

Perfiles de Salud Reproductiva

Distrito Federal



Perfiles de Salud Reproductiva Distrito Federal

Consejo Nacional de Población

Coordinadores:

Paloma Villagómez Ornelas
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Autores:

Paloma Villagómez Ornelas
Doroteo Mendoza Víctorino
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Procesamiento de información:

Miguel Sánchez Castillo
María Felipa Hernández López

Sistematización en cuadros y gráficas:

Ma. Eulalia Mendoza García
Nila Soledad Cortés Cruz

Integración y revisión:

María Felipa Hernández López
Yeimi Colín Paz
Graciela Tapia Colocía
Ma. Eulalia Mendoza García
Mario René Hernández Vázquez
Guadalupe García Albarrán

Corrección de estilo:

Cristina Gil Villegas Montiel
Liliana Velasco Díaz

Diseño portada y formación:

Maritza Santillán Moreno
Myrna Muñoz del Valle
Cristina del Águila

© Consejo Nacional de Población
Hamburgo 135, Col. Juárez
C. P. 06600, México, D. F.
<<http://www.conapo.gob.mx>>

Perfiles de salud reproductiva. Distrito Federal

Primera edición: noviembre de 2011

ISBN: 978-607-427-157-7

ISBN: 978-607-427-184-3

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

Consejo Nacional de Población

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO
Secretario de Gobernación
y Presidente del Consejo Nacional de Población

EMB. PATRICIA ESPINOSA CANTELLANO
Secretaria de Relaciones Exteriores

DR. JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. HERIBERTO FÉLIX GUERRA
Secretario de Desarrollo Social

LIC. JUAN RAFAEL ELVIRA QUESADA
Secretario de Medio Ambiente y Recursos
Naturales

LIC. FRANCISCO MAYORGA CASTAÑEDA
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

LIC. BRUNO FERRARI GARCÍA DE ALBA
Secretario de Economía

LIC. ALONSO LUJAMBIO IRAZÁBAL
Secretario de Educación Pública

MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG
Secretario de Salud

LIC. JAVIER LOZANO ALARCÓN
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. ABELARDO ESCOBAR PRIETO
Secretario de la Reforma Agraria

MTRO. SERGIO HIDALGO MONROY PORTILLO
Director General del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LIC. DANIEL KARAM TOUMEH
Director General del Instituto Mexicano
del Seguro Social

C. MARÍA DEL ROCÍO GARCÍA GAYTÁN
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

DR. EDUARDO SOJO GARZA-ALDAPE
Presidente del Instituto Nacional de Estadística
y Geografía

LIC. XAVIER ANTONIO ABREU SIERRA
Director General de la Comisión Nacional
para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

LIC. MARÍA CECILIA LANDERRECHE
GÓMEZ-MORIN
Titular del Sistema Nacional para el
Desarrollo Integral de la Familia

DR. RENÉ MARTÍN ZENTENO QUINTERO
Subsecretario de Población, Migración
y Asuntos Religiosos

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA
Secretario General del Consejo Nacional
de Población

Secretaría de Gobernación

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO
Secretario de Gobernación

LIC. OBDULIO ÁVILA MAYO
Subsecretario de Gobierno

LIC. JORGE ALBERTO LARA RIVERA
Titular de la Unidad de Desarrollo Político

MTRO. RUBÉN ALFONSO FERNÁNDEZ ACEVES
Subsecretario de Enlace Legislativo

LIC. FELIPE DE JESÚS ZAMORA CASTRO
Subsecretario de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

DR. RENÉ MARTÍN ZENTENO QUINTERO
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos

LIC. ÁLVARO LUIS LOZANO GONZÁLEZ
Subsecretario de Normatividad de Medios

LIC. JOSÉ OSCAR VEGA MARÍN
Oficial Mayor

LIC. LAURA GURZA JAIDAR
Coordinadora General de Protección Civil

LIC. OCTAVIO DÍAZ GARCÍA DE LEÓN
Titular del Órgano Interno de Control

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA
Secretario General

DRA. LILIANA MEZA GONZÁLEZ
Directora General de Planeación
en Población y Desarrollo

MTRO. VÍCTOR GARCÍA VILCHIS
Director General de Estudios
Sociodemográficos y Prospectiva

MTRA. MARÍA ANTONIETA UGALDE URIBE
Directora General de Programas de Población
y Asuntos Internacionales

DR. TELÉSFORO RAMÍREZ GARCÍA
Director de Estudios Socioeconómicos
y Migración Internacional

MTRO. RAÚL ROMO VIRAMONTES
Director de Poblamiento
y Desarrollo Regional Sustentable

MTRO. JORGE A. VALENCIA RODRÍGUEZ
Director de Estudios Sociodemográficos

MTRO. RAFAEL LÓPEZ VEGA
Director de Análisis Estadístico e Informática

LIC. MARÍA SILVIA GONZÁLEZ ARELLANO
Directora de Cultura Demográfica

LIC. FLAVIO GUTIÉRREZ REYES
Director de Administración

Contenido

9	Presentación
11	Introducción
12	Aspectos demográficos generales
17	1. Exposición al riesgo de embarazo
17	1.1 Inicio de la vida sexual
18	1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos
19	1.3 Condiciones de vida sexual actual
22	1.4 Situación conyugal
22	2. Patrones reproductivos
23	2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
24	2.2 Intervalo protogenésico
24	2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos
25	3. Los niveles y tendencias de la fecundidad
29	4. Preferencias reproductivas
29	4.1 Ideal de hijos e hijas
32	4.2 Embarazo no planeado
33	5. Anticoncepción
33	5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
35	5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
35	5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
39	5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
40	5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
42	5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
43	5.7 Anticoncepción posparto
44	6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)
44	6.1 Nunca uso de anticonceptivos
47	6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
49	6.3 Demanda total de anticonceptivos

50	7. Salud materna
50	7.1 Mortalidad materna
51	7.2 Aborto
52	7.3 Atención prenatal
54	7.4 Atención del parto
55	7.5 Atención durante el puerperio
56	8. Lactancia materna
57	9. Conclusiones
58	Bibliografía
59	Anexo

Presentación

Un elemento toral de la política de población es apoyar acciones para que las personas desarrollen una vida sexual y reproductiva plena, asentada en las elecciones personales y en los derechos y libertades consagrados por el marco jurídico-institucional vigente.

El seguimiento de acciones en el ámbito sexual y reproductivo está plasmado en el Programa Nacional de Población 2008-2012, en el objetivo de “Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.”

Para dar cumplimiento a este objetivo, la Secretaría General del CONAPO ha estimado, generado e integrado el *perfil de salud reproductiva nacional* y a una serie de perfiles que corresponden a cada una de las entidades federativas.

En cada Perfil se podrá acceder a información de indicadores seleccionados que pueden ser comparables entre las entidades.

Para ejercer el derecho de tomar decisiones libres, informadas y responsables es fundamental contar con datos accesibles y confiables. Por tal motivo, los perfiles son además, una herramienta que complementa y apoya la tarea de funcionarios públicos, investigadores, académicos y del público que quiera conocer la situación de la salud sexual y reproductiva imperante en nuestro país en las últimas dos décadas.

La Secretaría General del CONAPO tiene la seguridad de que el lector encontrará aquí aportaciones pertinentes que le servirán para entender de una manera accesible la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva en México.

Félix Vélez Fernández Varela
Secretario General
Consejo Nacional de Población

Introducción

El propósito de este *Perfil* es actualizar el *Cuaderno de Salud Reproductiva* publicado en el año 2000, mediante la estimación y análisis de los principales indicadores de salud sexual y reproductiva, utilizando datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2009. Con el fin de observar cambios en el tiempo se incorporan las estimaciones de la ENADID de 1997, efectuada también por el INEGI, y cuyo diseño muestral es equivalente.

El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica al Distrito Federal en el segundo sitio del *ranking* estatal (véase CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 3° por su alta prevalencia anticonceptiva; en el 22° en cuanto al porcentaje de usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 7°, 5° y 2° por sus bajos niveles de necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural –localidades con menos de 2 500 habitantes–, respectivamente; en el 1° por su alta probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 6° por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 1° por su tasa global de fecundidad; y en el 13° sitio por exhibir una baja razón de mortalidad materna.

Ese *perfil* de salud reproductiva ubica al Distrito Federal, junto con Nuevo León, Colima, Sonora y Sinaloa, en el patrón de estados en una *situación muy favorable de salud reproductiva*.

El marco de referencia que define a los indicadores utilizados en este *Perfil de Salud Reproductiva* se determinó atendiendo a tres consideraciones importantes: a) que formen parte de la evaluación del objetivo estratégico de “Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción” establecido en el Programa Nacional de Población (PNP) 2008-2012 (CONAPO, 2008); b) estén vinculados con las metas respectivas del Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 (SSA, 2007a), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA) (SSA, 2007b), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA) (SSA, 2008a) y del Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida (PAPV) (SSA, 2008b); y/o c) constituyan indicadores relevantes asociados con los procesos reproductivos, y que por ello hayan formado parte de los *Cuadernos de Salud Reproductiva*.

La descripción y análisis de los datos combina indicadores de proceso, de resultados o impacto intermedio y de impacto final. En esta medida se define el alcance de este documento, para lo cual se tratan ocho áreas temáticas: 1) la exposición al riesgo de embarazo, para abordar el inicio de las relaciones sexuales y las condiciones de vida sexual y marital; 2) los patrones reproductivos, vinculados con la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo y a los intervalos protogenésico e intergenésicos; 3) los niveles y tendencias de la fecundidad; 4) las preferencias reproductivas, reflejadas a través del número ideal de hijos e hijas y del embarazo no planeado; 5) la práctica anticonceptiva, para incorporar indicadores de conocimiento, prevalencia, estructura, lugar de obtención y momento de adopción de los métodos; 6) la necesidad insatisfecha de la anticoncepción, en que se trata el nunca uso de los métodos y la demanda insatisfecha, satisfecha y total; 7) la salud materna, que incorpora la mortalidad

materna y algunos factores asociados como el aborto, y la atención prenatal, del parto y del puerperio; y 8) la lactancia materna, a fin de actualizar las cifras de incidencia y duración.

Previo al análisis de estas dimensiones, se presenta un breve diagnóstico sociodemográfico para cada caso, en el que se intenta hacer visible la relación interdependiente entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento en materia de salud reproductiva.

A fin de facilitar la comprensión y consulta, no sólo del público cuya especialidad es la salud reproductiva, sino de cualquier lector interesado, los contenidos inician con un párrafo sobre la relevancia del tema y se definen los indicadores involucrados, con el propósito de dar pie a una descripción de su nivel actual,¹ de los cambios ocurridos entre 1997 y 2009, y sus diferenciales según subgrupos de la población, determinados por categorías de variables sociodemográficas.² Cuando es pertinente, se culmina con un breve análisis y el planteamiento de alguna reflexión sobre implicaciones de política pública.

Aspectos demográficos generales

La relación entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento reproductivo es estrecha e interdependiente. Las formas en que se manifiesta esta asociación son múltiples, ya que los niveles y tendencias de las variables críticas del cambio poblacional —a saber, la fecundidad, la mortalidad y la migración— son determinantes de la magnitud de la población en edad fértil, su estructura por edad o su distribución espacial. Así, el efecto de la práctica anticonceptiva en la regulación de la fecundidad y de ésta, a su vez, en el volumen y estructura por edad de la población, es una de las expresiones más evidentes de esta relación. Otro ejemplo es el impacto de una mejor salud materna e infantil en la reducción de la mortalidad de estos grupos poblacionales, lo cual afecta por igual al tamaño de la población y su perfil etario.

En 2010, la población del Distrito Federal alcanzó 8.85 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (52.2%). A pesar de que el volumen actual de la población de la entidad representa 7.5 por ciento más del observado en 1990 (8.24 millones), la velocidad a la que crece es prácticamente constante. Entre 1990 y 2000, la población total se incrementó a un ritmo de 0.4, mientras que entre 2000 y 2010 la tasa de crecimiento total disminuyó ligeramente a 0.3 por cada cien (véase gráfica 1).

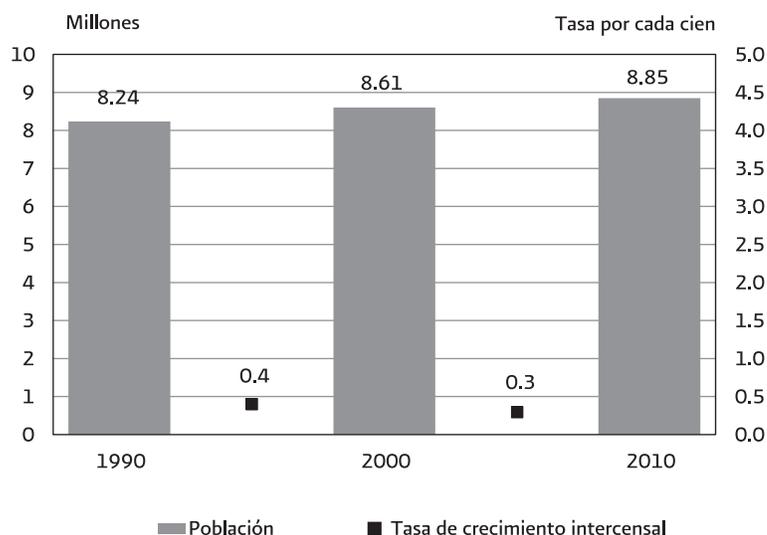
Al analizar varios aspectos de la dinámica demográfica de la entidad, tales como el comportamiento de la natalidad, de la mortalidad —en particular la mortalidad infantil—, la esperanza de vida al nacimiento

¹ En este documento se utiliza el término **nivel actual** para ubicar la situación que guarda el indicador al que se haga referencia en 2009, con datos de la ENADID correspondiente, dado que es la información más reciente de la que se dispone.

² Es necesario destacar tres consideraciones técnicas en relación con el manejo y uso de los datos:

- Para tratar de disminuir las fluctuaciones aleatorias por efecto de las muestras en la ENADID 2009, las estimaciones presentadas en este *Perfil de Salud Reproductiva* están basadas en *n* (tamaños de muestra) mayores o iguales a 30 casos.
- En los diferenciales sociodemográficos de la salud reproductiva interesa analizar el grado de homogeneidad/heterogeneidad prevalente, de modo que la comparación se centra casi exclusivamente en observar la distancia (brecha) entre categorías extremo (inicial *versus* final) de la variable correspondiente; ejemplos: mujeres residentes en localidades rurales *versus* urbanas; grupo de mujeres sin escolaridad *versus* mujeres con secundaria y más. Cuando el tamaño de muestra es insuficiente (menor a 30 casos) la comparación se hace entre las mujeres con primaria incompleta *versus* las de secundaria y más.
- Las distribuciones no son exactas (no siempre suman 100). Esto es así por el efecto del redondeo en el cálculo de los porcentajes, derivados del paquete estadístico utilizado.

Gráfica 1.
Distrito Federal. Población total y tasa de crecimiento intercensal,
1990, 2000 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

y la razón de dependencia demográfica, se observa que el Distrito Federal se encuentra en fase *muy avanzada* de la transición demográfica.³ En 2010, poco más de la quinta parte de la población de la entidad es menor de 15 años (1.99 millones, 22.5%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (1.50 millones, 16.9%). Si bien en conjunto suman cerca del 40 por ciento de la población total, su peso específico en la estructura por edad de la población empieza a disminuir, mientras que los grupos de adultos jóvenes (25 a 44 años), adultos maduros (45 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más) crecen en el tiempo, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que experimenta el país (véase tabla 1).

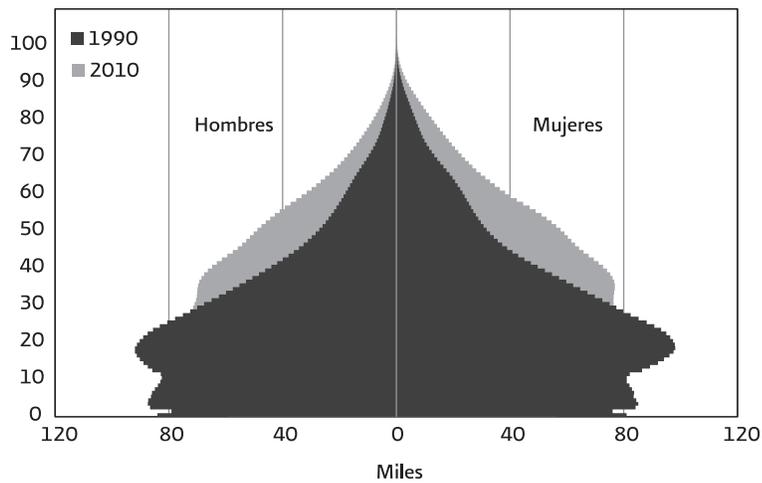
Tabla 1.
Distrito Federal. Distribución porcentual de la población por
grandes grupos de edad, 1990, 2000 y 2010

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	30.8	26.6	22.5
15-24	22.5	19.2	16.9
25-44	29.4	32.8	32.3
45-59	10.2	12.8	16.8
60 y más	7.1	8.5	11.5
80 y más	1.0	1.2	1.8

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

³ La transición demográfica es el proceso que implica pasar de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad, a otro en el que ambos fenómenos presentan niveles bajos y controlados. Una de las consecuencias de dicha transición es el paulatino cambio en la estructura por edad de la población.

Gráfica 2.
Distrito Federal. Pirámides de población, 1990 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990 y 2010.

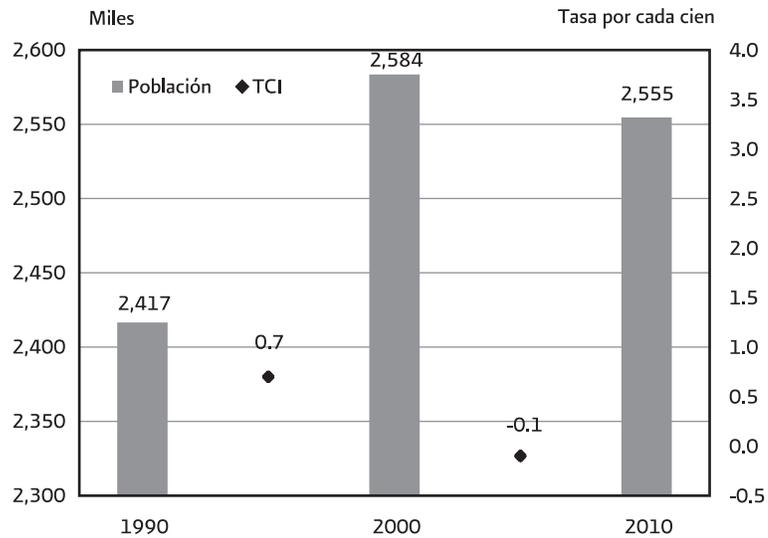
En la pirámide de población es posible observar cómo el crecimiento de la población entre los cero y casi 30 años de edad es menor en el año 2010 que en 1990. Mientras que después de los 30 años se refleja un gradual ensanchamiento de la parte central y superior de la misma, donde se concentra la población adulta y adulta mayor. Un factor a resaltar es que en el Distrito Federal, en 1990, la población femenina se vuelve más numerosa que la masculina, a partir de los 12 años de edad. Este mismo efecto se nota a partir de los 19 años en 2010 (véase gráfica 2).

Actualmente, la distribución por edad de la población presenta una estructura favorable en términos de la relación de dependencia, es decir, del número de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto de la población en edad de trabajar (entre los 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 55.2 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay más de dos proveedores potenciales (2.28) por cada persona tentativamente dependiente. Asimismo, en 1990 el 86.6 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil (dependencia juvenil); en 2010 representa 73.9 por ciento, dado el peso que gana de manera gradual la dependencia por parte de los adultos mayores (dependencia por vejez).

