Perfiles de Salud Reproductiva

Hidalgo

Perfiles de Salud Reproductiva
Hidalgo

Consejo Nacional de Población

Coordinadores:
Paloma Villagómez Ornelas
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Autores:
Paloma Villagómez Ornelas
Doroteo Mendoza Victorino
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 Colocia
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. Hidalgo
Primera edición: noviembre de 2011
ISBN: 978-607-427-157-7
ISBN: 978-607-427-188-1

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

23 **2. Patrones reproductivos**

23 2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
24 2.2 Intervalo protogenésico
25 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
33 4.2 Embarazo no planeado

34 **5. Anticoncepción**

34 5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
38 5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
38 5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
42 5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
43 5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
46 5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
47 5.7 Anticoncepción posparto

48 **6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)**

49 6.1 Nunca uso de anticonceptivos
52 6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
56 6.3 Demanda total de anticonceptivos

56 **7. Salud materna**

57 7.1 Mortalidad materna
57 7.2 Aborto
58 7.3 Atención prenatal
61 7.4 Atención del parto
63 7.5 Atención durante el puerperio

63 **8. Lactancia materna**

65 **9. Conclusiones**

67 **Bibliografía**

69 **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 a Hidalgo en el 23° sitio del *ranking* estatal (véase CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 21° en prevalencia anticonceptiva; en el 10° en cuanto al porcentaje de usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 25°, 22° y 19° en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural, respectivamente; en el 6° respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 23° por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 20° por su tasa global de fecundidad; y en el 24° sitio por exhibir una cifra relativamente elevada de razón de mortalidad materna.

Ese perfil ubica a Hidalgo, junto con Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, San Luis Potosí, Durango y Guanajuato, en el patrón de estados en una *situación intermedia desfavorable de salud reproductiva.*

El marco de referencia que define 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, fuentes 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.

Para facilitar la comprensión y consulta, no sólo del público cuya especialidad es la salud reproductiva sino de cualquier lector interesado, los contenidos inician con la definición de los indicadores involucrados; para dar pie a una descripción del nivel estatal actual[1] y su comparación con el dato nacional y con el promedio del patrón o grupo de estados al que corresponde según el IRO; se señalan 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 de Hidalgo alcanzó cerca de 2.67 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (51.8%). A pesar de que el volumen actual de la población estatal representa 41.1 por ciento más del observado en 1990 (1.89 millones), la velocidad a la que crece es prácticamente constante. Entre 1990 y 2000, la población total se incrementó a un ritmo de 1.7 por cada cien, manteniéndose esta cifra en 2000 y 2010, (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 y la razón de dependencia demográfica, se observa que Hidalgo se encuentra en fase *moderada* de la transición demográfica.[3]

---

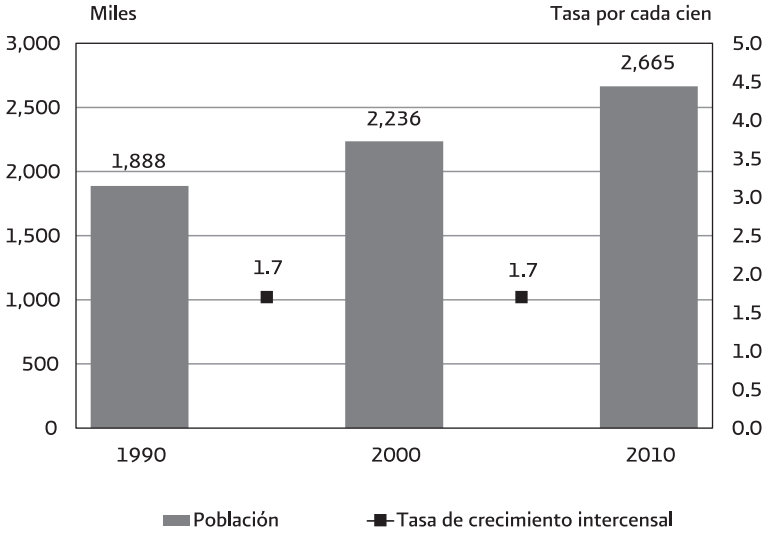
[1] En este documento se utiliza el término nivel actual para ubicar la situación que guarda el indicador al que se haga referencia en 2009, con datos de la ENADID correspondiente, dado que es la información más reciente de la que se dispone.

[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 de 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 prevaleciente, 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 las proporciones y porcentajes, derivadas del paquete estadístico utilizado.

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

Gráfica 1.
Hidalgo. 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.

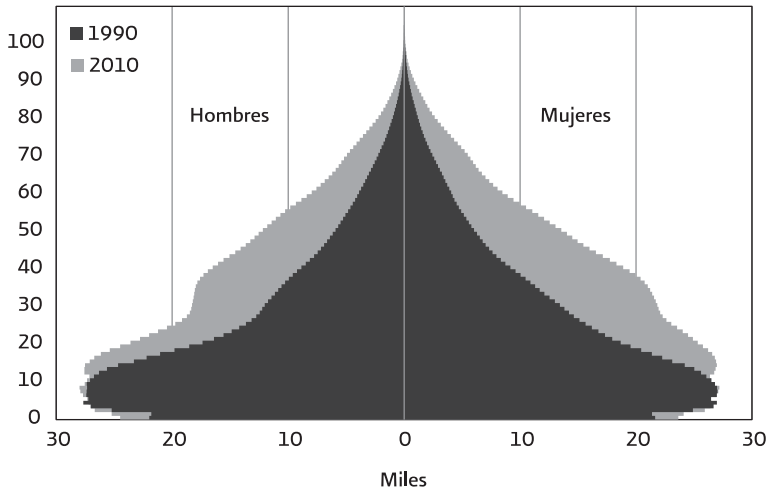
De acuerdo con los datos observados, en 2010 poco menos de la tercera parte de la población estatal es menor de 15 años (800 667; 30.0%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (494 392; 18.6%). Si bien en conjunto suman cerca de la mitad de la población total, su peso específico 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.
Hidalgo. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1990, 2000 y 2010

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	41.2	35.7	30.0
15-24	20.1	19.6	18.6
25-44	23.6	26.6	28.5
45-59	8.9	10.6	13.4
60 y más	6.2	7.5	9.4
80 y más	0.9	1.1	1.5

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

Gráfica 2.
Hidalgo. Pirámides de población, 1990 y 2010



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

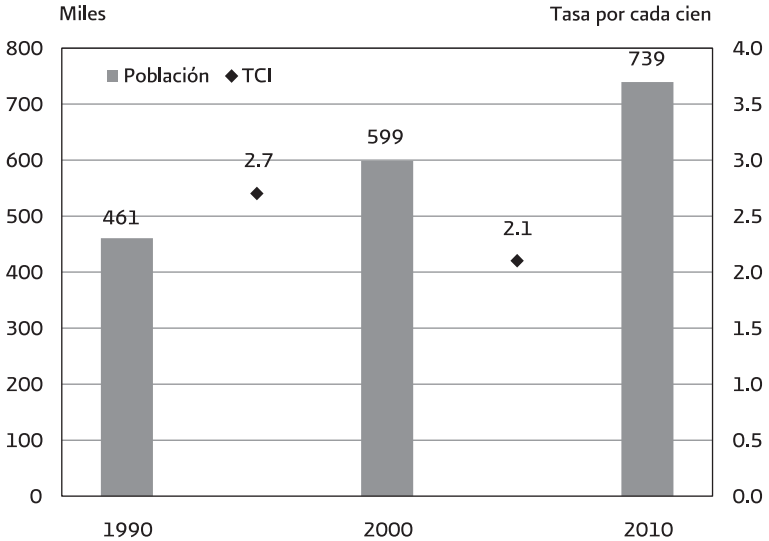
En la pirámide de población es posible observar el cambio de la estructura por edad entre hombres y mujeres a lo largo de 20 años. En 2010, la población de cero a tres años de edad, y en el caso de los hombres también entre los seis y siete años, presentan un muy ligero incremento en su volumen, en relación con 1990. No obstante, en las edades subsecuentes se vislumbra un aumento constante en el tamaño de la población en 2010. Esta dinámica se refleja en el gradual ensanchamiento de la parte central de la pirámide, donde se concentra parte de la población adolescente y la adulta. En la punta, que corresponde a la población adulta mayor, es notable la ampliación en su volumen en relación con la década de 1990, no obstante, la intensidad a la que crece es menor conforme la edad aumenta. Un aspecto notable es que en Hidalgo, tanto en 1990 como en 2010, la población femenina se vuelve más numerosa que la masculina, a partir de los 16 años de edad (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 a la población en edad de trabajar (entre los 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 84.5 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay cerca de dos proveedores potenciales (1.7) por cada persona tentativamente dependiente. Asimismo, en 1990, 90.3 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil (dependencia juvenil); en 2010 representa 81.7 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 Hidalgo hay poco más de 739 mil mujeres en edad fértil (MEF), que representan 53.6 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 461 mil, 48.0 por ciento del total de

Gráfica 3.
Hidalgo. 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.

mujeres. Es decir, en los últimos 20 años la población femenina en edades fértiles creció 60.5 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto de la población. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF ascendió a una tasa de 2.7 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 2.1 (véase gráfica 3).

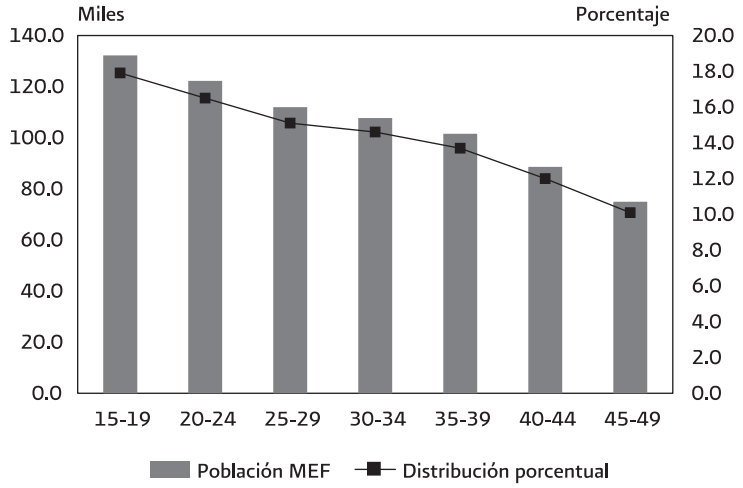
Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, pues las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada.

Así, en Hidalgo, 17.9 por ciento de mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15-19 años. Las mujeres 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 en el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín y Villagómez, 2010). Como se analizará en los respectivos apartados, en la actualidad 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.

El 31.6 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.6%) tiende a ser mayor. De esta manera, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de especial importancia en este periodo.

