante el último embarazo, parto y puerperio, y de la atención que se brinda a la persona recién nacida.

Dada la relevancia de la ENADID, la SGCONAPO a través del Comité Técnico Especializado en Población y la Dinámica Demográfica (CTEPDD), que esta Secretaría General preside, solicitó en 2014 que se convirtiera en Información de Interés Nacional,⁵ lo cual fue aprobado ese mismo año por la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), garantizando el levantamiento de esta encuesta cada cinco años.

Asimismo, como es usual en cada levantamiento de la encuesta, la SGCONAPO y las instancias que integran el Comité se dieron a la tarea de revisar y discutir las temáticas que contienen los cuestionarios de la ENADID, y se realizaron sugerencias de adecuación, de cambio o de inclusión de nuevas preguntas. Se tiene plena certeza de que estas sugerencias, han coadyuvado a lograr que la información que se obtiene es un reflejo de lo que realmente sucede en nuestra sociedad, en

términos del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de las demás temáticas.

De igual forma, es valioso destacar el trabajo interinstitucional de la SGCONAPO con el INEGI, ya que desde sus inicios se han realizado evaluaciones de la encuesta, no sólo con la participación de estas dos instituciones, sino de otras instancias e incluso del sector académico, destacando investigaciones de gran alcance para mejorar la encuesta como el estudio de “La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes” publicado por la SGCONAPO en 2005. Con la ENADID 2018 no fue la excepción. Esta vez la SGCONAPO se dio a la tarea de realizar el análisis sobre el tamaño de muestra de la encuesta y su suficiencia para la estimación de la tasa de fecundidad en adolescentes y de otros indicadores sobre salud reproductiva sobre todo a nivel entidad federativa (CONAPO, 2016).

A partir de este análisis se detectó que la Tasa de Fecundidad General (TFGe),⁶ establecida como indicador principal para el diseño muestral de la ENADID, no aportaba la información necesaria para contar con un tamaño de muestra suficiente para representar la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años para las entidades federativas, con lo que se logró que dicho resultado fuera retomado por el INEGI en la edición 2018 de la encuesta, al incluir el número promedio de mujeres de 15 a 19 años y la tasa de fecundidad en adolescentes, en el conjunto de indicadores que se utilizan para determinar el tamaño de muestra, con el objetivo de garantizar un mayor número de casos que permita hacer una estimación más robusta de la fecundidad adolescente a nivel nacional y para cada una de las entidades federativas.

Con esto, se pretende asegurar información suficiente que brinde elementos para dar seguimiento y evaluar el avance de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA),⁷ implementada en 2015

⁵ En el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIIEG), la ENADID, desde el 10 de noviembre de 2014, es considerada como proyecto de Información de Interés Nacional, por lo cual el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) debe levantar la información de dicha encuesta en forma regular y periódica.

⁶ La TFGe se define como el cociente del número de hijas(os) nacidas(os) vivas(os) 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 fértil en un periodo determinado.

⁷ Para mayor información sobre la ENAPEA consultar: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>

por el Gobierno Federal, y se proporcione información para monitorear otras acciones comprometidas a nivel nacional, e internacional como la Agenda 2030 en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Consenso de Montevideo y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,⁸ así como otras políticas públicas de relevancia para el país.

Sin duda, se reconoce el esfuerzo realizado por el INEGI en la conceptualización, levantamiento y captura de la encuesta, así como del trabajo que las distintas dependencias públicas del gobierno y la academia, que también contribuyeron para enriquecer la encuesta.

Por ello, la SGCONAPO, como tradicionalmente ha sucedido, presenta a continuación una revisión del alcance de esta encuesta, con el objetivo de seguir contribuyendo a que la información que se comparta al sector público, académico y población en general permita la toma de decisiones de manera asertiva y propositiva para la mejora de las políticas públicas implementadas y las que se considere diseñar para asegurar que toda la población mexicana participe de manera justa y equitativa de los beneficios del desarrollo social y económico con respeto y garantía del ejercicio de sus derechos.

1.1 Alcances y limitaciones 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 en México, 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 para los indicadores que así fue diseñada (CONAPO, 2016).

No obstante, se reconoce que las fuentes de datos suelen tener áreas de oportunidad; en este contexto, aunque tradicionalmente las encuestas han supuesto una mejor calidad en las esti-

maciones de la fecundidad y la salud sexual y reproductiva (SSR) que otras fuentes, como censos y registros administrativos, también presentan limitaciones que pueden afectar la información sobre el nivel y patrón de estas. Por ello, es necesario tomar algunas previsiones al usarlas, con el fin de conocer mejor el grado de exactitud con que permiten estimar los temas de interés (CONAPO, 2005).

La cobertura de una encuesta está determinada en primer lugar por el diseño muestral y en un segundo momento por el trabajo realizado en campo (CEPAL, 2014), en este sentido a continuación se analizarán estos elementos, y en el marco de los hallazgos encontrados al respecto, se revisará en un tercer momento la precisión y consistencia de las estimaciones sobre fecundidad y anticoncepción, con el fin de tener en cuenta los alcances y limitaciones de la encuesta a lo largo de los capítulos de este libro.

1.1.1 Diseño muestral de la encuesta

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 que pueden carecer de representatividad para algunos desgloses geográficos, o bien características sociodemográficas, que no fueron consideradas en el diseño estadístico (CONAPO, 2016).

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 documento, en específico de las tasas específicas y globales de fecundidad y la prevalencia de métodos anticonceptivos, así como la confiabilidad de estos indicadores y la representatividad que tiene la encuesta para algunos grupos poblacionales. Con la finalidad de que los lectores conozcan de antemano la precisión de estos indicadores y consideren al momento de utilizarlos, la confiabilidad de estos.

El diseño estadístico de la ENADID 2018, al igual que las encuestas anteriores, se llevó a

⁸ Para mayor información consultar: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>

cabo bajo un esquema probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados, donde las unidades de observación son las viviendas y dentro de estas 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 fértil; es decir, de 15 a 54 años (INEGI, 2019a).

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza de 90.0 por ciento, un efecto de diseño de 1.896, un error relativo máximo esperado de 15.0 por ciento y una tasa de no respuesta máxima esperada del 15.0 por ciento. Hasta la ENADID 2014, para el diseño muestral se consideraba un promedio de mujeres de 15 a 49 años por vivienda de 1.4 y una TFGE a nivel estatal de 60.6 hijas(os) por cada 1000 mujeres. Según el informe operativo del INEGI, el tamaño de la muestra para la ENADID 2014 y anteriores se calculaba específicamente con estos indicadores, debido a que se consideraban las principales variables de la encuesta y se suponía que para captarlas se requerían tamaños de muestra mayores que garantizaban que el resto de los indicadores de interés quedarán cubiertos (INEGI, 2015b).

No obstante, desde el punto de vista demográfico, si bien la TFGE es una variable importante para el análisis de la fecundidad, se identificó (CONAPO, 2016) que usar dicho indicador en el diseño muestral no lograba una buena estimación de otros indicadores de mayor interés en la encuesta, por ejemplo, las tasas específicas de fecundidad o por edad (TEF),⁹ que permiten observar las diferencias en la fecundidad en distintos grupos etarios y periodos de tiempo.

Con las TEF se identificó que, en algunos grupos quinquenales de edad, en específico los de los extremos, habría que entrevistar un mayor número de mujeres que las necesarias para estimar la TFGE. El cálculo de la TEF implica considerar eventos menos frecuentes y, en algunos casos,

volúmenes de subpoblaciones menores, como son las mujeres en edad fértil en el grupo de las adolescentes y en aquellos donde la fecundidad comienza a disminuir; es decir, a partir de los 35 años (CONAPO, 2016).

Por lo anterior, la TFGE no permitía reflejar de manera adecuada la fecundidad por grupos de edad para niveles estatales e incluso a nivel nacional se llegaban a presentar inconsistencias con este diseño muestral, como el cambio que se observó en la fecundidad en adolescentes con las estimaciones con base en la ENADID 2009 y 2014, que pasó de 69.2 a 77.0 nacimientos por cada mil, aumento que resulta poco plausible en tan sólo cinco años, y que no concuerda con la tendencia observada con otras fuentes como las Proyecciones de Población de la SCONAPO, o bien estadísticas vitales de nacimientos o el SINAC (CONAPO, 2016).

Asimismo, la Tasa Global de Fecundidad (TGF)¹⁰ que se calcula a partir de las TEF, presentaba subestimaciones o sobreestimaciones considerables a nivel estatal entre una encuesta y otra, las cuales tampoco era posible corroborar con otras fuentes (Hernández *et al.*, 2015). Del mismo modo, se identificó que se presentaba falta de precisión en algunas de las estimaciones al desagregar la población por ciertas características sociales, como las mujeres hablantes de lengua indígena y las mujeres rurales, por ejemplo, y específicamente en conjunto con niveles de desagregación por entidad federativa (CONAPO, 2016).

Considerando lo anterior, el INEGI realizó cambios en el diseño muestral de la encuesta, por lo que el tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta como variable prioritaria la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, con lo que se garantizaría que el resto de las estimaciones de las variables de interés quedarían cubiertas (INEGI, 2019a). Por lo que se estableció una confianza del 90.0 por ciento, un efecto de diseño de 1.2, un error relativo máximo esperado de 15.0 por ciento, un promedio de años de

⁹ Las tasas específicas de fecundidad (TEF) 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 los años mujer vividos por la población femenina 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.

¹⁰ La TGF es el número promedio de hijas(os) 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 modo que el dato resume las cinco edades simples.

exposición al riesgo de mujeres de 15 a 19 años por vivienda de 0.5, una tasa de no respuesta máxima esperada de 15.0 por ciento y una tasa de fecundidad específica de ese grupo a nivel estatal de 77.04 hijas(os) por cada 1 000 mujeres, que es la tasa de fecundidad en adolescentes a nivel nacional estimada con la ENADID 2014.

Se obtuvo un tamaño de muestra final cercano a 3 500 viviendas para 18 entidades y una sobremuestra de 500 para 14 entidades como: Baja California, Baja California Sur, Colima, Ciudad de México, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán, quedando con cerca de 4 000 viviendas totales, por lo que la muestra nacional se estima en 119 941 viviendas (INEGI, 2019a). Cabe destacar que en comparación con el levantamiento de 2014, hubo un importante esfuerzo por incrementar el tamaño de muestra, ya que en dicho ejercicio el número de viviendas por entidad fue de 3 500 para 23 entidades, y con una sobremuestra de 500 viviendas en únicamente 8 entidades, y de aproximadamente 1 000 viviendas en el entonces Distrito Federal, con lo que se obtuvo una muestra total de 101 389 viviendas (INEGI, 2015b), lo que supone un aumento de 18 552 viviendas en el levantamiento de 2018 respecto a 2014; es decir de 18.3 por ciento.

Con lo anterior, se esperaría una mejora sustancial en las estimaciones, sobre todo en la fecundidad en adolescentes a nivel estatal y para algunas desagregaciones que ya se indicaron anteriormente. 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 en 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).

1.1.2 Aspectos operativos

Los aspectos operativos 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 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 los datos recabados, que se realizan inferencias de la población total (INEGI, 2015a).

El diseño estadístico de la ENADID 2018, al igual que las ediciones anteriores, considera un nivel de no respuesta máximo de 15.0 por ciento, lo cual implica que es el límite máximo que se puede aceptar para obtener estimaciones precisas. Como Cochran (1984) lo menciona, un porcentaje de no respuesta significativo disminuye la factibilidad de alcanzar una buena precisión de las estimaciones, incluso si se aumenta el tamaño de la muestra, lo que puede resultar muy costoso y aun así no lograrse el nivel de precisión esperado.

Según el informe operativo de la ENADID 2018 (INEGI, 2019b), la no respuesta a nivel nacional fue de 10.5 por ciento, lo cual señala que respecto a 2014, que era de 9.2 por ciento, aumentó en más de un punto porcentual. La no respuesta en 2018 al igual que en 2014, se debió en mayor medida al marco de muestreo (69.0%) y sólo una pequeña parte (25.0%) fue a causa del informante, mientras que una proporción menor (6.0%) ocurrió por otra situación. Esto significa que el mayor porcentaje de no respuesta fue a causa de que la vivienda seleccionada estaba desocupada o ya no existía; mientras que una quinta parte tuvo que ver con el 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, mientras que solo una pequeña parte fue resultado de otra situación, esto es, que la vivienda estaba conformada por más de seis hogares, o si todos los residentes eran menores de 15 años, si hablaban algún dialecto o idioma desconocido para la entrevistadora, si en el momento de la entrevista el informante tenía alguna discapacidad o no le fue posible brindar información debido a la avanzada edad (INEGI, 2019b).

Asimismo, por coordinación estatal,¹¹ se observa que en 2018 prácticamente aumentó el porcentaje de no respuesta en todas las entidades respecto a 2014, únicamente en seis: Baja California, Tamaulipas, el Estado de México, Querétaro, Baja California Sur y Chihuahua, se registraron disminuciones en este indicador entre los dos levantamientos. Algunas de las entidades en las que se identifica un mayor aumento en puntos porcentuales entre las dos encuestas son: Guerrero (5.5), Jalisco (4.7), Tabasco (3.8), Hidalgo (3.3), Nuevo León (3.1), Zacatecas (2.4), Yucatán (2.4) y Guanajuato (2.3), véase gráfica 1.1.

Los porcentajes mínimos de no respuesta se presentan en Oaxaca y Tlaxcala con 7.9 y 8.2 por ciento, respectivamente, siendo Oaxaca la entidad que desde 2014 se mantiene con el porcentaje más bajo de no respuesta, aunque en ambas coordinaciones se observa un aumento importante entre los dos levantamientos. Por su parte, en 2018, son 13 las coordinaciones que presentaron un nivel de no respuesta de entre 8.3 y 10.0 por ciento, siendo las más altas: Puebla, el Estado de México y Sonora con 9.9 por ciento, (véase gráfica 1.1).

Por su parte, existen 17 coordinaciones estatales en las que la no respuesta supera los diez puntos porcentuales, entre las que sobresalen, por tener los valores máximos en orden ascendente: Jalisco con una no respuesta de 13.5 por ciento y Quintana Roo con 14.8 por ciento. En tanto que Guerrero, representa el caso más extremo, ya que además de ser la coordinación estatal con mayor tasa de no respuesta, es también donde el indicador aumentó más entre 2014 y 2018, pasando de 10.3 a 15.8 por ciento, además de ser la única entidad federativa que supera el límite del 15.0 por ciento establecido en el diseño muestral de la encuesta (véase gráfica 1.1). Es probable que la situación en Guerrero se deba a problemas de acceso, debido a la inseguridad que se presenta en la entidad, al igual que en Jalisco y en otras entidades federativas, como

Guanajuato, Nuevo León y Zacatecas, donde se registraron aumentos importantes.

Si bien el diseño estadístico de la encuesta contempla en la estimación de la muestra una no respuesta de hasta 15.0 por ciento, el nivel de este indicador debe considerarse no sólo en Guerrero, sino también en algunas otras entidades, ya que cuando los niveles altos de no respuesta se suman al porcentaje de entrevistas incompletas puede implicar una menor calidad en las estimaciones, pues la información incompleta se amplía provocando que la precisión de los indicadores pueda verse comprometida como resultado de esto (Kish, 1987).

Tomando en cuenta lo anterior, se analiza a continuación de manera conjunta la proporción de viviendas con entrevistas completas, así como su complemento, el porcentaje de viviendas con entrevista incompleta y no respuesta, considerando que el análisis global de los tres indicadores representa una revisión más objetiva de la completitud y calidad de la información a nivel nacional y por entidad federativa (CONAPO, 2016).

En el informe operativo de la encuesta se establecen parámetros de referencia para monitorear el avance logrado sobre la recolección de la información en las viviendas, con base en la experiencia adquirida en otros proyectos, así como el grado de dificultad conceptual y operativo de la encuesta (INEGI, 2019b). Con base en esto, el INEGI (2019b) establece que el valor mínimo aceptable de entrevistas completas es de 85.5 por ciento. A partir de este dato, se fijan entonces rangos para analizar la información, por lo que se establece que las entidades que obtengan un porcentaje de entrevistas completas menor a 85.5 por ciento corresponderán a un rango no aceptable, satisfactorio a aquellas entidades con valores mayores o iguales a 85.5 y menores a 88.0 por ciento, y sobresaliente a aquellas entidades con un porcentaje igual o mayor que 88.0 por ciento al final del operativo.

El informe operativo de la ENADID 2018 muestra que, a nivel nacional de 119 941 viviendas seleccionadas, se obtuvieron 103 730 entrevistas completas, lo que representa 86.5 por ciento en este indicador y ubica este porcentaje en un rango satisfactorio, de forma complementaria el 3.1 por

¹¹ 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.

Gráfica 1.1. Porcentaje de entrevistas completas, incompletas y tasa de no respuesta en las viviendas al final del levantamiento de la ENADID 2014 y 2018 por coordinación estatal



Fuente: Elaboración con base en el Informe operativo de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 y 2018.

ciento finalizó el operativo con entrevista incompleta y el 10.5 por ciento tuvo no respuesta. Por su parte, a nivel estatal, de acuerdo a los parámetros establecidos para evaluar el porcentaje de entrevistas completas, se considera que 15 entidades reportaron resultados satisfactorios, como Colima con la menor proporción en este rango con 85.8 por ciento y Guanajuato, que alcanzó el mayor porcentaje de entrevistas completas en el mismo intervalo, con 87.7 por ciento (véase gráfica 1.1). Dado que el porcentaje de entrevistas completas es mayor a 85.5 por ciento y el nivel de no respuesta observado es menor del 15.0 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 de las entidades federativas citadas.

Asimismo, a nivel estatal, de acuerdo a los parámetros que el INEGI (2018b) establece para evaluar el porcentaje de entrevistas completas, se considera que nueve entidades reportaron resultados sobresalientes: Tlaxcala (88.1%), Puebla

(88.1%), el Estado de México (88.1%), Zacatecas (88.1%), Sinaloa, Michoacán, Chiapas y Oaxaca con valores de 88.8 y 89.5 por ciento, y la Ciudad de México, que alcanzó el mayor porcentaje de entrevistas completas, con 91.0 por ciento (véase gráfica 1.1). Para estas entidades federativas, el porcentaje de entrevistas incompletas y de no respuesta oscila entre el 11.9 y 9.0 por ciento, lo que implica que la información derivada de la encuesta cuenta con cobertura suficiente para realizar estimaciones con precisión, al menos en lo que respecta a los indicadores analizados.

En el extremo opuesto, ocho entidades federativas de menor a mayor: Yucatán, Nuevo León, Chihuahua, Morelos, Coahuila, Jalisco, Quintana Roo y Guerrero, se situaron en un parámetro no aceptable, según lo establecido, con relación a la proporción de entrevistas completas, logrando un porcentaje de entrevistas menor de 85.5 por ciento, que es el mínimo establecido por INEGI (2019b). Por lo que, si se hace un análisis más estricto de la información obtenida en estas

entidades, se observa que, aunque en Morelos la tasa de no respuesta es menor al 15.0 por ciento, este indicador en conjunto con el porcentaje de entrevistas incompletas representa 16.1 por ciento del total de las viviendas seleccionadas, lo cual supone una pérdida de información considerable. Algo parecido ocurre en Coahuila, donde a pesar de que la tasa de no respuesta es de 11.8 por ciento la proporción de entrevistas incompletas es de 4.7 por ciento, lo que en conjunto representan 16.6 por ciento, una proporción importante de información perdida, mientras que Jalisco se encuentra prácticamente en la misma situación al sumar entre ambas variables 16.8 por ciento.

Los casos más extremos en este sentido son: Guerrero y Quintana Roo, para quienes el INEGI (2019b) reporta que se ubicaron por debajo de los parámetros aceptables, con coberturas de entrevistas completas menores a 85.5 por ciento que sumados al porcentaje de entrevistas incompletas representan más del 17.0 por ciento de información perdida. Para el caso de Quintana Roo, por ejemplo, se registró un 14.8 por ciento de no respuesta, valor muy cercano al límite del 15.0 por ciento considerado como el máximo valor en el diseño muestral. Aunado a esto, presentó un 2.9 por ciento de entrevistas incompletas, por lo que ambos indicadores constituyen 17.7 por ciento de información que no se recabó o se hizo de manera parcial. Por su parte, Guerrero cerró el operativo con una tasa de no respuesta por arriba del 15.0 por ciento previsto (15.8 %), no obstante, el porcentaje de entrevistas incompletas en esta entidad fue de 4.3 por ciento, por lo que el agregado de ambos indicadores es de 20.0 por ciento (20.2%).

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 Guerrero, Quintana Roo, Jalisco, Coahuila, y Morelos, 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. Por lo que se sugiere 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, a diferencia del informe del operativo de campo de 2014, en esta ocasión el INEGI (2019b) no informa sobre los porcentajes alcanzados de entrevistas completas a mujeres integrantes de los hogares por entidad federativa. Únicamente se señala que el promedio nacional fue de 94.4 por ciento, poco más de dos puntos menos que lo obtenido en 2014, con 96.8 por ciento. A nivel nacional y por grupos de edad, el grupo con mayor porcentaje de entrevista incompleta fue el de mujeres de 20 a 24 años con 4.1 por ciento, seguido por el de 25 a 29 años con 3.8 por ciento. Este último aspecto abona en la recomendación sobre la prudencia en el uso de los datos a nivel entidad federativa, sobre todo para estos grupos poblacionales.

En la siguiente sección se analizarán otros aspectos a considerar como la consistencia de las estimaciones respecto a otras fuentes.

1.2. Consistencia de las estimaciones obtenidas

Una forma de analizar la calidad de la información demográfica es mediante la revisión de la coherencia o consistencia que guarda respecto a otras fuentes; es decir, el grado en que los datos que provienen de un proyecto estadístico pueden ser comparados con los de otros similares en un marco de análisis establecido en el tiempo, o incluso el nivel de consistencia en la tendencia de la misma fuente en un periodo determinado (CEPAL, 2014). La coherencia de la información está relacionada con el nivel de cobertura de la encuesta, la cual puede estar afectada por limitaciones desde su diseño muestral o bien durante el levantamiento, donde pudo no ser posible captar a todos los grupos poblacionales de interés o se captaron de manera parcial o sesgada (CEPAL, 2014).

Por lo anterior, en esta sección se analiza en un primer punto la consistencia de la información de la ENADID 2018, de manera particular, se revisa el nivel de cobertura con relación a otras fuentes, como las Proyecciones de la Población de

México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 elaboradas por la SGCONAPO, fuente de información oficial sobre población en México, la Encuesta Intercensal y la misma ENADID 2014, con el fin de detectar posibles subcoberturas de grupos poblacionales de importancia para los objetivos de este documento. En un segundo momento, se revisa la consistencia de la información de la encuesta a nivel nacional y estatal, a través del análisis de la confiabilidad estadística de los principales indicadores sobre fecundidad y anti-concepción, para observar hasta qué nivel es posible realizar inferencias estadísticas precisas con la encuesta. Finalmente, se revisa la consistencia en la tendencia de la información sobre fecundidad de los distintos levantamientos de la encuesta, con el fin de identificar posibles desviaciones de la información.

1.2.1. Nivel de cobertura respecto a otras fuentes de información

La falta de cobertura surge cuando las personas o eventos no se registran, o bien cuando se incluye población que no debería ser considerada, o se registran más de una vez. Estas situaciones producen errores cuantitativos, generando sub-enumeración o sobre enumeración de las personas o eventos que se están contabilizando (CEPAL, 2014). La sub o sobre enumeración de las personas, elementos o eventos que se busca contabilizar operan tanto sobre las encuestas, los registros administrativos como en los censos (CEPAL, 2014). Si bien estos errores son más frecuentes en los levantamientos censales, las encuestas, que se llevan a cabo por personal más capacitado y especializado, no están exentas de estos problemas y pueden llegar a ocurrir como resultado no sólo del levantamiento sino por fallas en el diseño muestral (INEGI, 2017).

De manera continua, la SGCONAPO actualiza sus proyecciones de población cada cinco años, cuando se dispone de un nuevo censo o conteo de población. Sin embargo, en el año 2015, el INEGI realizó por primera ocasión una Encuesta Intercensal autoponderada, en lugar de un conteo de población, con base en la cual la SGCONAPO realizó la Conciliación Demográfica, 1950-2015, y las

Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. Estas últimas son un ejercicio que tiene como base la conciliación demográfica de las distintas fuentes de información (censos, encuestas y registros administrativos) y que armoniza los niveles y tendencias de la población, por lo que se toman como referencia, ya que son las estimaciones de población oficiales¹² en el país. Dichas proyecciones fueron publicadas en octubre de 2018.

La ENADID 2018, al igual que las otras encuestas que pertenecen al Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIIEG), es una encuesta que se debe ajustar para asegurar que el total de la población que se contabiliza en el evento, al expandirse con los factores de ponderación, sea igual al que se estima de acuerdo a la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 de la SGCONAPO.

No obstante, hasta la fecha, el INEGI no ha realizado la reponderación para reajustar sus factores de expansión en la serie de encuestas que se levantaron antes de que se publicaran las proyecciones de población vigentes de la SGCONAPO, y con el fin de mantener la comparabilidad, continúa usando las proyecciones de la población pasadas (2010-2050) para ajustar las encuestas que se publicaron posterior a la publicación de las proyecciones vigentes.

Como resultado de lo anterior, al expandir la muestra se obtiene de inicio una ligera subestimación del total poblacional; se estima un total de 124.96 millones de personas en el punto medio del levantamiento de la encuesta; es decir, el 5 de septiembre de 2018, debido a que la encuesta se

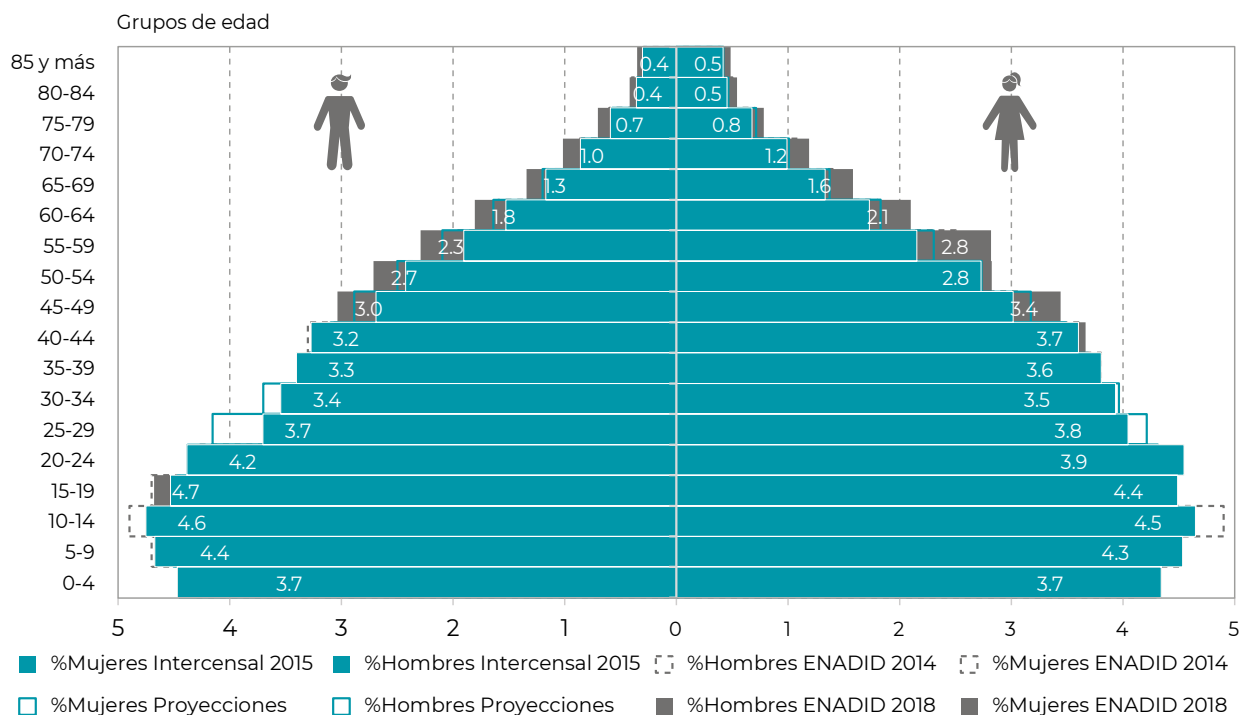
¹² Según la Ley General de Población, en su Artículo 2º cita que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Gobernación, dictará, promoverá y coordinará en su caso, las medidas adecuadas para resolver los problemas demográficos nacionales, asimismo, en el Artículo 5º, refiere que el CONAPO tendrá a su cargo la planeación demográfica del país. De igual modo, el Artículo 9º del Reglamento de la Ley General de Población, enuncia que el Consejo Nacional de Población elaborará y proporcionará las previsiones, consideraciones y criterios demográficos generales. En suma, en el Artículo 35 del mismo reglamento, se enlistan las funciones del CONAPO, entre las que se encuentran, formular, coordinar, dar seguimiento y evaluar los programas derivados de la planeación demográfica nacional; propiamente, el Artículo 37, Fracción II.

levantó entre el 13 de agosto y el 5 de octubre de 2018, lo cual presenta una ligera subestimación, ya que las proyecciones de población vigentes ajustarían a 125.33 millones de personas aproximadamente, en la misma referencia temporal.

Aunque al comparar las estructuras por edad y sexo de la población también se observa que la diferencia entre las proyecciones vigentes y las anteriores es mínima (no se muestra la gráfica); conforme transcurra más tiempo ambas proyecciones comenzarán a divergir de manera notable causando variaciones en los montos expandidos reportados por la encuesta y esto puede comenzar a reflejarse también en subgrupos poblacionales, por lo que es importante que se lleve a cabo la reponderación de los factores de expansión. Además, es necesario recordar que la encuesta ajusta únicamente al total poblacional y por sexo estimado en el país, pero no al interior de la estructura por edad, lo cual puede tener algunas limitaciones, pues no permite corregir ciertas subestimaciones propias de la encuesta por grupos de edad y sexo (INEGI, 2017).

Considerando lo anterior, para observar el nivel de cobertura en la ENADID 2018, CEPAL (2014) recomienda analizar el grado en el que los datos pueden ser comparados con otras fuentes de información estadística. En este sentido, en la gráfica 1.2 se muestra la pirámide de población correspondiente a este levantamiento, así como la que se obtiene de las Proyecciones de la Población de México, 2016-2050 (vigentes) de la SCONAPO, datos oficiales sobre el nivel de la población, pero además se compara con la Encuesta Intercensal levantada en 2015 y la ENADID 2014, fuentes de información en las que en teoría no deberían observarse grandes cambios respecto a la ENADID 2018, ya que en el país no han ocurrido eventos demográficos importantes entre un proyecto estadístico y otro. De manera general, se puede observar que la ENADID 2018 muestra subestimación en grupos específicos de edad al comparar con las diversas fuentes, en particular muestra subestimación en la base de la pirámide y sobreestimación en los grupos de edad más envejecidos, incluso al compararse con la Encuesta

Gráfica 1.2. República Mexicana. Pirámides de población con base en diversas fuentes, 2014, 2015 y 2018



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 e INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 y 2018. Encuesta Intercensal 2015

Intercensal y con la misma ENADID 2014, siendo estos cambios más marcados para las mujeres.

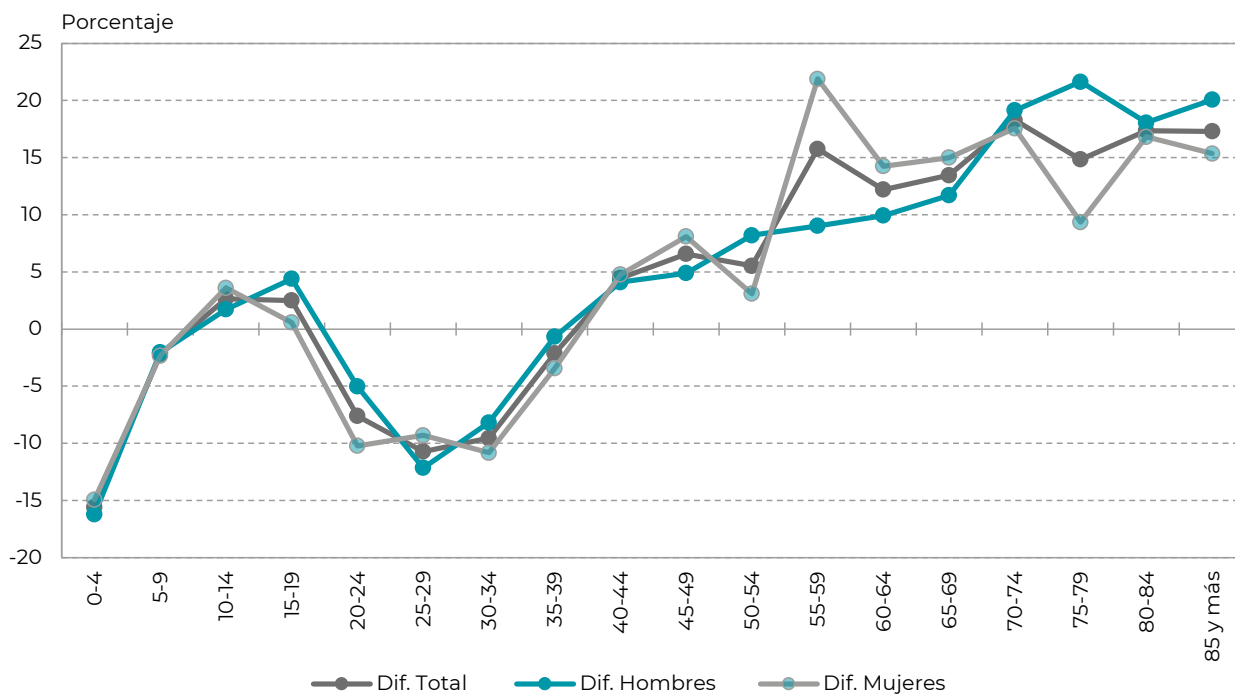
Al analizar las variaciones únicamente entre la estimación con base en la ENADID 2018 y las proyecciones de la población vigentes (véase gráfica 1.3), se observa una subestimación importante en la población de 0 a 4 años captada por la ENADID 2018, que llega a estar 15.6 puntos porcentuales por debajo de la proyección de población, mientras que por sexo es un poco mayor en hombres (16.2%) que en mujeres (14.9%). Asimismo, se puede observar una importante omisión de mujeres de 20 a 34 años (10.1%), que si bien es menor en los hombres de los mismos grupos etarios (8.5%), tampoco es despreciable. De forma contraria, tanto en hombres y mujeres de 45 a 74 años se observa en la ENADID 2018 un sobreporte significativo que incrementa con la edad.

Para el caso de las(os) niñas(os) menores de cinco años, que están siendo subreportadas(os), si bien la encuesta los capta también de manera

indirecta a través de la historia de embarazos, cuya información proporciona la mujer, la omisión observada en los grupos de mujeres de 20 a 34, en particular de 20 a 29 años, puede tener repercusiones en la estimación de la fecundidad en estos grupos de edad, ya que podría implicar una subestimación importante al omitir mujeres y por tanto la información de sus hijas(os), en los grupos en los que la fecundidad es más alta. De hecho, es muy probable que las(os) niñas(os) de 0 a 4 años subreportadas(os) puedan estar en relación directa con las mujeres de 20 a 34 años que no fueron captadas.

A simple vista, no se observa un patrón que pueda definir el motivo de las subestimaciones y sobreestimaciones que se observan en la ENADID 2018, si bien es común que las(os) niñas(os) y la población adulta mayor no sean reportados en los eventos censales, esto ocurre con menos frecuencia en una encuesta especializada (Rodríguez et al., 1998) como la ENADID, donde

Gráfica 1.3. República Mexicana. Diferencia porcentual entre la población estimada con base en la ENADID 2018 y las proyecciones de población



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018 y CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050

la capacitación de las entrevistadoras es mucho mejor, por lo que la subestimación encontrada en el grupo de edad de 0 a 4 años está fuera de los parámetros encontrados en otros eventos recientes como la Encuesta Intercensal y la ENADID 2014, de igual forma el sobrerreporte en la población adulta mayor es inusual y fuera de lo esperado. Asimismo, la subestimación en mujeres y hombres de 20 a 34 años tampoco parece ser consistente, ya que, aunque suelen ser subestimados debido a que se encuentran en edades económicamente activas y pueden no estar presentes al momento del levantamiento y por tanto no ser reportados (CEPAL, 2014; u.s. Census Bureau, 2017), la subestimación encontrada en esta encuesta es muy alta.

El informe del operativo de campo publicado por el INEGI no da señales de las posibles desviaciones. Sin embargo, CEPAL (2014) señala algunas probables causas de los errores de cobertura en cualquier operativo. Entre los más importantes, se puede mencionar la omisión de viviendas o áreas geográficas completas, que ocurre cuando el operativo no cubre zonas o viviendas determinadas, y las personas que residen allí quedan excluidas del levantamiento. Lo anterior puede suceder por diversos motivos: problemas para identificar una vivienda, diferenciarla de otra en el mismo predio, dificultades para encontrar a los residentes habituales, mala cartografía, obstáculos geográficos, zonas peligrosas, entre otros. Este error puede afectar el total de las viviendas y de la población que resulta del operativo del levantamiento, pero no afecta necesariamente la estructura de la información, a menos que la población perteneciente al área excluida tuviera rasgos diferenciales respecto del resto.

Asimismo, se señala que la omisión de personas aisladas se produce cuando se empadrona la vivienda, pero quedan una o más personas de la misma sin captar. Uno de los casos a resaltar son las personas que viven solas, ya que al salir de sus hogares por motivos personales o laborales y no haber otra persona que declare su información, son propensas a ser omitidas. De igual manera, la omisión de personas puede suceder por dudas de la (del) empadronadora(empadronador) o de la (del) entrevistada(o) frente a los criterios

de inclusión de la persona en el hogar en situaciones particulares. Por ejemplo, se ha comprobado que en América Latina existe una tendencia a omitir a las(os) niñas(os) menores, como si no fueran personas del hogar. Esto ha tenido y tiene consecuencias importantes, ya que introduce sesgos sistemáticos que producen faltantes significativos de población en esas edades (CEPAL, 2014).

En un estudio realizado por Griffin y Konicki para el u.s. Census Bureau (2017) con el fin de identificar la subestimación de la población de 0 a 4 años en la información censal y de encuestas, se encontró que las características sociodemográficas de los hogares en que habita esta población determinan, en cierta medida, su omisión en los eventos censales. De acuerdo a esto, se identificó que las(os) niñas(os) tienen características demográficas, sociales y económicas distintas a las(os) niñas(os) y adolescentes de mayor edad (10 a 17 años), de modo que las(os) niñas(os) más jóvenes tienen mayor propensión a habitar en estructuras multifamiliares; es decir, condominios, departamentos, etc. y a que estas viviendas sean en mayor medida rentadas; es decir, no propias; asimismo, tienen mayor propensión a cambiar de residencia habitual con referencia al año anterior. El estudio señala que estos arreglos residenciales presentan barreras para la enumeración y, por tanto, errores en los levantamientos censales y de encuestas.

En lo que respecta a las características económicas, el mismo estudio señala que las(os) niñas(os) tienen mayor propensión a vivir en hogares con ingresos debajo de la línea de pobreza y con una mujer como jefa del hogar sin esposo presente. Estas medidas de bienestar de las(os) niñas(os) apuntan a condiciones socioeconómicas que pueden provocar que la participación en el evento censal sea de poca prioridad. Finalmente, al estudiar los arreglos residenciales, se encuentra que existe una mayor cantidad de población infantil de 0 a 4 años viviendo en hogares extendidos, donde la(el) abuela(o) es la(el) propietario del hogar, estos arreglos multigeneracionales pueden implicar complejidades durante la recolección de la información y representan un mayor riesgo de omitir a la población infantil o reportarlos erróneamente, particularmente si

son arreglos de corto plazo. En conclusión, las(os) niñas(os) en estos grupos son más propensos a vivir en hogares con mayores retos de enumeración y cobertura, y es posible que en todos los hogares en los que habita este tipo de población existan éstos (u.s. Census Bureau, 2017).

Si bien estos errores de cobertura suelen presentarse más en los eventos censales, las encuestas no están exentas de los mismos, lo importante sería tratar de identificar por qué sucede esto en una encuesta altamente especializada y en la medida de lo posible tratar de corregirlo para el siguiente levantamiento, ya que los resultados obtenidos no parecen consistentes con el aumento en el tamaño de muestra de la encuesta, que en esta ocasión consideró la tasa específica de fecundidad en adolescentes como indicador principal para su diseño, justamente para captar de mejor forma a las(os) menores de cinco años, cuyo objetivo parece no haberse logrado.

En el caso particular de la ENADID 2018, debe tenerse en cuenta que, aunque la no respuesta a nivel nacional no supera el 15.0 por ciento considerado en el diseño muestral, como ya se analizó en la sección anterior, existen entidades donde sí lo supera de manera importante, además se identifican otras con niveles de entrevista incompleta altos. Asimismo, se señala que entre las mujeres en edad fértil, el grupo con mayor porcentaje de entrevistas incompletas son las mujeres de 20 a 24 años (4.1%), seguida por las de 25 a 29 años (3.8%), lo cual coincide con los grupos con mayor omisión observados en la pirámide poblacional, sin embargo, no se dan detalles de la no respuesta en este grupo de edad ni a nivel nacional ni por entidad federativa, por lo que valdría considerar si esta no respuesta o entrevistas incompletas está afectando a grupos particulares como los que se han remarcado con notoria omisión, o bien si existen nuevas y significativas reconfiguraciones en los arreglos residenciales que estén afectando la cobertura de las(os) niñas(os) de menos de 5 años de manera importante y que en levantamientos anteriores no se identificaban, aunque esto parece poco plausible.

Asimismo, es importante conocer si hubo otros factores durante el levantamiento que pu-

dieran provocar la pérdida de información, como pueden ser la capacitación a las entrevistadoras, que hasta donde se puede leer en el informe del operativo 2018 (INEGI, 2019b), no presenta ninguna variante respecto a los años anteriores. Del mismo modo, es relevante tener en cuenta que, en el informe operativo del levantamiento de 2018, se implementó por primera vez el sistema de captación del cuestionario electrónico IKTAN.¹³

Si bien es cierto que, los cuestionarios en papel pueden causar confusiones o favorecer olvidos, en los cuestionarios electrónicos, cuyo uso se ha incrementado recientemente, también se genera un riesgo potencial de introducción de errores sistemáticos, debidos a fallas o situaciones no previstas en la programación de la validación en los equipos, que pueden afectar la calidad o incluso inutilizar las respuestas de la pregunta en cuestión (CEPAL, 2014). De modo que en el momento en que ocurra una inconsistencia en campo, el (la) entrevistador(a) no tendrá forma de cambiar el dato y deberá tomar decisiones respecto al modo de seguir, lo que es una fuente de error en la información (CEPAL, 2014).

Igualmente, la rapidez con que fluya el cuestionario electrónico también tiene consecuencias en la captación de la información, ya que si lo hace con lentitud es probable que la persona entrevistada pierda la paciencia y decida no responder el cuestionario completo, por lo que se recomienda probar rigurosamente el sistema de recolección de información antes de salir a campo (CEPAL, 2014). Sin embargo, no se cuenta con un antecedente publicado sobre este tema, que pueda proporcionar pautas sobre el motivo de la omisión en ciertos grupos poblacionales. Dado lo anterior, sería deseable que se revisaran estos aspectos, y que el INEGI en conjunto con otras instituciones expertas, realice una evaluación de la encuesta, que permita implementar áreas de mejora para posteriores levantamientos, con el fin de contar con información más precisa y completa para el diseño de políticas públicas.

¹³ El IKTAN es una plataforma informática, estructurada de manera modular bajo un entorno de aislamiento de procesos, lo cual permite que, en caso de errores, éstos no se propaguen de más allá de ciertas barreras (INEGI, 2019a).

1.2.2 Precisión y consistencia de la información

Con el fin de observar la cobertura de la encuesta y la precisión de los indicadores por grupos de edad, así como si hubo una mejora en ésta, como resultado del aumento en el tamaño de muestra y de la consideración de la tasa de fecundidad en adolescentes como indicador para el diseño muestral, se presentan en el cuadro 1.1 las tasas específicas de fecundidad trienales¹⁴ para 2012 y 2016 con sus respectivos intervalos de confianza al 90.0 por ciento, la amplitud de éstos y su coeficiente de variación.¹⁵

Según lo que se observa, las tasas específicas, así como la TGF, en general, cuentan con una buena precisión al presentar coeficientes de variación menores a 10.0 por ciento y amplitudes moderadas en sus intervalos de confianza, excepto en el grupo de edad de 45 a 49 años, en el que se observan coeficientes de variación mayores a 25.0 puntos porcentuales en ambas encuestas, esto se debe a que en este grupo las observaciones son muy pocas debido a que la fecundidad desciende de manera importante.

Cabe destacar que, no se observan mejoras significativas en las precisiones estadísticas entre ambas encuestas, a pesar del incremento en el tamaño de muestra en la encuesta 2018, pues se mantienen prácticamente iguales los coeficientes de variación y los intervalos de confianza, incluso entre las mujeres de 40 a 44 y 45 a 49 años, se observa un incremento en el coeficiente de variación de la estimación.

Sin embargo, por entidad federativa, a pesar de la mejora en el diseño muestral de la encuesta, la precisión de las TEF estimadas en todos los grupos de mujeres en edad reproductiva disminuyen considerablemente y no se observa una mejoría respecto a la estimación de 2012, ya que en la mayoría de las entidades la amplitud de los intervalos de confianza es relevante. Asimismo, los coeficientes de variación, aunque oscilan alrededor del 10.0 por ciento aumentan de manera importante respecto al nivel nacional (véase gráfica 1.4).

Por ejemplo, en Campeche la TEF de 15 a 19 años es de 82.13 hijas(os) por cada mil adolescentes, con un intervalo de confianza que va de 66.94 a 97.32 nacimientos por cada mil adolescentes, y que representa el intervalo más amplio (aproximadamente 30 nacimientos por cada mil mujeres de diferencia entre el límite superior y el inferior) de todas las entidades y también, tiene un coeficiente de variación de los más elevados (11.2%). De igual forma, Coahuila con una tasa estimada de 94.31, aunque cuenta con un coeficiente de variación menor a 10.0 por ciento (9.7%), tiene una amplitud en su intervalo de confianza que va de los 79.25 a los 109.37 nacimientos por cada mil mujeres, también cercano a 30 nacimientos de diferencia entre la estimación mínima y máxima. Además de estas entidades, Tamaulipas, Nayarit, Colima y Ciudad de México están entre las que presentan las estimaciones menos precisas para las TEF de 15 a 19 años de acuerdo a su coeficiente de variación y/o intervalo de confianza.

Otro aspecto para destacar sobre las estimaciones de fecundidad en adolescentes es que, únicamente es estadísticamente significativo el cambio entre 2012 y 2016 a nivel nacional, así como en Nayarit. Sin embargo, debe remarcarse

¹⁴ Las tasas específicas de fecundidad trienales 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.

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). Así mismo 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 10.0 por ciento implica un nivel de precisión suficiente.

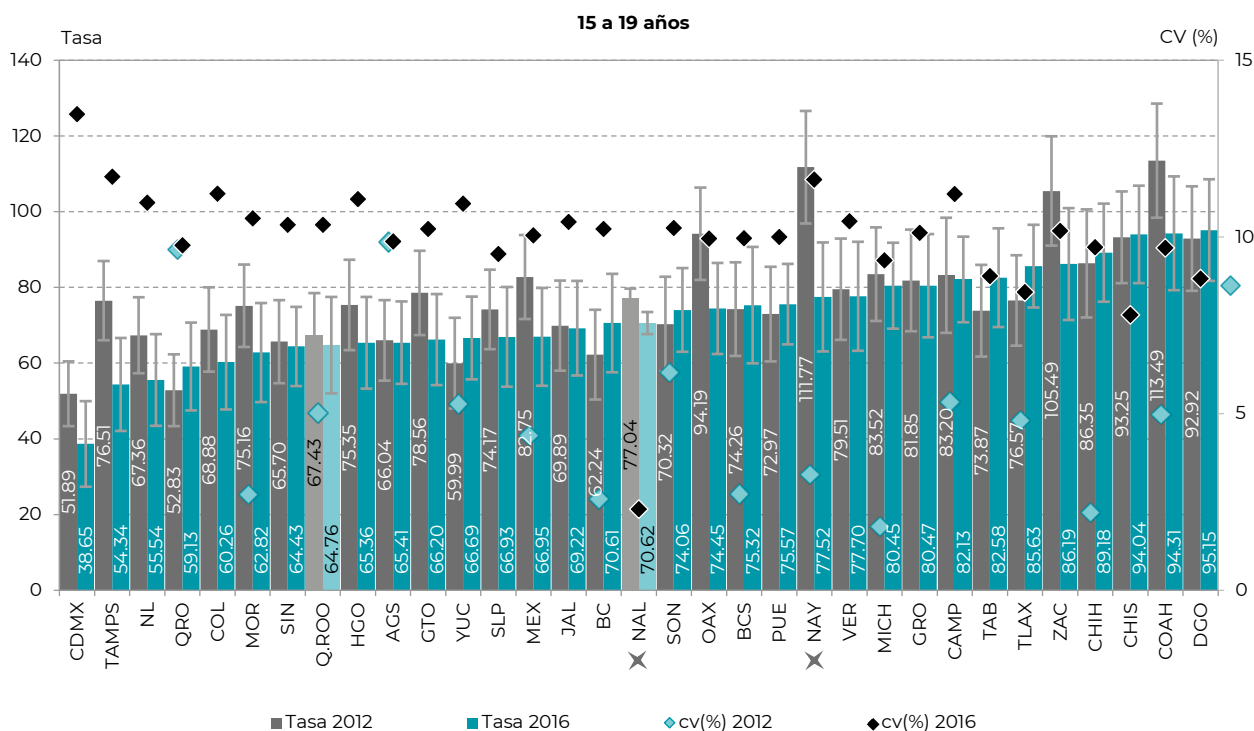
Cuadro 1.1.
República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, tasa global y sus precisiones estadísticas, 2012 y 2016

Grupo de edad	2012					2016				
	Tasa	Err. Est.	CV (%)	90% Conf. Límite Inferior	90% Conf. Límite Superior	Tasa	Err. Est.	CV (%)	90% Conf. Límite Inferior	90% Conf. Límite Superior
15 a 19	77.0	1.8	2.3	74.1	80.0	70.6	1.6	2.3	68.0	73.3
20 a 24	126.0	2.2	1.7	122.4	129.5	118.2	2.0	1.7	114.9	121.5
25 a 29	113.1	2.1	1.8	109.7	116.5	108.8	2.0	1.8	105.5	112.1
30 a 34	77.2	1.8	2.3	74.3	80.1	72.4	1.7	2.3	69.6	75.1
35 a 39	38.1	1.3	3.3	36.0	40.2	34.4	1.2	3.4	32.5	36.4
40 a 44	10.0	0.6	6.5	8.9	11.1	9.0	0.6	7.2	7.9	10.0
45 a 49	0.6	0.1	26.4	0.3	0.8	0.6	0.2	27.9	0.3	0.8
TGF	2.2	0.0	0.8	2.2	2.2	2.1	0.0	0.8	2.0	2.1

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018. El año corresponde al punto intermedio del trienio previo al levantamiento de la encuesta utilizado para la estimación.

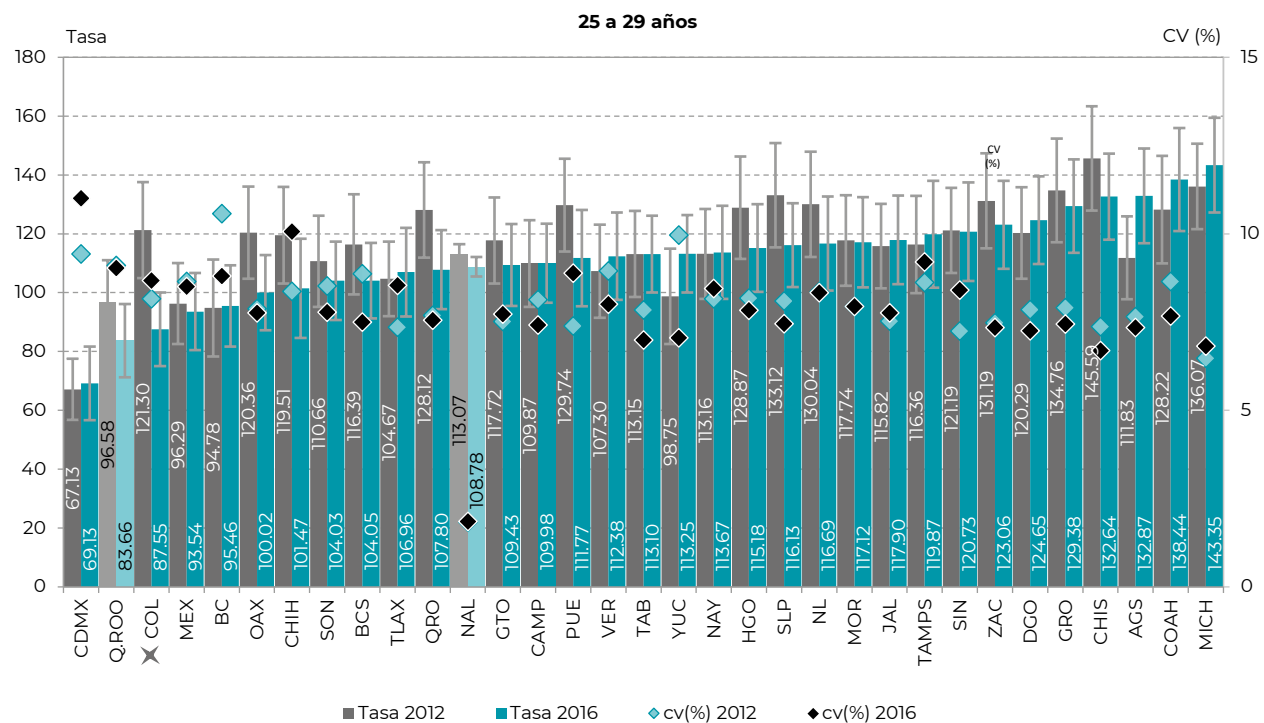
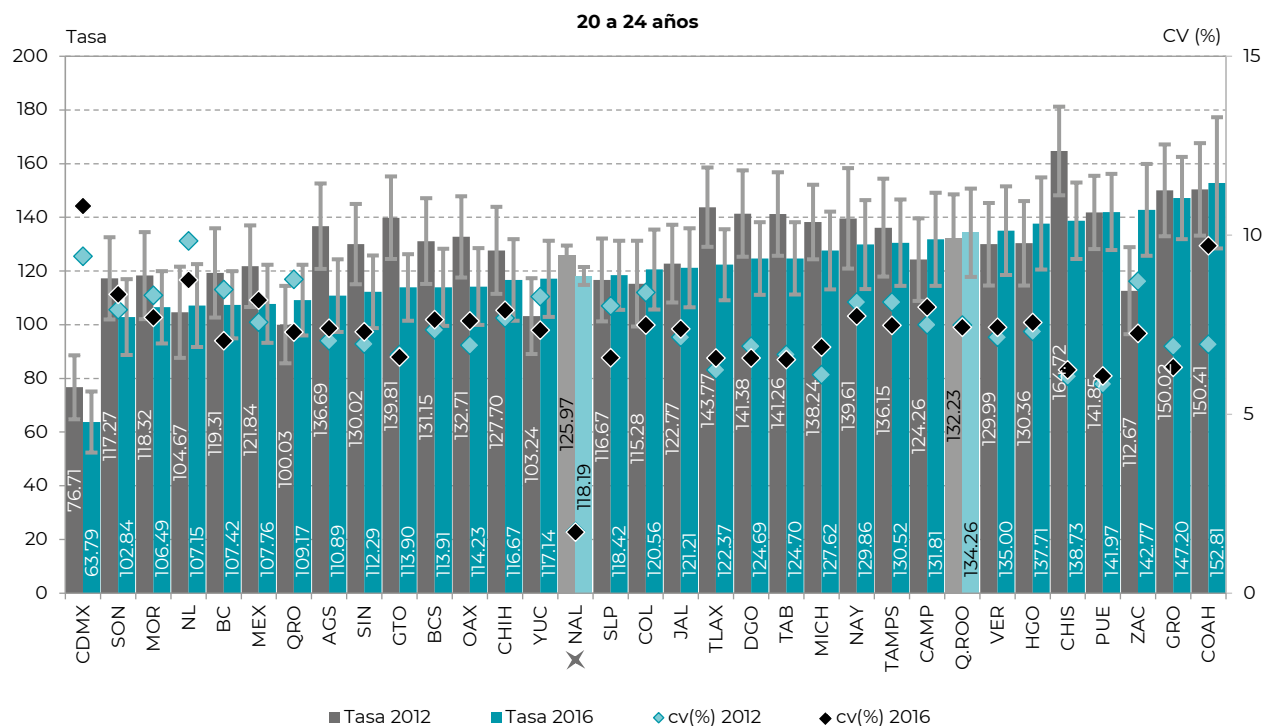
CV>15%.

Gráfica 1.4. Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016



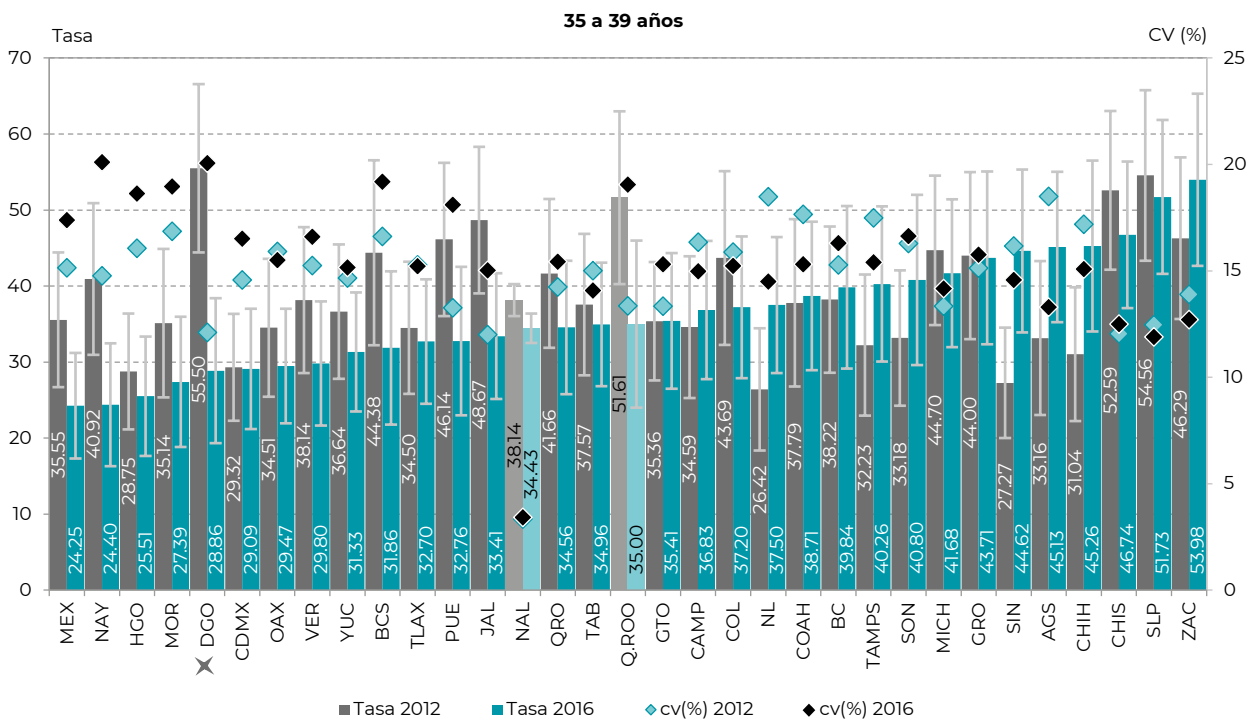
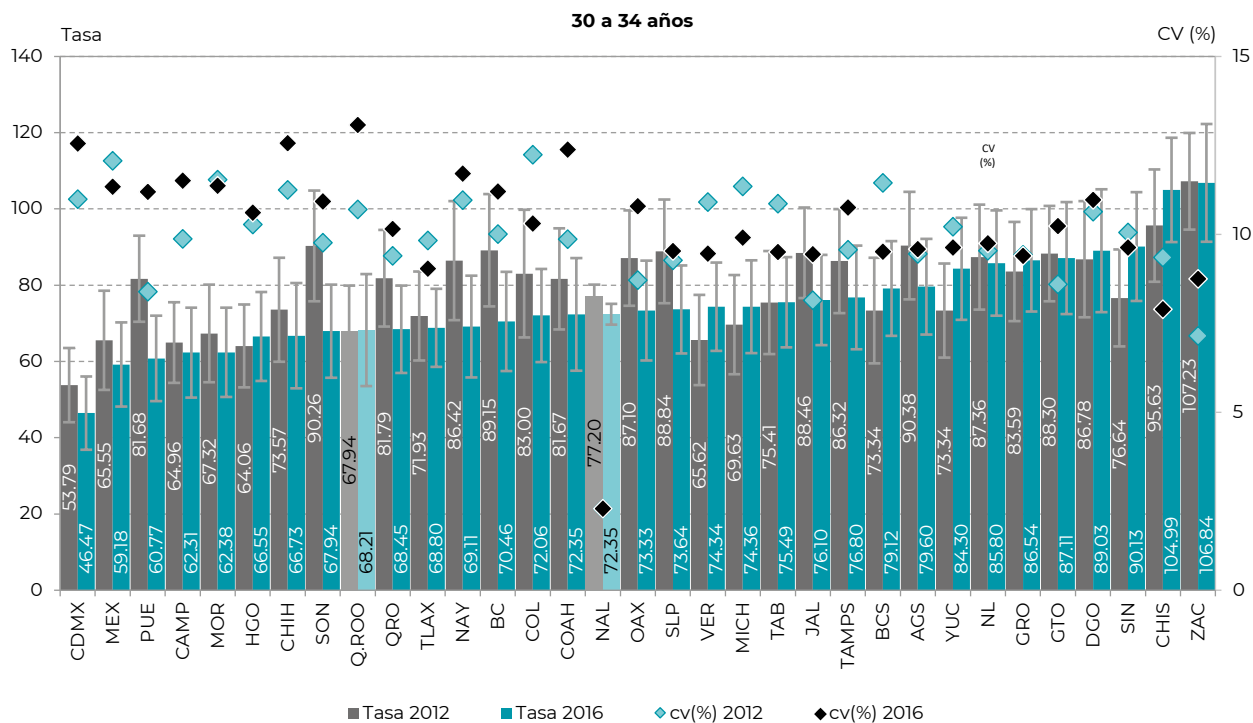
Continúa...

Gráfica 1.4. Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016



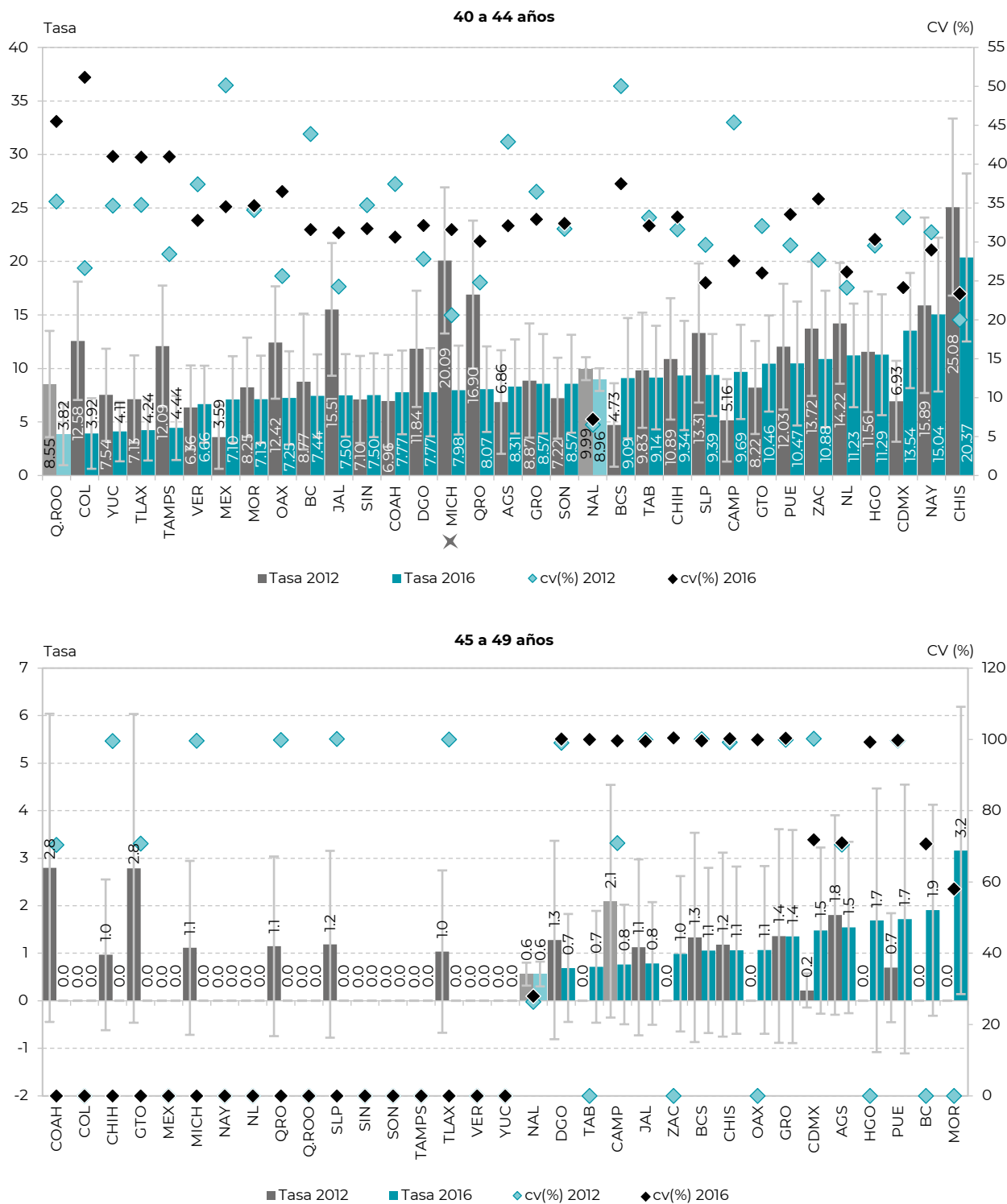
Continúa...

Gráfica 1.4. Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016



Continúa...

Gráfica 1.4. Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Nota: El año corresponde al punto intermedio del trienio previo al levantamiento de la encuesta utilizado para la estimación.

Se utilizó la misma metodología (años-persona vividos) para ambas encuestas.

El coeficiente de variación supera el 15% para la mayoría de las tasas específicas y el intervalo de confianza de las TEF y TGF presentan traslapes, lo que indica que no se cuenta con un tamaño de muestra suficiente para hacer una estimación confiable de dichos indicadores.

cv: Coeficiente de variación. TEF: Tasa Específica de Fecundidad por cada 1000 mujeres

✕ Diferencias estadísticamente significativas.

que en esta entidad no se observa consistencia en la tendencia, ya que pasó de 111.77 nacimientos por cada mil a 77.52 entre ambos años, lo cual implica una reducción en la tasa de 30.64 por ciento que no puede ser explicada de manera demográfica en tan corto tiempo. Del mismo modo, se observan este tipo de inconsistencias en prácticamente todas las entidades, entre las que destacan: Coahuila, Ciudad de México, Oaxaca y Zacatecas. Sin embargo, los cambios no son significativos, por lo que no puede concluirse nada sobre la tendencia en las entidades federativas.

Igualmente, en el grupo de edad de 20 a 24 años se mantiene amplia la longitud de los intervalos de confianza, aunque los coeficientes de variación son cercanos a 10.0 por ciento, no obstante, en este grupo de edad, únicamente existe significancia estadística para el cambio en la tasa a nivel nacional; es decir, no es posible concluir para ninguna entidad que se haya presentado algún aumento o disminución en el indicador entre 2012 y 2016, a pesar de que la diferencia entre ambos años es amplia. En los grupos de 20 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 años, en los que la fecundidad es más frecuente, incluso a nivel nacional no se observan cambios significativos. Para el grupo de 35 a 39 años la amplitud de los intervalos de confianza se hace cada vez más extensa, lo que implica mucho menor precisión. Asimismo, en la mayoría de las entidades los coeficientes de variación sobrepasan los 15.0 puntos porcentuales. En lo que respecta a los cambios entre 2012 y 2016, únicamente es posible identificar que en Durango hubo un aparente descenso. Sin embargo, al igual que en otros casos no es consistente, ya que la tasa se redujo la mitad en cuatro años, pasando de 55.50 a 28.86.

En el grupo de edad de mujeres de 40 a 44 años la precisión ya presenta limitaciones importantes, pues todas las entidades federativas muestran coeficientes de variación mayores a 15.0 por ciento con intervalos de confianza visiblemente amplios como resultado de una menor fecundidad en este grupo de edad. Finalmente, se conoce que la encuesta tiene dificultades para captar nacimientos en el grupo de edad de 45 a 49 años, debido a la baja frecuencia del fenómeno en estas edades (CONAPO, 2016). Sin embargo, se observa que en 2018 a pesar del aumento en el

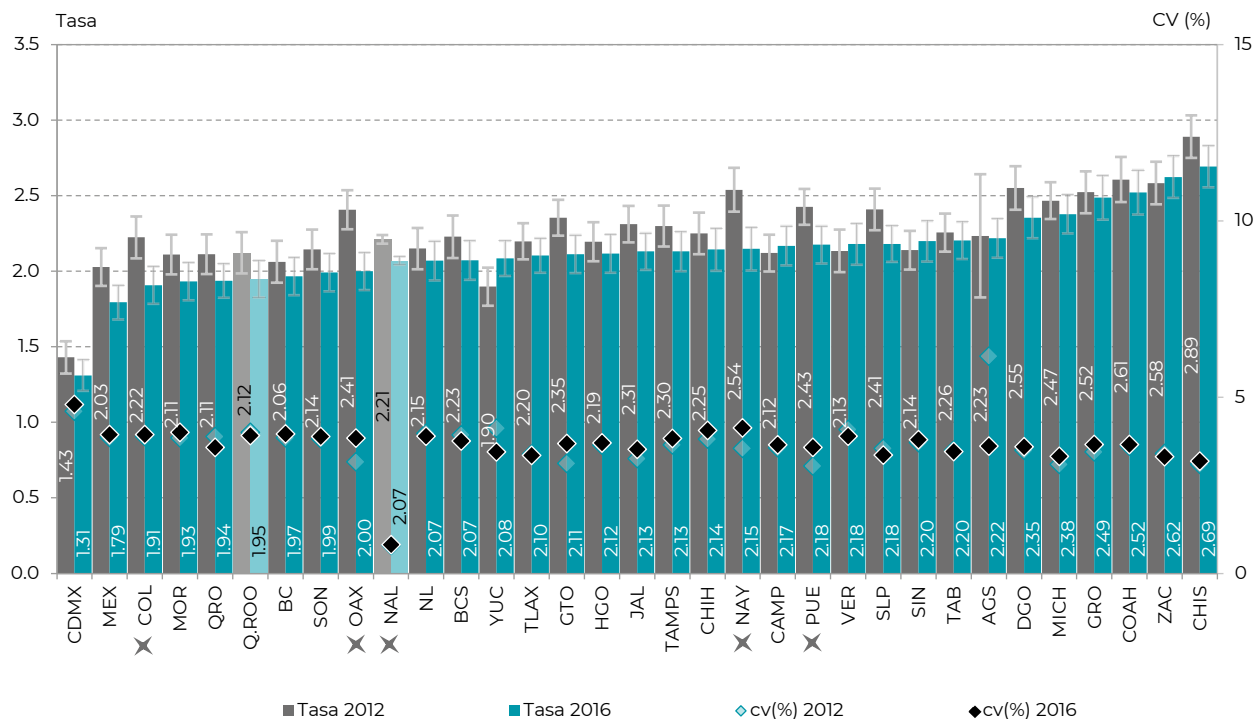
tamaño de la muestra y del cambio en el indicador de diseño muestral a la TEF de adolescentes, existen menos entidades en las que se pudieron captar nacimientos en este grupo de edad, comparado con 2012, lo cual llama la atención pues se esperaría un efecto contrario al haberse ampliado la muestra.

Los resultados anteriores señalan que la mejora realizada en el diseño muestral en la ENADID 2018 no fue suficiente para proporcionar representatividad a las tasas específicas de fecundidad a nivel entidad federativa, que era uno de los objetivos que se perseguía, para el diseño más certero o bien la mejora de políticas públicas sobre el tema, como lo es la ENAPEA, ya que se siguen presentando prácticamente los mismos problemas de falta de representatividad y precisión que en la encuesta de 2014 y anteriores. Por lo anterior, sería importante contar con una evaluación de la eficiencia de la muestra y de aspectos operativos que hayan podido afectar la representatividad de las estimaciones de fecundidad, incluso después de incorporar la TEF de adolescentes en el diseño muestral.

Por su parte, las TGF trienales estimadas para 2012 y 2016 con base en las encuestas de 2014 y 2018 a nivel nacional y para cada entidad federativa muestran buena precisión, pues se observan intervalos de confianza cortos y coeficientes de variación menores a 10.0 por ciento (véase gráfica 1.5). Sin embargo, se observa que únicamente se puede hablar de cambios significativos entre ambos periodos de tiempo en cuatro entidades federativas: Colima, Nayarit, Oaxaca y Puebla. Además, las variaciones en algunas de estas entidades federativas no muestran consistencia, ya que, por ejemplo: Oaxaca pasa de una TGF de 2.41 a 2.00, Nayarit de 2.54 a 2.15 y Puebla de 2.43 a 2.18, lo cual parece poco plausible en un lapso de sólo cuatro años.

Asimismo, al analizar los coeficientes de variación, no se observa una mejora significativa en la precisión de las estimaciones entre 2012 y 2016, ya que los valores de éstos se mantienen prácticamente en los mismos niveles a pesar del aumento en la muestra realizado en la encuesta de 2018. Por lo anterior, es necesario tomar con precaución las estimaciones de la TGF derivadas de la ENADID a nivel nacional, pero sobre todo para las

Gráfica 1.5. Tasa global de fecundidad y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.
 Nota: El año corresponde al punto intermedio del trienio previo al levantamiento de la encuesta utilizado para la estimación.
 Se utilizó la misma metodología (años-persona vividos) para ambas encuestas.
 cv: Coeficiente de variación.
 X: Diferencias estadísticamente significativas.

entidades federativas, pues a pesar de que aparentemente muestran una precisión aceptable con base en los intervalos de confianza y coeficientes de variación, la coherencia de las estimaciones no pareciera ser congruentes, en términos demográficos.

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 (MEFSA). En el cuadro 1.2 se presentan las precisiones estadísticas para este indicador a nivel nacional y por grupos quinquenales de edad. Al comparar los datos entre 2014 y 2018 se observa que, prácticamente no hubo cambios en la estimación de la prevalencia, ya que para 2014 el valor de este indicador era de 75.6 por ciento y en 2018 mantiene un valor de 75.5 por ciento y sus precisiones estadísticas se conservan prácticamente sin cambios, con un límite inferior para 2018 de 75.0 por ciento y uno superior de 75.9, lo que representa una amplitud de solo 0.8 puntos porcentuales entre ambos

límites, además de un coeficiente de variación de solo 0.3 por ciento, lo que implica un buen nivel de precisión en las estimaciones a nivel nacional.

En lo referente a las estimaciones por grupos quinquenales de edad para 2018, destaca que, en el 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 con respecto a los demás grupos de edad (2.0%). 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. Se puede concluir que, en el conjunto de todos los grupos de edad se obtienen estimaciones con buena precisión a nivel nacional y no se observan cambios respecto a 2014.

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

Cuadro 1.2.
República Mexicana. Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil sexualmente activas y sus precisiones estadísticas, 2014 y 2018

Grupo de edad	2014						2018					
	Prevalencia	Err. Est.	CV (%)	90% Conf. Límite Inferior	90% Conf. Límite Superior	Amplitud	Prevalencia	Err. Est.	CV (%)	90% Conf. Límite Inferior	90% Conf. Límite Superior	Amplitud
Total	75.6	0.3	0.3	75.1	76.0	0.9	75.5	0.3	0.3	75.0	75.9	0.8
15 a 19	59.0	1.2	2.0	57.0	60.9	4.0	59.9	1.2	2.0	57.9	61.9	4.0
20 a 24	67.7	0.7	1.1	66.5	68.9	2.4	67.5	0.7	1.1	66.3	68.7	2.4
25 a 29	72.5	0.6	0.9	71.4	73.5	2.1	72.5	0.6	0.8	71.5	73.5	2.0
30 a 34	76.6	0.6	0.8	75.6	77.5	1.9	76.3	0.6	0.8	75.4	77.3	1.9
35 a 39	80.4	0.6	0.7	79.5	81.4	1.9	80.1	0.6	0.7	79.1	81.0	1.9
40 a 44	81.5	0.6	0.7	80.6	82.4	1.9	81.1	0.5	0.7	80.2	82.0	1.8
45 a 49	78.8	0.7	0.9	77.7	80.0	2.3	78.7	0.6	0.8	77.7	79.7	2.0

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

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 prevalencias son mayores, la estimación es mucho más puntual, como en los grupos de 30 a 44 años (CONAPO, 2016).

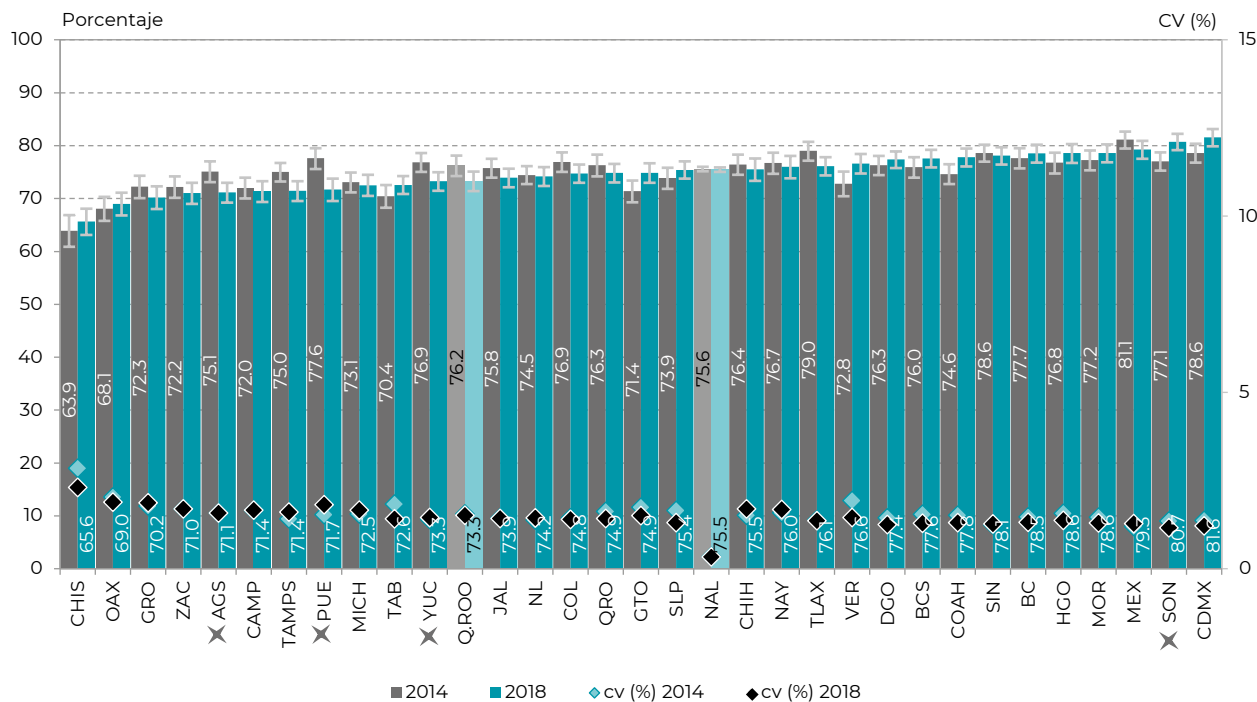
Finalmente, uno de los objetivos de este documento es proporcionar información que sea útil para focalizar las acciones en grupos específicos de la población con mayores rezagos en salud sexual y reproductiva, por lo cual se consideran necesarios para el diseño de toda política pública datos desagregados 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 2018.

A nivel entidad federativa, se observa que las estimaciones sobre prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas son precisas (véase gráfica 1.6). 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: Ciudad de México, Sonora, el Estado de México y Morelos, con los menores coeficientes de variación (de 1.2 a 1.3%) 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 casi cinco puntos de amplitud, seguido por Oaxaca, Guerrero y Zacatecas donde también se observan coeficientes de variación de entre 2.3 a 1.7 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.