Un aspecto de suma relevancia para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva es el comportamiento demográfico de la población femenina, en particular de aquella en edades fértiles, convencionalmente consideradas entre los 15 y 49 años. Los cambios en el volumen y estructura por edad de esta población pueden afectar y ser afectados por transformaciones en la nupcialidad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, y el número y espaciamiento entre los hijos, entre otros.

Así, en 2010, en el Distrito Federal hay poco menos de 2.56 millones de mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 55.3 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 2.42 millones, o sea, 56.3 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años, la población femenina en edades fértiles creció 5.7 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores como ocurre en el conjunto de la población, e incluso, disminuye. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF creció a una tasa de 0.7 por cada cien, mientras que en la última década se redujo a -0.1 por cada cien (véase gráfica 3).

Gráfica 3.
Distrito Federal. Tamaño y tasa de crecimiento intercensal de la población femenina en edad fértil (MEF), 1990, 2000 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

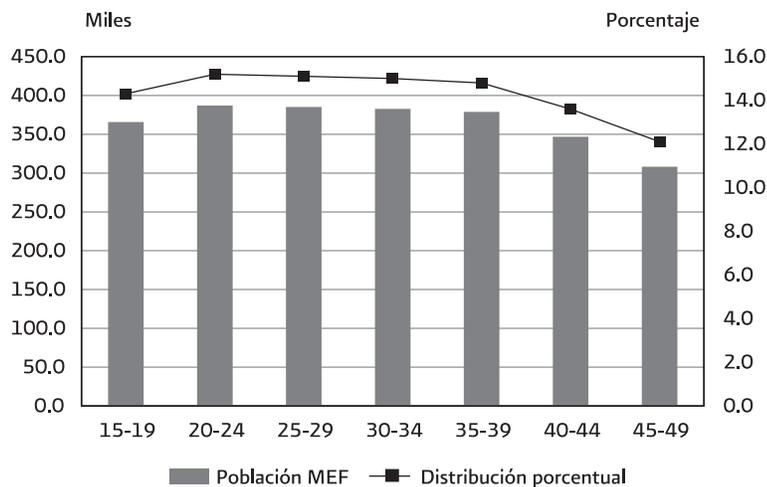
Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, pues las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada.

Así, en el Distrito Federal 14.3 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15-19 años. Las adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín y Villagómez, 2010). Como se analizará en los apartados correspondientes, actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad.

Poco más del 30.0 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida que en éstas se concentran las tasas más altas de fecundidad en nuestro país, en particular, entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (15.0%) tiende a ser mayor. Así, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de particular importancia en este periodo.

Finalmente, la población femenina que menos contribuye a la fecundidad, es decir, las mujeres de 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años de edad, concentran 14.8, 13.6 y 12.1 por ciento de la población en etapa reproductiva, respectivamente (véase gráfica 4). Las necesidades en materia de salud reproductiva en esta población tienden hacia la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas relacionadas con el sistema reproductivo, como cáncer de mama y cérvico-uterino, y con la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

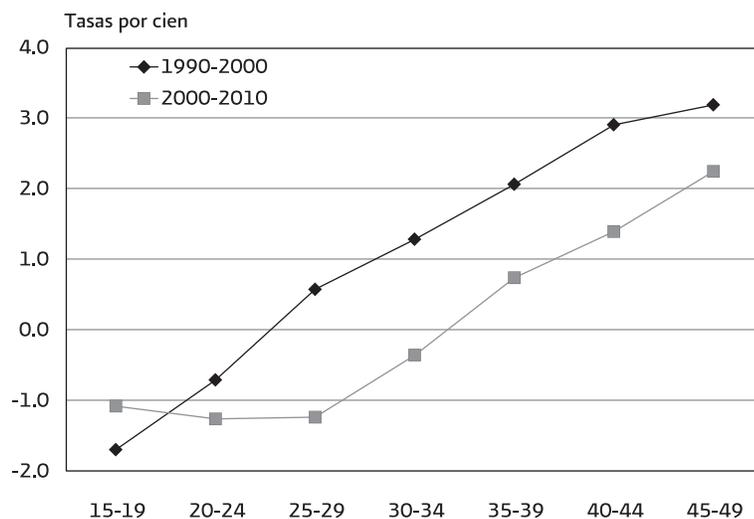
Gráfica 4.
Distrito Federal. Población femenina en edad fértil por grupos de edad y su distribución porcentual, 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

La gráfica 5 muestra cómo en los últimos 20 años se ha desacelerado el ritmo de crecimiento de todos los grupos de edad entre las MEF, excepto el de 15 a 19 años. Cabe resaltar que si bien las tasas en los primeros grupos de edad son negativas, la diferencia neta es de uno por cada cien. Mientras que las mujeres de 20 a 24 años muestran la tasa de decremento más baja en el periodo 2000-2010, de -1.3 por cada cien, en el decenio anterior era de -0.7 por cada cien.

Gráfica 5.
Distrito Federal. Tasas de crecimiento intercensal de mujeres en edad fértil por grupos de edad, 1990-2000 y 2000-2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

Destaca que en ambos periodos, 1990-2000 y 2000-2010, las tasas de crecimiento de las mujeres mayores de 30 años de edad aumentan de manera constante hasta el final de la vida reproductiva. Este comportamiento confirma la aceleración en el crecimiento de la población en edades más avanzadas, en concordancia con el proceso de envejecimiento demográfico que experimenta el país.

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

1. Exposición al riesgo de embarazo

La exposición al riesgo de embarazo se interpreta como una primera condición para que las mujeres determinen su proceso reproductivo y, por ende, su fecundidad. En este sentido, es primordial dar cuenta de ciertos determinantes próximos de la reproducción como el inicio de la actividad sexual y de la unión, además de clasificar a las mujeres según la frecuencia de sus relaciones sexuales.

1.1 Inicio de la vida sexual

Indicador:

- *Edad a la primera relación sexual.* Es la edad en que ocurre este evento y se clasifica por cuartiles (25, 50 y 75%).⁴

La ENADID 2009 muestra que, en el Distrito Federal, la cuarta parte (25% o primer cuartil) del total de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.6 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo hizo a los 18.2 años; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) la tuvieron a los 20.9 años (véase cuadro 1).

Cuadro 1.
Distrito Federal. Edad a la primera relación sexual por cuartiles de dos generaciones, 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	16.6	18.2	20.9
35-49	16.8	18.8	21.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

⁴ Se puede estimar como la edad promedio. Sin embargo, para corregir el sesgo en las estimaciones, debido a efectos de dispersión de los datos, es conveniente estimarla como edad mediana, que es donde se acumula el 50 por ciento de los casos.

El inicio de la actividad sexual de las mujeres de este grupo de edad en la entidad es parecido al registrado en el contexto nacional, cuya mediana fue de 18.0 años. Estos resultados son sin duda muy importantes de tomar en cuenta para acciones de política y programáticas, primordialmente para aquellas encaminadas a prevenir el primer embarazo.

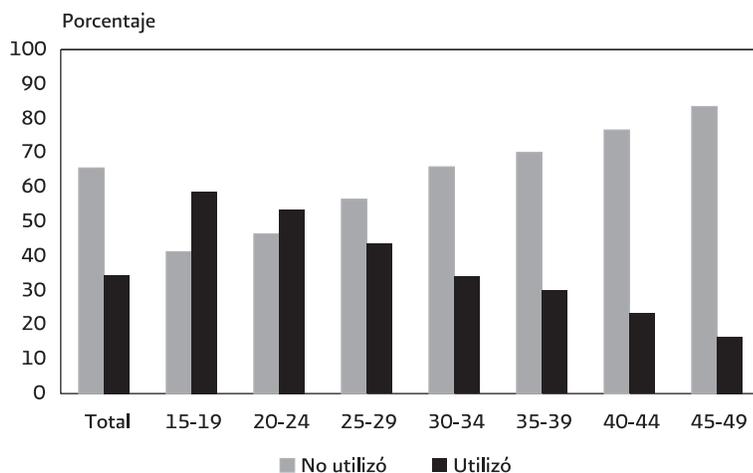
1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos

Indicador:

- *Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó anticonceptivos en su primera relación sexual.* Es el cociente de mujeres que contestaron que ellas o sus parejas utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, entre el total que respondió haber tenido ya relaciones sexuales, por cien.

En el Distrito Federal, 34.4 por ciento de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, dato mayor al del promedio nacional, de 19.9 por ciento, aunque se observa que las generaciones más jóvenes han optado cada vez más por usar anticonceptivos al inicio de su vida sexual (véase gráfica 6). De esta forma, mientras que 23.5 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años manifestó usar anticonceptivos, aumentó a 34.2 por ciento en las de 30 a 34, y a 58.9 por ciento en las de 15 a 19 (véase cuadro A.1 del Anexo).

Gráfica 6.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por grupos de edad según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

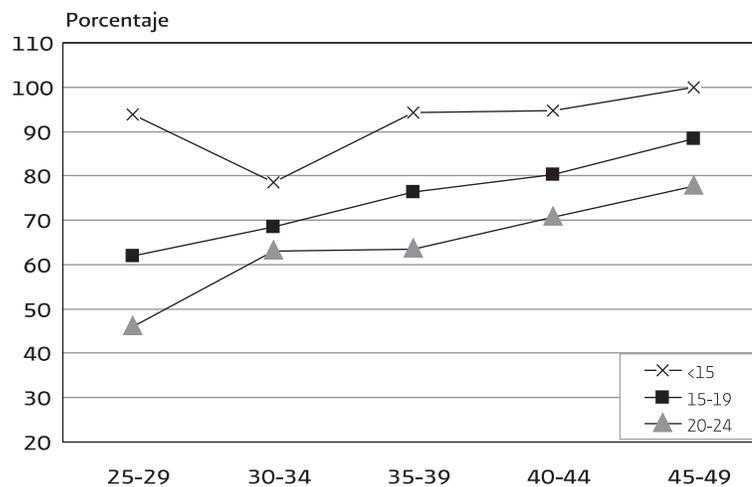


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Las mujeres en el Distrito Federal de generaciones más recientes reportan mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones anteriores. Así, por ejemplo, entre las de 40 a 44 años, el 19.8 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia y 29.2 por ciento en la juventud (20 a 24); estos porcentajes son bajos si se comparan con los de las que actualmente tienen 25 a 29 años, que emplearon anticonceptivos al inicio de su vida sexual, 38.2 por ciento cuando eran adolescentes y 53.9 por ciento cuando eran jóvenes (véase cuadro A.2 del Anexo).

Visto de otra forma, la gráfica 7 ilustra que a medida que se consideran grupos de mujeres con menor edad, disminuyen los porcentajes de no uso de anticonceptivos en el primer encuentro sexual. No obstante, esa misma gráfica muestra que la no protección anticonceptiva aumenta si el inicio de la actividad sexual se presenta a una edad más temprana. Por ejemplo, en las mujeres de 25 a 29 años al momento de la encuesta, 93.7 por ciento no usó anticonceptivos cuando la relación sexual fue antes de los 15 años de edad; 61.8 por ciento de no uso si la relación sexual ocurrió a los 15 a 19 años, y 46.1 por ciento cuando ese acontecimiento fue entre los 20 y 24.

Gráfica 7.
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual por edad de ocurrencia de la misma, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

1.3 Condiciones de vida sexual actual

La evaluación de la salud reproductiva, concretamente de la planificación familiar, se ha realizado con base en las mujeres en edad fértil casadas o unidas, denominadas comúnmente MEFU. A este grupo se han referido los indicadores desde el inicio de los programas de planificación familiar en la segunda mitad de los años setenta, bajo el supuesto de que la exposición al riesgo de embarazo se iniciaba con el matrimonio o unión consensual.

Después de 35 años de programas y ante los cambios en la sociedad en la forma de asumir y vivir la sexualidad, es imperativo reconocer que el matrimonio o la unión no son eventos suficientes y, por lo tanto, es necesario considerar acontecimientos asociados más directamente con el ejercicio de la sexualidad.

Conceptos:

- *Mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)*. Se refiere a las mujeres que tuvieron al menos una relación sexual durante el último mes previo al levantamiento de la encuesta. El

porcentaje correspondiente se calcula como el cociente de las MEFSA, entre el total de mujeres en edad fértil, multiplicado por cien.

- *Mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI)*. Abarca a las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, esto es, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.
- *Mujeres en edad fértil sin relaciones sexuales (MEFSIN)*. Comprende a las mujeres que indicaron no haber tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

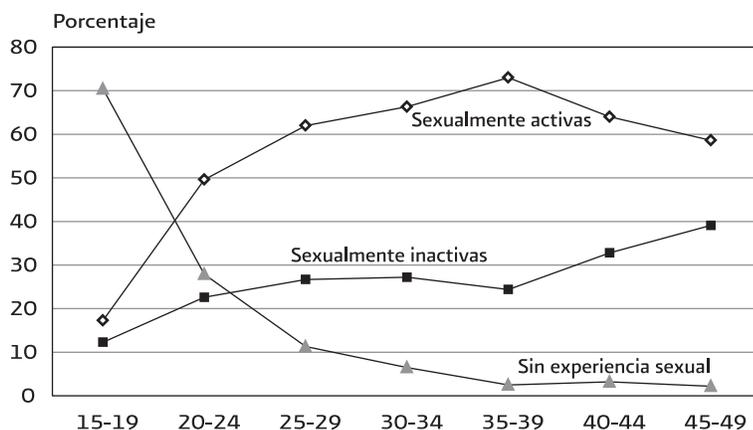
En el Distrito Federal, 55.4 por ciento de las MEF se clasifica en sexualmente activa, 26.0 por ciento como sexualmente inactiva y 18.7 por ciento sin relaciones sexuales, donde los dos primeros datos son superiores al contexto nacional, que fueron de 52.9, 23.2 y 23.9 por ciento, respectivamente. En esta medida, 81.4 por ciento de las mujeres en edad fértil estaría expuesta potencialmente a un embarazo (véase cuadro A.3 del Anexo).

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. El porcentaje de las MEFSA inicia con 17.3 de adolescentes, crece con la edad hasta alcanzar 73.0 de mujeres entre 35 y 39, para descender en los últimos grupos; en cambio, las MEFSI inician con 12.3 en adolescentes y aumentan con la edad hasta alcanzar 39.1 en las de 45 a 49. En consecuencia, el porcentaje de mujeres sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, inicia con 70.4 de adolescentes, hasta 2.2 en las mujeres mayores que pasaron el periodo fértil (véase gráfica 8A).

Desde esta perspectiva, una apreciación global relevante para las acciones de política y programáticas es que 29.6 por ciento de adolescentes y 72.2 por ciento de jóvenes están en riesgo potencial de embarazo por presentar una vida sexual activa o inactiva.

El análisis por situación conyugal muestra que el mayor porcentaje de las MEFSA se encuentra en las mujeres unidas, con 88.4. Pero, al mismo tiempo, este dato resulta revelador, ya que antes se suponía que el 100 por ciento de las MEFU estaba expuesta a un embarazo. Bajo el concepto de

Gráfica 8A.
Distrito Federal. Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por grupos quinquenales de edad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

las MEFSAs, resulta que un 11.6 por ciento de las MEFU no es sexualmente activa, sino más bien sexualmente inactiva.

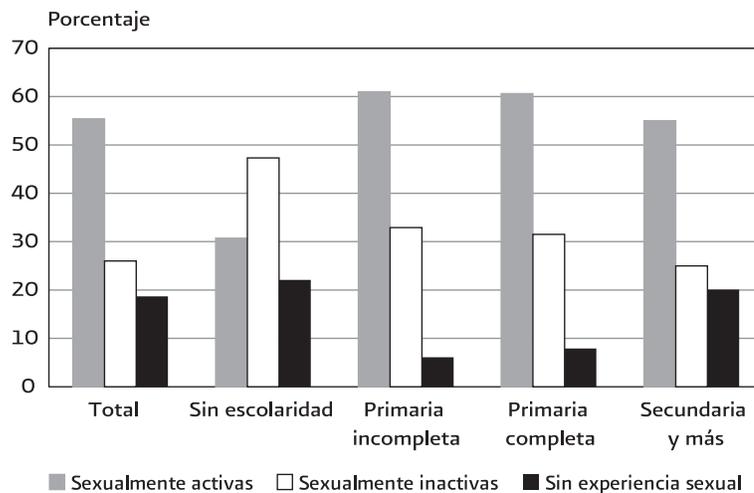
Por otra parte, tanto las alguna vez unidas como las solteras, no entraban en el grupo de exposición en el concepto tradicional. Ahora sabemos que 17.6 por ciento de las primeras y 24.0 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 82.4 y 29.9 por ciento son sexualmente inactivas, respectivamente.

El número de hijos nacidos vivos de las mujeres, indicador que en términos demográficos se conoce como paridad o paridez, muestra una relación positiva con el número de las MEFSAs hasta la paridad dos. De hecho, las mujeres con ese número de hijos son el segundo grupo que presenta el más alto porcentaje de vida sexual activa de todos los subgrupos analizados, ya que 74.5 por ciento está en esta situación.

Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por la relación que existe con la prevención del primer embarazo. Las mujeres sin hijos que se declaran con vida sexual activa o inactiva representan 52.8 por ciento, grupo en el que habría que enfatizar acciones de información, educación y comunicación en relación con la planificación familiar y protección anticonceptiva.

El nivel de escolaridad, por su parte, guarda una relación positiva con la ausencia de relaciones sexuales e inversa con la vida sexual activa en el Distrito Federal (véase gráfica 8B). El 93.9 por ciento de las mujeres con algún grado de primaria o con primaria completa pudiera ser considerada como población objetivo de las acciones de salud reproductiva, dado su grado de exposición al riesgo potencial de embarazo.

Gráfica 8B.
Distrito Federal. Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por nivel de escolaridad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

1.4 Situación conyugal

Indicador:

- *Edad a la primera unión.* Es la edad en la que ocurre la primera unión o el primer matrimonio y se clasifica por cuartiles (25, 50 y 75%).

La ENADID 1997 reportó que una cuarta parte de las MEF de 25 a 34 años se había unido por primera a los 17.4 años, la mitad a los 20.0 años y tres cuartas partes a los 23.1. La encuesta de 2009 muestra que el evento del primer matrimonio o unión en la sociedad del Distrito Federal parece haberse desplazado levemente, con 18.5 años para el primer cuartil, y 21.4 y 24.7 años para la mediana y el tercer cuartil, respectivamente (véase cuadro 2).

La primera unión en esta entidad ocurre a una edad más tardía cuando se compara con lo que acontece en el ámbito nacional, cuyo primero, segundo y tercer cuartil fueron de 17.4, 19.8 y 22.9 años, de manera respectiva.

Al comparar la edad a la primera relación sexual, se deduce que la primera unión en las mujeres del Distrito Federal ocurre después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a las MEF de 25 a 34 años, encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual es a los 18.2 años, mientras que la primera unión se presenta a los 21.4, lo que separa a ambos eventos en 3.2 años. Entonces, en esta dimensión se obviaba el inicio de la exposición al riesgo potencial de embarazo, al considerar sólo el matrimonio como evento condicionante.

Cuadro 2.
Distrito Federal. Edad a la primera unión por cuartiles
de dos generaciones, 1997 y 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	17.4	20.0	23.1
35-49	17.5	20.4	23.9
2009			
25-34	18.5	21.4	24.7
35-49	18.3	21.6	25.8

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

2. Patrones reproductivos

Se refiere a la trayectoria que siguen las mujeres y sus parejas para tener a sus hijos, la cual es consecuencia del grado de exposición al riesgo de embarazo y del uso de la anticoncepción. Ello determina lo que se ha dado en llamar los patrones reproductivos, caracterizados aquí por la intensidad y calendario en que ocurre la reproducción, mediante la medición de la edad al nacimiento del primogénito, la distancia o espaciamiento entre éste con la unión y con el hijo siguiente, así como entre el segundo y el tercero.