Por último, los grupos que menos contribuyen a la fecundidad son las mujeres de 35-39, 40-44, y 45-49 años, que concentran 13.7, 12.0 y 10.1 por ciento de la población en edad reproductiva, res-

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

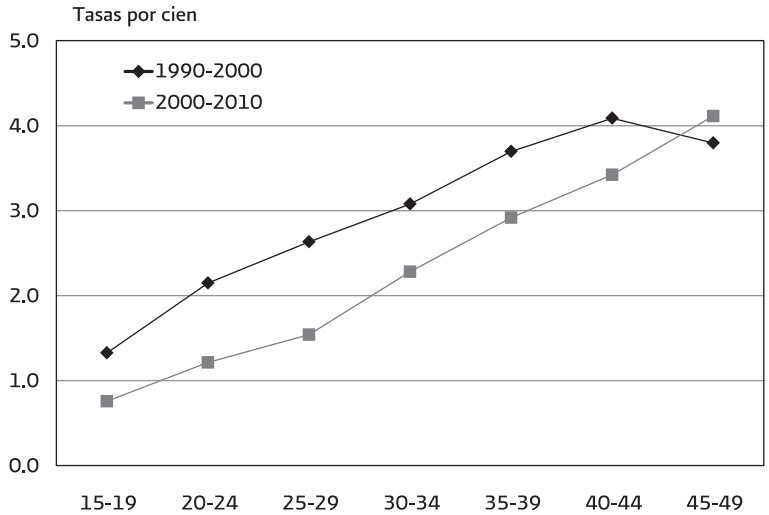


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

pectivamente (véase gráfica 4). Las necesidades en materia de salud reproductiva entre 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 la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

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 en el grupo de 45-49 años, en donde la tasa aumentó de

Gráfica 5.
Hidalgo. 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.

3.8 a 4.1 por cada cien. En contraste, el crecimiento de las mujeres adolescentes descendió de 1.3 a 0.8 por cada cien, siendo también este grupo en donde se encuentra la tasa de crecimiento más baja en el periodo 2000-2010.

Destaca también que en el periodo 2000-2010 las tasas de crecimiento de las mujeres en edad reproductiva aumentan de manera constante hasta el final de esta etapa, mientras que entre 1990-2000 la tasa decrece en el grupo de 45-49 años. Este comportamiento confirma la aceleración en el crecimiento de la población en edades más avanzadas, en consonancia 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 son 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 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 sugiere que en Hidalgo la cuarta parte (25% o primer cuartil) del total de las MEF de entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.3 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo había hecho al cumplir la mayoría de edad; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) la tuvieron a los 20.2 años (véase cuadro 1). 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.

El inicio de la actividad sexual de las mujeres de este estado es idéntico al registrado en el contexto nacional. La mediana, por ejemplo, fue de 18.0 años para las MEF de entre 25 y 34 años.

[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.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	16.3	18.0	20.2
35-49	15.7	17.9	21.1

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

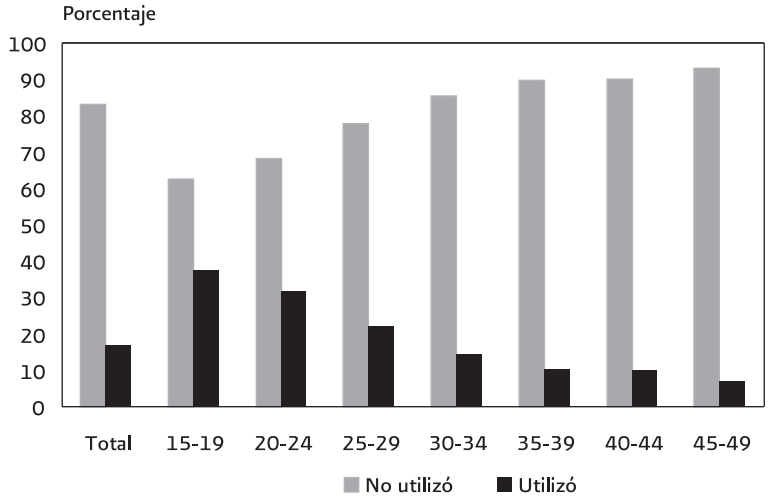
1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos

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 Hidalgo, 17.0 por ciento de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, dato un poco menor al observado a nivel nacional, de 19.9 por ciento, pero 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 9.9 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años manifestó usar anticonceptivos, la cifra aumenta a 14.7 por ciento en las de 30 a 34, y se incrementa de forma significativa a 37.4 por ciento en las de 15 a 19 (véase cuadro A.1 del Anexo).

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

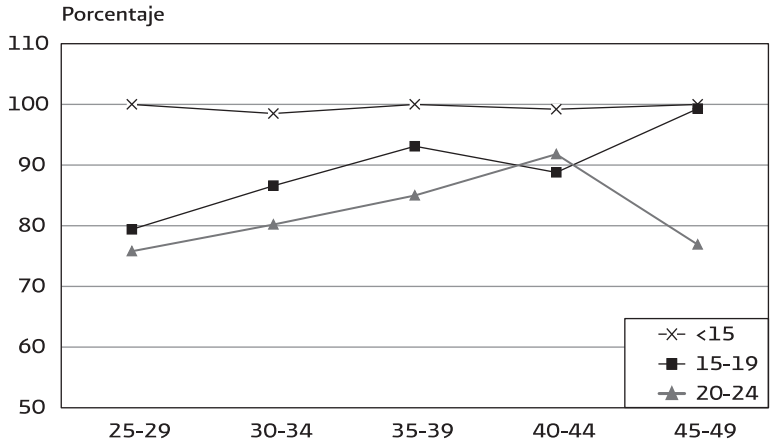


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Las mujeres de Hidalgo de generaciones más recientes reportan mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones anteriores. Así, por ejemplo, entre las mujeres de 40 a 44 años, un 11.2 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia, y 8.2 por ciento en la juventud (20 a 24), comparado con las que actualmente tienen 25 a 29 años, que emplearon anticonceptivos al inicio de su vida sexual, 20.6 por ciento al ser adolescentes y 24.2 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 cada vez menor en la vida de la mujer. Por ejemplo, en las mujeres de 25-29 años al momento de la encuesta, prácticamente ninguna mujer usó anticonceptivos cuando la relación sexual fue antes de los 15 años de edad, comparado con un porcentaje de 79.4 de no uso si la relación sexual ocurrió a los 15-19 años, y de 75.8 por ciento cuando ese acontecimiento se presentó entre los 20 y 24 años.

Gráfica 7.
Hidalgo. 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:

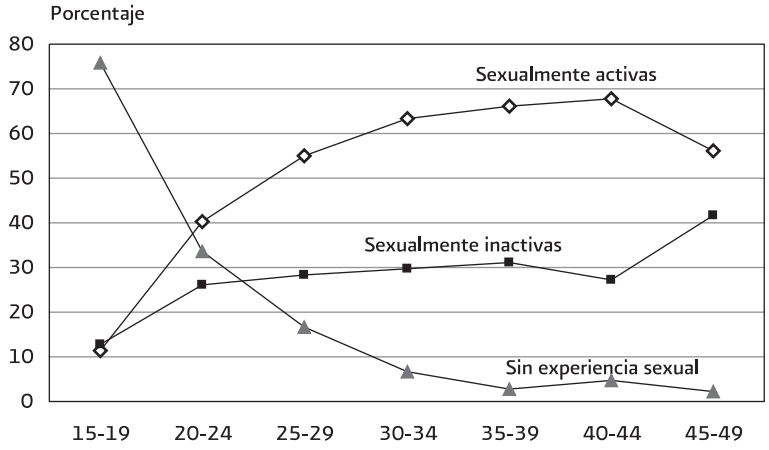
- *Mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)*. Se refiere a las mujeres que tuvieron al menos una relación sexual durante el último mes previo al levantamiento de la encuesta. El porcentaje correspondiente se calcula como el cociente de las MEFSA, entre el total de mujeres en edad fértil, multiplicado 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.

El 48.5 por ciento de las MEF de Hidalgo se clasifica en sexualmente activas, 26.8 por ciento como sexualmente inactivas, y 24.6 por ciento sin relaciones sexuales, datos parecidos al contexto del país, que fueron de 52.9, 23.2, y 23.9 por ciento, respectivamente. En esta medida, 75.4 por ciento de mujeres en edad fértil estaría expuesta potencialmente a un embarazo por el ejercicio de su sexualidad (véase cuadro A.3 del Anexo).

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. Las MEFSA inician con un porcentaje de 11.3 en las adolescentes, crecen con la edad hasta 67.8 por ciento en 40 a 44, para descender en el último grupo; en cambio, las MEFSI parten de 12.8 por ciento en las adolescentes y alcanzan 31.0 por ciento en las mujeres de 35-39. Luego, disminuyen a 27.3 por ciento en las de 40 a 44 hasta llegar a un máximo de 41.7 por ciento en las mujeres de 45 a 49.

En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, iniciando en 75.9 en las adolescentes, hasta valores mínimos, del orden de 2 por ciento, en las mujeres mayores que pasaron el periodo fértil (véase gráfica 8A).

Gráfica 8A.
Hidalgo. 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.

Desde esta perspectiva, una apreciación global relevante para las acciones de política y programáticas es que, en resumen, 24.1 por ciento de las adolescentes y 66.4 por ciento de las jóvenes están en riesgo potencial de embarazo por presentar una vida sexual activa o inactiva.

El análisis por situación marital muestra, obviamente, que el mayor porcentaje de las MEFSA se encuentra en las mujeres unidas, con 77.3. Al mismo tiempo, este dato resulta revelador, ya que antes se suponía que 100 por ciento de las MEFU estaba expuesta a un embarazo. Bajo el concepto de las MEFSA, resulta que 22.7 por ciento de las MEFU no es sexualmente activa, sino más bien es sexualmente inactiva.

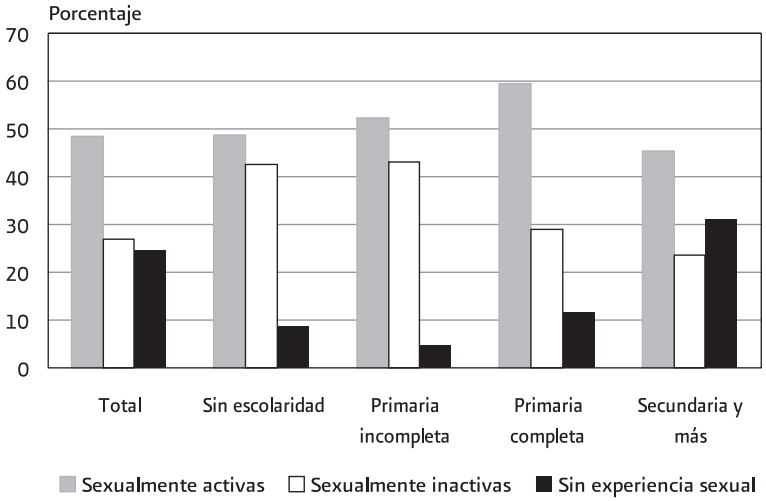
Por otra parte, tanto las alguna vez unidas como las solteras no entraban en el grupo de exposición en el concepto tradicional. Ahora sabemos que 14.0 por ciento de las primeras y 9.5 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 86.0 y 22.3 por ciento, respectivamente, son sexualmente inactivas.