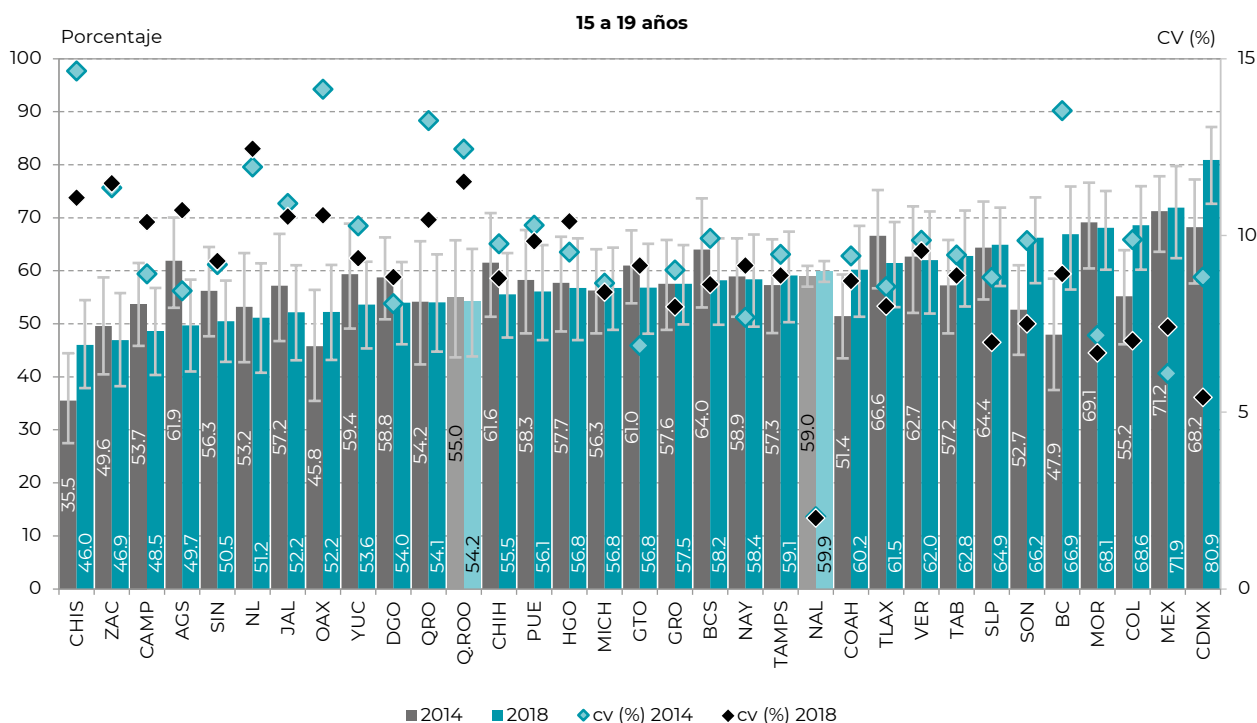
La gráfica 1.7 muestra la amplitud de los intervalos de confianza y los coeficientes de variación por grupos etarios, y se observa que, en las adolescentes, las estimaciones de la prevalencia son las que cuentan con menor precisión estadística comparada con la de los otros grupos de edad, al igual que a nivel nacional en 2018, ya que la diferencia entre el límite superior y el inferior del intervalo de confianza en la Ciudad de México, la entidad con relativamente mejor precisión es de 14.5 puntos, mientras que entidades como: Quintana Roo, Baja California, Veracruz, Hidalgo, Querétaro y Tabasco presentan amplitudes de entre 18.1

Gráfica 1.6. Prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018



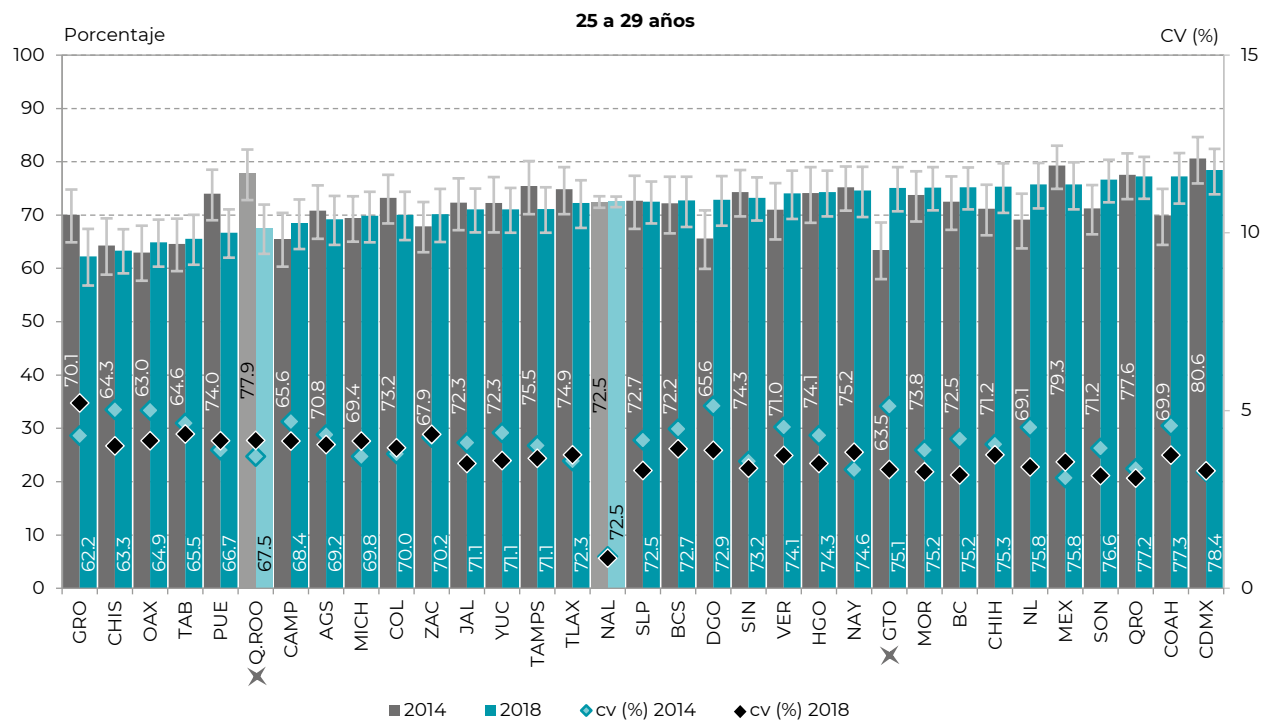
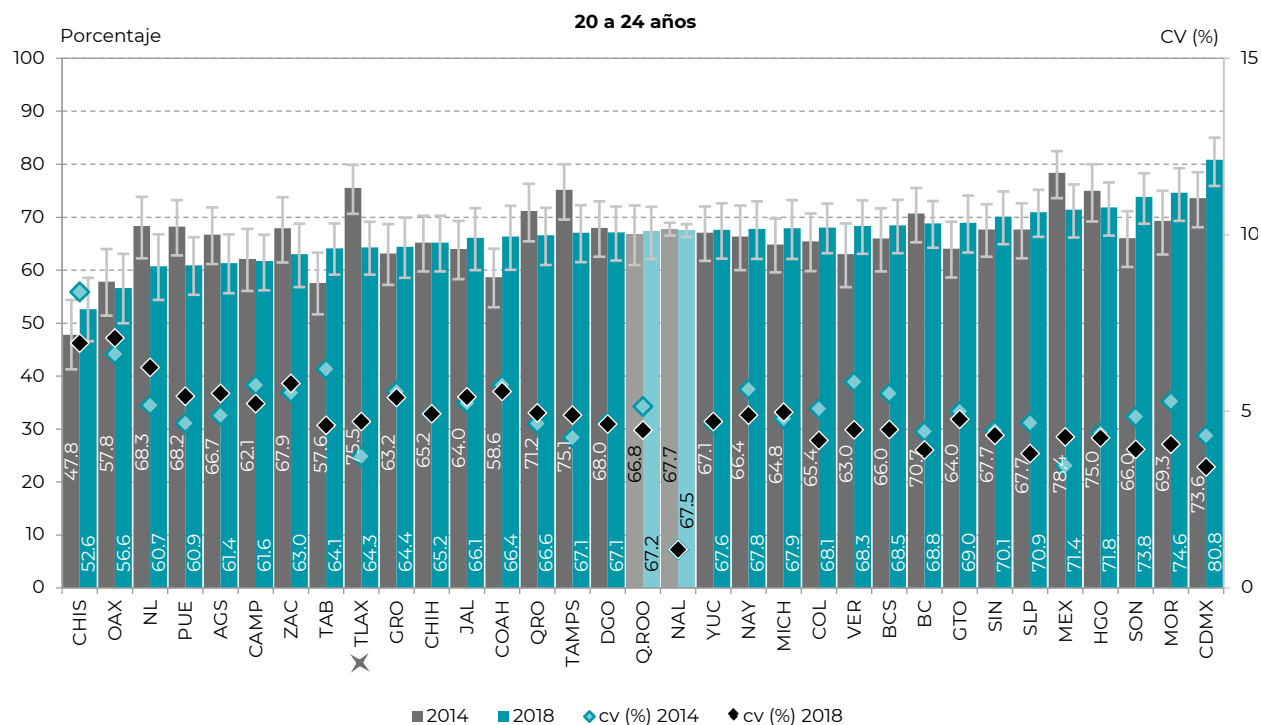
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.
CV: Coeficiente de variación.
X: Diferencias estadísticamente significativas.

Gráfica 1.7. Prevalencias anticonceptivas en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018



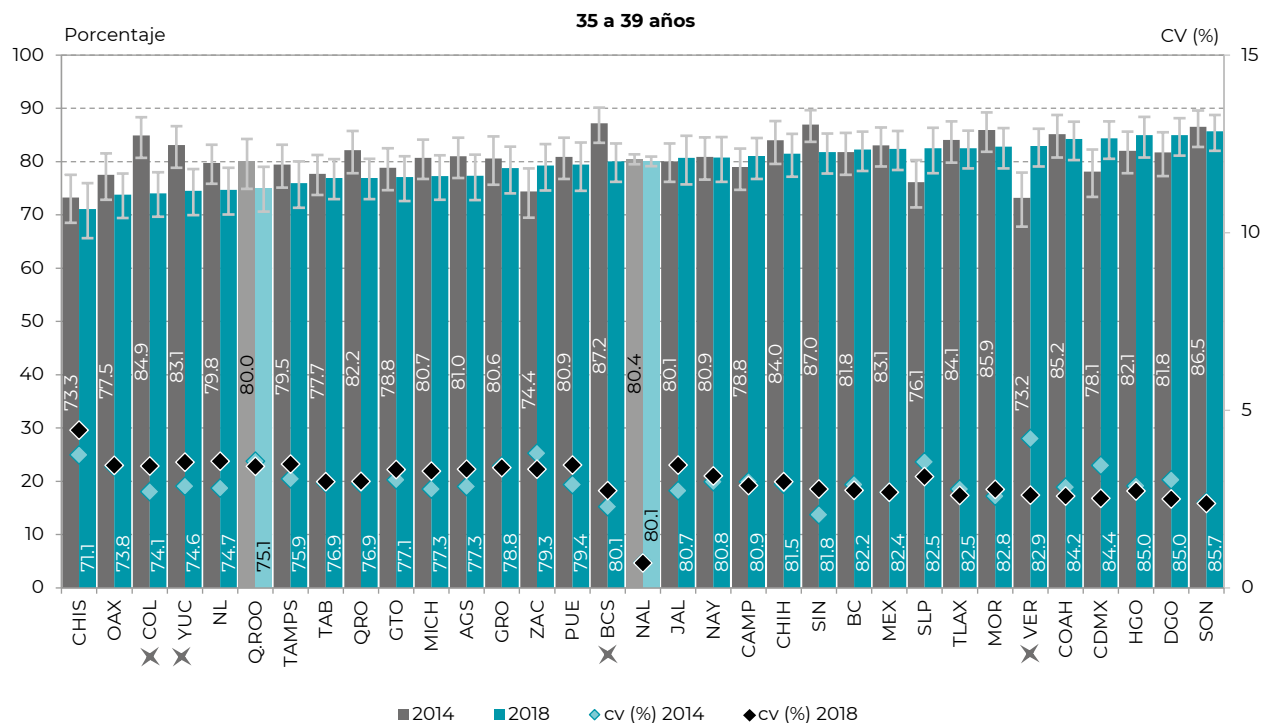
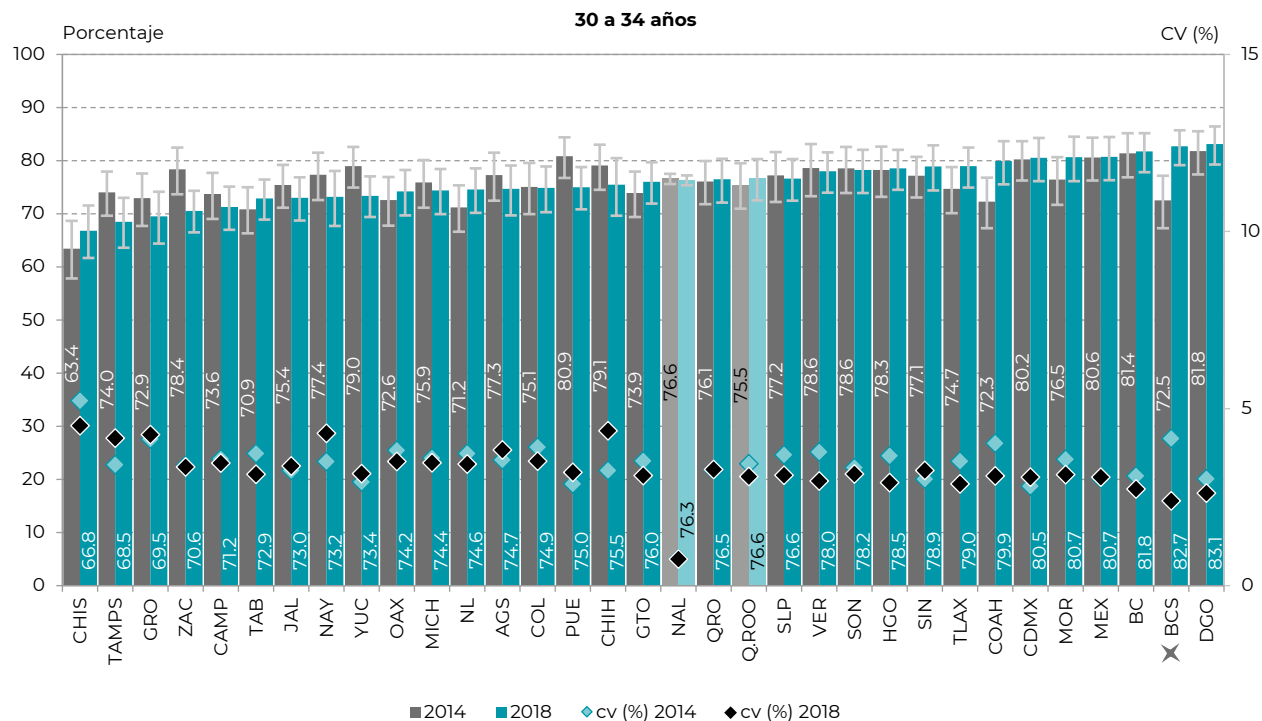
Continúa...

Gráfica 1.7. Prevalencias anticonceptivas en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018



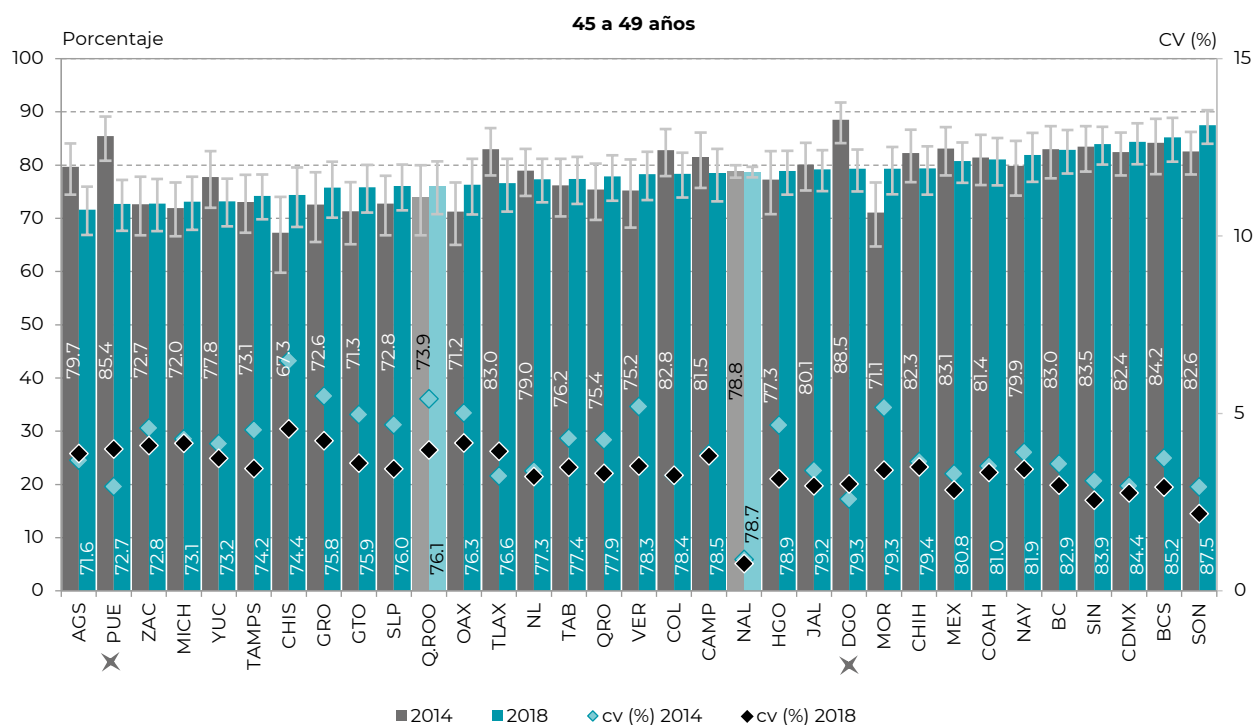
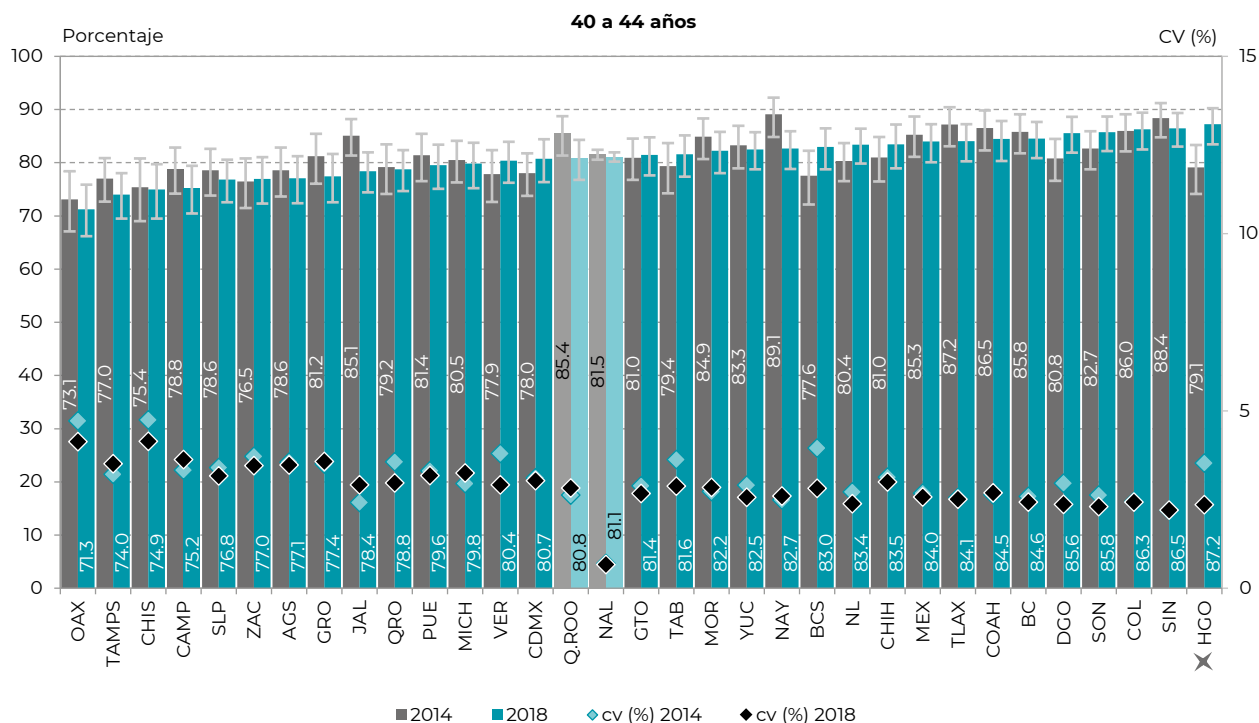
Continúa...

Gráfica 1.7. Prevalencias anticonceptivas en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018



Continúa...

Gráfica 1.7. Prevalencias anticonceptivas en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018



CV: Coeficiente de variación.

X: Diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

y 20.3 puntos. Por su parte, Nuevo León es la entidad con la menor precisión, en donde la longitud del intervalo de confianza es casi de 21 puntos. Lo mismo señalan los coeficientes de variación para estas entidades, ya que en la mayoría de ellas se encuentran arriba del 10.0 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 8.8 a 13.1 puntos entre el límite inferior y superior y los coeficientes de variación se encuentran alrededor de 7.0 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 10.0 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.

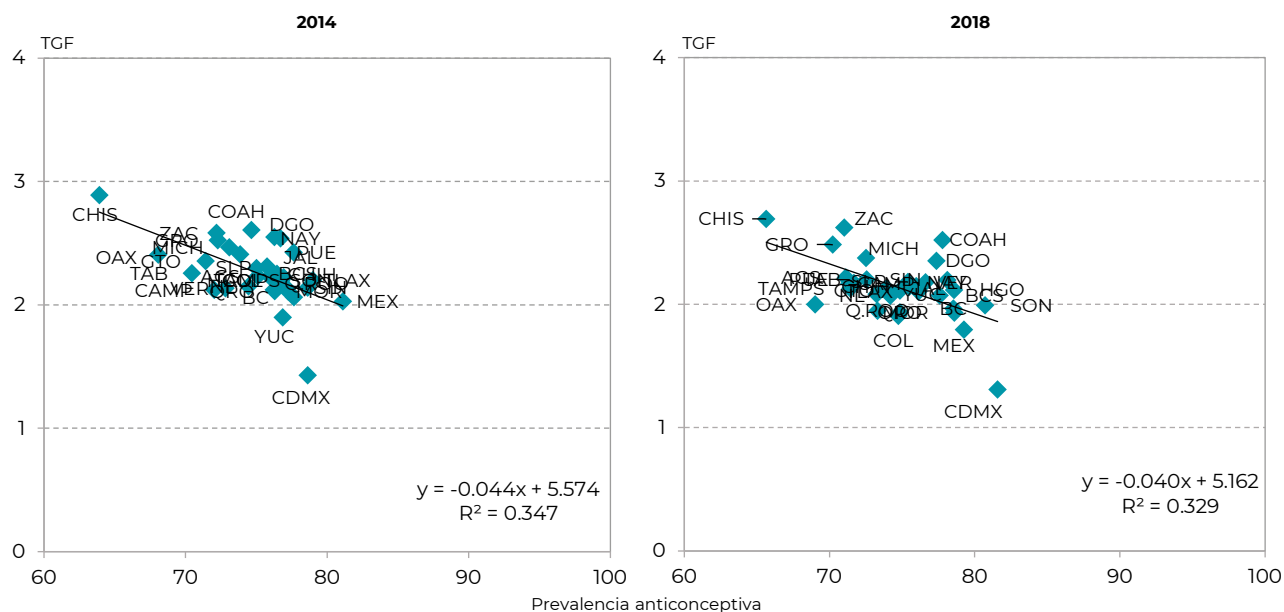
Lo anterior muestra que, deben considerarse con cierta precaución las estimaciones sobre prevalencia anticonceptiva desagregadas por entidad federativa y, en particular, para adolescentes, debido a que, se observa una subrepresentación en la muestra. Esto puede deberse a que el tamaño de muestra establecido, a pesar de haber sido aumentada en 2018, sigue sin ser 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.

Otra forma de analizar la consistencia de la información es a través de un análisis de las correlaciones entre las principales variables de interés, como la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad en adolescentes con sus respectivas prevalencias de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil sexualmente activas, que teóricamente deberían guardar una estrecha correlación. En la gráfica 1.8 y 1.9 se muestran dichas relaciones con datos de las entidades federativas para la ENADID 2014 y 2018, respectivamente.

Para el primer caso se observa que entre la tasa global de fecundidad y la prevalencia de mujeres sexualmente activas la correlación es de la dirección que se espera; es decir, a mayor uso de métodos anticonceptivos menor es la fecundidad. Sin embargo, la correlación es muy baja, de apenas 24.0 por ciento en 2014, y se observa un aumento para 2018 a 33.2 por ciento. No obstante, se esperaría que dicha correlación fuera más alta, al ser la anticoncepción el principal determinante de la fecundidad.

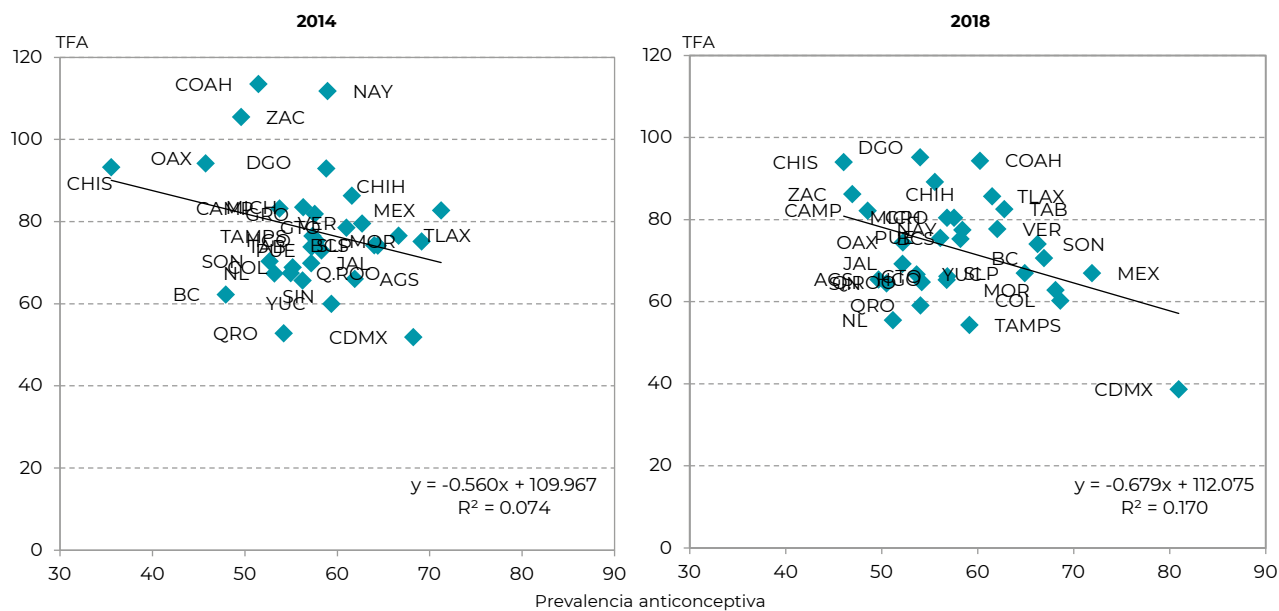
En lo que refiere a la tasa de fecundidad en adolescentes y la prevalencia de uso para mujeres en esta edad sexualmente activas, se observa que la correlación es de sentido negativo como se espera, pero es mucho más baja que para el general de las mujeres en edad fértil, con apenas 7.4 por ciento en 2014, y se observa que hubo una mejora en el ajuste para 2018, al aumentar a 16.8 por ciento. Sin embargo, se advierten casos como la Ciudad de México en los que el nivel de prevalencia parece no corresponder con la tasa de fecundidad, así como en algunas otras entidades como el Estado de México, Colima, etc. Lo anterior puede deberse a la falta de representatividad de la encuesta a nivel entidad federativa que puede provocar falta de ajuste en las relaciones que teóricamente deberían presentarse a un nivel más fuerte.

Gráfica 1.8. Correlación entre la tasa global de fecundidad (TGF) y la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil sexualmente activas por entidad federativa, 2014 y 2018



El año de las tasas corresponde al punto intermedio del trienio previo al levantamiento de la encuesta utilizado para la estimación.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Gráfica 1.9. Correlación entre la tasa de fecundidad adolescente (TFA) y la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en adolescentes sexualmente activas por entidad federativa, 2014 y 2018



El año de las tasas corresponde al punto intermedio del trienio previo al levantamiento de la encuesta utilizado para la estimación.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Conclusiones

La ENADID ha sido el principal insumo estadístico nacional que no sólo ha facilitado indagar en los fenómenos demográficos y sociales del país, sino que también, ha permitido conocer con mayor profundidad el comportamiento sexual y reproductivo de la población femenina. Sin duda, las investigaciones que se derivan de la información que proporciona esta encuesta son fundamentales para comprender y dimensionar las implicaciones sociales de la toma de decisiones para aminorar y enfrentar próximos retos (CONAPO, 2016).

A diferencia de edición pasada realizada en 2014, el INEGI en su levantamiento de 2018 incrementó el tamaño de muestra, pasando de 101 389 a 119 941 viviendas, entre ambas encuestas; es decir, tuvo un aumento en el tamaño de muestra de casi 20.0 por ciento. Sin embargo, se observa que el incremento en la tasa de no respuesta fue casi proporcional al aumento del tamaño de muestra, lo cual puede provocar que, la precisión de la estimación de las tasas específicas de fecundidad no haya mejorado su representatividad a nivel entidad federativa, especialmente en estados como: Guerrero, Quintana Roo, Jalisco, Coahuila y Morelos, e incluso a nivel nacional no sea confiable.

El levantamiento de la ENADID 2018 mantiene la comparabilidad con las anteriores ediciones en temas e indicadores. A pesar de ello, es imprescindible tener en cuenta que existe una sobreestimación en los grupos de edad más envejecidos y una subestimación en la población de 0 a 4 años y en las mujeres de 20 a 34 años de edad, respecto a las proyecciones de la población y a la Encuesta Intercensal 2015.

Para el caso particular de la fecundidad, lo anterior puede provocar subestimación en las tasas, sobre todo porque los grupos identificados con esta limitación son en los que se concentra el mayor número de hijas(os) nacidas(os) vivas(os) por cada mil mujeres en esas edades. Asimismo, y a pesar del aumento de la muestra, no es posible obtener estimaciones consistentes para las entidades federativas de las tasas específicas de fecundidad, ni en nivel ni en estructura, en particular de adolescentes, por lo que parece necesario

explorar métodos de muestreo alternativos o bien considerar otras fuentes de información.

Si bien el mejoramiento reciente de los registros administrativos como las estadísticas vitales de nacimientos, las colocan como una fuente con gran potencial debido a las posibilidades de desagregación, cobertura y oportunidad, mediante su corrección por métodos estadísticos y demográficos, es importante resaltar que las proyecciones de la población son la fuente idónea para el monitoreo de la fecundidad puesto que concilian y corrigen los datos que provienen de distintas fuentes de información, proporcionando un nivel y estructura de la fecundidad armonizado de la historia demográfica del país.

En el caso de la prevalencia anticonceptiva, en general, no se observan cambios significativos a nivel nacional, lo que implica un buen nivel de precisión. No obstante, si se requiere información con un mayor desglose, es decir, para cada una de las entidades federativas, deberá de analizarse con cautela debido que al explorar la vinculación con otros indicadores o características sociales y/o demográficas o una desagregación de éstas, provocaría que la precisión disminuyera.

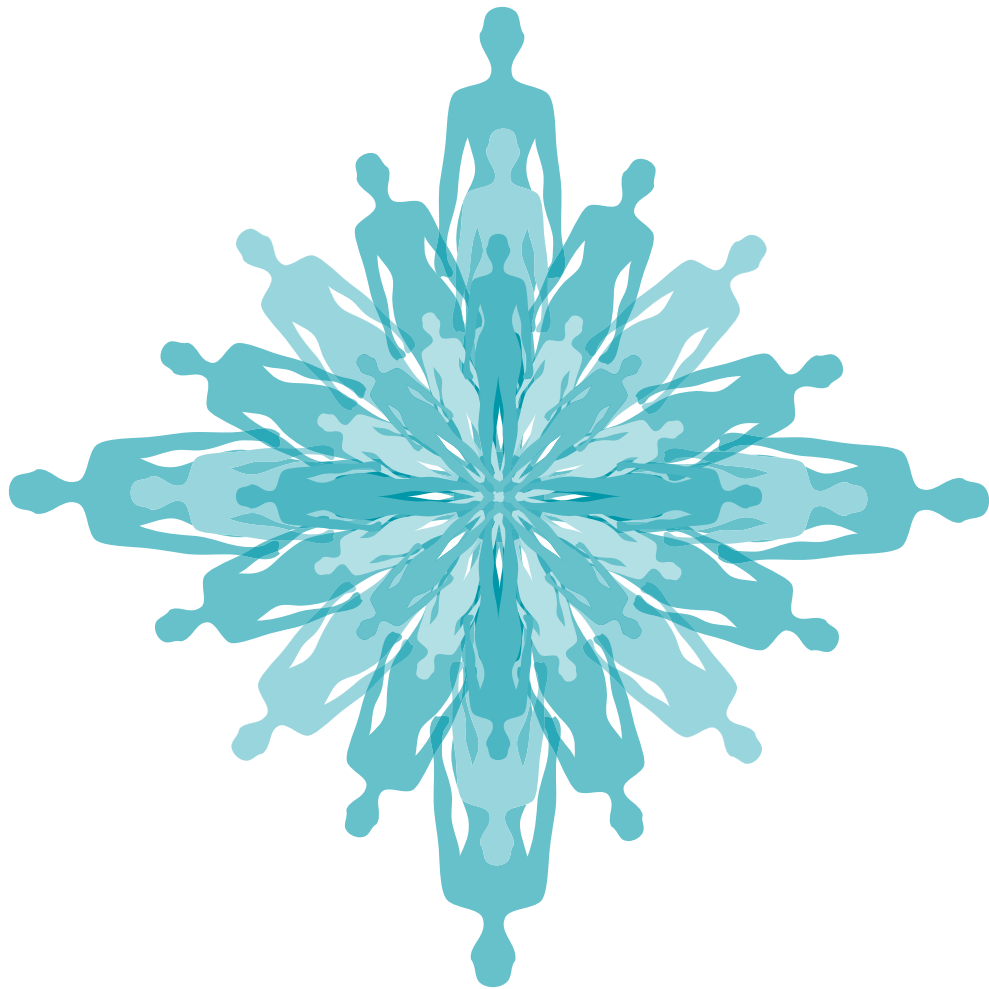
En suma, a lo anterior, es importante tratar con precaución las estimaciones desglosadas por entidad federativa y poner especial atención en el grupo de adolescentes sin perder de vista al resto de los grupos de edad a nivel entidad, y particularmente en los estados expuestos en este capítulo con precisiones poco favorables.

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, sino asegurar la precisión que esta información proporciona, siendo la única pretensión acotar los alcances de la ENADID e informar a las personas que lean este texto 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 las(os) usuarias(os) 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 (CONAPO, 2016).

Bibliografía

- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2014). Los datos demográficos: alcances, limitaciones y métodos de evaluación, Serie Manuales CEPAL, núm.82, Santiago de Chile, octubre de 2014. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37145-datos-demograficos-alcances-limitaciones-metodos-evaluacion>
- Cochran, W. (1984). *Sampling Techniques*, John Wiley & Sons. Inc. Nueva York. https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/artigos/COCHRAN%2C%20W.%20Sampling%20techniques_compressed.pdf
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2005). *La fecundidad en México: niveles y tendencias recientes*, Serie de documentos técnicos, México, CONAPO, 2005. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_fecundidad_en_Mexico
- (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana, México, 2016. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana>
- Hernández, M. F., Tapia, G., Alarcón, X. y Muradás, M. (2015). "Aproximaciones al nivel de la fecundidad en México 1990-2014" en La Situación Demográfica de México, 2015. CONAPO. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones_al_nivel_de_la_fecundidad_en_Mexico_1990-2014
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2015a). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Informe operativo, INEGI, 2015.
- (2015b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Síntesis Metodológica, INEGI, 2015.
- (2017). Una aproximación metodológica al uso de datos de encuestas en hogares en Edición: Vol.8, Núm.2 por Julio César Martínez Sánchez. <https://rde.inegi.org.mx/index.php/2017/05/01/una-aproximacion-metodologica-al-uso-de-datos-de-encuestas-en-hogares/>
- (2019a). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, ENADID. Diseño Muestral, INEGI, 2019.
- (2019b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, ENADID. Informe operativo y de procesamiento, INEGI, 2019.
- Juárez, F. (2008). Un repaso crítico de la información de las encuestas, en Figueroa, B., (coord.), *El Dato en cuestión*. Un análisis de las cifras sociodemográficas, el Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, México, CDMX.
- Kish, L. (1987). *Statistical design for research*, Wiley, Hoboken, New Jersey, pp. 30.
- Pagano, M. y Fitzmaurice, G. (1999). "Confidence Intervals", en *Nutrition*, vol. 15, núm. 6, 1999, pp. 515-516, Elsevier Science, USA.
- u.s. Census Bureau (2017). Investigating the 2010 Undercount of Young Children – A Comparison of Demographic, Housing, and Household Characteristics of Children by Age. 2020 Census Program Memorandum Series. https://www2.census.gov/programs-surveys/decennial/2020/program-management/final-analysis-reports/2020-2017_02-UndercountofYoungChildrenReport.pdf



Panorama demográfico y principales características de las mujeres y hombres en edad fértil

2

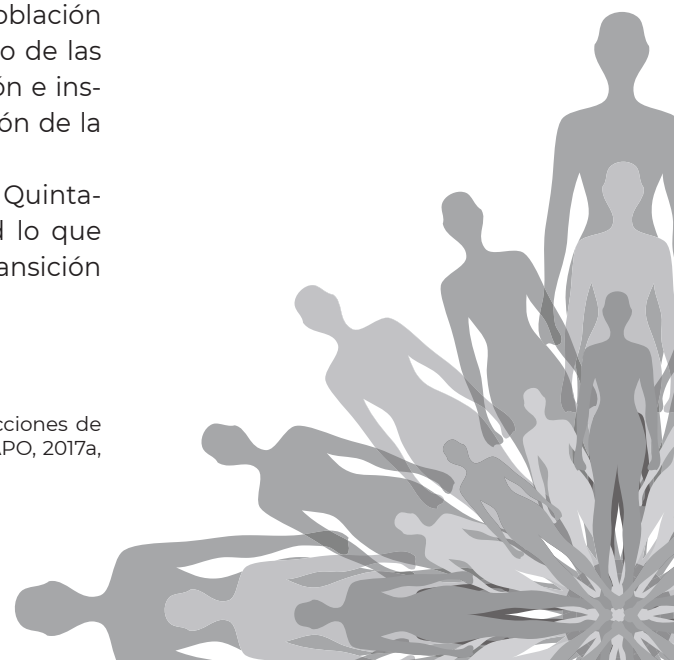
El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos guarda una estrecha relación con la dinámica demográfica de la población, ya que, se centra en opciones autónomas e individuales de las personas con las que se garantiza el libre acceso a la información para comprender y disfrutar de la sexualidad, así como al uso de métodos anticonceptivos, permitiendo de esta forma regular los niveles de la fecundidad (CONAPO, 2011). El impacto de esta interrelación se visibiliza en la medida en que el volumen, composición y ritmo de crecimiento de la población se traducen en demandas de servicios, incluidas las de salud sexual y reproductiva, además de que esta población es resultado de las pautas marcadas por los programas de planificación familiar que se implementaron en el pasado (Aguilar, 2017).

2.1. Identificación de necesidades de acuerdo al volumen y grupos de edad de mujeres y hombres en edad fértil

Para llevar a cabo la planeación para la atención de las demandas de salud sexual y reproductiva, es necesario contar con información base sobre el volumen y estructura por edad y sexo de la población. Esta información la brinda la Conciliación Demográfica 1950-2015 y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050, ambos ejercicios realizados por el CONAPO.¹⁶ A partir de estas fuentes oficiales de información, se ubica a la población en edad fértil, con la finalidad de tener mayor conocimiento de las necesidades de atención que permita una mejor formulación e instrumentación de acciones y programas dirigidos a la atención de la salud sexual y reproductiva.

La actual situación de la dinámica demográfica de Quintana Roo muestra un descenso inminente de la fecundidad lo que ha posicionado a la entidad en una etapa avanzada de la transición

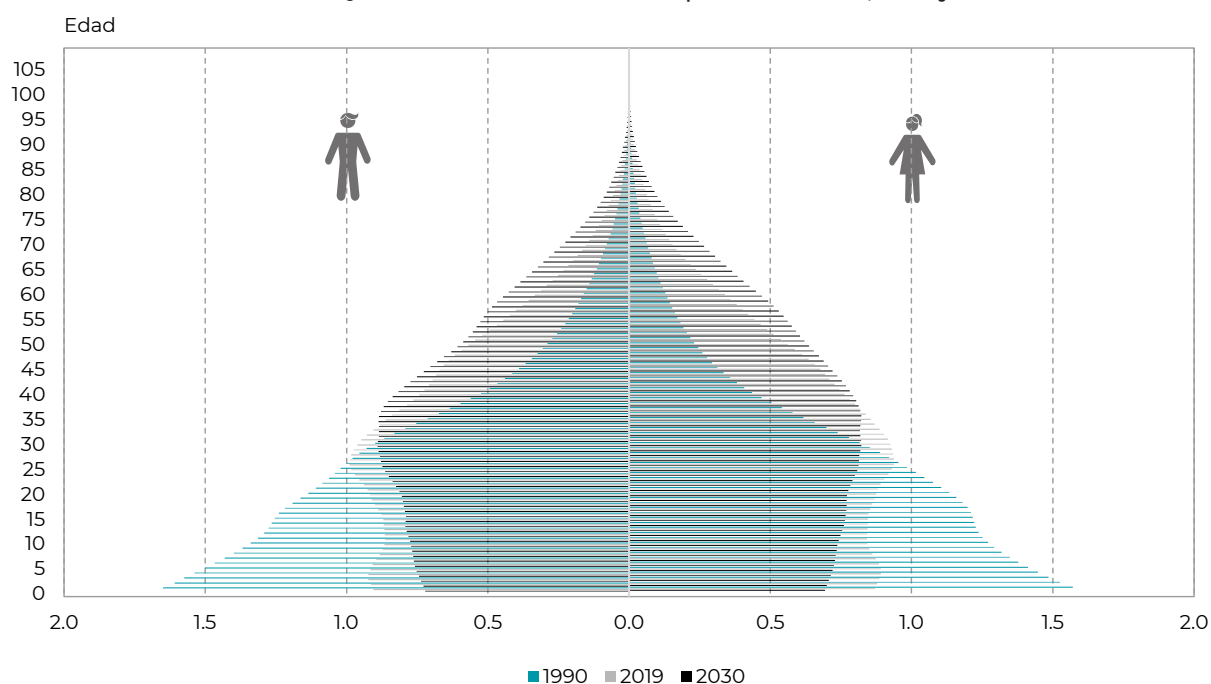
¹⁶ Metodológicos: Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. (CONAPO, 2017a, 2017b y 2017c).



demográfica.¹⁷ Datos de la Conciliación Demográfica indican que, en 1990 el estado tenía una tasa global de fecundidad de 3.71 hijas(os) en promedio por mujer durante toda su vida reproductiva. Para 2019 se puede apreciar que este indicador disminuyó, y se ubicó por debajo del promedio nacional (2.08 hijas(os) por mujer), con 2.01 hijas(os) en promedio y se prevé que en 2030, baje a 1.77 hijas(os). Asimismo, la tasa de mortalidad infantil (TMI) en la entidad, ha disminuido, de 35.7 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos en

1990, a 10.4 defunciones en 2019, colocándose por debajo de la TMI nacional (13.1 defunciones), y se espera que para 2030 continúe bajando a 7.4 decesos. Estos resultados se reflejan en el aumento en la esperanza de vida de las personas que nacen en la entidad, de 73.5 años en 1990 a 75.4 años en 2019, y se estima que en 2030 las personas vivan 76.9 años en promedio, lo que implica que, en el futuro aumente el porcentaje de personas adultas mayores (población de 60 años y más), como se puede apreciar en la gráfica 2.1.

Gráfica 2.1. Quintana Roo. Pirámides de población 1990, 2019 y 2030



Fuente: CONAPO. Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050.

Asimismo, en las pirámides de población se muestran los cambios en la estructura por edad, y de manera específica, se observa que, en 1990 las personas menores de 15 años, que representaban 41.4 por ciento de la población de Quintana Roo, descendieron en 2019 a 26.2 por ciento, y

se espera que en 2030 bajen hasta 22.3 por ciento. En el caso de adolescentes y jóvenes; es decir, entre 15 y 29 años de edad, también han disminuido su presencia relativa entre 1990 y 2019, ya que pasó de 31.6 a 27.7 por ciento, y se estima descienda a 24.5 por ciento en 2030. Mientras que entre la población adulta el comportamiento ha sido distinto, por ejemplo, entre las personas de 30 a 44 años, los porcentajes aumentaron de 17.0 en 1990 a 23.9 en 2019 y para 2030 será de 24.5; lo mismo ocurre con las personas de 45 a 59 años, que pasaron de 6.7 por ciento en 1990 a 14.8 en 2019 y a 17.3 para 2030.

¹⁷ 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.

Esta tendencia al alza de la población adulta, también la presentan las personas adultas mayores (60 años y más), quiénes han crecido de manera importante en los últimos 29 años, ya que, han pasado de 3.3 por ciento en 1990 a 7.3 en 2019, y se espera que para 2030 representen 11.3 por ciento de la población total del estado. Estos datos nos muestran claramente el efecto del descenso de la fecundidad, aunado al incremento en la esperanza de vida de la población, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que ahora experimenta el país.

Durante mucho tiempo la implementación de los Programas de Planificación Familiar se centraron prioritariamente en atender las necesidades de las mujeres en edad fértil unidas¹⁸ por considerarse el grupo de población directamente expuesto al riesgo de un embarazo (CONAPO, 2017a). Sin embargo, en el artículo 4to. Constitucional, se establece que cada pareja y cada persona tiene la libertad a decidir libre y responsablemente si tener o no hijas(os), así como determinar su número y espaciamiento. En ese marco de derechos y en el de igualdad de género, es menester detectar y atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres sin importar su situación conyugal (CONAPO, 2017a). Asimismo, diversos enfoques establecen que todas las personas requieren de información y servicios sobre salud sexual y reproductiva durante todo el curso de vida (Starrs *et al.*, 2018). En ese sentido, la atención de los hombres se debe centrar al igual que en las mujeres, en la posibilidad de contar con información y servicios para tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades y superar necesidades sobre el tema (Guevara, 2003).

Debido a que las necesidades de la población en cuanto a salud sexual y reproductiva están concentradas entre las mujeres y hombres en edad fértil, se considera a las mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años, y a los hombres en edad fértil (HEF) cuando tienen entre 15 y 59 años (Starrs *et al.*, 2018).

Entonces, conocer el volumen de mujeres y hombres en edad fértil, permite hacer una mejor planeación de los servicios y de la atención que requieren en torno al ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva, como son el acceso a servicios de orientación, a información y planificación familiar y anticoncepción, de atención materna infantil, de orientación para que las personas que así lo requieran puedan elegir y lograr la identidad sexual deseada, para atender padecimientos y desórdenes sexuales, cánceres asociados al aparato reproductivo, infertilidad, padecimientos asociados a la andropausia y menopausia, prevención, detección y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), entre otros. Además, esto permite prever demandas educativas y de empleos considerando las expectativas reproductivas; y el reforzamiento o generación de política públicas que contribuyan a la adecuada oferta de una gama de servicios sociales y económicos, de tal forma que puedan elegir diferentes opciones de vida.

De manera puntual en Quintana Roo se observa que, en 1990 había 128.8 mil MEF, las cuales, representaban el 51.4 por ciento de la población femenina total del estado y presentaban un ritmo de crecimiento anual de 7.6 por cada cien mujeres. Veinte años después, en 2010 el volumen de mujeres en este grupo de edad se incrementaba a una tasa de 2.7 por cada cien mujeres, alcanzado los 383.0 mil, con un peso relativo de 58.5 por ciento; para 2019, el ritmo de crecimiento era de 1.9 mujeres por cada cien, con un volumen de 480.7 mil; sin embargo, el peso relativo comienza a disminuir, ya que representaron el 57.6 por ciento y se espera que aumenten a 563.7 mil en 2030, con una tasa de crecimiento de 1.1 por cada cien, donde el peso relativo descenderá a 54.9 por ciento. Cabe destacar que, pese a que la tasa de crecimiento va disminuyendo, seguirá siendo un volumen importante de MEF a las que habrá de brindarles atención (véase gráfica 2.2).

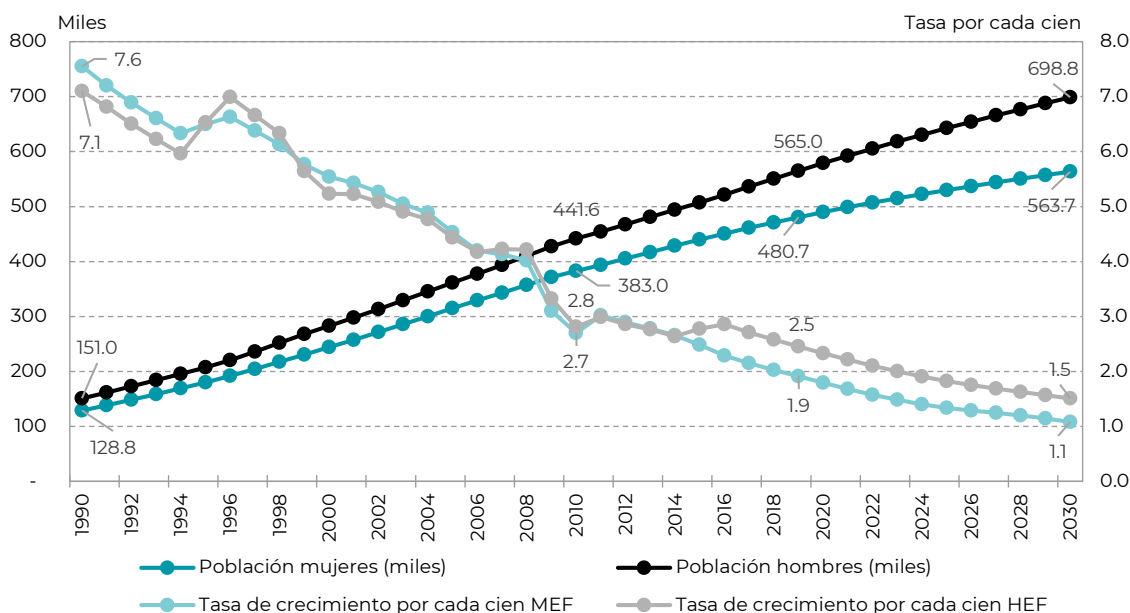
En el caso de los HEF, es decir, los hombres que se encuentran entre los 15 y 59 años se observa que, por abarcar un rango de edad más amplio, su volumen es mayor respecto a las MEF (15 a 49 años). En 1990 la tasa de

¹⁸ Se considera mujeres en edad fértil unidas, a aquellas mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad y que su situación conyugal es casada o en unión libre.

crecimiento anual de los HEF era de 7.1 por cada cien, con un volumen de 151.0 mil, que representaban poco más de la mitad del total de hombres (55.6%). Veinte años después, la tasa disminuyó a 2.8 por cada cien, y se alcanzó 441.6 mil HEF con una presencia relativa de 65.1 por ciento; en 2019, aunque la tasa descendió

a 2.5 hombres por cada cien, se contaba con 565.0 mil, y son casi dos terceras partes de la población masculina (66.5%). Para 2030 se espera que la tasa disminuya a 1.5 por cada cien, por lo que, todavía crecerá el monto de hombres a 698.8 mil, representando 66.7 por ciento del total de ellos.

Gráfica 2.2. Quintana Roo. Volumen y tasa de crecimiento anual de las mujeres y hombres en edad fértil, 1990-2030



Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil, 1990-2030				
En edad fértil	1990	2010	2019	2030
Mujeres	51.4	58.5	57.6	54.9
Hombres	55.6	65.1	66.5	66.7

Fuente: CONAPO. Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050.

Además del volumen también es muy importante conocer la estructura por edad de las MEF y de los HEF, ya que las prácticas sexuales y reproductivas, así como las acciones de prevención, como el uso de métodos anticonceptivos y de atención a la salud relacionados a éstas, varían de una edad a otra y, requieren de una atención diferenciada (CONAPO, 2017a). En 2019, en Quintana Roo, las mujeres adolescentes (15 a 19 años) tenían una presencia relativa de 15.1 por ciento del total de MEF y un volumen de 72.5 mil, se espera que en 2030 este grupo disminuya su proporción a 14.2 por ciento, y su volumen aumentará

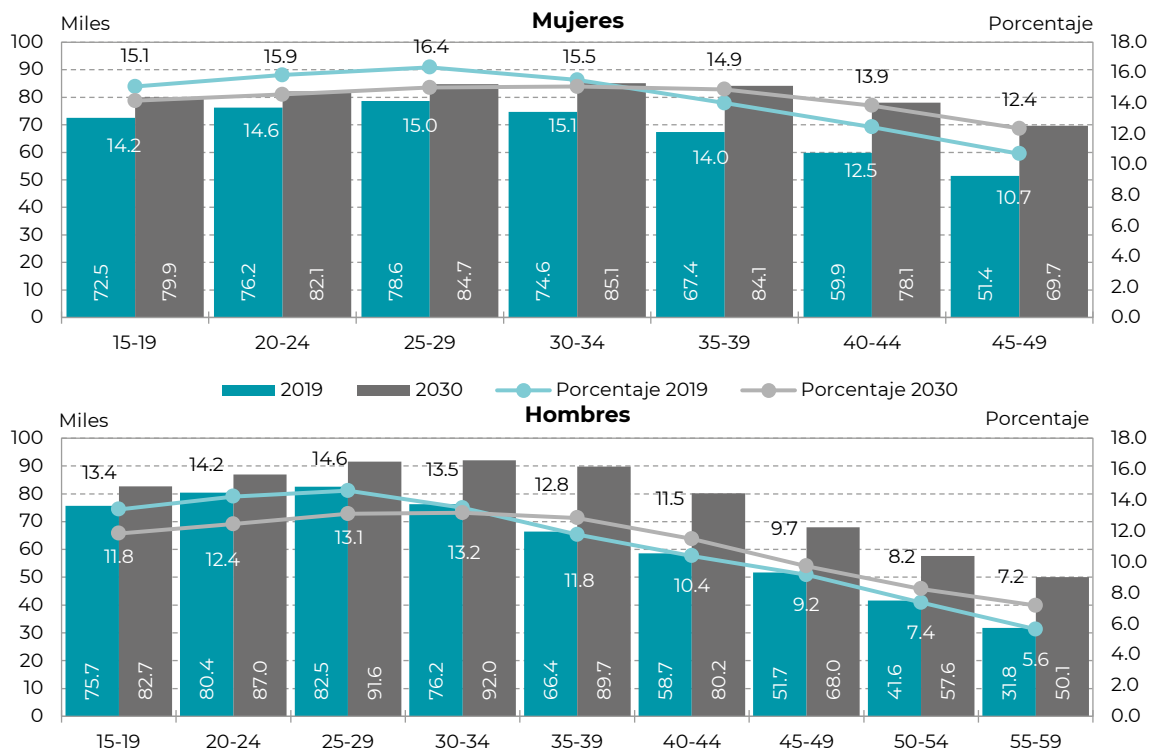
a 79.9 mil, el cual será menor respecto a las mujeres entre 20 a 24 y 25 a 29 años (véase gráfica 2.3). El grupo de hombres adolescentes, en 2019 representaban 13.4 por ciento del total de HEF con un monto de población de 75.7 mil hombres. Para 2030, se espera que el porcentaje disminuya a 11.8, pero en números absolutos aumente a 82.7 mil, quedando por debajo del volumen de hombres en el grupo de 20 a 24 y 25 a 29 años.

A su vez, las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años, en 2019 eran cerca de 76.2 y 78.6 mil, y representaban 15.9 y 16.4 por ciento del total de MEF, respectivamente; para 2030 se espera

que el volumen de cada grupo sea de 82.1 y 84.7 mil, con un peso relativo menor, 14.6 y 15.0 por ciento respectivamente. En el caso de los hombres en 2019 el monto de población fue de 80.4 y 82.5 mil, con una representación de

14.2 y 14.6 por ciento, respectivamente, y para 2030 se espera que ambos grupos aumenten a 87.0 y 91.6 mil, respectivamente, pero con una presencia relativa de 12.4 y 13.1 por ciento, respectivamente.

Gráfica 2.3. Quintana Roo. Número y distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil por grupos quinquenales de edad, 2019 y 2030



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.

Asimismo, en el grupo de mujeres de 30 a 34 y de 35 a 39 se observa que, en 2019 el número de mujeres fue de 74.6 y 67.4 mil y representan 15.5 y 14.0 por ciento, respectivamente; para 2030 se espera que su volumen en cada grupo aumente a 85.1 y 84.1 mil, con una presencia relativa de 15.1 y 14.9 por ciento, respectivamente. En tanto que, en los hombres en estos mismos grupos de edad, en 2019, presentaban un volumen de 76.2 y 66.4 mil, representando el 13.5 y 11.8 por ciento respecto al total de HEF, respectivamente. Para 2030, también se prevé que aumentará su volumen a 92.0 y 89.7 mil, pero con peso relativo de 13.2 y 12.8 por ciento, respectivamente.

En los últimos grupos de edad fértil de las mujeres, es decir, de 40 a 44 y de 45 a 49, en 2019, el número de mujeres fue de 59.9 y 51.4 mil y su peso relativo es de 12.5 y 10.7 por ciento, respectivamente. Para 2030, se espera se incrementen a 78.1 y 69.7 mil, con una representación de 13.9 y 12.4 por ciento. En el caso de los hombres de 40 a 44 y de 45 a 49 años, en 2019, el volumen es de 58.7 y 51.7 mil, con porcentajes de 10.4 y 9.2 por ciento, respectivamente, y aunque se prevé que para 2030 aumente a 80.2 y 68.0 mil y su presencia relativa será de 11.5 y 9.7 por ciento. Finalmente, en los grupos de hombres de 50 a 54 y 55 a 59 años, en 2019, fueron 41.6 y 31.8 mil hombres,

que representan el 7.4 y 5.6 por ciento del total de HEF; para 2030 aumentarán a 57.6 y 50.1 mil, con un porcentaje de 8.2 y 7.2, respectivamente.

Como puede observarse, los servicios de salud sexual y reproductiva continuará con mayor demanda entre los adolescentes, por su volumen y que, en esta etapa, en general, las personas inician su vida sexual, por ello, la prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual (ITS) es fundamental. En ese sentido, la continuación y fortalecimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA),¹⁹ es importante, debido a que, se diseñó con la finalidad de realizar acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales, a fin de promover el ejercicio de los derechos humanos, en específico de los derechos sexuales y reproductivos, con el fin último de mejorar, de esta forma, las oportunidades futuras para las y los adolescentes.

La ENAPEA busca entre otras cuestiones, lograr la permanencia de las y los adolescentes en la escuela a través de la focalización de acciones considerando circunstancias económicas adversas para este grupo de población, por medio de oportunidades laborales que les permitan insertarse a un empleo sin abandonar sus estudios. Asimismo, es necesario que se refuercen y extiendan los Servicios Amigables para Adolescentes²⁰ sobre todo en las localidades rurales, con la instrumentación del paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva, para que tengan mayor incidencia en la atención y brinden una mejor orientación sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva. En este marco, la estrategia tiene como eje transversal la perspectiva de géne-

ro, por lo que, se impulsa la corresponsabilidad de los hombres adolescentes (15 a 19 años de edad) en el ejercicio de la sexualidad, involucrándolos en acciones de prevención y para incentivar su participación activa y responsable sobre cuidados y atención de su descendencia.

De igual forma, impulsa la aplicación de la normatividad jurídica para que las y los adolescentes puedan acceder a información y a los métodos anticonceptivos evitando las barreras institucionales, que también les permita evitar embarazos no planeados o no deseados y prevenir la adquisición de ITS, incluido el VIH.; además de fortalecer acciones para detectar y prevenir la violencia hacia los niñas, niños y adolescentes, para lo cual, es indispensable que reciban Educación Integral en Sexualidad (EIS). En relación con este tema, en 2019, se consideró en la Ley General de Educación la obligatoriedad de incluir en los contenidos y planes de estudio que imparta el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, de acuerdo al tipo y nivel educativo, la Educación Sexual Integral y Reproductiva, la cual tiene efecto en el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y la prevención de las ITS.²¹

Ahora bien, las mujeres de los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años, destacan porque son quienes más contribuyen a la fecundidad y, se debe tener en cuenta el aumento en su volumen y, aunque disminuyan en porcentaje, tendrán una representatividad alta respecto al total de MEF, por lo que, la atención a la salud materno infantil es predominante, pero además se les deberá garantizar el acceso a métodos anticonceptivos en todo momento, de manera específica, post evento obstétrico, para que puedan hacer una mejor planeación del número de hijas(os) y el espaciamiento entre ellas(os). Por otra parte, los cambios sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad han empoderado a las mujeres en el

¹⁹ Para conocer más sobre la ENAPEA accede a <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea-106289>

²⁰ Actualmente se cuenta con 2,605 servicios en las 32 entidades federativas. El CNEGSR en coordinación con los Servicios Estatales de Salud incrementaron el acceso a Servicios Amigables para Adolescentes, en 200 municipios que se definieron como prioridad para la prevención del embarazo, es decir se cubrió el 47.7 por ciento de los municipios. El 21.7 por ciento de los Servicios Amigables otorgan atención a población indígena, de Veracruz, Oaxaca, Chihuahua, Hidalgo, Michoacán y Sonora. . (Gobierno de la República, 2018; CNEGSR, 2015)..

²¹ Diario oficial de la Federación (DOF) DECRETO por el que se expide la Ley General de Educación y se abroga la Ley General de la Infraestructura Física Educativa, 30/09/2019.

ejercicio de este derecho, por lo que, la atención a mujeres sexualmente activas es indispensable para evitar embarazos no planeados o no deseados o en su caso ITS.

Por otra parte, también se observa que entre los hombres de estos mismos grupos de edad (20 a 24 y 25 a 29 años) continuarán siendo los más numerosos respecto al total de HEF, por lo que, se deberá trabajar en acciones para el logro de la igualdad de género, incentivando la atención de su salud sexual y reproductiva, mediante el acceso a la orientación, información y a métodos anticonceptivos, ya que tienen el derecho a participar en las decisiones que estén relacionadas al tamaño de la familia y de la responsabilidad conjunta, tanto en la prevención, como de atención a su descendencia (Starrs *et al.*, 2018).

Entre tanto, en las mujeres de los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39 años, la mayoría de ellas, alcanzan sus ideales reproductivos a estas edades, por lo que la demanda empieza a centrarse en la solicitud de métodos anticonceptivos definitivos como la oclusión tubaria bilateral (OTB) y de larga duración como el dispositivo intrauterino (DIU) y entre los hombres se debería hacer mayor el uso de la vasectomía, ya que el porcentaje de mujeres que reportaron que sus parejas se hicieron la vasectomía es poco representativo a nivel de entidad federativa (CONAPO, 2017a). Cabe destacar que, ejercer una sexualidad no protegida hace a las personas susceptibles de adquirir alguna ITS, incluido el VIH, a cualquier edad, por lo que, es importante brindarles también, la información y acceso al uso del condón, además del método anticonceptivo definitivo o de larga duración que se encuentren usando, ya que las ITS pueden provocar cánceres tanto en hombres como en mujeres o daños a la salud de las personas recién nacidas (Starrs *et al.*, 2018).

Finalmente, en los últimos grupos de edad de la vida fértil, se observa que comienza la aparición de cambios fisiológicos como la menopausia²² y

la andropausia,²³ además de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otros padecimientos crónico-degenerativos que comienzan a afectar la función sexual y reproductiva de las personas (Tokunaga, 2011). En el caso de las mujeres, se observa que tenderá a aumentar en número las que se encuentren entre los 40 y 44 y de 45 a 49 años, al igual que los hombres en estos grupos de edad, por lo que, se deberá prever el incremento de la atención por afecciones asociadas a cambios físicos o de la sexualidad como el cáncer cérvico uterino y de mama en mujeres y de próstata en hombres. Lo mismo ocurre en los últimos grupos de edad fértil de hombres (50 a 54 y 55 a 59 años), los cuales también comenzarán a incrementarse con el paso del tiempo.

Como puede apreciarse, cada una de las etapas de la vida fértil de mujeres y hombres requiere de atención y cuidados para lograr que se cumplan sus expectativas en el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción. Sin embargo, existen otros aspectos asociados que no necesariamente están determinados por la edad, es decir, se pueden detectar en inicios, durante o casi al final de la vida reproductiva, como la infertilidad, la cual puede ocurrir en mujeres o en hombres; así como enfermedades relacionadas al embarazo como la depresión posparto y preeclampsia²⁴ y eclampsia.²⁵

En este sentido, es recomendable la detección temprana de enfermedades concomitantes al proceso de envejecimiento, lo que evitará o limitará algunos daños a la salud, incluida la salud sexual y

²² La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la menopausia natural como: "cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas".

²³ En los hombres se presenta una deficiencia androgénica, a la cual se le identifica como andropausia (Tokunaga, 2011).

²⁴ La depresión se refiere a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados. Si no se trata a tiempo, puede dar lugar a un efecto prolongado y deletéreo sobre la relación entre la madre y la persona recién nacida y sobre el desarrollo psicológico, social y educativo de las y los niñas(os) (SS, 2014).

²⁵ "La preeclampsia es una enfermedad que desarrollan algunas mujeres —que antes tenían presión arterial normal— a las 20 semanas de embarazo o más, e incluye síntomas como aumentó de la presión arterial (niveles superiores a 140/90), aumentó de la hinchazón y proteína en la orina. La enfermedad puede ser grave; si es lo suficientemente grave como para afectar la función cerebral y causar convulsiones o coma, se le llama eclampsia" (Véase: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion>).

reproductiva, ya que, la demanda de atención tiene costos más elevados y periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, como es el caso de los cánceres del aparato reproductor femenino y masculino, por lo que, el autocuidado antes de llegar a la vejez permitiría modificar factores de riesgo, sobre todo involucrando a los hombres (Tokunaga, 2011).

Asimismo, padecimientos como hipertensión, diabetes y obesidad añaden una complejidad extra a la atención de la salud reproductiva, por lo que, habrán de considerarse estrategias que refuercen su prevención y que las aborden de manera más integral, teniendo en cuenta sus implicaciones en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Starrs *et al.*, 2018)

2.2 Identificación geográfica de mujeres y hombres en edad fértil

Además de conocer las necesidades que requieren las mujeres y hombres en edad fértil de acuerdo a la estructura por edad, también es importante ubicar de manera geográfica donde se encuentra la mayor concentración de esta población, lo que permitirá hacer una mejor planeación de la implementación de servicios, en este caso la identificación se realizará por entidad federativa, para conocer las entidades donde se acumula la mayor población en edad fértil.

En 2019, en todas las entidades federativas, más de la mitad de la población de mujeres y hombres se encontraban en edad fértil, en Quintana Roo el porcentaje era de 62.1 y dicha proporción fue mayor a lo presentado a nivel nacional (57.7%). Asimismo, en 2019 en el estado, 57.6 por ciento de las mujeres eran MEF, siendo la entidad con la mayor proporción de MEF, estando 6.3 puntos porcentuales por encima de Guerrero (57.6%) el estado con la menor proporción de MEF. Por otra parte, del total de hombres residentes en la entidad, 66.5 por ciento eran HEF, siendo así el estado con la mayor proporción de HEF, estando 8.3 por encima de Chiapas, estado con el menor porcentaje (véase gráfica 2.4).

Cabe señalar que, el estado se caracteriza porque una buena parte de su población es indígena. De esta forma, se identificó que en 2018 en Quintana Roo, 15.8 por ciento de la población de

tres años o más era hablante de lengua indígena (HLI), a los cuales se les debe proporcionar los elementos para acceder a los servicios de salud instrumentados y enfocados a la atención de la salud sexual y reproductiva, ya que, la población HLI, a nivel nacional, en 2016 continúa presentando la tasa global de fecundidad (TGF) más alta respecto a lo que se estima para el total (2.74 vs 2.07 hijas(os) por mujer) y a las no hablantes de lengua indígena (NHLI), cuya TGF es de 2.03 hijas(os) por mujer, sin embargo debe destacarse que en Quintana Roo, las mujeres indígenas tienen mayor conocimiento y acceso al uso de métodos anticonceptivos, por lo que su demanda satisfecha de métodos anticonceptivos (DSMA) fue más alta, 81.2 por ciento en 2018 respecto a lo estimado a nivel nacional, 75.6 por ciento; pero presentan una baja atención relativa a la salud materno infantil (CONAPO, 2017a). En el caso de los hombres, tradicionalmente se han aislado de la atención a su salud sexual y reproductiva, tal es el caso del VIH, el cual es muy bajo, lo que hace suponer que muchas veces no se declara por el estigma social (OPS, 2013), o bien no es identificado a tiempo debido a que no acuden a citas médicas periódicas de revisión como resultado de un bajo nivel de involucramiento en su salud sexual y reproductiva.

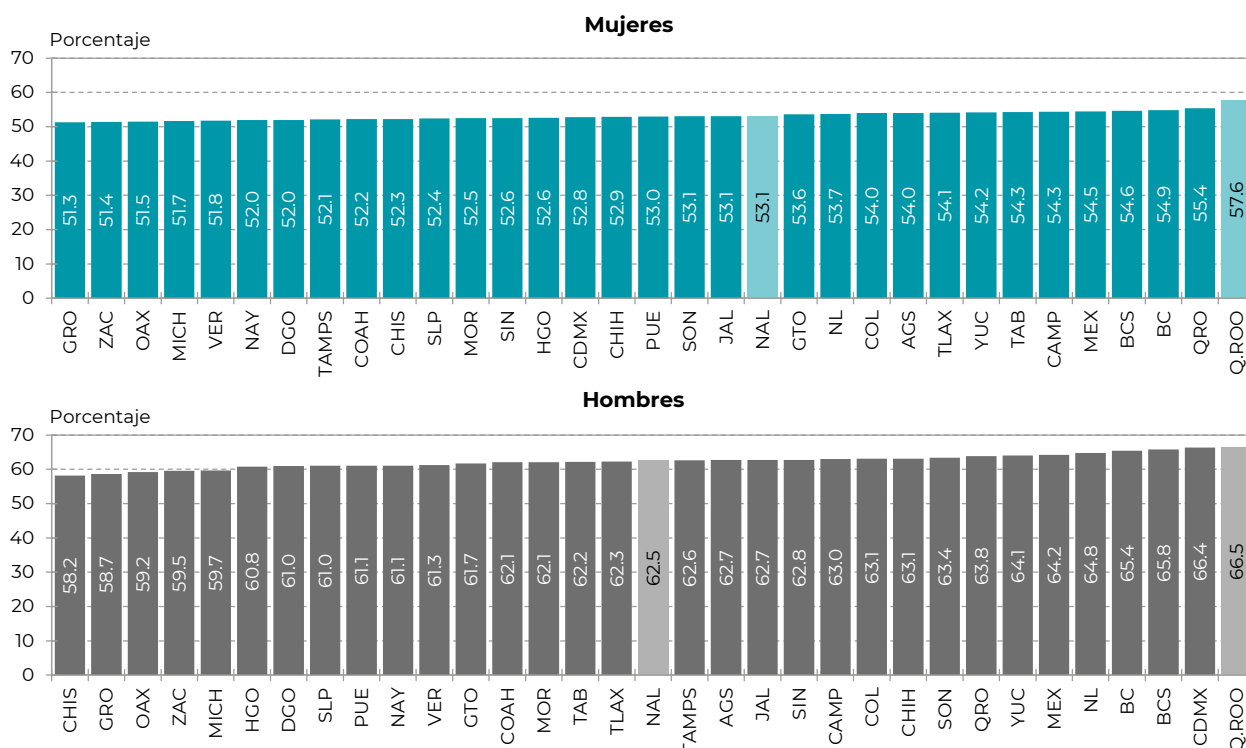
Asimismo, en Quintana Roo en 2019 se identifica una tasa neta de migración interna de 90.6 por cada cien habitantes en el estado, lo que indica que el estado recibe más población de la que expulsa, por lo que debe estar preparado para ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva, debido a que, las mujeres migrantes con frecuencia se enfrentan a dificultades para acceder a la atención materna y de la (del) recién nacida(o), incluida su salud sexual y reproductiva, debido a la falta de prestación de los servicios médicos. También es importante señalar que, el constante desplazamiento de las mujeres puede provocar la interrupción de tratamientos continuos, así como del uso constante de métodos anticonceptivos o de revisiones para vigilar que esté bien colocado el anticonceptivo según sea el caso (OMS, 2017).

A esta población, es importante, facilitarle orientación, consejería y métodos anticonceptivos, debido a que, se encuentra más expuesta al uso

de drogas, alcohol y a la violencia, lo que aumenta su vulnerabilidad a tener embarazos no planeados o no deseados e ITS (ss, 2014). Por ello, la Organización Mundial de la Salud (oms) recomienda que

los lugares a los que llegan deben contar con la instrumentación suficiente para proporcionarle atención, es decir, darle el servicio de salud sexual y reproductiva de manera integral (oms, 2017).

Gráfica 2.4. Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil por entidad federativa, 2019



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050.

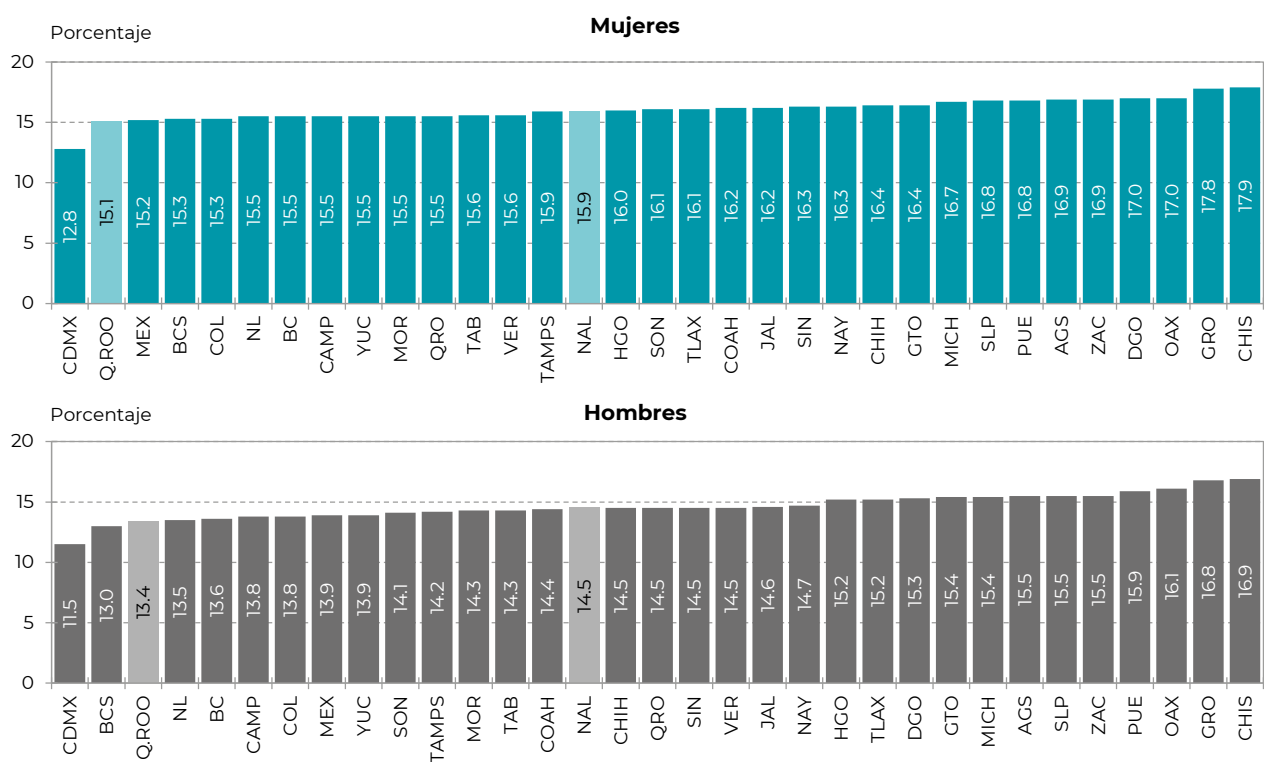
El gobierno de la entidad debe implementar o fortalecer acciones de instrumentación de los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar a todas y a todos el acceso oportuno y confiable a la información y a los métodos anticonceptivos; además de una mejor atención durante el embarazo parto y puerperio, así como de la (del) recién nacida(o), de los cánceres reproductivos, infertilidad, menopausia, andropausia, disfunciones sexuales y demás padecimientos antes, durante y después de la edad fértil. Además de incentivar la impartición de la materia de EIS en las escuelas que sea acorde a la edad, para que de esta forma puedan adquirir habilidades que les permita identificar y prevenir la violencia sexual y lograr una mayor equidad de género (Starrs et al., 2018).

Por otra parte, los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes han sido una preocupación central del Gobierno de México; ya que, el embarazo en la adolescencia se considera el reflejo de la interacción de diversos factores detonantes de tipo social, económico y cultural que propician la maternidad a edades tempranas. Entre estos factores se destacan, la falta de oportunidades educativas, incluida la EIS; de acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que incluye información y acceso a métodos anticonceptivos; además de aspectos culturales e institucionales que favorecen el matrimonio infantil, la violencia y la coerción sexual, entre otros, por lo que es necesario su atención desde un punto de vista multisectorial.

En ese sentido, también es muy importante conocer geográficamente donde hay una mayor concentración de adolescentes, para que se pueda hacer una mejor planeación e instrumentación de los servicios adecuándolos a las necesidades de este grupo de la población. De esta manera, se puede observar en la gráfica 2.5, que en Quintana Roo en 2019, se estimó que el porcentaje de mujeres de 15 a 19

años fue de 15.1 por ciento, el cual fue menor a lo presentado a nivel nacional (15.9%), y se ubicó entre las entidades con más bajos porcentajes. En el caso de los hombres de la misma edad, el porcentaje fue de 13.4 por ciento, éste también por debajo a lo estimado a nivel nacional (14.5%) y Quintana Roo también se situó entre las entidades con bajos porcentajes de hombres adolescentes.

Gráfica 2.5. Porcentaje de mujeres y hombres adolescentes (15 a 19 años) por entidad federativa, 2019



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050.

Como se puede observar, la ubicación geográfica de la población, tanto en edad fértil, como de adolescentes, muestra que Quintana Roo debe atender la demanda de los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que, deberá reforzar o realizar acciones que permitan al estado brindar acceso oportuno, confiable y asequible. Asimismo, será importante la realización de acciones que permita acceder a métodos anticonceptivos de larga duración o definitivos, y a estudios o

diagnósticos clínicos para prevenir enfermedades que pueden afectar el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Además, dada la proporción de adolescentes que residen en la entidad, la atención deberá centrarse en servicios para la orientación y prevención de embarazos no planificados y de ITS; cabe señalar que no se debe dejar de lado las necesidades de mujeres y hombres en los distintos grupos de edad, aunque representen menores porcentajes.

2.3. Características sociodemográficas de mujeres y hombres en edad fértil a partir de la ENADID 2018

Además de las características demográficas, las condiciones de vida social, económica y cultural de las personas tienen una estrecha relación con la forma de ejercer los derechos sexuales y reproductivos; de tal manera que, determinan el uso y acceso que tienen a los servicios disponibles, y propician prácticas diferenciadas y desiguales de estos servicios, sobre todo en grupos de la población con características sociodemográficas particulares (CONAPO, 2017a). Es por esto, que en este apartado se presenta el perfil sociodemográfico de mujeres y hombres en edad fértil.

Un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos necesarios para ejercer los derechos sexuales y reproductivos con menores riesgos. Asimismo, en diversos estudios se ha demostrado que a mayor nivel de escolaridad habrá mayor y mejor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, además se tendrán mejores prácticas para evitar las ITS, y se podrá contar con más elementos para decidir sobre el número de la descendencia y el momento adecuado para tenerla (Echarri, 2008). Es importante destacar que, en Quintana Roo, el porcentaje de MEF con preparatoria aumentó de 48.4 a 52.3 por ciento entre 2014 y 2018, y lo mismo ocurrió en el caso de los hombres cuyo porcentaje pasó de 47.9 a 52.7 por ciento (véase cuadro 2.1).

Es de destacar que en 2018 es ligeramente menor el porcentaje de mujeres con preparatoria o más respecto a los hombres (52.3% y 52.7%, respectivamente); y es mayor entre los que cuentan con secundaria completa, aunque en ambos casos están alrededor de una tercera parte (32.3% y 31.7%, respectivamente). Asimismo, entre 2014 y 2018, ha disminuido la proporción de personas con niveles más bajos de escolaridad, es decir, primaria completa o primaria incompleta o sin escolaridad, siendo que en 2018 el porcentaje de hombres con primaria completa, fue de 8.5 por ciento y con primaria incompleta o menos de 7.1 por ciento y, en mujeres de 8.7 y 6.7 por ciento, respectivamente.

El lugar de residencia también es un factor que determina el mayor o menor acceso a los diferentes servicios de salud, educación y las oportunidades laborales, por lo que su análisis facilita la toma de decisiones en la implementación de éstos para proporcionar sobre todo la atención a la salud sexual y reproductiva de calidad y de manera asequible (CONAPO, 2017a). Entre 2014 y 2018, se observó que el porcentaje de MEF residentes de lugares urbanos disminuyó de 90.0 a 89.8 por ciento y, por consiguiente, incrementó el porcentaje de las que viven en zonas rurales (10.0% a 10.2%, respectivamente). En el caso de los hombres, hay una tendencia al alza en el porcentaje de quienes viven en lugares urbanos (89.7% a 90.1%), y de descenso en los rurales de 10.3 a 9.9 por ciento, seguramente estos porcentajes se asocian a la búsqueda de inserción al mercado laboral.

Generalmente, las personas residentes en zonas rurales están más propensas a sufrir carencia de servicios, ya sea de educación y/o de salud, donde además no se cuenta con la instrumentación necesaria para atender sus necesidades, muestra de ello, es que las residentes en zonas rurales presentan un menor acceso al uso de métodos anticonceptivos que, aunado a una baja escolaridad están en mayor riesgo de tener una fecundidad no deseada; lo que puede implicar daños para la salud y repercusiones económicas en el curso de vida posterior (UNFPA, 2017).

Para que todas las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, los servicios de salud y de educación deben ser adecuados a las necesidades de las distintas poblaciones que residen en el país, como es el caso de las poblaciones indígenas (UNFPA, 2018). En Quintana Roo, el porcentaje de MEF que hablan lengua indígena en 2014 fue de 16.3 por ciento y para 2018 disminuyó a 15.8 por ciento; en tanto que, de HEF que hablan lengua indígena en 2014 fue de 19.7 por ciento, mayor al de mujeres, aunque en 2018 también desciende a 18.1 por ciento. Esto implica que, en 2018, los porcentajes de MEF y HEF hablantes de lengua indígena en la entidad fue aproximadamente casi tres veces mayor al porcentaje estimado a nivel nacional 5.5 y 5.7 por ciento respectivamente.