2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

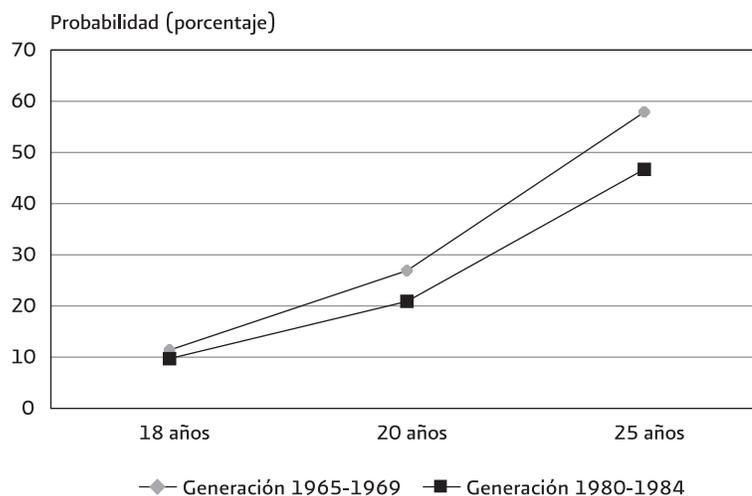
Indicador:

- **Probabilidad acumulada de tener el primer hijo antes de cumplir 18, 20 y 25 años de edad.** La probabilidad acumulada de tener al primer hijo en diferentes momentos se interpreta como el porcentaje de mujeres que se convierte en madre antes de cumplir determinada edad; en este caso, interesa utilizar como referencia los 18, 20 y 25 años, por ubicar el inicio de la reproducción en la adolescencia y la juventud. Los datos para calcular ese porcentaje provienen de las historias de embarazos de las encuestas, relacionando la ocurrencia de los eventos con la edad de las madres.⁵

La probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue 57.9 por ciento para la generación nacida en 1965-1969, pero en la generación 15 años más joven, de 1980-1984, pasó a 46.7 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Esto significa que en el Distrito Federal ha disminuido la probabilidad de que las mujeres jóvenes se conviertan en madres antes de los 25 años (véase gráfica 9).

De la misma forma, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años, pasó de 26.9 a 20.9 por ciento, para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, respectivamente, evidenciando una disminución en el porcentaje de mujeres que a los 19 años ya era madre. Entonces, la probabilidad de que una mujer tenga a su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad en la generación más reciente es menor al promedio de los estados en *situación muy favorable*, que fue de 29.7 por ciento, y menor al dato del país, de 31.4 por ciento (CONAPO, 2011).

Gráfica 9.
Distrito Federal. Probabilidad acumulada de tener al primer hijo nacido vivo antes de edades seleccionadas para las generaciones, 1965-1969 y 1980-1984



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

⁵ Dado que se dispone de la información de todas las mujeres del periodo fértil, dichos cocientes se pueden calcular para determinados grupos de edad o generaciones. En los *Perfiles* se analizan dos: el de mujeres nacidas entre 1965 y 1969, que corresponde a las que tenían de 40 a 44 años de edad al momento de la encuesta; y el de aquellas que nacieron entre 1980 y 1984, cuyas edades a la fecha de la entrevista eran de 25 a 29.

La probabilidad de tener un hijo antes de cumplir la mayoría de edad (18 años) muestra una disminución entre las dos generaciones, de 11.4 a 9.7 por ciento, respectivamente. Este cambio en las mujeres del Distrito Federal no se observa en el ámbito nacional.

2.2 Intervalo protogenésico

Indicador:

- *Intervalo protogenésico.* Se define como el tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a). Se obtiene a través de la historia de embarazos contenida en una encuesta; se calcula en años o meses, mediante el lapso entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo. En ocasiones, se presenta como la media aritmética, el tiempo mediano o en términos de la distribución porcentual de las mujeres, según categorías de duración del intervalo correspondiente.

En 2009, el 48.2 por ciento de las mujeres del Distrito Federal tenía a su primer hijo en un lapso muy corto posterior a la unión, con una duración menor a un año, dato similar al de 12 años antes, de 48.3 por ciento, según la ENADID 2007. Asimismo, el 27.0 por ciento espera entre uno y menos de dos años, lo que indica que la mayoría de las mujeres de la entidad federativa (75.2%) espacia muy poco la llegada del primer hijo. No obstante, se observa en 2009 un aumento en los porcentajes de mujeres cuyo intervalo protogenésico es de cuatro años o más (véase cuadro 3).

Cuadro 3.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la duración de su intervalo protogenésico, 1997 y 2009

Años	1997	2009
Menos de 1 año	48.3	48.2
De 1 a < 2	30.0	27.0
De 2 a < 4	16.0	16.0
4 y más	5.7	8.7
Total	100.0	100.0

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

2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos

Indicador:

- *Intervalo intergenésico.* Se define como el tiempo que transcurre entre dos nacimientos sucesivos. En este documento interesa medir y analizar los dos primeros intervalos intergenésicos, es decir, el que va del primero al segundo hijo, y el de este último al tercero. Se calculan con la información de la historia de embarazos, mediante la diferencia entre las fechas de nacimiento en las que ocurrió el evento. Se expresan como medias aritméticas, medianas o distribuciones de las mujeres, en función de categorías de duración de los intervalos.

Se ha catalogado en intervalos cortos a aquellos cuya duración es menor a dos años, los cuales se han relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción, tanto por cuestiones asociadas con la recuperación física de la madre, como por la capacidad para la atención y cuidado de los hijos, aunque claro está que ello no es general, puesto que permean las diferencias en las condiciones socioeconómicas de las familias y de las mujeres. La contraparte, intervalos de dos años y más, pero particularmente de dos y tres, son considerados favorables o adecuados para la reproducción.

Bajo esta perspectiva, en 2009 se distingue un incremento en los dos primeros intervalos intergenésicos respecto de 1997, esto es, una menor concentración de mujeres en una duración menor a dos años, a la vez que una mayor concentración en la categoría de cuatro y más años de espaciamiento entre los mismos (véase cuadro 4). De tal forma que, según la última encuesta, la mayoría de las mujeres tuvo a su segundo (73.8%) y tercer hijo (77.1%) en condiciones de espaciamiento potencialmente adecuadas para la reproducción y atención y cuidado de los mismos.

Cuadro 4.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil según duración del primer y segundo intervalo intergenésico, 1997 y 2009

Años	1997		2009	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Menos de 2 años	35.4	39.3	26.2	22.9
De 2 a < 4	35.8	32.6	36.5	31.8
4 y más	28.8	28.2	37.3	45.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

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

3. Los niveles y tendencias de la fecundidad

En México, el artículo 4° de la Constitución Política estipula, entre otros aspectos, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la disminución en el tamaño de la descendencia es la manifestación más concreta de la apropiación de este derecho.

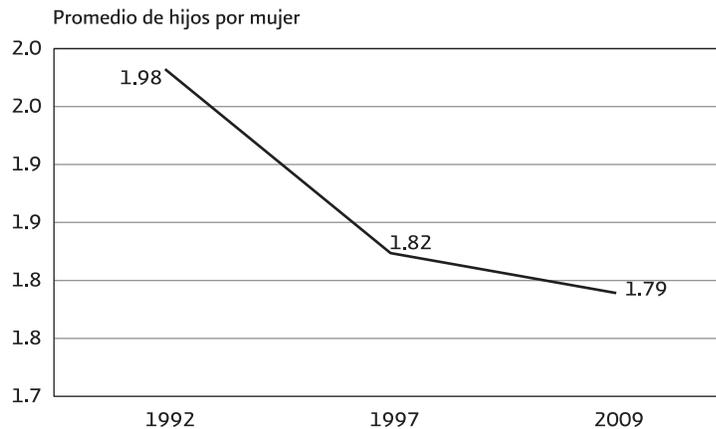
Indicadores:

- *Tasas específicas de fecundidad:* Es el resultado del cociente de los nacimientos ocurridos entre mujeres en edades fértiles (15-49) durante un periodo de referencia, entre el total de mujeres de dichas edades, en el mismo periodo. Aunque es posible obtener tasas por edad simple, generalmente las tasas se estiman para grupos quinquenales de edad, de tal forma que se cuenta con siete tasas específicas que abarcan todo el periodo reproductivo. De manera convencional, las tasas específicas se expresan por mil y se interpretan como el número de nacimientos observados por cada mil mujeres en un grupo de edad determinado.
- *Tasa Global de Fecundidad (TGF):* Es una medida resumen de la fecundidad que se obtiene de la suma de las tasas específicas. Cuando éstas son quinquenales, la suma de las tasas se multiplica por cinco, de tal forma que el dato refiera, para un solo año, la estimación media de los cinco años considerados en cada grupo de edad. La tasa global de fecundidad se interpreta

como el número promedio de hijos que una mujer tendría a lo largo de su vida fértil, bajo las condiciones de mortalidad y fecundidad observadas en la población al momento del análisis.

En el Distrito Federal la fecundidad ha experimentado un descenso acelerado desde mediados de la década de los setenta y durante los últimos años. En 1992, la tasa de nacimientos se redujo a 1.98 hijos y en 2009 a 1.79 (véase gráfica 10). Sin duda, uno de los determinantes de este descenso ha sido el uso de tecnología anticonceptiva.

Gráfica 10.
Distrito Federal. Tasa Global de Fecundidad 1992, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

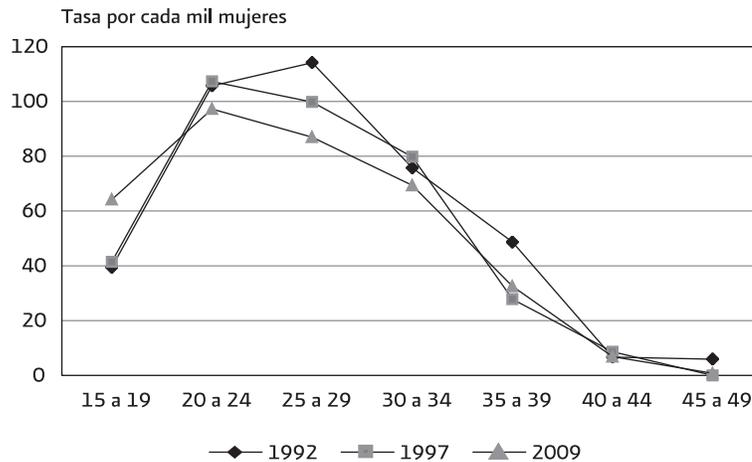
La estructura por edad de la fecundidad en el Distrito Federal muestra actualmente un patrón de fecundidad temprano, en virtud de que la cúspide de la fecundidad se encuentra entre los 20 y 24 años de edad, lo cual indica que el patrón de los nacimientos con respecto a 1992 ha cambiado, dado que el patrón en ese tiempo era dilatado (véase gráfica 11).

El descenso de la fecundidad ha sido más pronunciado en los sectores que experimentan mayor integración al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso. Las tendencias históricamente observadas se mantienen: la fecundidad es mayor en mujeres jóvenes, residentes en localidades rurales, de menor escolaridad, quienes no participan en la actividad económica y/o hablantes de lengua indígena.

La gran heterogeneidad de escenarios que existe al interior del país se refleja en la evolución de la fecundidad en cada entidad federativa. En el transcurso de las últimas décadas, la mayor disminución de la TGF ocurrió en las entidades con niveles superiores a la media nacional. Así, entre 1992 y 2009, el Distrito Federal redujo la TGF en 9.7 por ciento.

Actualmente, el rezago en este indicador se concentra cada vez con más claridad en entidades con mayor número de población indígena y rural, así como con niveles altos y muy altos de marginación social (véase gráfica 12).

Gráfica 11.
Distrito Federal. Tasa Específica de Fecundidad 1992, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas décadas, éste es proporcionalmente menor al observado en otras edades. En 1992, la tasa de fecundidad adolescente era de 39.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 tuvo lugar un incremento (62.7%), pasando a 64.2 nacimientos ocurridos entre mujeres adolescentes por cada mil de ellas.

El aporte relativo de los nacimientos ocurridos en mujeres menores de 20 años no ha variado de manera notable a lo largo del tiempo a nivel nacional. Por su parte, en el Distrito Federal, entre 1990 y 2005,^{6,7} la participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes sufrió una disminución de 15.0 a 14.1 por ciento. En este periodo, poco más de una cuarta parte de los nacimientos proviene de mujeres entre 20 y 24 años de edad. Las variaciones más notorias se observan en las de 20 a 24 años y de 30 a 34 años; los cambios en la participación relativa fueron de 32.3 a 26.7 por ciento y de 16.4 a 21.9 por ciento, respectivamente (véase gráfica 13).

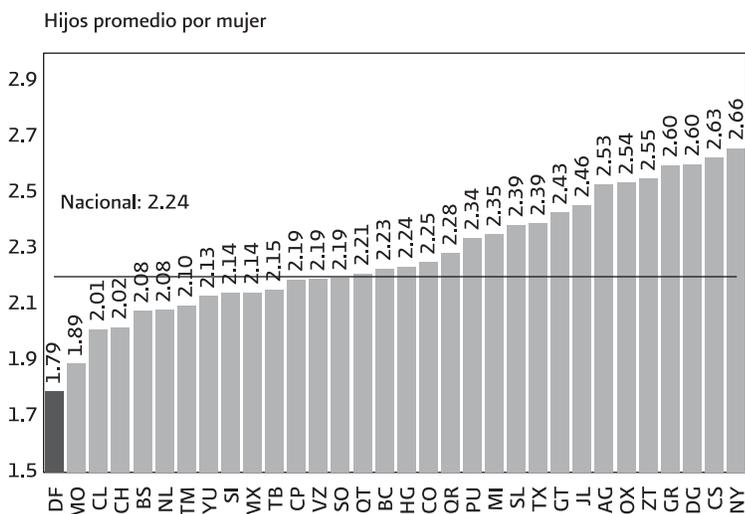
La fecundidad adolescente presenta un comportamiento diferenciado del conjunto de la fecundidad en las entidades federativas. Como se aprecia en la gráfica 14, las mayores tasas de fecundidad adolescente no necesariamente se encuentran en las entidades con mayores TGF. En el caso del Distrito Federal, en 2009 la fecundidad adolescente se encuentra por debajo del promedio nacional.

Sin duda, la fecundidad es un componente crítico del cambio demográfico, en la medida en que, junto con la mortalidad y la migración, determina el volumen y la estructura por edad de la población.

⁶ La estimación se realizó a partir de las estadísticas vitales de nacimientos. La serie de tiempo disponible comprende el periodo 1985-2008. Sin embargo, en virtud de los problemas de sub-registro o registro extemporáneo, es necesario reconstruir los nacimientos ocurridos en un año acumulando varios años de registro. En la estimación presentada se acumularon cinco años a partir de la fecha de ocurrencia del nacimiento, usando una serie de nacimientos de 2009 proporcionada por el INEGI, la cual sigue siendo preliminar a la fecha de este análisis.

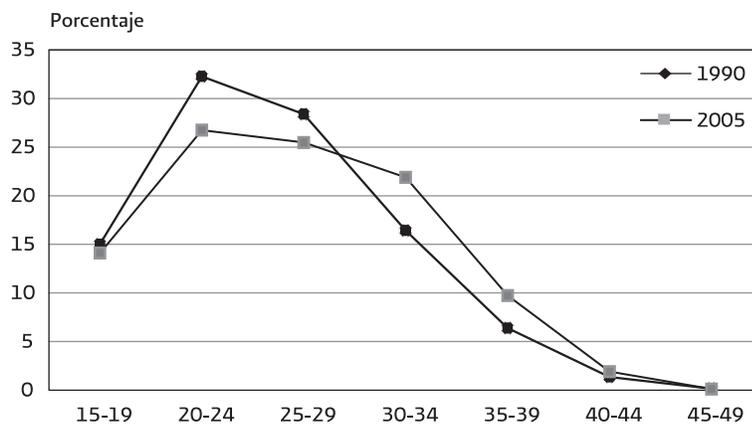
⁷ Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee de información para pocos años (2008-2010) y aún presenta problemas importantes de sub-registro en algunas entidades, particularmente donde se observan porcentajes menores de partos atendidos por personal médico.

Gráfica 12.
Tasa Global de Fecundidad por entidad federativa, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

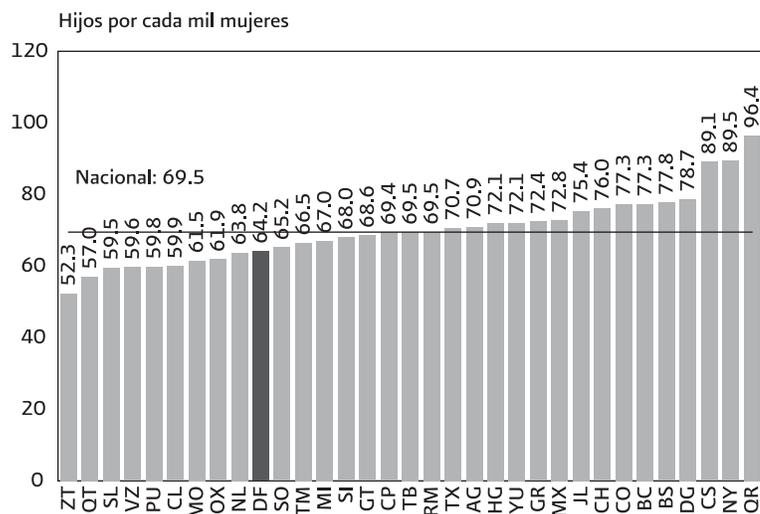
Gráfica 13.
Distrito Federal. Distribución porcentual de los nacimientos por edad de la madre, 1990 y 2005



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en estadísticas vitales de nacimientos del INEGI.

Sin embargo, en virtud del vínculo intrínseco que sostiene con la sexualidad, la fecundidad entraña factores particularmente íntimos y complejos. Éstos, a su vez, guardan una estrecha asociación con elementos sociales, económicos y culturales, los cuales contribuyen a perfilar las preferencias reproductivas de la población.

Gráfica 14.
Tasa de fecundidad adolescente por entidad federativa, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

4. Preferencias reproductivas

Las preferencias reproductivas se miden en las encuestas sociodemográficas por el número de hijos e hijas que le hubiera gustado tener a las mujeres, y por el tiempo que desean esperar entre un hijo(a) y otro. Su análisis y actualización son importantes, dado que los cambios en las preferencias e ideales reproductivos influyen en la determinación de la fecundidad y descendencia final de las parejas, y dan cuenta de las necesidades de la población en materia de planificación familiar y salud reproductiva.

4.1 Ideal de hijos e hijas

Se dice que las preferencias e ideales reproductivos de las personas son el resultado de un proceso complejo, en el que intervienen factores de diferente índole y aproximación, como son el contexto social, el contacto con las instituciones de salud y educativas, el ambiente laboral, las redes sociales y familiares a las que pertenecen, la influencia de los medios de comunicación masiva y las propias ideologías individuales prevalientes.