El número de hijos nacidos vivos por mujer, indicador que en términos demográficos se conoce también como paridad o paridez, muestra una relación positiva con el número de MEFSA hasta la paridad tres. De hecho, las mujeres con ese número de hijos son las que presentan el más alto porcentaje de vida sexual activa de todos los subgrupos analizados, 72.9 por ciento está en esa situación.

Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por su relación con la prevención del primer embarazo. El 28.3 por ciento de mujeres sin hijos se declara como sexualmente activa o inactiva, 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, en Hidalgo, por su parte, guarda una relación positiva con la ausencia de relaciones sexuales e inversa con la vida sexual inactiva (véase gráfica 8B). Las mujeres sin escolaridad o

Gráfica 8B.
Hidalgo. 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.

con algún grado de primaria pueden ser consideradas como población objetivo de programas de salud reproductiva, dado su alto grado de exposición al riesgo de embarazo.

Por lugar de residencia, 48.4 por ciento de las mujeres rurales y 48.6 por ciento de las urbanas se clasifican con vida sexual activa, así como el 28.0 y 25.9 por ciento, con vida sexual inactiva, respectivamente.

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 de 1997 reportó que una cuarta parte de las MEF de 25-34 se había unido por primera vez a los 15.9 años, la mitad antes de cumplir la mayoría de edad, esto es a los 17.9 años, y tres cuartas partes a los 21.1. La encuesta de 2009 revela que el evento del primer matrimonio o unión parece haberse desplazado levemente en Hidalgo, con 17.7 años para el primer cuartil, y 19.8 y 22.8 años para la mediana y el tercer cuartil, respectivamente (véase cuadro 2).

La primera unión en Hidalgo, para la generación 25-34, ocurre a edades parecidas a las del país: 17.4, 19.8 y 22.9 años para el primer cuartil, mediana y tercer cuartil, respectivamente. De la misma manera se presenta para la generación 35-39. Las edades a la primera unión en 2009 para esta generación son de 17.0, 19.6 y 23.6 años para el primer cuartil, mediana y tercer cuartil, respectivamente. Mientras que las edades nacionales fueron de 17.6, 20.3 y 24.0, de forma respectiva.

Al comparar la edad a la primera relación sexual, se deduce que la primera unión en las mujeres de 25-34 de Hidalgo ocurre después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a todas las MEF de 25-34 años encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual se da a los 18.0 años, mientras que la primera unión se presenta a los 19.8, lo que separa a ambos eventos en casi dos años. 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.
Hidalgo. Edad a la primera unión por cuartiles de dos generaciones, 1997 y 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	15.9	17.9	21.1
35-49	15.2	17.9	21.1
2009			
25-34	17.7	19.8	22.8
35-49	17.0	19.6	23.6

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

2. Patrones reproductivos

Se refiere a la trayectoria que las mujeres y sus parejas siguen para tener a sus hijos, lo cual es consecuencia del grado de exposición al riesgo de embarazo y del uso de anticonceptivos. 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.

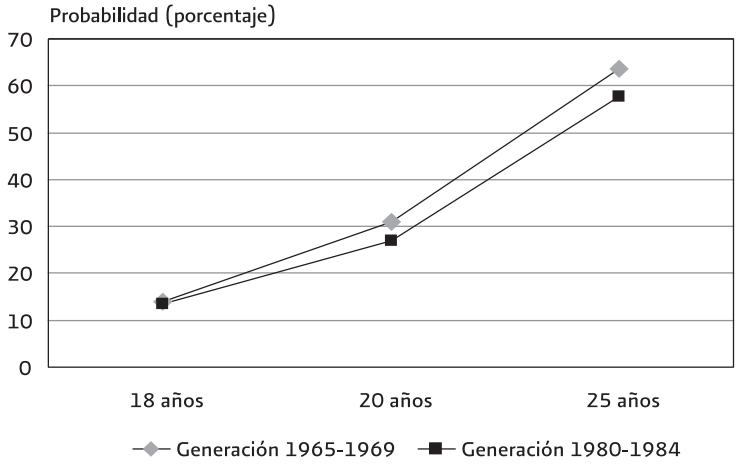
2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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 63.5 por ciento para la generación nacida en 1965-1969, pero con la generación 15 años más joven, de 1980-1984, el dato pasó a 57.7 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Según parece, en Hidalgo ha disminuido la probabilidad de que las mujeres jóvenes se convierten en madres antes de los 25 años (véase gráfica 9).

Gráfica 9.
Hidalgo. 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.

De la misma forma, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir los 20 años pasó de 31.0 a 27.0 por ciento para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, respectivamente, mostrando también una reducción en la probabilidad de mujeres que antes de los 20 años ya eran madres. La probabilidad de que una mujer tenga a su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad en la generación más reciente, de 27.0 por ciento, es más baja que la del promedio de estados en *situación intermedia desfavorable*, y también es menor al dato del país en su conjunto, de 31.4 por ciento (CONAPO, 2011).

La probabilidad de ser madre antes de cumplir la mayoría de edad también presenta una disminución entre las dos generaciones, de 14.0 a 13.5 por ciento, respectivamente. Este cambio en la frecuencia con que las mujeres de Hidalgo se convierten en madres antes de cumplir 18 años 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 50.6 por ciento de las mujeres en Hidalgo tuvo a su primer hijo en un lapso muy corto posterior a la unión, con una duración menor a un año, pero 12 años antes era de 45.3 por ciento. Las mujeres que esperan entre uno y dos años para tener a su siguiente hijo representaban 31.1 por ciento, lo que indica que la mayoría de las mujeres de la entidad (81.7%) espacia muy poco la llegada del primer hijo. No obstante, se observa en 2009 un ligero decremento en el porcentaje de mujeres cuyo intervalo protogenésico es de cuatro años o más (véase cuadro 3).

Cuadro 3.
Hidalgo. 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	45.3	50.6
De 1 a < 2	34.4	31.1
De 2 a < 4	14.7	13.1
4 y más	5.7	5.2
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 no recuperación física de la madre, como por la capacidad para la atención y cuidado de los hijos, si bien es claro que 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 entre dos y tres, son considerados favorables o adecuados para la reproducción.

Bajo esta perspectiva, en 2009 se observa un incremento en la duración de los dos primeros intervalos intergenésicos con respecto a 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 hijos (véase cuadro 4). Así, según la última encuesta, la mayoría de las mujeres tuvo a su segundo (66.0%) y tercer hijo (71.0%) en condiciones de espaciamientos potencialmente adecuadas o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los hijos. Este comportamiento reproductivo observado en Hidalgo es también equivalente al registrado en el país.

Cuadro 4.
Hidalgo. 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	43.3	38.3	34.0	29.0
De 2 a < 4	40.1	40.7	33.3	39.3
4 y más	16.7	21.0	32.7	31.7
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

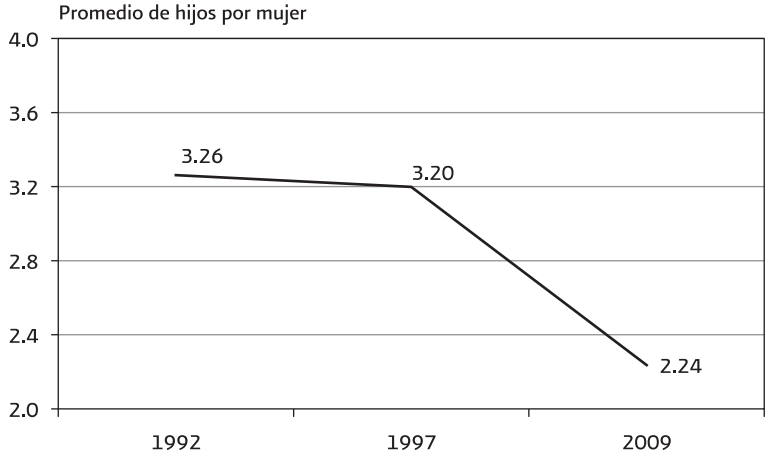
En México, el artículo 4° de la Constitución Política estipula, entre otros aspectos, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la disminución 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 Hidalgo 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 3.26 hijos y a 2.24 en 2009 (véase gráfica 10). Sin duda, uno de los determinantes de este descenso ha sido el uso de la tecnología anticonceptiva.

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

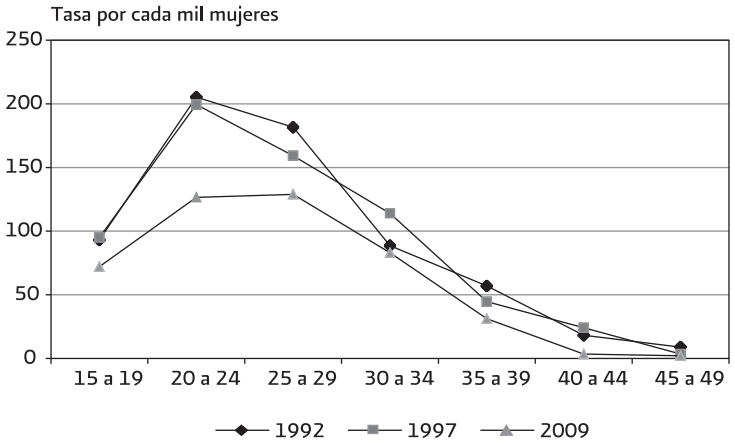


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

La estructura por edad de la fecundidad en Hidalgo muestra actualmente un patrón de fecundidad dilatado, en virtud de que la cúspide de la fecundidad se encuentra entre los 25 y 29 años de edad, lo cual sugiere una tendencia a aplazar los nacimientos a edades más avanzadas (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.

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



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

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, Hidalgo redujo la TGF en 31.4 por ciento.

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

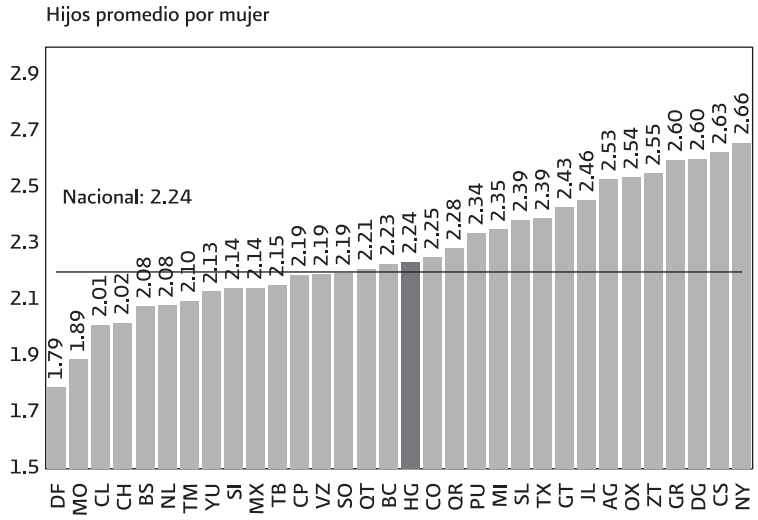
En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas casi cuatro décadas, el indicador es proporcionalmente menor al observado en otras edades. En 1992 la tasa de fecundidad adolescente era de 93.0 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 tuvo lugar otra disminución (22.5%), pasando a 72.1 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 Hidalgo, entre 1990 y 2005[6,7] la

[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 subregistro 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.