Cuadro 2.1.
Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características	Mujeres		Hombres	
	2014	2018	2014	2018
Escolaridad				
Sin escolaridad y primaria incompleta	8.0	6.7	10.0	7.1
Primaria completa	10.1	8.7	10.6	8.5
Secundaria	33.4	32.3	31.4	31.7
Preparatoria y más	48.4	52.3	47.9	52.7
Lugar de Residencia				
Rural	10.0	10.2	10.3	9.9
Urbano	90.0	89.8	89.7	90.1
Condición de habla de lengua indígena				
Sí	16.3	15.8	19.7	18.1
No	83.7	84.2	80.3	81.9
Condición de discapacidad¹				
Sin discapacidad	85.1	88.7	80.2	85.2
Con discapacidad	2.2	2.0	4.3	3.5
Con limitación	12.7	9.3	15.5	11.3

¹ La variable de discapacidad, se construyó a partir de lo siguiente:

“Sin discapacidad” incluye a las personas que tienen como respuesta “No tiene dificultad” en todas las actividades de la pregunta 3.11A.

“Con discapacidad” incluye a las personas que tienen como respuesta “No puede hacerlo” o “Lo hace con mucha dificultad” en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A.

“Con limitación”, incluye a las personas que únicamente tienen como respuesta “Lo hace con poca dificultad” en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018

Cabe destacar que entre el grupo de mujeres indígenas, la práctica anticonceptiva se ha extendido de manera paulatina, y aunque se han impulsado políticas públicas para su atención, como la traducción de la información a su lengua y de la focalización de la atención, no ha sido suficiente, pues aún son quienes presentan las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos más bajas, incluso respecto a lo estimado a nivel nacional hace 24 años²⁶, además de que estas mujeres son más propensas a hacer uso de métodos

anticonceptivos una vez que han completado el tamaño de su familia (Brugeilles, 2005).

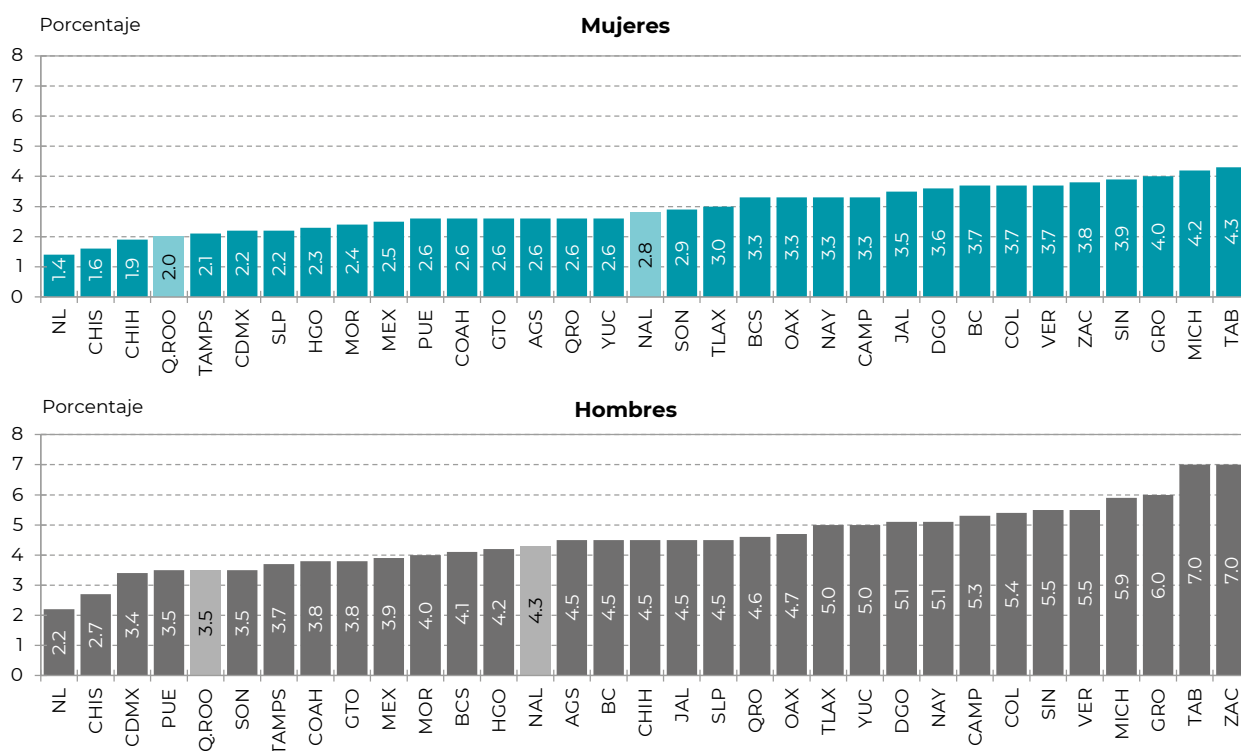
Por otra parte, no debe omitirse que en algunas comunidades indígenas aún muestran reticencia al tema, posición que generalmente va acompañada de la desigualdad de género que se manifiesta en la discriminación y el papel subordinado que sufren las mujeres en sus comunidades (CEPAL, 2014), sobre todo la participación de las mujeres en la toma de decisiones es muy escasa y en el ámbito sexual es casi nula. Asimismo, la violencia de género cotidiana y doméstica se camufla con la costumbre, el control social de la comunidad, protegiendo a los hombres y desamparando a las mujeres, permitiendo que se trasgredan las normas y derechos humanos (ONU 2014).

²⁶ De acuerdo con estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, la prevalencia anticonceptiva de las mujeres indígenas en edad fértil unidas en 2014 fue de 60.8 por ciento, porcentaje por debajo de lo presentado a nivel nacional en 1992, con esa misma encuesta, que era de 63.1 por ciento.

Entre los grupos de las minorías que no se han visibilizado sus necesidades de acceso a la salud sexual y reproductiva se encuentran también las personas que viven con discapacidad.²⁷ Entre 2014 y 2018 en el estado, se mostró una diferencia de porcentajes de mujeres y hombres que viven con discapacidad, por ejemplo de MEF se estimaron 2.2 en 2014 y 2.0 por ciento en 2018; en hombres eran 4.3 en 2014 y 3.5 por ciento en 2018; pero debe destacarse que los porcentajes también

disminuyen cuando se trata de personas con alguna limitación física, las MEF pasaron de 12.7 en 2014 a 9.3 por ciento en 2018; y en los HEF de 15.5 en 2014 a 11.3 por ciento en 2018. Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil que viven con discapacidad respecto al porcentaje nacional, no obstante, el estado debe atender la demanda con programas destinados a este sector de la población (véase gráfica 2.6).

Gráfica 2.6. Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil con discapacidad por entidad federativa, 2018



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050.

²⁷ Se define a las personas con alguna discapacidad, a quienes tienen alguna dificultad para realizar alguna(s) actividad(es) en su vida cotidiana, como caminar, ver, mover o usar brazos o manos, aprender recordar o concentrarse, escuchar, bañarse, vestirse o comer, hablar o comunicarse y por problemas emocionales o mentales. La variable de discapacidad que se trabaja en este libro se construyó a partir de lo siguiente: "Sin discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No tiene dificultad" en todas las actividades de la pregunta 3.11A. "Con discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A. "Con limitación", incluye a las personas que únicamente tienen como respuesta "Lo hace con poca dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A. (INEGI, 2010 y 2018).

La desigualdad y falta de oportunidades para las personas con discapacidad ha propiciado que no se respeten sus derechos humanos por prejuicios y paradigmas que las etiquetan y les impiden tener un desarrollo en igualdad de condiciones, en este caso del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que en este grupo aún es parcial, ya que en la mayoría de los casos no se les permite tomar decisiones sobre su cuerpo y la forma de experimentar su sexualidad (INMUJERES, 2018).

La falta de información y la escasez de recursos específicos también contribuyen a la vulnerabilidad de este grupo; debido a que es más probable que sean víctimas de abuso físico y sexual, además de que es más probable que estén sujetos a procedimientos forzados o coaccionados, a la esterilización, aborto y anticoncepción (Starrs et al., 2018). Para brindarles una mejor atención es urgente contar con investigaciones con datos que permitan la toma de decisiones para la elaboración de políticas y de programas.

Las diferentes características sociodemográficas de mujeres y hombres en edad fértil, condicionan el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; por ello, la elaboración de estudios o investigaciones es indispensable para que las personas tomadoras de decisiones puedan impulsar la generación de políticas públicas o programas que sean adecuados a las necesidades de las diferentes poblaciones como indígenas y personas con discapacidad; además de continuar con acciones que incluyan a los hombres en la atención de su salud sexual y reproductiva, promoviendo la igualdad de género y la erradicación de la violencia que contribuyan al bienestar de las mujeres y las familias.

2.3.1 Mujeres en edad fértil²⁸ por condición de actividad sexual²⁹

De acuerdo a lo establecido en el Cairo en 1994: “La salud reproductiva [...] significa que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hace, cuándo y cada cuánto tiempo” (ONU, 1994); este compromiso de México, repercutió en la transformación de comportamientos y conductas sociales que han brindado mayor igualdad para las mujeres, en cuanto al ejercicio de su sexualidad sin importar la situación conyugal, y dado que, el Estado debe garantizar la información y los medios suficientes, resulta más conveniente considerar como grupo focal de atención a las MEF de acuerdo a la condición de actividad sexual³⁰ y no sólo considerar a las MEF unidas o casadas como se había hecho tradicionalmente, y con ello garantizar una mejor detección de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, al incluir a un mayor universo de mujeres expuestas al riesgo de embarazarse o de contraer una ITS.

La ENADID, permite identificar a las MEF de acuerdo a la condición de actividad sexual, clasificadas en mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) que son MEF que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al

²⁸ 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 sólo 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 MEF, 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.

²⁹ La ENADID es hasta el momento la fuente de información más actualizada que permite identificar únicamente a las mujeres sexualmente activas, debido a que los módulos enfocados a conocer el ejercicio de la sexualidad y de la salud reproductiva se aplican solo a mujeres de 15 a 54 años. Razón por la cual a partir de esta sección se omite información para los hombres.

³⁰ Al considerar el concepto de MEFSA se incluyen a mujeres que en sus inicios habían sido excluidas por el enfoque poblacionista, que se centraba en la disminución de la fecundidad de las mujeres maritalmente unidas, en especial de grupos con mayores rezagos socioeconómicos, por considerar que su reproducción era un problema social (Lerner y Szasz, 2010).

levantamiento de la encuesta; mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI) que son quienes ya han tenido relaciones sexuales, pero que no son sexualmente activas, es decir, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual hace más de un mes previo al levantamiento de la encuesta y; mujeres en edad fértil sin relaciones sexuales (MEFSIN) que son MEF que no han tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

De esta forma en Quintana Roo se observa que, el porcentaje de MEFSa entre 2014 y 2018 aumentó de 58.9 a 62.9 por ciento; las MEFSI disminuyeron, de 23.6 a 19.9 por ciento y las MEFSIN pasaron de 17.4 a 17.2 por ciento (véase cuadro 2.2). Al analizar por grupos quinquenales de edad, se observó que la mayoría de las adolescentes no había iniciado relaciones sexuales, aumentando el porcentaje entre 2014 y 2018 de 74.5 a 75.6, mientras que, el porcentaje de sexualmente inactivas bajó de 11.3 a 8.8, respectivamente; en tanto que, las mujeres sexualmente activas aumentaron de 14.3 a 15.5 por ciento, respectivamente.

A partir del grupo de mujeres de 20 a 24 años va aumentando el porcentaje de MEFSa tanto en 2014 como en 2018. En las de 20 a 24 años, pasó de 55.9 a 55.1 por ciento, alcanzando el máximo en las de 30 a 34 años en 2014 y en 2018, que además aumentó de 74.8 a 79.5 por ciento. En el caso de las MEFSI, se observó que, a partir de los 20 a 24 años es más alta la proporción, pero se mantuvo de 25 a 25.6 por ciento y alcanzó su nivel máximo en el grupo de 45 a 49 años, aunque éstas disminuyen durante el periodo de estudio, pasando de 40.3 a 32.0 por ciento.

En el caso de MEFSIN, a partir de las mujeres de 20 a 24 años en adelante, se presentó un descenso en el porcentaje pasando de 19.2 en 2014 a 19.3 por ciento en 2018; y en el resto de los grupos se observó que, fue muy bajo el número de casos de mujeres que no habían tenido relaciones sexuales, por lo cual, los porcentajes no fueron significativos. Los resultados mostraron que, en la entidad, las mujeres con actividad sexual en los grupos más jóvenes aumentaron, por lo que es imperativo continuar con la implementación de planes o programas de atención a la salud sexual y reproductiva, de tal forma que las mujeres

ejerzan su sexualidad sin riesgos de un embarazo no planeado o no deseado o de adquirir una ITS.

Ahora bien, considerando el nivel de escolaridad de las MEF, se observa que en 2018 más de la mitad de mujeres con primaria incompleta o menos eran sexualmente activas y aumentaron de 61.6 en 2014 a 66.3 por ciento en 2018, mientras que las MEFSI con este nivel de escolaridad, disminuyen de 33.9 a 25.8 por ciento y se observó que hubo un número de casos muy bajo de mujeres que se mantuvieron sin haber tenido su iniciación sexual en ambos levantamientos, por lo que los porcentajes no son significativos. Entre las mujeres con primaria completa se presentó el más alto porcentaje de MEFSa que también aumentó de 68.3 a 71.2 por ciento en el periodo de estudio; en tanto que la proporción de MEFSI bajó de 24.4 a 21.6 por ciento y entre las MEFSIN también el número de casos no fue suficiente.

Entre las mujeres que tienen secundaria y preparatoria o más, aumentó el porcentaje de MEFSa, pasando de 62.4 a 65.2 por ciento y de 54.2 a 59.8 por ciento entre 2014 y 2018, respectivamente, entre las mujeres con estos mismos niveles de escolaridad se encontró un menor porcentaje de MEFSI que además tendió a descender de 21.2 a 21.1 entre las de secundaria y de 23.6 a 18.2 por ciento entre las de preparatoria o más, pero en este grupo de mujeres hay más presencia de quienes aún no habían tenido relaciones sexuales, aunque su porcentaje disminuyó de 16.4 a 13.7 por ciento entre las de secundaria durante el periodo, y en las de preparatoria y más, el porcentaje de 22.2 a 22.0 por ciento.

Asimismo, la mayoría de las MEFSa se ubican entre las unidas o casadas (83.2% en 2014 y 90.3% en 2018), en tanto que las MEFSI entre las exunidas (74.6% en 2014 y 71.5% en 2018) y las MEFSIN entre las solteras (61.6% en 2014 y 58.8% en 2018). Estos datos nos dejan ver que las mujeres son más propensas a llevar una vida sexual activa al tener una pareja estable, por tanto deben existir más programas donde se incluyan a sus parejas.

De acuerdo con el lugar de residencia, en 2014 las MEFSa presentaban un mayor porcentaje en zonas urbanas (59.4%) que en zonas rurales (53.8%) para 2018, la diferencia en la proporción en ambos ámbitos de residencia, se redujo al

Cuadro 2.2
Quintana Roo. Mujeres en edad fértil por condición de actividad sexual¹ según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características	2014			2018		
	Sexualmente activas (MEFSA)	Sexualmente inactivas (MEFSI)	Sin relaciones (MEFSIN)	Sexualmente activas (MEFSA)	Sexualmente inactivas (MEFSI)	Sin relaciones (MEFSIN)
Total	58.9	23.6	17.4	62.9	19.9	17.2
Grupos de edad						
15-19	14.3	11.3	74.5	15.5	8.8	75.6
20-24	55.9	25.0	19.2	55.1	25.6	19.3
25-29	70.8	22.9	6.3	* 72.3	18.8	8.9
30-34	74.8	22.8	2.4	* 79.5	15.9	4.5
35-39	73.0	24.7	2.3	* 77.7	18.7	3.7
40-44	72.0	26.9	1.1	* 76.6	21.7	1.7
45-49	59.3	40.3	0.4	* 67.0	32.0	1.0
Escolaridad						
Sin escolaridad y primaria incompleta	61.6	33.9	4.4	* 66.3	25.8	7.9
Primaria completa	68.3	24.4	7.3	* 71.2	21.6	7.2
Secundaria	62.4	21.2	16.4	65.2	21.1	13.7
Preparatoria y más	54.2	23.6	22.2	59.8	18.2	22.0
Estado conyugal						
Unida	83.2	16.8	0.0	* 90.3	9.6	0.1
Exunida	25.4	74.6	0.0	* 28.5	71.5	0.0
Soltera	16.1	22.2	61.6	17.2	24.1	58.8
Lugar de Residencia						
Rural	53.8	22.9	23.3	61.5	18.3	20.1
Urbano	59.4	23.7	16.9	63.1	20.1	16.9
Condición de habla de lengua indígena						
Sí	62.6	25.1	12.3	68.3	20.6	11.1
No	58.2	23.4	18.4	61.9	19.8	18.3
Condición de discapacidad²						
Sin discapacidad	58.7	22.6	18.7	63.5	18.8	17.7
Con discapacidad	55.0	* 32.4	* 12.6	* 52.4	28.9	* 18.7
Con limitación	61.1	29.2	9.7	59.3	28.2	12.5

* Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.

¹ Condición de actividad sexual:

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

Sexualmente inactivas (MEFSI) que son quienes ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, es decir, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.

Sin relaciones sexuales (MEFSIN), mujeres que no han tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

² La variable de discapacidad, se construyó a partir de lo siguiente:

"Sin discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No tiene dificultad" en todas las actividades de la pregunta 3.11A.

"Con discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A.

"Con limitación", incluye a las personas que únicamente tienen como respuesta "Lo hace con poca dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

aumentar en lugares rurales a 61.5 por ciento y a 63.1 por ciento en urbanas. En cuanto a las MEF- si en 2014 se observó que en las zonas rurales fue menor el porcentaje que en zonas urbanas (22.9% y 23.7%); en tanto que de MEFSIN en 2014 como en 2018 fue más alto el porcentaje en rurales (23.3% y 20.1%) que en urbanas que además se mantuvo en 16.9 por ciento

Ahora bien, considerando la condición de habla de lengua indígena, se encontró que en 2014 el porcentaje de MEFSI HLI era de 62.6 por ciento, y entre NHLI, el porcentaje fue menor en 4.4 puntos porcentuales (58.2%). Para 2018, los porcentajes aumentaron y la diferencia fue mayor, con porcentajes de 68.3 para HLI y 61.9 por ciento en NHLI. Este mismo comportamiento se presentó en las MEFSI que en 2014 tenían una diferencia de 1.7 puntos porcentuales entre hablantes (25.1%) y no hablantes (23.4%), y para 2018 los porcentajes disminuyeron a 20.6 entre HLI y a 19.8 por ciento entre NHLI, cerrándose la diferencia a casi un punto porcentual. Por otro lado, entre las MEFSIN se abre la diferencia, dado que, en 2014, los porcentajes eran (12.3% entre HLI y 18.4% entre NHLI), y en 2018 el porcentaje disminuyó entre las hablantes a 11.1 por ciento y entre no hablantes a 18.3 por ciento, generándose una brecha de 7.2 puntos porcentuales.

Por otra parte, se observó que entre las mujeres que viven con discapacidad en 2014 no fue posible clasificarlas por condición de actividad sexual y en 2018 solo pudo estimar que 52.4 eran MEFSI mientras que para calcular el porcentaje de MEFSI y MEFSIN no se contó con un número suficiente de casos para una estimación confiable. En las mujeres con alguna limitación, también disminuyó el porcentaje de MEFSI, pasando de 61.1 a 59.3 por ciento durante el periodo; así como las MEFSI de 29.2 a 28.2 por ciento y en tanto que las MEFSIN aumentaron de 9.7 a 12.5 por ciento. Finalmente, entre las mujeres sin discapacidad, hubo un aumento en MEFSI, de 58.7 a 63.5 por ciento, con descenso en el porcentaje de MEFSI, al pasar de 22.6 a 18.8 por ciento y de las MEFSIN, que bajaron de 18.7 a 17.7 por ciento entre 2014 y 2018.

De acuerdo con estos resultados, en Quintana Roo en 2018 más de la mitad de las MEF eran sexualmente activas y se observó que el ejercicio

de la sexualidad se da casi en la misma proporción sin importar las características sociodemográficas, ya que, es casi nula la diferencia entre las residentes de lugares rurales y urbanos, entre indígenas y no indígenas; y, entre las menos escolarizadas y las más escolarizadas. Esto conlleva a que se deben de reforzar las estrategias para que las personas en cualquier condición o ámbito en que se desenvuelvan tengan acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos que les permita tomar decisiones asertivas en la prevención de embarazos no planeados o no deseados, así como de prevenir alguna ITS.

2.3.2 Mujeres en edad fértil por condición de unión

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. Actualmente en México, el matrimonio y la unión revelan un panorama distinto, debido a que 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, por ello, se debe reconocer que existen distintos tipos de parejas casadas (por lo civil, por la iglesia o ambas, en unión libre) y solteras- que se dan bajo el marco de diversas prácticas sexuales y anticonceptivas, propiciando cambios en la edad promedio a la primera unión y al nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o) (Mejía y Sosa, 2015). En la identificación de los diferentes patrones, algunos estudios señalan que, las parejas en unión libre han aumentado debido a la incertidumbre laboral y económica que se vive en el país, sin embargo, continúan siendo las mujeres de bajos niveles educativos y socioeconómicos las más propensas a establecer este tipo de unión, e incluso de manera permanente (Amador, 2012). Este apartado se centrará en conocer la situación conyugal de las MEF y de acuerdo a características sociodemográficas seleccionadas.

En Quintana Roo, más de la mitad de las MEF se encuentran casadas o unidas, una de cada tres era soltera y una de cada diez exunida. Entre 2014 y 2018, los porcentajes no presentaron gran

cambio, sin embargo, se encontró que, el porcentaje de unidas bajó ligeramente de 62.8 a 61.4; incrementándose el porcentaje de exunidas, de 9.7 a 10.0 por ciento, y el peso relativo de solteras de 27.4 a 28.7 por ciento, respectivamente (véase cuadro 2.3).

De acuerdo al grupo de edad de las MEF, se observó que entre las adolescentes disminuyó el porcentaje de mujeres unidas entre 2014 y 2018, de 15.0 a 13.5 por ciento, lo contrario ocurrió entre las adolescentes solteras, al aumentar de 83.2 a 86.1 por ciento; en el caso de exunidas el porcentaje no fue estadísticamente confiable entre las adolescentes debido a que son muy pocas y por ello no tienen significancia en la muestra. A partir del grupo de 20 a 24 años, el porcentaje de MEF unidas o casadas comienza a aumentar considerablemente, sin embargo, este grupo de mujeres presentó una disminución, de 52.2 por ciento en 2014 a 50.5 en 2018. El mayor porcentaje de MEF unidas, en 2014, se ubicó entre las de 35 a 39 (80.7%) y en 2018 en el grupo de 40 a 44 (77.2%).

Al considerar el nivel de escolaridad de las MEF, se encontró que la mayoría de las mujeres que no contaban con escolaridad o tenían primaria incompleta se encontraban unidas o casadas (81.3% en 2014 y 75.1% en 2018), asimismo en 2018 en este grupo de mujeres también se ubicó el mayor porcentaje de exunidas, (14.0%), y el más alto porcentaje de solteras se encontró entre las mujeres que tenían preparatoria o más, bajando de 38.9 a 38.0 por ciento en el periodo.

Entre las mujeres que eran residentes de zonas rurales fue más alto el porcentaje de mujeres unidas, aunque entre 2014 y 2018 se observó un descenso de 67.7 por ciento en 2014 a 67.3 en 2018; lo que se reflejó en el aumento 1.5 puntos porcentuales de mujeres, exunidas que pasaron de 7.8 a 9.3 por ciento, pero entre las solteras fue al contrario, disminuyó de 24.5 a 23.4 por ciento. Mientras que, en las residentes de zonas urbanas, también fue más alto el porcentaje de mujeres unidas (62.3% en 2014 y 60.7% en 2018), reflejándose un aumento en el porcentaje de mujeres solteras de 27.8% en 2014 y 29.3 por ciento en 2018 y de exunidas de 9.9 a 10.0 por ciento.

En cuanto a las MEF hablantes de lengua indígena aproximadamente tres cuartas partes se

encontraban unidas (76.4% en 2014 y 74.1% en 2018), con un ascenso del porcentaje de las que eran solteras, al pasar de 15.3 en 2014 a 16.2 por ciento en 2018; y entre las mujeres exunidas que pasaron de 8.3 a 9.7 por ciento. En mujeres NHLI, el porcentaje de unidas disminuyó de 60.2 a 59.0 por ciento durante el periodo, mientras que el porcentaje de solteras aumentó de 29.8 en 2014 a 31.0 por ciento en 2018, y el porcentaje de exunidas se mantuvo en 10.0 por ciento en 2014 y 2018.

Considerando la condición de discapacidad en la que vivían las MEF, se obtuvo que entre las que no tenían discapacidad, la mayoría se encontraba unida y el porcentaje casi se mantuvo en el tiempo (62.2% en 2014 a 62.3% en 2018); aproximadamente tres de cada diez eran solteras (29.1% y 28.9%, respectivamente) y un bajo porcentaje eran exunidas (8.7%, en ambos años). Entre las MEF que vivían con discapacidad, en 2014 se obtuvo un porcentaje de 61.4 que eran unidas, en 2018 la estimación no era confiable al igual que la estimación de solteras y exunidas debido a que los tamaños de muestra no fueron suficientes para obtener también un dato confiable. Entre las mujeres con alguna limitación también la mayoría era casada o unida, aunque entre 2014 y 2018 bajó el porcentaje de 67.4 a 54.9, pero subió el porcentaje de solteras de 19.0 a 25.7 por ciento, y de exunidas de 13.6 a 19.4 por ciento.

En general, se observó que en la entidad entre los años 2014 y 2018 tiende a disminuir la presencia relativa de mujeres unidas, lo que implica que se vea reflejado en un aumento de mujeres exunidas y solteras. Cabe destacar que las MEF más jóvenes son el grupo por edad con mayor presencia de solteras, al igual que las mujeres con preparatoria o más en comparación a los otros grupos por nivel educativo, pero además de acuerdo a características socioculturales se observó que al menos una de cada cuatro era soltera cuando hablaban lengua indígena o eran residentes de zonas rurales. En el caso de NHLI o que vivían en zonas urbanas una de cada tres estaba soltera. Para lograr avances en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas solteras es necesario que se puedan tomar decisiones individuales libremente, por ello, es de suma importancia que se respete la integridad,

Cuadro 2.3
Quintana Roo. Mujeres en edad fértil por condición de unión según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características	2014			2018			
	Unidas	Exunidas	Solteras	Unidas	Exunidas	Solteras	
Total	62.8	9.7	27.4	61.4	10.0	28.7	
Grupos de edad							
15-19	15.0	1.8	* 83.2	13.5	0.5	* 86.1	
20-24	52.2	3.7	* 44.1	50.5	7.6	41.9	
25-29	72.0	5.9	* 22.1	68.7	8.8	22.5	
30-34	76.5	12.4	11.0	76.3	8.0	15.7	
35-39	80.7	10.1	9.2	75.9	11.6	12.5	
40-44	79.0	15.5	5.5	* 77.2	14.5	8.3	
45-49	72.9	23.2	4.0	* 70.8	21.7	7.5	*
Escolaridad							
Sin escolaridad y primaria incompleta	81.3	13.8	* 4.9	* 75.1	14.0	10.9	*
Primaria completa	79.0	10.0	* 11.1	* 76.2	13.0	10.9	*
Secundaria	68.4	10.3	21.3	66.6	11.4	22.0	
Preparatoria y más	52.5	8.6	38.9	53.9	8.1	38.0	
Lugar de Residencia							
Rural	67.7	7.8	* 24.5	67.3	9.3	* 23.4	
Urbano	62.3	9.9	27.8	60.7	10.0	29.3	
Condición de habla de lengua indígena							
Sí	76.4	8.3	15.3	74.1	9.7	16.2	
No	60.2	10.0	29.8	59.0	10.0	31.0	
Condición de discapacidad¹							
Sin discapacidad	62.2	8.7	29.1	62.3	8.7	28.9	
Con discapacidad	61.4	27.1	* 11.5	* 48.4	* 20.0	* 31.7	*
Con limitación	67.4	13.6	19.0	54.9	19.4	25.7	

* Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.

¹ La variable de discapacidad, se construyó a partir de lo siguiente:

"Sin discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No tiene dificultad" en todas las actividades de la pregunta 3.11A.

"Con discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A.

"Con limitación", incluye a las personas que únicamente tienen como respuesta "Lo hace con poca dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018

privacidad y autonomía personal, definiendo su propia sexualidad, incluida la orientación sexual, asegurándoles experiencias seguras y placenteras, a decidir cuándo y con quién casarse o unirse, así como cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

En el pasado, la sociedad mexicana sancionaba la actividad sexual de las mujeres y la maternidad fuera del matrimonio. Pero como se puede apreciar ahora, los jóvenes permanecen más tiempo en la escuela y se unen más tarde, por lo que, estos eventos se van desvinculando cada vez más y, por lo tanto, el momento y el tipo de información y servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan también está cambiando, ya que, el matrimonio o la unión no siempre precede a la actividad sexual, y ni la actividad sexual ni el matrimonio o unión deberían conducir necesariamente al embarazo y al parto (Starrs *et al.*, 2018).

Conclusiones

Como ya se ha mencionado, contar con un diagnóstico o perfil sociodemográfico permite identificar las demandas de servicios, a partir de conocer el volumen y estructura por edad de la población y de las características socioeconómicas y culturales, es posible hacer una mejor focalización de la población objetivo para que ésta, pueda acceder y ejercer sus derechos a una sexualidad libre y placentera y a la atención de la salud reproductiva (ONU, 1994). Con la información antes proporcionada, se debe prever que continuará en aumento el volumen de mujeres y hombres en edad fértil en Quintana Roo, aunque en ambos casos el ritmo de crecimiento tiende a disminuir de acuerdo al horizonte de proyección, lo que influye a que también el peso relativo descienda, sobre todo del grupo de MEF y HEF.

En términos de los desafíos que implica la distribución etaria actual, se posiciona la necesidad de atender a un alto volumen de adolescentes sobre la prevención de embarazos no planeados y/o no deseados, así como de ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Aunque Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje de adolescentes, deberá realizar un mayor reforzamiento de la instrumentación de servicios y

programas que atiendan a esta población, como la expansión de los servicios amigables donde todas cuenten con el paquete básico de atención.³¹

Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres y hombres en edad fértil residentes en la entidad, se encontró que hay avances en el nivel educativo, ya que cerca de la mitad de este grupo cuenta con el nivel medio superior o más, y solo una tercera parte con secundaria, y, una de cada cinco tiene un nivel de educación primaria o menos. Estos resultados indican que la mayoría de las mujeres más jóvenes cuentan con escolaridad superior que las mujeres de generaciones más adultas, por lo que pueden acceder a una mejor atención médica y a decidir tener menos hijas(os), para los hombres implica que tengan una mayor disponibilidad en la participación del uso de métodos anticonceptivos y del cuidado infantil y en los roles de convivencia.

Generalmente las personas que residen en zonas urbanas tienen un mayor acceso a todos los servicios, educativos, de salud y vivienda, empleo. Sin embargo, se debe considerar que también se presentan grandes desigualdades por la heterogeneidad de las ciudades y por la desigualdad de los ingresos. Por ello, los programas de salud sexual y reproductiva deben considerar mecanismos que permitan una mayor inclusión geográfica, económica y cultural que posibiliten el acceso a estos servicios de salud a todas las personas, teniendo en cuenta otras características como la interculturalidad, y/o las condiciones de vulnerabilidad como la discapacidad.

Asimismo, es importante reconocer que todas las personas deben ejercer sus derechos sexuales, para lograr el más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; por lo que, deben acceder, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad, además de la EIS basada en evidencia científica; para poder decidir ser una persona sexualmente activa o no; participar en relaciones sexuales consensuadas, elegir cuándo

³¹ El paquete básico incluye: orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos.

y con quién casarse o unirse; así como tener acceso a servicios multisectoriales para prevenir e identificar la violencia de pareja y otras formas de violencia de género, a métodos anticonceptivos de su elección, seguros, efectivos, asequibles y aceptables, y a servicios de atención médica apropiados que garanticen la atención segura del embarazo y parto, para que las personas recién nacidas sean saludables.

No se debe omitir que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de los derechos humanos de todas las parejas y personas para decidir de forma libre y responsable sobre el número, el espaciamiento y el momento para tener hijas(os), contar con información y los medios para hacerlo y el derecho a alcanzar el más alto nivel de calidad de salud reproductiva (Starrs *et al.*, 2018).

Finalmente, pese a que en estos momentos la ENADID no cuenta con información que dé cuenta del ejercicio sexual y reproductivo de los hombres, es importante considerar su inclusión en los planes y programas tanto a nivel federal como estatal en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, ya que ésta a su vez, también tendrá implicaciones favorables en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, puesto que las decisiones que tomen respecto a la descendencia, contribuirá a un mayor cuidado y prevención de embarazos no planificados y de ITS. Cabe señalar que, pese a las acciones llevadas a cabo para la atención de los hombres, aún falta hacer una mayor sensibilización en ellos para que acudan a los centros de salud a solicitar este tipo de servicios. Además, es importante impulsar la generación de fuentes de información que permita monitorear el avance en el acceso y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, es importante considerar la atención de la salud sexual y reproductiva que debe garantizarse antes, durante y después de la edad fértil y no sólo centrarse en los servicios de anticoncepción y salud materno infantil, ya que, tanto hombres como mujeres, deben tener acceso a servicios de orientación en todas las edades para que las personas que así lo requieran puedan elegir y lograr la identidad sexual deseada,

atender padecimientos asociados a la andropausia y menopausia, los cánceres reproductivos, padecimientos sexuales, infertilidad, VIH/SIDA, entre otros.

Bibliografía

- Aguilar, L. (2017). "Mujeres jefas de hogar y algunas características de los hogares que dirigen. Una visión sociodemográfica". La Situación Demográfica de México, 2016. CONAPO. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2016>
- Amador, D., Bernal, R. (2012). ¿Unión libre o matrimonio? Efectos en el bienestar de los hijos. *El trimestre económico*, 79(315), pp. 529-573. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2012000300529&lng=es&tlng=es
- Brugelies, C. (2005). "Tendencias de la práctica anticonceptiva en México: tres generaciones de mujeres", en M.-L. Coubès, M. E. Zavala y R. Zenteno (coords.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo xx. Una perspectiva de historias de vida*, México, El Colef / Miguel Ángel Porrúa / Tecnológico de Monterrey / Cámara de Diputados, pp. 121-157.
- CNEGRS [Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva] (2015). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011). *Perfiles de Salud Reproductiva*. República Mexicana, México, 2011. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/perfiles-de-salud-reproductiva-2011>
- (2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*. República Mexicana. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana?idiom=es>
- (2017a). *Conciliación Demográfica 1950-2050 y Proyecciones de la población de Mé-*

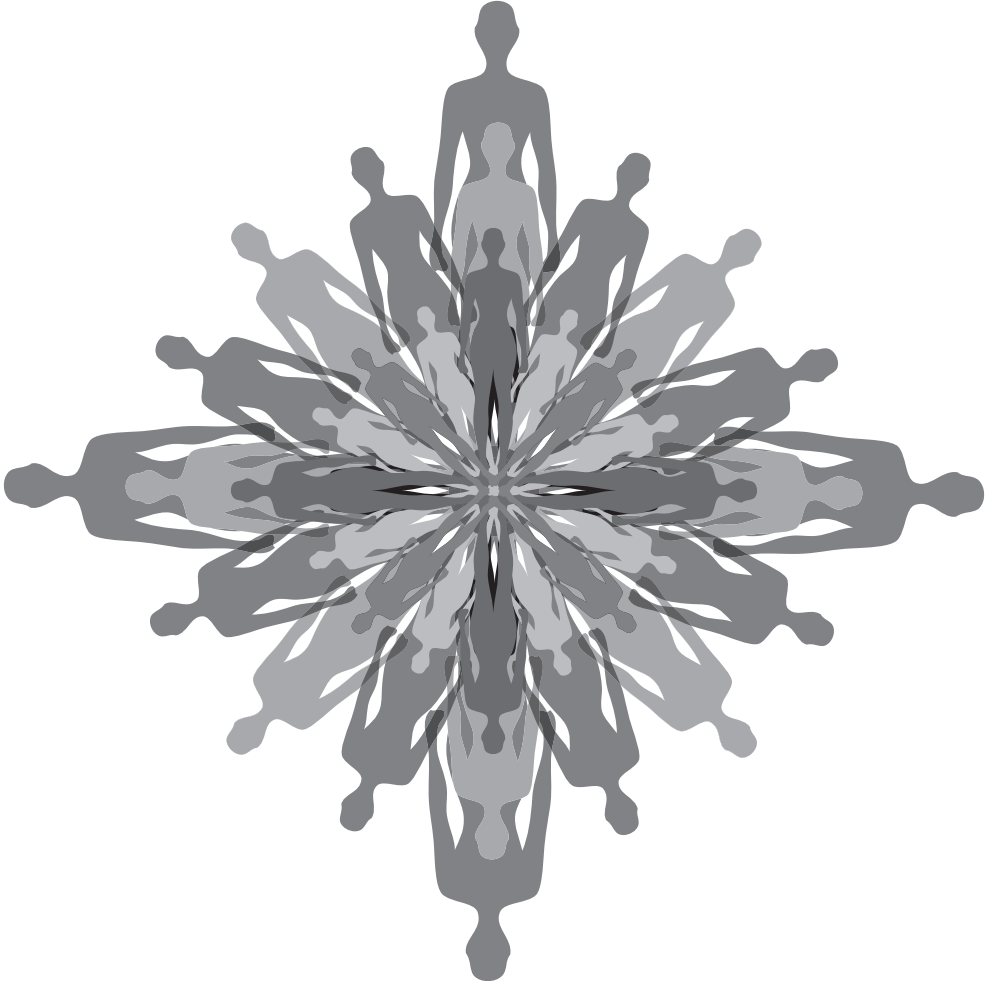
- xico, 2016-2050. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-174962?idiom=es>
- (2017b). Indicadores demográficos 1950-2050. <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050>
- (2017c). Proyecciones de la Población de México 2010-2050. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- Echarri, C. (2008). “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo I, El Colegio de México.
- Gobierno de la República (2018). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente*. Informe 2018. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/417443/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2018.pdf
- Guevara, E. (2003). *Los derechos reproductivos y los hombres*. El debate pendiente. *Desacatos*, núm. 11, pp. 105-119. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1139/987>
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2010). *Marco Conceptual. Censo de Población y Vivienda 2010*. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825002392>
- (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/dc_enadid18.pdf
- INMUJERES [Instituto Nacional de las Mujeres] (2018). *Cartilla de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad*, 2018. <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/cartilla-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad-180927>
- Lerner, S. y Szasz, I. (2010). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), T.II, México, El Colegio de México, pp. 141-202.
- Mejía, A. y Sosa, M. V. (2015), “La unión conyugal como factor de contraste demográfico en México a principios del siglo XXI. Entre la postergación, la unión libre temprana y la desaceleración del crecimiento poblacional” en *La Situación Demográfica de México, 2015*. CONAPO. http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_union_conyugal_en_Mexico_como_factor_de_contraste_demografico_en_Mexico_a_principios_del_siglo_XXI
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- (2014). *Los Derechos de la Mujer son Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2_SP.pdf
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2017). *Preguntas frecuentes sobre salud y migración*. Preguntas y respuestas en línea. Febrero de 2017. <https://www.who.int/features/qa/88/es/>
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2013). *Manual de actividades para la reducción de estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH Y SIDA*.
- SS [Secretaría de Salud] (2014). *Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo nivel de atención*. Guía de referencia rápida catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-666-14. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. *et al.* (2018). *Accelerate progress sexual and reproduc-*

tive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)

Tokunaga, M. L. (2011). La Salud Sexual y Reproductiva de los hombres en la andropausia. *Género y Salud en cifras*, volumen 9, núm. 3. http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CySenC/Volumen9_3/Lasaludsexualyreproductivadelos.pdf

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2017). “Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”. *Estado de la población mundial, 2017*. New York, NY. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf

——— (2018). El poder de decidir. *Derechos reproductivos y transición demográfica. Estado de la Población Mundial 2018*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf



La situación de los derechos sexuales y reproductivos

3

El derecho a la salud sexual y reproductiva es esencial para el desarrollo sostenible debido a sus vínculos con la igualdad de género y el bienestar de las mujeres, su impacto en la salud materna y de la persona recién nacida, en la salud de la población infantil y adolescente, y su rol en la configuración del futuro desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental (Starrs *et al.*, 2018).

A pesar, de los avances conseguidos, las organizaciones de salud y derechos humanos han trabajado por décadas para definir e implementar el derecho a la salud sexual y reproductiva, hasta el día de hoy se han construido muchos avances, pero lograrlos ha implicado superar diversos obstáculos (Starrs *et al.*, 2018). En este capítulo se realizará un recuento por el recorrido realizado para lograr la situación actual del derecho a la salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional y en México.

La construcción del derecho a la salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional y nacional

Los derechos sexuales y reproductivos comenzaron a construirse desde finales del siglo XIX en países europeos y anglófonos, donde como un primer paso, las personas por decisión propia empezaron a reducir el número de hijas(os) con el fin de aprovechar las oportunidades laborales y profesionales que sus países en ese momento les ofrecían al encontrarse en evolución económica. De esta forma, diversos factores influyeron en la transición demográfica³² por ejemplo, el cambio en las modalidades de empleo, la prosperidad, la mejora de la salud y la nutrición que implicaron una mayor sobrevivencia de la (del) recién nacida(o), de las niñas y los niños; y, el mayor acceso a la educación sobre todo de las mujeres (UNFPA, 2018).

La garantía a la salud sexual y reproductiva surgió como una parte integral del derecho a la salud, consagrado desde 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo doce la define como “el derecho al más alto nivel alcanzable

³² La transición demográfica consiste en pasar de altas tasas de fecundidad y mortalidad a bajas tasas.



de salud física y mental”, y que emite disposiciones a los estados para lograrlo, entre los que cita explícitamente “la reducción de la mortalidad materna e infantil, y el sano desarrollo de los niños”, el cual dio por sentado que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, así como los servicios de salud sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar en apego a estas disposiciones (ONU, 1967).

A partir de entonces, diversos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud, lo que permitió que a su vez el concepto de derecho a la salud sexual y reproductiva fuera evolucionando. Por ejemplo, durante la primera Conferencia de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, llevada a cabo en Teherán en 1968, se afirmó que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Además, fue en esta Conferencia que se declaró por primera vez que el tamaño de la familia debe ser una decisión libre que corresponde tomar a cada familia de manera individual. Asimismo, a partir de entonces se considera que las parejas tienen el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijas(os) y el derecho a una educación e información adecuadas al respecto (ONU, 1968).

En América Latina, la reducción de la fecundidad y mortalidad comienza en la década de 1960, presentándose casi las mismas motivaciones que impulsaron el cambio en Europa, incentivados, además, por la reducción de la mortalidad materna y la infantil (UNFPA, 2018). En el caso de México, el descenso de la fecundidad estuvo más asociada al control del crecimiento de la población, dado que ya se habían logrado avances médicos que reducían la probabilidad de muerte de la población, sobre todo de la mortalidad infantil (Rabell, 2001), por lo que a mediados del siglo xx surge la necesidad de reorientar la política de población, que hasta la década de los 60 se había enfocado al poblamiento del país, para el cual

el modelo de desarrollo económico presentó dificultades de atención a demandas de empleo, de salud y educación en continuo crecimiento y con una estructura demográfica muy joven (Lerner y Quesnel, 1994).

En este contexto en México, se promulga la Ley General de Población (LGP) de 1974 con el objetivo de regular los componentes del cambio demográfico y generar la articulación con el desarrollo como un elemento clave para incrementar la calidad de vida de las personas (Lerner y Quesnel, 1994), considerando como elemento fundamental la reducción del tamaño de las familias a partir de disminuir la fecundidad.

Para reforzar esta política de población y garantizar que las acciones que se llevarían a cabo para la regulación de la fecundidad serían con base en las decisiones de las personas, se reformuló el Artículo 4º Constitucional donde se estableció el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de las(os) hijas(os), convirtiendo a México en el segundo país del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución este derecho (Allen-Leigh et al., 2013).

Asimismo, en 1975, la ONU distinguía al país como la sede de la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en donde se reiteró que la política demográfica de cada nación dependía de su voluntad soberana, y que debía integrarse a la estrategia general sobre el desarrollo. Fue la primera Conferencia con un enfoque de desarrollo en la población femenina en distintos ámbitos, favoreciendo su avance social. En ésta, también se estableció el derecho a la salud, pero se ratificó que cada pareja y cada persona tienen la libertad a decidir libre y responsablemente si tener o no hijas(os), así como determinar su número y espaciamiento. En el mismo año, la Conferencia aprobó un plan de acción para lo que se proclamó como el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, en el que se estableció garantizar el trato igualitario a las mujeres en materia de educación, trabajo, participación política, salud, vivienda, planificación familiar y alimentación (ONU, 1976).

En este marco, para 1977 se crea en México el Programa Nacional de Planificación Familiar y se lanzó el Programa Nacional de Educación

Sexual. Con ellos la Información, Educación Comunicación (IEC), constituyeron estrategias estrechamente interconectadas para incentivar a las personas y las familias a contar con información para la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre los procesos reproductivos (Juárez *et al.*, 2013 y CONAPO, 2012). A partir de esto, las acciones en materia de planificación familiar en el país se desarrollaron rápidamente, enfocándose en proveer de forma gratuita métodos anticonceptivos modernos ampliándose el acceso y cobertura de los servicios de planificación familiar, a partir de campañas masivas de información y educación sobre la salud reproductiva con un enfoque demográfico, pues el énfasis de estos programas, se centraron en disminuir la natalidad del país (Mojarro-Dávila y Mendoza, 2007).

En ese sentido, la planificación familiar estuvo a cargo de las instituciones de salud, quienes instrumentaron los programas, incidiendo de manera directa sobre las parejas para modificar sus preferencias y decisiones en torno a su reproducción, lo que llegó a conocerse como la “medicalización de la procreación”; y, se convirtieron en población objetivo a todas las mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos que estuvieran casadas o en unión libre, en edades intermedias y con alta paridad; dejando un poco de lado las preferencias reproductivas, los intereses o proyectos de vida de las parejas, debido a que el objetivo era la reducción del crecimiento demográfico (Szasz y Lerner, 2010).

En 1979, en el artículo 16 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada por las Naciones Unidas, estableció que los estados parte adoptaran todas las medidas necesarias para asegurar a la mujer el derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijas(os) y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y a los medios que les permitan ejercer estos derechos (ONU, 1979), dicha convención es ratificada por el estado Mexicano.

Por su parte, el primer acuerdo global que creó un lenguaje común sobre el tema fue el Programa de Acción de 1994 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), ya que en ésta se define por primera vez la salud

reproductiva y se listan los elementos para su cuidado. En el Programa de Acción se comprometieron 179 Gobiernos, incluido México, a garantizar el derecho de las parejas y las personas a disponer de la información, la capacidad y los medios necesarios para decidir sobre la procreación, cuando y con qué frecuencia, sin estar sujetos a ningún tipo de discriminación, coacción o violencia. Además, en el capítulo 7, sección A se reconoce a la salud reproductiva como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (ONU, 1995).

En consecuencia la CIPD expone, como parte de la salud reproductiva, “el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos como el aborto, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas(os) sanas(os)” (ONU, 1995a:37).

Además de los elementos de planificación familiar, y salud materno-infantil, en el Programa de Acción de la CIPD se incluyeron garantías de avance como: el derecho al aborto seguro donde lo permita la ley, así como el derecho a la educación en sexualidad y reproducción, la prevención y tratamiento de la infertilidad y de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Al citar estos componentes la CIPD también incluye el derecho a la salud sexual, de hecho, se hace alusión textualmente “al bienestar de las relaciones personales”, pero no usa el término de derecho a la salud sexual (Starrs *et al.*, 2018).

La CIPD abrió un nuevo camino que une los derechos reproductivos a los derechos humanos, que ya se encontraban protegidos por los instrumentos internacionales mencionados arriba (ONU, 2013), lo cual, mostró un cambio en el objetivo primario planteado en los programas de planificación familiar de reducir la fecundidad y

regular el crecimiento poblacional con el fin de empoderar a las mujeres y promover la elección individual con respecto a la reproducción. Para lograr esto, la comunidad a favor de los derechos sexuales y reproductivos, en particular las mujeres activistas y las organizaciones no gubernamentales, jugaron un papel muy importante en este cambio, argumentando que las políticas de población y desarrollo deberían avanzar en la igualdad de género y en el empoderamiento de las mujeres y que la planificación familiar, debería ser una parte del cuidado integral de la salud reproductiva (Germain y Kyte, 1995).

En México este enfoque permitió que se privilegiara la perspectiva individual y familiar, centrandose la atención en los derechos reproductivos, incluyendo en los servicios de salud reproductiva, la atención a las adolescentes, madres solteras, viudas, separadas y divorciadas, mujeres estériles, y de manera especial, la inclusión de los hombres de todas las edades y condiciones reproductivas, considerando además las condiciones físicas y emocionales de las mujeres (Lerner y Szasz, 2009).

La aprobación del Programa de Acción de la CIPD en 1994 puso aún más de relieve los problemas de la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos (ONU, 1995a). Desde ese momento, las normas y la jurisprudencia internacionales y regionales de derechos humanos relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos han evolucionado considerablemente (ONU, 2013; CNDH, 2017).

En 1995, los delegados a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, China, reafirmaron el acuerdo de la CIPD y definieron los derechos humanos de las mujeres como “su derecho a tener control y decisión” libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, libre de coerción, discriminación y violencia”. Asimismo, se afirmó: “Relaciones iguales entre mujeres y hombres en asuntos de relaciones sexuales y reproducción, incluido el pleno respeto mutuo por la integridad de la persona, consentimiento y responsabilidad compartida por el comportamiento sexual y sus consecuencias” (ONU, 1995).

Sin embargo, en esta y en anteriores conferencias de Naciones Unidas fue difícil alcanzar consenso en algunos elementos de la salud

sexual y reproductiva. En lo que respecta al aborto, por ejemplo, existió un debate muy denotado en la CIPD en 1994, que concluyó en un compromiso, que estableció “aborto seguro donde así lo permita la ley”, siendo la única forma posible de incluirlo en la agenda (ONU, 1995a). No obstante, el acuerdo de Beijing agregó un llamado a los países a revisar leyes que criminalizan al aborto. Los derechos sexuales también han representado un reto; en varias conferencias globales y regionales, algunos gobernantes se han resistido a incluir el término de derechos sexuales en documentos consensuados porque no pretenden adherirse a los derechos de las mujeres y niñas sobre la autonomía de su cuerpo, a la libertad de las adolescentes a tomar decisiones acerca de la actividad sexual, o bien a aceptar las diversas orientaciones e identidades sexuales (Starrs y Anderson, 2016).

Este enfoque permitió poner mucha más atención en la prevención y atención de los embarazos no deseados y no planeados, las complicaciones del embarazo y el parto, el aborto inseguro, la violencia de género, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y los cánceres reproductivos, que representan una amenaza para el bienestar de las mujeres, los hombres y las familias (Starrs *et al.*, 2018). La apertura a toda la población del derecho de ejercer su sexualidad y elegir de manera libre e informada sobre su reproducción, ha tenido implicaciones de gran alcance para la salud de las personas y para el desarrollo social, económico y ambiental (Starrs *et al.*, 2018).

En 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), del plan de las Naciones Unidas para reducir la pobreza en todo el mundo para 2015, omitieron el término salud sexual y reproductiva en conjunto por la preocupación de que incluirla podría poner en riesgo la adopción de la Declaración del Milenio. Para que las(os) activistas defensores obtuvieran un acuerdo global para los ODM que considerara el acceso universal a salud reproductiva tomó siete años (Starrs *et al.*, 2018).

En México, desde 2006 existe el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (PAESSRA) de la Secretaría de Salud, que tiene como objetivos: favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva; reducir embarazos

no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS) mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos, e incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

Asimismo, existe la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, en la cual se hace explícito que no es necesario el consentimiento de la madre, padre o tutor para obtener algún método anticonceptivo o recibir consejería al respecto; sólo será necesario en el caso de métodos quirúrgicos o que su vida esté en peligro, y atenderán a las disposiciones jurídicas aplicables. Esta norma permite a la población adolescente el acceso a métodos anticonceptivos sin barreras, al menos en la ley, que obstruyan su uso.

La actual agenda de desarrollo de la ONU “Transformando Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” aprobada por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2015, fue un llamado a los países para adoptar medidas para poner fin a la pobreza, mejorar los servicios de salud, lograr la plena igualdad de género, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Los *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)* se pusieron en marcha en 2016 con base en los logros de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, para seguir orientando las políticas y la financiación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) durante los próximos 7 años y continuar trabajando en 170 países y territorios. Los ODS son 17 objetivos que incluyen nuevas áreas de enfoque como cambio climático, la desigualdad económica, innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia distribuidos en 169 metas y un total de 232 indicadores. México reporta 154 indicadores de los cuales 71 forman parte del marco global y 54 corresponden a indicadores complementarios (ONU, 2017).

Se debe destacar que dos objetivos de la Agenda 2030 de los ODS, mencionan explícitamente la salud sexual y reproductiva. La meta 3.7 sobre salud, donde se establece que “Para el año 2030, asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluso para la planificación familiar, la información y la educación,

y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales”. Asimismo, la meta 5.6 de igualdad de género, tiene como objetivo “Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos”, de conformidad con los acuerdos de El Cairo y Beijing previamente negociados; sin embargo, en los ODS todavía se excluye cualquier mención explícita sobre derechos sexuales. Esta redacción indica una aceptación de los principios y compromisos expresados en los documentos anteriores, pero también la falta de consenso entre países para ir más allá de ellos (Starrs *et al.*, 2018).

Desde 2013, los países han hecho compromisos en diversos acuerdos de consenso regional. Aunque son muy diferentes en alcances y enfoques, los documentos de consenso regional de África (Plan de Acción, 2016–30), América Latina y el Caribe (Consenso de Montevideo), Asia y Europa y Asia Central, utilizan el término más amplio, “salud y derechos sexuales y reproductivos”, y contienen un lenguaje más progresivo sobre un conjunto de temas. Por ejemplo, incluyen la atención del aborto seguro como un componente del derecho a la salud sexual y reproductiva, y piden a los países que garanticen el acceso al aborto en toda la extensión de las leyes y políticas nacionales; promover, proteger y garantizar que el derecho a la salud sexual y reproductiva contribuya a la justicia social; y organizar servicios para las personas que no tienen acceso, como la población adolescente, personas solteras, migrantes, solicitantes de asilo, personas que viven con VIH, personas con discapacidades y lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero, transexuales, *queer* e intersexuales (LGBTIQI+) (Starrs *et al.*, 2018).

El Consenso de Montevideo fue aprobado en 2013 en la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, integrando plenamente a la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos clave para el Programa de Acción de El Cairo, que fue organizada por la CEPAL y el Gobierno del Uruguay. Es el acuerdo intergubernamental más importante aprobado en la región en materia de población y desarrollo contiene 9 capítulos y 120 medidas prioritarias. El capítulo D está dedicado

al logro del “Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva”. Para dar seguimiento se establece una Guía Operacional para la Implementación y el seguimiento (CEPAL, 2015a), donde se instruye que cada país tiene el derecho soberano de aplicar las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de El Cairo y en el Consenso de Montevideo, de conformidad con sus leyes nacionales y con sus prioridades de desarrollo, y de forma compatible con los derechos humanos, universalmente acordados. Las metas y los indicadores presentados en la Guía Operacional pueden considerarse como referencia y adaptarse o complementarse en ámbito nacional de acuerdo a las especificaciones de cada país.

En México se instaló el Comité Nacional para la Implementación y el Seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y se emitieron los Lineamientos para su organización y funcionamiento en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2018) en octubre de 2018. Dicho Comité tiene el objetivo de Garantizar el cumplimiento nacional, estatal y municipal del Consenso de Montevideo y su Guía Operacional, para el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad y la superación de las desigualdades en el marco de los derechos humanos, destacando la importancia del diálogo, en virtud de la naturaleza amplia, transversal, incluyente e integral de estos instrumentos regionales (CEPAL, 2015).

Finalmente, en el ámbito nacional el Gobierno de México en 2015 lanza la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que se diseñó con la finalidad de realizar acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales para lograr a 2030 la disminución de la fecundidad adolescente en un 50 por ciento y erradicar los embarazos en las niñas menores de 15 años; asimismo promover el ejercicio de los derechos humanos, en específico de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, para que les permita acceder a mejores oportunidades en el futuro (Gobierno de la República, 2015).

Con la ENAPEA, además se busca generar transformaciones estructurales en las condiciones sociales que incidan en la disminución de la

violencia física y psicológica hacia las y los menores de edad, a partir de la modificación de las leyes o códigos estatales que aún contemplan exenciones sobre el matrimonio en menores de 18 años. Asimismo, se busca impulsar la corresponsabilidad de los hombres adolescentes en el ejercicio de la sexualidad, involucrándolos en acciones de prevención e incentivar su participación activa y responsable sobre cuidados y atención de su descendencia y, lograr el fortalecimiento de la educación integral en sexualidad para empoderar a la población adolescente en el conocimiento y ejercicio de sus derechos (INSP, 2015).

Varios países han logrado avances importantes en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en las últimas décadas, pero las ganancias han sido desiguales entre y dentro de éstos, debido a que los servicios a menudo se han quedado cortos en cobertura, calidad y asequibilidad; México no es la excepción dada la divergencia social, económica y cultural que prevalece en el país, que además sumado a la desatención del tema de la salud reproductiva una vez que se controló el crecimiento de la población, se deja un poco de lado la política pública sobre planificación familiar, debido entre otras cosas, por la reducción del presupuesto, lo que afectó las acciones operativas del sector salud y el diseño y difusión de campañas masivas sobre los beneficios de ejercer el derecho a la planeación familiar (Presidencia de la República, 2011).

La falta de atención y acceso a los derechos sexuales y derechos reproductivos, se reflejan en brechas derivadas por la fecundidad no deseada en altos niveles de mortalidad materna, de infecciones de transmisión sexual y de infección por VIH/SIDA, así como en la mortalidad infantil. Esta situación se observa principalmente entre la población que vive en pobreza, en áreas rurales, entre los pueblos indígenas y grupos en condición de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes y jóvenes y personas que viven con discapacidad (CEPAL, 2016).

Actualmente, los pocos avances en el acceso a la planificación familiar y el bajo descenso de la fecundidad entre las adolescentes (15 a 19 años),

han empujado a que México continúe buscando mecanismos para avanzar en garantizar que toda la población ejerza sus derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo, adoptando como compromiso de estado el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo, además de la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Los compromisos de México a nivel internacional y la implementación de la ENAPEA hacen evidente que se tiene por lograr que toda la población pueda acceder y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de igualdad de género y libre de discriminación.

En esta revisión se ha visto que, los derechos sexuales y reproductivos abarcan derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, acuerdos internacionales y en otros documentos aprobados por consenso, los cuales, se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas sobre la decisión libre y responsable del número de hijas(os), espaciamiento de los nacimientos; a partir de disponer de información y de los medios para ello, de tal forma que se alcance el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, que incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, a tener una salud sexual sana y placentera, cuyo objetivo sea el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente solo el asesoramiento y atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual (ONU, 1995).

Durante los 25 años pasados, el lenguaje sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva ha evolucionado de manera considerable. La comunidad a favor de este derecho ha reconocido ampliamente que cada uno de sus componentes está vinculado a otros y que el cumplimiento de éstos es esencial para alcanzar la salud sexual y reproductiva. Basándose en acuerdos, publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en principios y tratados de derechos humanos internacionales, recientemente el Instituto Guttmacher (2018) presentó una propuesta de definición integrada sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, que

es la que se seguirá a lo largo de este documento. Aunque la definición aplica a todas las personas, los temas son especialmente relevantes para las mujeres, debido a factores biológicos y roles de género socialmente definidos que las discriminan (Starrs *et al.*, 2018).

La salud reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no solamente de la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia (CONAPO, 2001). Por lo que un enfoque positivo de la sexualidad y la reproducción debe reconocer el papel desempeñado por las relaciones sexuales placenteras, la confianza y la comunicación en la promoción de la autoestima y el bienestar. Todas las personas tienen el derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo y acceso a los servicios que lo respaldan (Starrs *et al.*, 2018). De acuerdo a Ann Starrs, el logro de la salud sexual y reproductiva depende de la realización de los derechos humanos de toda la población a:

- Que se respete su integridad corporal, privacidad y autonomía personal
- Definir libremente su propia sexualidad, incluida la orientación sexual y la identidad de género y expresión
- Decidir si y cuándo ser sexualmente activa(o)
- Elegir a sus parejas sexuales
- Tener experiencias sexuales seguras y placenteras
- Decidir si, cuándo y con quién casarse
- Decidir si, cuándo y por qué medios tener una(un) hija(o) o hijas(os), y cuántos hijas(os) tener
- Tener acceso durante toda su vida a la información, recursos, servicios y apoyo necesario para lograr todo lo anterior, libre de discriminación, coerción, explotación, y violencia

Asimismo, con este nuevo enfoque señala que los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva deben ser acordes a los estándares de salud pública y los derechos humanos, que incluyen: “Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad” en el marco del derecho a la salud, por lo que los servicios deben incluir:

- Información precisa y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo educación sexual integral basada en evidencia
- Información, asesoramiento y atención relacionada con la sexualidad y la satisfacción
- Prevención, detección y manejo de la violencia sexual y de género y coerción
- Disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y efectivos
- Atención prenatal, parto y posnatal segura y efectiva
- Servicios y atención de aborto seguro y efectivo
- Prevención, manejo y tratamiento de la infertilidad
- Prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, que incluyen VIH, y de infecciones del tracto reproductivo; y
- Prevención, detección y tratamiento de cánceres reproductivos

Esta nueva definición del derecho a la salud sexual y reproductiva refleja un consenso emergente en los servicios e intervenciones necesarias para otorgar este derecho a toda la población. Adicionalmente, direcciona hacia temas como la violencia, el estigma, la autonomía del cuerpo, la cual afecta profundamente el bienestar psicológico, emocional y social de los individuos y apunta a las necesidades de grupos a los que previamente se les ha negado este derecho (Starrs *et al.*, 2018).

En los siguientes capítulos se hará una revisión de los indicadores asociados al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos que pueden ser calculados a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018, y en la medida de lo posible comparar con los resultados de la ENADID 2014; así como de otras fuentes de información; por ejemplo, las Proyecciones de la Población de México 2016-2050 (CONAPO, 2017), la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016) (INEGI, 2017) y Estadísticas Vitales,³³ que brindan

insumos para la construcción de indicadores relevantes o complementarios.

La información se ordenará de acuerdo a los derechos que se enumeran a continuación, que han sido extraídos de la definición integrada de derechos sexuales y reproductivos, y se ha agregado uno más, el número 5, que no está explícitamente mencionado en esta definición pero desde el punto de vista de la SCONAPO es de relevancia mayor, pues sin éste no será posible para las mujeres alcanzar el pleno ejercicio de estos derechos, pues se les continuará haciendo responsables de las consecuencias de la sexualidad y reproducción, y los hombres seguirán siendo relegados a un segundo plano como tradicionalmente ha sucedido, invisibilizando sus responsabilidades y derechos en este ámbito con consecuencias en la salud y bienestar de ambos, y que se refiere a la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva. A continuación, se lista los derechos que se abordarán en este marco:

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad
2. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva
3. Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual
4. Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos
5. Derecho a la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva
6. Derecho a los servicios de salud pre y post natales

A lo largo de cada capítulo se realizará un análisis a través de los principales indicadores sobre el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva, mismo que permitirá realizar a modo de conclusión, algunas sugerencias de política pública sobre las áreas de oportunidad y retos por cumplir para cada uno de los derechos abordados, siguiendo el marco teórico aquí revisado.

³³ Véase: Estadísticas de natalidad (Última actualización al 30 de septiembre de 2019) en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/>

Bibliografía

- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M. I. (2013). "Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México" en *Salud Pública de México*, V. 55, p. S235-S240, mar. 2013. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5120>
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2016). "Desarrollo social inclusivo Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe" en la *Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe* Lima, 2 a 4 de noviembre de 2015. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/desarrollo_social_inclusivo.pdf
- (2015).. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- (2015a). "Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo". En Documento de la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Las dinámicas de población como eje del desarrollo sostenible: la implementación del Consenso de Montevideo para la superación de las desigualdades en el marco de los derechos humanos. Ciudad de México, 6 a 9 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38935-guia-operacional-la-implementacion-seguimiento-consenso-montevideo-poblacion>
- CNDH [Comisión Nacional de los Derechos Humanos] (2017). Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos, agosto, México. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/car-Derechos-Sexuales-reproductivos.pdf>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2001). La población de México en el nuevo siglo. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_poblacion_de_Mexico_en_el_nuevo_siglo
- (2012). ¿Qué se hizo en México en Educación en Población? En ¿Qué es Conapo? Quehacer Institucional. http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Que_se_hizo_en_Mexico_en_educacion_en_poblacion
- (2017). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2018). Acuerdo por el que se instala el Comité Nacional para la Implementación y el Seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y se emiten los Lineamientos para su organización y funcionamiento. Publicado el 23 de octubre de 2018. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541767&fecha=23/10/2018
- Germain A. y Kyte R. (1995) *The Cairo consensus: the right agenda for the right time*. New York, NY: International Women's Health Coalition.
- Gobierno de la República (2015), Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
- INSP [Instituto de Salud Pública] (2015). Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento 3 Diseño del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). <https://www.gob.mx/conapo/documentos/2-evaluacion-de-la-estrategia>
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía]

- fía] (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016). <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- (2019). Estadísticas de natalidad (última actualización al 30 de septiembre de 2019). <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/>
- Juárez, F., Susheela S., Maddow-Zimet, I. y Wulf, D. (2013), Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2013. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseadomexico_0.pdf
- Lerner, S. y Szasz, I. (2009). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Primera Edición. México, D.F. Centro de estudios demográficos, urbanos y ambientales.
- Lerner, S. y Quesnel, A. (1994). "Instituciones y reproducción hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México" en Francisco. Alba y Gustavo Cabrera (comps.) en *La Población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-117.
- Mojarro-Dávila, O. y Mendoza, D. (2007). "Tendencias y Cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿qué hemos logrado y a dónde se pretende llegar?", México, Salud Pública de México, Vol. 49, pp. E238-E240. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649089>
- Presidencia de la República (2011). Los objetivos del desarrollo del milenio en México: Informe de avances 2010. Primera edición. Agosto. México D.F.
- Rabell, R. C. (2001). "Introducción: el cambio demográfico en las sociedades modernas", en *La Población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. CONAPO-FCE, Primera edición. México D.F.
- Starrs, A y Anderson, R. (2016). "Definitions and debates: sexual health and sexual rights", en *The Brown Journal of World Affairs*, Vol. 22, núm.2, pp.7-23.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. et al. (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. The Lancet Commissions, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- Szasz, I. y Lerner, S. (2010), "Salud reproductiva y desigualdades de la población", en: García, Brígida y Ordorica, Manuel (Coords.). Los grandes problemas de México, Tomo I: Población, El Colegio de México.
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (1967). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (xxi), de 16 de diciembre de 1966.
- (1968). Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration), 22 de abril a 13 mayo de 1968. Nueva York. http://legal.un.org/avl/pdf/hafatchr/Final_Act_of_TehranConf.pdf
- (1976). *Report of the World Conference of the International Women's Year* (México Declaration), 19 de junio a 2 de julio de 1975. Nueva York. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf>
- (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (A/RES/34/180), 18 de diciembre de 1979. Nueva York. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- (1995). *Declaración y plataforma de acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. Aprobadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas, 1995: 93-97
- (1995a). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desa-

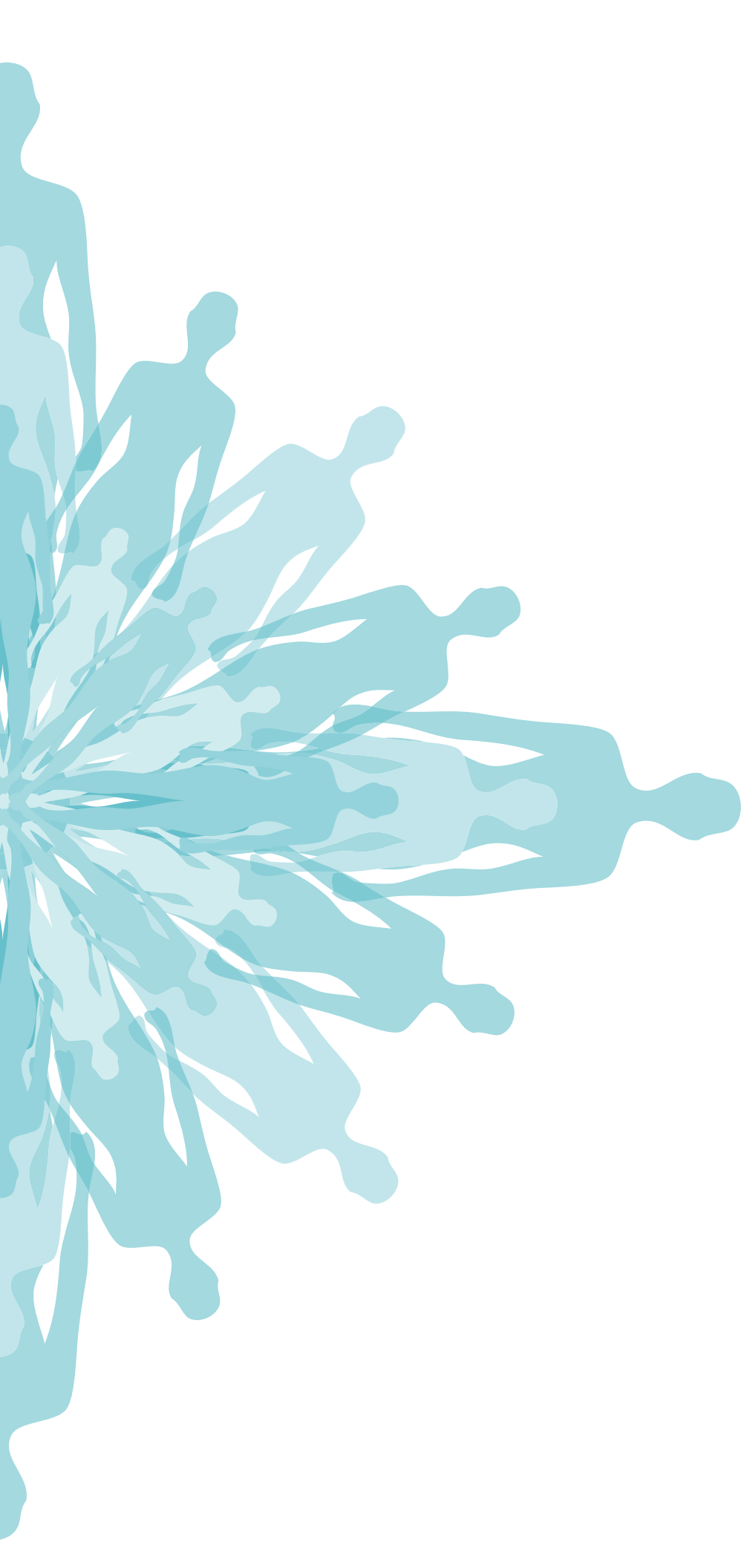
rrollo. (ICPD)-Declaración del Cairo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13/Rev.1. Nueva York. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

----- (2013). ICPD and human rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. Junio, 2013. <http://www.unfpa.org/publications/icpd-and-human-rights>

----- (2017). "Asamblea General sobre la labor de la Comisión de Estadística relativa a

la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/71/313)", 6 de julio de 2017. <https://undocs.org/A/RES/71/313>

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2018). El poder de decidir: Derechos reproductivos y transición demográfica. UNFPA- estado de la población mundial. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf



Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad

4

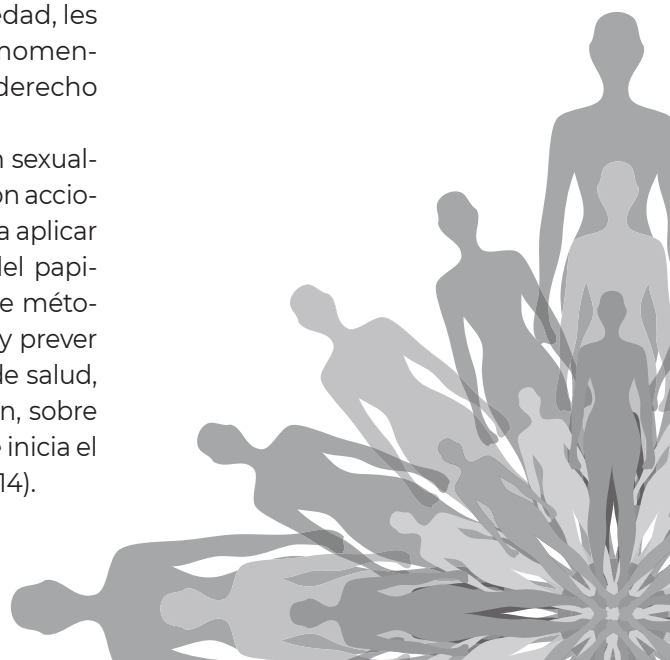
Algunos factores culturales y de crianza continúan influyendo en el conocimiento de la sexualidad, manifestándose en valoraciones que hombres y mujeres construyen sobre su propio cuerpo, así como en la forma en que experimentan las relaciones en el reconocimiento de intereses afectivos o sexuales (UNFPA, 2018). La deficiencia en el conocimiento sobre el tema de la sexualidad ha provocado que la mayoría de las personas comiencen su vida sexual sin tomar decisiones fundamentadas para protegerse en una relación sexual, de la violencia y de las desigualdades basadas en el género, del embarazo a edades tempranas o de embarazos no deseados y de prevenir la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS) (UNESCO, 2018).

Para que las personas alcancen mayor bienestar, deben tomar decisiones sobre su propia vida sexual, controlando su propio cuerpo, definiendo su sexualidad, eligiendo la pareja, y recibiendo información confidencial, respetuosa, y contar con servicios de calidad (Starrs *et al.*, 2018).

4.1 Inicio de la vida sexual

Con el inicio de la vida sexual, las personas tienen nuevas necesidades en salud, ya que, en esta transición de vida, se exponen al riesgo de quedar embarazadas o de contraer ITS. Por esto, proporcionarles una adecuada educación integral en sexualidad (EIS) acorde a su edad, les brindará herramientas para realizar acciones preventivas al momento de tener una vida sexual activa, y así gozar plenamente del derecho a una sexualidad segura y placentera.

En ese sentido, conocer a qué edad las personas se inician sexualmente permite el establecimiento de estrategias o programas con acciones preventivas, como la identificación de la edad adecuada para aplicar la vacuna a la población adolescente o joven contra el virus del papiloma humano (VPH), para incluir información más precisa sobre métodos anticonceptivos en los contenidos curriculares educativos, y prever el abastecimiento de métodos anticonceptivos en los centros de salud, que además, sean adecuados a las necesidades de la población, sobre todo adolescente, etapa en la que diversos estudios coinciden se inicia el ejercicio de relaciones sexuales en México (Gayet y Gutiérrez, 2014).



De acuerdo a las últimas estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, se observó que en Quintana Roo, la mitad de las mujeres de la generación nacida entre 1984 y 1993 (al momento de la encuesta tenían entre 25 y 34 años), ya había tenido su primera relación sexual³⁴ a los 18.4 años, mientras que la mitad de las mujeres de la generación nacida entre 1969 y 1983, (cuya edad al momento de la encuesta era de 35 a 49 años), la tuvieron a los 19.1 años, lo que confirma que el inicio de las relaciones sexuales, en ambas generaciones comienza en la adolescencia, pero en la más joven ocurre a una edad más temprana, situación que está altamente correlacionada al embarazo en adolescentes. Desde 2015, el gobierno ha identificado este evento como un problema multifactorial que pone en peligro el bienestar biopsicosocial de la madre y la persona recién nacida, al incrementarse las posibilidades de muerte materna y el despliegue de menos oportunidades para mejorar la calidad de vida de la población, por lo que la probabilidad de continuar o caer en la pobreza y sus consecuencias, aumentan, sin olvidar los efectos negativos de abortos clandestinos dadas las condiciones insalubres y de falta de atención médica en que muchos de estos eventos ocurren.

En diversos estudios se ha mostrado, de manera consistente, que a mayor educación de las personas se mejora la capacidad de acceso a la información e incluso se pospone la ocurrencia de eventos, como en este caso el inicio de las relaciones sexuales (Gayet y Gutiérrez, 2014). En la gráfica 4.1, se observa este patrón de retraso en los niveles más altos de escolaridad, por ejemplo en la entidad, la edad mediana a la primera relación sexual ocurrió a una edad más temprana cuando las mujeres contaban con primaria completa (17.2 años en las mujeres de 25-34 años y a los 18.2 años entre las mujeres de 35 a 49 años) generándose una diferencia con las mujeres que tenían preparatoria o más de 1.6 años entre las jóvenes de 25 a 34 años y de 2.0 años en las de 35 a 49 años, ya que el 50 por ciento de ellas había

experimentado la primera relación sexual a los 18.8 años y a los 20.2 años, respectivamente.

Además, al comparar a las mujeres con mayor nivel de escolaridad, es decir, de preparatoria o más con las que contaban con primaria completa o secundaria, las diferencias de iniciarse sexualmente a una edad más temprana todavía fueron importantes, de 1.6 y 1.2 años entre la generación de 25 a 34 años y de 2.0 y 1.6 años en ambos niveles de educación entre las de 35 a 49 años. Esto es indicativo de que, se debe avanzar en lograr la permanencia de las mujeres en la escuela, de tal forma que concluyan con el nivel básico de educación y de media superior, ya que ésta retrasa el inicio de la vida sexual o en su caso, ocurra con el uso de métodos anticonceptivos.

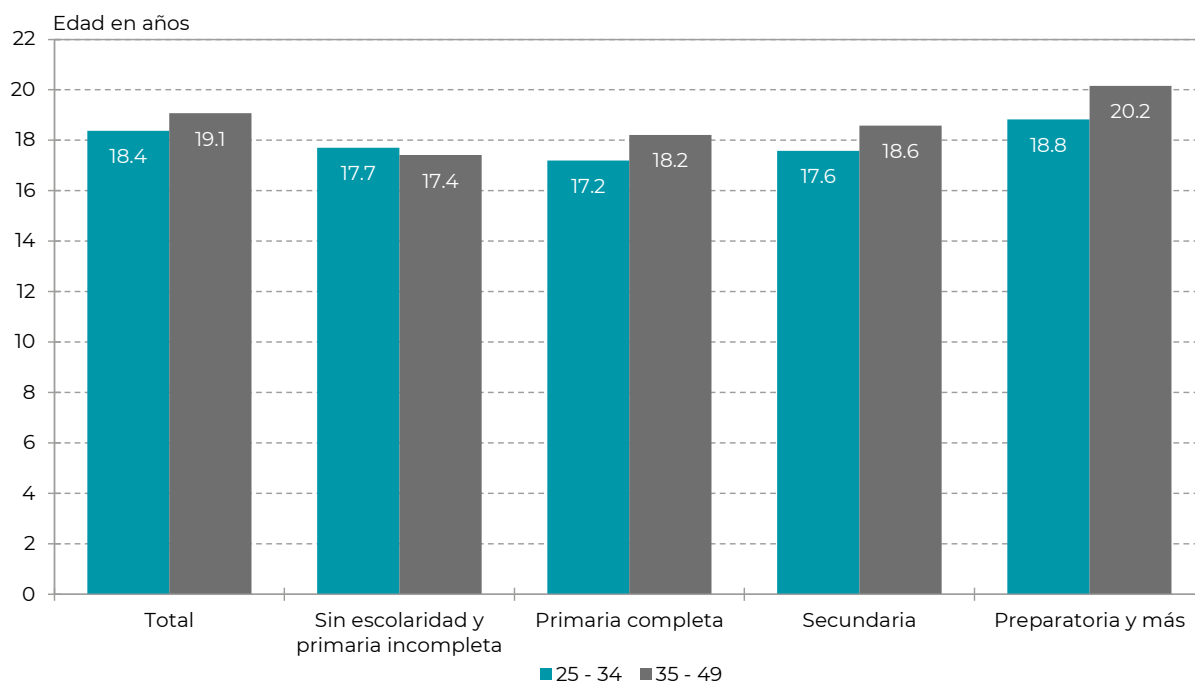
Otros determinantes sociales, económicos y culturales que influyen en el comportamiento de las personas, es el lugar de residencia (rural o urbana), la condición de habla de lengua indígena³⁵ y la condición de discapacidad. De acuerdo con el lugar donde vivían las mujeres, se observó que la generación más joven (25 a 34 años) mostró una diferencia de 0.3 años en la edad mediana a la que inician las relaciones sexuales (18.6 años en rural y 18.3 años en urbana), mientras que en la generación adulta (35 a 49 años) esta diferencia fue menor (0.1 años) respecto a las más jóvenes, con una edad de 19.0 años en rurales y 19.1 años en urbanas (véase gráfica 4.2).

La escasa divergencia que presentan las mujeres más jóvenes en el indicador, entre quienes residen en zonas rurales y urbanas, puede deberse a la heterogeneidad que hay en las ciudades donde los ingresos bajos y medios provocan que grandes poblaciones vivan en barrios marginales, los cuales, al igual que en los lugares rurales, también tiene altos riesgos de tener un menor acceso a la información, a los servicios educativos y de salud, en específico a la salud sexual y reproductiva (Starrs *et al.*, 2018), generándose de esta forma comportamientos similares en las mujeres en cuanto a la edad que inician relaciones sexuales. Asimismo, puede deberse a que las mujeres

³⁴ Para la estimación de la edad mediana a la primera relación sexual se emplea análisis de supervivencia, mediante la técnica de tabla de vida (por tratarse de datos con carácter discreto).