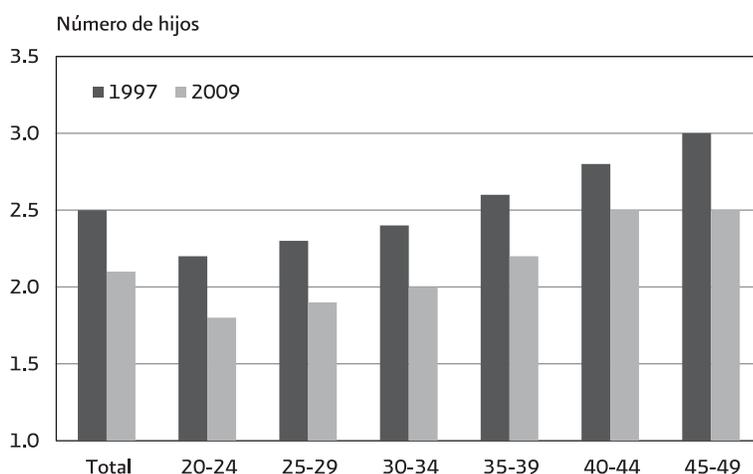
Indicador:

- **Número ideal de hijos e hijas.** Se estima como el número promedio de hijos e hijas que le gustaría tener a las mujeres en toda su vida reproductiva. Se obtiene a través de las encuestas mediante la estimación del número ideal de hijos; se toma en cuenta si la mujer ya ha tenido o no hijos.⁸

⁸ A las mujeres sin hijos se les pregunta: Si usted pudiera escoger el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría? A las mujeres que ya han tenido hijos se les pregunta: Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos y pudiera estudiar el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría? Por medio de esta pregunta se ubica a las mujeres en una misma situación, es decir, en el momento en que todas se asumen en la paridad cero (Paz-Gómez, 2010).

De acuerdo con el cuadro A.5 del Anexo, el número ideal de hijas e hijos entre en 1997 era de 2.5 hijos en el Distrito federal, comparado con 3.2 del país; y bajó a 2.1 en 2009 *versus* 2.7 del dato nacional. El número ideal de hijos aumenta considerablemente con la edad de las mujeres entrevistadas, situación que se observa en ambas encuestas: mientras las adolescentes del Distrito Federal tienen preferencia por un número de hijos de 1.8, según la ENADID 2009, las mujeres del extremo inferior del periodo fértil reportaron como ideal 2.5 hijos promedio, esto es, una diferencia de casi un hijo entre ambas expectativas reproductivas. Sin embargo, entre 1997 y 2009, destaca una reducción en la descendencia final deseada en todos los grupos de edad (véase gráfica 15A).

Gráfica 15A.
Distrito Federal. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

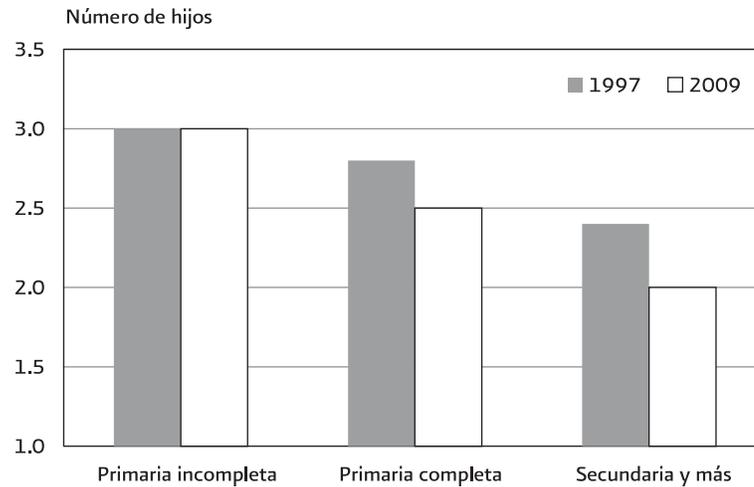
El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia de manera consistente con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que más discrimina la expectativa reproductiva de las parejas del Distrito Federal, en tanto las mujeres con primaria incompleta se inclinan por 3.0 hijos, según la encuesta de 2009, las de secundaria y más tienen como ideal 2.0 (véase gráfica 15B).

Entre 1997 y 2009, la brecha entre categorías extremo no varía, debido a que no se presentó un cambio importante en el número promedio ideal de hijos en las mujeres de cualquier nivel de escolaridad, sin embargo, desde 1997 se observa que las MEFU con secundaria y más son las que se inclinan por menos hijos.

Respecto a la paridad, se aprecia el siguiente comportamiento. En 1997, 77.3 por ciento de las mujeres sin hijos deseaba un número máximo de dos hijos, porcentaje que aumentó a 88.2 en 2009; y ese mismo ideal de hijos en las mujeres que tenían un hijo pasó de 85.4 a 81.8 (véanse cuadros 5 y 6).

Asimismo, es importante destacar que se ha dado una mayor concordancia entre el número de hijos nacidos vivos y el número ideal de hijos. Por ejemplo, en las de paridad dos, el 64.1 por ciento reportó como ideal ese mismo número de hijos en 1997, dato que disminuyó a 62.7 por ciento en 2009;

Gráfica 15B.
Distrito Federal. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro 5.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por número ideal de hijos e hijas según paridad, 1997

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	3.2	14.9	59.1	16.8	4.3	1.7
1	0.7	20.0	64.7	10.0	1.5	3.0
2	1.8	4.4	64.1	20.5	5.4	3.8
3	3.7	6.4	32.2	44.4	6.4	6.8
4	1.2	6.0	38.1	13.3	34.2	7.1
5 y más	2.3	5.2	37.1	18.9	10.2	26.3

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997.

Cuadro 6.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por número ideal de hijos e hijas según paridad, 2009

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	15.9	26.2	46.1	8.6	2.5	0.7
1	2.8	29.6	49.5	13.6	3.2	1.3
2	2.8	7.1	62.7	18.2	5.5	3.8
3	2.2	9.5	21.0	53.0	9.4	4.9
4	2.4	5.6	33.8	10.7	35.1	12.5
5 y más	3.3	7.2	32.5	19.9	9.1	28.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

de igual forma, las que tenían tres hijos nacidos vivos y que se inclinan por ese mismo número de hijos, pasó de 44.4 a 53.0 por ciento; en las de paridad cuatro, en 1997 el 34.2 por ciento escogió ese mismo número como ideal de hijos, mientras que en 2009 aumentó a 35.1 por ciento. En las de paridad cinco y más, 26.3 por ciento prefiere ese mismo ideal de hijos, porcentaje que se incrementa a 28.0 en 2009.

4.2 Embarazo no planeado

Con el avance de los programas de planificación familiar y salud reproductiva, cuya evolución se ha acompañado de un descenso en la fecundidad, la evaluación tiene la encomienda de dilucidar qué tanto de la fecundidad observada se reconoce como deseada o planeada y qué porcentaje sigue siendo un desafío para las acciones de información, orientación-consejería y acceso a los métodos anticonceptivos, ante situaciones de fecundidad no deseada o no planeada.

Si bien es posible que al momento de la entrevista la decisión de la mujer sobre su deseo de embarazarse haya cambiado, pues éste cambia durante el transcurso de la gestación, los datos de las encuestas constituyen una de las pocas opciones para conocer algo sobre el fenómeno.

Indicadores:

- *Porcentaje de embarazo planeado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que respondieron haber querido embarazarse al momento del evento, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de embarazo no planeado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que respondieron querer esperar más tiempo, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, por cien.
- *Porcentaje de embarazo no deseado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que declararon no querer ese embarazo, entre el total de las embarazadas, por cien.

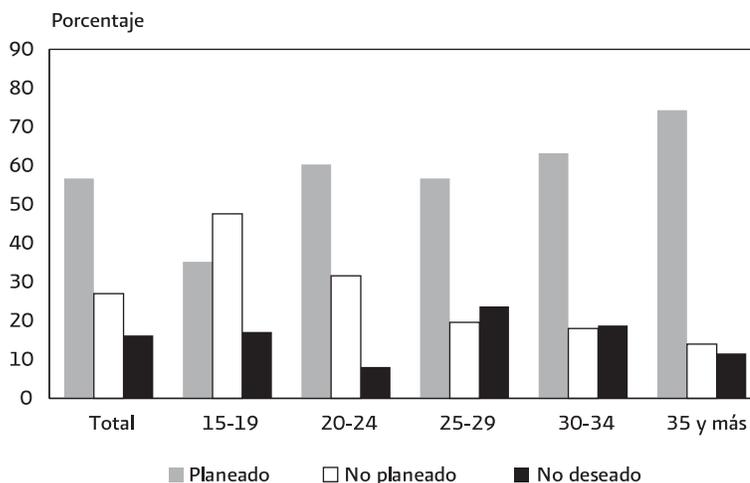
En el Distrito Federal, el 56.7 por ciento de las MEF del que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 27.0 por ciento como embarazo no planeado y 16.2 por ciento como embarazo no deseado, según la ENADID 2009 (véase cuadro A.6 del Anexo). A nivel nacional se observó mayor porcentaje de embarazos planeados (66.6), menor en el de no planeados (20.0) y en el de no deseados (13.4).

Pero el porcentaje más alto de embarazo no planeado se ubica en las adolescentes del Distrito Federal, con 47.6 por ciento. En tanto, el mayor índice de embarazo de embarazo no deseado se localiza en el grupo de 25 a 29 años, con 23.7 por ciento.

La tendencia general esperada es que el embarazo no planeado debe disminuir con la edad de la mujer, comportamiento asociado primordialmente con la necesidad de anticoncepción temporal, mientras que el embarazo no deseado debería incrementarse con la edad, como reflejo de la demanda de anticoncepción definitiva. En la gráfica 16 se ilustra dicho comportamiento con algunas irregularidades en los datos, debido a problemas en los tamaños de la muestra.

Gráfica 16.

Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil actualmente embarazadas por grupos de edad según planeación y deseo del embarazo, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

5. Anticoncepción

Se ha demostrado que el aumento en el uso de anticonceptivos ha sido el determinante próximo más importante en la disminución de la fecundidad en México (Romo y Sánchez, 2009), si bien recientemente se presenta una desaceleración en su tendencia, sobre todo en la última década. Con la ENADID 2009 estamos en posibilidad de valorar los cambios respecto a las estimaciones de 1997.

5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento de los anticonceptivos es una primera condición del acceso potencial a la práctica anticonceptiva. Su aproximación a éste, según la información de las encuestas, es el denominado *conocimiento total*, es decir, el que se consigue con la respuesta espontánea, más aquel con “ayuda”, en el que se mencionan a la entrevistada los nombres de los métodos a fin de que identifique su existencia o los reconozca.

Indicadores:

- *Porcentaje de MEF que declara conocer métodos anticonceptivos específicos.* Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda (conocimiento total) un método anticonceptivo específico, entre las mujeres entrevistadas, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de MEF que conoce al menos un método anticonceptivo.* Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste fuera, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de MEF que no conoce método anticonceptivo alguno.* Se calcula como el cociente de las mujeres que de forma espontánea o con ayuda declararon no conocer método anticonceptivo alguno, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.⁹

⁹ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 para las mujeres de habla de lengua indígena.

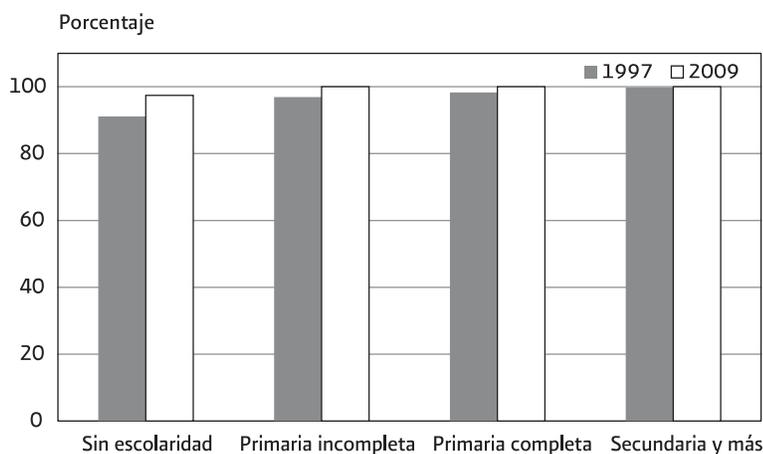
Entre 1997 y 2009 se aprecia un aumento en el conocimiento espontáneo y con ayuda de todos los métodos. Según la última encuesta, más del 90.0 por ciento de las MEF del Distrito Federal reconoce las pastillas, el DIU, inyecciones, la OTB, vasectomía y el condón masculino (véase cuadro A.7 del Anexo); y estos niveles de conocimiento son similares a los registrados en el país (90.0% o más).

En un segundo plano, con niveles de conocimiento comparativamente menores, se encuentran: el implante subdérmico (64.0%), las pastillas de emergencia (PAE) (87.7%), los parches anticonceptivos (88.4%), el condón femenino (80.9%) y los métodos tradicionales (ritmo, 83.9%, y retiro, 78.7%).

Por otra parte, el porcentaje de las MEF que conoce de forma espontánea y con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, es un indicador que por su propia construcción aumenta el nivel de conocimiento, en este caso, de 99.2 por ciento en 1997 a 100.0 por ciento en 2009. Pero su principal utilidad radica en que mediante un solo dato permite observar diferencias según subgrupos de la población.

En el Distrito Federal la mayoría de las mujeres ya conocía al menos un método anticonceptivo desde 1997, independientemente del grupo de pertenencia, según la edad, la situación conyugal, el número de hijos nacidos vivos y la escolaridad (véanse gráfica 17 y cuadro A.8 del Anexo).

Gráfica 17.
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la existencia de distintos métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

En consecuencia, la contraparte del conocimiento de al menos un anticonceptivo, es decir, el porcentaje que no conoce método alguno, es nulo en el Distrito Federal, apenas de 0.8 por ciento en 1997 y 0.0 por ciento en 2009; se observa una disminución y permanencia de niveles bajos en la mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.9 del Anexo).

5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos

Indicador:

- *Uso del primer método anticonceptivo.* Se calcula con los datos de encuestas, las cuales incluyen preguntas sobre la fecha en que se inició el uso actual de anticonceptivos; en caso de haberlos usado anteriormente se utiliza la información de la fecha de uso anterior o, en su caso, la fecha de uso por primera vez. Con este dato, más la fecha de nacimiento de la mujer, es posible estimar la edad de inicio de la práctica anticonceptiva. Se puede calcular la media aritmética de esa edad, sin embargo, para evitar el efecto de la variabilidad en la medición, se sugiere calcular la edad mediana e incluso la distribución cuartil.

Mientras que en 1997 la cuarta parte de las MEF entre 25 y 34 años adoptó el primer método a los 19.8 años, en 2009 no varió la edad al primer uso. En 1997, el 50 por ciento de este grupo ya había usado un anticonceptivo por primera vez a los 22.3 años, mientras que en 2009 este porcentaje se alcanza hasta los 23.4 años (véase cuadro 7).

No obstante, en la población femenina entre 35 y 49 años el inicio de uso de los anticonceptivos se ha retrasado. Por ejemplo, la mitad de las mujeres en 1997 empleó el primer método a los 24.4 años, en tanto que en 2009 fue hasta los 25.2 años.

En general, el comportamiento observado en torno al inicio de la práctica anticonceptiva en el Distrito Federal ahora se presenta más temprano en la vida de la mujer al compararlo con la edad registrada en el contexto nacional, que fue de 22.5 años en 1997 y de 24.0 años en 2009 como edades medianas al primer uso de métodos, entre mujeres de 25 a 34 años.

Cuadro 7.
Distrito Federal. Edad al primer uso de métodos anticonceptivos por cuartiles de dos generaciones, 1997 y 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	19.8	22.3	25.1
35-49	20.9	24.4	28.0
2009			
25-34	19.8	23.4	26.4
35-49	20.4	25.2	31.7

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

5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

La prevalencia anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población, y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar.

Indicadores:

- *Porcentaje de MEFU que usa anticonceptivos o prevalencia anticonceptiva.*¹⁰ Se calcula con los datos de encuestas, mediante el cociente de las MEFU que declararon estar usando, ellas o sus parejas, un método anticonceptivo al momento de la encuesta, cualquiera que éste fuera, entre el total de MEFU entrevistadas, multiplicado por cien.
- *Prevalencia anticonceptiva de un método específico o porcentaje de MEFU que usa cierto método.* Se calcula mediante el cociente de las MEFU que declararon estar usando, ellas o sus parejas, un método específico al momento de la encuesta, entre el total de MEFU, multiplicado por cien. La suma de las prevalencias anticonceptivas por método específico da como resultado la prevalencia anticonceptiva total.

En el Distrito Federal, el uso de anticonceptivos se estimó en 78.1 por ciento en 1997 y en 79.6 por ciento en 2009. El último dato es similar al del promedio de estados en *situación muy favorable* (al que pertenece), que es de 79.4 por ciento; pero superior al registrado a nivel nacional (72.5%) y a la meta establecida en el PNP para el 2012 (75.0%).

La evolución de la prevalencia anticonceptiva se relaciona con una distinta participación de las mujeres por el grupo de pertenencia, en función de características sociodemográficas presentes, que las condiciona de forma diferente para acceder al uso de los anticonceptivos (véase cuadro A.10 del Anexo). Según la edad, por ejemplo, el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009 aumentó en las adolescentes, de 48.0 a 53.8 por ciento, y en las jóvenes, de 70.4 a 76.4 por ciento, generando un leve aumento de 22.4 a 22.6 puntos porcentuales en la brecha que separa a ambos grupos de edad, lo que revela la necesidad de continuar fortaleciendo el acceso y disponibilidad de los anticonceptivos en el grupo de las adolescentes.

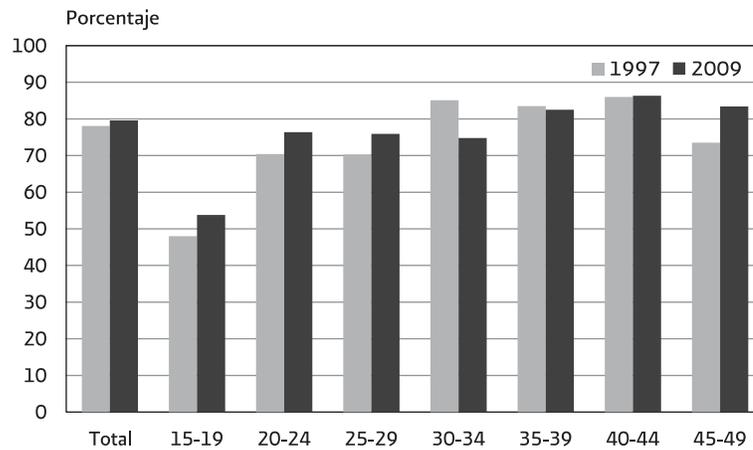
Es importante destacar que el porcentaje de mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos descendió en los grupos de 30 a 34 y 35 a 39 años, al pasar de 85.1 y 83.5 por ciento a 74.8 y 82.5, entre 1997 y 2009, respectivamente. Mientras que en los grupos de mujeres con mayor edad (40 a 44 y 45 a 49 años) el porcentaje se incrementa, probablemente relacionado con el hecho de tener el número de hijos deseados (véase gráfica 18A).

El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferenciales importantes en el uso de métodos. Si bien las mujeres unidas con paridad cero incrementaron su cobertura, de 46.8 por ciento en 1997 a 49.6 por ciento en 2009, su nivel es aún muy bajo, lo cual indica una baja prevención de la llegada del primer hijo.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos también aumentó en el lapso de los 12 años, de 65.2 a 66.0 por ciento. Pero a partir de la paridad dos, que se asocia con la planeación de tres o más hijos, el uso de la anticoncepción ya se encontraba en niveles elevados desde 1997 y se incrementa de forma contundente en 2009, al grado de que a partir de la paridad tres alcanza el valor más alto de todos los grupos, con 89.6 por ciento. Es muy probable que esta situación esté asociada con expectativas reproductivas de paridad satisfecha, que se vincula con el uso de anticonceptivos definitivos.

¹⁰ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012.