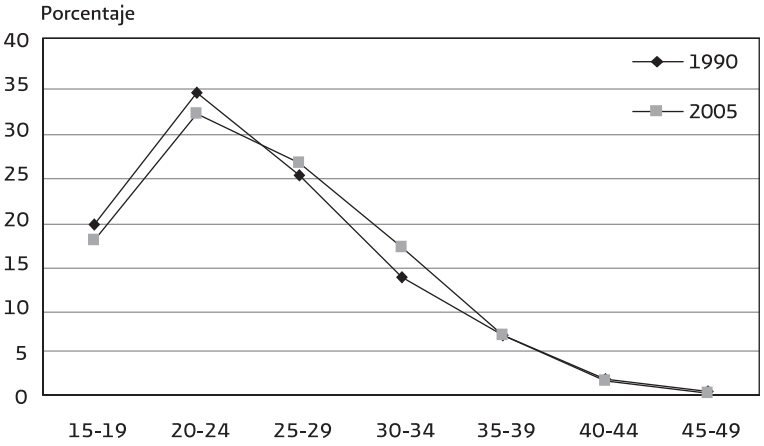
[7] Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee de información para pocos años (2008-2010) y aún presenta problemas importantes de subregistro 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.
Hidalgo. Distribución porcentual de los nacimientos por edad de la madre, 1990 y 2005



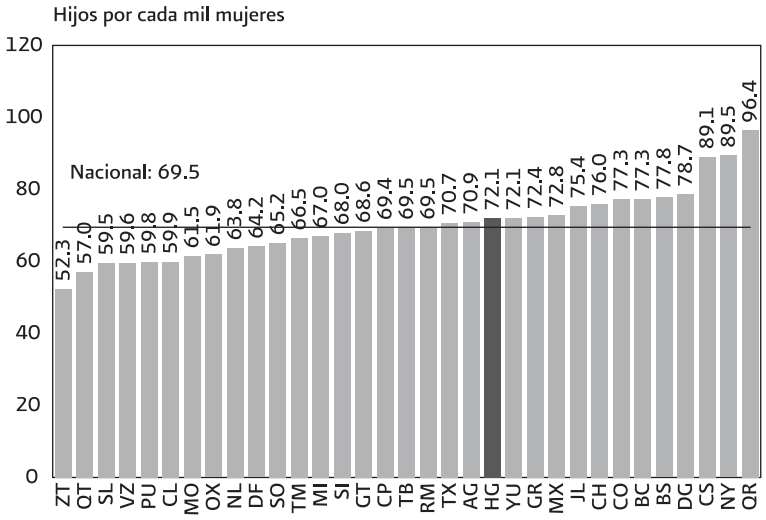
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en estadísticas vitales de nacimientos del INEGI.

participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes sufrió una disminución, de 19.2 a 17.4 por ciento. En este periodo, 31.5 por ciento de los nacimientos proviene de mujeres de entre 20 y 24 años de edad. Las variaciones más notorias se observan en aquellas entre 20 y 24 años y entre 30 y 34 años, los cambios en las participaciones fueron de 33.8 a 31.5 por ciento y de 13.3 a 16.5 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 ado-

lescente no necesariamente se encuentran en las entidades con mayores TGF. En el caso de Hidalgo, en 2009 la fecundidad adolescente se encuentra apenas por arriba del nivel nacional.

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



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

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. 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.

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.

4.1 Ideal de hijos e hijas

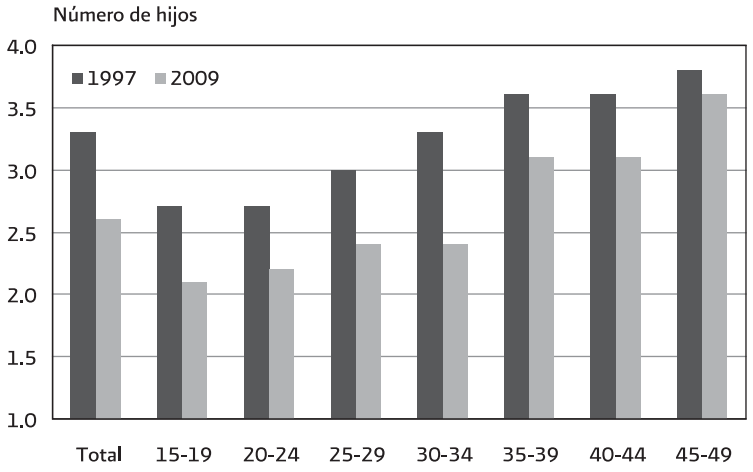
Se dice que las preferencias e ideales reproductivos de las personas son el resultado de un proceso complejo, en el que intervienen factores de diferente índole y aproximación, como son el contexto social, el contacto con las instituciones de salud y educativas, el ambiente laboral, las redes sociales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

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]

De acuerdo con el cuadro A.5 del Anexo, el número ideal de hijas e hijos en 1997 era de 3.3 en Hidalgo, comparado con 3.2 del país; y bajó a 2.6 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 de la entidad tienen preferencia por un número de hijos de 2.1, según la ENADID 2009, las mujeres del extremo inferior del periodo fértil reportaron como ideal 3.6 hijos promedio, esto es, una diferencia de 1.4 hijos 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.
Hidalgo. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009

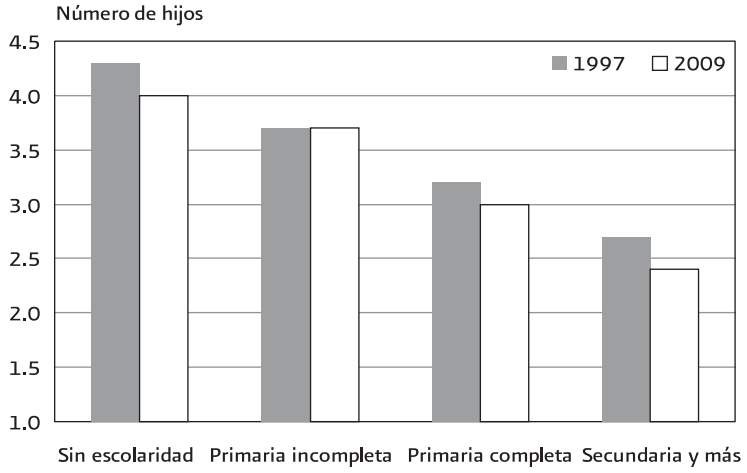


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia de manera consistente con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que discrimina la expectativa reproductiva de las parejas de Hidalgo, con una diferencia de 1.7 hijos entre las categorías de los extremos, es decir, mientras que las que no poseen grado escolar alguno prefieren 4.0 hijos, según la encuesta de 2009, las de secundaria y más tienen como ideal 2.4 (véase gráfica 15B).

[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).

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

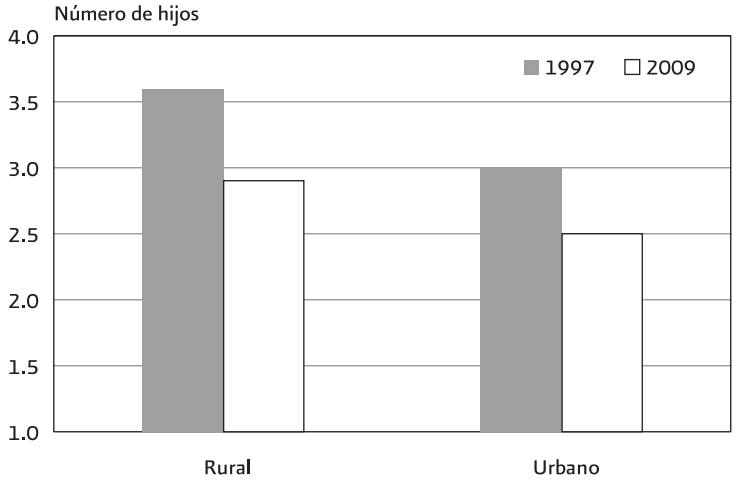


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Resalta, sin embargo, que esa brecha entre categorías extremo era igual en 1997. Aun y cuando las expectativas reproductivas disminuyan en todos los grupos según la escolaridad, las reducciones en las categorías extremo son idénticas, razón por la cual la brecha se mantiene constante aunque en cantidades menores de hijos.

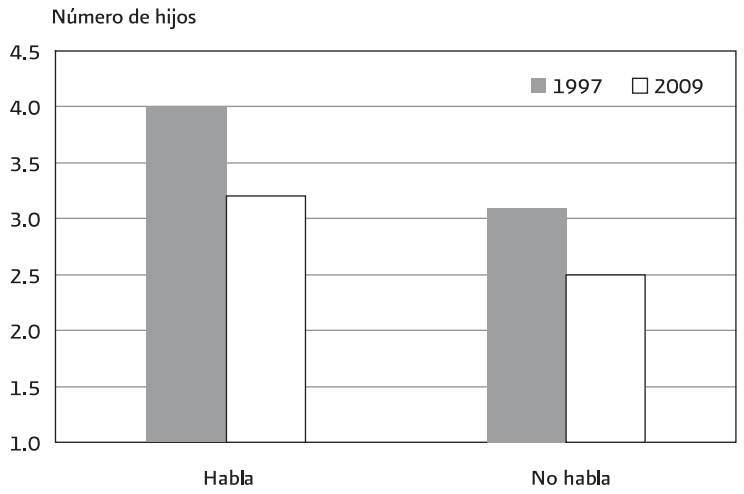
Por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, las preferencias reproductivas ocurren de forma similar en Hidalgo (véanse gráficas 15C y 15D). Las mujeres rurales prefieren recientemente 2.9 hijos, y las hablantes de lengua indígena, 3.2 hijos; mientras que las urbanas, así como las no hablantes de lengua indígena se inclinan por 2.5 hijos.