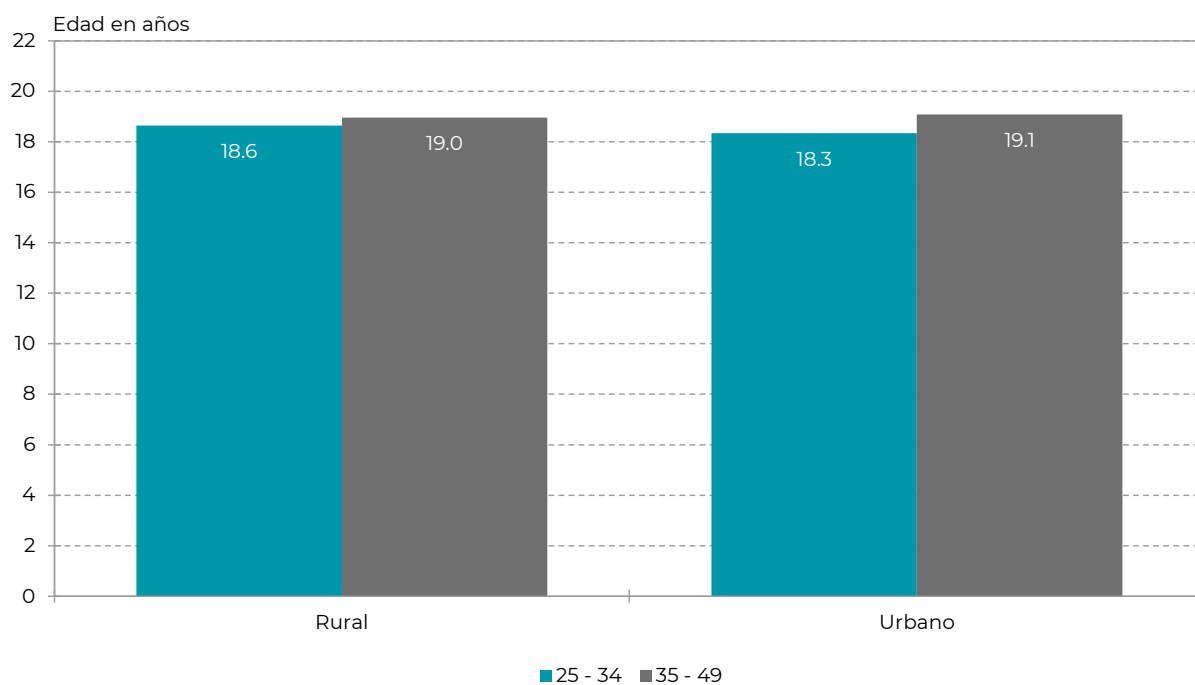
³⁵ En 2018 en Quintana Roo, 15.8 por ciento de las MEF eran hablantes de lengua indígena pero el tamaño de muestra no fue suficiente para realizar la estimación de la edad mediana a la primera relación sexual.

Gráfica 4.1. Quintana Roo. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por nivel de escolaridad, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Gráfica 4.2. Quintana Roo. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por lugar de residencia, 2018



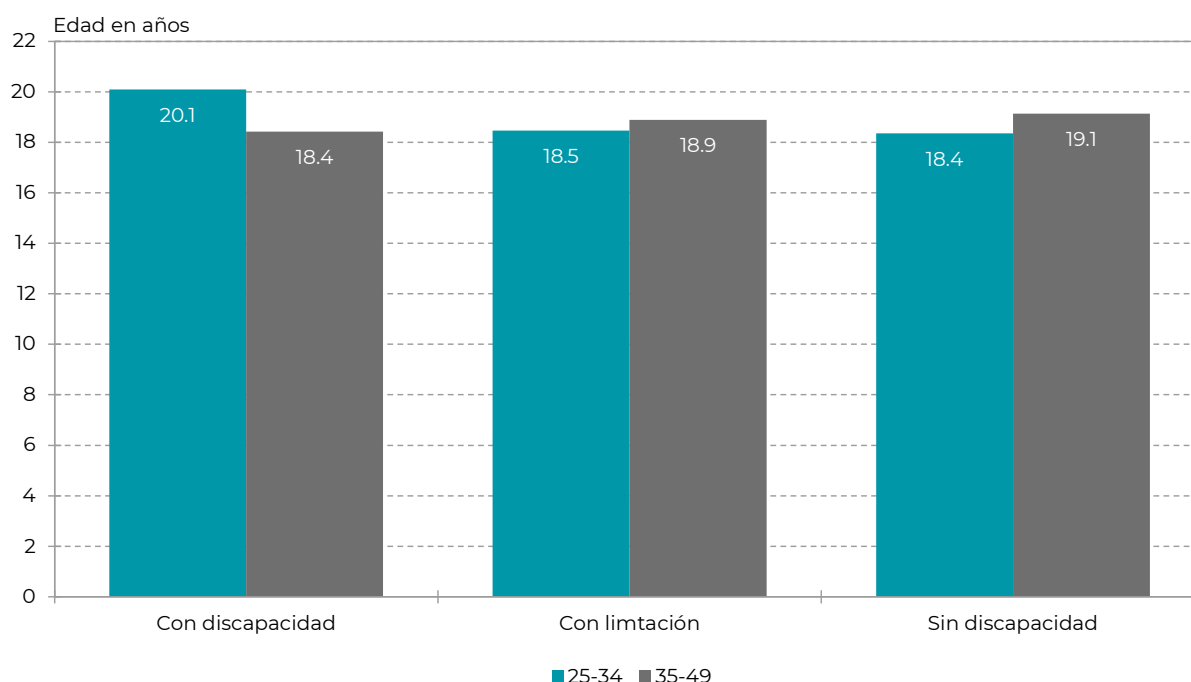
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

urbanas tienen una mayor propensión a una sobreexposición de contenidos sexualizados que provocan el inicio de las relaciones sexuales a una edad más temprana, pero sin una adecuada y oportuna EIS (Delpino, 2015).

En el caso de las mujeres en edad fértil (MEF) por condición de discapacidad se observó que, entre las mujeres que vivían con discapacidad, en la generación más joven la edad mediana a la primera relación sexual ocurrió a una edad más tardía

respecto a la generación adulta (20.1 años y 18.4 años, respectivamente); mientras que entre las mujeres con alguna limitación, las más jóvenes tuvieron la primera relación sexual a los 18.5 años y entre las adultas ocurrió a los 18.9 años; y, finalmente entre las mujeres sin discapacidad en la generación de 25 a 34 años, también comenzaron a una edad más temprana 18.4 años con 0.7 años de diferencia respecto a la generación de 35 a 49 años, cuyo inicio fue a los 19.1 años (véase gráfica 4.3).

Gráfica 4.3. Quintana Roo. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por condición de discapacidad, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018

Ahora bien, al analizar la edad mediana a la primera relación sexual por entidad federativa se observó que, en Quintana Roo, ambas generaciones comenzaron con una edad mediana menor (18.4 años en las jóvenes y de 19.1 en las adultas) respecto a lo estimado a nivel nacional (18.7 años en jóvenes y de 19.4 en adultas) véase gráfica 4.4.

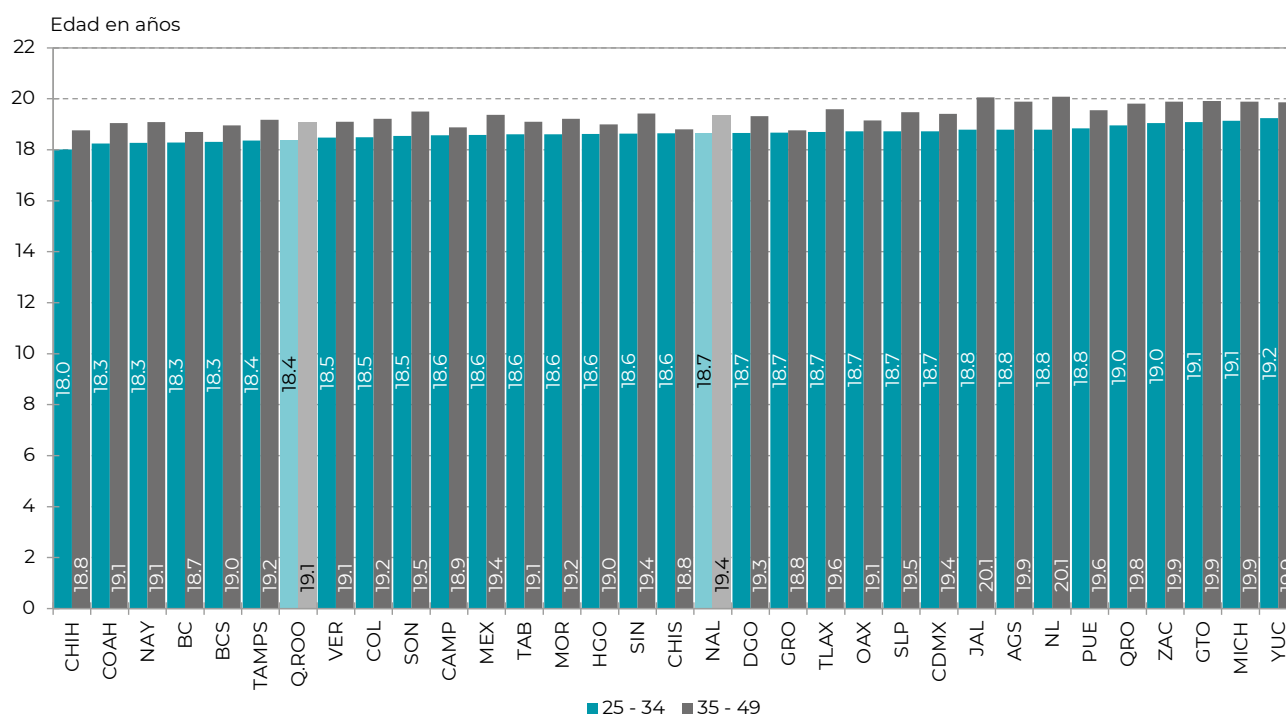
Estos resultados confirman que el inicio de la vida sexual de las mujeres en Quintana Roo, por lo general, ocurre en la etapa de la adolescencia, y que sólo aquéllas que alcanzan niveles de escolaridad altos, como preparatoria o más,

son quienes postergan el inicio de la vida sexual hasta rebasar la mayoría de edad. Por su parte, entre las MEF más jóvenes se observó una escasa diferencia en la edad mediana a la que inician su vida sexual en zonas rurales respecto a las urbanas. Por ello, es indispensable continuar difundiendo información sobre sus derechos sexuales con perspectiva de género e interculturalidad que proporcione mayor autonomía a las mujeres con respecto a su vida sexual, el matrimonio y, por ende, en la toma de decisiones reproductivas (Starrs *et al.*, 2018).

Asimismo, es importante destacar que entre las mujeres de la generación más joven que viven sin discapacidad o con alguna limitación, se muestran diferencias en la edad mediana a la primera relación sexual respecto a las mujeres con discapacidad; por lo que, se constata que las mujeres que viven con discapacidad en la entidad aún no tienen las mismas oportunidades de

acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, aunado a que también es más probable que sufran de abuso físico, sexual, violación y discriminación que les impide el ejercicio pleno de éstos. Por lo que, es indispensable brindarles la atención adecuada, cuidando aspectos de vulnerabilidad que comienzan a una temprana edad y pueden continuar en la vida adulta (Starrs et al., 2018).

Gráfica 4.4. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

4.2 Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

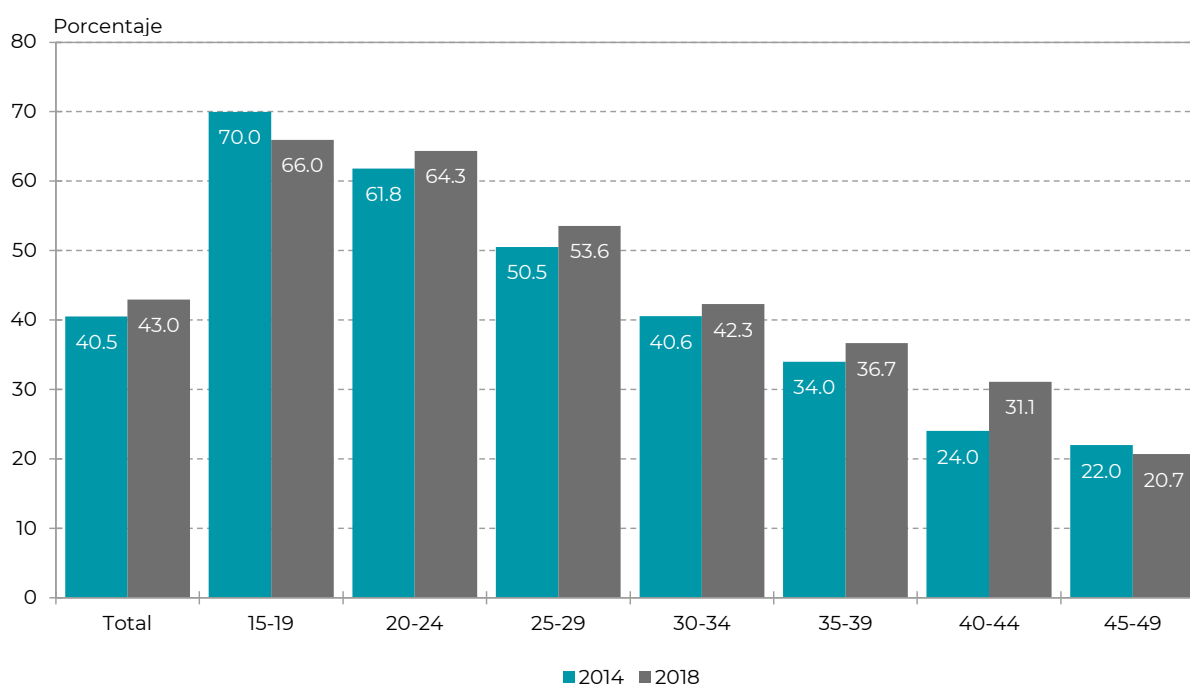
El ejercicio de la sexualidad es un derecho de mujeres y hombres. Sin embargo, la información que la mayoría recibe sobre las relaciones y la sexualidad, en la transición de la niñez a la adolescencia y a una edad más adulta, es confusa y muchas veces hasta contradictoria (UNESCO, 2018). Para hacer efectivo el derecho a una sexualidad segura, placentera y libre de coacción, las

personas deben contar con información sobre sexualidad y el acceso a métodos anticonceptivos modernos para evitar contraer alguna ITS, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y principalmente en esta etapa, el embarazo adolescente y los resultados reproductivos adversos que se derivan para este grupo de mujeres, al no contar con las condiciones deseables de acceso a servicios de salud, tanto para realizar un aborto seguro, o para que cuenten con cuidados calificados prenatales, del parto y postparto (OMS-UNFPA, 2011).

Por esto, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es el primer paso para que mujeres y hombres tengan una relación sexual segura y placentera. En ese sentido, se observó que, en Quintana Roo entre 2014 y 2018, en general, hubo un aumento en el porcentaje de MEF que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, pasando de 40.5 a 43.0 por ciento. De acuerdo, al grupo de edad de las MEF se observó que, en 2014 y 2018 fue mayor el porcentaje de uso de métodos

anticonceptivos en la primera relación sexual lo presentaron las adolescentes (15 a 19 años) con 70.0 y 66.0 por ciento, respectivamente. Cabe señalar que, el porcentaje de usuarias disminuyó conforme avanzó la edad, sin embargo, se debe destacar el aumento en el porcentaje de usuarias entre 2014 y 2018 de mujeres de 25 a 29 años de (50.5% a 53.6%), de mujeres de 30 a 34 años (40.6% a 42.3%) y de 35 a 39 años (34.0% a 36.7%) que realizaron acciones de prevención en esa primera relación sexual (véase gráfica 4.5).

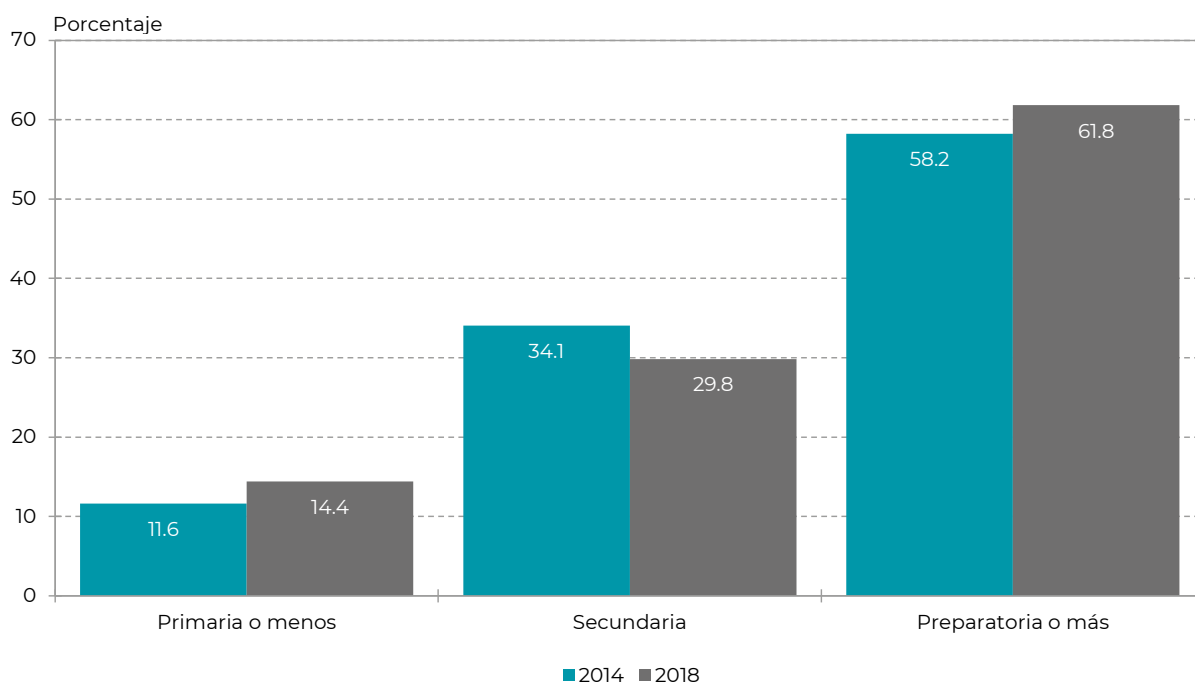
Gráfica 4.5. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por grupos de edad, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Al diferenciar a las MEF que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de acuerdo con el nivel de escolaridad se observó que, desde 2014 la mayor proporción de usuarias se ubicaba entre las mujeres con preparatoria y más (58.2%) el cual aumentó en 2018 en 3.6 puntos porcentuales, de modo que 61.8 por ciento de las mujeres se protegió de un embarazo o de adquirir una ITS. Cabe destacar que, en 2018, continuó la brecha entre las mujeres con preparatoria

o más, no sólo respecto a las mujeres con primaria completa o menos cuyo porcentaje de usuarias fue 4.3 veces menor, sino también con las de secundaria, cuyo porcentaje fue 2.1 veces menor (véase gráfica 4.6). Por lo que, es importante impulsar que las mujeres alcancen una mayor permanencia en la escuela, y con ello obtengan un nivel más alto de escolaridad que les permita tener un mejor acceso a la información y a los métodos anticonceptivos.

Gráfica 4.6. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por nivel de escolaridad, 2014 y 2018

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Por otra parte, de acuerdo con el lugar de residencia en Quintana Roo se observó que, durante el periodo de estudio, el porcentaje de mujeres que usaron anticonceptivos en la primera relación sexual decreció entre las residentes de zonas rurales en 6.8 puntos porcentuales e incrementó entre las residentes de las zonas urbanas en 3.5 puntos porcentuales, alcanzando así en 2018 un porcentaje de usuarias de 18.2 en rurales y de 45.6 en urbanas (véase gráfica 4.7). El bajo porcentaje de MEF que realizaron acciones preventivas en las zonas rurales, puede deberse a que existe una baja instrumentación de los servicios de salud, además de que las mujeres cuentan con bajos niveles de escolaridad, lo que las lleva a tener menor conocimiento de la información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, además de estigmas sociales y culturales que no les permiten tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Hernández-Guerrero *et al.*, 2014).

Otro de los grupos de mujeres con bajo uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es el de hablantes de lengua indígena que además, entre 2014 y 2018 disminuyó de

20.7 a 19.0 por ciento, respectivamente, por lo que, continúa siendo más de dos veces menor respecto al porcentaje de MEF que no hablan lengua indígena y que usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, además de que entre las mujeres no hablantes de lengua indígena, el porcentaje incrementó de 44.6 a 47.9 por ciento, en el periodo de estudio.

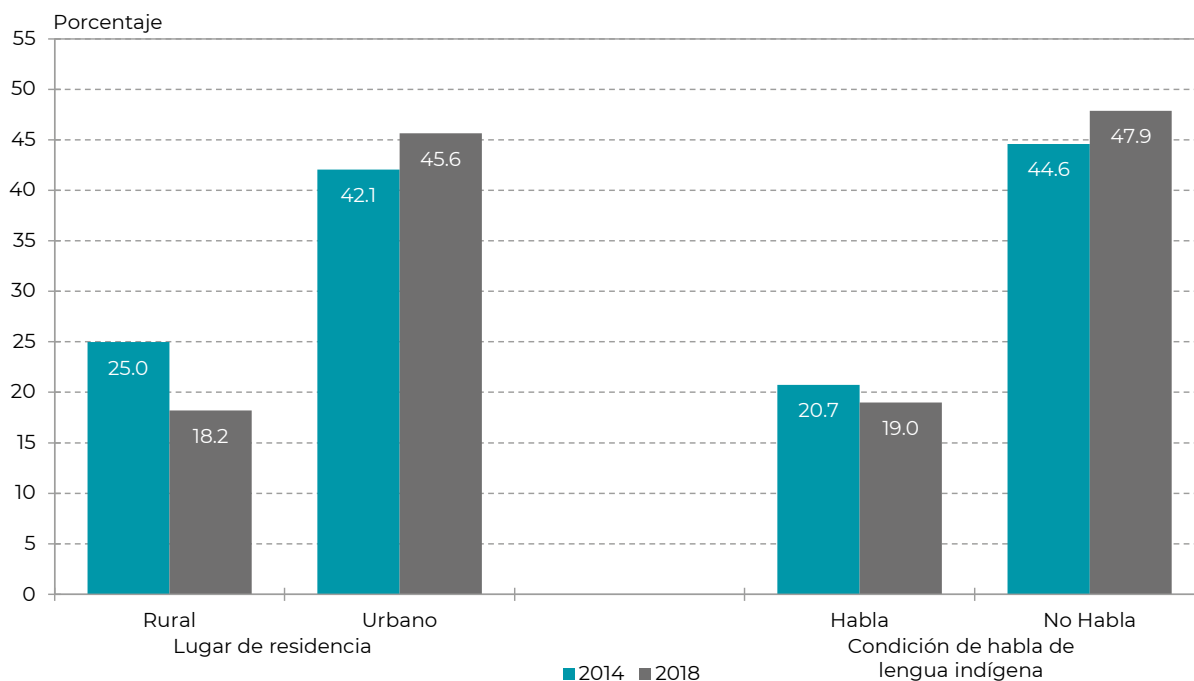
Un grupo de MEF que se ha mantenido invisible, en cuanto al ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, es el de las mujeres que viven con alguna discapacidad, debido a que, a pesar de ser consideradas en la legislación internacional³⁶ en la materia, en el país sólo de manera reciente se han generado algunas estrategias

³⁶ La Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, fue aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Entre sus principios básicos se destaca que el respeto a la dignidad de toda persona con discapacidad, a su autonomía, a la libertad de tomar decisiones y a la independencia, ubicándolos como sujetos de derecho, capaces de decidir sobre todos los aspectos de su vida, incluyendo su sexualidad. Está disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/cartilla-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad-180927>

concretas para su atención, como la “Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad”³⁷ con la que se busca que se empoderen y tomen decisiones sobre su cuerpo y la forma de experimentar su derecho a la sexualidad, la salud sexual y repro-

ductiva, sin discriminación y libre de estereotipos de género que impactan de manera diferenciada en la vida de mujeres y hombres, además visibiliza la desigualdad, la discriminación y la violencia que con mayor frecuencia afecta a las mujeres (INMUJERES, 2018).

Gráfica 4.7. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

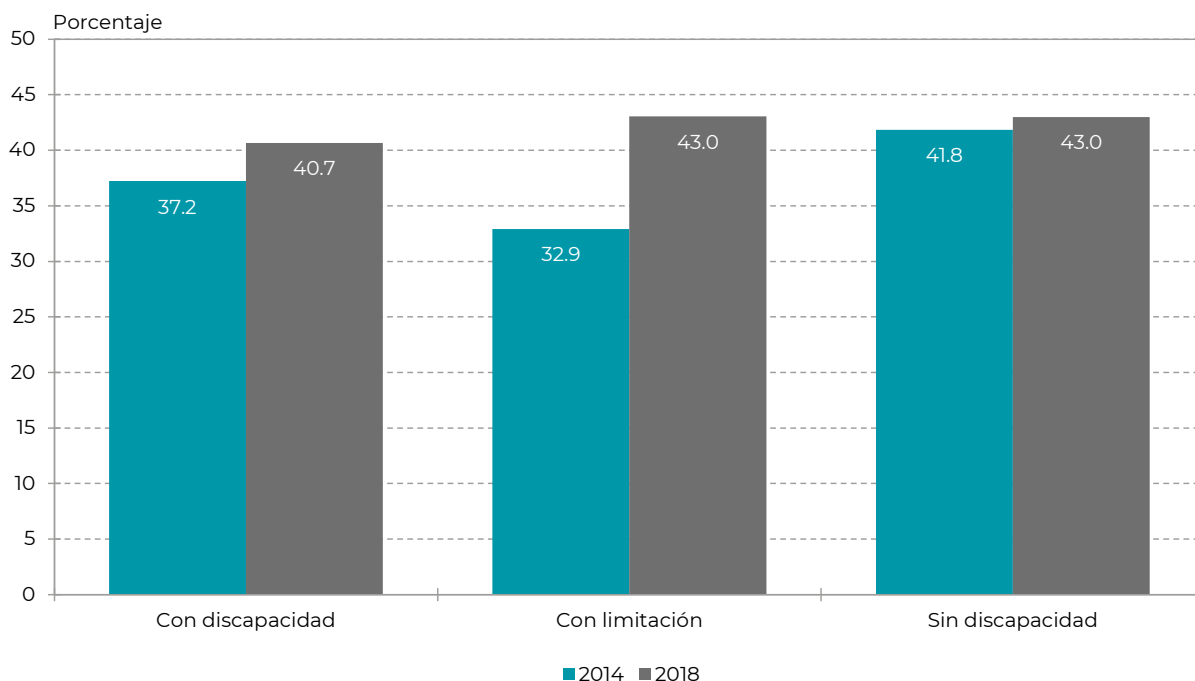
En ese sentido, un primer paso para continuar impulsando su inclusión a través de planes y programas públicos para la atención de su salud sexual y reproductiva y que puedan ejercer sus derechos de manera efectiva en todas sus dimensiones, es mostrar los resultados que se obtienen con la ENADID, en cuanto a las condiciones en las que han ejercido su sexualidad. De esta forma se obtuvo que, respecto al uso de

métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, entre 2014 y 2018 se presentaron importantes avances entre las mujeres que vivían con discapacidad en Quintana Roo, ya que, el porcentaje de las que usaron anticonceptivos en ese primer encuentro sexual aumentó de 37.2 a 40.7 por ciento, el cual, en 2018, aún fue mayor al reportado a nivel nacional (40.1%). En las mujeres con alguna limitación también incrementó de 32.9 a 43.0 por ciento, y en las MEF sin discapacidad pasaron de 41.8 a 43.0 por ciento, respectivamente (véase gráfica 4.8).

Ahora de acuerdo con la entidad federativa en que residen las MEF, también se identificaron diferencias en el porcentaje de mujeres que hicieron uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Cabe destacar que entre 2014 y

³⁷ La Cartilla se elaboró retomando los enfoques establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primero parte del Modelo Social que fundamenta que todas las personas son iguales independientemente de su condición humana, el segundo, desde el reconocimiento de sus Derechos Humanos, promueve un campo de acción fundamental para las personas con discapacidad en la toma de decisiones que inciden en distintos ámbitos de su vida

Gráfica 4.8. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por condición de discapacidad, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

2018, en todos los estados, aumentó el porcentaje de usuarias, en este sentido, Quintana Roo en 2018 presentó un porcentaje de usuarias 43.0 por ciento, el cual fue mayor a lo presentado a nivel nacional (40.2%), véase gráfica 4.9.

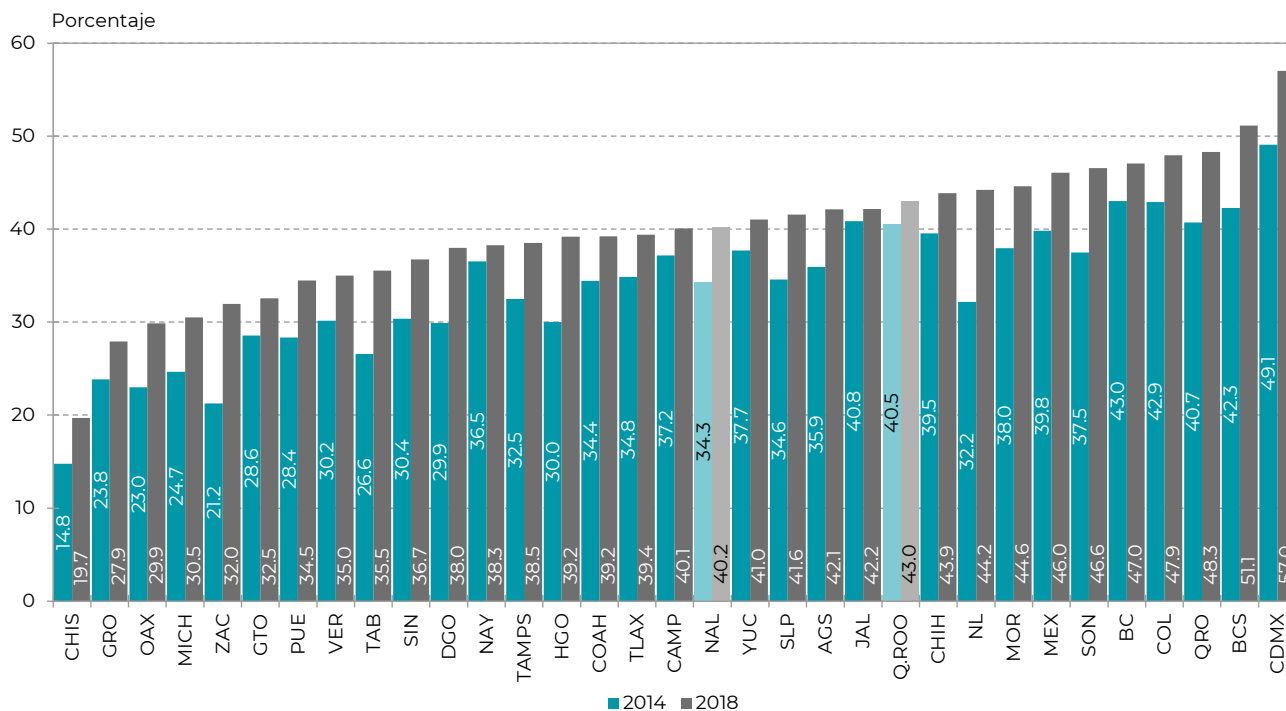
Por otra parte, dado que el inicio de la vida sexual se da en la etapa de la adolescencia y ésta se relaciona con embarazos no planeados o no deseados, además de la adquisición de ITS, es importante identificar en cuáles entidades federativas es necesario fortalecer estrategias tanto legislativas como de información, orientación y acceso a métodos anticonceptivos y con ello favorecer que la población adolescente pueda acceder a opciones que no sean la maternidad o paternidad y que les permita realizar diferentes proyectos de vida.

Entre 2014 y 2018 se encontró que, en la mayoría de las entidades federativas aumentó el porcentaje de adolescentes que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. En Quintana Roo el porcentaje de adolescentes que tomaron precauciones al hacer uso de algún método anticonceptivo en esa primera

relación sexual pasó de 70.0 a 66.0 por ciento; asimismo, se identificó que en 2018 éste fue mayor a lo estimado a nivel nacional (60.4%) y, la entidad se ubicó en el undécimo lugar de entre las entidades con altos porcentaje respecto al nacional (véase gráfica 4.10).

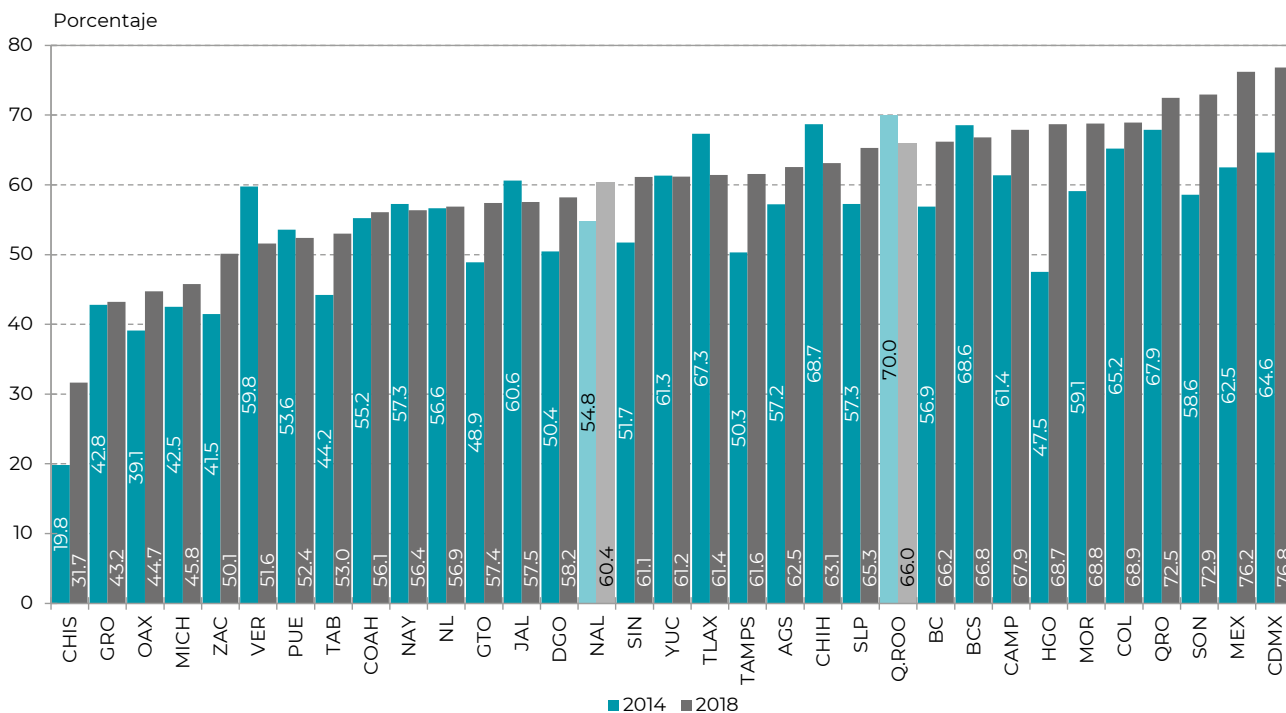
Estos resultados muestran, que en Quintana Roo se han logrado avances importantes en la prevención entre las adolescentes al momento de iniciar su vida sexual. Sin embargo, se deben seguir impulsando acciones al interior de la entidad, en las que se brinde igualdad en la información y el acceso a los métodos anticonceptivos, sobre todo entre las mujeres que residen en zonas rurales y hablantes de lengua indígena, las cuales continúan siendo las que presentan mayores rezagos en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, en el caso de las mujeres que viven con discapacidad es primordial establecer mecanismos con los cuales se verifique que el método anticonceptivo utilizado fue aceptado por la mujer, esto debido a que incluso en diferentes partes del mundo se han visto obligadas a aceptarlos o a abortar (Cruz, 2015).

Gráfica 4.9. Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Gráfica 4.10. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

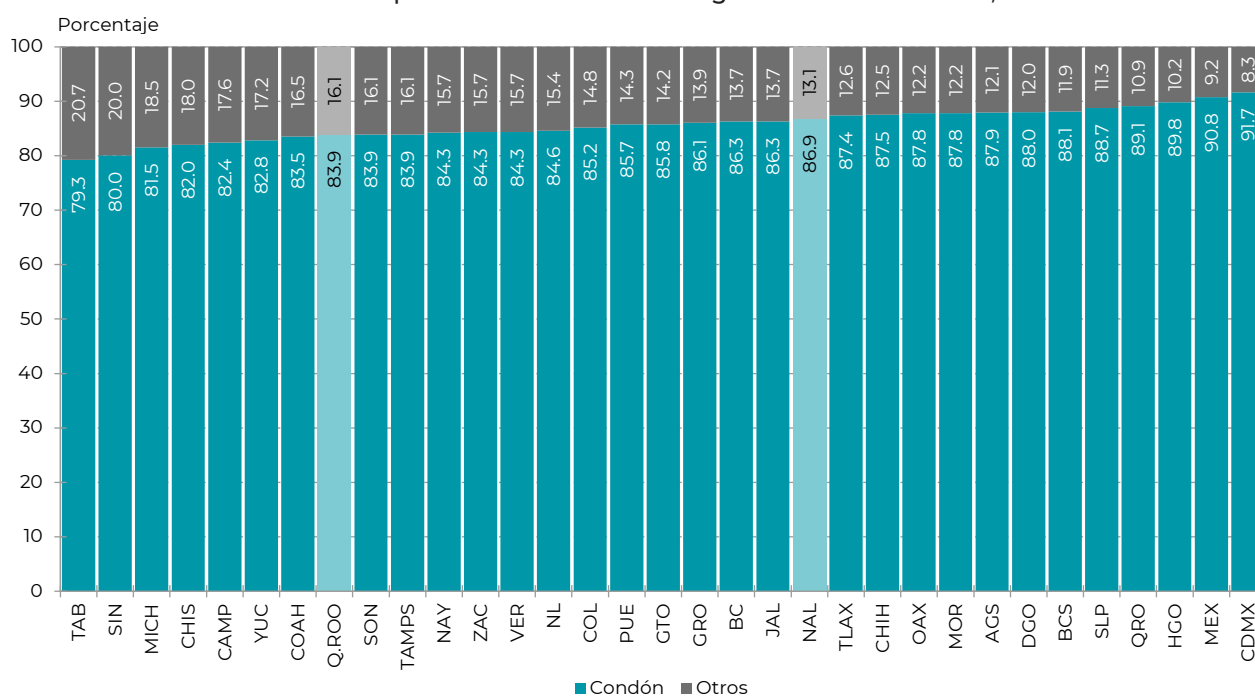
4.3 Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual

La mayoría de las MEF en Quintana Roo que usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual, 83.9 por ciento utilizaron el condón masculino y 16.1 por ciento utilizó otro tipo de métodos anticonceptivos como las pastillas, inyecciones o ampollitas, implante subdérmico, parche anticonceptivo, píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia, el dispositivo

intrauterino (DIU), el condón femenino, óvulos, jaleas, espumas, así como el ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica, retiro u otro.

De acuerdo a la entidad federativa de residencia de las MEF, Quintana Roo ocupó la octava posición entre las entidades con menor porcentaje (83.9%) de mujeres que usaron el condón masculino en el primer encuentro sexual, respecto a lo presentado a nivel nacional (86.9%), véase gráfica 4.11. De esta forma Quintana Roo se agrupó entre las entidades con mayores porcentajes de usuarias de otro tipo de método (16.1%).

Gráfica 4.11. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual según entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Como se muestra en Quintana Roo, el principal método anticonceptivo que declararon haber utilizado las mujeres en esa primera relación sexual es el condón masculino, lo que les permitió prevenir embarazos no planeados o no deseados, así como de ITS, con un método anticonceptivo masculino. Es importante resaltar, que principalmente en la adolescencia se busca evitar los embarazos no planeados y/o no deseados y contagiarse de una ITS, incluido el VIH; y, considerando que en esta etapa son más frecuentes los comportamientos sexuales de ries-

go, por tener relaciones sexuales no planificadas y esporádicas, se debe intensificar el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, haciendo hincapié en la doble protección anticonceptiva, la cual, consiste en combinar el uso del condón, que es el único método capaz de disminuir el riesgo de ITS/VIH, con otro método anticonceptivo hormonal con alta efectividad, de tal forma que ambos riesgos se prevengan haciendo que la población adolescente pueda disfrutar de una sexualidad informada y placentera (Peláez, 2016).

4.4 Razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

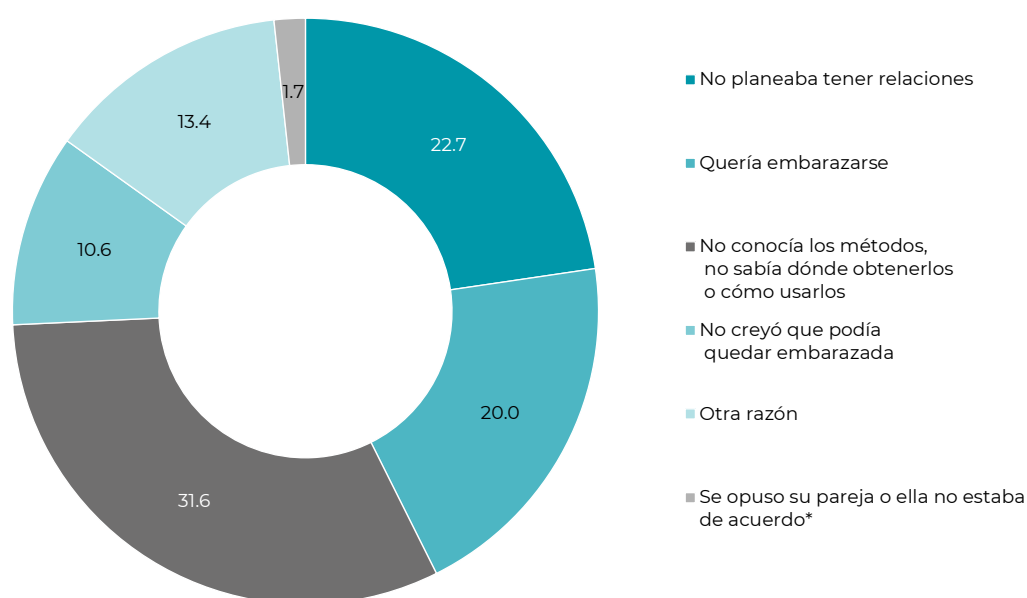
Actualmente existen diversos factores por los cuales las mujeres tienen dificultades para acceder a la información y al uso de métodos anticonceptivos, estos pueden ser de tipo legal, político, social, cultural, por ejemplo, las normas sociales muchas veces impiden que las adolescentes y mujeres solteras, accedan a servicios y utilicen métodos anticonceptivos de manera efectiva, además de que, aún no se logra aceptar que los métodos anticonceptivos influyen en las experiencias sexuales de las usuarias y usuarios (Starrs *et al.*, 2018).

De esta forma, con la ENADID 2018 se observa que en Quintana Roo todavía 57.0 por ciento de las MEF que iniciaron relaciones sexuales (como se mostró en la gráfica 4.9), lo hicieron sin usar métodos anticonceptivos, quedando expuestas a embarazos no planeados o no deseados, y a abortos inseguros, incluso a que no tengan la atención adecuada durante el embarazo, parto y posparto; y con el riesgo, de adquirir una ITS. Esta situación muestra que es necesario conocer cuáles son las causas por las que no hacen uso de métodos

para plantear acciones que permitan sensibilizar y concientizar a las personas sobre su derecho a obtener información sobre métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades.

En 2018 en Quintana Roo, se obtuvo que las razones entre el total de MEF de no haber usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, fue principalmente porque no conocían o no sabían dónde obtener o cómo usar los métodos anticonceptivos (31.6%), como segunda causa porque no planeaban tener relaciones sexuales (22.7%). La tercera causa fue porque querían embarazarse (20.0%), en tanto las que emplearon otra razón se ubica en la cuarta posición con 13.4 por ciento, mientras que, las que no creían que pudieran quedar embarazadas representó el 10.6 por ciento. Cabe señalar que la falta de planeación de las relaciones sexuales se vincula con la falta de EIS, lo que obstaculiza que realicen acciones de prevención y las mujeres se empoderen en la toma de decisiones al momento de tener relaciones sexuales sobre el uso de métodos anticonceptivos (UNFPA, 2016). Sobre este último aspecto la ENADID arrojó que, todavía existió la oposición de la pareja o que ella no estaba de acuerdo en usar anticonceptivos, aunque el porcentaje fue bajo (1.7%), (véase gráfica 4.12).

Gráfica 4.12. Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2018



* Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

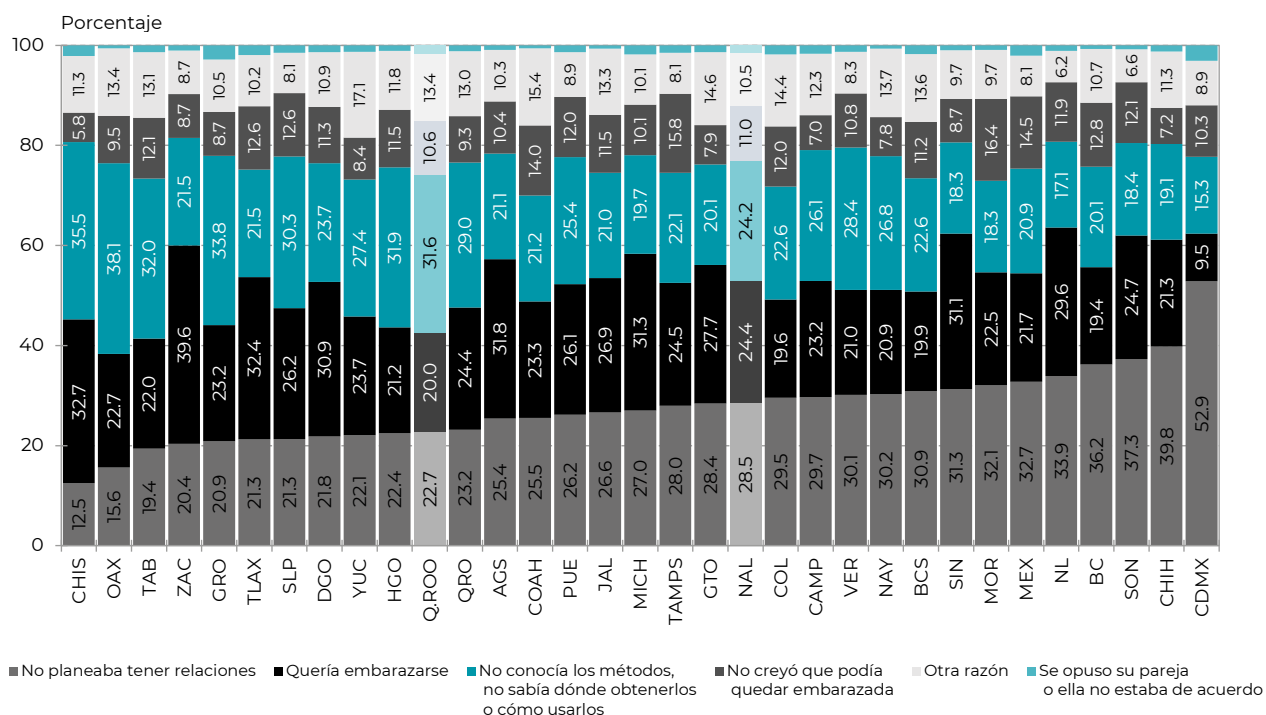
Al analizar las principales razones de no uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa de residencia de las MEF se observó que, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje de mujeres que no planeaban tener relaciones sexuales (22.7%) respecto a lo estimado a nivel nacional (28.5%). Asimismo, en Quintana Roo el porcentaje de mujeres que tenía desconocimiento sobre métodos anticonceptivos (31.6%) fue mayor a lo presentado a nivel nacional (24.2%), fue menor el porcentaje de mujeres que no usaron métodos anticonceptivos porque querían embarazarse (20.0%) respecto al porcentaje nacional (24.4%), (véase gráfica 4.13).

Como se puede observar, en Quintana Roo la falta de planeación de las relaciones sexuales, el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, el deseo de querer embarazarse y pensar que no van a quedar embarazadas son la principales

causas por las que en general las MEF no hacen uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; por estos motivos en la entidad se deben realizar acciones de mejora en la instrumentación de servicios sobre salud sexual y reproductiva y proporcionar mayor acceso a la EIS.

En ese sentido, es importante destacar que en el país en 2019, se logró la modificación en la Ley General de Educación,³⁸ que consiste en la obligatoriedad de incluir en los contenidos y planes de estudio que imparte el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares, con autorización y con reconocimiento de validez oficial de estudios que deben ser adecuados al tipo y nivel educativo, de la impartición de la EIS y reproductiva, la cual influirá en el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las ITS.

Gráfica 4.13. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

³⁸ Diario oficial de la Federación (DOF) DECRETO por el que se expide la Ley General de Educación y se abroga la Ley General de la Infraestructura Física Educativa, 30/09/2019.

Conclusiones

La ENADID 2018 confirma nuevamente que en Quintana Roo el inicio de la vida sexual se da en la etapa de la adolescencia, que es un periodo de oportunidades y cambios durante los cuales las y los adolescentes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos, por lo que asegurar el pleno desarrollo de estas capacidades debe ser una prioridad común a todas las sociedades. En este sentido, para el diseño de políticas públicas exitosas, es fundamental que se respeten los instrumentos internacionales de derechos humanos que reconocen a las y los adolescentes como sujetos plenos de derechos (UNICEF, 2015).

Cabe destacar que, en los últimos años, las y los adolescentes han ido ganando espacio en la agenda pública en diferentes países. En México ha sido a través de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). Al respecto se puede observar que en 24 de las 32 entidades federativas hubo un aumento de mujeres adolescentes que hicieron uso de algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual.

A pesar del aumento importante del número de Servicios Amigables para adolescentes, por parte del Sector Salud en el marco de la ENAPEA que, de acuerdo al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en 2018 se reportó que a nivel nacional operaban 2 605 Servicios Amigables y 3 693 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), alcanzando una cobertura de 85.9 por ciento de los 2 469 municipios que hay en el país, donde se dispone del paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva, que incluye: información y orientación en sexualidad y salud reproductiva, servicios médicos y prescripción de métodos anticonceptivos (Allen, 2013). Sin embargo, todavía los grupos más desfavorecidos como hablantes de lengua indígena, con alguna discapacidad o limitación o con menor nivel educativo, inician sin tomar medidas de protección y planeación por el desconocimiento sobre el acceso a la información y a métodos anticonceptivos, situación que también hace diferencias geográficas,

donde las mujeres que habitan en el ámbito rural tienen menor acceso a métodos anticonceptivos respecto a las de las áreas urbanas.

Además, la falta de planeación de las relaciones sexuales, y el hecho de que las adolescentes piensen que no se pueden embarazar, son una muestra de la ausente educación integral en sexualidad en todos los ámbitos, familiar, escolar, incluso en la comunidad. Con la inclusión de la EIS en la Ley General de Educación, se espera que en Quintana Roo y en las demás entidades federativas se refuerce la capacitación para el personal docente de manera permanente para una correcta implementación de la misma en las aulas, incluyendo a personas que se encuentren en formación para ser docentes, así como crear campañas dirigidas a estudiantes y sus familias que informen sobre el derecho a la EIS y sus beneficios. Asimismo, se deberá dar seguimiento a la modificación del currículo escolar, a fin de que la EIS garantice contenidos adecuados siguiendo las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad del Sistema de Naciones Unidas, basados en evidencia científica y de preferencia abordados en diferentes asignaturas para evitar que se tenga una perspectiva meramente biologicista (Alcalde *et al.*, 2018).

Asimismo, la variedad de métodos anticonceptivos que utilizan en esa primera relación sexual es reducida, prácticamente solo es el uso del condón masculino. Como ya se ha mencionado, es muy importante que en la adolescencia se tenga mayor conocimiento sobre la importancia de la doble protección en las relaciones sexuales, la cual consiste en utilizar al mismo tiempo, cualquier método anticonceptivo moderno hormonal y el condón o preservativo (Gobierno de la República, 2015). Además, puede ser un indicio de igualdad y autonomía en la toma de decisiones de la mujer al momento de tener relaciones sexuales, al ser no solo el hombre quien está teniendo acceso a los métodos anticonceptivos, dejando vulnerables a las mujeres.

A la luz de los resultados que se obtienen, el ejercicio del Derecho a Decidir de Forma Libre, Autónoma e Informada sobre Nuestro Cuerpo y Nuestra Sexualidad, se cumple de manera parcial, ya que, la falta de EIS y de información,

orientación y acceso a los métodos anticonceptivos, provoca que en la entidad, todavía 57.0 por ciento de las MEF hayan iniciado relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, presentando desconocimiento sobre los riesgos de quedar embarazada o de adquirir infecciones de transmisión sexual.

Cabe destacar que en el caso de las adolescentes de Quintana Roo el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual muestra retrocesos. La falta de planificación de éstas y la ausencia de la doble protección anticonceptiva continúa exponiéndolas a quedar embarazadas o contraer alguna ITS, incluido el VIH. Entre las MEF hablantes de lengua indígena y las que residen en zonas rurales, la conjugación cultural y rezago social, hace que las mujeres tengan poco acceso a la información, orientación y a los métodos anticonceptivos, por lo que, alrededor de la mitad iniciaron relaciones sexuales sin protección alguna.

Finalmente, pese a que entre las MEF de Quintana Roo que viven con discapacidad aumentó el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual durante el periodo de estudio, aún es necesario promover e impulsar condiciones óptimas para que la libertad y la igualdad de las personas que viven con discapacidad sean reales y efectivas de tal forma que se garantice su protección contra cualquier forma de discriminación, con medidas apropiadas para prevenir, atender, sancionar y eliminar conductas y actitudes discriminatorias que vulneren sus derechos (INMUJERES, 2018).

Bibliografía

- Alcalde, M. A., Hunt, F., Malajovich, L. *et al.* (2018). *Mira que te miro. Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo – 2017.* México, International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/RHO). https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3
- Allen, B. (2013). "Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes". En: Valdivia-Ibarra, R., Lombana-Ruiz J., Lazcano-Ponce E., Rojas-Martínez R. (eds.) *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012.* Instituto Nacional de Salud Pública, México. Págs. 133-152. https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreo-Mujeres.pdf
- Cruz, M. P. (2015). *Acceso a Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios.* <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v5n42/1405-9436-laven-5-42-00007.pdf>
- Delpino, M. A. (2015). *Encrucijadas de la sexualidad femenina en la adolescencia.* En Eros y Anteros. *Visiones sobre la Sexualidad Femenina. Patrimonio femenino.* Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Pág. 64–71. <http://www.ibermuseum.org/wp-content/uploads/2015/09/Eros.pdf#page=64>
- Gayet, C. y Gutiérrez, J. P. (2014). *Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo.* <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n6/v56n6a14.pdf>
- Gobierno de la República (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.* Documento oficial. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf
- Hernández-Guerrero, M., Alberti-Manzanes, P. Pérez-Nasser, E. *et al.* (2014). *Relaciones, género y sexualidad. Entre jóvenes rurales de Salinas de Hidalgo, San Luis Potosí, México.* <https://www.redalyc.org/pdf/461/46132135010.pdf>
- INMUJERES [Instituto Nacional de las Mujeres] (2018). *Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad.* <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/cartilla-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad-180927>
- OMS-UNFPA [Organización Mundial de la Salud-Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2011). *Las Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/>

WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf;jsessionid=43B3AD6321998CB0567F579869A6F3B1?sequence=1

Peláez, M. J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68841>

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. *et al.* (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)

UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2018). Por qué es importante la educación integral en sexualidad. <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2016). El Estado de la población mundial, 2016. 10. Nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esta edad decisiva. Nueva York. https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_Spanish.pdf

————— (2018). Estado de la Población Mundial 2018. El poder de decidir, Derechos Reproductivos y Transición demográfica. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf

UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia] (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de los derechos humanos de todas las parejas y las personas a decidir de manera libre y responsable el número, espaciamiento y el momento más adecuado para la procreación, así como contar con la información y los medios para hacerlo, y para alcanzar el nivel más alto de salud reproductiva. Estos derechos incluyen: el derecho a tomar decisiones concernientes a la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencia, el derecho a la privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como el derecho al mutuo respeto y a relaciones de género en igualdad (Starrs *et al.*, 2018).

5.1. Inicio de la fecundidad

La fecundidad es un componente crítico del cambio demográfico, en la medida en que su interacción con la mortalidad y la migración determina el volumen y la estructura por edad de la población. Asimismo, en virtud del vínculo intrínseco que sostiene con la sexualidad, la fecundidad entraña factores particularmente íntimos y complejos, entre los que destacan el nivel de acceso al uso de métodos anticonceptivos para planear el número y espaciamiento de la descendencia. Estos, a su vez, guardan una estrecha relación con factores sociales, económicos y culturales, los cuales, como se verá en el apartado siguiente, contribuyen a perfilar las preferencias reproductivas de la población (CONAPO, 2011).

La edad mediana al nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o) nacida(o) viva(o) (HNv) es un indicador que permite visibilizar la edad a la que la mitad de las mujeres ya han experimentado este evento. Conocer este indicador es importante porque siguiendo su comportamiento es posible identificar cambios en las diferentes etapas de la vida, como cuando las mujeres se convierten en madres por primera vez y observar si esta transición ocurre a una edad cada vez menor y bajo qué condiciones.

Para poder observar si esta edad cambia, se analiza el comportamiento de dos generaciones de mujeres distintas con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018; es decir, se observa a aquellas que al momento de la encuesta tenían de 25 a 34 años; esto es, las que nacieron entre 1984-1993; y de 35 a 49



años, o bien que nacieron entre 1969-1983. La selección de estas generaciones responde a que, en otros estudios previos de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO), se ha estimado que la edad mediana de las mujeres al nacimiento de su primera(primer) hija(o) ocurre a edades tempranas, por lo que analizando estas generaciones se puede observar a dos grupos de mujeres que, en su mayoría, ya experimentaron este evento, realizando una estimación retrospectiva (CONAPO, 2016). Para la estimación de la edad mediana al nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o) nacida(o) viva(o) (HNv) se emplea análisis de supervivencia, mediante la técnica de tabla de vida (por tratarse de datos con carácter discreto). Esto permite incluir a las mujeres que ya han experimentado el evento y aquellas que a la fecha de la entrevista todavía no lo habían experimentado. Esta técnica permite estimar la edad mediana para cualquier evento para lo cual al menos 50 por ciento de las personas en una cohorte de nacimiento han experimentado el evento, en este caso la entrada a la maternidad.

De acuerdo con la ENADID 2018, en Quintana Roo, se estimó que la edad mediana a este evento entre la generación mayor (35 a 49 años) sucedió a los 22.4 años, mientras que para la generación más joven fue a una edad ligeramente más temprana a los 22.2 años (véase cuadro 5.1). Estos datos indicaron que en la entidad la mitad de las mujeres comenzó la maternidad una vez superada la etapa de la adolescencia, sucediendo en la etapa de la juventud. Experimentar la fecundidad en la adolescencia puede ser un evento adverso dado que puede truncar las oportunidades de desarrollo de las mujeres, al impedir que continúen sus estudios y, por tanto, reducir sus posibilidades de acceder a un empleo remunerado en el futuro. Asimismo, tiene implicaciones en su salud y en la de sus hijas(os), pues ellas presentan mayores complicaciones durante el embarazo, y sus hijas(os) pueden presentar bajo peso al nacer, así como otras condicionantes posteriores en su salud (Gobierno de la República, 2016).

Si se analiza este mismo indicador de acuerdo con el nivel de escolaridad de las mujeres en

Cuadro 5.1.
Quintana Roo. Edad mediana al nacimiento de la(del) primera(primer) hija(o) por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2018

Características seleccionadas	Generación	
	25-34	35-49
Total	22.2	22.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	20.5	19.2
Primaria completa	19.3	20.4
Secundaria	19.8	21.1
Preparatoria y más	25.0	25.7
Lugar de residencia		
Rural	20.3	20.2
Urbano	22.4	22.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	21.7	21.0
No habla lengua indígena	22.4	22.8

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

ambas generaciones, la edad mediana a la (al) primera(primer) HNV de la cohorte mayor con nivel de escolaridad de primaria incompleta o menos fue a los 19.2 años; por su parte, en la generación más joven fue a los 20.5 años, lo que se tradujo a que ocurrió el evento a una edad más tardía. Asimismo, las mujeres con primaria completa, presentan la brecha entre las dos generaciones que fue casi un año, ya que entre las de 35 a 49 años la edad mediana fue de 20.4 años, mientras que en las de 25 a 34 años fue de 19.3 años. A partir de secundaria y más, se obtuvo que la diferencia entre las cohortes fue menor y que entre las jóvenes baja la edad mediana (19.8 años) respecto a las mujeres adultas (21.1 años).

Entre las que contaban con preparatoria y más, la edad mediana al nacimiento de la(del) primera(primer) HNV entre ambas generaciones ocurrió en la etapa de la juventud y adultez. En la generación de 35 a 49 años, la edad mediana al inicio de la maternidad fue a los 25.7 años, y en las más jóvenes a los 25.0 años, lo que indica que las mujeres jóvenes con preparatoria o más esperaron 4.5 años más respecto a las mujeres de la misma generación pero que contaban con primaria incompleta o sin escolaridad, para tener a su primera(primer) HNV. Lo anterior muestra que las mujeres con mayor escolaridad siguen manteniendo una edad mediana al nacimiento de la(del) primera(primer) HNV fuera de la etapa de la adolescencia.

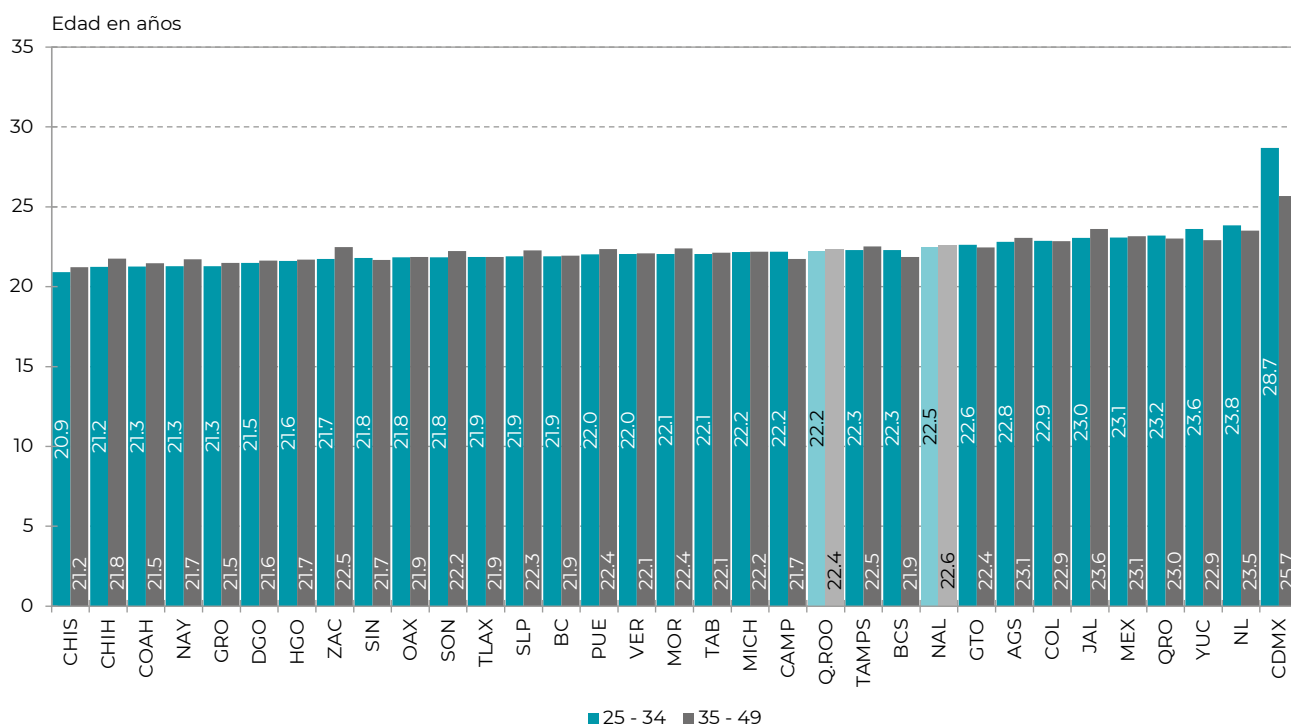
Estos resultados de retraso de la edad mediana entre la generación joven que presentaron las mujeres más escolarizadas para tener al primera o primer HNV, muestran la disociación que existe con el inicio de la vida sexual, la cual, es indicada por la edad mediana al inicio de la primera relación sexual, la cual, ocurrió todavía en la etapa de la adolescencia, a los 19.1 años en aquellas que nacieron entre 1969-1983 y a los 18.4 años en la generación de nacimiento de 1984-1993; y, con la edad a la primera unión la cual ocurrió en la etapa de la juventud (21.8 años en las mujeres de 35 a 49 años y con 21.3 años en las de 25 a 34 años), este comportamiento es resultado del acceso que tienen las mujeres en Quintana Roo a la información y a los métodos anticonceptivos (véase capítulo 7).

Por lugar de residencia, se observó que, las mujeres que vivían en zonas urbanas de Quintana Roo presentaron un aumento en la edad mediana al primer nacimiento en las dos generaciones (22.4 años y 22.6 años), en tanto que, en las residentes del área rural, en ambas generaciones iniciaron a una edad temprana y entre las más jóvenes la edad mediana fue mayor respecto a las adultas, de 20.3 años y 20.2 años, respectivamente. Estos resultados mostraron que la diferencia entre la edad mediana a la que las mujeres rurales y urbanas de la generación más joven tuvieron a su primera(primer) HNV fue de 2.1 años.

De acuerdo con la condición de mujeres hablantes de lengua indígena, que vivían en Quintana Roo, en 2018 se observó que la edad mediana de la generación de mujeres adultas que no hablan alguna lengua fue de 22.8 años, y en la generación más joven fue de 22.4 años, lo que representa un adelanto de la edad mediana en la generación joven. Lo mismo ocurrió, entre las mujeres hablantes de lengua indígena. La generación adulta tuvo su primera(primer) hija(o) a los 21.0 años mientras que las jóvenes a los 21.7 años, lo que indica que hubo un retraso en la edad mediana al primer nacimiento entre las jóvenes hablantes de lengua indígena.

Por entidad federativa, se observó que, en general, hubo un atraso de la edad a la que la mitad de las mujeres iniciaron su maternidad en la generación más joven respecto a la generación de mujeres más adultas. En este sentido, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con una menor edad mediana al primer nacimiento entre la generación joven a lo que se presentó a nivel nacional (22.5 años), véase gráfica 5.1. Sin embargo, es importante advertir que actualmente, las y los adolescentes están más expuestas(os) a información a través de medios televisivos y musicales, publicaciones periódicas, videojuegos, internet, en los que se induce a la iniciación temprana de relaciones afectivas y sexuales; la mayoría de las veces sin la información adecuada sobre salud sexual y reproductiva por parte del entorno familiar más cercano, así como de instituciones de salud o educativas, que promuevan el sentido de responsabilidad en el derecho al ejercicio libre de la sexualidad (Delpino, 2015).

Gráfica 5.1. Edad mediana al nacimiento de la(del) primera(primer) hija(o) nacida(o) viva(o) para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

5.1.1. Tasas Específicas y Globales de Fecundidad

La decisión sobre la descendencia que desean las personas es un derecho reproductivo proclamado en diversos instrumentos nacionales e internacionales y en todos los ámbitos. En México, el descenso en el número de hijas(os) que tienen las mujeres, es la manifestación más clara de la apropiación del derecho estipulado en el artículo 4º constitucional. La disminución de la fecundidad en el país correspondió al cada vez mayor reconocimiento de este derecho como un derecho humano, así como al mejoramiento de las condiciones estructurales en las que habita la población, por lo que esto, sólo fue posible conforme aumentó en el país el nivel educativo, los niveles de ingreso, la urbanización, las oportunidades laborales para las mujeres, así como el mayor acceso a la anticoncepción (CONAPO, 2016).

En este sentido, en el país la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico en 1961, cuando registró una tasa global de fecundidad (TGF) de 6.99 hijas(os) en promedio por mujer.³⁹ Para 1970, aún se registraban altas tasas de fecundidad tanto a nivel nacional (6.62), como en Quintana Roo (6.14). Posteriormente, como resultado del impacto de los programas de planificación familiar, enfocados a difundir y proporcionar los medios para ejercer el control de la natalidad y del importante proceso de desarrollo socioeconómico, en el campo de la urbanización, la escolarización y la atención a la salud, además del avance social de la mujer en el campo laboral, en 1990, a nivel nacional, se redujo a casi a la mitad; el número de hijas(os) que tuvieron las mujeres, fue de 3.45

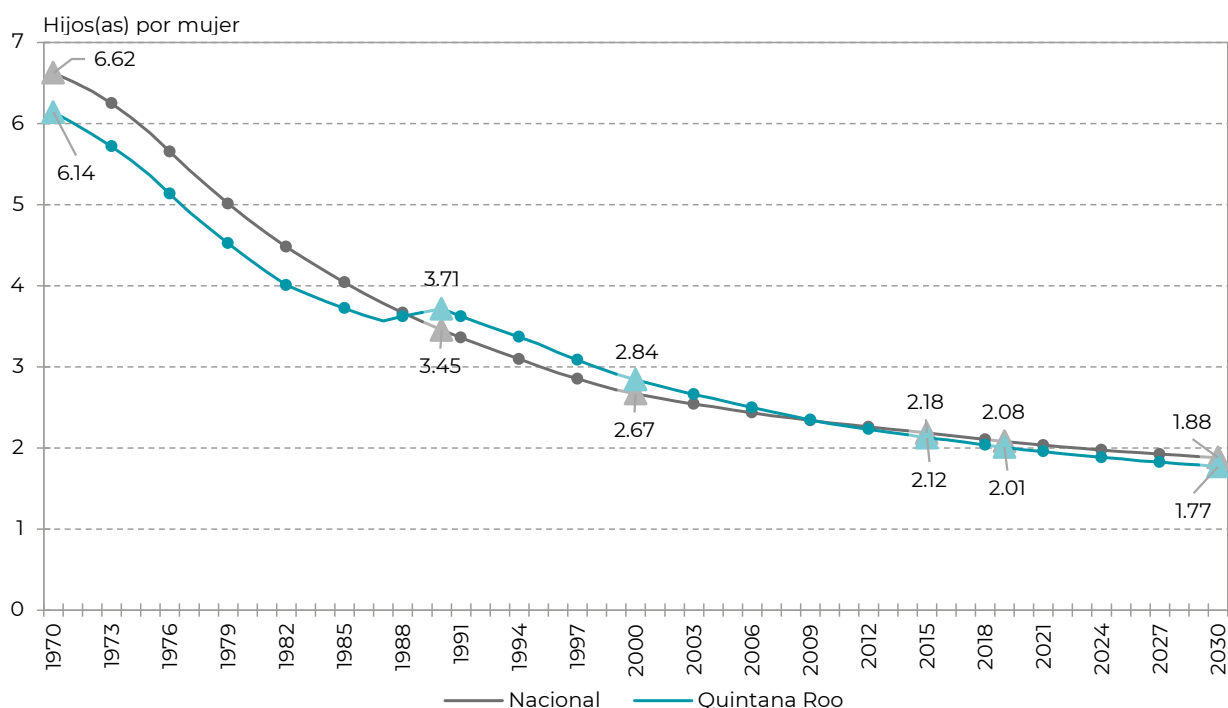
³⁹ De acuerdo con la Conciliación de Demográfica de México, 1950-2015, se sugiere revisar este indicador en: <http://indicadores.conapo.gob.mx/>

hijas(os), mientras que en Quintana Roo la tasa fue de 3.71 hijas(os) en promedio (Hernández *et al.*, 2015; Gobierno de la República, 2016).

Cabe señalar que el descenso de la fecundidad continúa tanto a nivel nacional como en Quintana Roo, pero a un ritmo más lento, así en el 2000 la TGF de la entidad fue mayor con 2.84 hijas(os) respecto a la tasa nacional de 2.67

hijas(os) por mujer, para 2019 la tasa en Quintana Roo disminuyó a 2.01 hijas(os), muy cercana a la tasa de reemplazo generacional (2.1 hijas(os) por mujer) mientras que a nivel nacional bajó a 2.08 hijas(os). Para 2030 se espera que, bajo las mismas condiciones, la tasa descienda en Quintana Roo a 1.77 hijas(os) y a nivel nacional a 1.88 hijas(os) en promedio (véase gráfica 5.2).

Gráfica 5.2. Quintana Roo. Tasa global de fecundidad, 1970-2030



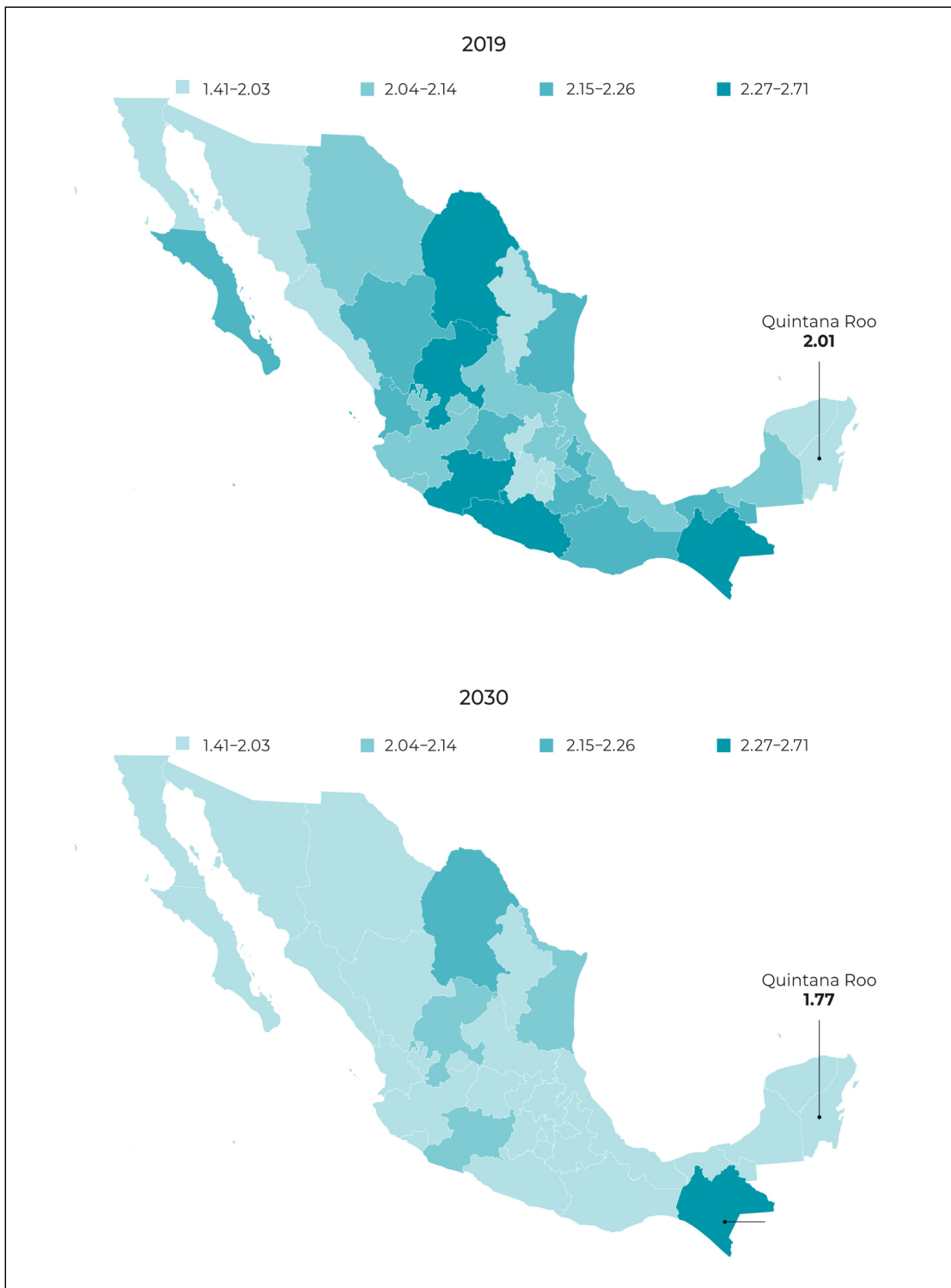
Fuente: CONAPO. Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050

A pesar de que, en el país, en términos generales, se lograron avances brindando a la población elementos para ejercer su derecho a la elección sobre su reproducción, todavía coexisten grandes brechas sociales que limitan su ejercicio, como las desigualdades de tipo económico, social, cultural y de género. Estos factores se encuentran presentes sobre todo en poblaciones vulnerables, como comunidades y pueblos indígenas, afrodescendientes, residentes de zonas rurales, y entre las que cuentan con baja escolaridad, afectando a gran parte de la población mexicana y, en específico, a las mujeres y niñas que viven en el círculo

de la pobreza, marginación y en contextos de violencia, en general, con capacidades reducidas por la imposibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, que se manifiestan en altas tasas de fecundidad entre estos grupos.

En este marco, resalta la heterogeneidad de los niveles de fecundidad dentro del país, de modo que en 2019 la TGF de Quintana Roo fue de 2.01 hijas(os) por mujer, ubicándose entre las entidades con tasas que van de 1.41 a 2.03 hijas(os). Para 2030, se espera que Quintana Roo pase al intervalo con bajas tasas, al estimarse una TFC de 1.77 hijas(os) por mujer (véanse mapas 5.1).

Mapa 5.1. Tasa global de fecundidad, 2019 y 2030

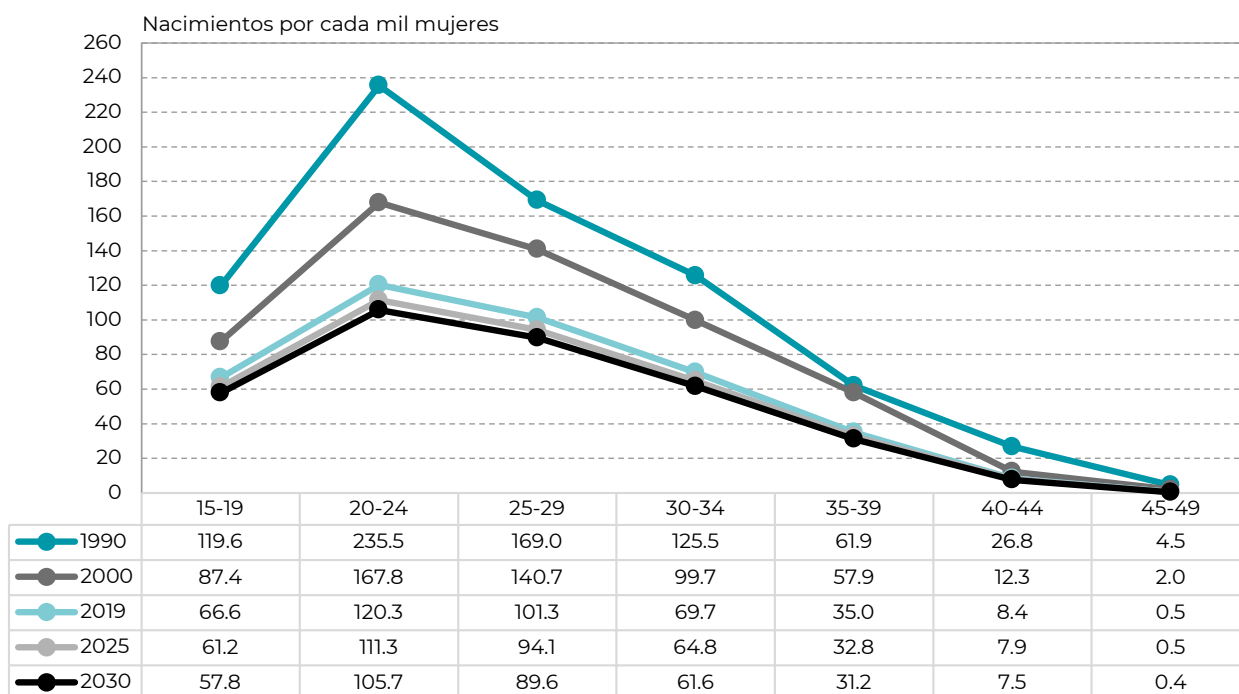


Fuente: CONAPO. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050.

En cuanto a la estructura o calendario de la fecundidad en Quintana Roo se aprecia que, en general hubo un descenso, aunque de diferente magnitud en los distintos grupos de edad. Cabe destacar que entre las adolescentes (15 a 19 años)

se presentó un descenso más lento, mientras que entre las mujeres de 20 a 24 años éste fue mayor, pero siguieron siendo las que más contribuyeron a la fecundidad, por lo que se mantuvo el patrón de reproducción temprano (véase gráfica 5.3).

Gráfica 5.3. Quintana Roo. Tasas específicas de fecundidad, 1990-2030



Fuente: CONAPO. Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

En Quintana Roo, como a nivel nacional, el descenso de la fecundidad entre las adolescentes ha sido muy lento, por ejemplo, durante 1970, la fecundidad en adolescentes alcanzaba una tasa de 205.8 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, para 1990 disminuyó en 41.9 por ciento, ubicándose en 119.6 nacimientos. Sin embargo, en el año 2000, la fecundidad adolescente descendió a 87.4 nacimientos por cada mil adolescentes y en 2019, descendió a 66.6 nacimientos por cada mil adolescentes (véase gráfica 5.4).

Para evitar que continúe aumentando la fecundidad de las adolescentes, desde 2015 se implementó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que tiene como meta para el año 2030, erradicar los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir

en un 50 por ciento la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (Gobierno de la República, 2015).