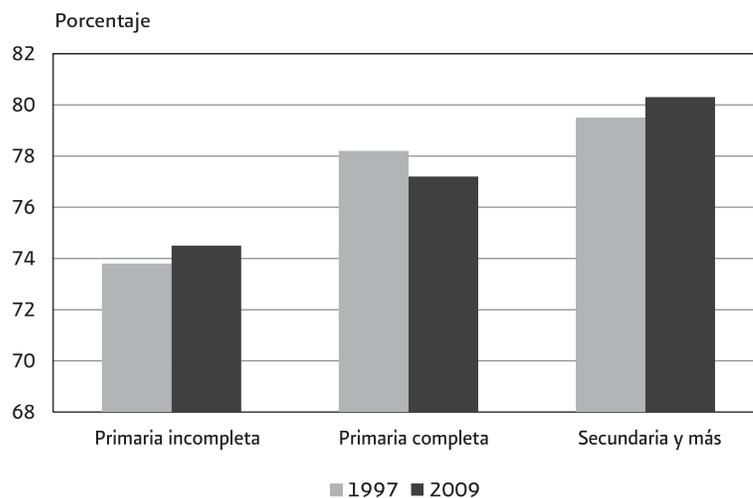
Gráfica 18A.
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por nivel de escolaridad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Respecto al nivel escolar, la cobertura anticonceptiva se amplió en las mujeres con algún grado de primaria y con secundaria y más, pero descendió en el grupo de mujeres con primaria completa (véase gráfica 18B).

Gráfica 18B.
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

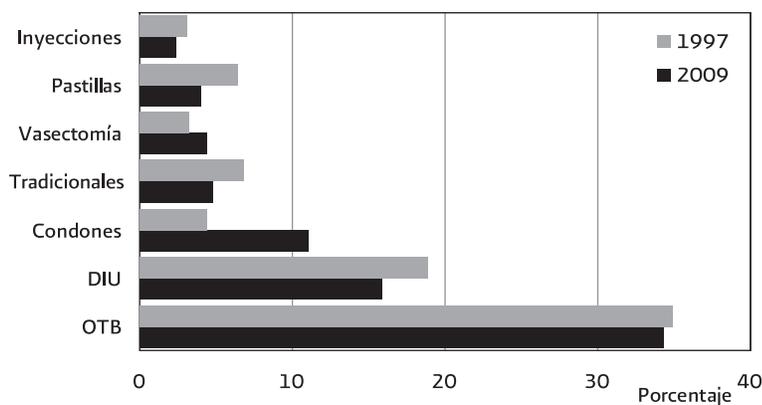
Ha sido costumbre examinar la cobertura o prevalencia anticonceptiva de forma conjunta para todos los anticonceptivos, obviando el indicador específico para cada método por separado. Revisar este tipo de coberturas permite disponer de una aproximación al conocimiento de la preferencia en la

adopción de ciertos métodos por parte de las mujeres unidas y la no preferencia por otros, datos que bien pueden orientar las acciones programáticas y de política pública.

Resulta interesante analizar el comportamiento de los componentes de la cobertura global y las coberturas específicas por cada método (véase cuadro A.11 del Anexo). Una característica distintiva de dichas coberturas es que en el Distrito Federal se ha observado una estabilidad, con tendencia a la disminución, en la prevalencia de la OTB, de 34.9 a 34.3 por ciento. Aunque también se aprecia una creciente preferencia de las mujeres por la adopción del condón masculino, de 4.4 a 11.1 por ciento, y la vasectomía, de 3.2 a 4.4 por ciento, entre 1997 y 2009, respectivamente; simultánea a una disminución de la prevalencia de las pastillas, de 6.4 a 4.0 por ciento; el DIU, de 18.8 a 15.9 por ciento; las inyecciones, de 3.1 a 2.4 por ciento; y los métodos tradicionales, de 6.8 a 4.8 por ciento, respectivamente.

Una observación general que sugieren las encuestas es que las mujeres del Distrito Federal optan en mayor medida por el condón masculino y la vasectomía, como opciones para limitar o regular el número de hijos; y cada vez menos a la OTB, el DIU, a los métodos tradicionales, las pastillas y las inyecciones (véase gráfica 19).

Gráfica 19.
Distrito Federal. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009



Nota: Los siguientes valores no aparecen por ser imperceptibles en la gráfica: métodos locales (0.3 en 1997 y 0.0% en 2009), Implante subdérmico (0.2 y 1.2%, respectivamente). Por otra parte, la anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino no cuentan con información para 1997.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Por último, se observa en 2009 la presencia de “nuevos” métodos como opciones anticonceptivas de la planificación familiar, es el caso del implante subdérmico, que aparece con una prevalencia de 1.2 por ciento, el parche anticonceptivo, con 1.5 por ciento, e incluso ya surge el condón femenino, con 0.2 por ciento.

5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

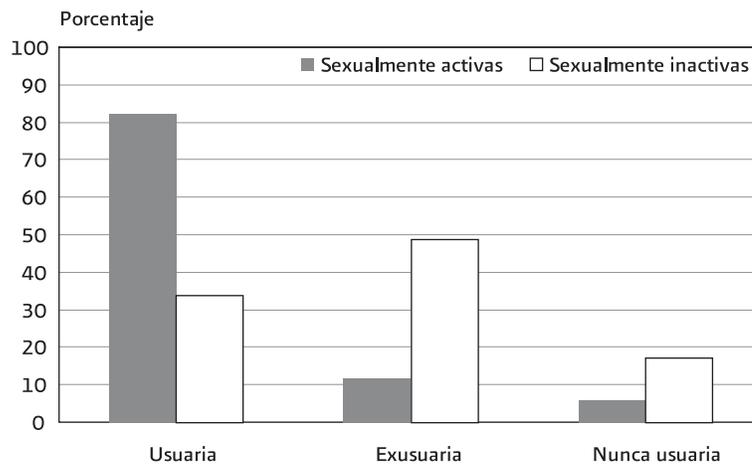
La ENADID 2009 permite estimar las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos según condición de actividad sexual, lo cual hace posible tener una aproximación más cercana a la exposición al riesgo de embarazo de las mujeres.

En el Distrito Federal la cobertura anticonceptiva de las MEFSA que tuvieron relaciones sexuales en el último mes es de 82.4 por ciento, superior al dato nacional, de 76.6 por ciento. El complemento de la condición de uso de anticonceptivos para las MEFSA es que 11.7 por ciento y 6.0 por ciento son ex usuarias y nunca usuarias de métodos, de manera respectiva (véase cuadro A.12 del Anexo).

En las MEFSI la prevalencia de uso disminuye a 33.8 por ciento; 49.0 y 17.2 por ciento son ex usuarias y nunca usuarias, respectivamente (véase gráfica 20).

Esa consideración es particularmente importante para las MEFSA adolescentes y jóvenes, que si bien se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad, con prevalencias de 69.1 y 83.7 por ciento, respectivamente, cuando son MEFSI recurren poco a la anticoncepción, con una prevalencia de 15.0 y 18.5 por ciento, para las adolescentes y las jóvenes, respectivamente. Lo mismo ocurre en las MEFSI con paridad cero y uno, que exhiben niveles de uso muy bajos, de 10.6 y 21.1 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.13 del Anexo).

Gráfica 20.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas, según condición de uso de métodos anticonceptivos, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos

La *mezcla de métodos* se conoce también como estructura en el uso de los métodos anticonceptivos. Su actualización y análisis es importante porque permite conocer, de alguna forma, la demanda de anticonceptivos específicos, dado el peso relativo que representan en el total de usuarias. Al mismo tiempo, también sugiere características de acceso y abasto de ciertos métodos, así como el desabasto de otros.

La mezcla de métodos muestra la gama de anticonceptivos que se ofrece a las mujeres y sus parejas, misma que puede favorecer el uso de la anticoncepción en tanto se satisfagan las preferencias de la población, o desmotivarla en caso contrario.

Indicadores:

- *Distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos.* Se identifica la importancia relativa de cada método anticonceptivo en relación con el total de las usuarias actuales.
- *Efectividad anticonceptiva promedio con que se usa la anticoncepción en una determinada población.*¹¹ Se calcula con los valores estándar de efectividad para cada método, por su peso relativo.
- *Aportación masculina en el uso de anticonceptivos.* Se estima el aporte relativo de métodos anticonceptivos en cuyo uso interviene el hombre: la vasectomía, condón masculino y métodos tradicionales (ritmo y retiro).¹²

En 1997, los anticonceptivos más utilizados por mujeres en edad fértil del Distrito Federal fueron: la OTB, el DIU, pastillas, métodos tradicionales y el condón masculino, que eran los más importantes en términos relativos y conformaban el 91.5 por ciento de las usuarias. En 2009, la OTB, condón masculino, DIU, las pastillas y métodos tradicionales fueron los más importantes, con una representación del 88.5 por ciento (véase cuadro A.14 del Anexo).

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes indica que las mujeres han hecho uso de la gama de anticonceptivos existente en 2009. No obstante, ahora el implante subdérmico aparece con una importancia relativa de 1.4 por ciento, así como el parche anticonceptivo, con 2.4 por ciento, y el condón femenino, con 0.4 por ciento. Desde esta perspectiva, se puede interpretar como una mejora en cuanto al acceso a una mayor variedad de anticonceptivos.

La evolución en la mezcla de métodos se acompañó de un incremento en el peso relativo del condón masculino, de 6.8 a 19.5 por ciento, la vasectomía, que actualmente representa 4.1 por ciento, y el implante subdérmico, de 0.2 a 1.4 por ciento, en los dos años analizados; mientras que disminuyeron su importancia relativa del resto de los métodos. No obstante, la suma de la OTB y el DIU constituyen en la actualidad más de la mitad de las usuarias totales de anticonceptivos. Esa transición motivó una estabilidad en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 96.1 por ciento en 1997 a 95.8

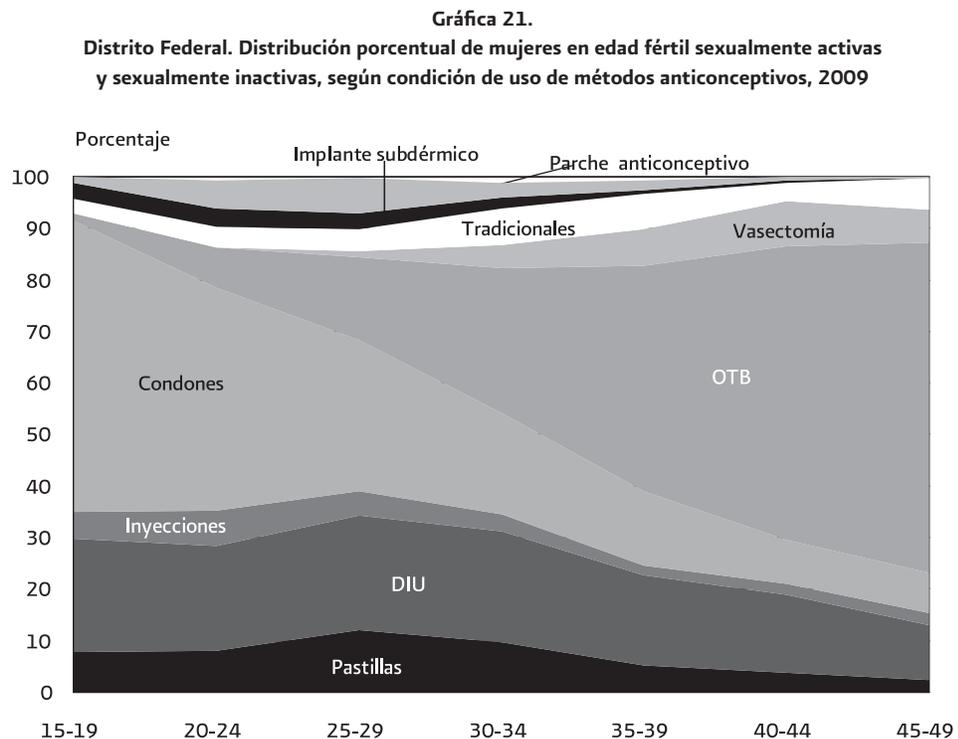
¹¹ La efectividad promedio de cada método es: definitivo (OTB y vasectomía) = 1, pastillas, incluida la PAE = 0.955, inyecciones = 0.990, implante subdérmico = 0.978, DIU = 0.970, condón (masculino y femenino) = 0.910, locales = 0.825, ritmo y retiro = 0.750 y otros métodos (incluido el parche anticonceptivo) = 0.900. Estos valores corresponden al punto medio de los extremos que fija la *Norma Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, mayo de 1994*.

¹² Estos tres métodos anticonceptivos en conjunto integran la participación denominada directa e indirecta (Zúñiga et al., 2000).

por ciento en 2009, aunque aumentó la participación masculina en la planificación familiar, de 18.6 a 28.5 por ciento, por efecto del incremento notable en el aporte relativo del condón masculino.

El Distrito Federal se identifica con el esquema de métodos *la OTB y condones* (CONAPO, 2011), con elevada efectividad anticonceptiva promedio y con una regular participación masculina en la planificación familiar. Sin embargo, la mezcla de métodos de la entidad se distingue por incluir a todos los anticonceptivos, lo que amplía las opciones anticonceptivas para la población.

De acuerdo con la condición de actividad sexual de las mujeres, la estructura de métodos cambia según la edad, por ejemplo, en las adolescentes, jóvenes y mujeres de 25 a 29 años sexualmente activas, el condón masculino es el más importante en términos relativos, seguido del DIU y las pastillas, que en conjunto conforman 86.5, 71.6 y 63.6 por ciento, respectivamente; en los grupos restantes predomina el uso de la OTB, el DIU y el condón masculino (véanse cuadro A.15 del Anexo y gráfica 21).



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Mientras tanto, el escenario de la mezcla de métodos que usan las mujeres unidas en edad fértil según la paridad o número de hijos nacidos vivos también muestra alguna modificación en su evolución, principalmente por el cambio en el papel de los métodos tradicionales. En 1997 ocupaban el tercer lugar en peso relativo en las usuarias de paridad cero y el segundo cuando se trataba de mujeres con paridad uno; 12 años después, esos sitios son ocupados por el DIU y el condón masculino. Adicionalmente, y según datos de la ENADID 2009, las pastillas acompañan al condón masculino como métodos primordiales en el grupo de mujeres usuarias sin hijos; y el DIU junto con el condón masculino son los más importantes en las mujeres con paridad uno, mientras que a partir de la paridad dos, la OTB pre-

domina en importancia relativa, seguida del DIU, en las mujeres con dos y tres hijos; ambos métodos representan 80.7 por ciento de las usuarias con tres hijos nacidos vivos (véase cuadro A.16 del Anexo).

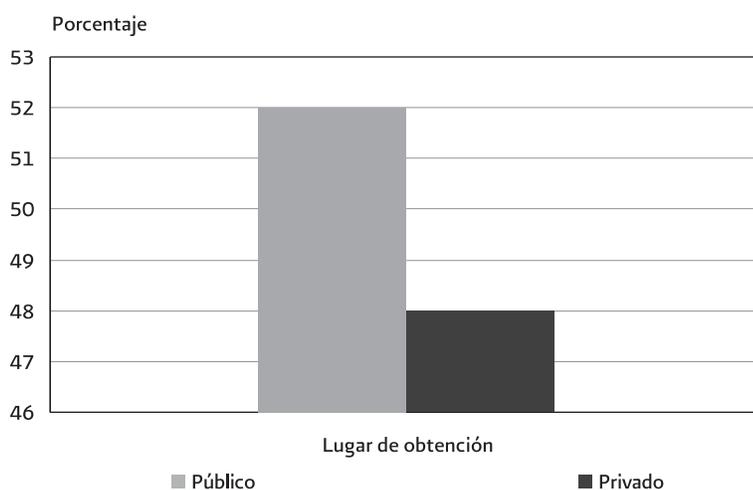
5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

Indicador:

- *Porcentaje de usuarias actuales de anticonceptivos modernos que acude a obtenerlos en determinada institución o lugar.* Se calcula mediante el cociente de las usuarias que adquieren el anticonceptivo en alguna institución de salud pública o privada, farmacias o tiendas de autoservicio, entre el total de usuarias de métodos modernos,¹³ multiplicado por cien.

En el Distrito Federal, 52.0 por ciento de las MEFSA usuarias de métodos anticonceptivos se provee de los anticonceptivos en el sector público, según, es decir, 14.0 puntos porcentuales menos que el estimado a nivel nacional, que es de 65.9 por ciento (véanse cuadro A.17 del Anexo y gráfica 22A). Por lo que el resto, 48.0 por ciento de las usuarias, acude al sector privado.

Gráfica 22A.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 2009

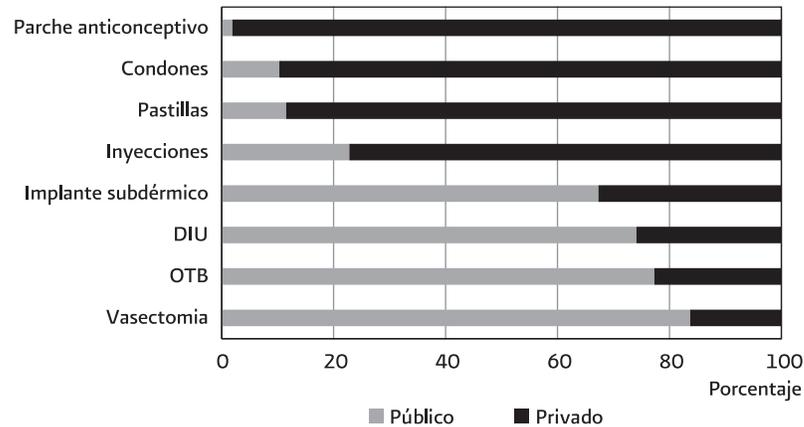


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Sin embargo, al analizar los datos por método específico, la mayoría de las usuarias recurre al sector público para conseguir la OTB, la vasectomía, el DIU y el implante subdérmico; sin embargo, 22.7 por ciento de usuarias de OTB, 16.3 por ciento de quienes optan por la vasectomía, y 25.9 por ciento de usuarias del implante subdérmico, se proveen en el sector privado. Al igual que la mayoría de quienes utilizan las pastillas de uso regular, inyecciones, condón masculino, condón femenino y parche anticonceptivo (véanse cuadro A.18 del Anexo y gráfica 22B).

¹³ Por método moderno se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y *Billings*.

Gráfica 22B.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

5.7 Anticoncepción posparto

El momento de adopción de los anticonceptivos está relacionado con las estrategias institucionales para informar, orientar, proveer o entregar los anticonceptivos según la preferencia de las personas. Estrategias que en algunos casos están encaminadas a favorecer el acceso de determinados métodos, por su vinculación con la prevención de embarazos de cierto tipo, según el riesgo reproductivo y obstétrico. Ello se asocia con dos momentos: el posparto o postaborto, y el intervalo, sea protogenésico o intergenésico.

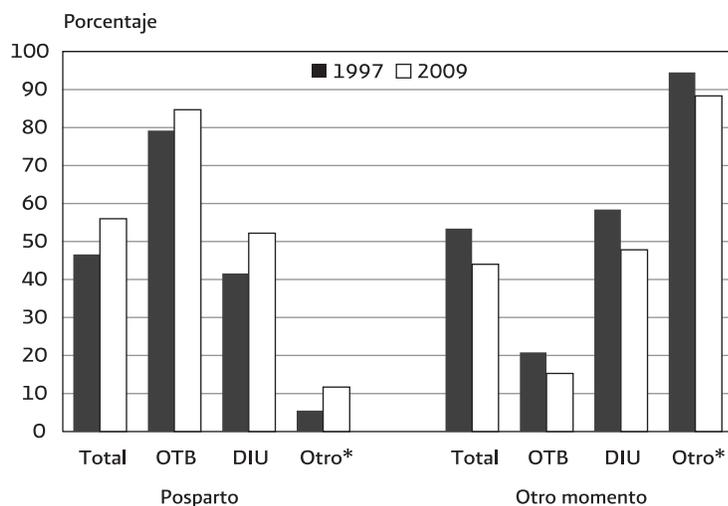
Indicadores:

- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en el posparto.* Se considera que una mujer adoptó un método en el posparto, cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.
- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en otro momento.* Este indicador se construye como complemento del anterior, es decir, se refiere al porcentaje de usuarias que inició el uso del método en un momento posterior al posparto.