Gráfica 15C.
Hidalgo. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



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

Gráfica 15D.
Hidalgo. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2009



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

Respecto a la paridad, se aprecia el siguiente comportamiento. En 1997, 56.8 por ciento de las mujeres sin hijos deseaba un número máximo de dos hijos, porcentaje que aumentó a 79.3 en 2009; y ese mismo ideal de hijos en las mujeres que tenían un hijo pasó de 65.6 a 75.1 (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 43.6 por ciento reportó como ideal ese mismo número de hijos en 1997, dato que aumentó a 51.2 por ciento en 2009; de igual forma, las que tenían tres hijos nacidos vivos y que se inclinan por ese mismo número de hijos, pasó de 47.9 a 49.8 por ciento; en las de paridad cuatro, en 1997 el 49.9 por ciento escogió ese mismo número como ideal de hijos, mientras que en 2009 disminuyó a 40.3 por ciento. En las de paridad cinco y más, 37.6 por ciento prefiere ese mismo ideal de hijos, porcentaje que se incrementa a 54.5 en 2009.

Cuadro 5.
Hidalgo. 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	0.0	7.6	49.2	34.5	7.8	0.9
1	0.3	7.5	57.8	26.8	6.1	1.5
2	0.0	4.1	43.6	33.2	14.1	5.0
3	0.9	5.5	19.0	47.9	20.3	6.3
4	2.1	2.1	22.0	5.1	49.9	18.7
5 y más	1.7	1.4	18.7	21.9	18.8	37.6

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

Cuadro 6.
Hidalgo. 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	7.0	12.1	60.2	17.1	3.1	0.5
1	0.7	20.3	54.1	20.0	2.4	2.4
2	1.8	5.8	51.2	24.0	13.6	3.6
3	1.0	4.6	15.0	49.8	17.4	12.3
4	3.3	4.8	27.1	11.0	40.3	13.5
5 y más	2.1	1.2	12.3	20.8	9.1	54.5

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

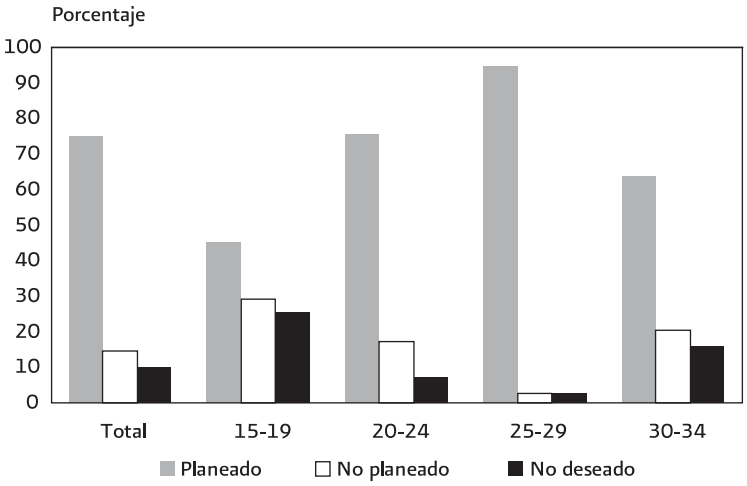
Indicadores:

- *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 Hidalgo, el 75.0 por ciento de las MEF que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 14.7 por ciento como embarazo no planeado y 10.2 por ciento como embarazo no deseado, según la ENADID 2009 (véase cuadro A.6 del Anexo). A nivel nacional se observó menor porcentaje de embarazos planeados (66.6), mayor 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 de 15 a 19 de Hidalgo, con 29.3, y en el grupo de 30 a 34, con 20.4. Mientras que el mayor índice de embarazo no deseado se localiza en el grupo de las adolescentes, con 25.5 por ciento.

Gráfica 16.
Hidalgo. 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.

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 por la 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.

5. Anticoncepción

Se ha demostrado que el incremento en el uso de anticonceptivos ha sido el determinante próximo más importante en la disminución de la fecundidad en México (Romo y Sánchez, 2009). Recientemente, se ha observado 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", cuando 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.

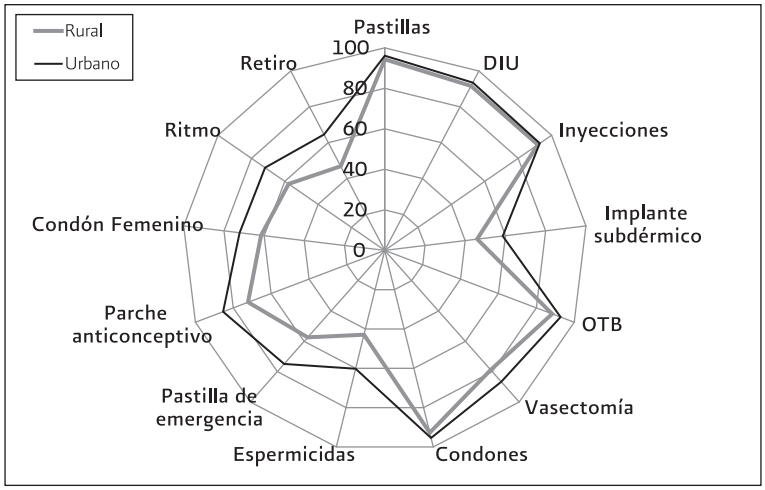
- *Porcentaje de MEF que conoce al menos un método anticonceptivo*. Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste fuera, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de MEF que 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]

En Hidalgo, según la última encuesta, se observa el siguiente comportamiento en el conocimiento de métodos: 90.0 por ciento o más de las MEF reconoce los condones, pastillas, DIU, inyecciones y la OTB (véase cuadro A.7 del Anexo); y estos niveles de conocimiento son ligeramente menores a los registrados en el país.

En un segundo plano, la vasectomía, el parche anticonceptivo, condón femenino y pastilla de emergencia (PAE) cuyo conocimiento oscila entre 67.6 y 83.3 por ciento; y con porcentajes aún menores, por abajo del 65 por ciento, aparece el implante subdérmico, espermicidas y métodos tradicionales.

Según el lugar de residencia de las mujeres, se observa también un aumento en el conocimiento de los anticonceptivos, sobre todo en las áreas rurales, dado que en las urbanas el conocimiento de las pastillas, el DIU y las inyecciones permaneció más bien estable. Esta dinámica ha redundado en una reducción de la brecha rural-urbana, entre 1997 y 2009, en la mayoría de los métodos (véanse cuadro A.8 del Anexo y gráfica 17). De manera singular, llama la atención una cierta tendencia a la disminución en el conocimiento de los espermicidas en zonas urbanas.

Gráfica 17.
Hidalgo. 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.

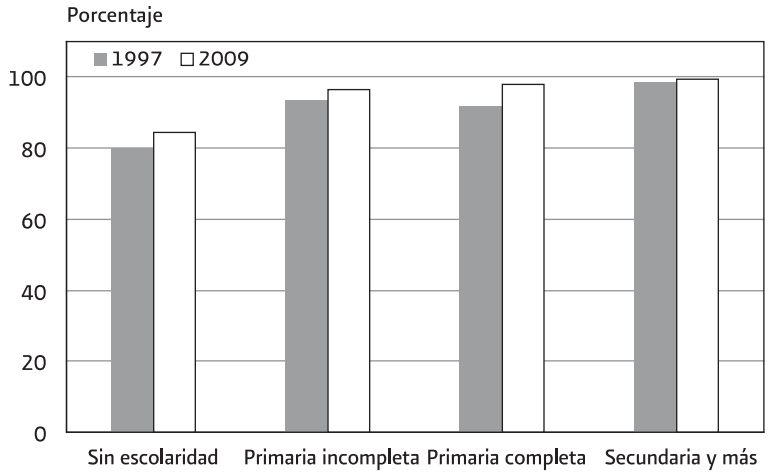
[9] Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 para las mujeres de habla de lengua indígena.

Si bien parece que la identificación de los diferentes anticonceptivos tiende a generalizarse en la población hidalguense, se evidencia la necesidad de que, tanto en áreas rurales como urbanas, se fortalezca aún más la difusión, promoción e información de los anticonceptivos recientes, tales como el implante subdérmico, la PAE, el condón femenino, así como los métodos tradicionales, a fin de hacer efectiva la elección del método con base en la gama completa.

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 93.9 en 1997 a 98.5 en 2009. Pero su principal utilidad radica en que mediante un solo dato permite observar diferencias según subgrupos de la población.

Se constata que en Hidalgo la mayoría de las mujeres ya conocía al menos un método anticonceptivo desde 1997, independientemente del grupo de pertenencia, según la edad, la situación marital, el número de hijos nacidos vivos, la escolaridad, el lugar de residencia y la condición de habla de alguna lengua indígena. Incluso en la entidad se tienen niveles de conocimiento superiores a los nacionales, por ejemplo, el comportamiento de las mujeres sin escolaridad es de 84.3 en 2009 superior a la tendencia en el país, de 82.4 (véanse cuadro A.9 del Anexo y gráfica 18A).

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

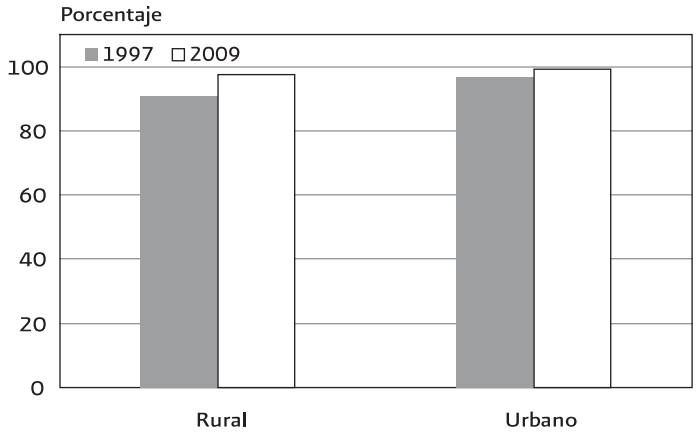


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Por lugar de residencia, la encuesta de 2009 corrobora lo ya evidenciado en 1997: el conocimiento de la anticoncepción era prácticamente total en áreas urbanas, y en áreas rurales de 97.5 (véase gráfica 18B).

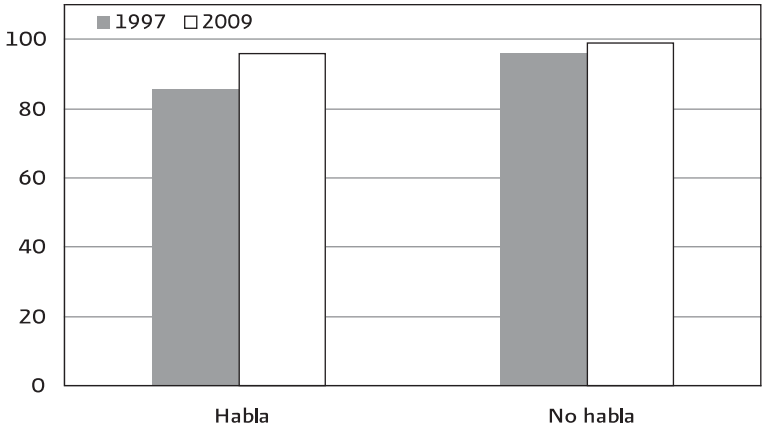
En 2009, casi la totalidad de las mujeres que no hablan lengua indígena identifica al menos un anticonceptivo, mientras que, las mujeres hablantes de lengua indígena lo hacen en un 95.8 por ciento. Se aprecia que hubo un aumento en el conocimiento en ambos grupos (véase gráfica 18C).