Esta es la primera ocasión en que se asume esta problemática y trata de solventarse a través de la articulación del trabajo de varias de las dependencias que lo conforman. De igual modo, es la primera vez que no se señala como responsabilidad única del sector salud, sino que todos los sectores: educación, empleo, etc., están involucrados en el logro de los objetivos de la Estrategia, debido a que los determinantes del embarazo adolescente tienen que ver con factores estructurales sociales, económicos y culturales, los cuales van mucho más allá del ámbito de influencia de este sector, y lo trascienden con resultados poco favorables para la escolarización,

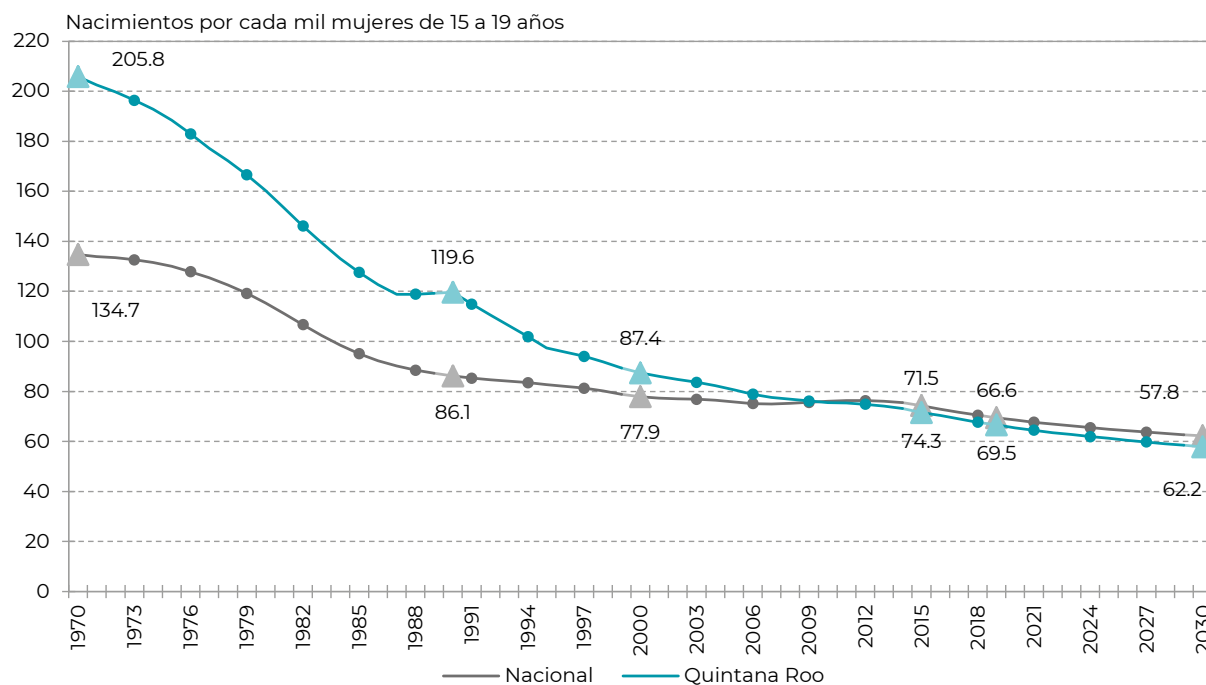
inserción social y entrada en el mercado laboral de las adolescentes, propiciando que en un futuro, sus habilidades y, con ello, las oportunidades para conseguir un empleo sean limitadas, lo cual redundará en una afección a su potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía. Por ello, se considera al embarazo en las adolescentes como una situación compleja, que debe abordarse desde la óptica de los derechos humanos y debe implicar a todos los sectores del país (Gobierno de la República, 2015).

Desde el año de la implementación de la ENAPEA a 2019, la tasa de fecundidad adolescente (TFA) en Quintana Roo disminuyó en 6.9 por ciento, pasó de 71.5 a 66.6 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, la cual fue menor a la TFA nacional para ese mismo año (69.5 nacimientos por cada mil). En 2030, se espera que la TFA de

Quintana Roo disminuya a 57.8 nacimientos por cada mil adolescentes y a nivel nacional descienda a 62.2 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, lo que indica la necesidad de continuar con las acciones establecidas en la ENAPEA en cada uno de sus componentes⁴⁰ para lograr que se alcance la meta de reducir en 50 por ciento la fecundidad en adolescentes.

Al analizar la tasa de fecundidad en adolescentes de 2019, entre las entidades federativas se observó que se tiene un comportamiento heterogéneo, aunque se espera que en todas las entidades en 2030 disminuya la TFA. De esta forma en 2019, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con baja tasa de fecundidad (66.6 nacimientos por cada mil adolescentes) respecto a lo estimado a nivel nacional (69.5 nacimientos por cada mil), véase gráfica 5.5.

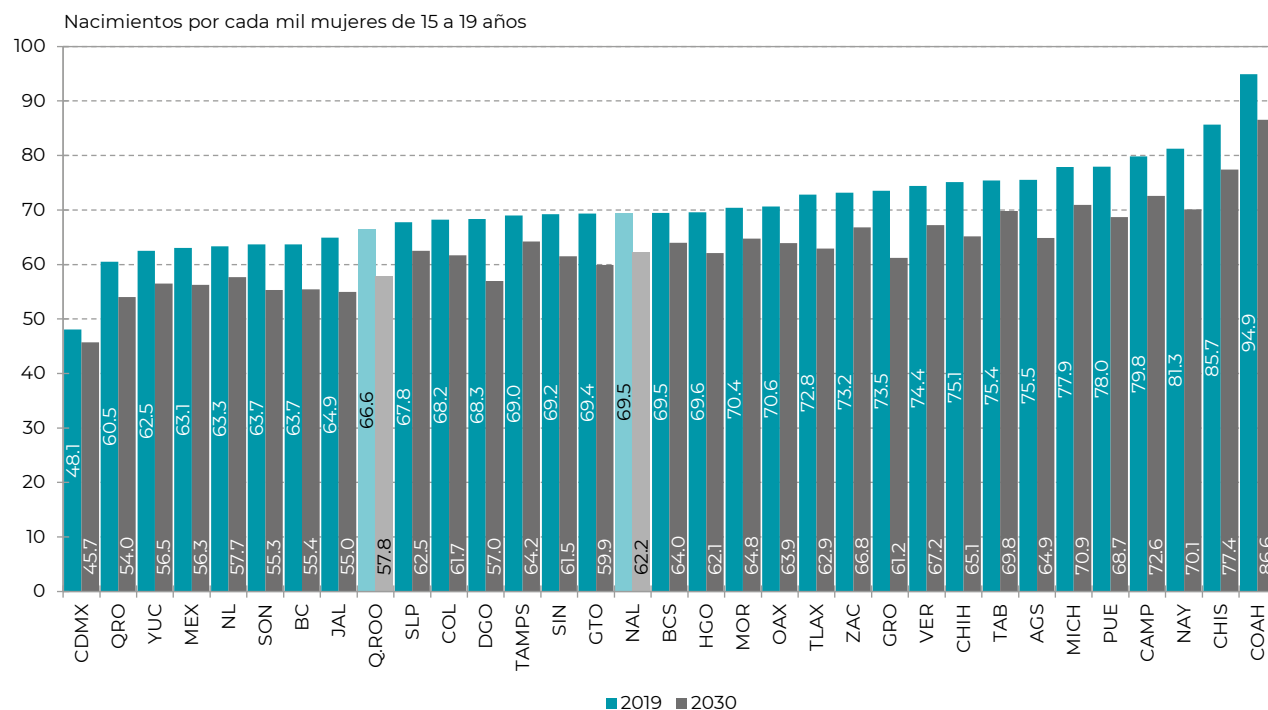
Gráfica 5.4. Quintana Roo. Tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años), 1970-2030



Fuente: CONAPO. Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050

⁴⁰ Actualmente la ENAPEA se encuentra en una segunda fase de aplicación, en la que derivado de la evaluación realizada por EUROSociAL+ se estableció priorizar intervenciones estratégicas que impacten directamente en la educación integral en sexualidad (EIS); servicios de salud sexual y reproductiva; prevención, detección temprana y abordaje intersectorial del abuso sexual; y el embarazo forzado.

Gráfica 5.5. Tasa de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años) por entidad federativa, 2019 y 2030



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

En este sentido, cobra relevancia la ejecución de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo que se contemplan en la Guía Operacional,⁴¹ en específico en su medida número 14, así como en la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como parte de la Agenda 2030, en las que se establece empoderar a las mujeres y las niñas, dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro (CEPAL, 2015).

Asimismo, resulta esencial sumar esfuerzos para continuar con las acciones de la ENAPEA, entre las que destacan: que exista una oferta educativa de calidad —que desarrolle habilidades para la vida y promueva la participación social—, además de brindar EIS y, acceso a información, servicios y suministros de salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos modernos. Este abordaje debe ocurrir en un entorno legal,

social y regulatorio habilitante, esto es, que por un lado proteja los derechos de las personas en general, y en particular en la infancia y adolescencia, y a la vez promueva relaciones saludables e igualitarias. Finalmente, deben fortalecerse las acciones para la prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, eliminando cualquier tipo de restricción y encarar la desigualdad multidimensional en todos sus frentes (González, M. y Ramos, S. 2020).

5.2. Fecundidad en niñas de 10 a 14 años y uniones tempranas

Se ha identificado que los factores determinantes del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años son complejos, provienen de muchas circunstancias, tienen diversas dimensiones y varían considerablemente entre regiones del país, familias y comunidades. De esta forma se han detectado que son cuatro las vertientes en las que se debe trabajar y que son

⁴¹ Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf

causas inmediatas del embarazo en menores de 15 años, las cuales son: 1) Violencia sexual, 2) Matrimonio infantil y uniones tempranas, 3) Proyecto de vida dependiente, y 4) Ejercicio no planificado de la sexualidad (SEGOB, 2018). Por ello, en la ENAPEA se han delineado acciones en cada uno de sus componentes para brindarle a las y los tutoras(es) de estas menores de edad herramientas que les sean útiles, para que puedan identificar situaciones de violencia y abusos en los ámbitos en que se desenvuelvan y con ello proteger sus derechos humanos.

Diversas razones confluyen en la explicación a este hecho, por ejemplo, en algunas poblaciones indígenas y rurales aún prevalecen tradiciones, basadas en las asimetrías de género, conforme a los cuales es común la aceptación social del embarazo en la adolescencia, y aun en la infancia, como un medio que ayuda al reconocimiento social o a la compensación afectiva de las adolescentes y niñas (Ortega, 2016; Chandomí, 2016). Además, es frecuente que en esas comunidades también se permitan algunas prácticas nocivas, como la compraventa de mujeres y niñas con fines de matrimonio, que violentan sus derechos y tienen una relación directa con el embarazo en estas edades (Szasz y Lerner, 2010; Ortega, 2016).

Asimismo, el matrimonio infantil se ha destacado como un factor estrechamente relacionado con el embarazo temprano, ya sea como causa o efecto (Carmona, 2013; UNFPA, 2013). Los mayores niveles de uniones o matrimonios infantiles, así como de fecundidad en niñas y adolescentes menores de 15 años, se concentran en contextos rurales o indígenas y en los niveles socioeconómicos más bajos (Pantelides, 2004; CEPAL/UNICEF, 2007), aunque esos fenómenos no son privativos de estos entornos, pues se observan en todo el país.

En la gráfica 5.6 se observa que, el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de Quintana Roo que declararon haberse casado o unido antes de los 18 años de edad, presentó una disminución de 12.0 por ciento entre 2014 y 2018, al pasar de 26.6 a 23.4 por ciento, respectivamente. Cabe mencionar que, en 2018, la entidad ocupó el decimotercero lugar entre las entidades con alto porcentaje de mujeres que se unieron antes cumplir

la mayoría de edad, encontrándose 2.6 puntos porcentuales por arriba del valor estimado a nivel nacional (20.8%).

En este sentido, se han dado grandes pasos desde la implementación de la ENAPEA, por ejemplo, en 2016, solo 20 entidades federativas establecían en sus códigos civiles o familiares los 18 años como edad mínima para casarse sin excepciones o dispensas, diez señalaban esta edad, pero lo permitían con dispensas y dos no habían establecido esta edad como mínima (Gobierno de la República, 2018). En diciembre de 2017, las 32 entidades federativas prohibían el matrimonio entre personas menores de 18 años, pero cuatro consideraban excepciones o dispensas: Baja California, Guanajuato, Querétaro y Sonora. Asimismo, el Código Civil Federal no había sido armonizado. A diciembre de 2018, el estado de Baja California se encontraba pendiente de eliminar las excepciones o dispensas, mientras que el Código Civil Federal continuaba permitiendo el matrimonio entre personas menores de 18 años (Gobierno de México, 2020). En junio de 2019, el Código Civil Federal fue reformulado, estableciendo como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años (DOF, 2019). Finalmente, en 2020 Baja California elimina las dispensas.

Asimismo, otro de los elementos clave que se han destacado como factores explicativos de la maternidad en niñas menores de 15 años es el abuso sexual. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 revela que en Quintana Roo 6.4 por ciento de las mujeres de 15 años o más sufrieron violencia sexual en su infancia, dato que fue menor a lo estimado a nivel nacional (9.4%); además, entre los principales agresores se encuentran los tíos, alguien que no es familiar o un vecino y los primos (INEGI, 2017). Es muy probable que estos abusos sexuales den como resultado un embarazo, la mayoría de las veces, perpetrados por familiares cercanos, por lo que en la generalidad de las ocasiones no son denunciados (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

Los embarazos a edades tempranas, así como los matrimonios o uniones infantiles, no solo violan los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes, sino que también se han

calificado como una violación de sus derechos humanos ya que repercuten negativamente sobre su desarrollo, obstaculizando el derecho a la vida, la dignidad personal, la salud, la integridad física, la educación y la protección contra situaciones que ponen en riesgo el desarrollo físico y emocional (Carmona, 2013).

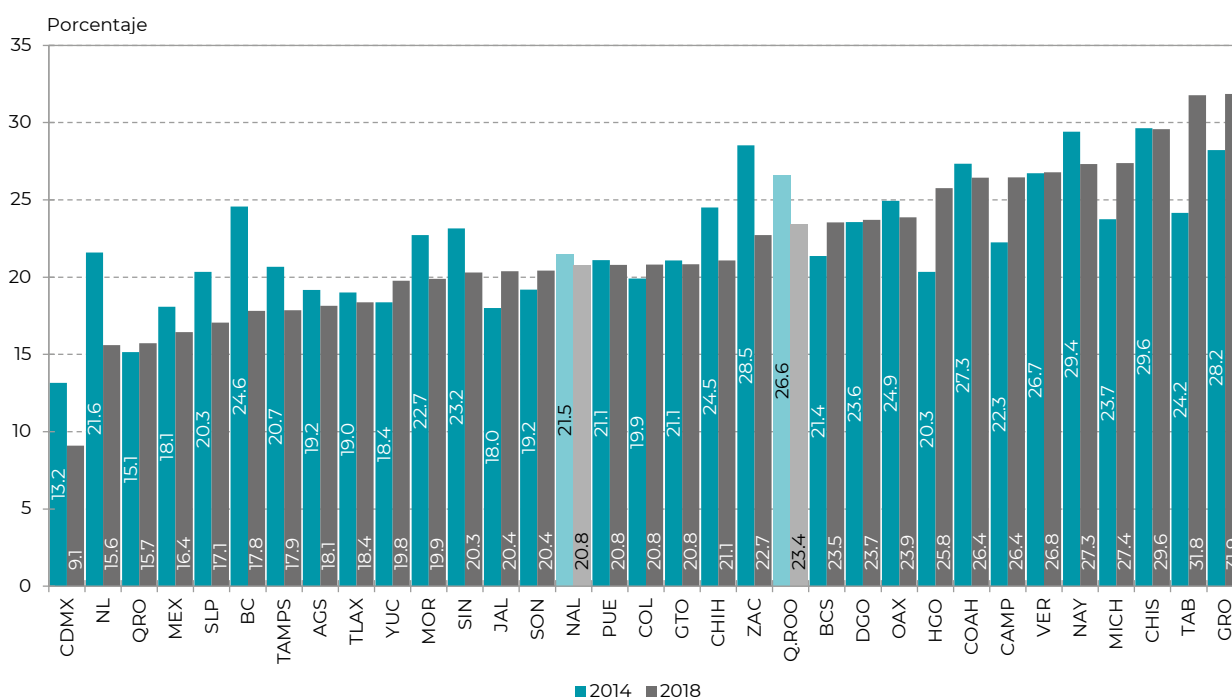
Como un acercamiento a la medición de esta problemática, la SGCONAPO estima el número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años de edad, el cual advierte en general, una tendencia creciente en la ocurrencia de nacimientos en las menores de 15 años. La medida de fecundidad para niñas y adolescentes de 10 a 14 años se denomina razón de fecundidad forzada, debido a que incluye en el denominador un universo poblacional donde no todas las niñas se encuentran en riesgo de embarazo, debido a que la mayoría de las niñas de 10 y 11 años no han tenido su primera menstruación. Por tal motivo, la tasa de fecundidad se acota únicamente a las edades de 12 a 14 años, donde la mayoría de las niñas tiene una alta probabilidad

de quedar embarazadas pues ya han presentado su primera menstruación.

En este marco, la razón de fecundidad forzada en niñas de 10 a 14 años en Quintana Roo descendió, de 2.6 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 14 años en 1990 a 1.9 en 2019. Este indicador, al igual que otros, tiene un comportamiento heterogéneo al interior de la República Mexicana, y en la mayoría de los estados se observó un incremento entre 1990 y 2019, de esta forma Quintana Roo se ubicó entre las entidades federativas con alta razón de fecundidad en 2019, respecto a la razón estimada a nivel nacional que fue de 1.6 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 14 años.

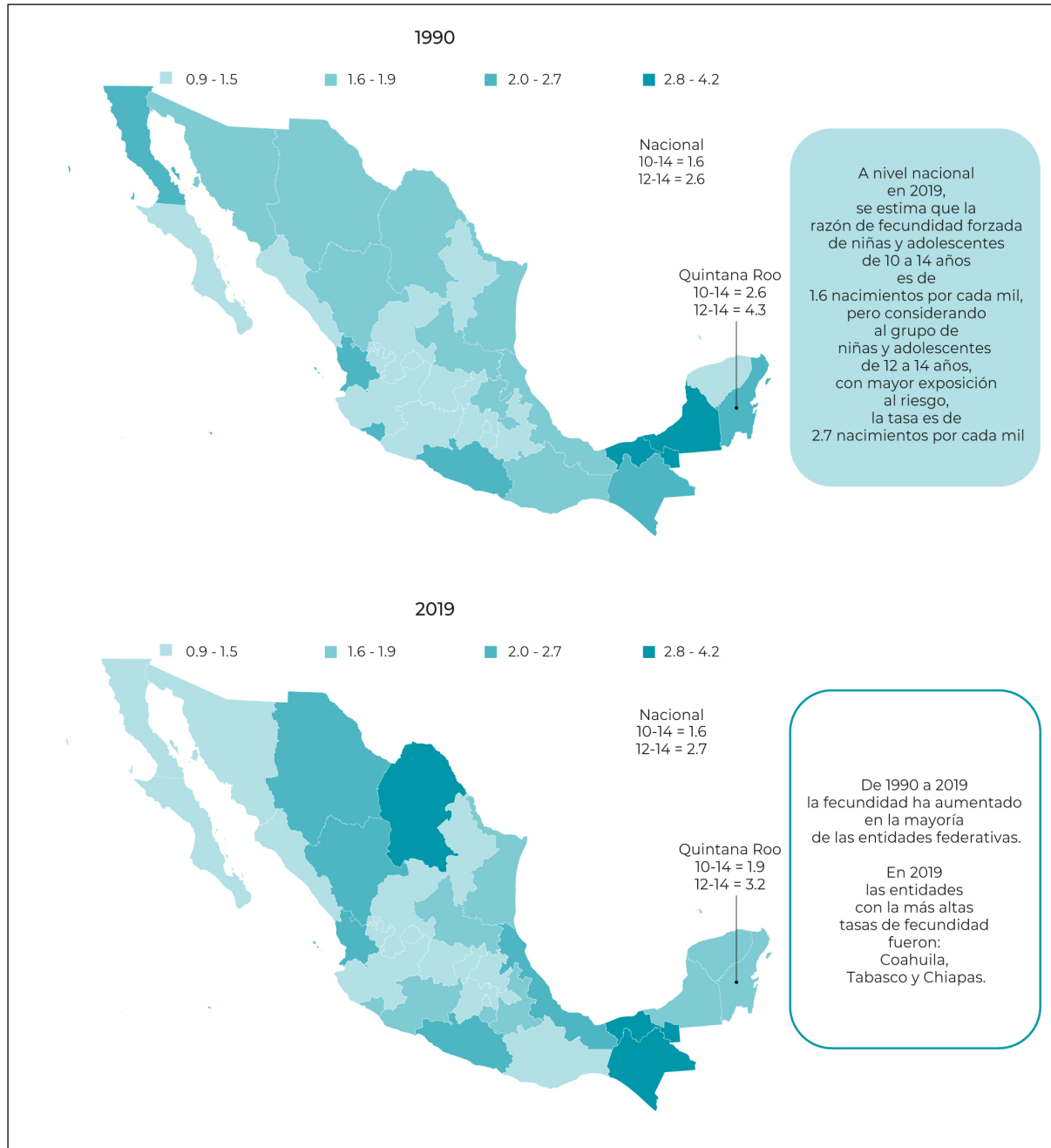
Por su parte, la tasa de fecundidad forzada en niñas entre 12 y 14 años en Quintana Roo, disminuyó en los últimos treinta años, al pasar de 4.3 hijas(os) por cada mil menores de 12 a 14 años en 1990 a 3.2 en 2019. Asimismo, dicha tasa de fecundidad en 2019 fue superior a la tasa estimada a nivel nacional que fue de 2.7 nacimientos por cada mil (véase mapas 5.2).

Gráfica 5.6. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 18 años por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2014 y 2018.

Mapa 5.2. Tasa y razón de fecundidad en niñas de 10 a 14 años¹, 1990 y 2019



¹ Se considera que la medida de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años no es una tasa sino una razón, bajo el supuesto de que la mayoría de las niñas de 10 y 11 años aún no presentan su primera menstruación (denominador), por lo que no pueden considerarse como expuestas al riesgo de embarazo. Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la reconstrucción de nacimientos a siete años a partir de INEGI, estadísticas vitales de nacimientos, 1990-2019 y CONAPO. Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050. Nota: A partir del año 2015 se estima el total de nacimientos con base en el comportamiento de la tendencia observada al reconstruir a cuatro años para finalmente, realizar una extrapolación logarítmica (análisis de sensibilidad) de 2016 a 2019 basándose en el comportamiento de cada entidad federativa.

La meta establecida por la ENAPEA para 2030 es de cero nacimientos en niñas y adolescentes menores de 15 años. Para lograrla es necesario que las instituciones que participan en ésta continúen trabajando de manera coordinada, desarrollando acciones integrales para garantizar el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes que permitan evitar embarazos tempranos.

De igual forma, otro hecho relevante es que a pesar de que en los últimos años se ha realizado un fuerte trabajo para elevar a 18 años la edad mínima legal de las niñas y adolescentes para contraer matrimonio en todas las entidades federativas (como se mencionó anteriormente), es evidente que esto no tiene un efecto real. Si bien el porcentaje de matrimonios ante la ley ha disminuido en el tiempo de manera notoria, el número de uniones libres se ha incrementado proporcionalmente, de manera que el impedimento legal no es un obstáculo para que en la práctica sigan ocurriendo uniones infantiles. Por lo que, habrán de realizarse otras acciones, sobre todo de sensibilización, que permitan reforzar desde las normas culturales y sociales el papel de niñas y mujeres como sujetos de derechos (Meneses y Ramírez, 2018).

Finalmente, las niñas y adolescentes que tienen embarazos a temprana edad requieren contar con apoyo inmediato de tipo psicológico, legal y de salud, entre otros. Por ello, es esencial la implementación de protocolos o mecanismos de atención y servicios calificados para la prevención, identificación y reintegración en lo que se refiere a esta materia.

5.3. Preferencias reproductivas

Durante casi cinco décadas de planificación familiar en México, el acceso a métodos anticonceptivos ha permitido a las mujeres planear, espaciar y limitar el número de hijas(os) y reducir su descendencia. Sin embargo, aún existe un elevado número de embarazos no deseados y/o no planeados, así como de abortos inducidos, como resultado de factores que no permiten a las mujeres cumplir con sus expectativas de fecundidad (Juárez y Gayet, 2014).

Las preferencias reproductivas, se conforman por el tamaño deseado de la descendencia, el tiempo ideal de espera y el deseo de (más o menos) hijas(os), estos componentes contribuyen de manera directa al descenso o aumento de la fecundidad. Asimismo, las variables demográficas y socioeconómicas asociadas a la fecundidad actúan sobre las preferencias de fecundidad y éstas, a su vez, afectan sus niveles y tendencias (Regules, 2014; García y Escoto, 2018).

Del mismo modo, la información sobre preferencias reproductivas y los factores que las explican, permiten aproximarse no sólo a los patrones de fecundidad, sino también a los niveles de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA), y por tanto, planear intervenciones para proporcionar a la población métodos anticonceptivos, así como la asesoría adecuada y de calidad para lograr la descendencia deseada (Westoff, 1990; Bongaarts, 1990; Casterline, El-Zanaty, y El-Zeini, 2004; Westoff y Cross, 2006).

5.3.1. Intervalos protogenésicos e intergenésicos

El análisis del espaciamiento de las hijas y los hijos es relevante porque permite identificar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva con los que cuenta la población, que a su vez está relacionado con el grado de empoderamiento sobre el funcionamiento de su cuerpo y de los métodos anticonceptivos, que, como resultado del acceso a estos servicios, la población ha logrado tomar decisiones responsables en cuanto al momento más idóneo para tener descendencia.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el espaciamiento de las(os) hijas(os) puede resultar un factor de riesgo en la salud de la mujer y de su descendencia, ya que si es corto; es decir, menor a dos años, se asocia a un mayor riesgo de mortalidad materna e infantil, así como a bajo peso del producto durante la gestación y de la (del) nacida(o) viva(o), y de tener mayor posibilidad de enfrentar un parto prematuro. De igual forma, espaciar los nacimientos permite evitar embarazos no deseados o no planeados que pueden concluir en un aborto practicado en condiciones de riesgo (ss, 2002).

En términos sociales, el espaciamiento de hijas e hijos, mediante prácticas anticonceptivas modernas y eficaces, puede favorecer el acceso a oportunidades de educación, empleo y participación comunitaria, lo cual particularmente para las mujeres, les otorga mayores oportunidades de desarrollo al poder planear el momento más idóneo para la reproducción (ss, 2002). La forma de estudiar el espaciamiento de los nacimientos es a partir del intervalo protogenésico, que se refiere al tiempo que transcurre entre la unión⁴² y el nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o), mientras que el intervalo intergenésico es el lapso entre nacimientos sucesivos. A ambos tipos de intervalos se les conoce como intervalos genésicos (CONAPO, 2012).

En Quintana Roo, entre 2014 y 2018 se observaron cambios en los intervalos protogenésicos experimentados por las mujeres en edad fértil unidas (MEFU), por ejemplo, si bien el porcentaje de mujeres que tuvieron a su primera(primer) hija(o) antes del primer año después de la unión o matrimonio es el más frecuente, este disminuyó de 40.5 a 39.3 por ciento, respectivamente, y por otro lado entre las mujeres con intervalos protogenésicos en los que esperaron de uno a menos de dos años descendió de 29.7 a 27.8 por ciento y de dos a menos de cuatro años los porcentajes aumentaron de 18.3 a 20.3 por ciento.

Sin embargo, se observó un aumento de 11.5 a 12.6 por ciento de las mujeres que entre 2014 y 2018 esperaron cuatro o más años después de la unión hasta la llegada de su primera(primer) hija(o). Sin embargo, debe recalcar que en su mayoría la maternidad ocurre antes del primer año de unión y el porcentaje de mujeres va disminuyendo conforme se amplía el intervalo hasta que este se refiere a cuatro años o más, donde se concentra la menor proporción (véase cuadro 5.2).

En lo que respecta a los intervalos intergenésicos⁴³ (véase cuadro 5.3) se puede observar que ha habido una planeación más favorable para la

salud de las mujeres y de sus hijas(os), ya que fue menor el porcentaje de mujeres que esperaron menos del tiempo establecido por la OMS, es decir, menos de dos años entre su primer y segundo intervalo con 27.4 y 27.2 por ciento en 2014 y para 2018 se mantuvo a 23.4 por ciento quienes esperaron menos de dos años entre el nacimiento de la(del) primera(primer) y segunda(o) hija(o) y a 23.9 por ciento entre el nacimiento de la(del) segunda(o) y tercera(tercer) hija(o)).

Cabe señalar que, el porcentaje de MEFU que esperaron de dos a menos de cuatro años aumentó tanto en el primer y segundo intervalo intergenésico (34.5% y 36.0%, respectivamente) en 2014; para 2018 disminuye el porcentaje de MEFU en el primer intervalo a 34.2 y en el segundo también a 32.7 por ciento. Finalmente, el porcentaje de mujeres que esperaron más de cuatro años fue más alto en ambos intervalos tanto en 2014 (38.1% y 36.8%) como en 2018 donde además aumentaron a 42.4 y 43.4 por ciento, respectivamente. Lo anterior muestra una mejor planeación del primer nacimiento después de la unión, así como del espaciamiento entre la(el) primera(primer), segunda(o) y tercera(tercer) HNV. La desvinculación de las relaciones sexuales y la reproducción a través del uso de métodos anticonceptivos modernos es, sin duda, la intervención más revolucionaria en la salud sexual y reproductiva del siglo pasado, lo cual como se ha podido ver, ha permitido a las parejas elegir el número y espaciamiento de sus hijas(os), aunque de manera gradual, cada vez más eficiente (Starrs *et al.*, 2018). Asimismo, implica la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, que no necesariamente estén sujetas a la reproducción. Para alcanzar y mantener la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos (Starrs *et al.*, 2018).

Ante los avances observados es importante también reflexionar que todavía en la entidad cerca de una de cada cuatro MEFU continúan teniendo intervalos intergenésicos menores a dos años, lo cual las pone en riesgo de sufrir complicaciones durante la gestación o bien de mortalidad materna, así como a sus hijas(os) de sufrir condiciones negativas asociadas a una gestación temprana. Para lograr intervalos genésicos

⁴² El término unión en esta sección incluye a mujeres unidas o en matrimonio.

⁴³ El primer intervalo intergenésico se refiere al tiempo que transcurre entre el primer nacimiento y el segundo, mientras que el segundo intervalo intergenésico se define como el lapso entre el segundo nacimiento y el tercero.

adecuados para la salud de la mujer y de sus hijas(os), sigue siendo un desafío continuar con la expansión en general de la cobertura anticonceptiva para el caso de los intervalos protogenésicos;

y de manera específica, la atención de la demanda de anticoncepción postevento obstétrico, es una intervención que permite aumentar los intervalos intergenésicos (ss, 2002).

Cuadro 5.2. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo protogenésico, 2014 y 2018

Características	2014	2018
Total	100.0	100.1
Menos de 1 año	40.5	39.3
De 1 a menos de 2	29.7	27.8
De 2 a menos de 4	18.3	20.3
4 y más años	11.5	12.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Cuadro 5.3. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo intergenésico, 2014 y 2018

Características	2014		2018	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 2 años	27.4	27.2	23.4	23.9
De 2 a menos de 4	34.5	36.0	34.2	32.7
4 y más años	38.1	36.8	42.4	43.4

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

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 postparto y postaborto, especialmente entre las y los adolescentes, así como en las mujeres que habitan en las comunidades rurales o que hablan alguna lengua indígena, entre otros (ss, 2002).

Por ello, es necesaria la prestación de los servicios de anticoncepción postevento obstétrico, por personal capacitado que garantice el respeto a la libre decisión y el desarrollo de los procedimientos médicos con calidad apegados a las Normas oficiales vigentes de salud, así como información y servicios de salud que brinden una atención integral y con calidad en anticoncepción

postparto, con especial atención a las adolescentes embarazadas, que permita la prevención de los embarazos no planeados y no deseados, del aborto y sus complicaciones y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Asimismo, a la par es necesario el diseño, coordinación y ejecución de procesos de información, educación y comunicación social, dirigida a la población usuaria de los servicios de salud reproductiva que les permita visibilizar los servicios de anticoncepción postevento obstétrico como una herramienta para tener una vida más saludable y un derecho del que son titulares. Finalmente, es necesaria mayor investigación operativa en anticoncepción postevento obstétrico, con la finalidad de evaluar integralmente los procesos y resultados de las acciones para favorecer la toma de decisiones.

5.3.2. Ideal de hijas(os)

El número ideal de hijas(os) se refiere al tamaño promedio de descendencia que le gustaría tener a las mujeres a lo largo de su vida (CONAPO, 2012). Entre 2014 y 2018, el número ideal de descendencia entre las mujeres en edad fértil (MEF) residentes de Quintana Roo, prácticamente no se ha modificado, se estimó en 2.5 y 2.3 hijas(os) en

promedio, respectivamente. Por grupos de edad, se observó de manera general, que a edades más jóvenes fue menor el promedio de descendencia ideal deseado en ambas encuestas. Asimismo, las mujeres que más han modificado sus preferencias reproductivas fueron las jóvenes de 20 a 24 y 25 a 29 años que redujeron su número ideal de hijas(os) de 2.2 a 1.9 y de 2.4 a 2.1, respectivamente (véase cuadro 5.4).

Cuadro 5.4.
Quintana Roo. Promedio del número ideal de hijas(os) de mujeres en edad fértil por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	2014	2018
Total	2.5	2.3
Grupos de edad		
15-19	2.2	1.8
20-24	2.2	1.9
25-29	2.4	2.1
30-34	2.4	2.3
35-39	2.6	2.4
40-44	2.8	2.6
45-49	3.0	3.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	3.6	3.5
Primaria completa	2.9	2.7
Secundaria	2.6	2.4
Preparatoria y más	2.2	1.9
Lugar de residencia		
Rural	3.3	2.9
Urbano	2.4	2.2
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	3.2	3.0
No habla lengua indígena	2.4	2.1

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

De acuerdo al nivel de escolaridad de las MEF de Quintana Roo, se observó que entre 2014 y 2018 no se presentaron cambios importantes, sin embargo, destacó que a mayor nivel de escolaridad menor es el número promedio de hijas(os) deseadas(os), por lo que, en 2018 entre las mujeres que contaban con primaria incompleta o menos el promedio ideal fue de 3.5 mientras que en las de preparatoria o más

disminuyó a 1.9 hijas(os). Por lugar de residencia de las mujeres y condición de habla de lengua indígena, el número ideal más alto lo presentaron las residentes de zonas rurales, aunque disminuyó en el periodo de 3.3 a 2.9 y las que eran hablantes de lengua indígena con 3.0 hijas(os), mientras que entre las urbanas pasó de 2.4 a 2.2 y en no hablantes de lengua indígena de 2.1 hijas(os) en promedio.

En lo que refiere a las expectativas reproductivas de las mujeres, en conjunto con el número de hijas(os) que han tenido a lo largo de su vida (paridez), en el cuadro 5.5 se muestra la distribución porcentual de las MEF por número ideal de hijas(os) y paridez alcanzada al momento de la encuesta de 2014 y 2018. Se identificó que

entre las dos encuestas ha habido un avance importante en el cumplimiento de las expectativas reproductivas de las mujeres, ya que en 2018 en Quintana Roo se observó que tiende a aumentar el porcentaje de mujeres que lograron cumplir el ideal de hijas(os) deseadas(os), al menos hasta el momento de la encuesta.

Cuadro 5.5.
Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por número ideal de hijas(os) nacidas(os) vivas(os) y paridez alcanzada al momento de la encuesta, 2014 y 2018

Número ideal de hijas(os) nacidas(os) vivas(os)	Paridez alcanzada al momento de la encuesta					
	2014			2018		
	Menor	Ideal	Mayor	Menor	Ideal	Mayor
0		70.8	29.2		63.0	37.0
1	47.1	34.4	18.5	42.2	36.3	21.6
2	56.5	31.2	12.3	62.9	26.9	10.2
3	58.9	36.7	4.4	66.8	28.2	5.0
4	64.1	31.1	4.8	70.4	25.8	3.8
5 y más	64.6	35.4		61.5	38.5	

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018

En este sentido, entre 2014 y 2018, se redujo el porcentaje de MEF cuyo ideal era no tener hijas(os) y que al momento de la encuesta seguía sin tener hijas o hijos de 70.8 a 63.0 por ciento, mientras que en el grupo de mujeres que deseaba una(un) hija(o), disminuyó el porcentaje de las que todavía no alcanzaban ese número deseado, pasando de 47.1 a 42.2 por ciento, pero se incrementó el porcentaje de mujeres cuyo ideal de hijas(os) era igual a la paridez (34.4 en 2014 a 36.3 en 2018) y entre las mujeres donde la paridez era mayor al deseo de tener solo una(un) hija(o), aumentó de 18.5 a 21.6 por ciento.

En general, se apreció un aumento entre las MEF que llegaron a su ideal reproductivo, incluso para las mujeres que deseaban 5 hijas(os) y más, pues entre 2014 y 2018, el porcentaje aumentó de 35.4 a 38.5 por ciento; como consecuencia, en este grupo de mujeres disminuyó el porcentaje de las que no alcanzaron su ideal reproductivo al momento de la encuesta, en 2014 fue de 64.6 por ciento y en 2018 de 61.5 por ciento.

En cuanto a las MEF que rebasaron su ideal, fueron en mayor medida entre las mujeres que solo querían una(un) hija(o) pero al momento de la encuesta su paridez era mayor, aunque dicho porcentaje aumentó entre 2014 y 2018 de 18.5 a 21.6, a lo cual se debe poner atención en la entidad, ya que las mujeres no están logrando ejercer sus derechos reproductivos y están teniendo más hijas(os) de las(os) deseadas(os). Asimismo, es importante destacar que cuando las mujeres querían tener cuatro hijas(os) o más, el porcentaje de quienes tenían una paridez mayor al momento de la encuesta disminuyó entre un levantamiento y otro.

Lo anterior remarca la importancia de continuar mejorando el acceso a métodos anticonceptivos modernos que permitan a las mujeres y sus parejas tener el número de hijas(os) que desean, y en el momento que consideren oportuno, y así poder evitar embarazos no deseados o no planeados y abortos. Asimismo, las altas tasas de discontinuación, de cambio y de falla en el uso

de anticonceptivos representan un riesgo para cumplir con la descendencia deseada; por lo tanto, los servicios anticonceptivos deben enfocarse no sólo en atraer nuevas personas usuarias, sino también en mejorar las tasas de continuación y alentar a las personas usuarias que los hayan abandonado y que aún deseen evitar embarazos para reanudar el uso (Starrs *et al.*, 2018).

5.3.3. Planeación y deseo de la (del) última(o) hija(o) nacida(o) viva(o)

Desde la versión 2014 de la ENADID, se incluyó la pregunta de la planeación y deseo de la (del) última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) (UHNHV), esto ha servido como insumo para dar cuenta de la proporción de mujeres que tienen su demanda satisfecha de métodos anticonceptivos. Asimismo, queda implícita la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales consensuales, el uso de anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva,

pues es clave para su empoderamiento y el pleno ejercicio de sus derechos, no sólo reproductivos, sino también sus derechos sexuales (UNFPA, 2019).

En el cuadro 5.6, se muestra que Quintana Roo en 2018, tres quintas partes de las mujeres (59.3%) habían planeado y deseaban tener esa(e) última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) (UHNHV); sin embargo, 4 de cada 10 (40.7%) no lo consideraba entre sus planes (no deseada(o)) o sí querían tenerla(o), pero deseaban esperar más tiempo (no planeada(o)).

Por grupos de edad se obtuvo que, la mitad (50.9%) de las mujeres más jóvenes (15 a 24 años) fueron las que planeaban tener a ese UHNHV y la otra mitad (49.1%) no lo planeo o no lo deseaba, mientras que entre las mujeres de 30 a 34 años fueron quienes presentaron el porcentaje más alto (65.0%) de quienes sí lo habían planeado, al igual que las mujeres de 35 años y más con 64.5 por ciento, por lo que en estos grupos de mujeres 35.0 y 35.5 por ciento, respectivamente no lo habían planeado o no habían deseado tenerlas(os).

Cuadro 5.6.
Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según planeación y deseo de la(del) última(o) hija(o) nacida(o) viva(o), 2018

Características seleccionadas	Planeada(o)	No planeada(o) y no deseada(o)
Total	59.3	40.7
Grupos de edad		
15-24	50.9	49.1
25-29	60.8	39.2
30-34	65.0	35.0
35 y más	64.5	35.5
Nivel de escolaridad		
Primaria completa o menos	50.5	49.5
Secundaria	62.9	37.1
Preparatoria y más	59.2	40.8
Lugar de residencia		
Rural	66.6	33.4
Urbano	58.2	41.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	64.0	36.0
No habla lengua indígena	58.2	41.8

* Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Al analizar por escolaridad, se observa que la mayor planeación del evento se situó en las que tenían secundaria (62.9%) y entre las mujeres sin escolaridad, con primaria incompleta o completa, aunque disminuye a 50.5 por ciento, y fue entre estas mujeres que presentaron el mayor porcentaje de no planeación y no deseo del UHNV (49.5%), seguidas por las mujeres más escolarizadas; es decir, las que cuentan con preparatoria o más, con 49.5 por ciento.

Por lugar de residencia, se observó que tanto en zona urbanas como rurales fue mayor el porcentaje de las mujeres que planearon tener su UHNV (58.2% y 66.6%, respectivamente), y es entre las rurales donde fue menor el porcentaje de mujeres que no planeaban o no deseaban tener esa(e) UHNV (33.4%) que entre las urbanas (41.8%). Por otro lado, entre las mujeres hablantes de alguna lengua indígena y entre no hablantes, también fue alto el porcentaje de las que planearon tener la(el) última(o) hija(o), de 64.0 y 58.2 por ciento, pero entre hablantes de lengua indígena, fue menor el porcentaje de mujeres que no planeaban o no deseaban tener esa(e) UHNV (36.0%) en comparación con no hablantes (41.8%).

Los datos anteriores muestran que, en la entidad una buena parte de las mujeres no planearon o no deseaban su última(o) hija(o) nacida(o) viva(o), lo que indica que todavía hay un importante número de mujeres con NIA, ya que entre estas dos variables se observa una relación positiva (véase capítulo 7). Asimismo, la falla de estos métodos como resultado de un uso inadecuado o inconsistente, o bien por el uso de métodos de baja efectividad como el ritmo y el retiro tienen una alta incidencia aún de nacimientos no planeados o deseados. Por lo que, si bien la mejora en el acceso a anticonceptivos modernos y una mejor asesoría sobre estos son acciones prioritarias, también lo es el fortalecimiento de la EIS que proporcione a las personas la oportunidad de desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos con relación a aspectos de la sexualidad y reproducción, a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. Estas herramientas permitirán a las personas planear el mejor momento para la llegada de su descendencia,

establecer relaciones más igualitarias en las que sea posible negociar el número y espaciamiento de la descendencia, o bien evitarla en caso de que así lo consideren conveniente.

5.4. Aborto

El porcentaje de embarazos no planeados o no deseados que culminan en abortos está influenciado por diversos factores, entre los que se encuentran el nivel de NIA y la motivación de las mujeres y de sus parejas para tener familias cada vez más pequeñas, así como diversos factores, demográficos, económicos y sociales, como la edad de la mujer, su estado conyugal, religión, grado de identificación con las tradiciones culturales, expectativas educativas, condición laboral y sentido de autonomía de su cuerpo (Juárez et al., 2013, Juárez, Bankole y Palma, 2019).

El aborto es un procedimiento muy seguro cuando es legal y se realiza de acuerdo con pautas médicas, y de hecho tiene un riesgo mucho menor que el asociado a la gestación y al parto mismo, en entornos de altos recursos (OMS, 2012). En contraste, los abortos inseguros, realizados utilizando un método no adecuado o por personas no calificadas, tal es el caso de la venta de pastillas abortivas por internet mediante sitios que operan sin cédula profesional ni permiso de publicidad y certificado de especialidad vigente, además de incumplir con lo estipulado en la Ley General de Salud y lo avalado por la OMS, plantea una grave amenaza para la salud de las mujeres (Starrs et al., 2018).

No obstante, asegurar el bienestar de una mujer que obtiene un aborto requiere más que un procedimiento médicamente seguro. De manera más holística, un aborto sólo puede considerarse seguro si además una mujer puede obtenerlo sin riesgo de sanciones penales o legales, y de ser estigmatizada por su familia y su comunidad, ya que esto puede provocarle estrés, aislamiento e incluso ser penalizada en contextos restrictivos a esta práctica (Starrs et al., 2018).

Un punto de partida para garantizar el derecho a la atención del aborto seguro es que los servicios estén disponibles y que su acceso sea total, al menos hasta donde la ley lo permita. Asimismo,

es necesario que existan servicios para atender las complicaciones derivadas de interrupciones inseguras, que éstos sean integrales y de alta calidad, y que las mujeres que se someten a un aborto o las personas que los practican no sean castigadas. A largo plazo, se deben buscar las condiciones para promulgar reformas legales que amplíen los criterios bajo los cuales se permite las interrupciones de embarazos (Starrs *et al.*, 2018).

Aunque la ENADID indaga directamente a las MEF sobre su historia de embarazos y cuántos de ellos culminaron en un aborto, entre otras características, en general es difícil conocer con precisión la información referente a este tema, ya que justamente por la estigmatización que pueden sufrir las mujeres, la mayoría de las que han tenido abortos clandestinos no los declaran, por lo que es importante considerar que las estimaciones derivadas de esta encuesta, pueden tener una subdeclaración importante. Asimismo, es preciso reconocer que la información se encuentra agregada para embarazos terminados en abortos; por lo que, no es posible identificar si fue inducido o espontáneo. Considerando lo anterior el objetivo de esa sección es mostrar los datos crudos que se obtienen de la encuesta, dejando claro que es una aproximación a este evento.

En términos absolutos con la encuesta, a nivel nacional, se estima un total de 202 877 abortos durante 1990, en 1995 el monto se mantuvo casi constante en 202 612, para 2007 aumentó a 268 017, en 2012 se estima una cifra de 298 661 eventos, lo que representó un aumento de 30 644; y finalmente para 2016, la cifra se mantuvo casi constante en 301 620 abortos. Es preciso señalar que estos datos muestran grandes diferencias con algunas otras estimaciones, como la de Juárez *et al.* (2013) que señalan cerca de un millón de abortos en 2009. Si bien, los datos brutos de la ENADID están subestimados, la metodología indirecta empleada por Juárez *et al.* (2013) tiene una limitación (reconocida por las(os) autoras(es)) en la medición cualitativa al considerar la estimación con base en las percepciones del personal profesional de la salud y no solo en datos empíricos, lo cual podría representar una sobreestimación al número real de abortos.

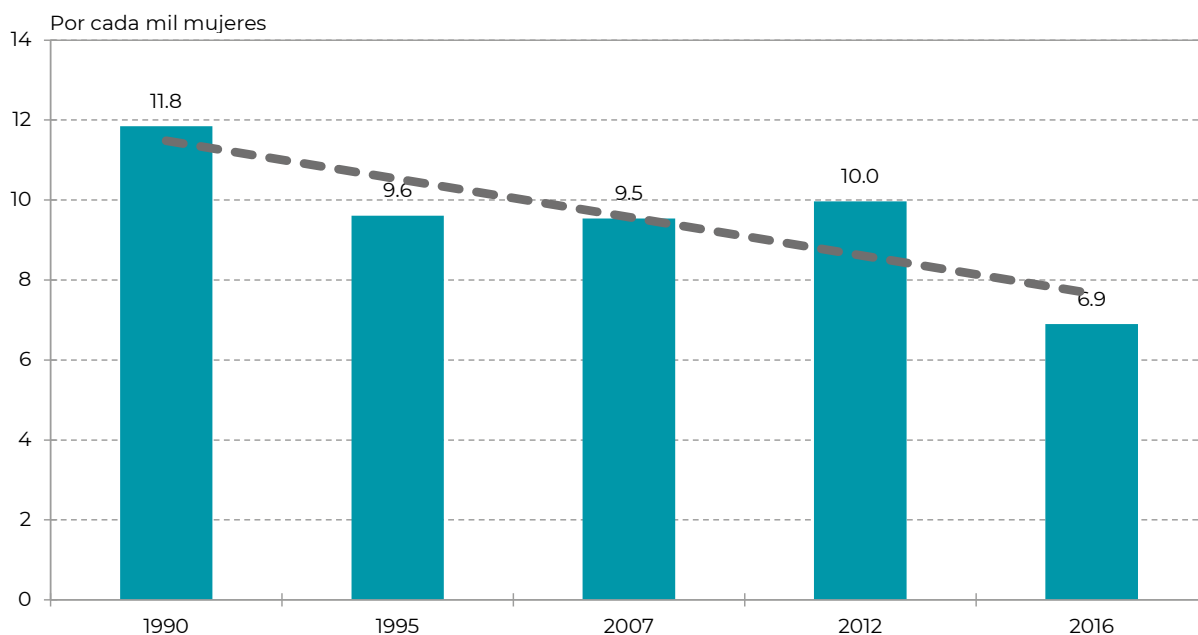
En Quintana Roo, las tasas de aborto⁴⁴ estimadas con base en la ENADID en MEF de 15 a 49 años mostraron en general que hubo un descenso entre 1990 y 2016, pues este indicador pasó de 11.8 a 6.9 abortos por cada mil MEF, aunque destacó 1995 con un descenso, el mínimo histórico al estimarse en 6.5 abortos por mil (véase gráfica 5.7). Es probable que este aumento se deba a una mayor declaración de los eventos, o bien, a un incremento real por diversas causas en el contexto social económico o de servicios de salud.

En México, el aborto se regula a nivel de cada entidad federativa y es considerado un delito con excluyentes de responsabilidad penal o causales de no punibilidad, es decir, hay circunstancias bajo las cuales no se castiga o no se considera como un delito. En la última década, algunas entidades federativas han ampliado el número de causales legales contempladas en su legislación penal, haciéndolas más permisivas. Destaca en particular la inclusión de la causal de riesgo a la salud en los casos de Colima (2011), Guerrero (2014) y Coahuila (2017),⁴⁵ así como la exclusión de responsabilidad por situación económica precaria en el caso de Michoacán (2016) (GIRE, 2018).

En la actualidad, todos los códigos penales contemplan la violación como causal de exclusión o no punibilidad; 30 entidades establecen como causal que el aborto sea resultado de una conducta imprudencial o culposa; 24, que exista peligro de muerte de la mujer embarazada; 16, que la mujer enfrente riesgo a su salud; 16, que el producto presente alteraciones congénitas o genéticas graves; 13, que el embarazo sea resultado de inseminación artificial no consentida, y dos, que haya causas económicas para interrumpir el embarazo. El Código Penal Federal, por su parte, contempla solo el aborto culposo, la violación sexual y el peligro de muerte como causales de no punibilidad (Ipas, 2020).

⁴⁴ Se refiere a tasas específicas de fecundidad trianuales que son la relación del agregado de los abortos 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 en la medida de lo posible fluctuaciones de la información. De este modo, las tasas están centradas y por tanto se refieren al año t.

⁴⁵ La SCJN declaró inconstitucional el artículo 196 del Código Penal de Coahuila, que establece hasta tres años de cárcel a quienes abortan de manera voluntaria.

Gráfica 5.7. Quintana Roo. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990-2016

Nota: el coeficiente de variación (CV) supera el 15%, por lo que el uso debe ser medurado y considerando las causas de la alta variabilidad y de otros indicadores de precisión y confiabilidad, como el intervalo de confianza.

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992, 1997, 2009, 2014 y 2018.

Dichas restricciones han representado un obstáculo para las mujeres que solicitan servicios de aborto en instituciones de salud federales, incluso en entidades cuya legislación local contempla un mayor número de causales legales. Sin embargo, se continúa trabajando por cambiar esta situación desde 2007 en la Ciudad de México, Oaxaca en 2019 (Ipas 2020), Hidalgo en 2021 (Ipas, 2021a), Veracruz en 2021 (Ipas, 2021b), Baja California en 2021 (Ipas, 2021c), Colima en 2021 (Ipas, 2021d), y más recientemente, Sinaloa en 2022 (Ipas, 2022e) y Guerrero en 2022 (Ipas, 2022f),⁴⁶ modificaron sus legislaciones estatales para legalizar la interrupción del embarazo que permiten el aborto por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación. Además, el 7 de septiembre de 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) se pronunció por primera vez a favor de garantizar el derecho a decidir de las mujeres y personas gestantes, sin enfrentar consecuencias penales, declarando inconstitucional

la criminalización del aborto en México, abriendo la puerta para una legalización de este en todo el país (SCJN, 2021).

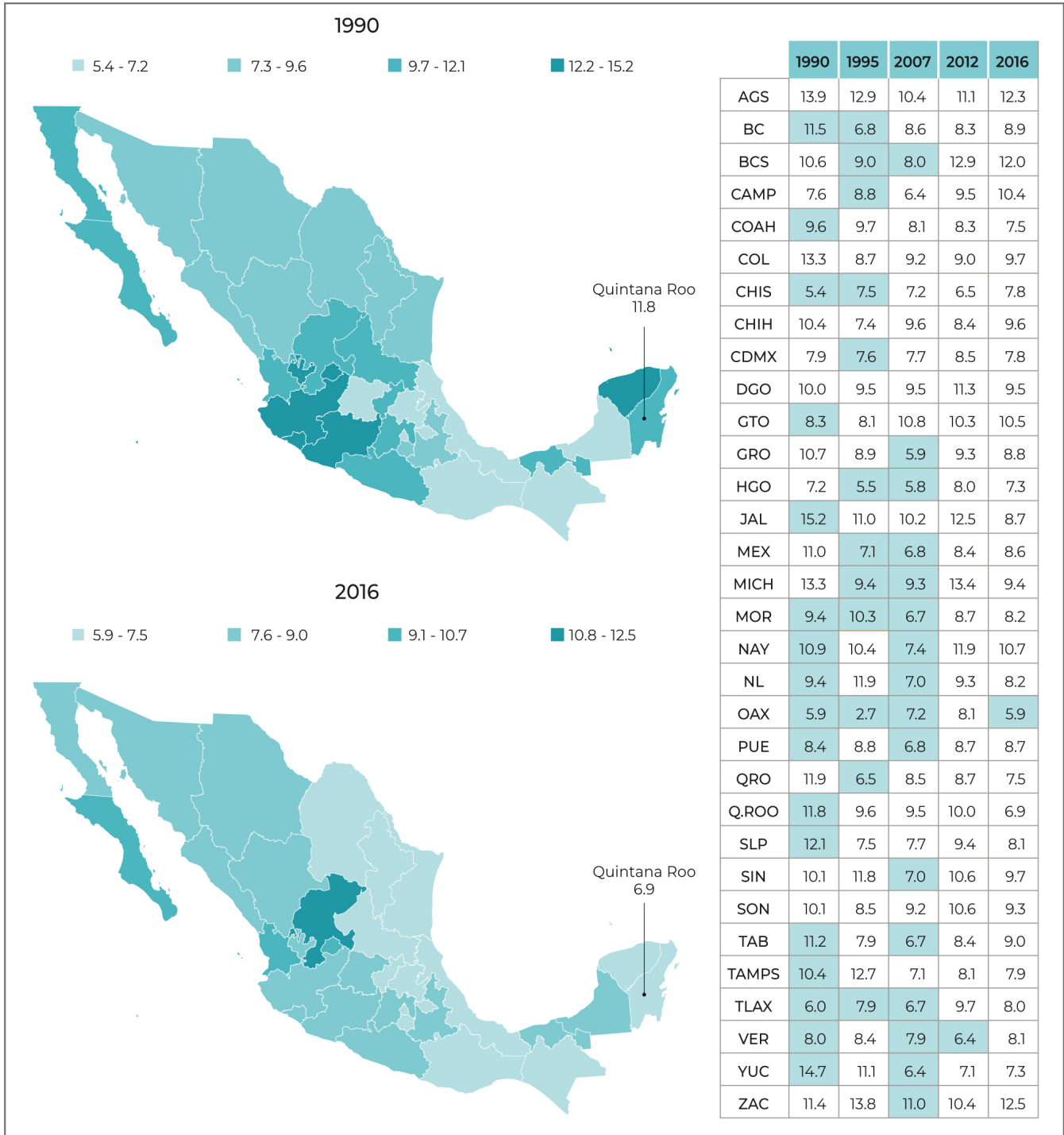
Entre 1990 y 2016, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con el mayor descenso en el número de abortos, esto debido a que el porcentaje de mujeres cuyo embarazo terminó en aborto bajo en 41.8 por ciento. De esta forma en 2016, Quintana Roo se posicionó en el lugar número dos de las entidades con menor tasa de aborto, (véanse mapas 5.3).

Como ya se mencionó, es posible que las mujeres no declaren en su totalidad los procedimientos a los cuales se han sometido, por lo que no se cuenta con la totalidad de los casos, lo que puede derivar en una imprecisión en las correlaciones que se desearían establecer.

En este sentido, la edad está relacionada con los planes sobre maternidad de las mujeres e incide en el tipo de método anticonceptivo que se adopta. Por ejemplo, las mujeres jóvenes usan métodos temporales para posponer el primer nacimiento o espaciar los subsecuentes, como el condón, las pastillas y las inyecciones que

⁴⁶ Las entidades que se han considerado en esta publicación son las que hasta junio de 2022 incorporaron a su legislación la ILE.

Mapa 5.3. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990 y 2016



Los coeficientes exceden el 15% en las entidades sombreadas, lo que indica que no se cuenta con un tamaño de muestra suficiente para hacer una estimación confiable de dichos indicadores.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992, 1997, 2009, 2014 y 2018.

requieren usarse de forma adecuada y consistente. Por lo que, las mujeres jóvenes tienen mayor riesgo de experimentar un embarazo no esperado y por tanto un aborto, debido al uso inconsistente e incorrecto de los métodos que utilizan, respecto a las mujeres de 35 años o más, las cuales generalmente dependen de los métodos definitivos altamente efectivos como la oclusión tubaria bilateral (OTB) y vasectomía (Juárez *et al.*, 2013).

Es posible que las mujeres adolescentes presenten una subdeclaración importante en la encuesta, como resultado de un mayor estigma social al declarar abortos que en otros grupos de edad, ya que otros estudios (Juárez *et al.*, 2013) las señalan como el segundo grupo con las mayores tasas de aborto, lo cual parece plausible, ya que son las que presentan la más alta NIA y el mayor porcentaje de embarazo no planeado y no deseado (véase capítulo 7). Las adolescentes enfrentan mayores obstáculos para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y un trato negativo que podrían recibir de los proveedores de servicios de salud al no estar informadas de su derecho a la atención, la carencia de información precisa sobre métodos anticonceptivos, así como la falta de autonomía y por consiguiente la incapacidad para negociar el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas. Por lo que es posible que, en muchos casos, la consecuencia de dichos obstáculos sea un aborto inducido (Juárez *et al.*, 2013).

Las normas culturales del país alientan a las parejas a consolidar su unión y tener descendencia inmediatamente después del matrimonio o unión, de modo que la mayoría de las mujeres en Quintana Roo comienzan a usar métodos anticonceptivos sólo después del nacimiento de su primera (primer) hija(o) (Quilodrán y Juárez, 2009). De esta forma, con la ENADID 2018 en Quintana Roo, apenas menos de la mitad (44.8%) de las MEFSAs sin hijas(os) usaban métodos anticonceptivos modernos, mientras que las que tenían una(un) hija(o) el porcentaje de usuarias fue de 55.4 por ciento y sólo a partir de aquellas que tienen dos hijas(os), el uso de anticonceptivos modernos supera el setenta por ciento (véase capítulo 7).

Lo anterior señala que es probable que las MEFSAs; es decir, las expuestas al riesgo de un embarazo, encuentren mayores obstáculos para

espaciar o limitar la llegada de la (del) segunda(o) hija(o), pues si bien la mezcla de métodos que usan aquellas que ya han tenido una(un) hija(o), está compuesta principalmente por métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) de mayor efectividad como el dispositivo intrauterino (DIU), parche e implante, también un alto porcentaje de ellas usa métodos como pastillas, inyecciones, condón masculino y métodos tradicionales, en los que la tasa de falla por uso incorrecto e inconsistente es mayor, por lo que podrían enfrentar más fácilmente un embarazo no intencional y recurrir a un aborto. Asimismo, conforme avanza la paridez, la tasa de abortos disminuye como resultado de un mayor uso de métodos modernos y cada vez más efectivos como la OTB y el DIU (véase capítulo 7). Lo que hace necesario garantizar la anticoncepción y asesoría postevento obstétrico, que permita a las mujeres elegir el momento más adecuado para la maternidad y evitar problemas a su salud asociados a un evento de este tipo.

Aun cuando los niveles de uso de métodos anticonceptivos fueran altos, en caso de un embarazo no planeado o no deseado es posible que la mujer se encuentre motivada para evitarlo. Ningún método anticonceptivo ni tradicional ni moderno es totalmente efectivo y el embarazo no intencional puede resultar de no usar métodos, pero también de usar anticonceptivos poco efectivos como el ritmo y el retiro, pero también de la falla de un método como resultado de un uso incorrecto o inconsistente (Juárez *et al.*, 2013).

Conclusiones

El absoluto ejercicio del derecho a decidir libre y responsablemente el mejor momento para procrear, el número de hijas(os) y el espaciamiento entre los nacimientos, depende de diversos factores, entre ellos cubrir la demanda de métodos anticonceptivos, vencer los obstáculos sociales, solventar las deficiencias institucionales y legales, en este sentido eliminar las limitaciones en el acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo resulta primordial.

El acceso a este derecho es aún paulatino, ya que se observa que la edad media al

nacimiento de la (del) primera(o) hija(o) es cada vez menor, y se combina con un alto porcentaje de mujeres que manifiestan el no deseo y la no planeación de estos. Asimismo, estos indicadores aumentan persistentemente entre las mujeres más vulnerables: adolescentes, hablantes de lengua indígena y residentes en zonas rurales, lo que se ve materializado en mayores tasas globales y específicas de fecundidad.

Garantizar este derecho implica el acceso pleno a servicios de planificación familiar y anticonceptivos modernos, así como una mejor asesoría sobre estos como acciones prioritarias, pero también implica el fortalecimiento de la EIS que proporcione a las personas la oportunidad desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos con relación a aspectos de la sexualidad y reproducción, a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor.

Estas herramientas permitirán a las personas negociar el uso de métodos anticonceptivos para planear el mejor momento para la llegada de su descendencia, establecer relaciones más igualitarias en las que sea posible acordar el número y espaciamiento de la descendencia, evitar relaciones basadas en violencia que puedan derivar en embarazos no deseados, así como aumentar la corresponsabilidad de los varones en la sexualidad y la reproducción, actores que deben convertirse en clave para evitar embarazos no intencionales y evitar que la responsabilidad de estos siga recayendo únicamente en las mujeres.

En México, el respeto por las obligaciones de los derechos humanos implica garantizar el acceso a las causales legales de aborto ya existentes, en especial la causal por violación, contemplada tanto en los códigos penales de todas las entidades federativas y en el Código Penal Federal, como en la legislación general para víctimas de violencia sexual, de acuerdo con la cual las instituciones de salud deben proporcionar el servicio sin requisitos adicionales, más que una declaración jurada por parte de la víctima de que el embarazo es producto de una violación (GIRE, 2018).

Como lo señala GIRE (2018) mientras que el aborto se siga considerando un delito en lugar de un servicio de salud, las mujeres seguirán

enfrentando violaciones a sus derechos reproductivos, incluso cuando busquen acceder a interrupciones bajo circunstancias contempladas en la ley. La despenalización del aborto de forma voluntaria es una deuda que el Estado tiene con las mujeres en México, en particular aquellas que enfrentan mayores condiciones de marginalidad, quienes también sufren de manera más frecuente las consecuencias no tener acceso a este procedimiento.

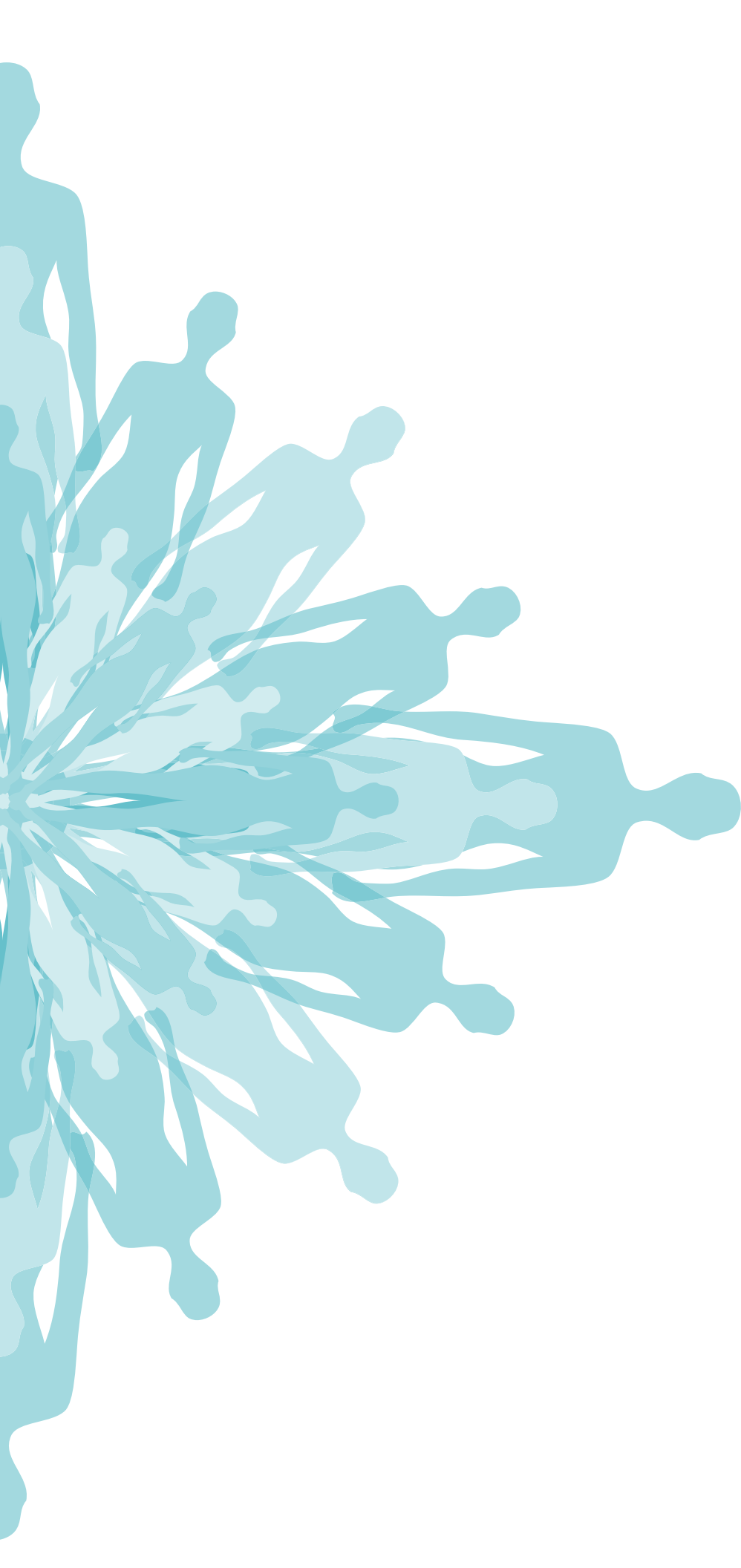
Bibliografía

- Bongaarts, J. (1990). The Measurement of Wanted Fertility. *Population and Development Review*, 16(3), 487-506. <https://doi.org/10.2307/1972833>
- Carmona (2013). El matrimonio infantil en México y sus implicaciones en las niñas y adolescentes. Mención Especial Ensayo 2013 por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, Biblioteca Virtual de la SCJN. http://www.equidad.SCJN.gob.mx/biblioteca_virtual/concursos/2013-01-05.pdf
- Casterline, J., El-Zanatay, F. y El-Zeini, L. (2004). Unmet Need and Unintended Fertility: Longitudinal Evidence from Upper Egypt. *International family planning perspectives*. <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2003/11/unmet-need-and-unintended-fertility-longitudinal-evidence-upper-egypt>
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2015). Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, 6 a 9 de octubre de 2015. Ciudad de México. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf
- CEPAL-UNICEF [Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia] (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35990->

- maternidad-adolescente-america-latina-caribe-tendencias-problemas-desafios
- Chandomí, P. J. (2016). "Matrimonios forzados en Chiapas: cuando los usos y costumbres se imponen a la Constitución". https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2017-05/2dolugarReportajeEscrito2016_0.pdf
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011). Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana, México, 2011. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/perfiles-de-salud-reproductiva-2011>
- (2012). ¿Qué se hizo en México en Educación en Población? En ¿Qué es CONAPO? Quehacer Institucional. http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Que_se_hizo_en_Mexico_en_educacion_en_poblacion
- (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva - República Mexicana, México, 2016. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Delpino, M. A. (2015). Encrucijadas de la sexualidad femenina en la adolescencia. En Eros y Anteros. Visiones sobre la Sexualidad Femenina. Patrimonio femenino. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Pág. 64-71. <http://www.ibermuseum.org/wp-content/uploads/2015/09/Eros.pdf#page=64>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2019). Código Civil Federal. Artículo 148, reformado DOF 14-03-1973, 23-12-1974, 09-04-2012, 03-06-2019. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561717&fecha=03/06/2019
- García, R. y Escoto, C. A. (2018). El deseo individual de (más) hijos y su concordancia en el interior de los núcleos conyugales en México. Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 33, núm. 3 (99), 2018, pp. 559-599. https://www.researchgate.net/publication/327035942_El_deseo_individual_de_mas_hijos_y_su_concordancia_en_el_interior_de_los_nucleos_conyugales_en_Mexico
- GIRE [Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.] (2018). La pieza faltante Justicia reproductiva. Embarazo adolescente, penalización del aborto, violencia obstétrica, muerte materna, seguridad social incompleta. <https://justiciareproductiva.gire.org.mx/assets/pdf/JusticiaReproductiva.pdf>
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
- (2016). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe Ejecutivo 2016. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218156/Informe_2015_GIPEA.pdf
- (2018). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). Informe de los indicadores para monitoreo y evaluación de la ENAPEA. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/primer-informe-de-indicadores-2017?idiom=es>
- Gobierno de México (2020). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). Informe de los indicadores para monitoreo y evaluación de la ENAPEA. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segundo-informe-de-indicadores-2018?idiom=es>
- Gómez, P. I., Molina, R. y Zamberlein, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1228>
- González, M. y Ramos, S. (2020). Evaluación de la ENAPEA. Informe final de sistematización de la metodología de trabajo, los hallazgos y las recomendaciones de la consultoría. EURO-SOCIAL. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/600726/INFORME_FINAL_EVAL_ENAPEA_14_13_2020.pdf

- Hernández, M. F., Tapia, G., Alarcón, X. y Muradás, M. (2015). "Aproximaciones al nivel de la fecundidad en México 1990-2014", La Situación demográfica de México 2015, Ciudad de México. https://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones_al_nivel_de_la_fecundidad_en_Mexico_1990-2014
- Hernández, M. F., Muradás, M. y Sánchez, M. (2015). Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014 en La situación demográfica de México 2015. CONAPO. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2695/1/images/03_panorama.pdf
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Ipas (2020). Causales de aborto legal. Ipas México. <https://blog.ipasmexico.org/causales-de-aborto-legal/>
- Ipas (2021a). ¡Es ley! Hidalgo se convierte en la tercera entidad en despenalizar el aborto. Ipas México. <https://ipasmexico.org/2021/06/30/es-ley-hidalgo-se-convierte-en-la-tercera-entidad-en-despenalizar-el-aborto/>
- Ipas (2021b). Es Ley Veracruz. Aborto Legal, Blog. Julio 20, 2021. <https://ipasmexico.org/2021/07/20/es-ley-veracruz/>
- Ipas (2021c). Movimiento feminista logra impulsar aprobación de aborto voluntario a las 12 semanas de gestación en Baja California - Ipas México (ipasmexico.org). <https://ipasmexico.org/2021/10/29/movimiento-feminista-logra-impulsar-aprobacion-de-aborto-voluntario-a-las-12-semanas-de-gestacion-en-baja-california/>
- Ipas (2021d). Con dos nuevas causales, Colima se convierte en la sexta entidad en despenalizar el aborto - Ipas México (ipasmexico.org). <https://ipasmexico.org/2021/12/01/con-dos-nuevas-causales-colima-se-convierte-en-sexta-entidad-en-despenalizar-el-aborto/>
- Ipas (2022e). Sinaloa "despenaliza el aborto" con errores jurídicos que violan diversos derechos reproductivos. <https://ipasmexico.org/2022/03/08/sinaloa-despenaliza-el-aborto-con-errores-juridicos-que-violan-diversos-derechos-reproductivos/>
- Ipas (2022f). Guerrero se convierte en la octava entidad en despenalizar el aborto voluntario. <https://ipasmexico.org/2022/05/18/guerrero-se-convierte-en-la-octava-entidad-en-despenalizar-el-aborto-voluntario/>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. y Wulf, D. (2013). Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias, México, Guttmacher Institute y el Colegio de México. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-aborto-en-mexico_1.pdf
- Juárez, F. y Gayet, C. (2014). Transiciones a la Vida Adulta en Países en Desarrollo. Annual Review of Sociology. 40. S-1. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145709>
- Juárez, F., Bankole, A. y Palma, J. L. (2019). Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. PLoS ONE 14 (12): e0226522. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0226522>
- Meneses, E. y Ramírez, M. (2018). Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres. En CONAPO La situación demográfica de México 2017. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344287/03_Meneses_Ram_rez.pdf
- Ortega, N. C. (2016). La mirada distraída. Los matrimonios forzados en las comunidades indígenas de México: ¿tradicción cultural o violencia de género? <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2017-05/2dolugarEnsayo2016.pdf>
- OMS [Organización mundial de la Salud] (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/
- Pantelides, E. A. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12759>

- Quilodrán, J. y Juárez, F. (2009). "Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo desde sus propios relatos", *Notas de Población*, Año xxxv. Núm. 87:63-94. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12841?locale-attribute=en>
- Regules, R. (2014). *Sí quiero... y no puedo... Migración y el imaginario reproductivo*. Tesis doctoral. México: El Colegio de México, A.C., Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. https://repositorio.colmex.mx/catalog?f%5Bresource_type_sim%5D%5B%5D=Tesis+de+Doctorado&f%5Bsubject_sim%5D%5B%5D=Fecundidad+humana&locale=es&per_page=100&search_field=unit_tesim&sort=date_created_sim+desc
- SCJN [Suprema Corte de Justicia de la Nación] (2021). Suprema corte declara inconstitucional la criminalización total del aborto. Comunicados de Prensa. No. 271/2021. Ciudad de México, a 07 de septiembre de 2021. <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/comunicado.asp?id=6579>
- SEGOB [Secretaría de Gobernación] (2018). Análisis de causalidades del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. CDMX. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis_de_Causalidades_final_04_04_2019.pdf
- ss [Secretaría de Salud] (2002). *Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto* (Primera Ed). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
- Szasz, I. y Lerner, S. (2010). "Salud reproductiva y desigualdades de la población", en: García, Brígida y Ordorica, Manuel (Coords.), *Los grandes problemas de México, Tomo I: Población*, El Colegio de México.
- Starrs, A. M., Ezeh A. C., Barker G. et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. En *Estado de la Población Mundial 2013*. Nueva York <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013.pdf>
- (2019). *Un asunto pendiente la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
- Westoff, C. y Cross, A. R. (2006). *The Stall in the Fertility Transition in Kenya*. DHS Analytical Studies No. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro. <https://dhsprogram.com/publications/publication-as9-analytical-studies.cfm>
- Westoff, C. (1990). Reproductive Intentions and Fertility Rates. *International Family Planning Perspectives*, 16(3), 84-89. <https://doi.org/10.2307/2133304>



Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual

6

La Educación Integral en Sexualidad (EIS) es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudio que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a la población infantil y joven de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderen para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos (UNESCO, 2018).

En México la planificación familiar y anticoncepción es un derecho respaldado jurídicamente por el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijas(os). Asimismo, este derecho se establece en otros documentos normativos y legislativos nacionales, en conjunto con tratados, convenciones y acuerdos internacionales (ss, 2015; Gobierno de México, 2020).

Para que las personas mexicanas puedan ejercer estos derechos, deben recibir una educación progresiva, inclusiva e integral en sexualidad, conocer y disponer de los métodos anticonceptivos con el fin de que puedan contar con los elementos para decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Es por lo mismo que en México desde el año 1972, cuando se introdujeron contenidos de sexualidad humana en los programas de educación básica, se ha ido modificando el currículo nacional de educación básica, hasta el de 2011 (vigente), en el que se incluye el tema de educación sexual (SEP, 2016), con el objetivo de que las niñas y los niños empiecen a aprender a ejercer sus derechos sexuales.

6.1 Abandono escolar y causas

Existen diversas razones de tipo económico, social, geográfico y hasta escolar que dificultan la permanencia de niñas, niños y adolescentes en la educación formal; lo que trae como consecuencia que la desigualdad de oportunidades en una generación se reproduzca en la siguiente, provocando elevados costos sociales y privados sobre todo



en los países en desarrollo, debido a que se dispone y dispondrá de una fuerza laboral menos competente y más difícil de calificar, porque cuando las personas no alcanzan los niveles mínimos de educación no les es posible aprovechar los beneficios de los programas de capacitación y empleo ofrecidos por los Gobiernos o por el sector privado. Asimismo, representan un costo social porque es mayor el gasto para financiar programas sociales y de transferencias a los sectores que no logran generar sus propios recursos (Hopenhayn, 2002).⁴⁷ En ese sentido, se ha estimado que el abandono y el rezago educativo vinculados al embarazo en la adolescencia y a la maternidad temprana representan para el país un costo o pérdida anual estimada en 31 mil millones de pesos mexicanos, lo que equivale aproximadamente a 1.6 mil millones de dólares (UNFPA, 2020).

En la etapa de la adolescencia es indispensable el desarrollo de capacidades y habilidades por medio de la educación formal, por lo que interrumpirlo se traduce en una pérdida de años de estudio e ingresos que en un futuro las y los adolescentes estarían recibiendo (INSP, 2015). Asimismo, que las y los adolescentes alcancen un nivel educativo alto les permitirá que en el futuro, en el caso de las mujeres puedan acceder a una mejor atención médica y de orientación sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva, a posponer la edad a la(al) primera(primer) hija(o) y a decidir tener menos hijas(os); mientras que para los hombres implica que tengan una mayor disponibilidad en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, en la participación del cuidado infantil y en los roles de convivencia familiar; con lo que además se estaría alcanzando la igualdad de género (Starrs *et al.*, 2018).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 en Quintana Roo, 82.4 por ciento de la población de 6 a 19 años asistió a la escuela, en el caso de niñas y niños de 6 a 11 años el porcentaje de asistencia escolar fue de 91.3, entre el grupo de 12 a 14 años bajó a 89.2, mientras que entre la población adolescente

(15 a 19 años) disminuyó a 65.7 por ciento. Cabe señalar que, entre niñas, niños y adolescentes se presentó poca diferencia en el porcentaje de asistencia escolar, aunque para el grupo de total de 6 a 19 años fue mayor el porcentaje de mujeres respecto a los hombres (83.5% vs 81.5%), y dicha situación fue diferente en el grupo de 12 a 14 años (88.7% vs 89.7%) y fue mayor de 15 a 19 años (68.6% vs 62.8%), (véase gráfica 6.1).

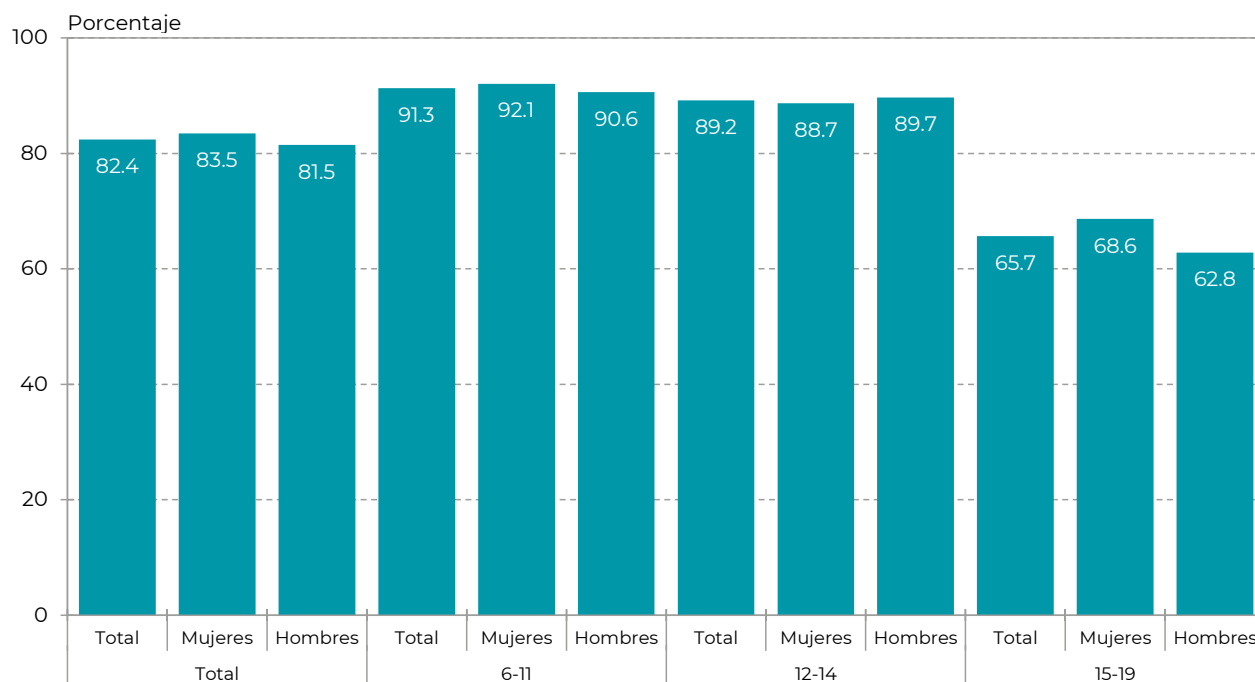
Anteriormente, el abandono escolar se percibía como un problema atribuible, sobre todo, a causas relacionadas con la economía de los hogares (Climent, 2002; Tuirán y Hernández, 2015). En contraste, hoy se sabe que es un fenómeno multifactorial. Los factores que se asocian a este no solo tienen que ver con la economía de los hogares o con su condición social, sino también con aspectos “anclados” en la escuela, como el clima escolar, las estrategias y metodologías de enseñanza — que contribuyen a determinar el logro escolar de las y los jóvenes— así como las políticas escolares de atención a la reprobación, entre otros (Tuirán y Hernández, 2015). Asimismo, la falta de interés en las clases o el ausentismo derivado de lo expuesto anteriormente, son factores detonadores del abandono escolar (Tuirán y Hernández, 2015).