El momento de adopción de la anticoncepción ha cambiado en las mujeres del Distrito Federal en los últimos 12 años. En 1997, el 46.6 por ciento de las usuarias adoptaba el método en posparto y el complemento, 53.4 por ciento, lo hacía después de éste; mientras que en 2009 se incrementó a 56.0 el uso en el posparto, con la correspondiente disminución de mujeres que lo adoptan en otro momento, de 44.0 por ciento. Con este escenario, la entidad presenta un nivel menor de cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto que el promedio de los estados *en situación muy favorable*, que fue de 58.2 por ciento, y también que el registrado en el país, de 58.7 por ciento.

En 2009, el 84.7 por ciento de las usuarias de OTB, 52.2 por ciento de las usuarias de DIU, y 11.7 por ciento de las usuarias de otros métodos los adoptaron en el posparto (véanse cuadro A.19 del Anexo y gráfica 23).

Gráfica 23.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos según el momento de adopción del método, 1997 y 2009



Nota*: Pastillas, inyecciones, implantes subdérmicos, parches anticonceptivos, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)

El análisis de la NIA es relevante porque expresa lo que falta por hacer en términos de anticoncepción, mediante el conocimiento de las expectativas reproductivas de las mujeres en edad fértil. En este apartado se analiza a las mujeres que nunca han usado métodos anticonceptivos, como una forma de conocer la posible necesidad no satisfecha, asociada con problemas de acceso y disponibilidad de los mismos.

Por otra parte, se mide la demanda insatisfecha ya no desde la perspectiva de las nunca usuarias, sino de quienes declaran no usar método alguno al momento de la encuesta, a pesar de referir explícitamente que no desean más hijos, ya sea por un tiempo o nunca más.

6.1 Nunca uso de anticonceptivos

Indicadores:

- *Porcentaje de MEFU que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFU que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFU, por cien.

- *Porcentaje de MEFSAs que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFSAs que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFSAs, por cien.
- *Porcentaje de MEFSIs que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFSIs que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFSIs, por cien.

El nivel de nunca uso de anticonceptivos en el Distrito Federal pasó de 9.0 por ciento en 1997 a 7.3 por ciento en 2009, disminuyendo en 1.7 puntos. Dado que el uso se incrementó en 1.5 puntos en ese periodo, se infiere que la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos¹⁴ aumentó 0.2 puntos porcentuales.

El nunca uso ha evolucionado de forma diferente en el lapso de 12 años, según el grupo al que pertenecen las mujeres en función de las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.20 del Anexo). En las adolescentes, por ejemplo, se redujo en 10.8 puntos porcentuales, al pasar de 29.9 a 19.1 por ciento, y como el uso de anticonceptivos aumentó en 5.8 puntos, entonces la discontinuidad aumentó en 5.0 puntos porcentuales.

En 2009, los mayores niveles del nunca uso prevalecen en las mujeres sin escolaridad (23.1%) y con primaria incompleta (21.4%), que posiblemente se expliquen por falta de acceso a los anticonceptivos; pero también en las adolescentes (19.1%), asociado probablemente al deseo de tener hijos (véase cuadro A.20 del Anexo).

Con la intención de ofrecer información más cercana sobre el grado de exposición al riesgo de embarazo por la falta de protección anticonceptiva, se estimaron los porcentajes de nunca uso según la frecuencia de relaciones sexuales de las mujeres (véase cuadro A.21 del Anexo). Según la ENADID 2009, el 6.0 por ciento de las sexualmente activas nunca ha usado anticonceptivos, que aumenta a 17.2 por ciento en las que han tenido relaciones sexuales, pero no en el último mes.

Existen diferencias importantes según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad hasta los 25 a 29 años cuando se trata de mujeres sexualmente activas (véase gráfica 24A). Por la exposición latente al riesgo de embarazos, particularmente no deseados y no planeados, preocupa el hecho de que 8.3 por ciento de las MEFSAs adolescentes, así como 20.1 y 20.3 por ciento de las MEFSIs adolescentes y mujeres de 35 a 39 años, respectivamente, nunca han usado anticonceptivos.

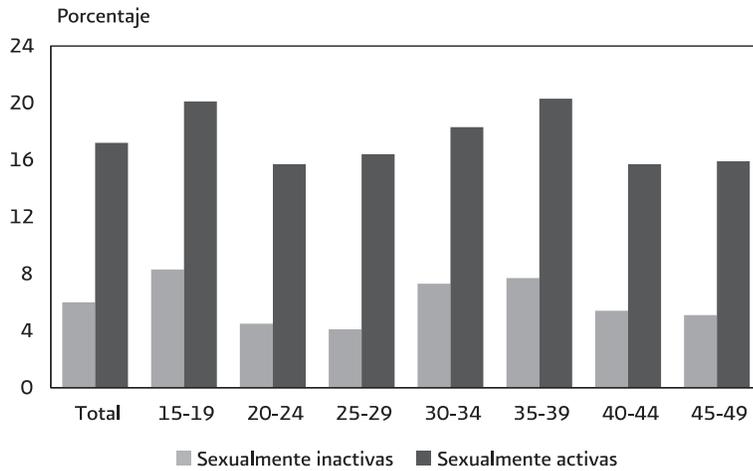
De hecho, los porcentajes de nunca uso son elevados en situaciones de vida sexual inactiva. Esto es, ante escenarios de una vida sexual esporádica las mujeres bien pudieran estar expuestas a embarazos no esperados, sobre todo, si se toma en cuenta el ambiente espontáneo en que frecuentemente ocurren los encuentros sexuales.

El comportamiento del nunca uso según la paridad es parecido al observado con la edad, dado que estas variables se correlacionan de forma directa, de modo que a mayor número de hijos disminuye el nunca uso (véase gráfica 24B). Aquí los porcentajes más altos se aprecian en la categoría de las MEFSAs con

¹⁴ Se refiere a las mujeres unidas que, si bien utilizaron anticonceptivos alguna vez, no los usaban al momento de la encuesta.

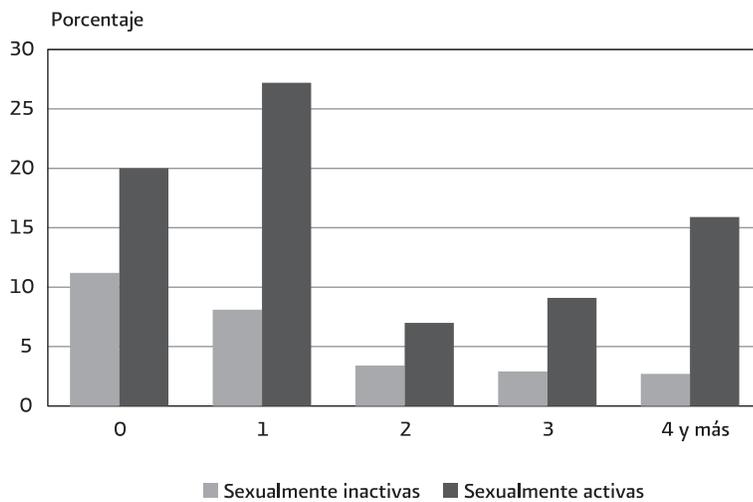
paridad cero (11.2%), así como en las MEFSI de paridad cero y uno (20.0 y 27.2, respectivamente). Estos niveles de nunca uso bien pudieran ser reflejo de condiciones de deseo del primogénito o incluso de un segundo hijo.

Gráfica 24A. Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

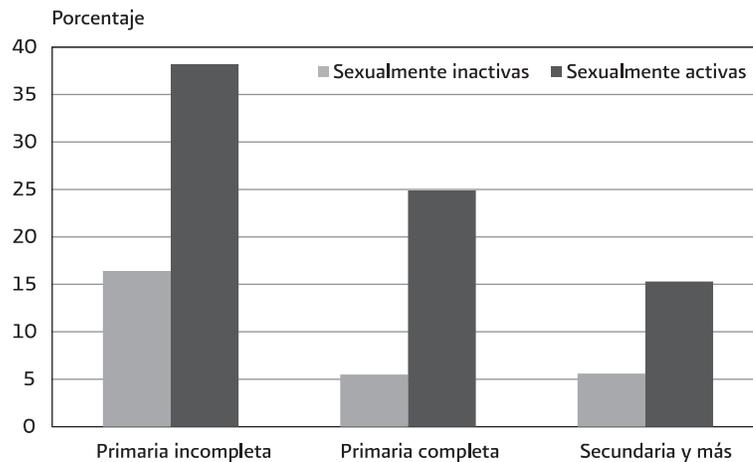
Gráfica 24B. Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas, que nunca ha usado métodos anticonceptivos por paridez, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

El nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres hasta el momento de la encuesta se asocia con menores porcentajes de nunca uso de la anticoncepción (véase gráfica 24C). La diferencia es de tal magnitud que mientras 16.4 por ciento de las MEFSA con primaria incompleta nunca ha usado métodos, las de secundaria y más comprenden un 5.6 por ciento. En tanto que para las MEFSI con primaria incompleta corresponde un 38.2 por ciento, y para las MEFSI con secundaria y más, un 15.3 por ciento.

Gráfica 24C.
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 2009



Nota: Tamaño de muestra insuficiente en la categoría sin escolaridad.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos

Indicador:

- *Demanda insatisfecha o necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA)*. Se define como el porcentaje de MEFU que no usa anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo (necesidad para espaciar) o nunca más (necesidad para limitar).^{15,16}

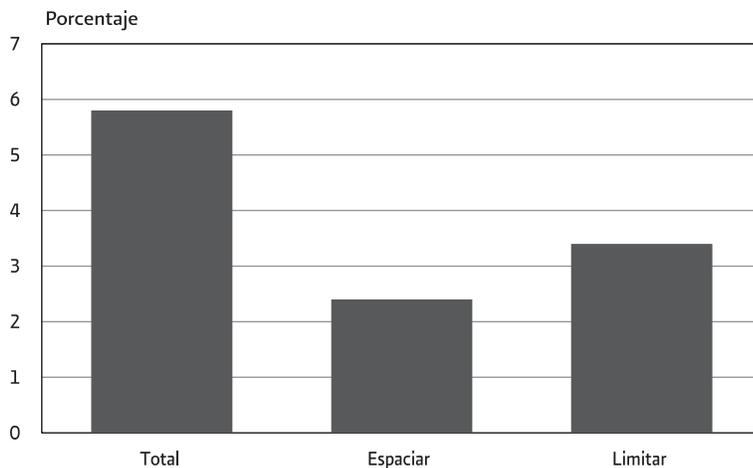
La NIA en el Distrito Federal alcanzó 5.8 por ciento en 2009,¹⁷ donde además se observa una demanda insatisfecha para espaciar y limitar de 2.4 y 3.4 por ciento, respectivamente (véanse gráfica 25 y cuadro A. 22 del Anexo).

¹⁵ Se trata de una medida construida mediante el establecimiento *a priori* de ciertas condiciones y circunstancias relacionadas con la fecundidad y las expectativas reproductivas, derivadas de un conjunto de variables primarias captadas en una encuesta. Por ello, se interpreta también como la motivación de las mujeres por el uso de anticonceptivos.

¹⁶ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012 en cuanto a metas para las entidades federativas que al inicio del sexenio presentaban considerables niveles del indicador, así como del PSSRA 2007-2012, por la alta demanda insatisfecha prevaleciente en adolescentes.

¹⁷ En este caso no se compara con 1997 debido a que la construcción del indicador de la NIA en 2009 no incluye todos los elementos que sí fueron incluidos en la estimación del indicador en 1997.

Gráfica 25.
Distrito Federal. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tipo de necesidad insatisfecha, 2009

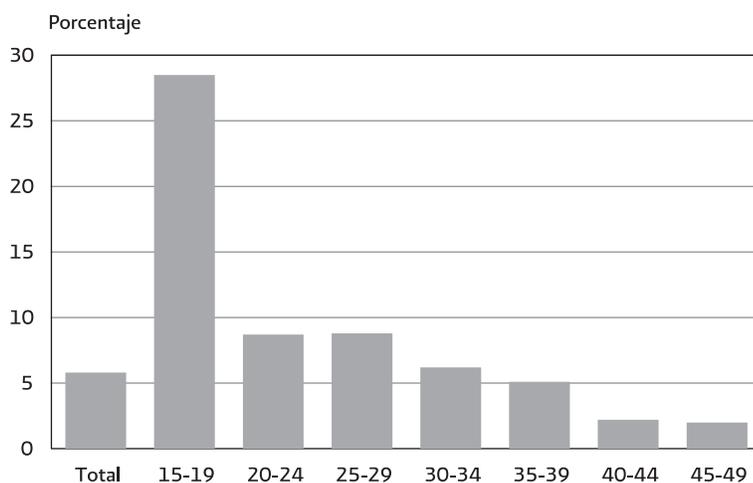


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Actualmente, la NIA de la entidad es menor a la del país, de 9.8 por ciento, y mayor al promedio de estados en *situación muy favorable*, que es de 5.2 por ciento.

Las mayores necesidades insatisfechas prevalecen entre los 15 y 29 años, sobre todo, para espaciar los embarazos. En las adolescentes, por ejemplo, la NIA es de 28.5 por ciento, siendo la más elevada de todos los subgrupos, es más de cuatro veces mayor que la registrada en 30 a 34, que fue de 6.2 por ciento, y mucho mayor que la correspondiente a las mujeres de 45 a 49, de 2.0 por ciento (véase gráfica 26A).

Gráfica 26A.
Distrito Federal. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por grupos de edad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

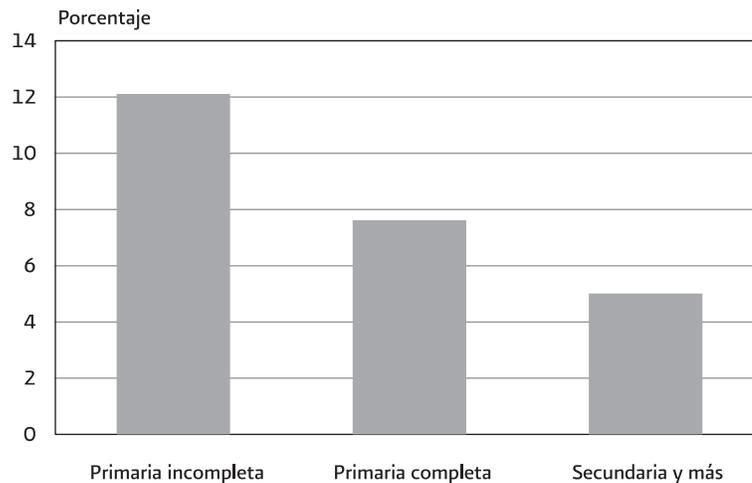
La NIA de adolescentes del Distrito Federal en 2009 es mayor a la del promedio de estados en *situación muy favorable*, cuyo dato es de 14.2 por ciento, y al nivel observado en el contexto nacional, de 24.6 por ciento.

En general, la NIA disminuye conforme aumenta la edad de la mujer, comportamiento que presentan los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 con niveles moderados de demanda insatisfecha, de 8.7 y 8.8 por ciento, respectivamente.

Con respecto a la paridez, se observa una demanda insatisfecha relativamente alta en el grupo de mujeres que ya tuvieron el primogénito, del orden de 10.4 por ciento, y en las que no han tenido hijos, de 8.6 por ciento, principalmente porque desean espaciar la llegada del segundo y primer hijo, de manera respectiva.

La escolaridad muestra todavía niveles altos en la NIA en los grupos de mujeres con primaria incompleta, con 12.1 por ciento. De esta forma, mientras que las mujeres con primaria completa presentan una NIA de 7.6 por ciento, en las de secundaria y más es de 5.0 por ciento (véase gráfica 26B).

Gráfica 26B.
Distrito Federal. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 2009



Nota: Tamaño de muestra insuficiente en la categoría sin escolaridad.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

6.3 Demanda total de anticonceptivos

La demanda total de anticonceptivos es el resultado del balance de la demanda satisfecha o demanda efectiva y la demanda insatisfecha.

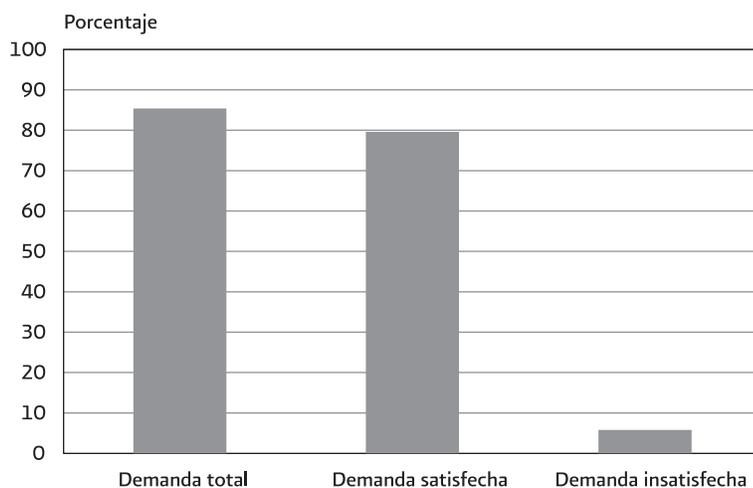
Indicadores:

- *Demanda total de anticonceptivos.* Se define como la suma de la demanda satisfecha y la demanda insatisfecha.

- *Demanda satisfecha de anticonceptivos.* También denominada demanda efectiva, se refiere a la prevalencia anticonceptiva.

En 2009, como resultado de una disminución en la demanda insatisfecha, simultánea a un incremento en la prevalencia anticonceptiva, la demanda total fue de 85.4 por ciento (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
Distrito Federal. Demanda total, demanda satisfecha y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

Se prevé que en los siguientes años la demanda satisfecha aumente a un ritmo cada vez menor y que en un sentido opuesto, y por haber alcanzado un nivel relativamente bajo, la demanda insatisfecha disminuya de forma lenta. En estas circunstancias, la demanda total de anticonceptivos en el Distrito Federal se irá estabilizando.

7. Salud materna

Se han revisado hasta ahora los indicadores vinculados de forma estrecha con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, existen factores que guardan relación con la salud materna, tal es el caso del aborto o la atención prenatal y del parto, que condicionan el curso y buen desarrollo del embarazo y culminación del parto, con importantes consecuencias para la salud de la madre y su descendencia.

7.1 Mortalidad materna

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública. Sus niveles son una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población.

Indicador:

- *Razón de Mortalidad Materna (RMM)*. Se interpreta como el número de mujeres fallecidas por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, por cien mil nacimientos estimados.¹⁸

En el Distrito Federal, en 2009, la RMM alcanzó el valor de 56.2 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados, dato que es mayor al promedio de los estados en *situación muy favorable* de salud reproductiva, de 40.9, y menor al promedio nacional, de 62.2.

La meta de los ODM es reducir la RMM del país en tres cuartas partes al 2015, partiendo de la base de 89 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos, estimada en 1990, es decir, disminuirla hasta alcanzar el nivel de 22 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos.

Así, para enfrentar ese enorme reto y procurar la reducción esperada de la mortalidad materna en los años siguientes conforme a los ODM, habría que fortalecer seriamente las acciones tendientes a mejorar los procesos de atención vinculados con el embarazo, parto y puerperio en todas las entidades federativas, puesto que se sabe con, datos de 2009 que la gran mayoría de las muertes maternas ocurre en instituciones públicas de salud.