Gráfica 18B.
Hidalgo. 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.

Gráfica 18C.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2009



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

En consecuencia, la contraparte del conocimiento de al menos un anticonceptivo, es decir, el porcentaje que no conoce método alguno, es muy bajo en Hidalgo, de 6.1 por ciento en 1997 y 1.5 por ciento en 2009. Asimismo, se observa una disminución y permanencia a niveles bajos en la mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.10 del Anexo), con excepción de las mujeres sin escolaridad, en que todavía 15.7 por ciento no conoce método alguno de anticoncepción.

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.

En las mujeres de 25 a 34 y en las de 35 a 49 se muestra un retraso en la edad mediana al primer uso de métodos, en 1997 fue de 23.0 para las primeras y de 27.1 para las segundas en 2009; estas edades aumentaron a 24.2 y a 27.3 en los respectivos grupos de edad (véase cuadro 7).

En general, el comportamiento observado en torno al inicio de la práctica anticonceptiva en Hidalgo se presenta más tarde en la vida de la mujer, comparado con el registrado en el contexto nacional, que fue de 22.5 y 24.0 años como edades medianas al primer uso de métodos entre mujeres de 25-34.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	20.5	23.0	26.0
35-49	22.8	27.1	31.3
2009			
25-34	21.2	24.2	27.6
35-49	21.8	27.3	34.7

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

5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

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

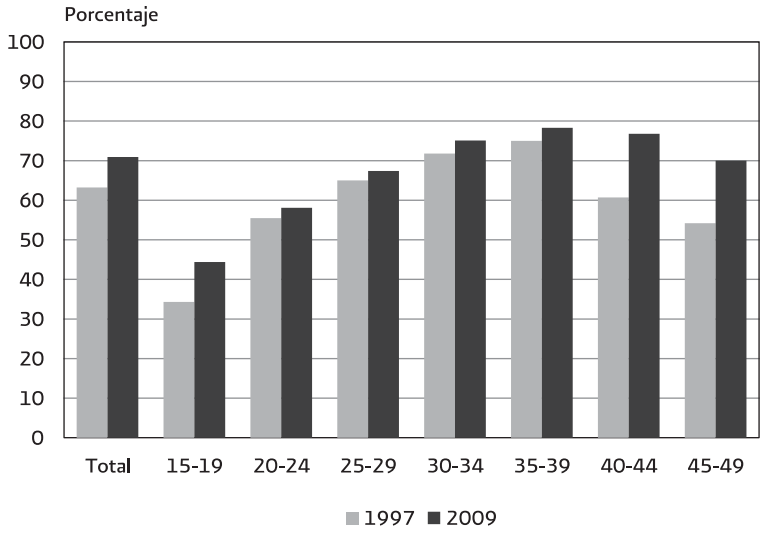
[10] Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012.

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.

La prevalencia anticonceptiva 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. Dicho indicador, calculado para las MEFU, forma parte del PNP y del PPFA. En Hidalgo aumentó de 63.2 por ciento en 1997 a 70.9 por ciento en 2009. Este último dato es casi igual al del promedio del grupo de estados en *situación intermedia desfavorable* (al que pertenece), de 71.0 por ciento; pero menor al registrado a nivel nacional (72.5%), y a la meta establecida en el PNP para el 2012, de 75 por ciento.

La evolución de la prevalencia anticonceptiva se relaciona con una distinta participación de las mujeres, según 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.11 del Anexo). Según la edad, por ejemplo, el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009 aumentó en las adolescentes, de 34.3 a 44.4 por ciento, y a un ritmo menor en las jóvenes, de 55.5 a 58.1 por ciento, en los dos últimos grupos de edad se observó el mayor incremento (véase gráfica 19A).

Gráfica 19A.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



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

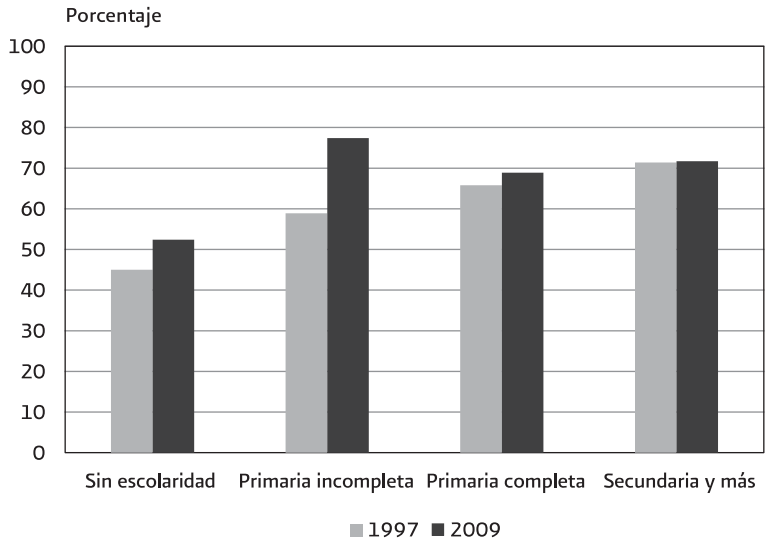
El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferencias importantes en el uso de métodos. Las mujeres unidas con paridad cero tendieron a ampliar su cobertura, de 19.6 por ciento en 1997 a 27.4 por ciento en 2009, lo cual es indicativo de una baja prevención de la llegada del primer hijo.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos permaneció aproximadamente estable en el lapso de los 12 años, con porcentajes de 51.4 y 50.2 en las dos encuestas; en tanto, en la paridad dos se observa un aumento, de 67.4 a 73.4 por ciento.

A partir de la paridad tres, que se asocia con la planeación de cuatro o más hijos, el uso de la anticoncepción se incrementa de forma notable, al grado de que alcanza el valor más alto de todos los grupos, con 82.8 por ciento en 2009. Es muy probable que dicha situación esté asociada con expectativas reproductivas de paridad satisfecha, que se vincula con el uso de anticonceptivos definitivos.

Respecto al nivel escolar, el uso de métodos anticonceptivos se elevó sustancialmente en las mujeres sin escolaridad, así como en aquellas con algún grado de primaria, mientras que se mantuvo estable en el grupo con secundaria y más (véase gráfica 19B).

Gráfica 19B.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 1997 y 2009



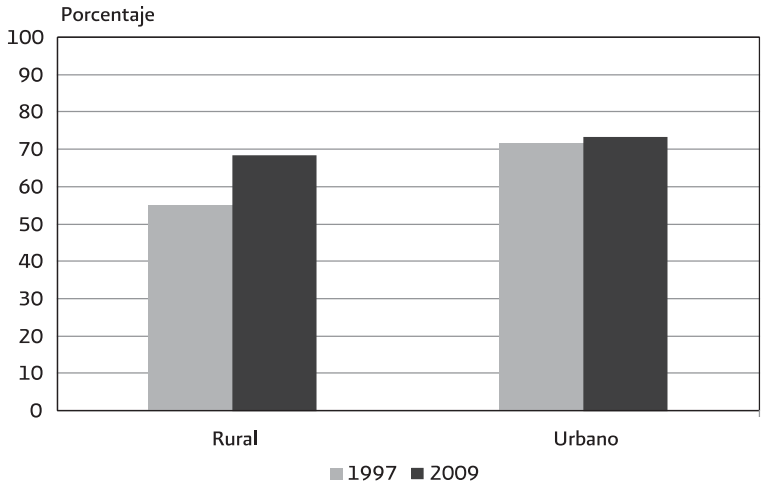
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Además de la edad, el lugar de residencia es también una variable estratégica de las acciones de salud reproductiva. Concretamente, se busca acortar la distancia en la cobertura anticonceptiva entre zonas rurales y urbanas. Así, el uso de métodos aumentó en las áreas rurales, de 55.0 a 68.3 por ciento entre 1997 y 2009, y en las urbanas, de 71.7 a 73.0 por ciento (véase gráfica 19C). En consecuencia, la brecha entre los dos ámbitos, que era de 16.7 puntos porcentuales en aquel entonces, disminuyó a 4.7 por ciento en la última encuesta.

Y lo mismo sucede entre las mujeres hablantes de lengua indígena que elevaron su prevalencia de 51.1 a 59.9 por ciento, mientras que en las mujeres no hablantes la evolución del uso de anticonceptivos pasó de 66.7 a 74.1 por ciento. Dicho comportamiento generó una reducción de 15.6 a 14.2 puntos porcentuales de distancia entre ambas categorías (véase gráfica 19D).

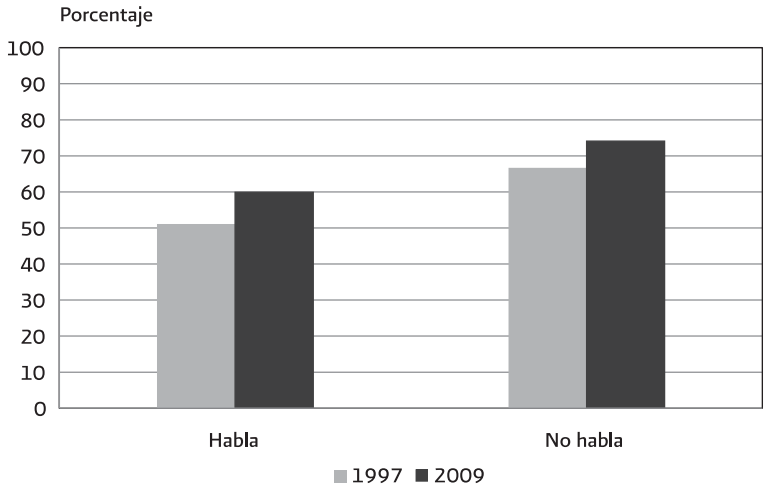
Ha sido costumbre examinar la cobertura o prevalencia anticonceptiva de forma conjunta para todos los anticonceptivos, obviando el indicador referido de forma específica para cada método por separado. Revisar este tipo de coberturas permite disponer de una aproximación al conocimiento de la preferencia

Gráfica 19C.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



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

Gráfica 19D.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2009



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

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.