En Quintana Roo de acuerdo, a estimaciones realizadas con la ENADID 2018,⁴⁸ se encontró que entre las adolescentes y jóvenes (15 a 19 y 20 a 24 años) que abandonaron la escuela, en primer lugar, fue la falta de dinero o recursos, tenían que trabajar o habían entrado a trabajar (38.7%), en segundo lugar, por reprobación de materias, no querían o no les gustaba estudiar o ya habían logrado su meta educativa (29.9%). Cabe señalar que, en muchos países el abandono escolar se atribuye al embarazo en adolescentes, sin embargo, es más probable que el embarazo y el matrimonio antes de los 20 años sean consecuencias y no causa del abandono escolar, ya que una vez que las adolescentes dejan la escuela, es posible que sigan un embarazo o matrimonio en poco tiempo (Lloyd y

⁴⁷ La Revista Iberoamericana de Educación es una publicación monográfica cuatrimestral editada por la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI, 2002).

⁴⁸ La ENADIS 2017 incluye la información sobre causa de abandono escolar y es posible desagregarla por sexo, sin embargo, los resultados no son representativos por entidad federativa, razón por la cual se realiza la estimación con la ENADID, en la que además se agrupo a mujeres adolescentes y jóvenes (15 a 19 y 20 a 24 años) para obtener estimaciones confiables.

Gráfica 6.1. Quintana Roo. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años por sexo y grupos de edad según condición de asistencia escolar, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

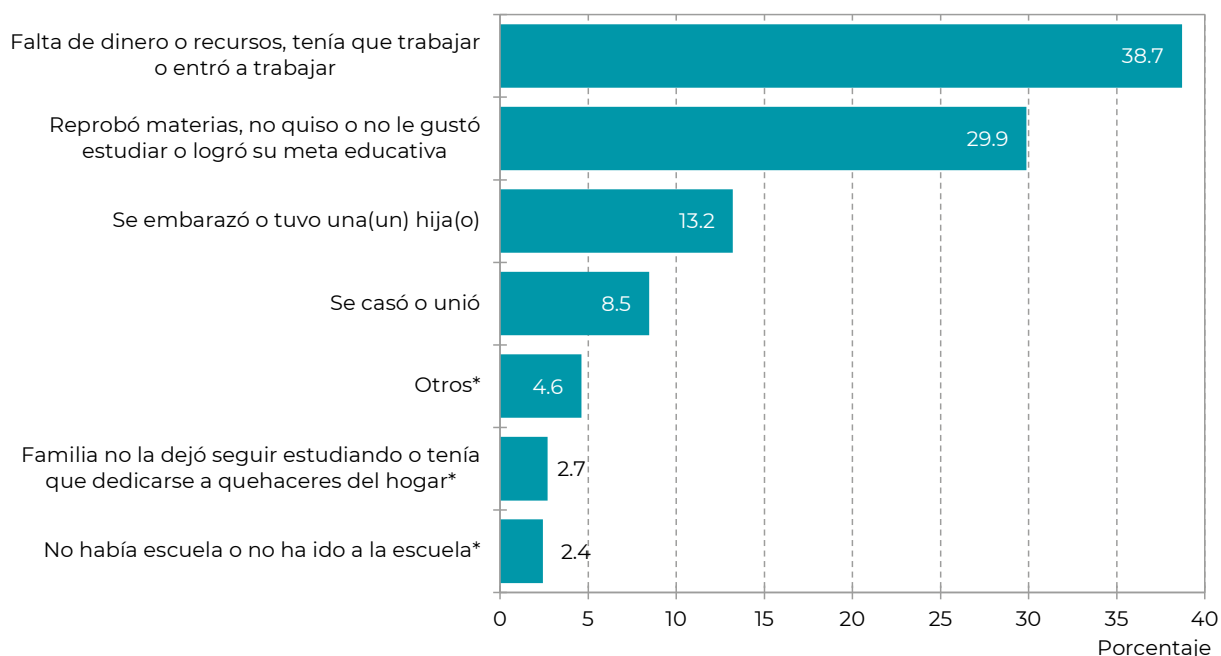
Young, 2009). En la entidad, el abandono de la escuela por embarazo o nacimiento (13.2%) se ubicó en tercer lugar y por último por unión (8.5%) se ubicó como la cuarta razón (véase gráfica 6.2). Cabe señalar que las razones de abandono escolar asociadas a otros motivos, que no había escuela en el lugar donde vivía o que la familia no las dejó seguir estudiando, tienen baja representatividad derivado del pequeño tamaño de muestra en la encuesta.

Después de la familia, la escuela es el contexto de mayor influencia en la vida de la población joven (Blum *et al.*, 2014). La asistencia al sistema escolarizado permite, de manera particular a las niñas y adolescentes, adquirir los conocimientos y capacidades para desarrollarse en un futuro; en particular al asistir a la escuela es más probable que reciban EIS y capacitación en habilidades para la vida, situación que facilita el aprendizaje sobre el cuerpo y las relaciones de poder y de género y les permite evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS) durante la adolescencia (UNFPA, 2017). Además, en la escuela se adquieren competencias para la vida como

la comunicación y negociación que, al coartarlas, sobre todo las mujeres se sitúan en mayor desventaja durante la adolescencia y al llegar a la edad adulta (UNFPA, 2017).

De acuerdo a los resultados de Quintana Roo, destaca que entre las adolescentes y jóvenes declaren la falta de interés en la escuela, porque no querían, no les gustaba o que lograron su meta educativa, como la segunda causa de abandono, lo que implica que se deben adecuar la currícula escolar, de modo que los contenidos resulten atractivos para las y los adolescentes, y que les permita ver un costo-beneficio al continuar con sus estudios, esta es una acción que ya se está llevando a cabo por la Secretaría de Educación Pública (SEP) (Gobierno de México, 2020).

Asimismo, continúa prevaleciendo la carencia económica como primera causa, lo que lleva a dar continuidad a la entrega de becas escolares y procurar la oportuna entrega de los recursos en los estados, consolidando sistemas de apoyo para estudiantes más propensos a dejar la escuela, focalizando poblaciones con mayores carencias y necesidades, como la población indígena, a las

Gráfica 6.2. Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años por razones de abandono escolar, 2018

Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

adolescentes embarazadas o que ya son madres, entre otros grupos, sin dejar de lado a la población estudiantil en general. De igual forma, es indispensable sumar esfuerzos de articulación y coordinación de acciones entre las distintas instituciones para lograr la reinserción escolar de las y los adolescentes que no trabajan, no estudian, ni reciben capacitación y observar la permanencia escolar como un vehículo para que las personas en general, pero sobre todo que las niñas, puedan tener un desarrollo integral, y obtener los conocimientos necesarios para enfrentar la vida, entre los que destacan la EIS para prevenir embarazos e ITS.

6.2 Análisis de las preguntas sobre las campañas de salud sexual y reproductiva

Con el objetivo de que las niñas, niños y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, el gobierno tiene la obligación de realizar campañas informativas, tal y como lo señala el artículo 68 de la ley General de Salud: "...los servicios de planificación familiar incluyen la promoción del desarrollo de

programas de comunicación educativa en materia de planificación familiar y educación sexual, la atención y vigilancia de la población usuaria, la asesoría, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios, el apoyo y fomento de la investigación, la existencia de los métodos anticonceptivos y de otros insumos necesarios, y la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas".

La Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) tiene entre sus atribuciones "elaborar y difundir programas de información, educación y comunicación en materia de población (DOF, 2012)". Bajo este marco, esta institución ha tenido un papel relevante en el desarrollo de estrategias de comunicación para mantener informada a la población y promover la modificación de comportamientos y actitudes en torno al tamaño de las familias y los ideales reproductivos (Gobierno de la República, 2015). Una parte importante de estas estrategias comprende el desarrollo de campañas entre las que destacan "Vámonos haciendo menos", "La familia pequeña vive mejor" y "Planifica, es cuestión

de querer” (Gobierno de México, 2020). La implementación de campañas se encuentra entre las prácticas más frecuentes para difundir información, fomentar comportamientos de prevención de conductas de riesgo, crear conciencia entre diversos grupos sociales y promover cambios sociales entre personas de diversas edades. (Gobierno de la República, 2015).

En la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), con la que se busca favorecer las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, menciona la necesidad de realizar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia (Gobierno de México, 2020).

Atendiendo los objetivos de la ENAPEA y dando continuidad a las estrategias de comunicación que ha realizado la SGCONAPO a lo largo de su historia, desde el año 2014 se han realizado y difundido campañas como “¡Infórmate es tu derecho!” en 2015 “Proyecto de vida”, en 2016 “Construye tu proyecto de vida”, durante 2018, “Prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual”, y a partir de 2020, “Yo decido”. Estas campañas han tenido el objetivo de contribuir a que las y los adolescentes y jóvenes menores de 20 años tomen decisiones informadas que les permitan disminuir los riesgos de un embarazo no planeado favoreciendo el desarrollo de un mejor proyecto de vida (Gobierno de México, 2020).

Dichas campañas pretenden informar a la población adolescente y joven del país sobre la importancia del cuidado de la salud sexual y reproductiva, tomando en consideración un enfoque de género, juventudes e intercultural que permita promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el acceso y ejercicio del derecho a decidir sobre la sexualidad y la reproducción, ya que las decisiones que tomen sobre su sexualidad en esa etapa de la vida, tendrán un importante efecto en su futuro y en la población de las siguientes décadas (Gobierno de México, 2020).

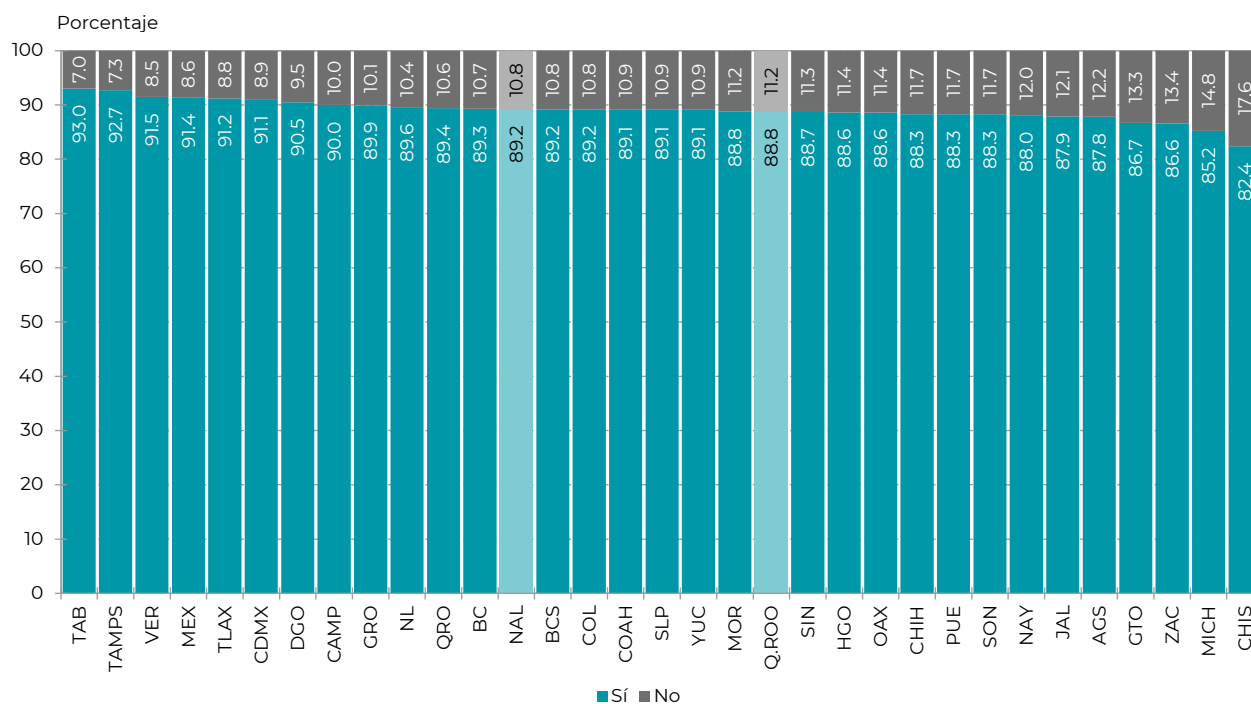
Las distintas versiones de la campaña se han difundido en medios de comunicación como

televisión, radio, periódicos, revistas, espectaculares y medios digitales, incluso a través de actividades en puntos de encuentro, para poder brindar información de primera mano y de forma amigable a las y los adolescentes y jóvenes. De esta manera, a través de estos años, en la institución se han desarrollado diversas estrategias integrales de comunicación para llevar el mensaje de prevención del embarazo en adolescentes a las distintas entidades federativas del país, incluyendo zonas rurales y urbanas (Gobierno de México, 2020).

Asimismo es importante señalar que la sensibilización de la población en general sobre el uso de métodos anticonceptivos mediante campañas es muy importante, sin embargo, la calidad de la asesoría brindada por parte del personal de salud tanto público como privado, sobre el uso de métodos anticonceptivos tiene una estrecha relación con su adecuada utilización, en la medida que permite proporcionar a las personas usuarias toda la información necesaria sobre el uso adecuado de los métodos, de sus posibles efectos secundarios y de las medidas que se deben tomar en caso de alguna omisión o contingencia con el anticonceptivo. De esta forma, si la calidad de la asesoría recibida es completa y apropiada, representa un factor fundamental en la disminución de embarazos no deseados durante el uso del método anticonceptivo en cuestión (Bertrand, 1994).

En este sentido se vuelve relevante la información sobre difusión de información que recolectó por primera vez la ENADID 2018, en la que se indagó si en los últimos 12 meses las mujeres en edad fértil (MEF) habían escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos, en diversos medios. Esta información reveló que, del total de MEF residentes en Quintana Roo, 88.8 por ciento escuchó información de este tipo durante el año previo al levantamiento de la encuesta, y se ubicó entre las entidades con menor porcentaje respecto a lo presentado a nivel nacional (89.2%), véase gráfica 6.3.

Los resultados anteriores muestran aún la existente heterogeneidad geográfica en la difusión y recepción de la información sobre esta temática, y como Quintana Roo presentó un bajo porcentaje de difusión de la información sobre

Gráfica 6.3. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil que han escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2018

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

métodos anticonceptivos, es recomendable que continúe con el seguimiento y amplíe la cobertura para la difusión de materiales audiovisuales y gráficos en radio, televisión, medios digitales y medios complementarios de las campañas por ejemplo de “Prevención del embarazo en adolescentes”. Asimismo, se sugiere que sea continua la mejora de los servicios de salud amigables para adolescentes en los que garantice servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, adecuada a las necesidades de la población de 10 a 19 años, en apego a la normatividad, incentivando la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad (INSP, 2015) a partir de la doble protección que consiste en el uso del condón masculino junto con otro método anticonceptivo moderno, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP).

6.3 Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos

La primera condición para que la población pueda recurrir a la anticoncepción para regular su

fecundidad y prevenir alguna ITS es el conocimiento de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el sector salud público o privado, pero lo más importante es que conozca cómo usarlos (Mendoza *et al.*, 2009; CONAPO, 2016).

Es primordial promover campañas dentro y fuera del sector salud para que la población en general, pero de manera primordial, niñas, niños y adolescentes conozcan los métodos anticonceptivos modernos y su correcta funcionalidad, esto con la finalidad de que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos y puedan decidir el método que desean utilizar, y con ello aumentar la efectividad de éstos y prevenir embarazos no deseados e ITS.

De acuerdo con la ENADID 2014 en Quintana Roo, 99.4 por ciento de las MEF conocía al menos un método anticonceptivo, y 95.4 por ciento sabía cómo usar al menos uno, para 2018 el porcentaje de las MEF que conoce al menos un anticonceptivo fue de 98.5 y de quienes sabían usarlo 95.1 por ciento, lo que indica que se dio una ligera disminución respecto a 2014. Al hacer el análisis por grupos de edad quinquenal de las mujeres

se observó que en 2018 el más alto porcentaje de mujeres que conocían al menos un método anticonceptivo y que sabían usar al menos un tipo de anticonceptivo se ubicó entre las mujeres de 25 a 29 años con porcentajes de 99.1 y 97.1,

respectivamente, mientras que entre las mujeres de 45 y 49 años se detectaron los menores porcentajes, 97.5 conocía al menos un método y entre las mujeres de 15 a 19 años 89.5 por ciento contaba con conocimiento funcional (véase cuadro 6.1).

Cuadro 6.1
Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo, 2014 y 2018

Características seleccionadas	Conocimiento			
	Existencia		Funcional	
	2014	2018	2014	2018
Total	99.4	98.5	95.4	95.1
Grupos de edad				
15-19	98.3	97.9	89.5	90.1
20-24	99.2	98.7	96.1	96.6
25-29	99.5	99.1	95.6	97.1
30-34	100.0	98.4	97.1	96.7
35-39	100.0	99.0	98.3	96.7
40-44	99.3	99.1	96.0	95.5
45-49	99.7	97.5	96.2	91.8
Paridez				
0	98.6	97.5	92.0	92.1
1	100.0	98.7	97.2	97.1
2	99.9	99.5	98.1	96.9
3	100.0	99.6	97.3	98.1
4 y más	98.6	97.9	93.5	92.3
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad y primaria incompleta	96.5	92.7	87.6	82.9
Primaria completa	98.3	96.3	91.2	89.3
Secundaria	99.7	98.8	94.4	94.3
Preparatoria y más	99.9	99.5	98.4	98.0
Lugar de residencia				
Rural	97.0	95.7	86.4	89.7
Urbano	99.7	98.9	96.4	95.7
Condición de habla de lengua indígena				
Habla lengua indígena	98.1	96.5	89.5	89.8
No habla lengua indígena	99.7	98.9	96.6	96.1
Discapacidad				
Con discapacidad	96.4	95.2	90.2	89.3
Con limitación	99.7	98.2	96.0	95.8
Sin discapacidad	99.4	98.7	95.5	95.1

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

En general en 2018, agrupando a las MEF residentes de Quintana Roo por sus diferentes características sociodemográficas se observó que se dio un ligero descenso en el porcentaje de MEF que identifican al menos un método anticonceptivo en comparación a 2014, y hubo un descenso heterogéneo en el porcentaje de MEF que reconocen cómo utilizar al menos un método anticonceptivo. Sin embargo, para ser más específicos, es evidente que las mujeres con tres hijas(os), las más escolarizadas, las residentes de áreas urbanas, no hablantes de lengua indígena y las que tienen alguna limitación fueron las que presentaron los mayores porcentajes, no solo en el conocimiento de la existencia de algún método, sino también, en saber cómo utilizarlos.

Lo anterior permite exponer las desigualdades existentes en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, derivadas de múltiples factores como lo son, el nivel económico, social, cultural y de género que limita su ejercicio. En este sentido, es necesario visibilizar las necesidades

de atención de poblaciones vulnerables, como las y los adolescentes, la población residente de zonas rurales, las menos escolarizadas, la población indígena y hablante de lengua indígena y con discapacidad, advirtiendo que para este último grupo es indispensable contar con fuentes de información más confiables y apropiadas.

Al comparar en 2018 los porcentajes de MEF con conocimiento de existencia y funcional de al menos un método anticonceptivo por entidad federativa (véase gráfica 6.4), se obtuvo que Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje (98.5% y 95.1% respectivamente) en comparación a lo presentado a nivel nacional tanto en conocimiento de existencia como funcional (98.6% y 95.6% respectivamente).

6.4 Conocimiento funcional por tipo de método anticonceptivo

El conocimiento y saber cómo se usa un método anticonceptivo permite que la persona pueda

Gráfica 6.4. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo según entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

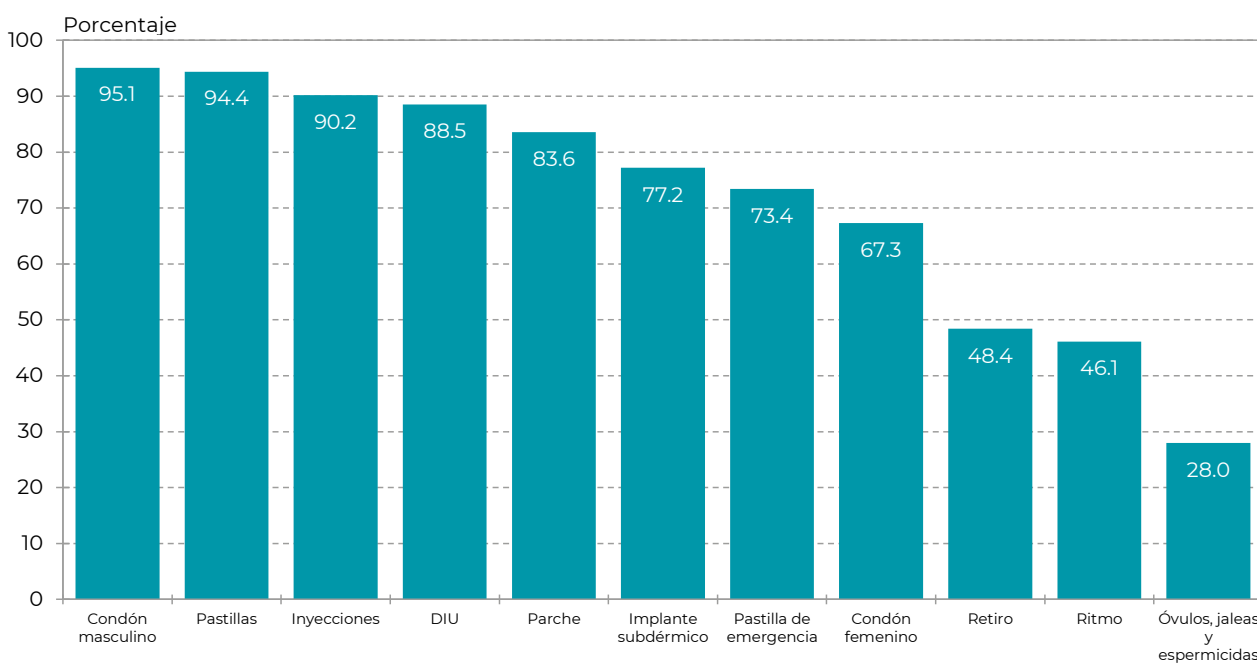
disfrutar de su vida sexual plena y saludablemente, sin preocupaciones de un embarazo no deseado o de contraer una ITS. Las personas pueden y deben decidir cuándo y cuántas(os) hijas(os) quieren tener, además los embarazos planeados tienen mayor probabilidad de recibir atención prenatal oportuna. En este sentido, el Gobierno de México, a través de los servicios de salud imparte asesorías de planificación familiar, las cuales buscan promover los derechos sexuales y reproductivos, sensibilizar a la población acerca de la prevención de embarazos no planeados e ITS, el uso adecuado de métodos anticonceptivos, así como la dotación de estos (Gobierno de México, 2020).

De acuerdo a información proveniente de la ENADID, se confirmó que el condón masculino y las pastillas anticonceptivas fueron los métodos más conocidos por las MEF residentes de Quintana Roo (95.1% y 94.4%). Sin embargo, se ha observado que no existe una relación directa entre conocer la existencia de un método anticonceptivo y el conocimiento funcional de éste, porque

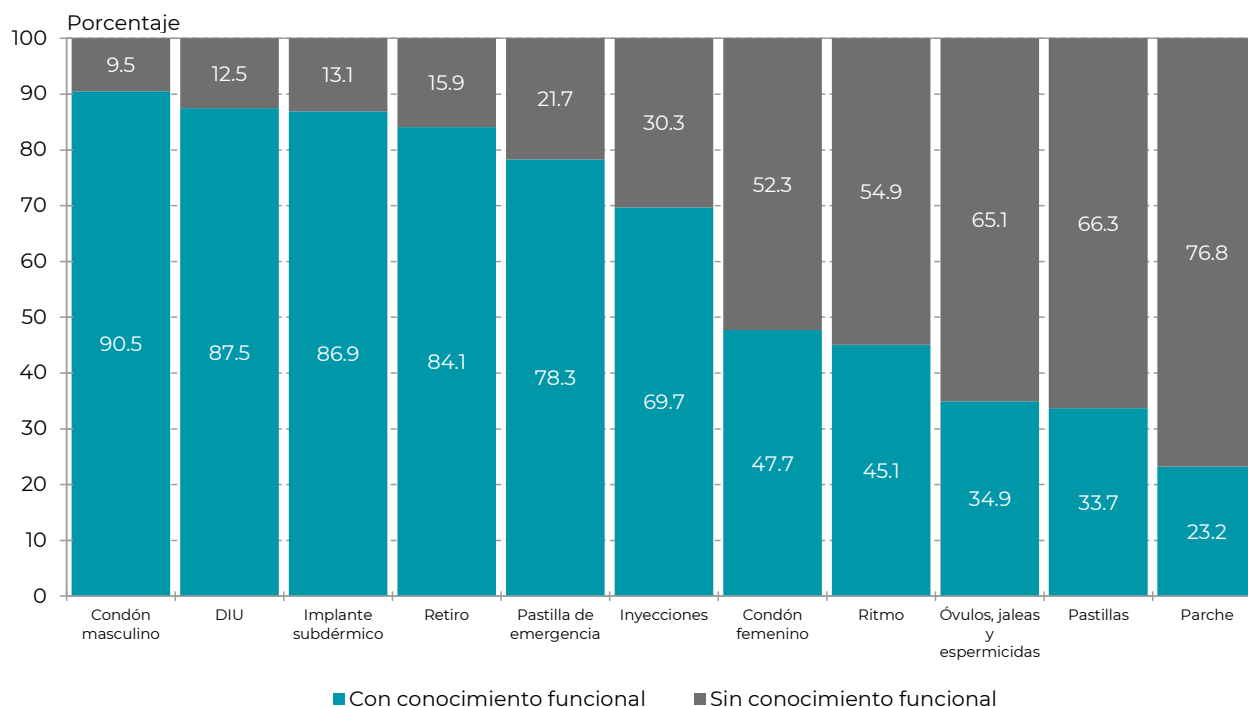
mientras el condón masculino fue el más conocido, la proporción de quienes sabían cómo usarlo bajó a 90.5 por ciento, y en el caso de las pastillas anticonceptivas, fue más bajo porcentaje de mujeres que sabían cómo utilizarlas (33.7%), lo cual puede asociarse a la complejidad y periodicidad con la que deben tomarse, por otro lado, se encontró que, los óvulos, jaleas y espermicidas fueron los anticonceptivos menos conocidos.

Asimismo, se observó que, 83.6 por ciento de las MEF conocía el parche anticonceptivo, pero un bajo porcentaje (23.2%) de mujeres sabía cómo se utiliza. En el caso de las inyecciones, 90.2 por ciento de las MEF las reconocían y más de la mitad (69.7%) sabe cada cuándo debe aplicarse. Mientras que, algunos métodos como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante subdérmico, que son identificados por nueve de cada diez MEF (88.5%) y cerca de ocho de cada diez mujeres (77.2%), respectivamente, son los anticonceptivos que se encuentran con una alta proporción de mujeres que saben usarlo con 87.5 y 86.9 por ciento, respectivamente (véanse gráficas 6.5 y 6.6).

Gráfica 6.5. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimiento de existencia de cada tipo de método anticonceptivo, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Gráfica 6.6. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por condición de conocimiento funcional según método anticonceptivo, 2018

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Los resultados demuestran que en Quintana Roo el método que más saben utilizar es el condón masculino, lo cual puede deberse al fácil acceso que tienen hombres y mujeres a este método, al encontrarlo en diversas instituciones públicas, incluidas las de salud o adquirirlo en farmacias o tiendas de autoservicio y, aunque el método anticonceptivo más identificado son las pastillas, un alto porcentaje de MEF no sabe cómo suministrarlas debidamente, ya sea porque no saben cada cuánto se toman o qué hacer en el caso de que se le olvide tomarla y finalmente, se observa que aunque un bajo porcentaje identifica el implante subdérmico, un alto porcentaje sabe cómo y dónde se coloca, lo que indica que las mujeres que deciden utilizarlo en su mayoría lo harán de la forma correcta.

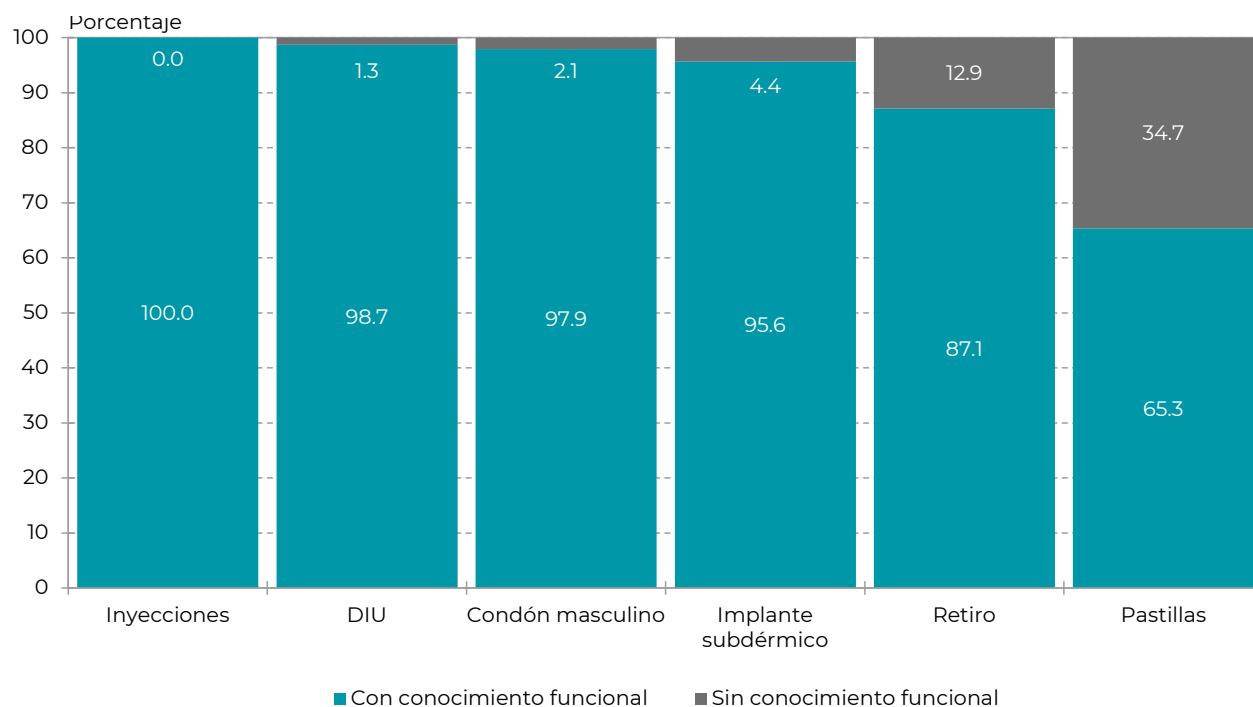
6.5 Uso de métodos anticonceptivos y conocimiento funcional

Los métodos anticonceptivos con el uso correcto y sistemático por la(él) usuaria(o) suelen tener como

consecuencia tasas de fecundidad bajas, pero con uso incorrecto se obtienen tasas más elevadas. El uso adecuado y en cada ocasión que se tengan relaciones sexuales, requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre pares (ss, 2002). Como se mostró en la sección anterior, conocer un método anticonceptivo, no asegura que las personas sepan cómo usar éste, por lo tanto, no es garantía que el total de mujeres que usan un método anticonceptivo lo empleen del modo correcto. Por lo que, de parte de los sistemas de salud, cada que otorgan un método anticonceptivo deben dar una amplia explicación sobre su uso correcto, tal es el caso del DIU que es aplicado en una unidad médica, sin embargo, las usuarias pueden desconocer en cuánto tiempo deben regresar para hacerse una revisión.

A continuación, se analizarán los datos de uso de métodos anticonceptivos de acuerdo, al conocimiento funcional que tienen las MEF de Quintana Roo. En la gráfica 6.7, se observó que las usuarias de pastillas anticonceptivas fueron las que más desconocimiento funcional tuvieron de ese método (34.7%), mientras que entre

Gráfica 6.7. Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según condición de conocimiento funcional, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

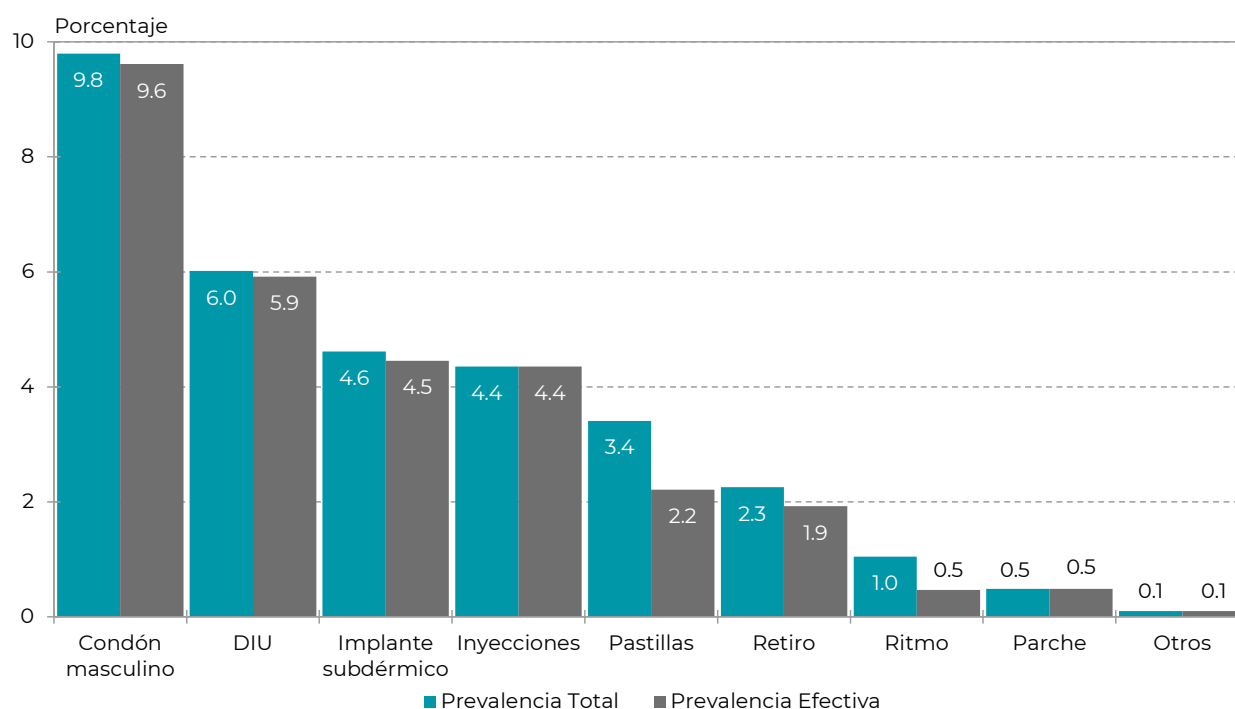
las mujeres que fueron usuarias de inyecciones, del implante subdérmico, del DIU, del condón masculino y del retiro el porcentaje de quienes no saben utilizarlos correctamente disminuye considerablemente.

En este sentido, con el objetivo de visualizar en Quintana Roo cuál fue el impacto en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) por falta del conocimiento funcional de cada uno de los métodos que usaron, se contrastaron los resultados de la prevalencia anticonceptiva total con la estimación de prevalencia efectiva,⁴⁹ es decir con la prevalencia anticonceptiva ahora solo considerando a las MEFSA que realmente saben utilizar el método anticonceptivo adoptado (véase gráfica 6.8).

De esta forma se obtuvo que la mayor diferencia se da entre las MEFSA usuarias de las pastillas, ya que, 2.2 por ciento lo está utilizando de manera correcta respecto al 3.4 por ciento que lo usa, abriendo una brecha de 35.3 por ciento

de mujeres usuarias de las pastillas expuestas al riesgo de un embarazo no planeado o no deseado. Entonces si se considera la prevalencia de todos los métodos anticonceptivos que utilizaron las MEFSA de Quintana Roo, es decir, se incluye el porcentaje de usuarias de métodos quirúrgicos, oclusión tubaria bilateral (OTB) y vasectomía cuyo porcentaje en 2018 fue de 41.2, se obtiene que la suma de la prevalencia por método anticonceptivo es 73.3 por ciento en 2018, pero si la suma se realiza con los resultados de la prevalencia anticonceptiva efectiva de cada método anticonceptivo se encuentra que es de 70.7 por ciento, lo que indica que 2.6 por ciento de las MEFSA, que están utilizando métodos anticonceptivos, están expuestas a un embarazo no planeado o no deseado, o a contraer alguna ITS por no utilizar el anticonceptivo de forma correcta, por tanto deberían ser consideradas como un grupo para diseñar estrategias específicas para mejorar la calidad de la orientación al momento de proporcionar los anticonceptivos, sobre todo de los que tienen menor conocimiento funcional.

⁴⁹ Cabe aclarar que en este indicador no se considera el porcentaje de efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos.

Gráfica 6.8. Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva total y efectiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método, 2018

Nota: otros incluyen, condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas, píldora del día siguiente y otros métodos.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Estos resultados, muestran que el estado debe continuar reforzando la capacitación del personal prestador de servicios para que puedan transmitir el conocimiento a las usuarias y a sus parejas, de cómo utilizar correctamente los métodos anticonceptivos, asegurando que también sea el adecuado para las personas, evitando de esta forma efectos colaterales que inhiban el uso continuo y de forma correcta. Asimismo, se deben realizar más campañas sobre cómo se usa cada uno de los métodos, de tal forma que la población cuente con información actualizada, veraz completa, científica y laica.

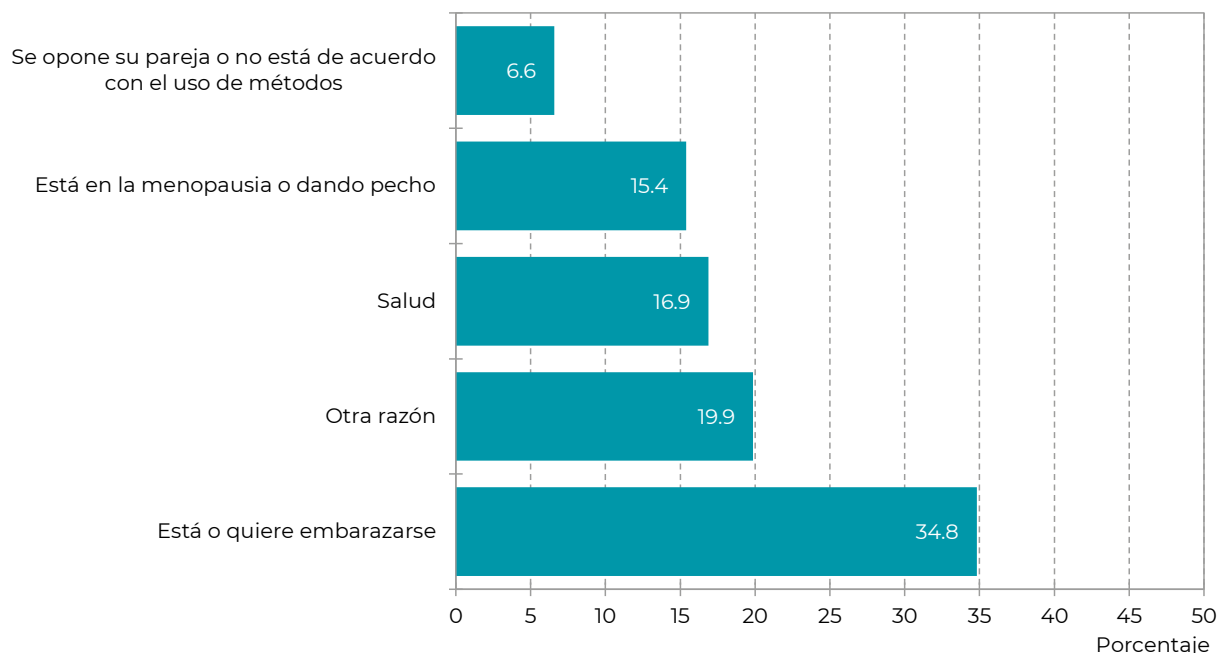
6.6 Razones de no uso

Como se mencionó en los primeros párrafos de este capítulo, las(os) mexicanas(os) tienen derecho a elegir sobre su vida sexual, por lo cual optar por no usar métodos anticonceptivos es válido, siempre y cuando se le haya brindado la

información completa y, no sea obligada u obligado por terceras(os) a no usarlos, es decir, que no sean violentados sus derechos humanos, en específico, el derecho de acceso a la información y al libre albedrío (Starrs *et al.*, 2018). Sin embargo, para lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, es necesario conocer las causas que obligan a que las mujeres no hagan uso de métodos anticonceptivos.

En Quintana Roo en 2018, se identificó que la principal razón de las MEF para no usar anticonceptivos era porque estaban o deseaban estar embarazadas (34.8%), la segunda fue por otra razón (19.9%), en tercer lugar, por cuestiones de salud (16.9%), véase gráfica 6.9. Asimismo, 15.4 por ciento de las MEF no usaba anticonceptivos porque estaba en la menopausia o dando pecho; y llama la atención que todavía 6.6 por ciento de las MEF, respondieron que su pareja fue quien no permitía o no estaba de acuerdo con el uso de métodos.

Gráfica 6.9. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Estos resultados muestran que, salvo el deseo de embarazarse y por salud de la mujer, los demás motivos no son impedimentos para usar algún tipo de anticonceptivo (Buitrón *et al.*, 2014; OMS, 2014). Asimismo, es de suma importancia hacer énfasis en la oposición o desacuerdo de la pareja en el uso de métodos anticonceptivos, porque muestra la persistente prevalencia de violencia hacia la mujer debido a actitudes y creencias que la perpetúan y a la falta de autonomía en la toma de decisiones de éstas. En este sentido, se deben sumar esfuerzos para promover la igualdad de género e impulsar el diálogo sobre las distintas formas de violencia de la pareja, con el fin de garantizar los derechos humanos de todas las mujeres.

Conclusiones

Como se pudo observar en Quintana Roo, aún prevalecen desigualdades de género que marcan importantes diferencias respecto a las contrapartes masculinas. Es de vital importancia sumar esfuerzos y trabajar conjuntamente para continuar y fortalecer las políticas públicas que buscan disminuir dichas desigualdades y que

logren que las mujeres se planteen opciones distintas o complementarias a la maternidad para alcanzar su pleno desarrollo. En este sentido, se debe fortalecer la EIS por medio de la capacitación a maestras(os), madres, padres y agentes de salud mediante cursos presenciales o virtuales. Por lo anterior, es necesario enfatizar en los derechos sexuales y reproductivos de la población joven y en la responsabilidad de todas(os) las(os) actoras(es) sobre la educación de las y los adolescentes para trazar un plan de vida que les permita adquirir conocimientos y habilidades para la vida en este tema, para contribuir a su pleno desarrollo personal y profesional.

Asimismo, la responsabilidad del sector salud es continuar expandiendo los servicios amigables por todos los municipios del estado, seguir capacitando a su personal médico de manera continua y en cumplimiento con la NOM-047, que establece el acceso y la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva al grupo etario de 10 a 19 años. De esta manera, el ejercicio de los derechos humanos, específicamente, el "Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual", se cumple de forma parcial, debido a

que, las mujeres en condición de vulnerabilidad, las adolescentes, las que tienen baja o nula escolaridad, las que residen en zonas rurales, las que son hablantes de lengua indígena, son las que continúan careciendo de información y acceso a los servicios sexuales y reproductivos, de tal forma que no les es posible elegir un método anticonceptivo y por consiguiente, no saben utilizarlo de manera adecuada, mientras que entre las mujeres que viven con alguna discapacidad estos resultados muestran que acceden a la información sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se ha observado que la atención a este grupo vulnerable de la población se ha llevado desde un enfoque médico-asistencialista, por lo que, no les permiten tomar decisiones sobre su cuerpo y la forma de experimentar su sexualidad, lo que conlleva a generar situaciones de violencia física, psicológica y sexual (INMUJERES, 2018), situación que debe atenderse y difundir el conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

La falta de información hace que algunas mujeres no estén de acuerdo en el uso de métodos anticonceptivos. En ese sentido, juega un papel importante las campañas de comunicación, pero éstas deben diseñarse y difundirse en la entidad considerando las limitaciones tecnológicas en las que se encuentran las mujeres y la población en general en las diferentes regiones. Finalmente, es importante que las mujeres que buscan usar un método anticonceptivo reciban orientación de calidad sobre planificación familiar, que involucre además la oferta y dotación de métodos anticonceptivos, evitando de esta forma los embarazos no planeados, no deseados y con un alto riesgo de muertes maternas o infantiles. Aunado a lo anterior, se debe trabajar en un mayor involucramiento de las parejas en la atención de la salud sexual y reproductiva, de tal forma que los hombres tengan más información y se involucren, y de esta forma también se prevenga la violencia ejercida a las mujeres en cuanto a decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos. Es por esto, que además resulta indispensable sensibilizar a la población y, sobre todo a los hombres sobre la corresponsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

Bibliografía

- Bertrand, J., Magnani, R.J. y Knowles, J.C. (1994). Handbook of indicators for family planning program evaluation, Chapel Hill, NC, The Evaluation Project Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Blum, R.W., Astone, N.M., Decker, M.R. y Mouli V.C. (2014). "A conceptual framework for early adolescence: A platform for research", en *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3): 321-331. <https://www.degruyter.com/view/journals/ijamh/26/3/article-p321.xml>
- Buitrón García-Figueroa R, Malanco-Hernández L.M, Lara-Ricalde R., (2014). "Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales", en *Ginecología y Obstetricia de México*. 2014; 82(08): 547-551. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51854>
- Climont, G. (2002). "El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires", en *La Ventana*, 2(15): 313-355. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202247>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2016). Salud sexual y reproductiva de las 32 entidades federativas, 2014. Resúmenes infográficos. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/salud-sexual-y-reproductiva-de-las-32-entidades-federativas-2014-resumenes-infograficos>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2012). Reglamento de la Ley General de Población. Artículo 37, reformado DOF 14-04-2000. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

- Gobierno de México (2020). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Segundo informe de los indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA, 2018. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segundo-informe-de-indicadores-2018?idiom=es>
- Hopenhayn, M. (2002). Educar para la sociedad de la información y de la comunicación: una perspectiva latinoamericana, en *Revista Ibero Americana. Educación y conocimiento: una nueva mirada*, núm. 30. CEPAL. <https://rieoei.org/RIE/article/view/946>
- INSP [Instituto de Salud Pública] (2015). Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento 3 Diseño del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). <https://www.gob.mx/conapo/documentos/2-evaluacion-de-la-estrategia>
- Lloyd, C. y Young, J. (2009). *New lessons: The power of educating adolescent girls*, Nueva York: Population Council. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2009PGY_NewLessons.pdf
- Mendoza, D. V., Sánchez, C. M., Hernández, L. M. y Mendoza, G. M. (2009). "35 años de la planificación Familiar en México", en *La situación demográfica de México 2009*, CONAPO. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2009
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2014). Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/es/
- OEI [Organización de Estados Iberoamericanos] (2002). *Educación y conocimiento: una nueva mirada / Educação e conhecimento: um novo olhar*. Setiembre-Diciembre 2002 / Setembro-Dezembro 2002, Número 30. <https://rieoei.org/historico/documentos/rie30f.htm>
- SEP [Secretaría de Educación Pública] (2016). *Agenda Sectorial para la educación integral en sexualidad con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes. Avances. Líneas de Acción de la ENAPEA*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8_Acciones_SEP_Dra_Silvia_Ramirez.pdf
- SS [Secretaría de Salud] (2002). *Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general*. Segunda Edición, México, D.F.
- (2015). *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNECSR). México, DF. <http://cnecsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
- Starrs, A. M., Ezeh A. C., Barker G. et al. (2018). *Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission*. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- Tuirán, R. y Hernández, D. (2015). *El abandono escolar en el bachillerato, Este País*. <https://anterior.estepais.com/articulo.php?id=197&t=el-abandono-escolaren-el-bachillerato>
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2018). *Por qué es importante la educación integral en sexualidad*. <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2017). *Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos*

de desigualdad. Estado de la población mundial 2017, Nueva York. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UN-FPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf

———(2020) Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescentes en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. milena_mexico_2020.pdf (unfpa.org)

Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos

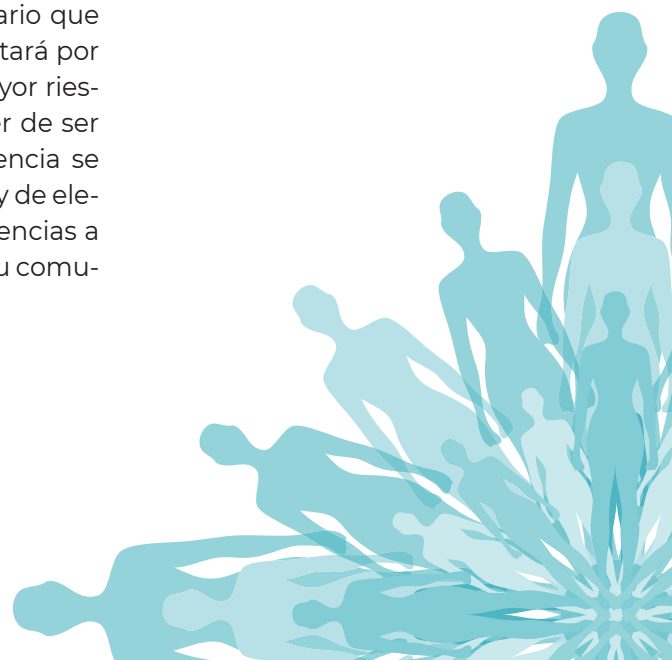
7

Los métodos anticonceptivos modernos son, sin duda, la intervención más revolucionaria para la atención de la salud sexual y reproductiva del siglo xx, ya que facilitan la desvinculación entre las relaciones sexuales y la reproducción; permiten a las parejas elegir el número y espaciamiento de su descendencia, por medio de la utilización y acceso a una amplia gama de anticonceptivos modernos, evitando embarazos no deseados o no planeados y abortos; y además protejan a mujeres y hombres de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Starrs *et al.*, 2018).

La anticoncepción también representa para las mujeres una dimensión clave de derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y acceso a otros derechos como a la educación, a una mayor participación en la vida pública y económica, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar, contribuyendo de esta forma a su bienestar y autonomía, que al mismo tiempo permite el desarrollo de la comunidad en la que vive y del país (OMS, 2018).

7.1. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas y de unidas

Para que las personas puedan tener el número de hijas o hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, es necesario que hagan uso de métodos anticonceptivos, con los cuales se evitará por ejemplo, que la mujer o la persona recién nacida tengan mayor riesgo de muerte o de enfermarse; también se pueden proteger de ser infectadas de ITS incluido el VIH; en la etapa de la adolescencia se pueden prevenir los embarazos no planeados o no deseados; y de elevadas tasas de mortalidad neonatal y materna, con consecuencias a largo plazo en el desarrollo personal para ellas, sus familias y su comunidad (OMS, 2018).



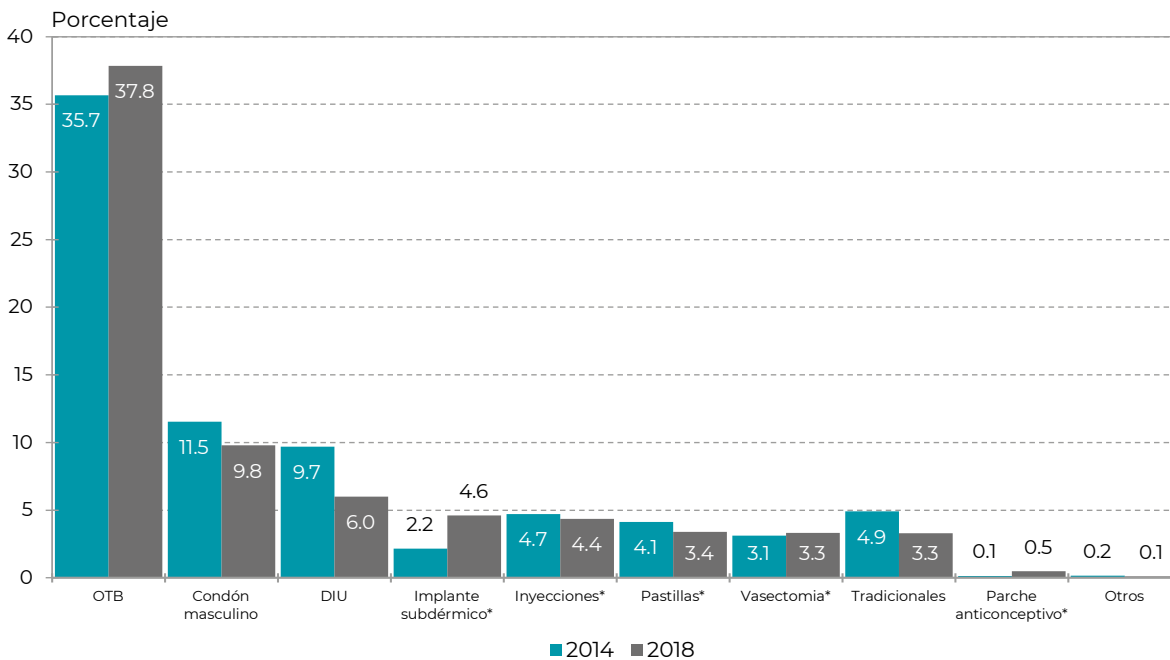
En Quintana Roo de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA),⁵⁰ entre 2014 y 2018 disminuyó de 76.2 y 73.3 por ciento, lo mismo ocurrió en el caso de las mujeres en edad fértil unidas (MEFU),⁵¹ al pasar de 72.3 por ciento en 2014 a 71.7 por ciento en 2018.

En ambos grupos de mujeres, la prevalencia anticonceptiva estaba determinada, principalmente, por el método definitivo oclusión tubaria

bilateral (OTB)⁵² que aumentó durante el periodo de estudio entre las MEFSA, de 35.7 en 2014 a 37.8 por ciento en 2018, mientras que entre las MEFU el porcentaje de usuarias fue de 37.3 en 2014 y 39.6 en 2018 (véase gráfica 7.1 y 7.2).

El segundo método anticonceptivo más utilizado fue el condón masculino, entre las MEFSA con 11.5 por ciento en 2014 y en 2018 con 9.8 por ciento y entre las MEFU fue de 8.0 por ciento en 2014 y 7.4 en 2018. El dispositivo intrauterino (DIU) se ubicó como el tercer método entre ambos

Gráfica 7.1. Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo, 2014 y 2018



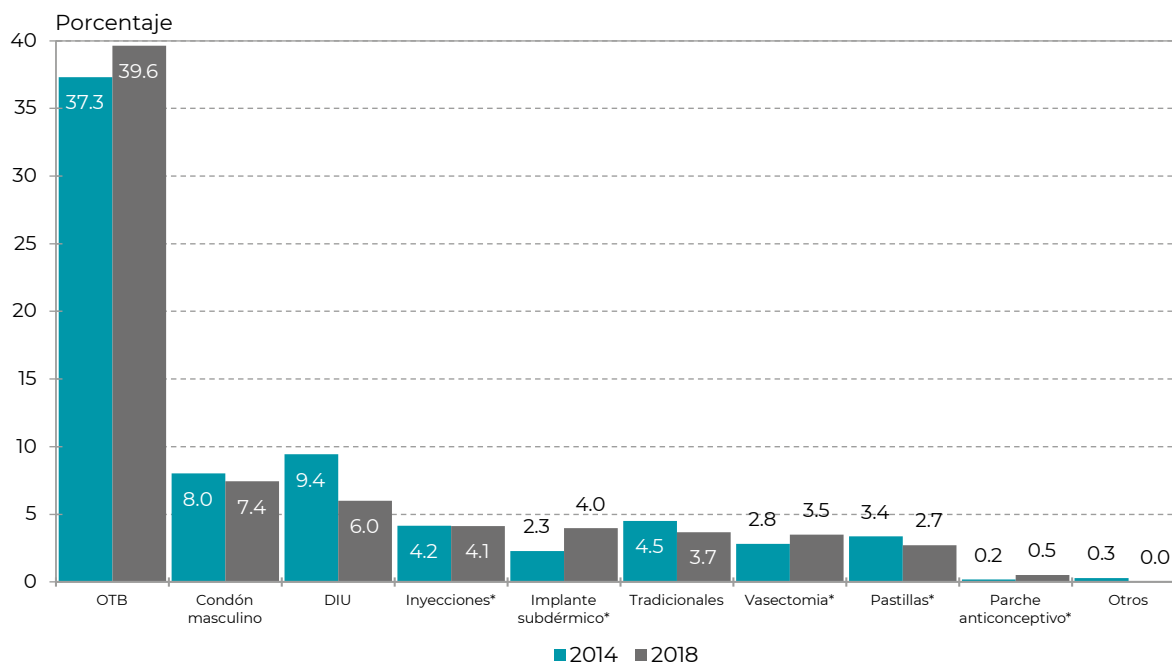
* Tamaño de muestra es insuficiente para una estimación confiable del indicador.
Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica y retiro.
Otros: Condón femenino, pastillas de emergencia, óvulos, jaleas o espumas y otros.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

⁵⁰ La prevalencia anticonceptiva de MEFSA se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que en el mes previo al levantamiento de la encuesta tuvieron relaciones sexuales y declararon estar haciendo uso de cualquier método anticonceptivos, hasta el momento de la encuesta (CONAPO, 2017).

⁵¹ La prevalencia anticonceptiva de MEFU se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) cuya situación conyugal era en unión libre o casada al momento de la encuesta y que declaran estar haciendo uso de cualquier método anticonceptivos, al momento de la encuesta (CONAPO, 2017).

⁵² La oclusión tubaria bilateral (OTB) Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijas(os) deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria-bilateral>.

Gráfica 7.2. Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivos, 2014 y 2018



*Tamaño de muestra es insuficiente para una estimación confiable del indicador.
 Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica y retiro.
 Otros: Condón femenino, pastillas de emergencia, óvulos, jaleas o espumas y otros.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018

grupos, entre las MEFSAs con porcentajes de 9.7 por ciento en 2014 y 6.0 en 2018; y, entre las MEFUs con porcentajes de 9.4 en 2014 y de 6.0 en 2018.

El resto de los métodos anticonceptivos (vasectomía, pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, métodos anticonceptivos tradicionales y otros), tanto en MEFSAs como en MEFUs, presentan una prevalencia de uso inferior al cinco por ciento y un tamaño de muestra es insuficiente para una estimación confiable, por lo que su uso debe ser medido. Asimismo, entre 2014 y 2018 destaca que, en ambos grupos de mujeres a pesar de que aumenta casi el doble el uso del implante subdérmico, los datos no son estadísticamente confiables, por lo que deben ser considerados con cautela.

Otro aspecto importante, fue el comportamiento en el porcentaje de mujeres que durante el periodo de estudio usaron métodos anticonceptivos tradicionales⁵³ (ritmo, calendario, billings o abstinencia periódica y retiro); en MEFSAs pasó de 4.9 a 3.3 por ciento y en MEFUs bajó de 4.5 a 3.7 por ciento. Estos resultados se tradujeron en que, en 2018, del total de usuarias actuales solo 4.5 por ciento de MEFSAs y 5.1 por ciento de MEFUs empleaban este tipo de métodos anticonceptivos.

En este sentido, se puede percibir que esta proporción de usuarias de métodos anticonceptivos tradicionales (4.5% y 5.1%), tienen una alta probabilidad de quedar embarazadas, dado que son métodos anticonceptivos de baja efectividad (70% a 80%) de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana

⁵³ Los métodos tradicionales o naturales son aquellos que requieren la participación activa de la pareja, a fin de que la práctica de estos métodos sea más eficaz, engloban el método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus, el método de la temperatura, método del moco cervical o de Billings, el método sintotérmico y el retiro o coito interrumpido (DOF, 1994 y Jiménez et al., 2011).

NOM-005-ssa2-1993. Por lo que, es necesario continuar con esfuerzos para evitar obstáculos económicos, sociales, culturales y hasta institucionales para que las mujeres tengan acceso a la información y a métodos anticonceptivos modernos y a los servicios de planificación familiar, además de orientación científica sobre ellos (UNFPA, 2012).

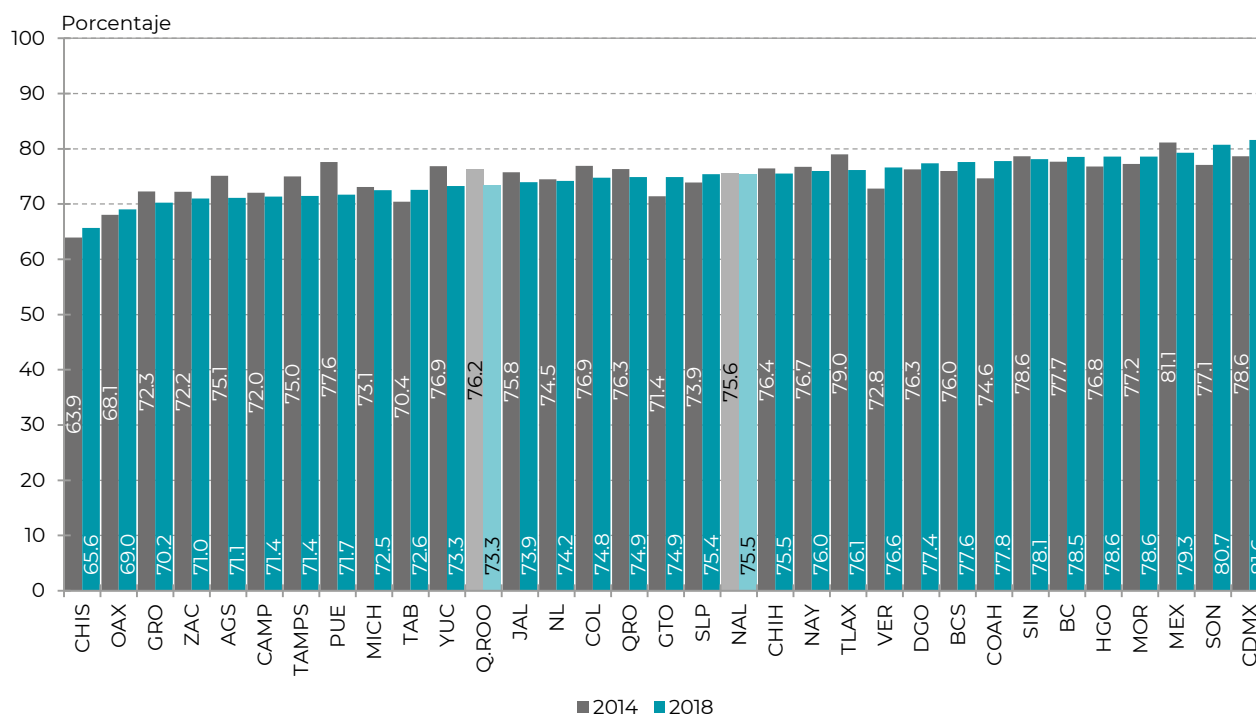
Los resultados que se obtuvieron por entidad federativa mostraron que la prevalencia anticonceptiva de MEFSA entre 2014 y 2018 descendió en 18 entidades, entre las cuales Quintana Roo tuvo un descenso en 2.9 puntos porcentuales al pasar de 76.2 a 73.3 por ciento. De esta manera en 2018, Quintana Roo se posicionó entre las entidades con una prevalencia menor respecto a lo presentado a nivel nacional (75.5%), véase gráfica 7.3.

En el caso de las MEFU se obtuvo que entre 2014 y 2018, Quintana Roo se ubicó entre las 13 entidades donde disminuyó el porcentaje de usuarias, con un descenso de 0.6 puntos porcentuales, al pasar de 72.3 a 71.7 por ciento y, en 2018 se colocó entre las entidades con baja prevalencia

respecto a lo estimado a nivel nacional (73.1%), véase gráfica 7.4.

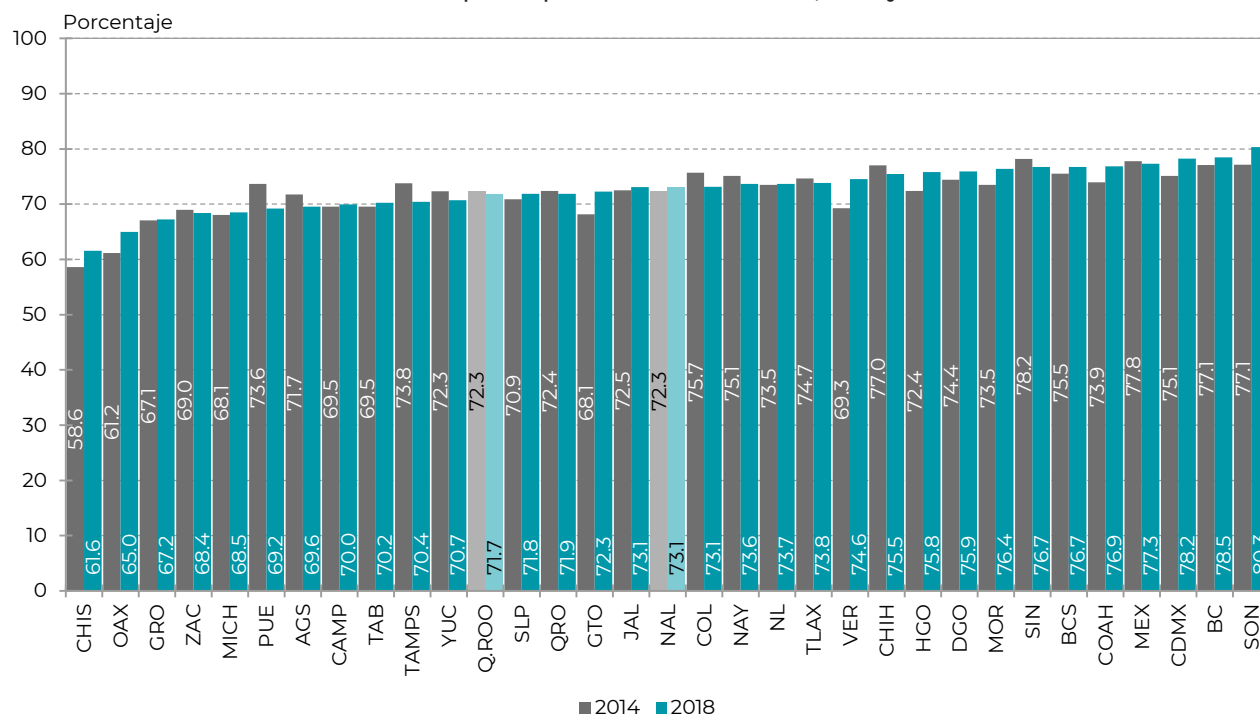
En Quintana Roo el acceso a métodos anticonceptivos disminuyó, y la estructura de la fecundidad en el estado sigue siendo temprana, centrándose entre las mujeres de 20 a 24 años, aunado a un lento descenso en la fecundidad entre las adolescentes (véase capítulo 5). Por tal motivo, es importante resaltar que se mantuvo entre las entidades con menor porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos por lo que se considera importante que se refuercen acciones que tomen en cuenta que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, es multidimensional, es decir, se conjuguen diferentes factores relacionados a las personas, la comunidad, quienes prestan los servicios, el lugar geográfico donde se brindan éstos y la normatividad legislativa (UNFPA, 2019). Por lo que, es necesario insistir y continuar con la adecuación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población.

Gráfica 7.3. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Gráfica 7.4. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

7.2. Prevalencia anticonceptiva de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas

El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijas(os) y espaciamiento entre los nacimientos, debería garantizar que todas las mujeres tengan acceso a todos los medios seguros y eficaces para controlar su fecundidad (Centro de Derechos Reproductivos, 2018). De esta forma, el aseguramiento de insumos para la salud sexual y reproductiva se logra cuando todas las personas pueden tener acceso a insumos asequibles y de calidad, incluidos los métodos anticonceptivos modernos⁵⁴ de su elección, siempre que los necesiten (UNFPA, 2019).

⁵⁴ Se denominan métodos anticonceptivos modernos a aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basa en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (DOF, 1994). Los métodos anticonceptivos modernos son considerados más eficaces e incluyen la esterilización femenina y masculina, las píldoras hormonales orales, el dispositivo intrauterino (DIU), el condón masculino, inyecciones hormonales, implantes de

Las últimas estimaciones realizadas con la ENADID 2018, mostraron que, en Quintana Roo, la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos entre las MEFSA tuvo una disminución de 1.4 puntos porcentuales alcanzando una cobertura de 69.9 por ciento respecto a 2014, cuya prevalencia fue de 71.3 por ciento. Este comportamiento fue diferente entre las MEFU, el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos no cambió en ambos años, 67.8 por ciento en 2014 y 67.9 por ciento en 2018 (véase cuadro 7.1).

Ahora bien, al desagregar por características sociodemográficas de las mujeres residentes de Quintana Roo, la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos presenta valores bajos entre ciertos grupos de la población, visibilizándose de esta forma, las desigualdades de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que aún

progesterona (incluyendo Norplant), métodos vaginales de barrera, el condón femenino y anticoncepción de emergencia (Jiménez *et.al.*, 2011).

persisten no solo por lo que respecta a las preocupaciones tradicionales relativas a la planificación familiar, sino también, por la calidad y el alcance de los sistemas de salud, las leyes y políticas, las normas sociales y culturales, y la exposición de las

personas a la educación integral en sexualidad (UNFPA, 2018).

De esta manera, en Quintana Roo, entre 2014 y 2018 se observó que, por grupos de edad de las mujeres, en general, aumentó el porcentaje de

Cuadro 7.1
Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas que usan métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	MEFSA		MEFU	
	2014	2018	2014	2018
Total	71.3	69.9	67.8	67.9
Grupos de edad				
15-19	48.2 *	53.0 *	49.2 *	41.6 *
20-24	62.9	63.3	54.8	56.5
25-29	72.5	64.6	69.5	63.0
30-34	70.9	73.3	68.7	72.0
35-39	74.2	70.9	70.2	70.1
40-44	80.0	79.4	75.1	77.7
45-49	71.1	70.2	67.8	70.2
Escolaridad				
Sin escolaridad y primaria incompleta	75.7	67.7	71.5	62.3
Primaria completa	81.7	70.8	74.2	69.5
Secundaria	70.5	71.4	67.5	67.8
Preparatoria y más	68.5	69.0	65.0	68.6
Paridez				
0	47.5	44.8	32.4 *	36.4
1	55.6	55.4	51.3	49.9
2	76.7	77.2	72.9	76.1
3	89.4	87.5	86.6	84.4
4 y más	85.2	83.3	77.4	82.8
Lugar de Residencia				
Rural	74.2	65.6	68.5	60.9
Urbano	71.1	70.4	67.7	68.8
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	63.8	67.2	61.6	62.9
No habla	72.8	70.5	69.3	69.1
Condición de discapacidad				
Con discapacidad	79.6	69.2 *	79.7	73.4 *
Con limitación	69.3	68.9	67.2	69.6
Sin discapacidad	71.4	70.0	67.5	67.7

* Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos, destacándose que en 2018 las adolescentes continuaron con la menor prevalencia anticonceptiva respecto a las demás mujeres en el resto de los grupos de edad, sin embargo, el porcentaje no es estadísticamente confiable. Cabe señalar que dicho porcentaje de usuarias actuales aumentó conforme avanzó la edad, alcanzando el más alto porcentaje de usuarias en 2018, entre las mujeres de 40 a 44 años con 79.4 por ciento de sexualmente activas y 77.7 por ciento entre las unidas.

De acuerdo al nivel de escolaridad de las MEFSAs, se obtuvo que en 2014 las mujeres con primaria completa presentaban la mayor prevalencia anticonceptiva de métodos modernos (81.7%) seguidas por las que no contaban con escolaridad o tenían primaria incompleta (75.7%) y las de secundaria (70.5%); para 2018 las mujeres con mayor prevalencia fueron las que tenían secundaria (71.4%) seguidas por las mujeres con primaria completa (70.8%) y las que tenían preparatoria o más (69.0%).

En el caso de las MEFUs, en 2014 el mayor porcentaje de prevalencia anticonceptiva de métodos modernos se ubicó entre las que tenían primaria completa (74.2%), seguidas de las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta (71.5%) y con secundaria (67.5%); para 2018, el mayor porcentaje lo presentaron las que contaban con primaria completa (69.5%) seguidas por las que tenían preparatoria o más (68.6%) y de las mujeres con secundaria (67.8%).

Estos resultados pueden asociarse a que las mujeres de las generaciones más adultas generalmente no cuentan con escolaridad o tienen primaria incompleta y son las que al alcanzar la paridez deseada, un alto porcentaje (alrededor del 70%) optan por usar métodos anticonceptivos de larga duración o definitivos (CONAPO, 2017); mientras que entre las que cuentan con preparatoria o más se ubican las generaciones de adolescentes y jóvenes que aún no han alcanzado la paridez deseada, y muchas veces tienen menor acceso a los servicios de salud ya sea por desconocimiento de ellas mismas o de la escasez de servicios de salud sexual y reproductiva adecuados para este grupo de población.

Al considerar la paridez de las MEFSAs, se observó que la menor prevalencia fue entre las que no tenían hijas(os) (47.5% en 2014 y 44.8% en 2018) y la mayor se presentó entre las que tenían tres hijas(os), con 89.4 por ciento en 2014 y 87.5 en 2018. En el caso de las MEFUs, el porcentaje entre las que no tenían descendencia no fue confiable en 2014, pero en 2018 fue de 36.4 por ciento, mientras que entre las de paridez tres, fue donde alcanzaron el mayor porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos, que pasó de 86.6 en 2014 a 84.4 en 2018.

De acuerdo al lugar de residencia se encontró que, en zonas rurales de Quintana Roo, el porcentaje de MEFSAs usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos descendió de 74.2 a 65.6 por ciento entre 2014 y 2018; mientras, que entre las residentes de zonas urbanas disminuyó de 71.1 a 70.4 por ciento entre los mismos años, incrementando la brecha entre zonas de residencia de 3.1 a 4.8 puntos porcentuales durante el periodo de estudio. Entre las MEFUs que vivían en zonas rurales, el porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos disminuyó de 68.5 a 60.9 por ciento entre 2014 y 2018, sin embargo, entre las urbanas aumentó de 67.7 a 68.8 por ciento; abriéndose la brecha de 0.8 a 7.9 puntos porcentuales.

La condición de habla de lengua indígena es otra de las características de las mujeres que permite visibilizar las barreras que existen para que puedan acceder a los métodos anticonceptivos modernos, ya que es de los grupos de mujeres con la menor prevalencia anticonceptiva. Por ejemplo, en Quintana Roo, entre las MEFSAs hablantes de lengua indígena, la prevalencia en 2014 era de 63.8 por ciento y, para 2018, aumentó a 67.2 por ciento; mientras que entre no hablantes de lengua indígena el porcentaje disminuyó de 72.8 en 2014 a 70.5 en 2018; lo que implicó, que la brecha entre hablantes y no hablantes de lengua indígena descendiera de 9.0 puntos en 2014 a 3.3 puntos porcentuales en 2018.

Entre las MEFUs hablantes de lengua indígena, la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos también se encontró entre las más bajas e incrementó de 61.6 por ciento en 2014 a 62.9 por ciento en 2018; mientras que entre no hablantes

descendió de 69.3 a 69.1 por ciento, respectivamente; disminuyendo la brecha de 7.7 puntos porcentuales en 2014 a 6.2 puntos porcentuales en 2018.

Al considerar la condición de discapacidad, se observó que en 2014 la estimación del porcentaje de MEFSAs que vivían con discapacidad usuarias de métodos modernos fue de 79.6 por ciento, pero en 2018 no fue estadísticamente confiable debido al tamaño de la muestra. En el caso de las MEFUs que vivían con alguna discapacidad en 2014 la prevalencia anticonceptiva fue de 79.7 por ciento y para 2018 la estimación no fue estadísticamente confiable.

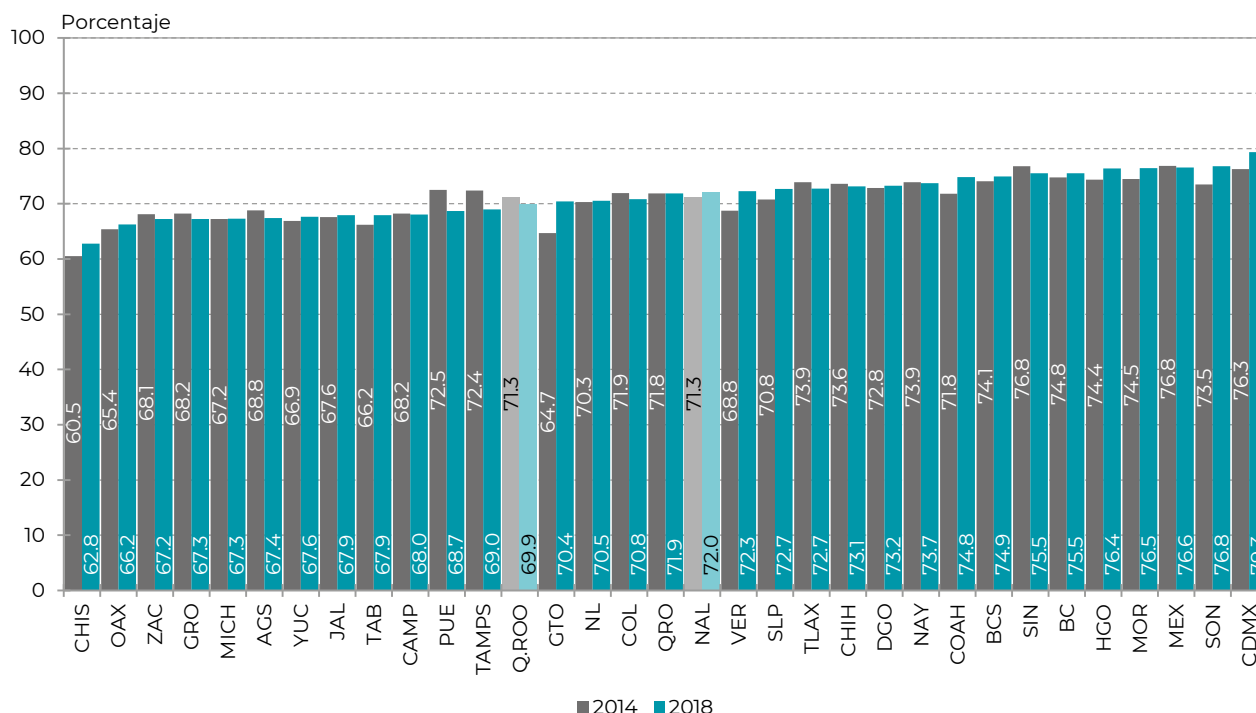
Entre las MEFSAs que tuvieron alguna limitación el porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos descendió de 69.3 a 68.9, y estos porcentajes fueron menores a lo presentado por las que no vivían con alguna discapacidad además de que, entre este grupo el porcentaje descendió de 71.4 a 70.0 en el periodo de estudio. En el caso de MEFUs con alguna limitación el porcentaje incrementó de 67.2 a 69.6 por ciento, pero en 2018

dichos porcentajes fueron mayores respecto al de MEFUs sin discapacidad, que además aumentaron de 67.5 a 67.7 entre 2014 y 2018.

Cuando se analiza la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en MEFSAs de acuerdo a la entidad de residencia, se encontró que entre 2014 y 2018 descendió la prevalencia anticonceptiva en 13 estados de las 32 entidades federativas, entre éstas se ubicó Quintana Roo que disminuyó en 1.4 puntos porcentuales, al pasar de 71.3 a 69.9 por ciento (véase gráfica 7.5). De esta forma, en 2018 se observó que Quintana Roo se colocó entre las entidades con menor porcentaje de MEFSAs usuarias de métodos modernos, respecto a lo presentado a nivel nacional (72.0%).

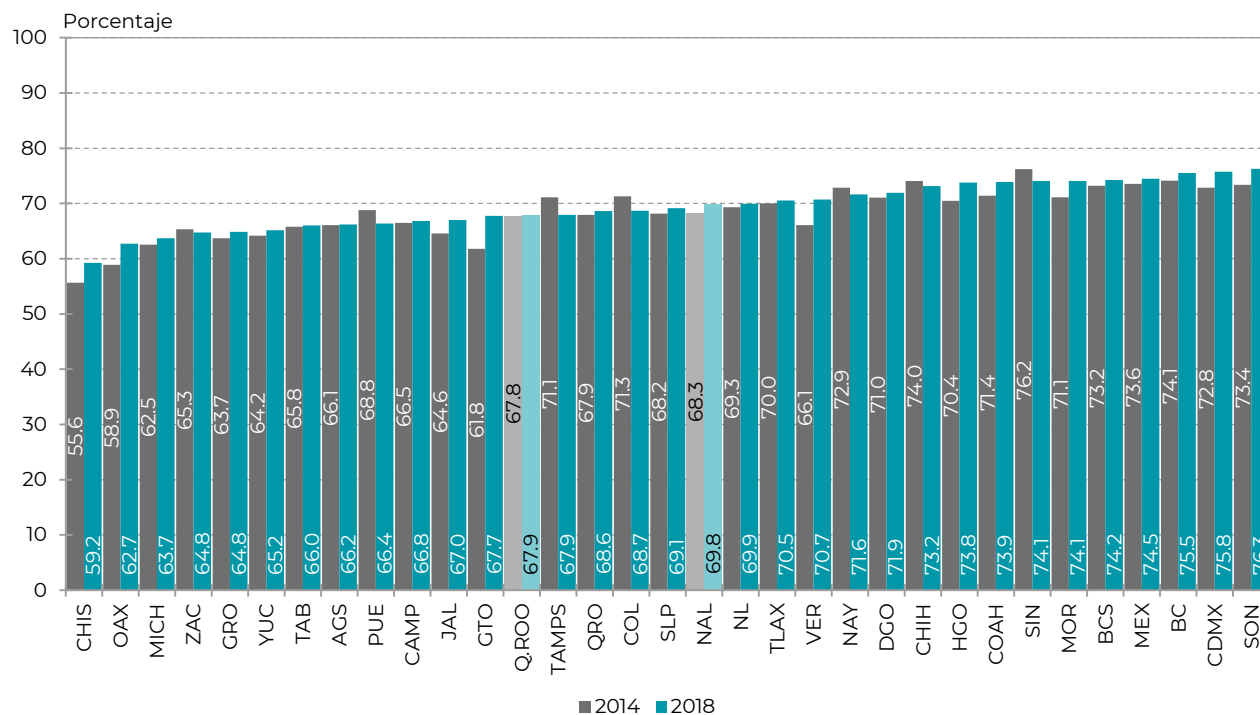
En el caso de las MEFUs, se obtuvo que, durante el periodo de estudio, Quintana Roo, se integró entre las entidades donde incrementó el porcentaje de usuarias con un aumento de 0.1 puntos porcentuales (67.8% en 2014 y 67.9% en 2018), véase gráfica 7.6. En 2018 siguió entre las entidades con menor porcentaje respecto a lo presentado a nivel nacional (69.8%).