7.2 Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por sus implicaciones para la salud materna, y constituye una causa importante de muerte materna. Desafortunadamente, no se cuenta con información confiable para conocer sus niveles y tendencias de forma más cercana a la realidad.

Indicador:

- *Porcentaje de MEF alguna vez embarazadas con al menos un aborto*.¹⁹ Se calcula con datos de encuestas, mediante el cociente de las mujeres que declararon haber tenido al menos un aborto en su vida hasta el momento de la entrevista, entre el total de mujeres alguna vez embarazadas, por cien.

Entre 1997 y 2009, este indicador en el Distrito Federal descendió 0.8 puntos porcentuales, al pasar de 19.6 a 18.8 por ciento (véase cuadro 8). Este decremento es menor observado en el contexto nacional, que registró un descenso de 1.3 puntos, en el periodo. El dato para el 2009 es mayor al del país, que fue de 17.7 por ciento.

¹⁸ Es un indicador del PNS 2007-2012 y de los ODM.

¹⁹ En la encuesta no se identifica el tipo de aborto, es decir, inducido o espontáneo.

Cuadro 8.
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas con al menos un aborto, 1997 y 2009

Año	Con al menos un aborto
1997	19.6
2009	18.8

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

7.3 Atención prenatal

La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de dicha atención.

El trimestre en el que se inicia la atención prenatal es un indicador útil, ya que permite medir la oportunidad de la atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños a la salud materna e infantil. La Norma Oficial Mexicana para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido considera que un control adecuado del embarazo debe iniciar en el primer trimestre de gestación.

Indicadores:

- *Atención prenatal durante el primer trimestre.*²⁰ Se define como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres recibieron atención por personal de salud durante el primer trimestre del embarazo.
- *Número promedio de revisiones prenatales.* Se define como el número de consultas o revisiones durante el embarazo que en promedio tuvieron las mujeres, tomando como referencia los últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta.

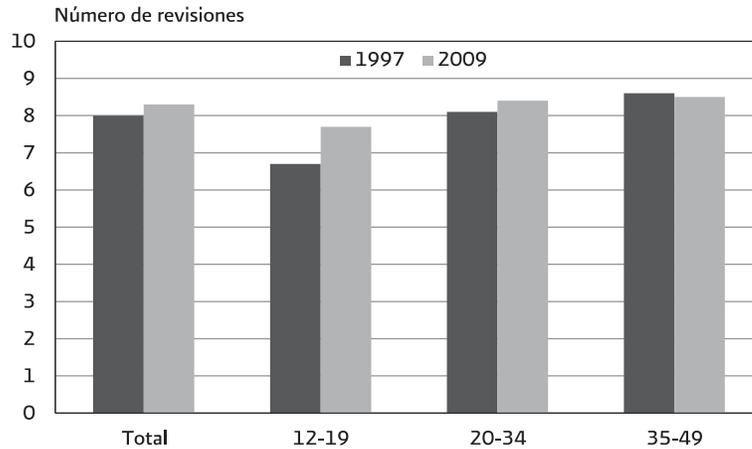
La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 81.4 a 89.9 por ciento en el Distrito Federal entre 1997 y 2009, niveles que son mayores a los del país, de 74.5 y 86.2 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, determinados por la edad de la madre al nacimiento del hijo y el nivel de escolaridad (véase cuadro A.23 del Anexo). Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presente actualmente niveles de atención prenatal de forma oportuna.

Con respecto al número de revisiones prenatales, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En el contexto del estado en su conjunto, el indicador aumentó de 8.0 a 8.3 consultas promedio entre 1997 y 2009, cifras que son mayores a las del país, de 6.5 y 7.8, respectivamente.

²⁰ La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

Asimismo, en los diferentes grupos de edad de la madre se incrementó el número promedio de revisiones prenatales en los últimos 12 años, rebasando hasta en tres revisiones el criterio normativo (véanse cuadro A.24 del anexo y gráfica 28A).

Gráfica 28A.
Distrito Federal. Número promedio de revisiones prenatales* por grupos de edad de la madre, 1997 y 2009

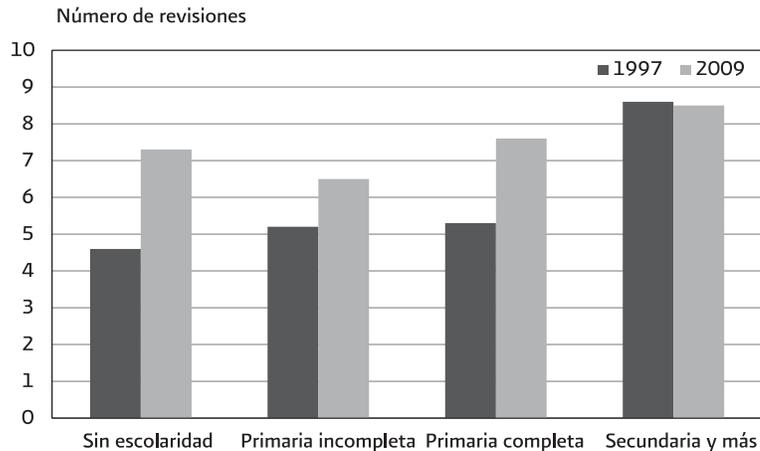


Nota *: Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El número de revisiones prenatales en el lapso estudiado aumenta a mayor escolaridad, cumpliéndose ampliamente con el criterio de la Norma (véase gráfica 28B).

Gráfica 28B.
Distrito Federal. Número promedio de revisiones prenatales* por nivel de escolaridad de la madre, 1997 y 2009



Nota *: Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Si bien el número de revisiones prenatales ha aumentado, ello no necesariamente implica que esas consultas sean de calidad. Se requiere de otro tipo de información, proveniente de los propios servicios institucionales públicos y privados, a fin de disponer de una apreciación más cercana para la evaluación de esos procesos.

7.4 Atención del parto

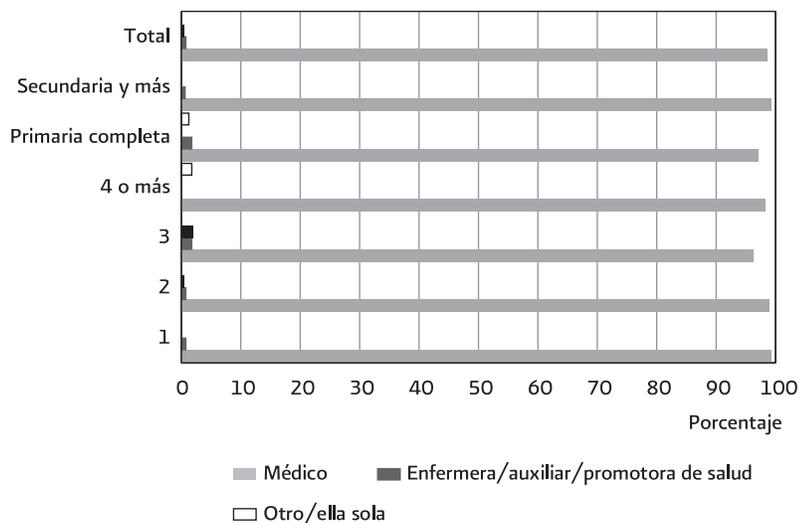
Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. La falta en la disponibilidad de los recursos médico-hospitalarios y las deficiencias en la atención del parto con frecuencia ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y de su hijo(a), ya que una parte importante de las complicaciones del embarazo se presenta alrededor del momento del alumbramiento.

Indicadores:

- *Porcentaje de partos atendidos por personal médico.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres fueron atendidas durante el parto por un médico.
- *Porcentaje de partos atendidos por partera o comadrona.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres fueron atendidas durante el parto por una partera o comadrona.
- *Porcentaje de nacidos vivos por cesárea.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyo parto fue por cesárea.

Gráfica 29.

Distrito Federal. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2004-2009



Nota: Tamaño de muestra insuficiente en la categoría sin escolaridad y primaria incompleta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

En el Distrito Federal, la atención del parto por el médico pasó de 97.1 por ciento en 1997 a 98.6 por ciento en 2009, datos superiores a los registrados en el país, de 84.2 por ciento y 94.0 por ciento, respectivamente (véanse cuadro A.25 del Anexo y gráfica 29). Por otra parte se observa que la mayoría (90%) de las mujeres de los diferentes grupos fue atendida en su último parto por personal médico.

Otro indicador que también provee de información a través de las encuestas es el tipo de parto, sea normal o por cesárea. Con respecto a esta última, cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal no debe exceder el 20 por ciento. Los datos del cuadro 9 muestran que ente 1994 y 1997 esa disposición normativa no se cumplía, ya que el dato para la entidad en su conjunto era de 42.9 por ciento para los nacidos vivos, y subió aún más a 48.7 por ciento en el periodo 2004-2009. Tales porcentajes son mayores a los del contexto del país, de 28.4 y 43.0, respectivamente.

La operación cesárea se incrementó en los diferentes grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo (excepto para las mujeres de 35-49 años). Por mencionar algunos datos: actualmente, a 42.6 por ciento de las adolescentes se les practica cesárea, comparado con 49.0 por ciento en las edades de 20 a 34 años.²¹

Cuadro 9.
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres* por tipo de parto
según características seleccionadas, 1994-1997 y 2004-2009

Características seleccionadas	1994-1997		2004-2009	
	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
Total	57.1	42.9	51.3	48.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	58.2	41.8	57.4	42.6
20-34	58.8	41.2	51.0	49.0
35-49	40.6	59.4	46.1	53.9

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

*Mujeres que tuvieron sus últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

7.5 Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo del puerperio permite identificar oportunamente complicaciones para las madres, que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención durante el puerperio constituye una ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar.

Indicador:

- *Cobertura de atención a la mujer durante el puerperio.* Se define como el porcentaje de mujeres que tuvo hijos en los últimos cinco años previos a la encuesta y que recibió atención durante el puerperio.

²¹ Esta sobreutilización de intervenciones innecesarias se asocia con problemas de calidad en los servicios (Langer, 2005). Además, se incrementan los costos y las tasas de complicaciones para las madres y los recién nacidos.

El porcentaje de atención en el puerperio se incrementó en el Distrito Federal en 12.9, al pasar de 76.3 a 89.2 en 2009, datos que superan a los del país, de 57.5 y 81.7 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se observó en todos los grupos poblacionales determinados por categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.26 del Anexo).

8. Lactancia materna

Los patrones de lactancia se encuentran estrechamente relacionados con la duración de la infertilidad posparto y, por lo tanto, inciden sobre el espaciamiento adecuado de los embarazos. Además, la práctica de la lactancia es uno de los determinantes más importantes de la salud en el primer año de vida. La leche materna es una fuente higiénica de nutrientes que inmuniza a los infantes frente a ciertas enfermedades, y contribuye a fortalecer los lazos afectivos entre la madre y el niño(a).

Indicadores:

- *Incidencia de la lactancia.* Se define como el porcentaje de últimos hijos nacidos vivos durante los cinco años previos al levantamiento de la encuesta, y que iniciaron el proceso de amamantamiento.
- *Duración de la lactancia.* Se define como el número de meses de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos durante los cinco años previos al levantamiento de la encuesta. Se presenta en ocasiones como la duración media o mediana.

En la segunda mitad de la década de los ochenta y primera de los noventa la lactancia tuvo un impulso importante en las instituciones públicas de salud, a través de la estrategia de certificación de unidades médicas como “Hospitales Amigos del Niño y de la Madre”, lo que incrementó sustancialmente el número de niños amamantados. Dicha certificación buscó incorporar la cultura de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, mediante información-consejería en las consultas prenatales en las unidades de primer nivel de atención.

Los datos del cuadro 10 sobre el porcentaje de niños que inició el proceso del amamantamiento muestran una incidencia del fenómeno de 86.2 en el Distrito Federal, comparada con 90.0 por ciento del ámbito nacional, según la ENADID 1997. Se observa que dicha incidencia se mantuvo alta, de acuerdo a la ENADID, 2009, con cifras superiores al 86 por ciento o más en todos los grupos poblacionales. Tal parece que esa estrategia tuvo éxito y permeó en la estructura social de la entidad federativa como una verdadera cultura de la alimentación al seno materno en aquella época.

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia muestra una cierta tendencia al aumento en el Distrito Federal, con 90.2, según la ENADID 2009. Tal incidencia es similar al dato nacional, de 90.8 por ciento. En cuanto a la tendencia, en Durango se observa un aumento contrario al país, se aprecia un aumento en algunos grupos poblacionales analizados.

En la entidad se observa un aumento en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 5.6 a 7.0 meses, y la mediana de 3.5 a 5.5 meses, entre 1997 y 2009 (véanse cuadros A.27 y A.28 del anexo). Estos datos son menores a los observados a nivel nacional donde la media en 2009 es de 8.3 y la mediana de 6.2 meses.

Cuadro 10.
Distrito Federal. Porcentaje de los últimos hijos nacidos vivos
que fueron amamantados según características seleccionadas de la madre,
1994-1997 y 2004-2009

Características seleccionadas	1994-1997	2004-2009
Total	86.2	90.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	81.7	86.8
20-34	86.2	91.0
35-49	93.3	89.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria Incompleta	69.1	-
Primaria Completa	80.5	85.4
Secundaria y más	88.2	90.4

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

9. Conclusiones

El Distrito Federal en una fase *muy avanzada* de la transición demográfica, lo que implicó pasar de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad a otro con niveles bajos y controlados, situación que resulta en el paulatino cambio en la estructura de la población.

El Distrito Federal exhibe una situación de ventaja en salud reproductiva en comparación con el contexto nacional en su conjunto en la mayoría de los indicadores. De hecho, se clasifica en el primer patrón estatal, denominado de *situación muy favorable*. Sin embargo, en la anticoncepción posparto se encuentra en desventaja respecto al promedio nacional.

Es evidente el avance sustancial en la salud reproductiva del Distrito Federal. No obstante, los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido tradicionalmente menos favorecidos, aún presentan áreas de oportunidad de mejora. En este sentido, los grupos con menores niveles escolares merecen mayor enfoque y atención de las acciones preventivas de orientación, educación y servicios de salud reproductiva.

Una conclusión de este documento se refiere a la necesidad urgente de atender la salud sexual y reproductiva que se vincula con el periodo de la adolescencia y la juventud, sobre todo, para prevenir el embarazo no planeado en edades tempranas, pero también en las edades adultas.

Las acciones de planificación familiar y salud reproductiva en el Distrito Federal han contribuido a modificar favorablemente el espaciamiento entre los hijos. Se manifiesta un cambio en las preferencias reproductivas hacia una disminución en el número ideal de hijas e hijos en los diferentes subgrupos poblacionales, lo que sugiere cierta motivación de las mujeres por alcanzar un número menor de hijos.

El patrón en la estructura de los anticonceptivos es característico de un perfil con *relevancia de varios métodos*, con elevada efectividad anticonceptiva y con una elevada participación masculina en la

planeación familiar, asimismo este patrón se distingue por incluir a todos los anticonceptivos, lo que favorece las opciones anticonceptivas para la población.

Se registra un incremento sustancial en los indicadores relacionados con la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, atención médica del parto y del puerperio en todos los grupos poblacionales, que no parece congruente con el nivel de la mortalidad materna que experimenta el Distrito Federal.

Este *Perfil*, además de actualizar los principales indicadores, que tradicionalmente se han utilizado para evaluar las acciones de política y programáticas en relación con la salud reproductiva, incorpora aspectos metodológicos que enriquecen las actividades de evaluación. Uno de ellos es el análisis de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas e inactivas, debido a que se ha demostrado que las relaciones sexuales inician antes de la unión, lo que demanda la atención para este grupo de población.

Bibliografía

Colín, Yeimi y Paloma Villagómez, 2010. "Evolución de la maternidad adolescente en México: 1974-2009" en *La Situación Demográfica de México 2010*. México: CONAPO, Pp. 37-53.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2008. *Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo*. México: Secretaría de Gobernación/CONAPO.

Langer A., 2005. "Atención calificada en el embarazo, parto y puerperio: ¿Qué desafíos enfrenta México?" en *A lo largo del camino*. María del Carmen Elú y Elsa Santos: Editoras. Publicación financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Family Care International y Population Council. Primera edición, México, D.F., abril.

Mendoza, Doroteo et al., 2010. *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en México*. México: CONAPO. Documento disponible en línea:
http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=460&Itemid=15

Romo Viramontes, Raúl y Miguel Sánchez Castillo, 2009. "El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población" en *La Situación Demográfica de México 2009*. México: CONAPO, Pp. 23-38.

Secretaría de Salud (SS). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008a. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: SS.

——— 2008b. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción*. México: SS.

Secretaría de Salud (SS), 2007a. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SS.

——— 2007b. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida*. México: SS.

Zúñiga, Elena et al., 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. México: CONAPO.

Anexo

Cuadro A.1
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en
edad fértil por grupos de edad según uso de métodos
anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

Grupos de edad	No utilizó	Utilizó
Total	65.6	34.4
15-19	41.1	58.9
20-24	46.5	53.5
25-29	56.4	43.6
30-34	65.8	34.2
35-39	70.2	29.8
40-44	76.5	23.5
45-49	83.4	16.6

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.2
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por grupos de edad actual, edad a la
primera relación sexual y condición de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

Edad actual	Edad a la primera relación sexual	Utilizó	No utilizó	Total
25-29	<15	6.3	93.7	100.0
	15-19	38.2	61.8	100.0
	20-24	53.9	46.1	100.0
	25-29	57.2	42.8	100.0
30-34	<15	21.5	78.5	100.0
	15-19	31.6	68.4	100.0
	20-24	36.9	63.1	100.0
	25-29	40.1	59.9	100.0
35-39	<15	5.7	94.3	100.0
	15-19	23.7	76.3	100.0
	20-24	36.4	63.6	100.0
	25-29	41.3	58.7	100.0
	30-34	38.8	61.2	100.0
40-44	<15	5.4	94.6	100.0
	15-19	19.8	80.2	100.0
	20-24	29.2	70.8	100.0
	25-29	23.3	76.7	100.0
	30-34	32.0	68.0	100.0
45-49	<15	0.0	100.0	100.0
	15-19	11.6	88.4	100.0
	20-24	22.4	77.6	100.0
	25-29	24.2	75.8	100.0
	30-34	20.1	79.9	100.0
	35 y más	23.6	76.4	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.3
Distrito Federal. Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	Sexualmente activas¹	Sexualmente inactivas²	Sin experiencia sexual
Total	55.4	26.0	18.7
Grupos de edad			
15-19	17.3	12.3	70.4
20-24	49.6	22.6	27.9
25-29	62.0	26.7	11.3
30-34	66.3	27.2	6.5
35-39	73.0	24.4	2.5
40-44	64.0	32.8	3.2
45-49	58.6	39.1	2.2
Situación conyugal			
Unidas	88.4	11.6	0.0
Alguna vez unidas	17.6	82.4	0.0
Solteras	24.0	29.9	46.2
Paridad			
0	31.9	20.9	47.2
1	63.1	36.9	0.0
2	74.5	25.5	0.0
3	73.8	26.2	0.0
4 y más	72.3	27.7	0.0
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	30.7	47.3	22.1
Primaria incompleta	61.0	32.9	6.1
Primaria completa	60.6	31.5	7.9
Secundaria y más	55.0	25.0	20.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

¹ Mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el último mes previo al levantamiento de la encuesta.

² Mujeres con experiencia sexual que declararon no haber tenido relaciones sexuales en el último mes.