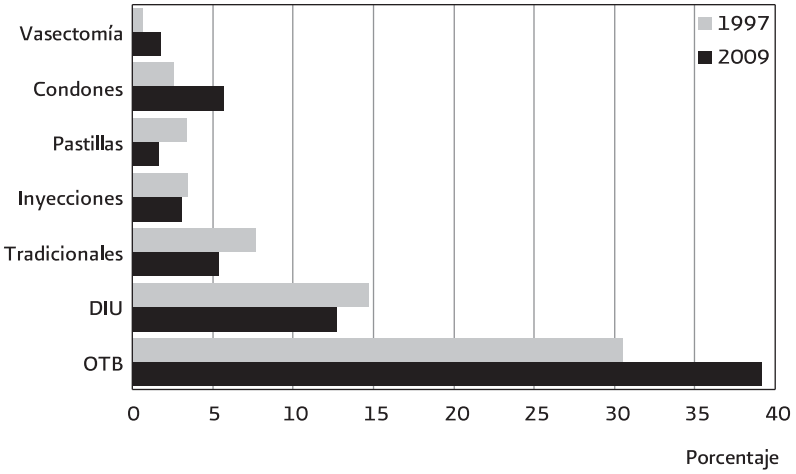
Resulta interesante analizar el comportamiento de los componentes de la cobertura global y las coberturas específicas por cada método (véase cuadro A.12 del Anexo). Una característica distintiva de dichas coberturas en Hidalgo es una creciente preferencia por la adopción de la OTB: mientras que en

1997 representaba 30.5 por ciento de las mujeres unidas, o sea, la mitad de la cobertura global, en 2009 se incrementó aún más, con una prevalencia de 39.2 por ciento. De esta forma, ahora la OTB cubre más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva total, que es de 70.7 por ciento.

Una observación general que sugieren las encuestas es que las mujeres de Hidalgo recurren cada vez más a la OTB, vasectomía y condón masculino, como opciones para limitar o regular su número de hijos; y cada vez menos a las pastillas, DIU y métodos tradicionales (véase gráfica 20). El hecho de que más de la mitad de la cobertura anticonceptiva en mujeres unidas del estado corresponde a métodos definitivos debe ser motivo de una seria reflexión y análisis, sobre todo por la vinculación "ideal" que debiera existir entre la adopción de estos métodos y las preferencias reproductivas de la población.

Por último, se observa en 2009 la presencia de nuevos métodos como opciones anticonceptivas de planificación familiar, por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una prevalencia de 0.8 por ciento y el parche anticonceptivo con 0.5 por ciento (véase cuadro A.12 del Anexo).

Gráfica 20.
Hidalgo. 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 (0.1% en 1997 y en 2009 no hay datos disponibles), Implante subdérmico (0.1 en 1997). 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.

5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

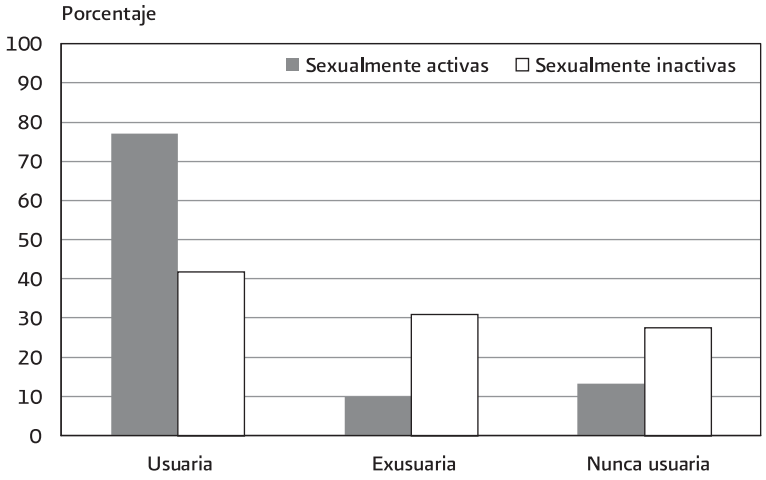
La ENADID 2009 permite estimar las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos según condición de actividad sexual, lo cual hace posible tener una aproximación más cercana a la exposición al riesgo de embarazo de las mujeres.

En Hidalgo, la cobertura anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) es de 77.0 por ciento, que casi similar al dato nacional, de 76.6 por ciento. El complemento de la

condición de uso de anticonceptivos para las MEFSA es que entre 9.8 y 13.2 por ciento corresponden a mujeres que descontinuaron el uso o nunca usuarias de métodos, respectivamente (véase cuadro A.13 del Anexo).

En las mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI) la prevalencia de uso disminuye a 41.7 por ciento; 30.9 por ciento corresponde a mujeres que descontinuaron el uso de métodos anticonceptivos y 27.4 por ciento, a nunca usuarias (véase gráfica 21).

Gráfica 21.
Hidalgo. 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.

El grupo de las MEFSI conjunta diferentes frecuencias de relaciones sexuales, que pueden ir desde cada dos o tres meses o muy esporádicas de cada seis meses o incluso menos frecuentes. El porcentaje de uso de anticonceptivos en este grupo es bajo, mientras que el de nunca usuarias es relativamente elevado. Esa situación es de particular importancia al analizar los grupos de adolescentes y jóvenes. Las MEFSA se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad, con prevalencias de 48.6 y 71.4 por ciento, respectivamente, mientras que las MEFSI recurren poco a la anticoncepción, con una prevalencia de 17.9 en adolescentes 26.8 por ciento en las jóvenes. Lo mismo ocurre en las MEFSI con paridad cero y uno, que exhiben niveles de uso muy bajos, de 16.6 y 18.9 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.14 del Anexo).

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 métodos anticonceptivos más utilizados por mujeres en edad fértil en Hidalgo fueron: la OTB, el DIU, los métodos tradicionales, las inyecciones y las pastillas; en términos relativos eran los más importantes y conformaban el 94.6 por ciento de las usuarias. En 2009, los cinco más importantes representaron 92.5 por ciento y fueron: OTB, DIU, condón masculino, métodos tradicionales e inyecciones (véase cuadro A.15 del Anexo). Nótese que el condón masculino pasó del sexto al tercer lugar, y los métodos tradicionales fueron desplazados del tercero al cuarto sitio.

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes indica que se amplió la gama de anticonceptivos en 2009 con respecto a lo acontecido 12 años atrás. Ahora, por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una importancia relativa no despreciable (1.4%), así como el parche anticonceptivo, con 1.2 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 aumento relativo de la OTB, con un 53.9 por ciento, pero también incrementaron su participación el condón masculino y la vasectomía; en tanto que disminuyeron su importancia el DIU, las pastillas, las inyecciones y los métodos tradicionales. Esta transición motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 95.7 por ciento en 1997 a 96.5 por ciento en 2009, así como una aparente estabilidad en la participación masculina en la planificación familiar, de 16.9 a 19.3 por ciento.

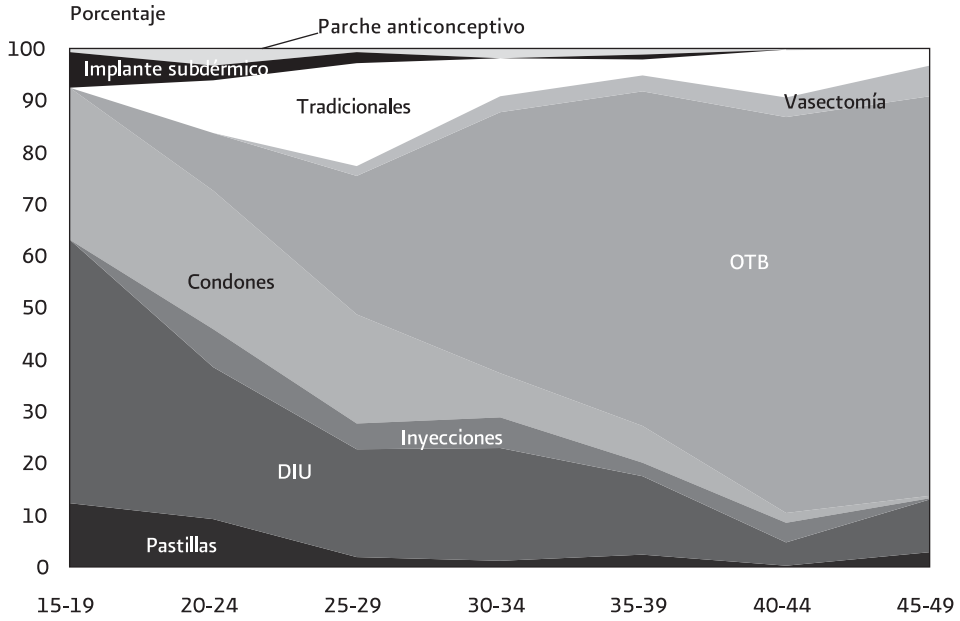
Hidalgo se identifica con el patrón en la estructura de métodos con predominio de la OTB, cuya característica es evidenciar la mayor efectividad anticonceptiva promedio de los cinco patrones construidos, pero, al mismo tiempo, las más bajas participaciones masculinas en la práctica anticonceptiva (CONAPO, 2011).

[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).

En las mujeres sexualmente activas, la estructura de métodos cambia según la edad. Mientras en las adolescentes de 15 a 19 sexualmente activas el DIU es el más importante en términos relativos, seguido del condón masculino, pastillas e implante subdérmico, que en conjunto conforman 99.1 por ciento de las usuarias; en las jóvenes de 20 a 24 estos mismos métodos constituyen 68.0 por ciento; en tanto que en las de 25 a 29 años la mezcla de métodos está determinada fundamentalmente por la OTB, el condón masculino y el DIU, representando en conjunto 68.8 por ciento. A partir de los 30 a 34, más de la mitad de las usuarias utiliza la OTB, cuyo peso relativo crece rápidamente a 64.7 por ciento en 35 a 39, a 76.5 por ciento en 40 a 44, y a 77.0 por ciento en 45 a 49 (véanse cuadro A.16 del Anexo y gráfica 22).

Gráfica 22.
Hidalgo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad, según tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 2009



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

Mientras tanto, el escenario de la mezcla de métodos que usan las mujeres en edad fértil unidas 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, que en 1997 ocupaban el segundo lugar en importancia relativa en las usuarias con paridad cero, el segundo en aquellas con paridad uno, y el tercer lugar en las de paridad dos, tres y cuatro y más. Doce años después, los métodos tradicionales sólo aparecen en importancia relativa de tercer orden en las usuarias con paridad uno, dos, tres y cuatro. De hecho, actualmente la estructura de los métodos está determinada en primer término por el condón masculino en las usuarias con paridad cero y en segundo en las de paridad uno; a partir de la paridad dos la OTB predomina en la mezcla de métodos, con 43.3 por ciento de las usuarias, creciendo a 77.7 por ciento en las que tienen cuatro o más hijos (véase cuadro A.17 del Anexo).

Por lugar de residencia, entre 1997 y 2009, la estructura en el uso de los anticonceptivos evolucionó de forma equivalente a lo descrito previamente para el estado en su conjunto, es decir, tanto en áreas

rurales como en urbanas, se observa un aumento en la importancia relativa de la OTB, el condón masculino y la vasectomía, así como una disminución en el peso relativo del DIU y los métodos tradicionales. El efecto de esos cambios es que, actualmente, en las áreas rurales la OTB y los condones integran 61.0 por ciento de las usuarias, mientras que en el ámbito urbano constituyen 65.2 por ciento de la mezcla (véase cuadro A.18 del Anexo).