Gráfica 7.5. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018

Gráfica 7.6. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Estos resultados muestran que en general en Quintana Roo disminuyó el porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos, al analizar por cada una de las características sociodemográficas seleccionadas. Sin embargo, es evidente que las adolescentes, las mujeres residentes de zonas rurales y hablantes de lengua indígena fueron las que menos acceso tuvieron al uso de métodos anticonceptivos modernos, lo que posiblemente influyó a que Quintana Roo se ubicara entre las entidades con menor porcentaje de MEFSA y usuarias de métodos anticonceptivos modernos a nivel nacional. Asimismo, se obtuvo que el no tener hijas(os) o solo una(o) influye en que sea menor el uso, lo cual, seguramente se relaciona con alcanzar la paridez deseada. No obstante, también puede deberse a la falta de decisión de las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos, al contraer matrimonio a una edad temprana, como lo es la adolescencia.

7.3. Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas

La demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos (DSAM) es un indicador con el que se busca medir el progreso hacia el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para 2030. Este indicador visibiliza el acceso que tienen las mujeres a los programas y servicios de salud sexual y reproductiva incluida la planificación familiar, evaluando a su vez la cobertura del sector salud respecto a la oferta de métodos anticonceptivos.

Es un indicador compuesto que cuenta con mayor precisión al involucrar en su medición a componentes como la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, en el numerador, y a la demanda total de métodos anticonceptivos, en el denominador. Esta última se deriva de sumar la proporción de usuarias de

cualquier método anticonceptivo (moderno y tradicional) más el porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA), véase anexo 1 metodología. La DSAM es de fácil interpretación; por ejemplo, si todas las mujeres que quisieran evitar o espaciar el embarazo usaran exclusivamente anticonceptivos modernos, es decir, no usaran métodos tradicionales y no hubiera NIA, la DSAM alcanzaría 100 por ciento (Starrs *et al.*, 2018).

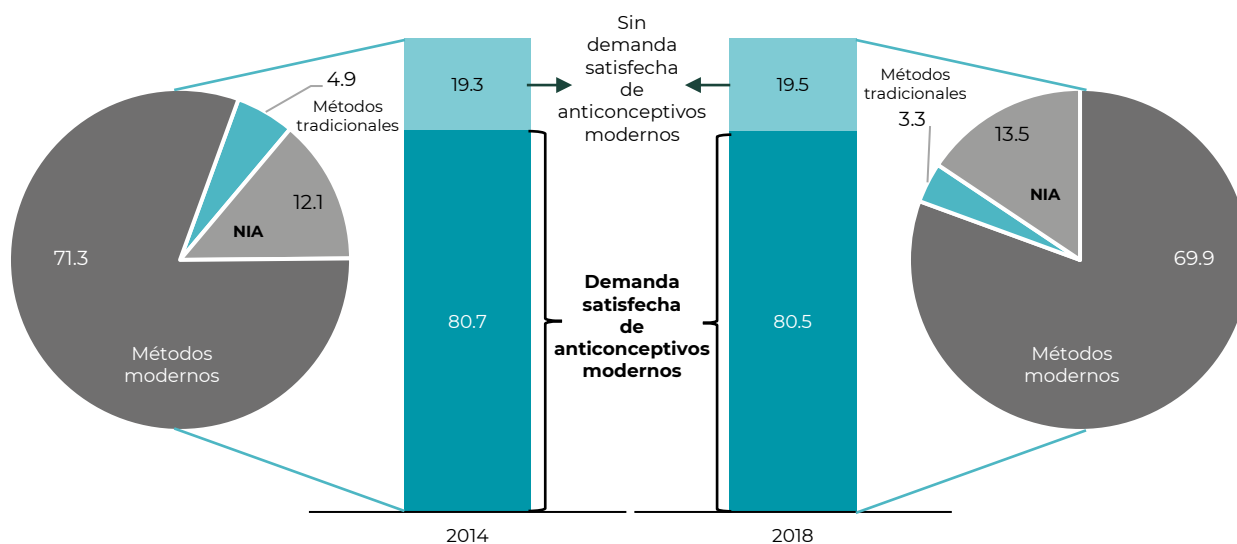
De esta forma, se observó que, en Quintana Roo tanto en 2014 como en 2018, las MEFSAs presentaron una prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo de 76.2 y 73.2 por ciento con una necesidad insatisfecha de 12.1 y 13.5 por ciento, lo que resultó en una demanda total de métodos anticonceptivos de 88.3 para 2014 y 86.7 por ciento en 2018. Por lo que, el porcentaje de DSAM en 2014 fue de 80.7 por ciento y para 2018 disminuyó ligeramente a 80.5 por ciento, lo que indica que hubo un pequeño aumento en el periodo de estudio del porcentaje de MEFSAs (de 19.3% a 19.5%) que no accedieron a los métodos anticonceptivos modernos, quedando expuestas a embarazos no

planeados o no deseados (véase gráfica 7.7 y cuadro 1 del Anexo 1).

En el caso de MEFU residentes de Quintana Roo, se encontró que en 2014 el porcentaje de usuarias de cualquier método anticonceptivo era de 72.3 por ciento y el porcentaje de mujeres con NIA de 12.3 por ciento, lo que generó una demanda total de 84.6 por ciento; situación que no presentó grandes cambios para 2018, debido a que la prevalencia anticonceptiva de cualquier método anticonceptivo disminuyó a 71.6 por ciento, y que la NIA incrementó a 13.1 por ciento, lo que generó una demanda total de 84.7 por ciento; cabe señalar que debido al aumento en el porcentaje de MEFU usuarias de métodos anticonceptivos modernos entre 2014 y 2018 (de 67.8% a 67.9%) la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos fue de 80.1 por ciento en ambos años, ocasionando que el porcentaje de MEFU que no tuvieron acceso al uso de anticonceptivos modernos se mantuviera en 19.9 por ciento en 2014 y 2018 (véase gráfica 7.8 y cuadro 2 del Anexo 1).

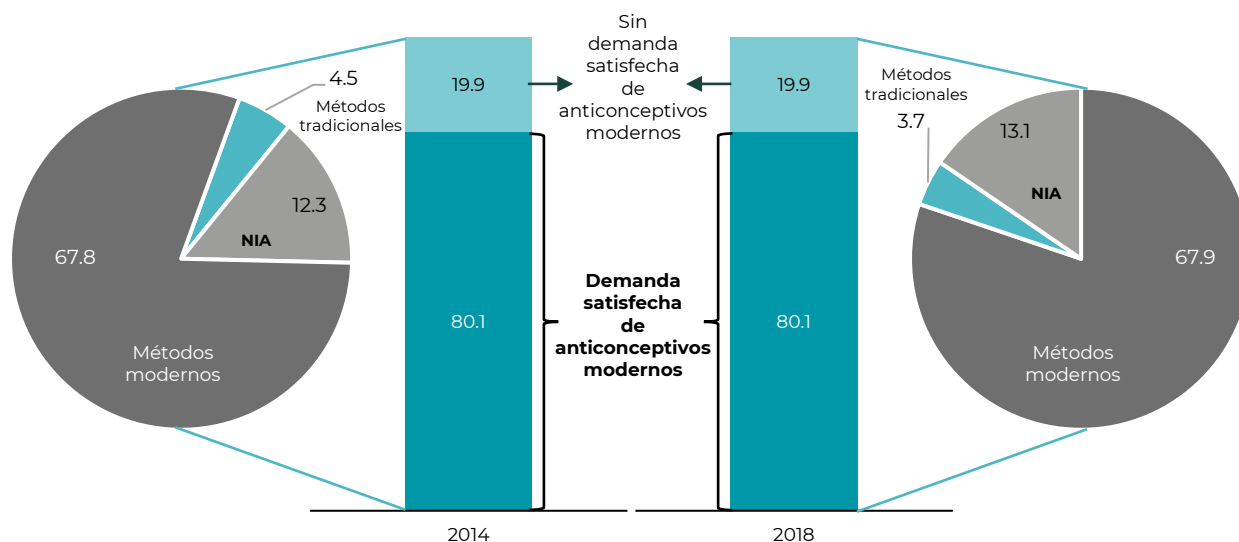
Esto muestra que, en general, en Quintana Roo, se han logrado algunos avances en el acceso

Gráfica 7.7. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Gráfica 7.8. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

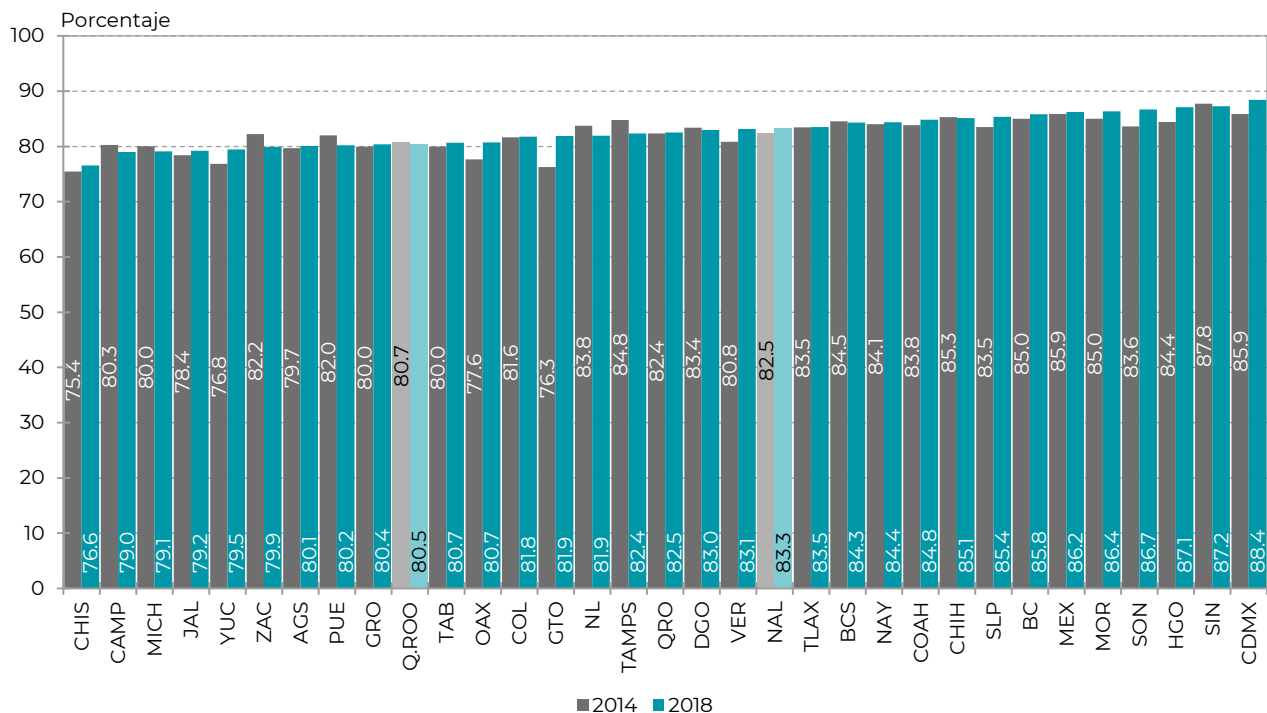
a métodos anticonceptivos modernos, tanto en MEFSa como en MEFU, lo que lleva a que se deben realizar y/o fortalecer acciones que faciliten y mejoren su atención y brindarles los métodos anticonceptivos modernos de manera oportuna y adecuada. Cabe señalar que los beneficios de regular su fecundidad, les permitirá impulsar a que una buena parte de las MEF sean partícipes de la vida pública, sobre todo con una mayor participación en el trabajo remunerado generando bienestar al estado (UNFPA, 2019).

Entre 2014 y 2018, se encontró que en Quintana Roo las MEFSa disminuyeron su DSAM en 0.2 puntos porcentuales (véase gráfica 7.9). Así, en 2018, Quintana Roo se encontró entre los estados con menor porcentaje de DSAM respecto a lo

presentado a nivel nacional (80.5% vs 83.3%). En el caso de las MEFU, la entidad se mantuvo con 80.1 por ciento de DSAM en el periodo (véase gráfica 7.10). De esta forma, en 2018, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje de DSAM respecto al nacional (83.1%).

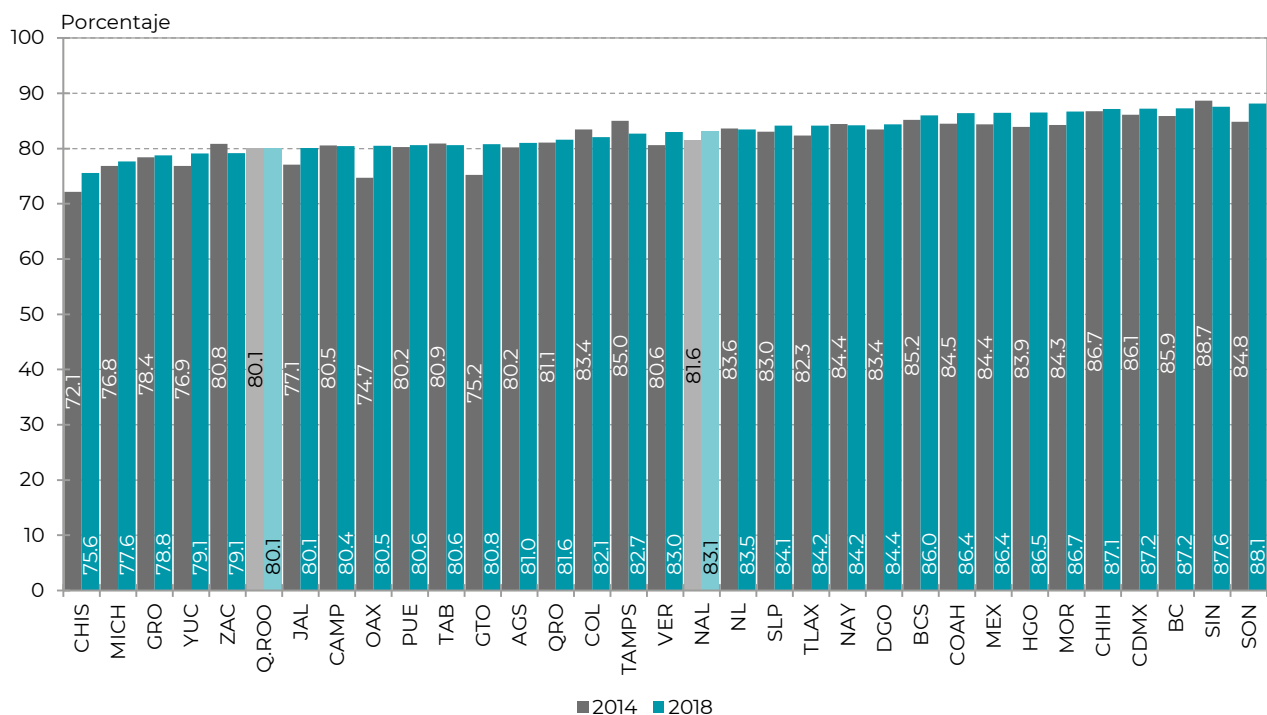
Estos resultados muestran que en la entidad se deben de realizar acciones más proactivas que fortalezcan los servicios de salud sexual y reproductiva porque se corrobora que las entidades que se caracterizan por contar con población indígena y con más localidades rurales, como Quintana Roo, continúan siendo las que, no han logrado acceder y ofertarles suficientes servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar.

Gráfica 7.9. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Gráfica 7.10. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Conclusiones

La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume los diferentes procesos de selección, adopción y continuidad de uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres, además se asocia con la eficiencia de los programas de salud sexual y reproductiva y las acciones que se establezcan en éstos para lograr 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 (CONAPO, 2016).

Asimismo, de acuerdo al derecho establecido en el artículo 4to. Constitucional, las personas usuarias de los servicios de planificación familiar deberían poder exigir un servicio de atención de calidad, incluido el derecho a la información, al acceso a los mismos, a una amplia gama de métodos anticonceptivos, a la seguridad, a la privacidad, a la confidencialidad, al mantenimiento de la dignidad, a la comodidad, a la continuidad y a la expresión de opiniones (UNFPA, 2019).

En Quintana Roo se observa que, la prevalencia anticonceptiva se encuentra determinada por solo cuatro métodos anticonceptivos, la OTB, el condón masculino, el implante subdérmico y el DIU, los cuales acumulan 58.2 por ciento de la prevalencia anticonceptiva entre MEFSa y 57.1 por ciento en MEFU. Cabe señalar que poco menos de la mitad de las usuarias utiliza un método definitivo, la OTB, y métodos reversibles de larga duración como el DIU.

De esta forma, los resultados que se obtienen en 2018 para Quintana Roo, sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos muestran las desigualdades que persisten en el acceso a métodos anticonceptivos y, en materia de salud sexual y reproductiva, en grupos específicos de mujeres, como son las adolescentes, las mujeres que cuentan con baja o nula escolaridad, las hablantes de lengua indígena, y las residentes de zonas rurales, las cuales se encuentran profundamente afectadas por la desigualdad de ingresos, la calidad y el alcance de los sistemas de salud, por las leyes y políticas, las normas sociales y culturales, y por la exposición de las personas a la educación integral en sexualidad (UNFPA, 2019).

Finalmente, el porcentaje de MEFSa y MEFU con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, corrobora la emergente necesidad de generar o fortalecer las acciones que garanticen el acceso efectivo a la gama de métodos anticonceptivos a los grupos de mujeres que se encuentran en desventaja socioeconómica y cultural, que además continúe impulsando la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad con su participación en el uso de métodos anticonceptivos, lo cual pone de manifiesto que toda la población reciba educación integral en sexualidad.

De acuerdo a estos resultados se observa que el Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, se cumple parcialmente en Quintana Roo, dado que no se ha logrado acercar a toda la población de la entidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, lo que ha llevado a continuar con brechas entre los diferentes grupos de mujeres en el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

No obstante, se debe señalar que actualmente se han llevado a cabo acciones con las que se buscan reforzar programas o estrategias para lograr que la población acceda al uso de métodos anticonceptivos modernos. Por ejemplo, se cuenta con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), mediante la cual se busca incrementar la oferta y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva entre las y los adolescentes, de conformidad a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, asegurando el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos y enfatizando la doble protección, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad (Gobierno de la República, 2015).

Asimismo, en Quintana Roo en 2018 se reportó la operación de 26 Servicios Amigables, alcanzando una cobertura completa de los municipios de la entidad con al menos un servicio amigable. Otro aspecto importante es la inclusión de la educación integral en sexualidad en la Ley General de Educación con la que se espera que se favorezca la adquisición gradual de habilidades y actitudes

apropiadas que les permita a niñas, niños y adolescentes vivir de manera plena y saludable, así como reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, y que sea implementada en todos los niveles educativos en el ámbito público como privado (INSP, 2015a).

En tanto, para la atención de mujeres que ya dejaron la etapa de la adolescencia se cuenta con programas de atención a la planificación familiar que se enfocan en brindar información y otorgar métodos anticonceptivos que permitan a las mujeres controlar su paridez para alcanzar sus expectativas reproductivas.

Bibliografía

- Centro de Derechos Reproductivos (2018). Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal. <https://reproductiverights.org/document/losderechos-reproductivos-a-la-vanguardia>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- (2021). Situación de los derechos sexuales y reproductivos. República Mexicana, 2018. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-republica-mexicana-2018>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (1994). Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar, México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento oficial. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf
- INSP [Instituto Nacional de Salud Pública] (2015a). Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento 1. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98256/Evaluaci_n_del_dise_o.pdf
- Jiménez, M. A., Aliaga, L. y Rodríguez, V. J. (2011). “Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva”, en UNFPA, Serie Población y desarrollo, 2011, Chile, p. 24. <https://digitallibrary.un.org/record/725946>
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2018). Planificación Familiar. <https://digitallibrary.un.org/record/725946?ln=es>
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., et al. (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet Commissions, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2012). Informe Estado de la Población Mundial. Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo, págs. II, 1. 3. Artículo 16. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_SWOP2012_Report.pdf
- (2018). Estado de la Población Mundial 2018. El poder de decidir, Derechos Reproductivos y Transición demográfica. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
- (2019). Informe Estado de la Población Mundial. Un asunto pendiente la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf

Anexo I. Demanda satisfecha de MEFSA y MEFU

Cuadro A7.1

Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Entidad Federativa	MEFSA													
	Demanda Satisfecha		Prevalencia de métodos modernos		Demanda Total		NIA						Prevalencia Total	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	2014	2018
República Mexicana	82.5	83.3	71.3	72.0	86.5	86.5	10.9	5.5	5.4	11.1	5.4	5.6	75.6	75.5
Aguascalientes	79.7	80.1	68.8	67.4	86.3	84.2	11.2	6.4	4.8	13.1	6.7	6.3	75.1	71.1
Baja California	85.0	85.8	74.8	75.5	87.9	88.0	10.3	5.3	4.9	9.4	4.2	5.2	77.7	78.5
Baja California Sur	84.5	84.3	74.1	74.9	87.6	88.9	11.7	6.0	5.7	11.3	6.1	5.1	76.0	77.6
Campeche	80.3	79.0	68.2	68.0	85.0	86.1	12.9	7.6	5.3	14.7	8.4	6.4	72.0	71.4
Coahuila	83.8	84.8	71.8	74.8	85.6	88.2	11.0	6.3	4.7	10.4	5.4	5.0	74.6	77.8
Colima	81.6	81.8	71.9	70.8	88.1	86.6	11.2	6.4	4.7	11.9	5.6	6.2	76.9	74.8
Chiapas	75.4	76.6	60.5	62.8	80.2	81.9	16.3	8.2	8.1	16.3	8.1	8.2	63.9	65.6
Chihuahua	85.3	85.1	73.6	73.1	86.3	85.9	9.8	5.5	4.4	10.4	5.9	4.5	76.4	75.5
Ciudad de México	85.9	88.4	76.3	79.3	88.8	89.7	10.2	4.7	5.4	8.1	3.3	4.8	78.6	81.6
Durango	83.4	83.0	72.8	73.2	87.3	88.2	11.0	6.1	4.9	10.9	5.7	5.1	76.3	77.4
Guanajuato	76.3	81.9	64.7	70.4	84.8	86.0	13.4	6.6	6.8	11.1	5.6	5.6	71.4	74.9
Guerrero	80.0	80.4	68.2	67.3	85.3	83.7	13.1	8.2	4.8	13.4	7.3	6.1	72.3	70.2
Hidalgo	84.4	87.1	74.4	76.4	88.1	87.7	11.3	5.7	5.6	9.2	4.7	4.5	76.8	78.6
Jalisco	78.4	79.2	67.6	67.9	86.2	85.7	10.4	5.2	5.2	11.8	5.7	6.1	75.8	73.9
Estado de México	85.9	86.2	76.8	76.6	89.5	88.8	8.4	3.5	4.9	9.5	3.6	5.9	81.1	79.3
Michoacán	80.0	79.1	67.2	67.3	84.0	85.1	10.9	5.3	5.6	12.5	5.6	6.9	73.1	72.5
Morelos	85.0	86.4	74.5	76.5	87.6	88.5	10.3	4.9	5.5	9.9	5.0	4.9	77.2	78.6
Nayarit	84.1	84.4	73.9	73.7	87.9	87.4	11.2	6.1	5.1	11.4	5.9	5.5	76.7	76.0
Nuevo León	83.8	81.9	70.3	70.5	83.9	86.1	9.4	5.1	4.3	11.9	6.2	5.7	74.5	74.2
Oaxaca	77.6	80.7	65.4	66.2	84.2	82.1	16.1	8.2	8.0	13.1	6.9	6.2	68.1	69.0
Puebla	82.0	80.2	72.5	68.7	88.4	85.6	10.8	5.3	5.5	13.9	7.0	6.9	77.6	71.7
Querétaro	82.4	82.5	71.8	71.9	87.2	87.1	10.9	5.5	5.4	12.3	6.7	5.6	76.3	74.9
Quintana Roo	80.7	80.5	71.3	69.9	88.4	86.9	12.1	6.4	5.7	13.5	6.8	6.8	76.2	73.3
San Luis Potosí	83.5	85.4	70.8	72.7	84.8	85.1	10.9	5.1	5.8	9.7	5.2	4.5	73.9	75.4
Sinaloa	87.8	87.2	76.8	75.5	87.5	86.5	8.9	4.6	4.3	8.4	5.0	3.4	78.6	78.1
Sonora	83.6	86.7	73.5	76.8	87.8	88.6	10.8	6.4	4.4	7.8	4.2	3.6	77.1	80.7
Tabasco	80.0	80.7	66.2	67.9	82.8	84.2	12.3	7.8	4.5	11.7	6.5	5.2	70.4	72.6
Tamaulipas	84.8	82.4	72.4	69.0	85.4	83.7	10.4	4.6	5.8	12.3	6.3	6.0	75.0	71.4
Tlaxcala	83.5	83.5	73.9	72.7	88.6	87.1	9.6	5.2	4.3	11.0	5.4	5.6	79.0	76.1
Veracruz	80.8	83.1	68.8	72.3	85.1	86.9	12.3	5.9	6.4	10.3	5.5	4.8	72.8	76.6
Yucatán	76.8	79.5	66.9	67.6	87.0	85.1	10.2	5.7	4.4	11.8	6.1	5.8	76.9	73.3
Zacatecas	82.2	79.9	68.1	67.2	82.8	84.2	10.6	5.9	4.7	13.1	6.9	6.3	72.2	71.0

Notas: Se consideran mujeres en edad fértil sexualmente activas a aquellas que tienen entre 15 y 49 años y declararon haber tenido al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta.

Usuaris actuales: Dentro del conjunto de mujeres que declararon estar usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, se incluyeron a las que no desean tener hijos(as); están esterilizadas o que declararon que "no pueden embarazarse a pesar de desear más hijos(as) en el futuro". Todas las demás que usan métodos anticonceptivos=usan para espaciar.

No usuarias actuales: Embarazadas o en amenorrea posparto (no ha vuelto a tener la menstruación desde el último(a) hijo(a) vivo(a) en los dos últimos años) o no están embarazadas ni en amenorrea posparto.

Fuente: Estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2014 y 2018.

Cuadro A7.2.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Entidad Federativa	MEFU													
	Demanda Satisfecha		Prevalencia de métodos modernos		Demanda Total		NIA						Prevalencia Total	
							Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar		
2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2014	2014	2018	2018	2018	2014	2018	
República Mexicana	81.6	83.1	68.3	69.8	83.7	83.9	11.4	5.1	6.4	10.8	4.8	6.0	72.3	73.1
Aguascalientes	79.7	80.1	66.1	66.2	82.4	81.7	10.6	5.2	5.4	12.1	5.8	6.3	71.7	69.6
Baja California	85.0	85.8	74.1	75.5	86.3	86.6	9.2	3.7	5.5	8.1	3.1	4.9	77.1	78.5
Baja California Sur	84.5	84.3	73.2	74.2	85.9	86.3	10.4	4.9	5.5	9.6	4.6	5.0	75.5	76.7
Campeche	80.3	79.0	66.5	66.8	82.5	83.1	13.0	6.8	6.2	13.2	6.8	6.4	69.5	70.0
Coahuila	83.8	84.8	71.4	73.9	84.6	85.5	10.6	5.5	5.1	8.7	4.0	4.7	73.9	76.9
Colima	81.6	81.8	71.3	68.7	85.4	83.7	9.7	4.5	5.2	10.5	4.4	6.1	75.7	73.1
Chiapas	75.4	76.6	55.6	59.2	77.1	78.4	18.5	8.7	9.8	16.8	8.0	8.9	58.6	61.6
Chihuahua	85.3	85.1	74.0	73.2	85.4	84.0	8.3	4.3	4.1	8.5	3.9	4.6	77.0	75.5
Ciudad de México	85.9	88.4	72.8	75.8	84.6	86.8	9.5	3.7	5.8	8.6	2.3	6.3	75.1	78.2
Durango	83.4	83.0	71.0	71.9	85.1	85.3	10.7	5.0	5.8	9.4	3.9	5.4	74.4	75.9
Guanajuato	76.3	81.9	61.8	67.7	82.1	83.8	13.9	6.4	7.5	11.6	5.3	6.2	68.1	72.3
Guerrero	80.0	80.4	63.7	64.8	81.2	82.3	14.1	7.7	6.4	15.1	7.7	7.4	67.1	67.2
Hidalgo	84.4	87.1	70.4	73.8	84.0	85.3	11.6	4.5	7.0	9.5	4.4	5.1	72.4	75.8
Jalisco	78.4	79.2	64.6	67.0	83.8	83.7	11.3	4.8	6.5	10.6	5.0	5.6	72.5	73.1
Estado de México	85.9	86.2	73.6	74.5	87.2	86.1	9.4	3.3	6.0	8.9	3.3	5.5	77.8	77.3
Michoacán	80.0	79.1	62.5	63.7	81.4	82.0	13.3	6.0	7.3	13.5	5.9	7.6	68.1	68.5
Morelos	85.0	86.4	71.1	74.1	84.4	85.5	10.9	5.2	5.7	9.1	4.3	4.8	73.5	76.4
Nayarit	84.1	84.4	72.9	71.6	86.3	85.0	11.2	5.2	6.0	11.4	5.4	6.0	75.1	73.6
Nuevo León	83.8	81.9	69.3	69.9	82.9	83.8	9.4	4.5	4.9	10.1	3.8	6.3	73.5	73.7
Oaxaca	77.6	80.7	58.9	62.7	78.8	77.9	17.7	8.3	9.4	12.9	6.3	6.7	61.2	65.0
Puebla	82.0	80.2	68.8	66.4	85.7	82.3	12.1	5.4	6.7	13.1	6.1	7.0	73.6	69.2
Querétaro	82.4	82.5	67.9	68.6	83.8	84.1	11.4	5.5	5.8	12.2	5.5	6.7	72.4	71.9
Quintana Roo	80.7	80.5	67.8	67.9	84.6	84.8	12.3	6.2	6.0	13.1	6.6	6.5	72.3	71.7
San Luis Potosí	83.5	85.4	68.2	69.1	82.1	82.2	11.2	5.1	6.1	10.3	5.1	5.2	70.9	71.8
Sinaloa	87.8	87.2	76.2	74.1	85.9	84.6	7.8	3.5	4.2	7.9	3.8	4.1	78.2	76.7
Sonora	83.6	86.7	73.4	76.3	86.5	86.6	9.4	4.9	4.5	6.2	2.7	3.5	77.1	80.3
Tabasco	80.0	80.7	65.8	66.0	81.3	81.9	11.7	6.5	5.3	11.6	6.2	5.4	69.5	70.2
Tamaulipas	84.8	82.4	71.1	67.9	83.7	82.2	9.9	3.7	6.2	11.7	5.2	6.5	73.8	70.4
Tlaxcala	83.5	83.5	70.0	70.5	85.0	83.8	10.3	4.8	5.5	10.0	4.4	5.6	74.7	73.8
Veracruz	80.8	83.1	66.1	70.7	82.0	85.2	12.7	4.7	8.0	10.7	5.4	5.2	69.3	74.6
Yucatán	76.8	79.5	64.2	65.2	83.5	82.4	11.2	6.3	4.9	11.7	5.7	6.0	72.3	70.7
Zacatecas	82.2	79.9	65.3	64.8	80.8	81.8	11.8	5.5	6.3	13.4	6.5	6.9	69.0	68.4

Notas: Se consideran mujeres en edad fértil unidas a aquellas que declararon estar casadas o en unión libre.

Usuarías actuales: Dentro del conjunto de mujeres que declararon estar usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, se incluyeron a las que no desean tener hijos(as); están esterilizadas o que declararon que "no pueden embarazarse a pesar de desear más hijos(as) en el futuro". Todas las demás que usan métodos anticonceptivos=usan para espaciar.

No usuarias actuales: Embarazadas o en amenorrea posparto (no ha vuelto a tener la menstruación desde el último(a) hijo(a) vivo(a) en los dos últimos años) o no están embarazadas ni en amenorrea posparto.

Fuente: Estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2014 y 2018.

Metodología

Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil sexualmente activas⁵⁵ (MEFSA)

El porcentaje de demanda satisfecha de anticoncepción permite evaluar los niveles generales de cobertura de los programas y servicios sobre planificación familiar; por tanto, es un indicador que visibiliza el acceso que tienen las mujeres a los servicios de planificación familiar y anticoncepción, que permite dar cuenta de la cobertura del sector salud respecto a la oferta de métodos anticonceptivos.⁵⁶

Forma de cálculo del indicador

1. Porcentaje de mujeres sexualmente activas en edad fértil (15 a 49 años) con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos.

$$DSMAM_MEFSA^t_{(15-49)} = \frac{Prevmetmod_MEFSA^t_{(15-49)}}{DTA_MEFSA^t_{(15-49)}} 100$$

Donde:

$DSMAM_MEFSA^t_{(15-49)}$: Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$Prevmetmod_MEFSA^t_{(15-49)}$: Prevalencia de uso de métodos modernos en mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años en el momento t.

$DTA_MEFSA^t_{(15-49)}$: Demanda total de anticoncepción en mujeres sexualmente activas en edad fértil (15 a 49 años) en el momento t.

Numerador:

1. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos de mujeres sexualmente activas en el momento t, se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos.

$$Prevmod_MEFSA^t_{(15-49)} = \frac{MEFSA_UMAmot^t_{(15-49)}}{MEFSA^t_{(15-49)}} 100$$

Donde:

$Prevmod_MEFSA^t_{(15-49)}$ = Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$MEFSA_UMAmot^t_{(15-49)}$ = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos en tiempo t.

⁵⁵ Se consideran mujeres sexualmente activas a aquéllas que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta.

⁵⁶ Population Division, Department of Economic and Social Affairs (DESA) of United Nations Population Fund (UNFPA) (2018), disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf>

$MEFSA_{(15-49)}^t$ = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

Denominador:

2. Demanda total de anticoncepción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t, que es la suma de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas y el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

- **Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo de mujeres en edad fértil sexualmente activas:** Total de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos y tradicionales.

$$Prev_MEFSA_{(15-49)}^t = \frac{MEFSA_UMA_{(15-49)}^t}{MEFSA_{(15-49)}^t} \times 100$$

Donde:

$Prev_MEFSA_{(15-49)}^t$: Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$MEFSA_UMA_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

$MEFSA_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

- **Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas en el momento t:** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas (15 a 49 años), expuestas al riesgo de embarazarse en un momento determinado, que refieren su deseo de limitar o espaciar su descendencia, pero no usan métodos anticonceptivos.

$$NIA_MEFSA_{(15-49)}^t = \left(\frac{NIA_MEFSAesp_{(15-49)}^t + NIA_MEFSAlim_{(15-49)}^t}{MEFSA_{(15-49)}^t} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA_MEFSA_{(15-49)}^t$: Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas que en el momento t desean espaciar o limitar el nacimiento de próximos hijos(as), pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA_MEFSAesp_{(15-49)}^t$: Número de mujeres en edad fértil sexualmente activas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA_MEFSAlim_{(15-49)}^t$: Número de mujeres en edad fértil sexualmente activas que en el momento t no desean tener más hijos o hijas, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$MEFSA_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

A continuación, se detallará el cálculo de cada uno de los componentes de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, con la finalidad de que la información que se obtenga sea igual que la reportada en las fuentes de información oficiales. El principal objetivo es visualizar la complejidad del cálculo de dicho indicador por lo cual se muestra a continuación cada uno de los pasos a seguir para obtener la NIA en mujeres en edad fértil sexualmente activas.

Este indicador permite evaluar y monitorear el logro de las metas en planes y programas en materia de salud sexual y reproductiva, debido a que cuantifica lo que queda por hacer en cuanto a la promoción y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular a la oferta de métodos anticonceptivos.

Actualmente Naciones Unidas avala una metodología propuesta y revisada para el cálculo de la NIA por un grupo de personas técnicas y expertas en el tema, del Fondo de Población de Naciones Unidas, USAID y miembros del proyecto MEASURE DHS (Monitoring and Evaluation to Assess and use Results Demographic and Health Surveys) que permite obtener una medida comparable entre países de distintos continentes y a lo largo del tiempo (Bradley *et al.*, 2012).

En este sentido, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) como integrante y coordinador del Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD), y apegada a las Reglas para la integración, difusión y administración del Catálogo Nacional de Indicadores (CNI), es responsable del cálculo, integración y reporte de los Indicadores Clave abajo señalados y que forman parte del CNI, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.⁵⁷

Forma de cálculo del indicador.

$$NIA_MEFSA^t_{(15-49)} = \left(\frac{NIA_MEFSAesp^t_{(15-49)} + NIA_MEFSAlim^t_{(15-49)}}{MEFSA^t_{(15-49)}} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA_MEFSA^t_{(15-49)}$: Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$NIA_MEFSAesp^t_{(15-49)}$: Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA_MEFSAlim^t_{(15-49)}$: Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas que en el momento t no desean tener más hijos o hijas, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$MEFSA^t_{(15-49)}$: Mujeres en edad fértil (15 a 19 años) sexualmente activas, usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

⁵⁷ Para mayor información consultar los siguientes vínculos:

<https://www.snieg.mx/cni/>

<https://www.snieg.mx/cni/infometadato.aspx?idOrden=1.1&ind=6207081417&porDetalle=no&gen=13035&d=n>

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>

Asimismo, en este marco la SGCONAPO pone a disposición de las y los usuarios la sintaxis para aplicarla en el paquete estadístico SPSS para el cálculo del indicador: “Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos, 2018” a nivel nacional, la cual puede consultar en el Libro “Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos. República Mexicana. 2018”.⁵⁸

Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil unidas⁵⁹ (MEFU)

El porcentaje de demanda satisfecha de anticoncepción permite evaluar los niveles generales de cobertura de los programas y servicios sobre planificación familiar; por tanto, es un indicador que visibiliza el acceso que tienen las mujeres a los servicios de planificación familiar, y permite dar cuenta de la cobertura del sector salud respecto a la oferta de métodos anticonceptivos.⁶⁰

Forma de cálculo del indicador

1. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil (15 a 49 años) con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos.

$$DSMAM_MEFU^t_{(15-49)} = \frac{Prevmetmod_MEFU^t_{(15-49)}}{DTA_MEFU^t_{(15-49)}} \times 100$$

Donde:

$DSMAM_MEFU^t_{(15-49)}$: Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

$Prevmetmod_MEFU^t_{(15-49)}$: Prevalencia de uso de métodos modernos en mujeres unidas de 15 a 49 años en el momento t.

$DTA_MEFU^t_{(15-49)}$: Demanda total de anticoncepción en mujeres unidas en edad fértil (15 a 49 años) en el momento t.

Numerador:

1. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos de mujeres unidas en el momento t, se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) unidas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos.

$$Prevmod_MEFU^t_{(15-49)} = \frac{MEFU_UMAmo^t_{(15-49)}}{MEFU^t_{(15-49)}} \times 100$$

Donde:

$Prevmod_MEFU^t_{(15-49)}$ = Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

⁵⁸ Se solicita de la manera más atenta citar las estimaciones realizadas con esta metodología de la siguiente forma: Estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2018.

⁵⁹ Se consideran mujeres unidas a aquellas casadas o en unión libre.

⁶⁰ Population Division, Department of Economic and Social Affairs (DESA) of United Nations Population Fund (UNFPA) (2018), disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf>

$MEFU_UMAm_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos en tiempo t.

$MEFU_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

Denominador:

2. Demanda total de anticoncepción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t, que es la suma de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas y el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

- **Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo de mujeres en edad fértil unidas:** Total de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) unidas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos y tradicionales.

$$Prev_MEFU_{(15-49)}^t = \frac{MEFU_UMAm_{(15-49)}^t}{MEFU_{(15-49)}^t} \times 100$$

Donde:

$Prev_MEFU_{(15-49)}^t$: Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

$MEFU_UMAm_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

$MEFU_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

- **Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas en el momento t:** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (15 a 49 años), expuestas al riesgo de embarazarse en un momento determinado, que refieren su deseo de limitar o espaciar su descendencia, pero no usan métodos anticonceptivos.

$$NIA_MEFU_{(15-49)}^t = \left(\frac{NIA_MEFUesp_{(15-49)}^t + NIA_MEFUlim_{(15-49)}^t}{MEFU_{(15-49)}^t} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA_MEFU_{(15-49)}^t$: Proporción de mujeres en edad fértil unidas que en el momento t desean espaciar o limitar el nacimiento de próximos hijos(as), pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA_MEFUesp_{(15-49)}^t$: Número de mujeres en edad fértil unidas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA_MEFULim^t_{(15-49)}$: Número de mujeres en edad fértil unidas que en el momento t no desean tener más hijos, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$MEFU^t_{(15-49)}$: Mujeres en edad fértil unidas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

A continuación, se detallará el cálculo de cada uno de los componentes de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, con la finalidad de que la información que se obtenga sea igual que la reportada en las fuentes de información oficiales. El principal objetivo es visualizar la complejidad del cálculo de dicho indicador por lo cual se muestra a continuación cada uno de los pasos a seguir para obtener la NIA en mujeres en edad fértil unidas.

Este indicador permite evaluar y monitorear el logro de las metas en planes y programas en materia de salud sexual y reproductiva, debido a que cuantifica lo que queda por hacer en cuanto a la promoción y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular a la oferta de métodos anticonceptivos.

Actualmente Naciones Unidas avala una metodología propuesta y revisada para el cálculo de la NIA por un grupo de personas técnicas expertas en el tema, del Fondo de Población de Naciones Unidas, USAID y miembros del proyecto Measure DHS (Monitoring and Evaluation to Assess and use Results Demographic and Health Surveys) que permite obtener una medida comparable entre países de distintos continentes y a lo largo del tiempo (Bradley *et al.*, 2012).

En este sentido, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) como integrante y coordinador del Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD), y apegada a las Reglas para la integración, difusión y administración del Catálogo Nacional de Indicadores (CNI), es responsable del cálculo, integración y reporte de los Indicadores Clave abajo señalados y que forman parte del CNI, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.⁶¹

Forma de cálculo del indicador.

$$NIA_MEFU^t_{(15-49)} = \left(\frac{NIA_MEFUesp^t_{(15-49)} + NIA_MEFULim^t_{(15-49)}}{MEFU^t_{(15-49)}} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA_MEFU^t_{(15-49)}$: Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

$NIA_MEFUesp^t_{(15-49)}$: Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA_MEFULim^t_{(15-49)}$: Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas que en el momento t no desean tener más hijos o hijas, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

⁶¹ Para mayor información consultar los siguientes vínculos:

<https://www.snieg.mx/cni/>

<https://www.snieg.mx/cni/infometadato.aspx?idOrden=1.1&ind=6207081417&porDetalle=no&gen=13035&d=n>

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>

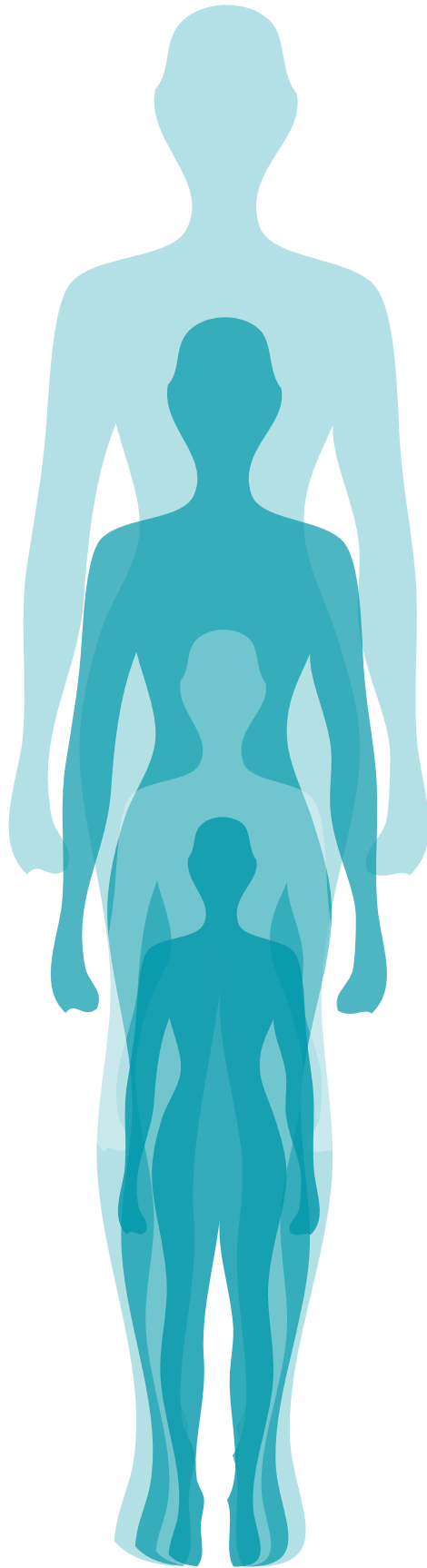
$MEFU_{(15-49)}^t$: Mujeres en edad fértil (15 a 19 años) unidas, usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

Asimismo, en este marco la SCONAPO pone a disposición de las y los usuarios la sintaxis para aplicarla en el paquete estadístico SPSS para el cálculo del indicador: “Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos, 2018” a nivel nacional, la cual puede consultar en el Libro “Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos. República Mexicana. 2018”.⁶²

Bibliografía

Bradley, S., Croft, T., Fishel, J. y Westoff, C. (2012). *Revising unmet need for family planning*. DHS Analytical Studies, núm. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>

⁶² Se solicita de la manera más atenta citar las estimaciones realizadas con esta metodología de la siguiente forma: Estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2018.



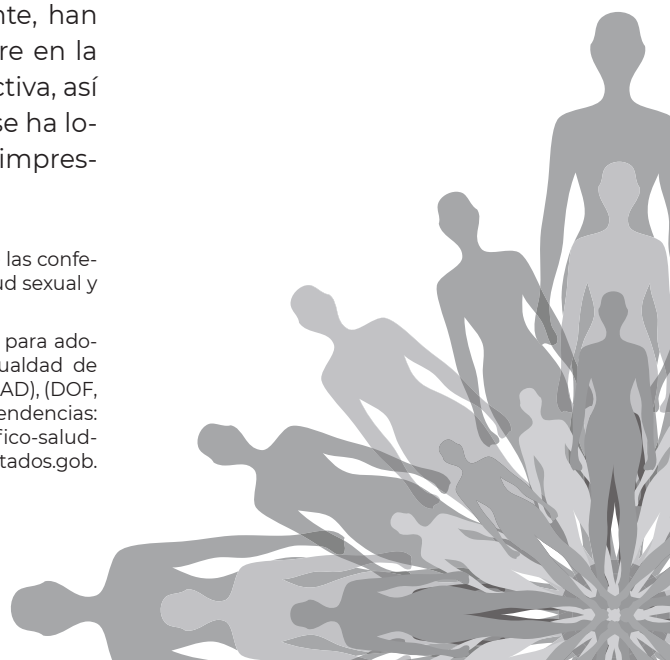
En esta publicación, de manera reiterada, se ha mencionado la importancia de la participación y corresponsabilidad masculina en las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como en los resultados benéficos de ésta, debido a que fortalece el derecho a la igualdad de la contribución de mujeres y hombres en esta responsabilidad.

Hoy en día, a más de 25 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo y los compromisos establecidos en su Programa de Acción, así como a otros instrumentos acordados posteriormente,⁶³ como los suscritos en la más reciente Cumbre de Nairobi (2019), son grandes las brechas que prevalecen entre hombres y mujeres y muchos los aspectos que se deben mejorar en cuanto a la vida sexual y reproductiva, entre ellos la comunicación, la comprensión de las responsabilidades conjuntas y la igualdad que debe existir en la vida privada y pública entre mujeres y hombres. Por ello, se hace necesario que se redefinan la masculinidad y la feminidad por medio de educación integral en sexualidad (EIS), el combate a la violencia y la promoción de comportamientos más saludables e igualitarios comenzando desde edades tempranas (Starrs *et al.*, 2018).

En nuestro país, los programas de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar y anticoncepción y de igualdad, establecidos por los diferentes gobiernos en la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES),⁶⁴ respectivamente, han incluido acciones para promover la participación del hombre en la toma de decisiones relacionada con la vida sexual y reproductiva, así como la paternidad responsable y elegida. Sin embargo, no se ha logrado un gran avance en este aspecto. De tal manera que, es impres-

⁶³ En el capítulo 3 de esta publicación se presenta una descripción detallada de las conferencias y consensos internacionales en materia de población, desarrollo y salud sexual y reproductiva, por lo que se sugiere su lectura.

⁶⁴ Se refiere al Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018 (SS-CNEGSR, 2014) y el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no discriminación contra las mujeres, 2013-2018 (PROIGUALDAD), (DOF, 30/08/2013) pueden consultarse en las direcciones electrónicas de ambas dependencias: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accionespecifico-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-2013-2018-10072> y <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/64/2019/abr/Inmujeres-20190423.pdf>, respectivamente.



cindible continuar impulsando transformaciones estructurales que modifiquen las instituciones mismas, así como el lugar que ocupan las personas en éstas, para que se dé un reacomodo de poderes en los espacios público y privado, y se generen y fortalezcan nuevas formas de relación (Guevara, 2003).

Es por ello, que no basta con que se reconozcan los derechos sexuales y reproductivos de las personas, es muy importante que se den las condiciones sociales para que puedan ejercerse y garantizarse (Figueroa, 2001). Por tal motivo, en este capítulo se examinarán los avances que se observan en la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva en Quintana Roo, de tal forma que se visibilice la necesidad de impulsar el involucramiento de los hombres en ambos aspectos de la salud y pueda aspirar al cumplimiento de los derechos mencionados.

8.1 Participación masculina en la práctica anticonceptiva de las mujeres sexualmente activas y las unidas

A pesar de haberse establecido en 1994 la responsabilidad compartida en materia de salud sexual y reproductiva entre hombres y mujeres, se han mantenido los roles de género asociados a cada sexo debido a cuestiones culturales y sociales. A las mujeres se les sigue considerando las proveedoras de cuidados y de crianza de su descendencia, y quiénes deben usar métodos de anticoncepción, es decir, deben ser las que asuman, en la gran mayoría de los casos, la responsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos, para evitar embarazos no planeados o no deseados, así como infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La falta de políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva adecuadas, así como cuestiones de género que se han perpetuado y siguen siendo vigentes, han contribuido a que se mantenga la poca participación masculina en la vida sexual y reproductiva y, sea la mujer

la que asuma los riesgos y responsabilidades, conociendo que, tanto hombres como mujeres son responsables y copartícipes de la reproducción y sexualidad (Guevara, 2003). Asimismo, la falta de empoderamiento de las mujeres restringe su habilidad para tomar decisiones acerca de su práctica anticonceptiva, así como para tener una discusión abierta con su pareja sobre ello (Do y Kurimoto, 2012). De acuerdo con Guevara, las asimetrías de poder se reflejan en el momento de negociar sobre la sexualidad y la reproducción, y con frecuencia son los hombres los que deciden qué es lo que se negocia. El empoderamiento de la mujer en este tema está ligado a su estatus conyugal, la calidad del vínculo amoroso y a sus propias posibilidades de autonomía. De ahí que sea relevante fortalecer con información y EIS la toma de decisiones de hombres y mujeres para facilitar la comunicación entre ambos, para que puedan acordar y asumir compromisos en esta materia.

En un estudio reciente realizado a hombres (James-Hawkins *et al.*, 2019), se indagó sobre algunas normas sociales que se contradicen en torno a la toma de decisiones en salud sexual y la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, las cuales minan las relaciones sexuales igualitarias entre la población. La mayoría de los hombres entrevistados coincidieron en que la responsabilidad de la toma de decisiones sobre salud sexual debe compartirse con las mujeres y también consideran que son ellas las que deben tener poder sobre sus propios cuerpos y su salud sexual. Sin embargo, la coexistencia de ambas normas da lugar a contradicciones, debido a que, aunque los hombres dicen que las decisiones sobre salud sexual deben tomarse de manera igualitaria, no siempre participan en éstas. Así, en su mayoría, los hombres dejan la decisión de usar anticonceptivos a las mujeres. Las autoras concluyen que la negociación de los hombres respecto a estas normas incompatibles refuerza el poder desigual y la desigualdad en las relaciones sexuales. De ahí que tome importancia el argumento de diseñar o bien mejorar las políticas públicas para involucrar en una mejor y mayor medida a los hombres para que de manera asertiva se comprometan en este aspecto.

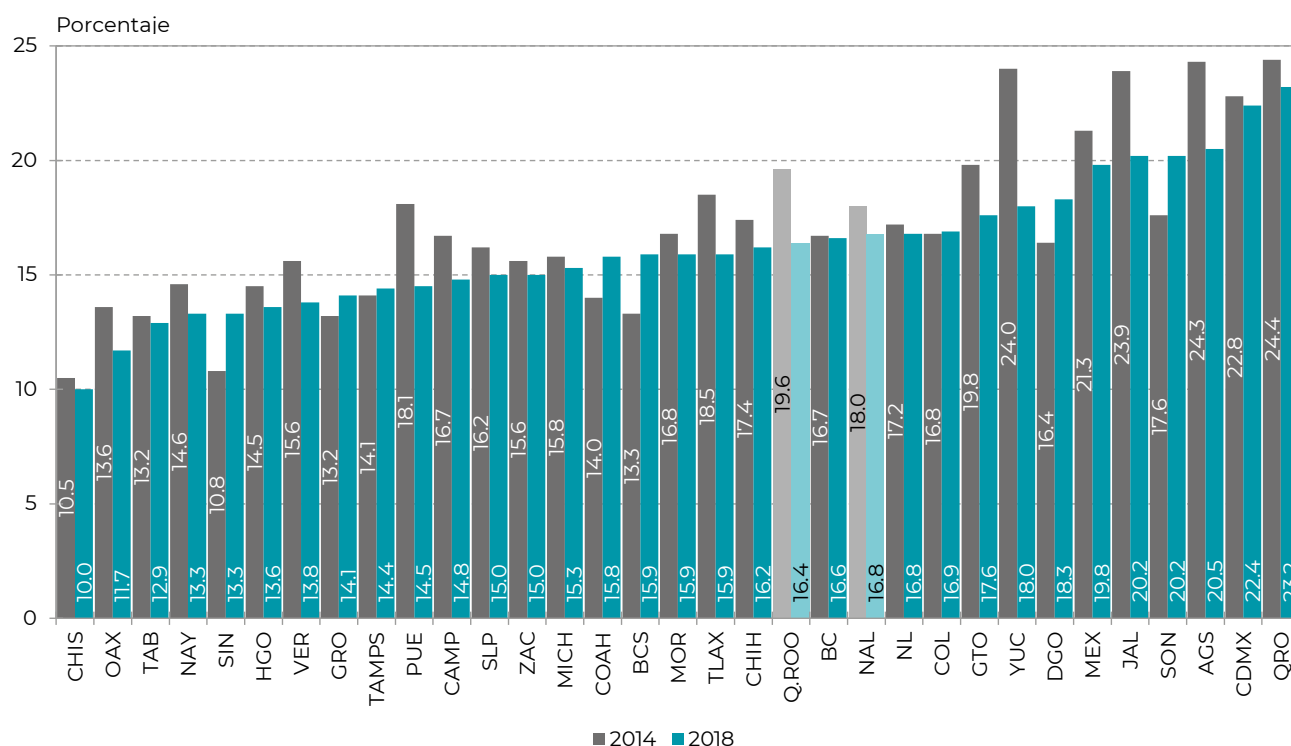
Una manera de aproximarse a la medición de la participación de los hombres en la práctica anticonceptiva es a través de las preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos realizadas a las mujeres en las encuestas, en este caso, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) y, en las que la respuesta a los cuestionamientos se involucra a los hombres, es decir, ellas responden que utilizan algún método que requiere la participación activa de ellos, tales como la vasectomía, el condón, el retiro u otro método tradicional.⁶⁵

En Quintana Roo al igual del nivel nacional, disminuyó entre 2014 y 2018 el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)

que declararon usar métodos anticonceptivos porque su pareja hizo uso de ellos, pasando de 19.6 a 16.4 por ciento, respectivamente (véase gráfica 8.1). Es importante destacar que en 2018 en la mayoría de las entidades se redujo el porcentaje de usuarias con participación masculina en la prevalencia anticonceptiva. En 2018, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje de mujeres con participación masculina en la prevalencia anticonceptiva respecto a lo presentado a nivel nacional (16.8%).

En el caso de mujeres en edad fértil unidas (MEFU), se obtuvo que en Quintana Roo entre 2014 y 2018 el porcentaje de quienes declararon usar métodos anticonceptivos porque su pareja

Gráfica 8.1. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018

⁶⁵ Ver la definición de método anticonceptivo tradicional en el capítulo 7.

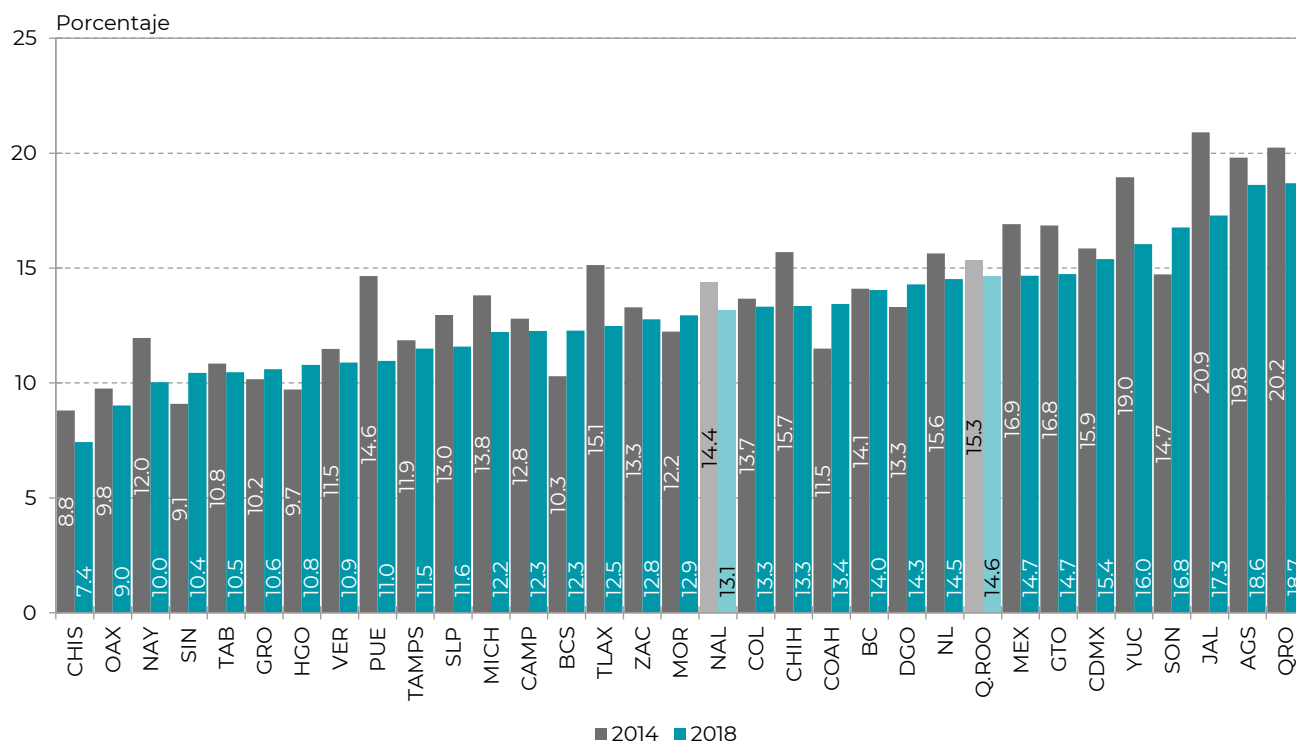
hizo uso de ellos, también disminuyó de 15.3 a 14.6 por ciento (véase gráfica 8.2). En este grupo de mujeres también se encontró que en 2018 en la mayoría de las entidades se redujo el porcentaje de usuarias con participación masculina en la prevalencia anticonceptiva. Sin embargo, en 2018, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con mayor porcentaje de MEFU con participación masculina en la prevalencia anticonceptiva respecto a lo presentado a nivel nacional (13.1%).

En Quintana Roo tanto en 2014 como en 2018, la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres ha sido determinada por el condón o preservativo, aunque se observó un descenso en el uso de este método anticonceptivo, por ejemplo, entre las MEFSAs el porcentaje de usuarios bajó de 11.5 a 9.8 y entre las MEFUs ocurrió lo mismo, pasó de 8.0 a 7.4 por ciento (véase gráfica 8.3). Cabe destacar que el porcentaje de MEFU y MEFSAs que declararon que sus parejas se habían practicado la vasectomía

incrementó entre el periodo de estudio. Es importante señalar que, a pesar de las actividades de promoción y prestación de servicios que ha realizado la Secretaría de Salud con relación a este método anticonceptivo, se obtuvo que todavía fue bajo el porcentaje de hombres que se han realizado este procedimiento como práctica anticonceptiva, situación que se refleja en la poca representatividad que hay en la muestra.

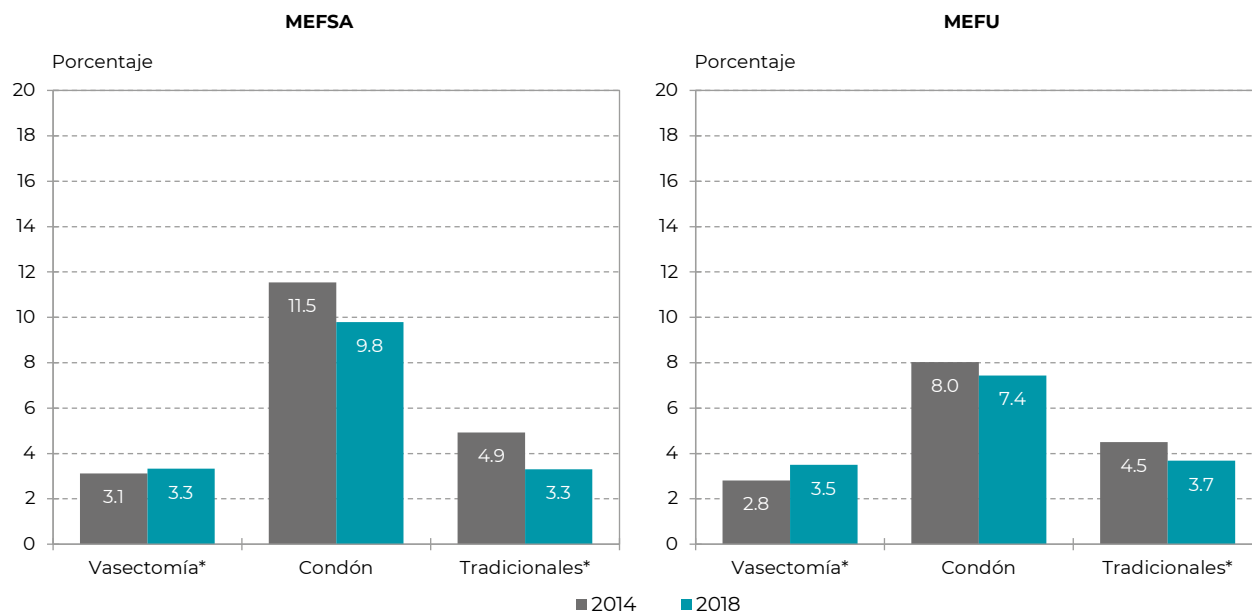
Al respecto, cabe resaltar que, México se sumó por primera vez en 2016 a la conmemoración del Día Mundial de la Vasectomía, realizando 3 000 vasectomías a nivel nacional en solo cinco días, en 2017 fue el país sede de este evento y se hicieron más del doble de procedimientos (6 500 vasectomías), y en esa ocasión también se contó con la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este tipo de acciones abonan en favor de la promoción y uso de este método. No

Gráfica 8.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Gráfica 8.3. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y de unidades usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por tipo de método, 2014 y 2018



* Tamaño de muestra insuficiente para una estimación confiable del indicador.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

obstante, se requiere llevar a cabo otro tipo de actividades y cambios estructurales en la sociedad mexicana que involucren en mayor medida a los hombres en la vida reproductiva y que asuman su responsabilidad ante ésta.

El uso de métodos tradicionales (ritmo y retiro), en los cuales se requiere la participación de los hombres, sumó una prevalencia superior a tres por ciento en 2018 tanto en MEFSA como en MEFU. Aunque este tipo de métodos abonan muy poco a la protección de embarazos no intencionales y a la prevención de ITS y VIH (WHO/RHR, 2018), entre 2014 y 2018 destaca que el tamaño de la muestra es insuficiente para una estimación confiable del indicador.

La todavía baja proporción de uso de la vasectomía está relacionada con ciertas actitudes en las que se asume que la mujer es la responsable de la planificación familiar y anticoncepción, la falta de información sobre las nuevas técnicas para realizar la vasectomía, además de la renuencia de algunos programas o políticas públicas para ofrecer ésta como método anticonceptivo (The Alan Guttmacher Institute, 2004). Asimismo, deberían

intentar comprometerlos de manera proactiva en el momento que acuden a los servicios en busca de métodos anticonceptivos, para pruebas o tratamientos de ITS, incluido el VIH, o como apoyo para su pareja en el uso de estos servicios.

Las intervenciones dirigidas a aumentar el uso de anticonceptivos entre los hombres pueden requerir el uso de diferentes enfoques, entre ellos la promoción del diálogo en las parejas sobre las preferencias reproductivas y el uso de métodos para lograrlo, así como el desarrollo y mejora de la eficacia personal de las mujeres para negociar la actividad sexual (Do y Kurimoto, 2012). Existen estudios que demuestran que el uso de anticoncepción aumenta cuando las mujeres aseguran tener una fácil comunicación con su pareja y en el caso contrario, en relaciones de poder y dominio, el uso disminuye (Raine *et al.*, 2010). Es por ello que, tal como lo mencionan Starrs *et al.* (2018), deben diseñarse o en su caso, fortalecerse políticas públicas dirigidas a mejorar la comunicación entre hombres y mujeres que conduzcan a relaciones igualitarias y de abierto diálogo y discusión.

Algunos estudios sugieren que es más bien la falta de motivación entre los hombres, y no su falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, lo que explica el bajo uso de los mismos dentro del matrimonio (Hulton y Falkingham, 1996). Los hombres no suelen comentar o discutir sobre sus problemas de salud sexual y reproductiva, por lo tanto, evitan buscar ayuda y cuidado por miedo o parecer débiles o vulnerables (Starrs *et al.*, 2018).

Por tales motivos, es necesario un mejor entendimiento de la masculinidad; la EIS, la información y otras actividades educativas pueden ayudar a redefinir tanto la feminidad como la masculinidad, combatir la violencia y promover conductas y comportamientos más equitativos que inician a edades tempranas. De la misma manera, se debería incrementar la inversión en el desarrollo y promoción de métodos anticonceptivos masculinos, para aumentar la responsabilidad compartida en la prevención de embarazos no intencionales y contagio de alguna ITS, incluido el VIH (Starrs *et al.*, 2018).

8.2 Autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas

La capacidad de las mujeres de asumir su sexualidad y las condiciones y opciones de su vida reproductiva, en ocasiones se ve mermada por la falta de EIS, independencia económica, así como otros factores y herramientas que le faciliten la toma de decisiones y el sostén de éstas, lo mismo que la capacidad de negociación con su pareja sobre el momento de tener relaciones sexuales, el tamaño de la descendencia y el espaciamiento de ésta. En síntesis, el empoderamiento de la mujer está asociado con el uso y la elección del método anticonceptivo, así como la asistencia a servicios de salud sexual y reproductiva (Do y Kurimoto, 2012) que en consecuencia tendrán resultados exitosos y apegados a sus preferencias reproductivas y con una vida sexual segura y placentera.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el número 5 “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas” se especifica la meta “5.6. Asegurar el acceso

universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus revisiones”, la cual se mide por medio del indicador “Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos”; a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) levantada en 2016 (INEGI, 2016), es posible aproximarse⁶⁶ a la medición de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones con relación a cuándo tener relaciones sexuales y al uso de métodos anticonceptivos.⁶⁷

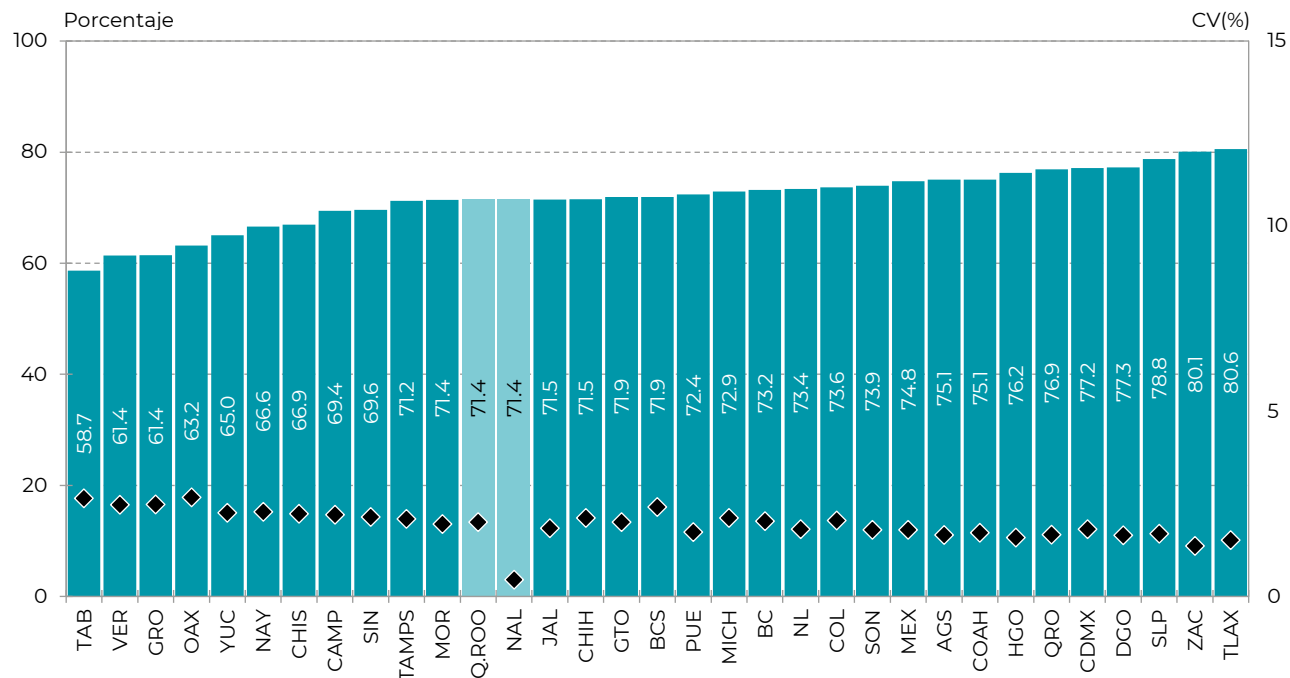
En Quintana Roo en 2016, poco más de siete de cada diez (71.4%) mujeres casadas o unidas de 15 años y más, acordaron con su pareja el momento de tener relaciones sexuales y si usaban algún método anticonceptivo. En este sentido, Quintana Roo tiene la misma proporción de MEFU que tomaron decisiones conjuntas con su pareja con respecto al nivel nacional (71.4%), véase gráfica 8.4.

Si estas mismas preguntas se analizan, pero únicamente considerando las respuestas “solo usted (la entrevistada)” y “entre los dos, pero usted un poco más”, para construir el indicador podemos aproximarnos a la toma de decisiones propia, es decir, que las mujeres son las que deciden sobre estos temas. Se obtuvo que, en Quintana Roo en 2016, la proporción de MEFU

⁶⁶ Es una aproximación debido a que existe la limitación que la estimación actual del indicador no incluye el componente de autonomía en las decisiones sobre el cuidado de la salud reproductiva de la mujer, cuestión que sí se considera en la metodología propuesta por Naciones Unidas para este indicador, ya que en la ENDIREH 2016 no se realiza esta pregunta.

⁶⁷ En el cuestionario de mujeres casadas o unidas de la ENDIREH 2016 hay una sección (sección XIV) dedicada a las decisiones y libertad personal, en la que se indaga sobre diferentes aspectos sobre la vida en pareja y quién es la persona responsable de tomar la decisión (pregunta 14.1AB). Las opciones de respuesta son: “solo usted (la entrevistada)”; “solo su esposo o pareja”; “entre los dos, pero él un poco más”; “entre los dos, pero usted un poco más”; “entre los dos por igual”; “otras personas” y; “no aplica”. Para construir este indicador se han considerado aquellas mujeres que respondieron que ellas deciden, las que lo hacen con su pareja, pero ellas un poco más y las que respondieron los dos por igual. Si se quiere conocer con mayor detalle el cuestionario de la encuesta se sugiere visitar la siguiente dirección electrónica: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

Gráfica 8.4. Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (en conjunto con la pareja) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016



Nota: La decisión de uso de métodos anticonceptivos se pregunta a todas las MEFU, ya que, en el cuestionario para mujer casada o unida, no existe una pregunta para mujeres usuarias actuales de métodos anticonceptivos, por lo que las preguntas sobre las decisiones y libertad personal, se formulan a las mujeres sin tener un conocimiento previo de que actualmente usan anticonceptivos.

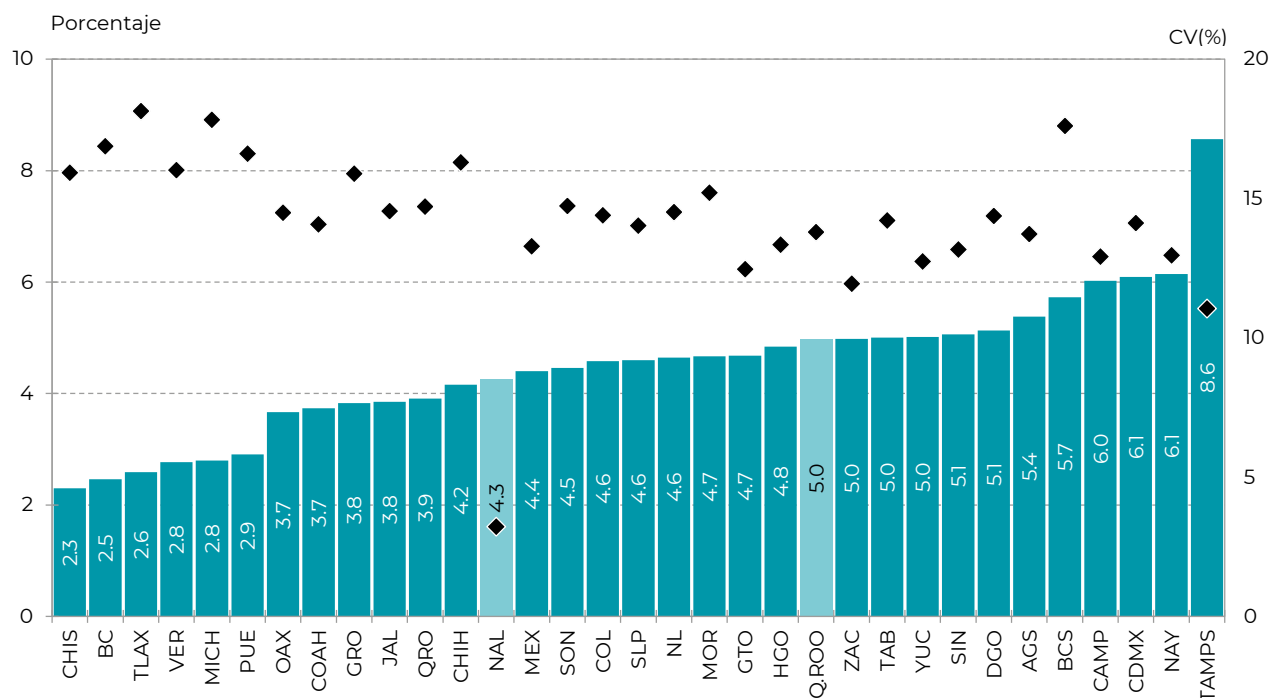
Fuente: Estimaciones de la SG del CONAPO, con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

que tomaron decisiones propias informadas sobre cuándo tener relaciones y usar métodos anticonceptivos, disminuyó considerablemente a 5.0 por ciento, siendo mayor a lo presentado a nivel nacional (4.3%).

De esta forma Quintana Roo se ubicó entre las entidades con mayor proporción de MEFU

que tomaron decisiones propias. Sin embargo, es importante señalar que en la estimación del indicador se presentó un coeficiente de variación cercano al 15.0 por ciento, lo que implica que no hay una estimación confiable derivada por la baja representatividad en la muestra de la encuesta (véase gráfica 8.5).

Gráfica 8.5. Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (solo ellas) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016



Nota 1: La decisión de uso de métodos anticonceptivos se pregunta a todas las MEFU, ya que, en el cuestionario para mujer casada o unida, no existe una pregunta para mujeres usuarias actuales de métodos anticonceptivos, por lo que las preguntas sobre las decisiones y libertad personal, se formulan a las mujeres sin tener un conocimiento previo de que actualmente usan anticonceptivos.

Nota 2: Las estimaciones obtenidas tienen representatividad suficiente a nivel nacional, sin embargo, en algunas entidades federativas, el coeficiente de variación supera el 15%, por lo que requiere un uso cauteloso de la estimación en el que se analicen las causas de la alta variabilidad y se consideren otros indicadores de precisión y confiabilidad, como el intervalo de confianza.

Fuente: Estimaciones de la SG del CONAPO, con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

Conclusiones

Este capítulo abordó el derecho a la igualdad en la participación de la vida sexual y reproductiva, con relación a que hombres y mujeres acuerden el uso de métodos considerando sus preferencias reproductivas, para evitar ITS y disfrutar de su sexualidad de manera segura y placentera.

Por medio de indicadores que dan cuenta del nivel de la participación de los hombres, de manera indirecta, se ha valorado como ha evolucionado su compromiso y colaboración en este aspecto. Sin embargo, son varios los estudios que documentan que, a pesar de no desear tener descendencia en algún momento y de querer evitar contraer alguna ITS, no son proactivos ni consecuentes con ello, ya que es poca su participación y no siempre consistente, dado a que

en la mayoría de las ocasiones delegan esta responsabilidad en las mujeres (Campbell, Turok y White, 2019).

Para incrementar la participación de los hombres en el uso de métodos anticonceptivos es importante que desde el nivel macro, es decir, en las políticas públicas se les considere, tal como lo señalan Starks *et al.*, (2018), las acciones y programas de salud deben comprometer, de manera proactiva a los hombres, esto puede hacerse en el momento que acuden a los servicios en busca de métodos anticonceptivos, para pruebas o tratamientos de ITS, incluido el VIH, o como apoyo para su pareja en el uso de estos servicios. Asimismo, como se señala en ese mismo estudio, se debe trabajar para mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en temas de salud sexual y reproductiva, y el entendimiento de sus

responsabilidades compartidas, de tal manera, que sea claro que tanto hombres como mujeres tienen la misma responsabilidad en la vida pública y privada.

Sobre esto mismo, Do y Kurimoto (2012), de manera específica, sugieren que las intervenciones dirigidas a aumentar el uso de anticonceptivos pueden requerir diferentes enfoques, entre ellos la promoción del diálogo en las parejas sobre las preferencias de fecundidad y el uso de la planificación familiar, el mejoramiento de la eficacia personal de las mujeres para negociar la actividad sexual y la procuración de su independencia económica. El mismo estudio señala que cuando existe comunicación y diálogo, se pueden establecer acuerdos sobre el tamaño de la descendencia deseada, lo que facilita el uso de algún tipo de método anticonceptivo dependiendo de si quieren limitar o espaciar el número de hijas e hijos.

Para incidir en el incremento de la participación masculina en la vida sexual y reproductiva, así como en las labores de cuidados y crianza y que los programas o políticas públicas diseñados para ello tengan éxito, se requiere que la población reciba EIS, información y otras actividades educativas que colaboren a redefinir la femineidad y la masculinidad, combatir la violencia y promover conductas y comportamientos más equitativos iniciando a edades tempranas. Asimismo, los gobiernos deberían incrementar la inversión en el desarrollo y promoción de métodos anticonceptivos masculinos, para aumentar la responsabilidad compartida en la prevención de embarazos no intencionados y de ITS, incluido el VIH (Starrs *et al.*, 2018).

La autonomía de las mujeres en las decisiones sexuales y reproductivas debería plantearse en los programas de salud sexual y reproductiva, para que fortalezcan acciones que favorezcan ésta, es decir, deberían impulsar la EIS, la igualdad de género y promover la educación, en general de las mujeres, para que todo ello impacte en una independencia económica, le otorgue elementos y herramientas que le faciliten la toma de decisiones, así como la capacidad de negociación con la pareja sobre el método más adecuado y el

momento propicio para ejercer su sexualidad y su reproducción. De la misma manera, los programas de salud sexual y reproductiva deberían establecer y promocionar acciones que propicien que los hombres tengan un mejor y mayor involucramiento en su propia reproducción y salud sexual, además de proteger y respetar la autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas de sus parejas.