Cuadro A.4
Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir 18, 20 y 25 años de edad de las mujeres nacidas entre 1965-1969 y entre 1980-1984 según entidad federativa

Entidad Federativa	Generación 1965-1969			Generación 1980-1984		
	18 años	20 años	25 años	18 años	20 años	25 años
Nacional	15.2	32.1	66.9	15.4	31.4	59.8
Aguascalientes	12.7	27.8	64.6	13.0	32.7	62.5
Baja California	15.0	33.8	68.5	24.0	43.9	65.4
Baja California Sur	16.9	32.8	73.9	16.9	32.9	57.9
Campeche	18.9	38.1	73.3	16.9	31.5	60.9
Coahuila	14.6	30.4	65.8	15.8	31.9	62.1
Colima	13.0	30.3	64.1	14.0	30.5	62.9
Chiapas	21.9	41.5	71.9	19.1	34.0	62.8
Chihuahua	12.7	31.1	70.9	22.1	40.4	65.2
Distrito Federal	11.4	26.9	57.9	9.7	20.9	46.7
Durango	15.0	37.9	71.8	17.1	36.7	65.8
Guanajuato	11.2	27.6	62.9	11.5	26.7	56.8
Guerrero	23.1	42.3	73.4	19.5	38.0	65.5
Hidalgo	14.0	31.0	63.5	13.5	27.0	57.7
Jalisco	10.3	24.4	58.3	13.1	26.3	57.6
México	19.1	39.8	70.9	15.6	31.0	63.7
Michoacán	10.7	26.5	60.1	13.7	26.8	57.0
Morelos	16.2	32.6	64.9	15.0	32.0	59.5
Nayarit	17.6	31.4	72.6	16.6	34.8	63.8
Nuevo León	16.5	30.4	67.6	16.1	34.7	64.8
Oaxaca	18.6	34.2	65.8	13.2	26.2	52.8
Puebla	18.3	35.2	67.5	15.6	32.6	59.3
Querétaro	12.9	31.0	62.9	13.6	27.7	55.7
Quintana Roo	21.0	38.6	76.3	14.7	32.7	62.7
San Luis Potosí	14.6	28.5	59.6	15.4	34.9	60.8
Sinaloa	15.5	32.4	70.3	14.1	30.7	57.3
Sonora	10.7	26.3	68.0	15.7	31.9	54.3
Tabasco	15.6	29.8	69.1	13.7	28.8	57.4
Tamaulipas	10.7	28.6	62.4	16.1	32.1	61.5
Tlaxcala	16.8	34.6	70.6	15.8	32.5	62.9
Veracruz	17.0	32.8	63.6	20.6	34.7	63.8
Yucatán	13.3	30.5	66.0	16.2	32.1	58.1
Zacatecas	14.2	32.8	70.2	13.7	30.1	61.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.5
Distrito Federal. Promedio del número ideal de hijos e hijas de mujeres en
edad fértil unidas según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	2.5	2.1
Grupos de edad		
15-19	-	1.8
20-24	2.2	1.8
25-29	2.3	1.9
30-34	2.4	2.0
35-39	2.6	2.2
40-44	2.8	2.5
45-49	3.0	2.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	2.4
Primaria incompleta	3.0	3.0
Primaria completa	2.8	2.5
Secundaria y más	2.4	2.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.
 - Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.6
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres actualmente embarazadas por grupos de edad
según planeación y deseo del embarazo, 2009

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado	Total
Total	56.7	27.0	16.2	100.0
15-19	35.2	47.6	17.1	100.0
20-24	60.3	31.6	8.1	100.0
25-29	56.7	19.6	23.7	100.0
30-34	63.2	18.0	18.8	100.0
35 y más	74.3	14.0	11.6	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.7
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer
la existencia de distintos métodos anticonceptivos,
1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	97.1	97.4
DIU	94.6	95.1
Inyecciones	92.1	93.1
Implante subdérmico	19.0	64.0
OTB	93.0	94.5
Vasectomía	91.6	92.2
Condomes	97.7	98.1
Espermicidas	80.0	71.7
Pastilla de emergencia	n.d.	87.7
Parche anticonceptivo	n.d.	88.4
Condón Femenino	n.d.	80.9
Ritmo	79.8	83.9
Retiro	60.8	78.7

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

Cuadro A.8
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce
al menos un método anticonceptivo según características
seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	99.2	100.0
Grupos de Edad		
15-19	98.3	100.0
20-24	99.3	99.8
25-29	99.5	100.0
30-34	100.0	100.0
35-39	99.5	100.0
40-44	99.1	100.0
45-49	98.5	100.0
Situación conyugal		
Unidas	99.8	100.0
Alguna vez unidas	99.3	100.0
Solteras	98.5	99.9
Paridad		
0	98.3	99.9
1	99.7	100.0
2	100.0	100.0
3	100.0	100.0
4 y más	99.8	100.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	91.1	97.4
Primaria incompleta	96.9	100.0
Primaria completa	98.3	100.0
Secundaria y más	99.8	100.0

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

Cuadro A.9
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil que no conoce algún método anticonceptivo según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	0.8	0.0
Grupos de Edad		
15-19	1.7	0.0
20-24	0.7	0.2
25-29	0.5	0.0
30-34	0.0	0.0
35-39	0.5	0.0
40-44	0.9	0.0
45-49	1.5	0.0
Situación conyugal		
Unidas	0.2	0.0
Alguna vez unidas	0.7	0.0
Solteras	1.5	0.1
Paridad		
0	1.7	0.1
1	0.3	0.0
2	0.0	0.0
3	0.0	0.0
4 y más	0.2	0.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	8.9	2.6
Primaria incompleta	3.1	0.0
Primaria completa	1.7	0.0
Secundaria y más	0.2	0.0

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

Cuadro A.10
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas
que usan métodos anticonceptivos según características seleccionadas,
1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	78.1	79.6
Grupos de edad		
15-19	48.0	53.8
20-24	70.4	76.4
25-29	70.3	75.9
30-34	85.1	74.8
35-39	83.5	82.5
40-44	86.0	86.3
45-49	73.5	83.4
Paridad		
0	46.8	49.6
1	65.2	66.0
2	86.0	88.2
3	87.4	89.6
4 y más	84.2	88.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	56.9	-
Primaria incompleta	73.8	74.5
Primaria completa	78.2	77.2
Secundaria y más	79.5	80.3

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.11
Distrito Federal. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil
unidas por tipo de método, 1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	6.4	4.0
DIU	18.8	15.9
Inyecciones	3.1	2.4
Locales	0.3	n.d.
Condomes	4.4	11.1
OTB	34.9	34.3
Vasectomía	3.2	4.4
Tradicionales	6.8	4.8
Implante subdérmico	0.2	1.2
Parche anticonceptivo	n.d.	1.5
Condón Femenino	n.d.	0.2

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

Cuadro A.12
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas
y sexualmente inactivas según condición de uso de anticonceptivos, 2009

Condición de actividad sexual	Usuaría	Exusuaría	Nunca usuaria	Total
Sexualmente activas	82.4	11.7	6.0	100.0
Sexualmente inactivas	33.8	49.0	17.2	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.13

Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas o sexualmente inactivas que usan métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
Total	82.4	33.8
Grupos de edad		
15-19	69.1	15.0
20-24	83.7	18.5
25-29	82.6	25.3
30-34	80.2	25.0
35-39	82.0	44.7
40-44	86.6	50.4
45-49	83.9	42.8
Situación conyugal		
Unidas	82.9	58.1
Alguna vez unidas	66.7	44.3
Solteras	82.9	15.2
Paridad		
0	72.9	10.6
1	69.4	21.1
2	89.6	54.1
3	92.3	65.6
4 y más	93.0	63.1
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	76.7	40.7
Primaria completa	83.3	37.7
Secundaria y más	82.4	33.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.14
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	8.3	6.5
DIU	24.4	18.2
Inyecciones	4.3	3.2
Locales	0.4	0.0
Condomes	6.8	19.5
OTB	43.8	39.4
Vasectomía	3.6	4.1
Tradicional	8.2	4.9
Implante subdérmico	0.2	1.4
Parche anticonceptivo	n.d.	2.4
Condón Femenino	n.d.	0.4

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

Cuadro A.15
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad según tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 2009

Grupos de edad	Pastillas	DIU	Inyecciones	Condomes	OTB	Vasectomía	Tradicional	Implante subdérmico	Parche anticonceptivo	Condón Femenino	Total
Total	6.9	18.2	3.5	21.5	34.9	4.6	5.3	1.7	2.9	0.5	100.0
15-19	7.8	22.1	5.0	56.7	1.2	0.0	3.0	2.9	1.4	0.0	100.0
20-24	8.0	20.3	6.9	43.3	7.7	0.0	4.0	3.6	5.5	0.8	100.0
25-29	12.0	22.3	4.8	29.3	15.9	1.3	4.3	3.0	6.8	0.4	100.0
30-34	9.6	21.5	3.5	19.5	28.2	4.4	7.1	2.1	3.0	1.1	100.0
35-39	5.1	17.7	1.8	14.4	43.8	7.0	6.8	0.9	1.9	0.6	100.0
40-44	3.8	15.1	2.2	8.5	57.0	8.6	3.7	0.4	0.7	0.0	100.0
45-49	2.4	10.7	2.3	7.7	64.1	6.4	6.1	0.0	0.4	0.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.16
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente según paridez, 1997 y 2009

Método	Paridez				
	0	1	2	3	4 y más
1997	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pastillas	33.3	8.4	7.9	3.6	3.0
DIU	15.8	56.2	26.7	13.1	6.8
Inyecciones	5.6	6.0	5.5	2.0	2.6
Locales	1.0	1.0	0.5	0.0	0.0
Condomes	27.8	9.1	5.5	3.6	1.3
OTB	0.0	5.9	40.0	68.0	78.7
Vasectomía	0.0	2.5	4.2	4.8	3.8
Tradicional	16.6	10.3	9.6	4.9	3.7
Implante subdérmico	0.0	0.6	0.2	0.0	0.0
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2009	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pastillas	16.6	6.4	5.3	2.0	1.3
DIU	8.4	36.7	22.7	10.8	6.5
Inyecciones	7.9	5.5	1.8	2.3	2.4
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	37.2	23.9	13.1	6.0	3.8
OTB	1.0	7.2	41.4	69.9	77.6
Vasectomía	3.6	5.8	6.7	4.7	3.1
Tradicional	4.7	8.4	6.5	3.8	5.3
Implante subdérmico	2.3	4.0	1.3	0.3	0.0
Pastilla de emergencia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	16.4	1.9	1.1	0.3	0.0
Condón Femenino	2.0	0.4	0.1	0.0	0.0

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

Cuadro A.17
Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias
de anticonceptivos modernos según lugar de obtención por entidad
federativa, 2009

Entidad Federativa	Lugar de obtención		Total
	Público	Privado	
Total	65.9	34.1	100.0
Aguascalientes	66.2	33.8	100.0
Baja California	56.5	43.5	100.0
Baja California Sur	73.9	26.1	100.0
Campeche	78.0	22.0	100.0
Coahuila	73.7	26.3	100.0
Colima	68.8	31.2	100.0
Chiapas	76.5	23.5	100.0
Chihuahua	60.7	39.3	100.0
Distrito Federal	52.0	48.0	100.0
Durango	75.1	24.9	100.0
Guanajuato	66.4	33.6	100.0
Guerrero	78.3	21.7	100.0
Hidalgo	74.1	25.9	100.0
Jalisco	57.6	42.4	100.0
México	66.8	33.2	100.0
Michoacán	63.8	36.2	100.0
Morelos	67.4	32.6	100.0
Nayarit	80.2	19.8	100.0
Nuevo León	65.3	34.7	100.0
Oaxaca	75.0	25.0	100.0
Puebla	58.2	41.8	100.0
Querétaro	63.0	37.0	100.0
Quintana Roo	63.6	36.4	100.0
San Luis Potosí	72.6	27.4	100.0
Sinaloa	69.9	30.1	100.0
Sonora	68.9	31.1	100.0
Tabasco	76.4	23.6	100.0
Tamaulipas	57.3	42.7	100.0
Tlaxcala	73.9	26.1	100.0
Veracruz	72.7	27.3	100.0
Yucatán	73.6	26.4	100.0
Zacatecas	80.8	19.2	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.18
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009

Método empleado	Público	Privado	Total
Pastillas	11.5	88.5	100.0
DIU	74.1	25.9	100.0
Inyecciones	22.8	77.2	100.0
Condomes	10.3	89.7	100.0
OTB	77.3	22.7	100.0
Vasectomía	83.7	16.3	100.0
Implante subdérmico	67.3	32.7	100.0
Parche anticonceptivo	1.9	98.1	100.0
Condón femenino	0.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.19
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos según el momento de adopción, 1997 y 2009

Método	Posparto		Otro momento	
	1997	2009	1997	2009
Total	46.6	56.0	53.4	44.0
OTB	79.2	84.7	20.8	15.3
DIU	41.6	52.2	58.4	47.8
Otro*	5.5	11.7	94.5	88.3

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

* Pastillas, inyecciones, implantes, parches, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.

Cuadro A.20
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil
unidas que nunca ha usado métodos anticonceptivos según
características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	9.0	7.3
Grupos de edad		
15-19	29.9	19.1
20-24	16.4	7.4
25-29	8.8	5.4
30-34	5.4	9.4
35-39	6.0	7.4
40-44	6.6	5.8
45-49	11.8	5.7
Paridad		
0	35.5	-
1	12.9	9.3
2	4.2	3.7
3	4.3	4.2
4 y más	5.1	6.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	12.5	23.1
Primaria incompleta	13.5	21.4
Primaria completa	10.8	7.0
Secundaria y más	7.8	6.5

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.21
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas
o sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos
según características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
Total	6.0	17.2
Grupos de edad		
15-19	8.3	20.1
20-24	4.5	15.7
25-29	4.1	16.4
30-34	7.3	18.3
35-39	7.7	20.3
40-44	5.4	15.7
45-49	5.1	15.9
Situación conyugal		
Unidas	6.2	11.8
Alguna vez unidas	6.4	10.1
Solteras	4.8	24.5
Paridad		
0	11.2	20.0
1	8.1	27.2
2	3.4	7.0
3	2.9	9.1
4 y más	2.7	15.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	16.4	38.2
Primaria completa	5.5	24.9
Secundaria y más	5.6	15.3

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.
 - Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.22
Distrito Federal. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas según características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	5.8	2.4	3.4
Grupos de edad			
15-19	28.5	25.7	2.8
20-24	8.7	5.1	3.6
25-29	8.8	4.6	4.2
30-34	6.2	1.2	4.9
35-39	5.1	1.3	3.8
40-44	2.2	0.0	2.2
45-49	2.0	0.0	2.0
Paridad			
0	8.6	5.5	3.1
1	10.4	7.3	3.2
2	3.9	0.3	3.6
3	2.8	0.3	2.5
4 y más	6.0	0.0	6.0
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	12.1	1.3	10.8
Primaria completa	7.6	3.6	4.0
Secundaria y más	5.0	2.2	2.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.
 - Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.23
Distrito Federal. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos* por trimestre de inicio de la atención prenatal según características seleccionadas de la madre, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997			2009		
	1er.	2do.	3er.	1er.	2do.	3er.
Total	81.4	15.0	3.5	89.9	8.5	1.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo						
12-19	78.1	19.9	2.0	81.7	12.9	5.4
20-34	81.3	14.9	3.9	91.1	8.3	0.7
35-49	87.8	9.4	2.8	93.6	4.2	2.2
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-	84.4	15.6	0.0
Primaria completa	70.1	26.1	3.8	82.9	11.8	5.4
Secundaria y más	84.4	13.4	2.2	90.8	8.0	1.2

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

*Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.24
Distrito Federal. Número promedio de revisiones prenatales*, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	8.0	8.3
Grupos de edad		
12-19	6.7	7.7
20-34	8.1	8.4
35-49	8.6	8.5
Paridad		
1	7.7	8.6
2	8.7	8.5
3	8.0	7.6
4 y más	6.4	7.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	4.6	7.3
Primaria incompleta	5.2	6.5
Primaria completa	5.3	7.6
Secundaria y más	8.6	8.5

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

*Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Cuadro A.25
Distrito Federal. Distribución porcentual de mujeres* por tipo de agente que la atendió durante el parto según características seleccionadas, 1994-1997 y 2004-2009

Características seleccionadas	1994-1997				2004-2009			
	Agente		Agente		Agente		Agente	
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o coma- drona	Otro/ella sola
Total	97.1	0.9	1.0	1.0	98.6	0.8	0.5	0.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo								
12-19	98.7	0.0	1.3	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
20-34	96.6	1.1	1.0	1.3	98.2	1.0	0.7	0.2
35-49	100.0	0.0	0.0	0.0	99.1	0.9	0.0	0.0
Orden de nacimiento								
1	98.4	0.2	1.4	0.0	99.3	0.7	0.0	0.0
2	94.7	1.7	1.1	2.4	98.9	0.7	0.4	0.0
3	97.4	1.4	0.0	1.2	96.3	1.7	2.0	0.0
4 o más	100.0	0.0	0.0	0.0	98.3	0.0	0.0	1.7
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	94.4	0.0	5.6	0.0	-	-	-	-
Primaria completa	91.5	5.2	1.6	1.7	97.0	1.8	0.0	1.2
Secundaria y más	98.1	0.3	0.6	1.0	99.3	0.6	0.1	0.0

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

*Mujeres que tuvieron sus últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Cuadro A.26
Distrito Federal. Porcentaje de mujeres* que fueron atendidas
durante el puerperio, 1997-2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	76.3	89.2
Paridad		
1	74.4	91.5
2	80.1	88.8
3	73.7	90.0
4 y más	75.7	76.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	62.5	-
Primaria completa	60.5	78.3
Secundaria y más	79.5	91.3

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

* Mujeres que tuvieron su último hijo nacido vivo en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.27
Distrito Federal. Meses de lactancia de los últimos hijos nacidos
vivos* por cuartiles, 1997 y 2009

Duración de la lactancia	1997	2009
Total		
25%	0.6	2.0
50%	3.5	5.5
75%	7.4	10.2

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

* Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Cuadro A.28
Duración promedio de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos*,
nacional y por entidad federativa, 1997 y 2009

Entidad	Meses promedio	
	1997	2009
Oaxaca	11.9	11.9
Chiapas	10.4	11.2
Guerrero	10.3	11.2
Yucatán	10.8	10.2
Hidalgo	11.2	10.0
Campeche	9.2	9.7
Tabasco	8.7	9.6
Veracruz	9.6	9.4
Morelos	9.5	9.3
Puebla	9.6	9.2
Baja California Sur	8.3	8.9
San Luis Potosí	8.8	8.8
Nayarit	8.8	8.6
Tlaxcala	8.3	8.5
Nacional	7.8	8.3
Quintana Roo	8.3	8.2
Querétaro	8.5	8.2
México	7.1	8.2
Sinaloa	7.5	8.1
Zacatecas	7.8	7.8
Michoacán	8.0	7.8
Sonora	6.9	7.8
Durango	6.8	7.6
Guanajuato	6.8	7.6
Colima	7.2	7.4
Coahuila	7.1	7.3
Nuevo León	5.8	7.0
Distrito Federal	5.6	7.0
Tamaulipas	5.9	6.9
Jalisco	6.2	6.8
Aguascalientes	5.9	5.8
Chihuahua	5.2	5.5
Baja California	4.5	5.4

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

*Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

**Perfiles de Salud Reproductiva
Distrito Federal**

Se terminó de imprimir en diciembre de 2011,
en IAG en Color, S.A. de C.V.,
Gral. Torroella, No.19, Col. Ampliación Daniel Garza,
C.P. 11840, México , D.F.,
consta de 1 000 ejemplares.



Vivir Mejor



UNFPA



CONAPO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA

SEGOB

GOBIERNO
FEDERAL