Hoy en día se cuenta con instrumentos internacionales, a los cuales México se ha adherido, como el Consenso de Montevideo, en el que se promueve la participación activa de los hombres en las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva por medio de medidas prioritarias que impulsan su colaboración; sin embargo, también se registra un avance de los fundamentalismos religiosos, un creciente poder que han obtenido posturas conservadoras y en contra de los derechos, hacen prever condiciones más adversas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y apuntan a restringir cada vez más los espacios que hacen posible la libertad de elección (Guevara, 2003). Por lo cual, habrá que cuidar que las acciones y políticas públicas que se emprendan para que la población ejerza su sexualidad y reproducción de manera informada, libre, segura y placentera sean respetadas y que en estas se considere por igual la participación e involucramiento de hombres y mujeres con la finalidad de asegurar relaciones igualitarias y que promuevan una mejor comunicación en pareja.

Bibliografía

- Campbell, A., Turok, D. y White K. (2019). Fertility Intentions and Perspectives on Contraceptive Involvement Among Low-Income Men Aged 25 to 55, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2019, 51(3):125-133. <https://doi.org/10.1363/psrh.12115>
- Do, M. y Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries Int Perspect Sex Reprod Health. 2012 Mar; 38(1):23-33. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3802312.pdf>

- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2013). Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres. Proigualdad, 2013-2018.0 https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013
- Figueroa, J. G. (2001). Varones, reproducción y derechos. ¿Podemos combinar esos términos? https://www.researchgate.net/publication/320610849_Varones_reproduccion_y_derechos_Podemos_combinar_estos_terminos
- Guevara, E. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. https://www.researchgate.net/publication/237809278_Los_derechos_reproductivos_y_los_hombres_El_debate_pendiente
- Hulton, L. y Falkingham, J. (1996). "Male Contraceptive Knowledge and Practice: What Do We Know?" *Reproductive Health Matters*, Vol. 4, No. 7, Men (May, 1996), pp. 90-100, Published by: Taylor & Francis, Ltd. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2896%2990009-9?needAccess=true>
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. <https://www.inegi.org.mx/programas/endi-reh/2016/>
- James-Hawkins, L., Dalessandro, C., y Sennott, C. (2019). "Conflicting contraceptive norms for men: equal responsibility versus women's bodily autonomy". *Culture, health & sexuality*, 21(3), 263-277. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1464209>
- Raine, T., Gard, J. C., Boyer, C. et al. (2010). Contraceptive Decision-Making in Sexual Relationships: Young Men's Experiences, Attitudes, and Values. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854868/>
- SS-CNECSR [Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva] (2014). Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-2013-2018>
- Starrs, A., Ezeh, A., Barker, G. et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- The Alan Guttmacher Institute (2004). "Sex, Marriage and Fathering: A Profile of Latin American and Caribbean Men". <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/summaries/SMF-regional-summ.pdf>
- WHO/RHR [World Health Organization Department of Reproductive Health and Research/ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project] (2018). *Family Planning. A global handbook for providers. Evidence-based guidance developed.* Baltimore and Geneva: CCP and WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>

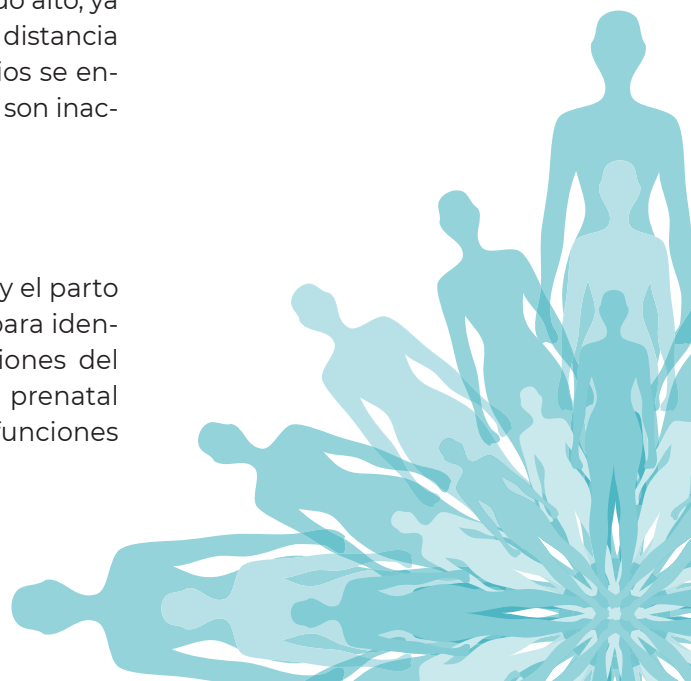
Derecho a los servicios de salud pre y post natales

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos impactan en la salud materna e infantil en la medida que se combinan factores de riesgo, entre ellos, la ocurrencia de embarazos no planeados o no deseados, con desventaja socioeconómica y/o no contar con el apoyo de la pareja, lo que puede provocar problemas de salud mental durante y después del embarazo, afectando también el cuidado de la salud de las(os) neonatas(os). Por lo que, se debe contar con una adecuada instrumentación de los servicios de salud para brindar acceso a la atención con calidad y asequible a las mujeres durante el embarazo, el parto y después del parto (Starrs *et al.*, 2018).

Al garantizarles a las mujeres el acceso a servicios de salud pre y post natales permite salvaguardar la vida de las mujeres y las(os) niñas(os) al llevar un embarazo más seguro y protegido. Los servicios que se proporcionen deben ser de calidad. Por ello, se debe reconocer que las personas prestadoras de servicios tienen sus propias necesidades y se les debe proporcionar capacitación, insumos, orientación y apoyo (Huezo y Díaz, 1993), para que brinden una atención con perspectiva de género e interculturalidad, y para las personas que viven con discapacidad, eliminando todo acto discriminatorio o de coerción (OPS, 2018). Otro elemento fundamental para la adecuada atención es la accesibilidad a los servicios de salud, es decir, las grandes distancias pueden dificultarla, ya sea porque las opciones de transporte asequibles son limitadas o porque el precio que deben pagar las personas con escasos recursos es demasiado alto, ya que deben abandonar su hogar o su medio de vida. Pero la distancia constituye sólo una parte del problema. A veces, los servicios se encuentran literalmente a la vuelta de la esquina, pero aún así son inaccesibles (UNFPA, 2019).

9.1 Atención prenatal

La importancia del cuidado prenatal durante el embarazo y el parto representa la oportunidad de brindar atención necesaria para identificar los primeros signos de advertencia de complicaciones del embarazo, incluyendo los partos prematuros. La atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones



de atención de la salud como la promoción de la salud, el cribado⁶⁸ y el diagnóstico y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno las prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas, ya que incluye, la promoción de un modo de vida sano, una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (OMS, 2016).

Cabe destacar que en México por disposición de la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) vigente para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (DOF, 1993), la atención prenatal debería comenzar, incluso antes de la concepción, con el fin de promover y evaluar la salud de la mujer y de su descendencia, identificando condiciones de riesgo y de ser el caso llevar a cabo medidas preventivas.

De esta forma se observó que, entre 2014 y 2018 en Quintana Roo incrementó el porcentaje de mujeres en edad fértil⁶⁹ (MEF) que acudieron a atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, pasó de 83.8 a 85.6 por ciento. Al analizar por grupos de edad de las MEF, se obtuvo que entre las mujeres de 20 a 24 años fue mayor el aumento del porcentaje de quienes asistieron a revisiones prenatales desde el primer trimestre del embarazo, al pasar de 77.4 en 2014 a 82.3 por ciento en 2018. En 2014 las mujeres de 20 a 24 años presentaron el menor porcentaje (77.4%) respecto al resto de mujeres de los demás grupos de edad y en 2018 fueron las mujeres de 45 a 49 años con 59.9 por ciento (véase cuadro 9.1). Asimismo, las mujeres de 35 a 39 años desde 2014 tienen el más alto porcentaje de asistencia a revisiones prenatales, además aumentó de 89.2 en 2014 a 90.4 por ciento en 2018.

⁶⁸ Se refiere a una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en personas sin signos o síntomas de esa enfermedad.

⁶⁹ Se define como el porcentaje de mujeres con últimas(os) hijas(os) nacidas(os) vivas(os) en los cinco años previos a la encuesta, y que recibieron atención prenatal por personal de salud durante el primer trimestre del embarazo (CONAPO, 2011).

Considerando el nivel de escolaridad de las MEF residentes en Quintana Roo, entre 2014 y 2018 se observó que las mujeres con bajo nivel de escolaridad fueron las que presentaron el menor porcentaje de las que acudieron durante el primer trimestre a revisión prenatal, por ejemplo, entre las mujeres sin escolaridad o primaria incompleta en 2014 asistió un 71.4 por ciento y en 2018 fueron las mujeres con primaria completa también con 71.4; mientras que, las mujeres con preparatoria o más presentaron el mayor porcentaje con 86.8 en 2014 y de 90.6 por ciento en 2018.

Al analizar por zona de residencia de las MEF en Quintana Roo, se obtuvo que en las áreas rurales disminuyó el porcentaje de las mujeres que asistieron a revisiones prenatales de 86.9 en 2014 a 80.6 por ciento en 2018 y en las MEF urbanas incrementó durante el mismo periodo, de 83.4 a 86.3 por ciento, respectivamente, quedando una brecha en 2018 de 5.7 puntos porcentuales. Por condición de habla de lengua indígena se observó que entre las mujeres HLI disminuyó de 80.5 a 76.8 por ciento, mientras que entre no hablantes de lengua indígena aumentó de 84.6 a 87.6 por ciento.

Resultados obtenidos por entidad federativa en 2018 mostraron que, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor porcentaje (85.6%) de mujeres que asistieron a revisión prenatal en el primer trimestre respecto a lo presentado a nivel nacional (88.5%), véase gráfica 9.1.

El modelo internacional de atención prenatal de la Organización Mundial de Salud (OMS) fija ocho “contactos”⁷⁰ como mínimo para garantizar un seguimiento seguro del embarazo. En el país de acuerdo a la NOM-007-SSA2-2016, se establece como mínimo cinco visitas prenatales. En este marco, se observó que en 2018 en Quintana Roo las mujeres acudieron en promedio a 8.4 revisiones, número menor al promedio presentado a nivel nacional (9.4). Cabe señalar que la entidad superó, no solo la recomendación nacional, sino también la internacional (véase gráfica 9.2).

⁷⁰ La OMS establece el uso de la palabra “contacto” en lugar de “visita”, dado que implica una conexión activa entre la embarazada y el personal proveedor de atención de salud que no está implícita en la palabra “visita” (OPS, 2018).

Cuadro 9.1
Quintana Roo. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	Porcentaje	
	2014	2018
Total	83.8	85.6
Grupos de edad		
15-19	82.0	81.0
20-24	77.4	82.3
25-29	83.7	88.3
30-34	86.6	84.3
35-39	89.2	90.4
40-44	85.1	89.0
45-49	83.8 *	59.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad y primaria incompleta	71.4	74.3
Primaria completa	76.7	71.4
Secundaria	84.5	84.7
Preparatoria y más	86.8	90.6
Lugar de residencia		
Rural	86.9	80.6
Urbano	83.4	86.3
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	80.5	76.8
No habla lengua indígena	84.6	87.6

*Tamaño de muestra insuficiente para hacer una estimación confiable del indicador.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

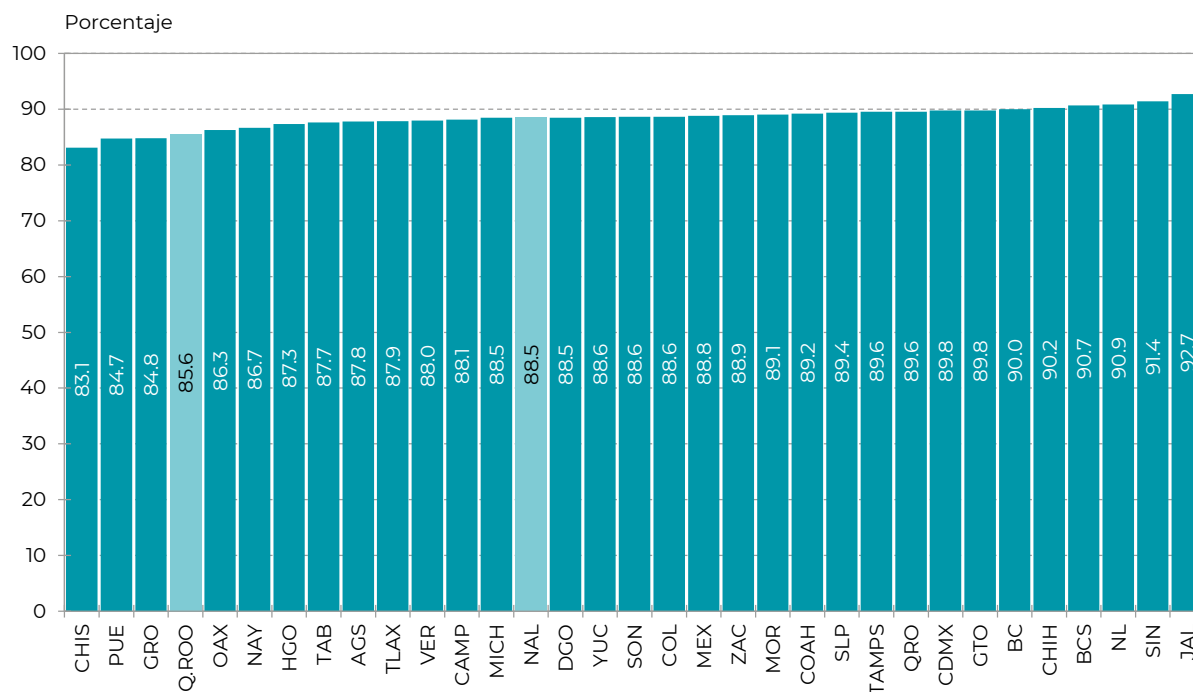
En general, se puede observar que, la mayoría de las entidades las MEF asistieron en promedio de nueve a diez revisiones durante el embarazo, por lo que ahora será importante transitar hacia vigilar que se garantice el adecuado ejercicio del derecho a recibir atención de calidad, respetuosa, individualizada, centrada en la persona, con la aplicación de prácticas clínicas eficaces (intervenciones y pruebas) y la provisión de información pertinente y oportuna, de apoyo psicosocial y emocional por parte de profesionales con buenas aptitudes clínicas e interpersonales y, en el marco de un sistema de salud que funcione bien (OPS, 2018).

La NOM-007 establece que para una consulta prenatal efectiva y periódica, las y los

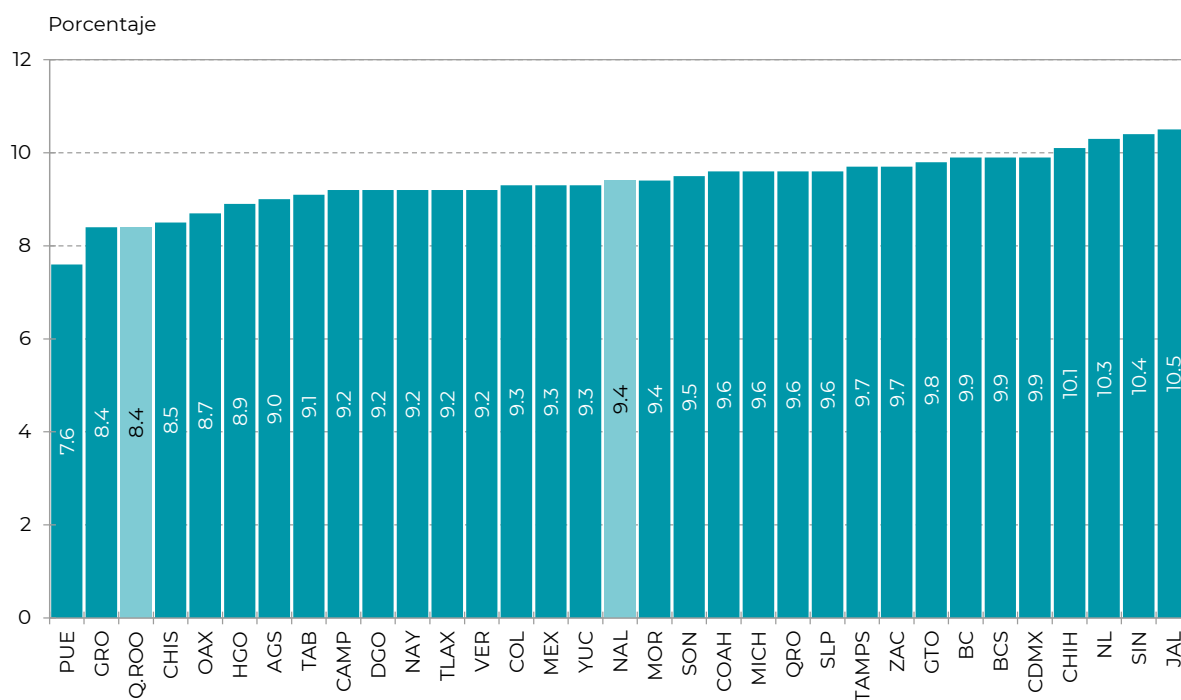
prestadoras(es) de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

Por ello, es importante conocer el tipo de revisión que las y los profesionales de la salud realizaron durante las consultas prenatales. De acuerdo a los resultados obtenidos con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en Quintana Roo el 96.7 por ciento de las mujeres se les tomó la presión arterial, con la cual se previene o controla la aparición de la preeclampsia

Gráfica 9.1. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por entidad federativa, 2018



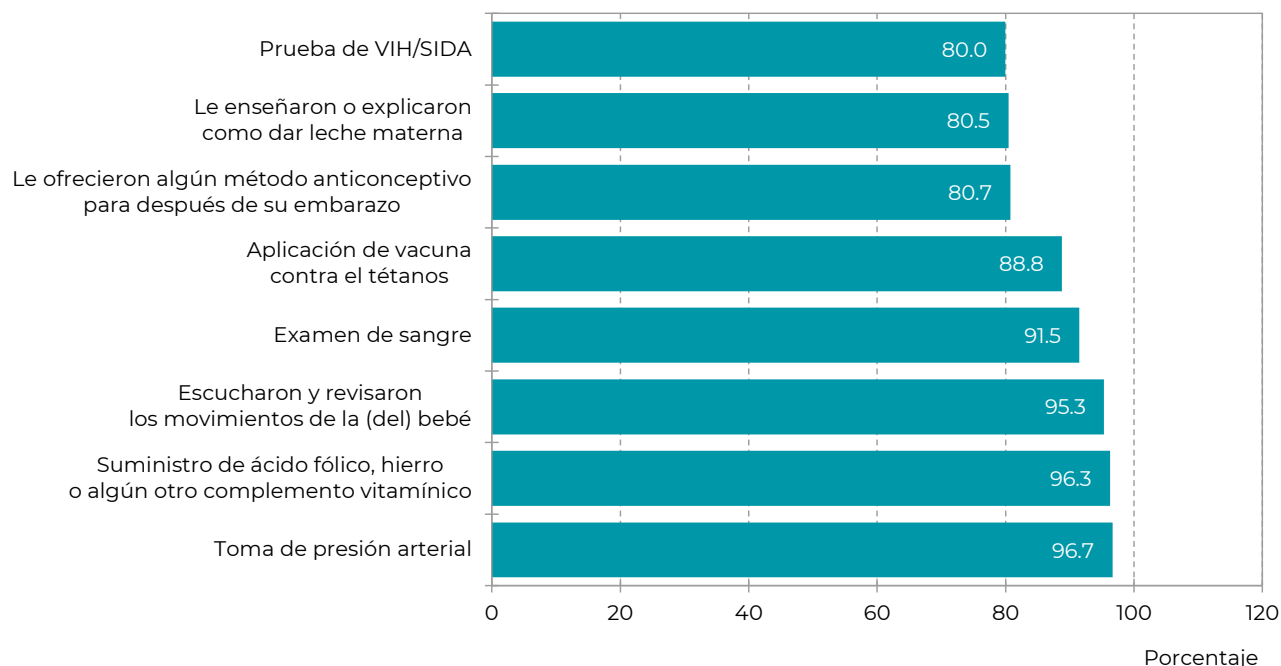
Gráfica 9.2. Número promedio de revisiones prenatales de las mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta por entidad federativa, 2018



durante el embarazo; a 96.3 por ciento se le proporcionó ácido fólico, hierro o algún otro complemento alimenticio esencial para el desarrollo de las(os) niñas(os), antes y durante el embarazo y en las mujeres, a prevenir una particular forma de

anemia, denominada “megaloblástica”; a 95.3 por ciento le escucharon y revisaron los movimientos de la(del) niña(o) en el vientre de la madre, y a 91.5 por ciento le realizaron exámenes de sangre (véase gráfica 9.3).

Gráfica 9.3. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta según tipo de revisión que le realizaron en las consultas prenatales, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Sin embargo, es importante destacar, que se toman pocas previsiones ante una posible intervención quirúrgica u otros tipos de riesgos, por ejemplo, la aplicación de la vacuna contra el tétanos que cumple el doble objetivo de proteger a la futura madre durante largos años y a la persona recién nacida durante las primeras semanas de vida, ya que el tétanos maternal y neonatal representa una causa importante de enfermedad y de muerte, en este caso, se suministró la vacuna a 88.8 por ciento de las que acudieron a revisiones prenatales; a 80.7 por ciento le ofrecieron un método anticonceptivo, lo cual dificulta que las mujeres puedan hacer una planeación del siguiente embarazo, o que conozcan métodos anticonceptivos que les permita, incluso limitar su descendencia si así lo desean; también a un menor porcentaje de mujeres, 80.5 por ciento, le

explicaron la importancia de darle leche materna a la persona recién nacida, y finalmente, a 80.0 por ciento les realizaron la prueba de virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), con lo que se evitaría la transmisión vertical, es decir, de madre a hija(o), al proporcionarle a la mujer los medicamentos antirretrovirales necesarios para evitar el contagio durante la gestación, el parto y/o la lactancia (Lenzer, 2016).

9.2 Atención durante y después del parto

México junto con otros países, aprobaron las medidas establecidas en El Consenso de Montevideo, con la finalidad de erradicar la pobreza, la exclusión y la desigualdad. En el Consenso se

identifican dos medidas prioritarias dedicadas a la atención materna, la medida 40 con la que se busca eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y reproductiva, y la 45 dedicada a elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, mejorando la atención humanizada del parto, el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, las niñas, los niños y las familias. Asimismo, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el país debe realizar acciones para alcanzar la meta 3.1, en específico el indicador 3.1.2, sobre la importancia de que los partos sean atendidos por personal de salud calificado, con el fin de coadyuvar a reducir la tasa mundial de mortalidad materna (CEPAL, 2015; ONU, 2017).

Bajo estos marcos, se obtuvieron indicadores con base en la ENADID 2014 y 2018 que dan cuenta de la atención que reciben las mujeres durante el parto en el país. Los resultados mostraron que en Quintana Roo en los últimos cuatro años, aumentó el porcentaje de mujeres que durante el parto fueron atendidas por personal médico, pasó de 94.2 a 96.3 por ciento. Por otra parte el porcentaje de quienes acudieron o fueron atendidas por una partera o comadrona, por una enfermera(o), auxiliar o personal promotor de la salud o por otras personas o por ellas mismas, el dato estadísticamente no fue confiable debido a su tamaño de muestra (véase cuadro 9.2)

Como puede observarse en 2018, alrededor de cuatro por ciento de las mujeres no fueron atendidas por personal especializado, ni tuvieron acceso a los centros de salud durante el parto. Sin

Cuadro 9.2
Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta por tipo de agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	Médica(o)		Enfermera(o) / auxiliar / personal promotor de la salud				Partera o comadrona		Otra(o)/ella sola	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Total	94.2	96.3	2.1	1.6	3.1	1.6	0.7	0.5		
Grupos de edad										
15 a 24	95.9	95.8	2.0	2.6	1.6	0.7	0.5	0.8		
25 a 34	93.7	96.3	2.0	1.5	3.6	1.8	0.7	0.4		
35 y más	93.2	97.1	2.2	0.0	3.8	2.9	0.8	0.0		
Nivel de escolaridad										
Sin escolaridad y primaria incompleta	83.4	91.8	6.6	3.6	10.0	4.5	0.0	0.0		
Primaria completa	92.0	98.0	3.5	0.0	4.6	2.0	0.0	0.0		
Secundaria	93.7	95.9	1.8	2.0	3.8	1.8	0.7	0.3		
Preparatoria y más	97.0	96.9	1.2	1.3	0.9	1.0	0.9	0.8		
Lugar de residencia										
Rural	85.8	94.6	1.2	3.2	13.1	2.3	0.0	0.0		
Urbano	95.3	96.6	2.2	1.3	1.8	1.5	0.7	0.6		
Condición de habla de lengua indígena										
Habla lengua indígena	87.6	93.5	4.4	2.5	8.0	4.0	0.0	0.0		
No habla lengua indígena	95.8	97.0	1.5	1.4	1.9	1.1	0.8	0.6		

*Insuficiente número de casos para la estimación del indicador.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

embargo, debe destacarse que la OMS declaró que la práctica de la partería permite generar espacios de atención de calidad con estricto apego a los derechos humanos, tanto para las mujeres durante su vida sexual y reproductiva, en especial antes, durante y después del embarazo, así como para la persona recién nacida.

Al analizar por el grupo de edad de las mujeres al momento del parto, se obtuvo que entre 2014 y 2018 en Quintana Roo aumentó en la mayoría de los casos la proporción de quienes fueron atendidas por personal médico durante el parto, entre las mujeres adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) disminuyó ligeramente de 95.9 a 95.8 por ciento e incrementó entre las jóvenes adultas (25 a 34 años) pasó de 93.7 a 96.3 por ciento y también aumentó entre las adultas (35 años y más) de 93.2 a 97.1 por ciento.

Es importante mencionar que el nivel de escolaridad es un factor importante en el acceso a atención calificada durante el parto. De esta forma, se observó que, el porcentaje de mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta que durante el parto fueron atendidas por personal médico, fue de 83.4 en 2014 y de 91.8 en 2018; mientras que; entre las de preparatoria o más, el porcentaje fue de 97.0 en 2014 y de 96.9 en 2018.

De acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres se observó que, el porcentaje de mujeres que fueron atendidas por una(un) médica(o) durante el parto continúa siendo menor en zonas rurales respecto a las zonas urbanas, aunque incrementó de 85.8 en 2014 a 94.6 por ciento en 2018 y en las zonas urbanas también aumentó de 95.3 a 96.6 por ciento en el mismo periodo; lo que influyó a que la brecha se cerrará de 9.5 a 2.0 puntos porcentuales.

En el caso de las mujeres hablantes de lengua indígena se observó que en ambos años fue menor el porcentaje de las que fueron atendidas durante el parto por personal médico, 87.6 en 2014 y 93.5 en 2018, respecto a las no hablantes de lengua indígena, cuyo porcentaje fue de 95.8 y 97.0 por ciento en el periodo, pero disminuyó la brecha de 8.2 a 3.5 puntos porcentuales.

Estos resultados demuestran que en Quintana Roo se han realizado esfuerzos por brindar atención calificada a las mujeres durante el parto,

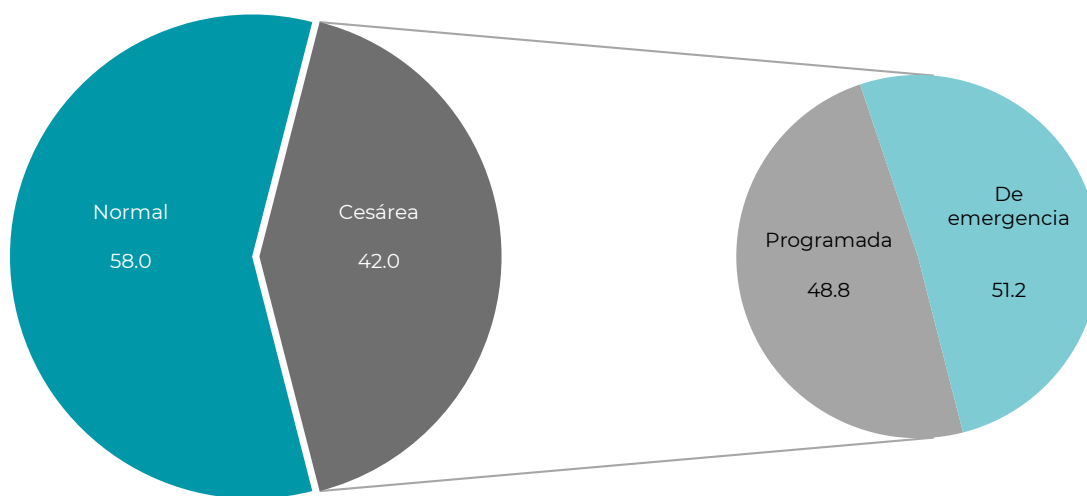
en este caso, que sea atendida por personal médico. Sin embargo, nuevamente se visibiliza que las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad continúan con barreras de acceso a esta asistencia médica durante el parto, y aunque recurren a la atención de las parteras, la situación es que no están cerca de centros de salud que cuenten con la instrumentación necesaria para dar respuesta inmediata en caso de una complicación.

De acuerdo a la OMS, la cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Aunque puede salvar vidas, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo, ya que la intervención quirúrgica aumenta la probabilidad de hemorragia, de infección, de extirpación de la matriz y de lesiones a órganos vecinos (OPS/OMS, 2015). En México, la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna, y esa complicación tiene una mayor relación con la cesárea que con el parto vaginal (CONEVAL, 2012).

En este sentido, en 2018, se obtuvo que en Quintana Roo aproximadamente tres quintas partes (58.0%) de los partos fueron vía vaginal, y el resto (42.0%) por cesárea. Del total de mujeres cuyo parto fue por cesárea se estimó que 51.2 por ciento fue por una situación de emergencia y la otra parte (48.8%) fue programada (véase gráfica 9.4). Estos datos contradicen lo establecido en la NOM-007 a través del documento "Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea", donde se enfatiza que la alta frecuencia de cesáreas se considera un problema de salud pública que se relaciona principalmente a la seguridad que ofrece una alta satisfacción entre el personal médico y la paciente; asimismo, también puede atribuirse a la poca experiencia en las y los obstetras menos experimentadas(os), temor a problemas médico legales, presión de la paciente al personal médico y causas fisiológicas de la mujer como la edad, el índice de masa corporal o incluso la violencia obstétrica ejercida sobre la mujer (CENETEC, 2014).

Otro aspecto no menos importante es la atención durante el puerperio. La NOM-007 establece que toda aquella o aquellas instituciones que proporcionen atención obstétrica también

Gráfica 9.4. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta según tipo de parto, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

deberán brindar las atenciones necesarias durante el puerperio, como el inicio de la lactancia materna, proporcionar a la paciente y a su pareja información de calidad, oportuna y veraz sobre la identificación de signos y síntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental de la(él) recién nacida(o) y la madre, así como el plan de alimentación a seguir por parte de la madre.

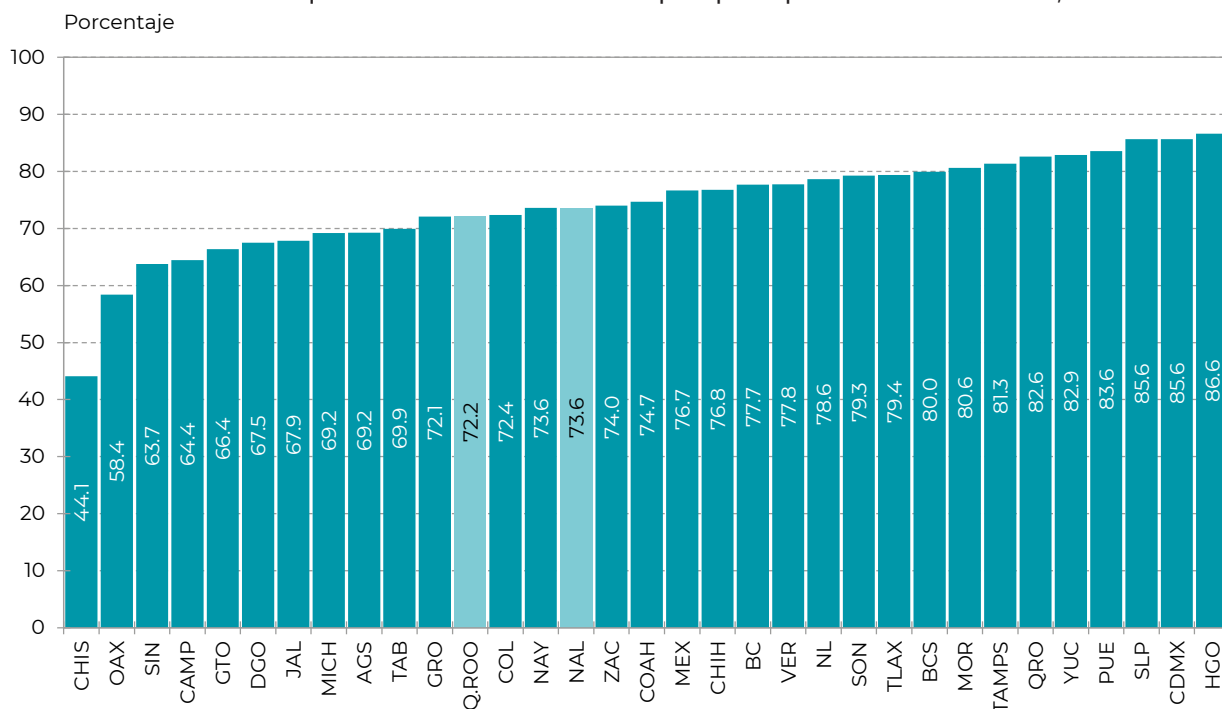
El cuidado de la mujer durante el puerperio, permite identificar factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y atender las complicaciones de manera oportuna, involucrando a la mujer, su familia y la comunidad para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y la(él) neonata(o) (ss, 2014). En la NOM-007 se establece que, a lo largo del puerperio, se deberán proporcionar al menos dos consultas, la primera dentro de los 15 días posteriores al parto y la

segunda al final del puerperio, durante el transcurso entre consultas se debe enfatizar sobre la importancia de vigilar la involución uterina, los loquios,⁷¹ la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura, para la prevención y detección de complicaciones.

De acuerdo a resultados de la ENADID 2018 en Quintana Roo, cerca de siete de cada diez mujeres (72.2%) se atendieron durante el puerperio y se ubicó entre las entidades con menor porcentaje respecto a lo presentado a nivel nacional (73.6%), véase gráfica 9.5. Estos resultados indican que deben reforzarse las acciones que se están implementando para que las mujeres regresen después del parto a las revisiones durante el puerperio, debido a que incluso los porcentajes fueron menores respecto al porcentaje de mujeres que asistieron a las revisiones prenatales.

⁷¹ Flujo sanguinolento que sale del aparato genital de la mujer en las dos primeras semanas después del parto y puede durar hasta un mes.

Gráfica 9.5. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que se atendieron durante el puerperio por entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

9.3 Anticoncepción posparto y lactancia materna

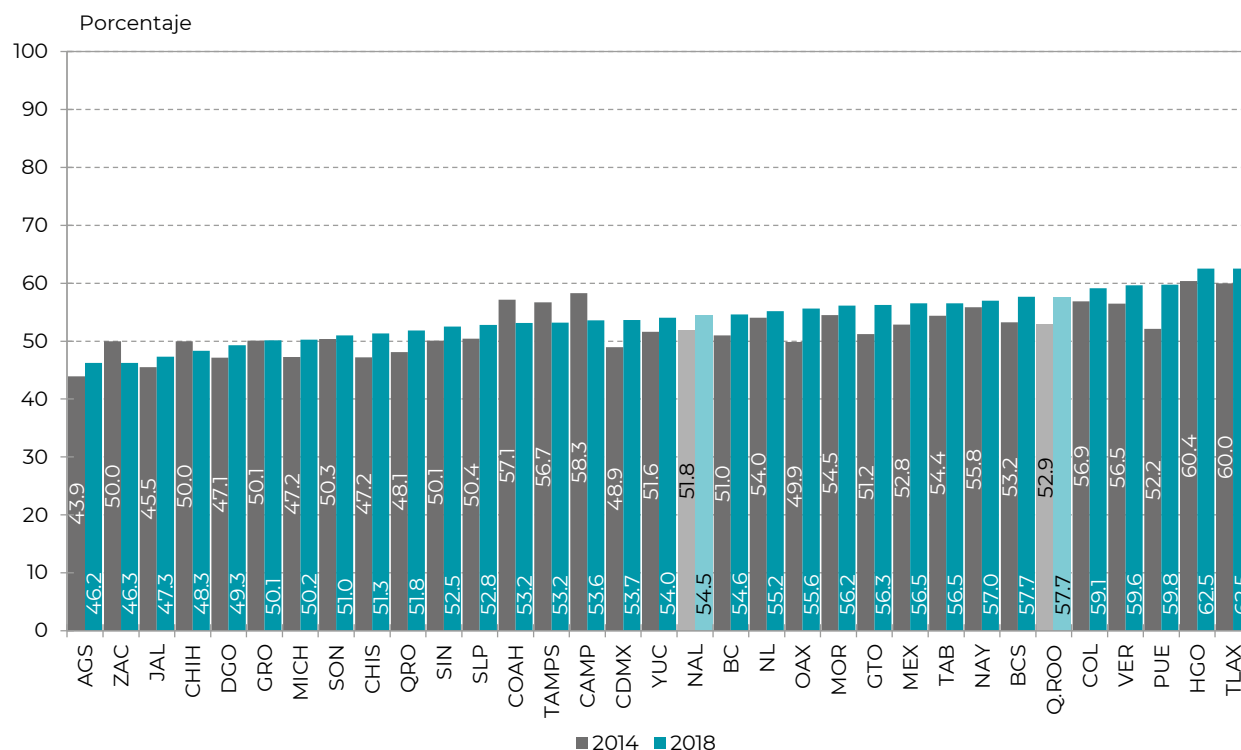
La normativa que el sector salud establece para la atención de las mujeres durante el puerperio contiene un plan de acción que incluye la consejería, priorizando mensajes de promoción y prevención con énfasis en lactancia materna exclusiva, uso de métodos anticonceptivos, y que puedan identificar síntomas que afecten su salud, cuidados de la persona recién nacida, medidas de higiene para evitar infecciones, entre otras (Olivares, 2009).

La anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, contribuye a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo, al promover un espaciamiento intergenésico de al menos dos años, lo que favorece la planeación de las y los hijos(as) y contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que pueden concluir en abortos en condiciones de riesgo. Asimismo, los embarazos con

espaciamiento corto plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijas e hijos (ss, 2002).

La prestación de servicios de planificación familiar con calidad después del parto o de un aborto, permite que las mujeres elijan métodos anticonceptivos más seguros y eficaces, ya que al contar con información, los servicios le son más accesibles y pueden tomar decisiones informadas y estarán más satisfechas. Por ello, las y los prestadoras(es) de los servicios deben estar capacitadas(os) para brindar información confiable y, en las instancias de salud deben disponer de toda la gama de métodos anticonceptivos de manera que se ofrezca el más adecuado a las necesidades de las mujeres (Starrs *et al.*, 2018).

Entre 2014 y 2018, se observó que en la mayoría de las entidades federativas aumentó el porcentaje de mujeres que adquirieron un método anticonceptivo después del parto, encontrándose a Quintana Roo entre las entidades que presentaron un aumento, con 4.8 puntos porcentuales más al pasar de 52.9 a 57.7 por ciento, (véase gráfica 9.6). De esta manera en 2018, Quintana Roo se ubicó entre las entidades con mayor porcentaje

Gráfica 9.6. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2014 y 2018

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

de mujeres que comenzaron a usar métodos anticonceptivos después del parto respecto a lo presentado a nivel nacional (54.5%).

Estos resultados muestran que pese a los esfuerzos del sector salud con los programas dirigidos a la atención materna, y de que en la entidad se observó un aumento de usuarias de métodos anticonceptivos después del parto, todavía más de una tercera parte de las mujeres después del parto no adquieren un método anticonceptivo. Por lo que se debe reforzar la orientación y acceso a métodos anticonceptivos. Esto muestra una ventana de oportunidad en la atención del sector salud en Quintana Roo respecto a la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva, dado que afortunadamente se ha logrado que casi todas las mujeres sean atendidas durante el parto por personal calificado, lo que indica que la mayoría de las mujeres son población cautiva durante el embarazo.

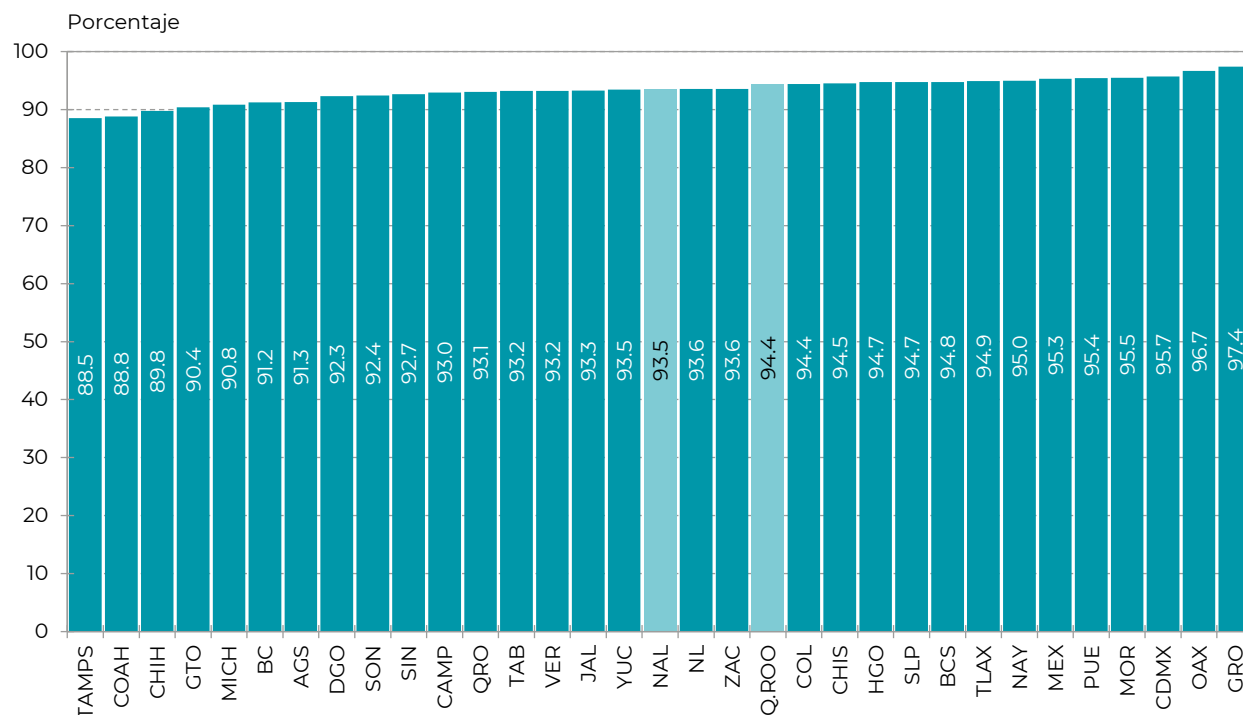
Como ya se mencionó, la lactancia materna exclusiva es otro de los aspectos sobre los cuales

deben recibir información y orientación las mujeres en la etapa del puerperio. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a las y los niñas(os) pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Por ello, la OMS (2017) la recomienda como modo exclusivo de alimentación durante los seis primeros meses de vida; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los dos años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

En Quintana Roo se obtuvo que en 2018, la mayoría (94.4%) de las mujeres lactaron a sus hijas(os), además el porcentaje fue mayor al estimado a nivel nacional (93.5%), véase gráfica 9.7. De allí, la importancia del apoyo e involucramiento familiar y de que en los ámbitos laborales se adopten medidas que favorezcan y faciliten la lactancia materna (OMS, 2017).

Para brindar una mejor orientación o generar acciones para impulsar la lactancia materna es necesario conocer cuáles son las razones que

Gráfica 9.7. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que dieron leche materna a la persona recién nacida por entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

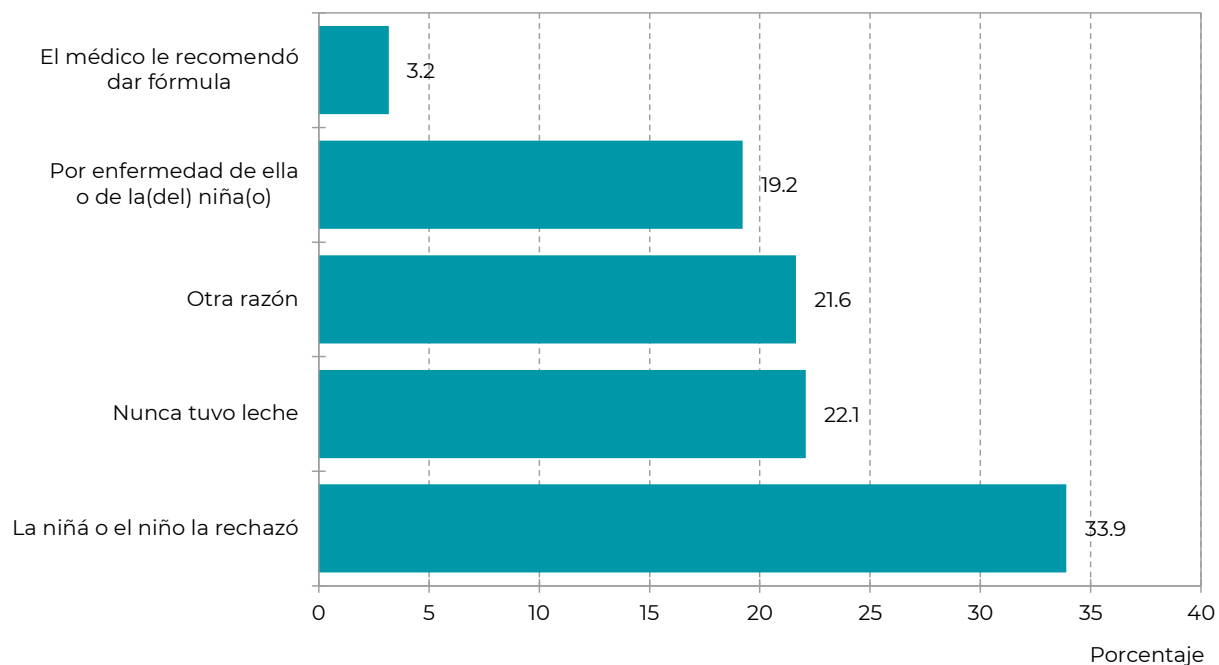
determinaron que una mujer no pueda amamantar a su hija(o). De acuerdo, a la ENADID 2018 en Quintana Roo, 33.9 por ciento de las mujeres que no dieron leche materna al recién nacido(a) fue porque la niña o el niño la rechazó; 22.1 por ciento porque nunca tuvo leche, 21.6 por otra razón⁷², 19.2 por ciento debido a la enfermedad que ella o su hija(o) padecían y 3.2 por ciento porque el personal médico le recomendó fórmula (véase gráfica 9.8).

Asimismo, para Quintana Roo en 2018 se encontró que el tiempo promedio de lactancia

exclusiva es de 13.5 meses, la cual es mayor al tiempo sugerido por la OMS sobre lactancia exclusiva que, como se mencionó anteriormente es de seis meses. Además, el tiempo promedio de lactancia en la entidad se encuentra por arriba del promedio nacional (12.3 meses), véase gráfica 9.9. En este sentido, es necesario el reforzamiento de acciones que permitan sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de brindar lactancia a partir del nacimiento de sus hijas(os) con el fin de lograr una práctica universal, y ampliar el tiempo de lactancia a los dos primeros años de vida.

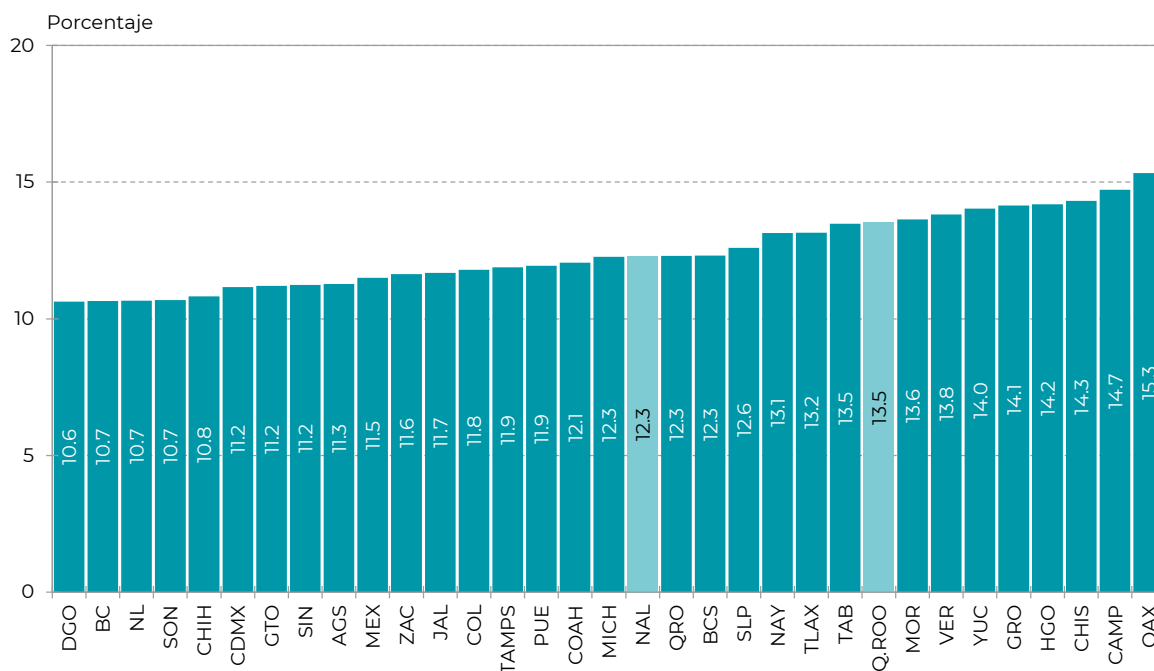
⁷² Llama la atención que un alto porcentaje se concentre en otra razón y desafortunadamente no se pueda acceder a las diferentes respuestas, para verificar si en realidad eran razones diferentes a las antes expuestas e identificar realmente otras que también contribuyan en el mejoramiento de acciones y programas para incentivar la lactancia materna.

Gráfica 9.8 Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta según razón de no amamantamiento, 2018



Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Gráfica 9.9. Número de meses promedio que las mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta dieron leche materna al recién nacida(o) por entidad federativa, 2018



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

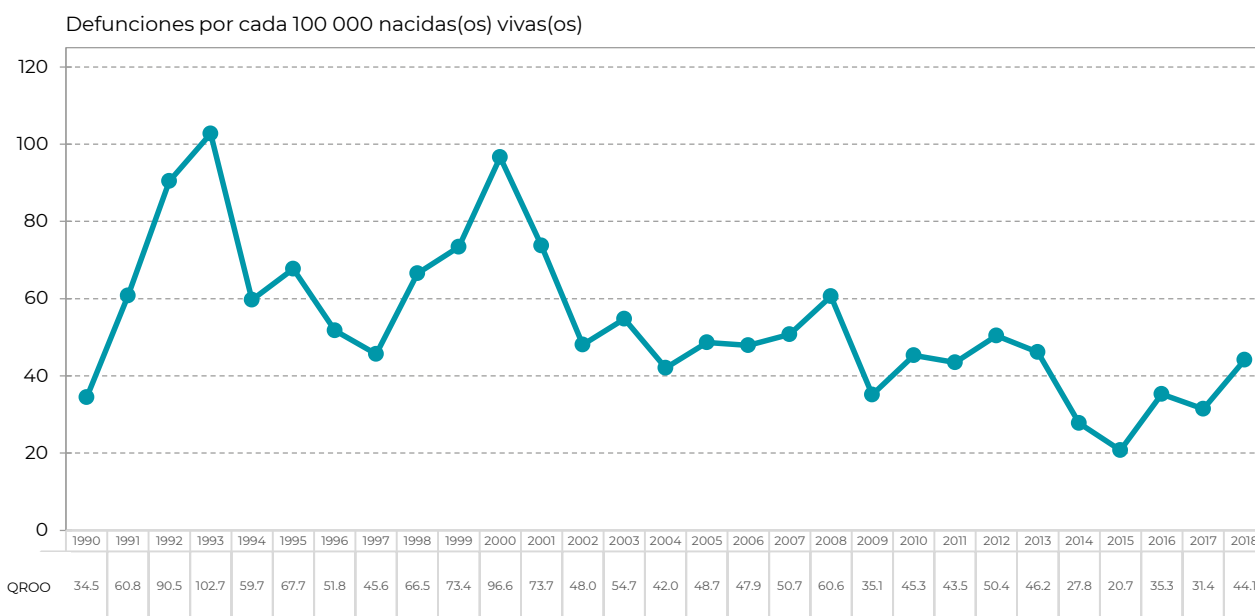
9.4 Razón de mortalidad materna

En México se han implementado y apoyado planes y prioridades en convenios internacionales, como son los ODS, en el que se busca dar cumplimiento a cuatro de los objetivos establecidos para alcanzar la Meta 3.1 y Meta 3.2, en los que se dicta reducir la razón de mortalidad materna (RMM), a partir de aumentar la proporción de partos atendidos por personal de salud calificado y disminuir la tasa de mortalidad infantil, respectivamente, y del cumplimiento de la Meta 3.7 donde se propone garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (UNFPA, 2019). Asimismo, participa en la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer,

la Niñez y la adolescencia 2016-2030, establecida por la OMS que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, las niñas y adolescentes, transformar el futuro y garantizar que cada recién nacida(o), la madre y la niña o niño sobreviva y se desarrolle en un entorno que le permita prosperar (OMS, 2015).

En este sentido, la Agenda 2030 de los ODS establece que, México debe sumar esfuerzos para lograr reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidas(os) vivas(os). De acuerdo con datos oficiales de la Secretaría de Salud, la RMM⁷³ en Quintana Roo, pasó de 34.5 defunciones de mujeres por cada cien mil nacidas(os) vivas(os) en 1990 a 96.6 defunciones para el año 2000. En 2018 disminuyó en 54.3 por ciento, al bajar a 44.1 muertes por cada 100 000 nacidas(os) vivas(os) (véase gráfica 9.10).

Gráfica 9.10. Quintana Roo. Razón de mortalidad materna, 1990-2018



Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.
Fuente: SS. Base de datos del Subsistema de información sobre nacimientos. INEGI y SS. Bases de datos de mortalidad

⁷³ La RMM deriva de dividir el número de muertes maternas (defunciones de mujeres mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención), en un determinado año, por cada 100 mil nacidas(os) vivas(os) en ese mismo año.

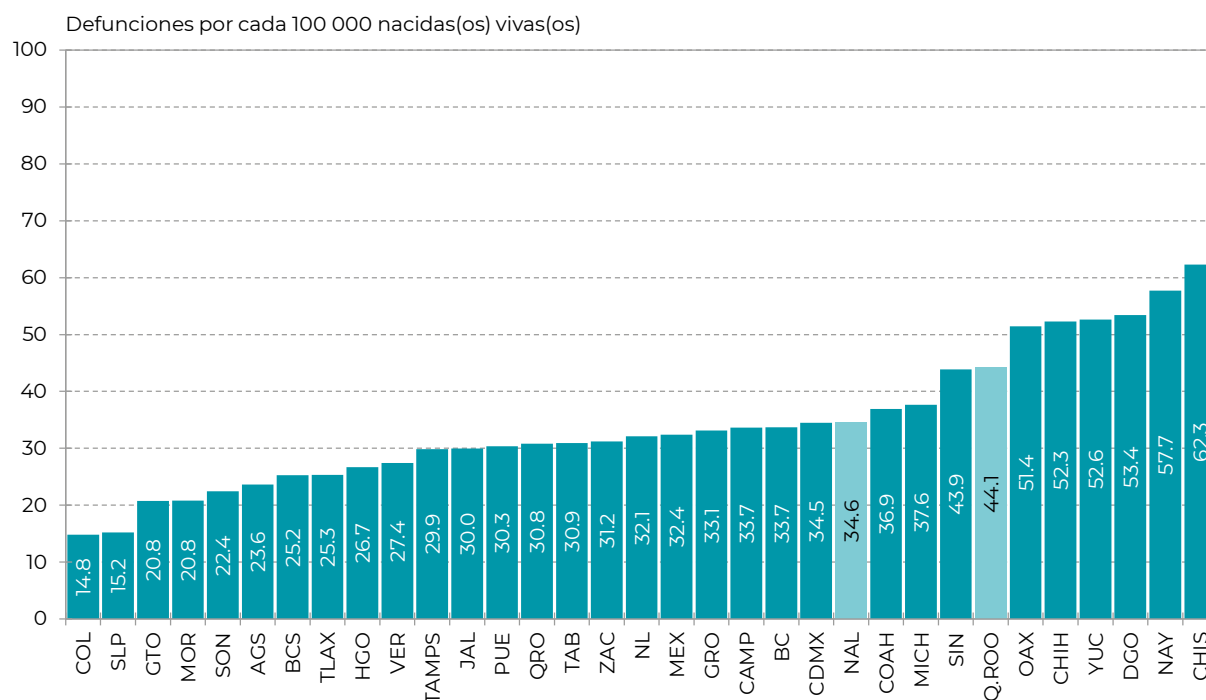
Sin embargo, el acceso diferenciado a los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel estatal es muy visible a pesar de que todas las entidades en 2018 superan la meta propuesta en los ODS respecto a la RMM, lo cual puede apreciarse en la gráfica 9.11. De esta forma, Quintana Roo en 2018 se ubicó entre las entidades con mayor RMM (44.1) respecto a lo presentado a nivel nacional (34.6 defunciones por cada 100 mil nacimientos), véase gráfica 9.11.

Estos resultados muestran que, aún existen obstáculos que impiden que las mujeres accedan a los servicios, los cuales se relacionan a la atención de baja calidad, la falta de instalaciones e insumos, las leyes discriminatorias y el tratamiento despectivo por parte del personal proveedor de servicios, entre otros (UNFPA, 2019).

Incrementar la inversión en servicios de salud sexual y reproductiva incluida la anticoncepción y

alcanzar la cobertura completa de servicios maternos y neonatales, implica la reducción de la mortalidad materna y la necesidad de recurrir al aborto (Riley *et al.*, 2019). Además, la preparación de las y los prestadoras(es) de servicios es relevante para ofrecer una atención adecuada y es un factor indispensable de la planificación familiar. De esta forma se espera que las (los) prestadores de estos servicios puedan brindar orientación suficiente sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos, sobre las contraindicaciones, los efectos secundarios y dar el seguimiento apropiado, incluido el cambio de método que ayude a afrontar cuestiones relacionadas con el contexto de uso y de las preocupaciones de la pareja para no obstaculizar el acceso a los anticonceptivos, su adopción y la continuación de uso de éstos (UNFPA, 2019).

Gráfica 9.11. Razón de mortalidad materna por entidad federativa, 2018



Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.
Fuente: SS. Base de datos del Subsistema de información sobre nacimientos. INEGI y SS. Bases de datos de mortalidad.

9.5 Mortalidad infantil

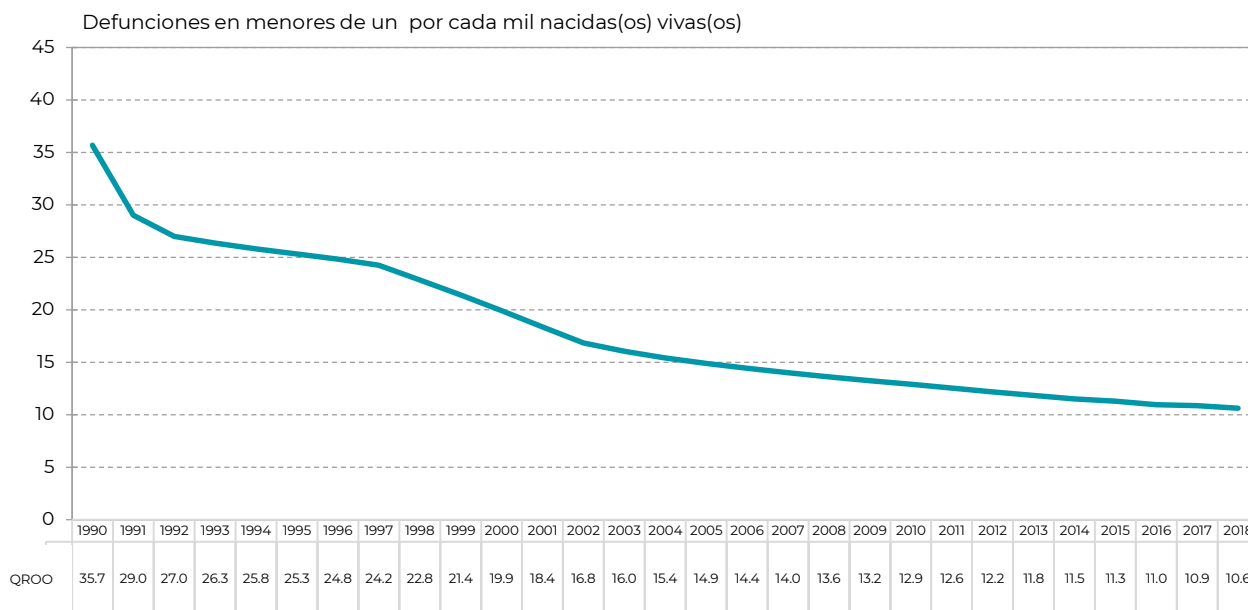
Otras de las implicaciones de la falta del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva es la mortalidad infantil, ya que, para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Con la atención antes del parto, la madre puede mejorar las probabilidades de supervivencia y la salud de su hija(o). Por ello, debe acudir y acceder a las consultas de atención prenatal, recibir las vacunas que requiera y evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas (OMS, 2019).

En el país, se ha detectado que la gran mayoría de muertes infantiles son prevenibles porque existe el conocimiento y la tecnología para que no sucedan y con frecuencia están relacionadas con la falta de acceso a una alimentación adecuada y servicios de salud de calidad. Si las mujeres, niñas y niños que mueren viven en condiciones de pobreza, dichas muertes constituyen una violación al derecho a la salud y la alimentación, siendo el reflejo de una enorme y persistente desigualdad social. La desigualdad es un determinante de particular

relevancia en países de ingreso medio, como México, ya que a pesar de que las tasas de mortalidad materna e infantil no son tan elevadas como en África o Asia, éstas se concentran en un segmento muy concreto de la población: personas que viven en condiciones de pobreza en zonas rurales, zonas urbanas marginadas y en gran medida en poblaciones indígenas (Save the Children, 2015).

De acuerdo con resultados obtenidos por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO), en 2018 en Quintana Roo se observó que la tasa de mortalidad infantil⁷⁴ (TMI) ha descendido de forma constante de 1990 a 2018, aunque el ritmo de descenso es menor con el paso de los años. Entre 1990 y 2000, la TMI disminuyó en 44.3 por ciento, pasando de 35.7 a 19.9 defunciones de menores de un año por cada mil nacidas(os) vivas(os); entre 2000 y 2010 descendió en 35.2 por ciento, alcanzando una tasa de 12.9 defunciones y entre 2010 y 2018 la tasa se redujo en 17.8 por ciento, ubicándose en 10.6 decesos de menores de un año por cada mil nacidas(os) vivas(os) (véase gráfica 9.12).

Gráfica 9.12. Quintana Roo. Tasa de mortalidad infantil, 1990-2018



Fuente: CONAPO. Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050.

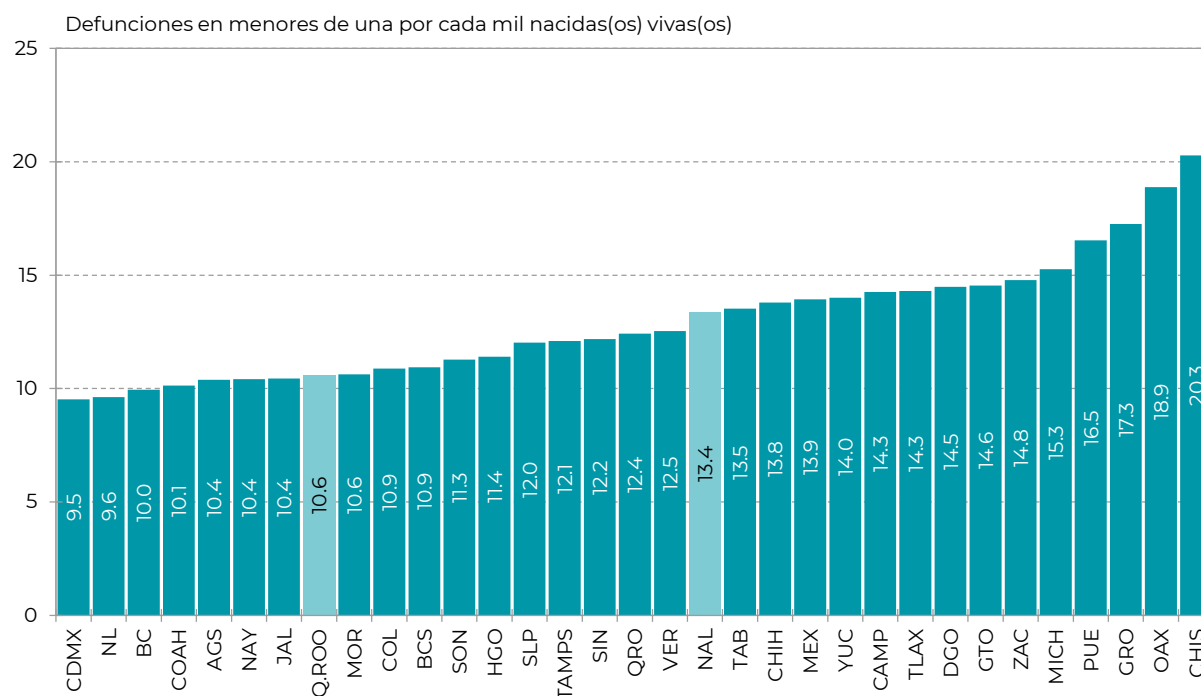
⁷⁴ Es el cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período y el total de nacidas(os) vivas(os) del mismo período, por mil.

Al analizar el indicador por entidad federativa, se observó que Quintana Roo se ubicó entre las entidades con menor TMI (10.6 defunciones) respecto a lo presentado a nivel nacional (13.4 defunciones por cada mil nacidas(os) vivas(os)), véase gráfica 9.13.

Finalmente, estos resultados demuestran la necesidad de trabajar la universalización

de los servicios de salud sexual y reproductiva, ya que, para disminuir la mortalidad infantil, la Conferencia Económica de América Latina y El Caribe (CEPAL) recomienda mejorar las intervenciones en salud dirigidas a la mujer antes y durante el embarazo, incrementar la lactancia materna y mejorar las condiciones sanitarias (Duarte *et al.*, 2015).

Gráfica 9.13. Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2018



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.

Conclusiones

Como se ha visto, en Quintana Roo se han logrado avances importantes en cuanto a la atención prenatal, la mayoría de las mujeres asiste a revisiones en el primer trimestre del embarazo y acuden por lo menos mes con mes a su revisión durante el embarazo, además de ser atendidas por personal especializado durante el parto. Sin embargo, se identificó que todavía un porcentaje importante de mujeres que son adolescentes, que tienen baja o nula escolaridad, que residen en zonas rurales y que son hablantes de lengua indígenas, siguen sin tener acceso a estos servicios durante el embarazo.

Asimismo se observa, que es importante reforzar la capacitación de las y los prestadoras(es) de servicios que brindan la atención prenatal y postnatal, mientras que las instituciones de salud deben, con la instrumentación adecuada, realizar las pruebas necesarias durante la atención prenatal y con ello, prevenir y atender oportunamente las enfermedades tanto de la madre como de la(él) recién nacida(o), en este caso una de cada cuatro mujeres que acudieron a sus revisiones prenatales no les aplican la prueba del VIH y en esa misma proporción tampoco recibieron información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, información que es esencial para que las mujeres y sus parejas puedan planear

el nacimiento de la(del) siguiente hija(o), o en su caso tomar la decisión informada de limitar su descendencia, lo que también favorece la salud y cuidados de sus hijas(os).

La falta de información y orientación sobre métodos anticonceptivos se ve reflejada en el bajo porcentaje de mujeres que adquieren un método anticonceptivo después del parto. En general, solo la mitad de las mujeres cuenta con opciones de planificación, y la otra mitad continúa expuesta a tener embarazos no planeados o no deseados o de contraer infecciones de transmisión sexual, poniendo en riesgo la estabilidad de la familia.

Por ello, es emergente que “Todos los sistemas de salud deben definir y proporcionar un paquete esencial de servicios de salud sexual y reproductiva universalmente disponibles, integrados y de calidad en el ámbito de la atención primaria y la remisión”, estos paquetes deben incluir servicios de planificación familiar; servicios relacionados con el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y el aborto seguro, bajo las causales permitidas por la ley, y servicios de remisión en el caso de cánceres del sistema reproductivo (UNFPA 2019).

Asimismo, es importante destacar que, actualmente en el estado, la RMM se encuentra por debajo de la razón de muerte establecida como meta en los ODS, 70 por cada 100 000 nacidas(os) vivas(os). Sin embargo, se identifica que sigue prevaleciendo en población en condiciones de vulnerabilidad. De igual forma, coincide que las altas tasas de mortalidad infantil, ocurran en ese tipo de poblaciones, en las que, además si se asocia a fecundidad adolescente, las(os) hijas(os) de adolescentes corren el mayor riesgo de mortalidad infantil y en la infancia, así como retraso en el crecimiento y anemia (UNFPA, 2019).

Finalmente, el “Derecho a los servicios de salud pre y post natales” en Quintana Roo, se han cumplido de manera parcial, debido a que no se ha logrado eliminar las desigualdades sociales económicas e interculturales que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud y educativos que les permitan a las mujeres y hombres tener conocimiento necesario para exigir su derecho

a una atención de calidad y asequible, durante y después del embarazo. Asimismo, la OMS recomienda que es importante reforzar las fuentes de información para detectar afecciones y cambios en la salud de la mujer embarazada y de la persona recién nacida por violencia de pareja.

Bibliografía

- CENETEC [Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud] (2014). Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México. Instituto Mexicano de Seguro social. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina] (2015). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011). Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/perfiles-de-salud-reproductiva-2011>
- (2018). Conciliación Demográfica de la Población, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México, 2016-2050. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-174962?idiom=es>
- CONEVAL [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social] (2012). Evaluación estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas

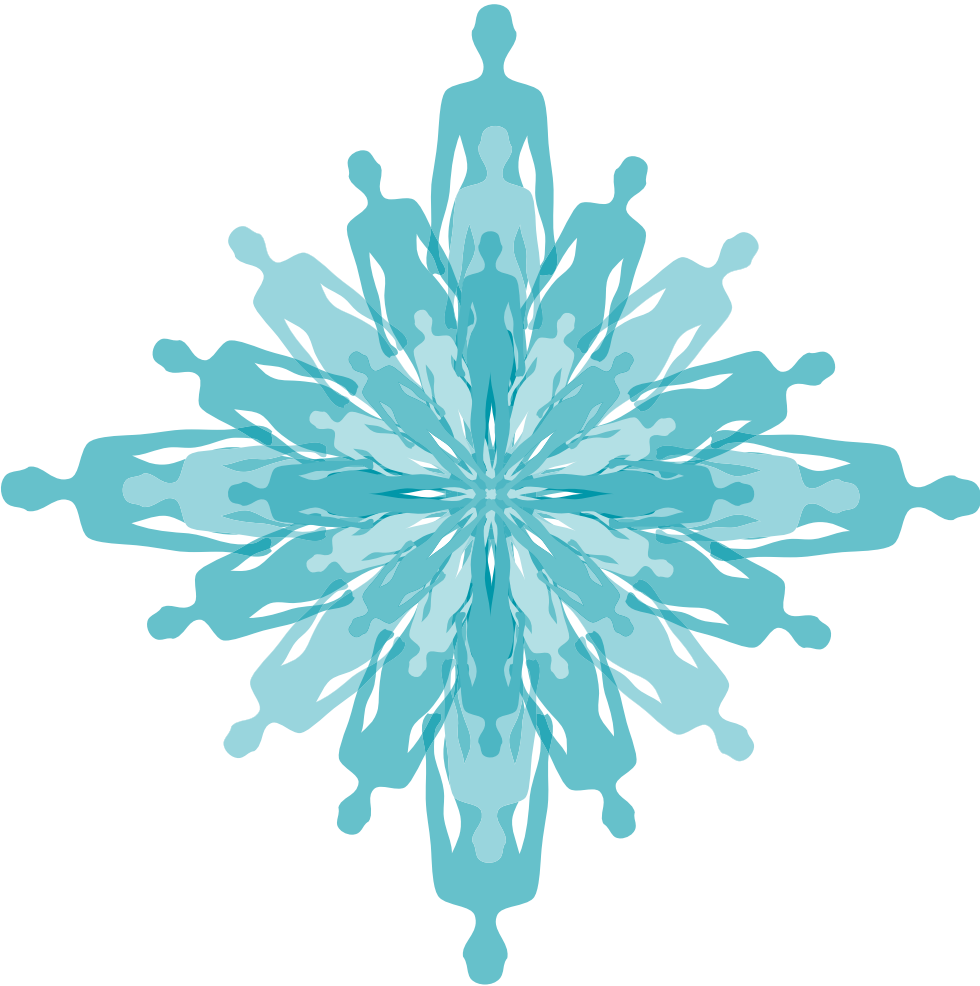
- que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Duarte-Gómez, M., Núñez-Urquiza, R., Restrepo-Restrepo, J. y López-Collada, V. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(3), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.004>
- Huezo, C., y Díaz, S. (1993). Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. *Advances in contraception: the official journal of the Society for the Advancement of Contraception*, 9(2). <https://doi.org/10.1007/BF01990143>
- Lenzer, J. (2016). How Cuba eliminated mother-to-child transmission of HIV and syphilis. *BMJ*. <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1619.full>
- Olivares, C. N. (2009). Factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos post parto en el Centro de Salud con camas "Bello Amanecer" Quilalí-Nueva Segovia Enero-junio, 2009. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- OMS [Organización Mundial de la Salud]
- (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=6CB007D1C0DC4793106A3EB66B778BE8?sequence=1>
- (2017). Semana mundial de la lactancia materna, Nota de prensa del 1-7 de agosto de 2017. <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
- (2019). Reducción de la mortalidad en la niñez. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
- OPS/OMS [Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud], (2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria Ginebra/ Washington, DC, 10 de abril de 2015. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
- Riley, T., Sully, E., Lince-Deroche, N. *et al.* (2019). Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Methodology Report. The Alan Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- Save the Children, (2015). Salud infantil en México. Análisis exploratorio de la Política Pública y presupuestal 2000-2015. Marco de Desarrollo Post-2015 y los retos para la Supervivencia Infantil. <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/b3/b35e94f2-51c0-4740-9350-0dd5e9de10aa.pdf>
- SS [Secretaría de Salud] (2002). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
- (2014). Programa de Acción Específico. Salud Materna y perinatal, 2013-2018. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. *et al.* (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of

the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet Commissions, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)

ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2017). “Asamblea General sobre la labor de la Comisión de Estadística relativa a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/

RES/71/313)”, 6 de julio de 2017. Disponible en línea en: <https://undocs.org/A/RES/71/313>

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2019). Estado de la Población Mundial 2019. Un asunto pendiente: la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. <https://mexico.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblacion-mundial-2019-3>



Índice de gráficos y cuadros

Capítulo 1

- Gráfica 1.1.** Porcentaje de entrevistas completas, incompletas y tasa de no respuesta en las viviendas al final del levantamiento de la ENADID 2014 y 2018 por coordinación estatal
- Gráfica 1.2.** República Mexicana. Pirámides de población con base en diversas fuentes, 2014, 2015 y 2018
- Gráfica 1.3.** República Mexicana. Diferencia porcentual entre la población estimada con base en la ENADID 2018 y las proyecciones de población
- Cuadro 1.1.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, tasa global y sus precisiones estadísticas, 2012 y 2016
- Gráfica 1.4.** Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016
- Gráfica 1.5.** Tasa global de fecundidad y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016
- Cuadro 1.2.** República Mexicana. Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil sexualmente activas y sus precisiones estadísticas, 2014 y 2018
- Gráfica 1.6.** Prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 1.7.** Prevalencias anticonceptivas en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 1.8.** Correlación entre la tasa global de fecundidad (TGF) y la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil sexualmente activas por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 1.9.** Correlación entre la tasa de fecundidad adolescente (TFA) y la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en adolescentes sexualmente activas por entidad federativa, 2014 y 2018

Capítulo 2

- Gráfica 2.1.** Quintana Roo. Pirámides de población 1990, 2019 y 2030
- Gráfica 2.2.** Quintana Roo. Volumen y tasa de crecimiento anual de las mujeres y hombres en edad fértil, 1990-2030
- Gráfica 2.3.** Quintana Roo. Número y distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil por grupos quinquenales de edad, 2019 y 2030
- Gráfica 2.4.** Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil por entidad federativa, 2019
- Gráfica 2.5.** Porcentaje de mujeres y hombres adolescentes (15 a 19 años) por entidad federativa, 2019
- Cuadro 2.1.** Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil según características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 2.6.** Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil con discapacidad por entidad federativa, 2018
- Cuadro 2.2.** Quintana Roo. Mujeres en edad fértil por condición de actividad sexual según características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 2.3.** Quintana Roo. Mujeres en edad fértil por condición de unión según características seleccionadas, 2014 y 2018

Capítulo 4

- Gráfica 4.1.** Quintana Roo. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por nivel de escolaridad, 2018
- Gráfica 4.2.** Quintana Roo. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por lugar de residencia, 2018

- Gráfica 4.3.** Quintana Roo. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por condición de discapacidad, 2018
- Gráfica 4.4.** Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018
- Gráfica 4.5.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por grupos de edad, 2014 y 2018
- Gráfica 4.6.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por nivel de escolaridad, 2014 y 2018
- Gráfica 4.7.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2014 y 2018
- Gráfica 4.8.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por condición de discapacidad, 2014 y 2018
- Gráfica 4.9.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 4.10.** Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 4.11.** Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual según entidad federativa, 2018
- Gráfica 4.12.** Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2018
- Gráfica 4.13.** Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por entidad federativa, 2018

Capítulo 5

- Cuadro 5.1.** Quintana Roo. Edad mediana al nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o) por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2018
- Gráfica 5.1.** Edad mediana al nacimiento de la (del) primera(primer) hija(o) nacida(o)viva(o) para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018
- Gráfica 5.2.** Quintana Roo. Tasa global de fecundidad, 1970-2030
- Mapa 5.1.** Tasa global de fecundidad, 2019 y 2030
- Gráfica 5.3.** Quintana Roo. Tasas específicas de fecundidad, 1990-2030
- Gráfica 5.4.** Quintana Roo. Tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años), 1970-2030
- Gráfica 5.5.** Tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) por entidad federativa, 2019 y 2030
- Gráfica 5.6.** Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 18 años por entidad federativa, 2014 y 2018
- Mapa 5.2.** Tasa y razón de fecundidad en niñas de 10 a 14 años, 1990 y 2019
- Cuadro 5.2.** Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo protogenésico, 2014 y 2018
- Cuadro 5.3.** Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo intergenésico, 2014 y 2018
- Cuadro 5.4.** Quintana Roo. Promedio del número ideal de hijas(os) de mujeres en edad fértil por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 5.5.** Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por número ideal de hijas(os) nacidas(os) vivas(os) y paridez alcanzada al momento de la encuesta, 2014 y 2018
- Cuadro 5.6.** Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según planeación y deseo de la (del) última(o) hija(o) nacida(o)viva(o), 2018
- Gráfica 5.7.** Quintana Roo. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990-2016
- Mapa 5.3.** Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990 y 2016

Capítulo 6

- Gráfica 6.1.** Quintana Roo. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años por sexo y grupos de edad según condición de asistencia escolar, 2018
- Gráfica 6.2.** Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años por razones de abandono escolar, 2018
- Gráfica 6.3.** Distribución porcentual de mujeres en edad fértil que han escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2018
- Cuadro 6.1.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo, 2014 y 2018
- Gráfica 6.4.** Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo según entidad federativa, 2018
- Gráfica 6.5.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimiento de existencia de cada tipo de método anticonceptivo, 2018
- Gráfica 6.6.** Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por condición de conocimiento funcional según método anticonceptivo, 2018
- Gráfica 6.7.** Quintana Roo. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según condición de conocimiento funcional, 2018
- Gráfica 6.8.** Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva total y efectiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método, 2018
- Gráfica 6.9.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos, 2018

Capítulo 7

- Gráfica 7.1.** Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo, 2014 y 2018
- Gráfica 7.2.** Quintana Roo. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo, 2014 y 2018
- Gráfica 7.3.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.4.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Cuadro 7.1.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas que usan métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 7.5.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.6.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.7.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.8.** Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.9.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.10.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Anexo 1. Demanda satisfecha de MEFSA y MEFU

Cuadro A7.1. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Cuadro A7.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Capítulo 8

Gráfica 8.1. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018

Gráfica 8.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018

Gráfica 8.3. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y de unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por tipo de método, 2014 y 2018

Gráfica 8.4. Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (en conjunto con la pareja) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016

Gráfica 8.5. Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (solo ellas) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016

Capítulo 9

Cuadro 9.1. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por características seleccionadas, 2014 y 2018

Gráfica 9.1. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por entidad federativa, 2018

Gráfica 9.2. Número promedio de revisiones prenatales de las mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta por entidad federativa, 2018

Gráfica 9.3. Quintana Roo. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta según tipo de revisión que le realizaron en las consultas prenatales, 2018

Cuadro 9.2. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta por tipo de agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2014 y 2018

Gráfica 9.4. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta según tipo de parto, 2018

Gráfica 9.5. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que se atendieron durante el puerperio por entidad federativa, 2018

Gráfica 9.6. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2014 y 2018

Gráfica 9.7. Porcentaje de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta que dieron leche materna a la persona recién nacida(o) por entidad federativa, 2018

Gráfica 9.8. Quintana Roo. Distribución porcentual de mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta según razón de no amamantamiento, 2018

- Gráfica 9.9.** Número de meses promedio que las mujeres con última(o) hija(o) nacida(o) viva(o) cinco años previos a la encuesta dieron leche materna al recién nacida(o) por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.10.** Quintana Roo. Razón de mortalidad materna, 1990-2018
- Gráfica 9.11.** Razón de mortalidad materna por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.12.** Quintana Roo . Tasa de mortalidad infantil, 1990-2018
- Gráfica 9.13.** Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2018



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN



Fondo de Población de las Naciones Unidas