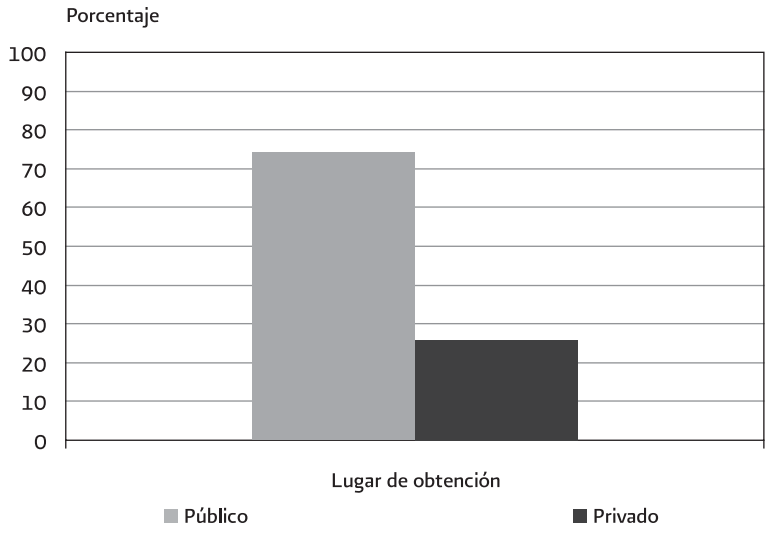
5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

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 estado de Hidalgo, 74.1 por ciento de las usuarias sexualmente activas se provee de anticonceptivos en el sector público, según la ENADID 2009, poco más de ocho puntos porcentuales más al compararlo con 65.9 por ciento del ámbito nacional (véanse cuadro A.19 del Anexo y gráfica 23A). La entidad ocupa el noveno lugar de mayor a menor participación del sector público como fuente proveedora de anticonceptivos, sin embargo, todavía 25.9 por ciento de usuarias de métodos anticonceptivos acude al sector privado.

Gráfica 23A.
Hidalgo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 2009

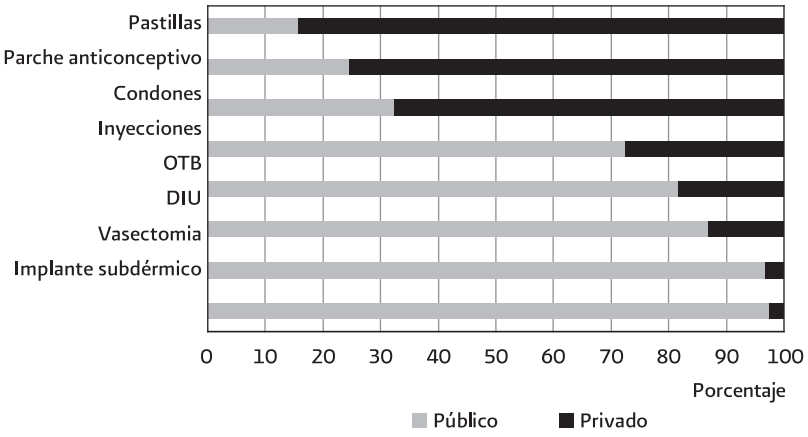


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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

Al analizar los datos por método específico, se observa que si bien la mayoría de las usuarias recurre al sector público para conseguir el implante subdérmico, los métodos quirúrgicos, el DIU y las inyecciones, por otra parte, 84.2 por ciento de usuarias de pastillas anticonceptivas, 27.5 por ciento de usuarias de inyecciones y 18.3 por ciento de mujeres que se han realizado la OTB, se proveen en el sector privado, al igual que la mayoría que utiliza el parche anticonceptivo (75.5%) y los condones masculinos (67.6%), véanse cuadro A.20 del Anexo y gráfica 23B.

Gráfica 23B.
Hidalgo. 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.

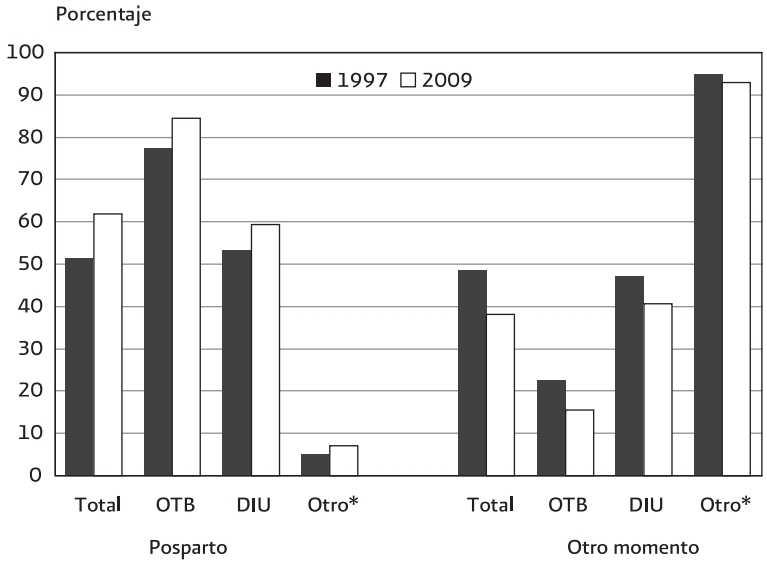
Indicadores:

- *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 de Hidalgo en los últimos 12 años. En 1997, el 51.4 por ciento de las usuarias adoptaba el método en el posparto, y el complemento, 48.6 por ciento, lo hacía en otro momento; mientras que en 2009, 61.9 por ciento de las usuarias inició el uso del anticonceptivo en el posparto y 38.1 por ciento, en otro momento. Con este escenario, la entidad presenta una mayor cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto, comparada con el promedio de estados a cuyo patrón corresponde, *situación intermedia desfavorable*, de 58.9 por ciento, y con el registrado en el país, de 58.7 por ciento.

En 2009, el 84.4 por ciento de las usuarias de OTB, 59.3 por ciento de usuarias de DIU, y 7.0 por ciento de usuarias de otros métodos adoptaron el uso en el posparto (véanse cuadro A.21 del Anexo y gráfica 24).

Gráfica 24.
Hidalgo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos según el momento de adopción del método, 1997 y 2009



Nota: * Pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, 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.

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

El nivel de nunca uso de anticonceptivos de las MEFU en Hidalgo pasó de 22.6 por ciento en 1997 a 14.7 por ciento en 2009, con una reducción de 7.9 puntos porcentuales. Dado que el uso se incrementó en 7.7 puntos en ese periodo, se infiere que la discontinuidad en el uso de métodos[14] aumentó muy levemente en 0.2 puntos, aproximándose a 14.4 por ciento.

El nunca uso ha evolucionado de forma diferente en el lapso de 12 años según el grupo de pertenencia de las mujeres, en función de las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.22 del Anexo). En las adolescentes, por ejemplo, se redujo en 13.4 puntos porcentuales, al pasar de 47.2 a 33.8 por ciento, y como el uso de anticonceptivos se elevó en 10.1 puntos, entonces, la discontinuidad de métodos se incrementó en 3.3 puntos, pasando de 18.5 a 21.8 por ciento.

Los mayores niveles de nunca uso prevalecen en las mujeres unidas de paridad cero (50.7%) y en las adolescentes (33.8%), aunque también en las hablantes de lengua indígena (22.9%) y en las que no tienen escolaridad (27.9%).

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.23 del Anexo). Según la ENADID 2009, el 13.2 por ciento de las mujeres sexualmente activas nunca ha usado anticonceptivos y aumenta a 27.4 por ciento en las sexualmente inactivas.

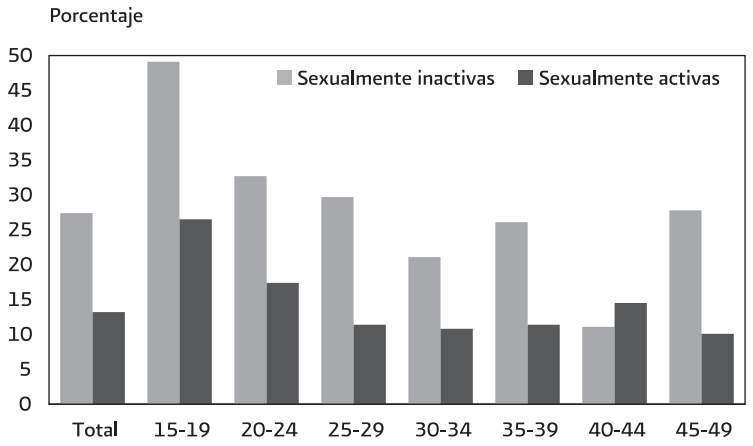
No obstante, existen diferencias importantes según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad hasta las mujeres de 30 a 34 años, en especial cuando se trata de mujeres sexualmente activas (véase gráfica 25A). Dada la exposición latente al riesgo de embarazos, particularmente no deseados y no planeados, preocupa el hecho de que en las mujeres sexualmente activas el 26.5 por ciento de las adolescentes nunca ha utilizado anticonceptivos.

Es la misma situación para el grupo de mujeres sexualmente inactivas, donde 32.7 por ciento de las jóvenes nunca ha utilizado anticonceptivos. De hecho, los porcentajes de nunca uso son considera-

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

bles 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.

Gráfica 25A.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 2009



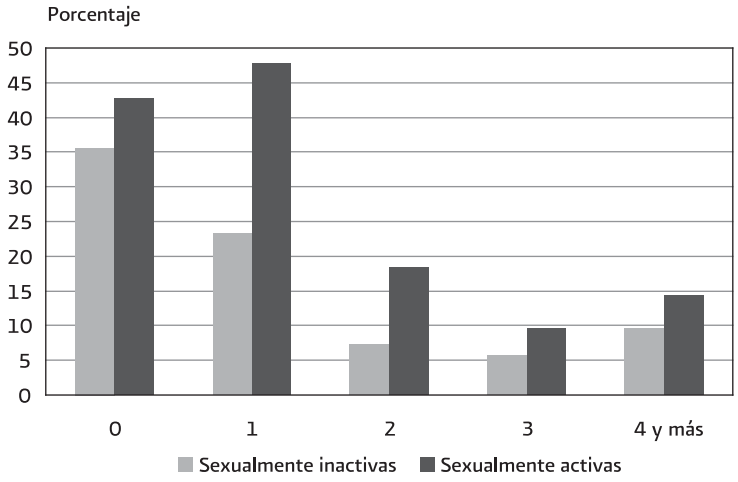
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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 25B). Aquí los porcentajes más altos se aprecian en la categoría de mujeres sexualmente activas con paridad cero (35.6), así como en las de paridad cero y uno, pero sexualmente inactivas (42.7 y 47.8, respectivamente). Estos niveles de nunca uso bien pudieran ser reflejo de condiciones de deseo del primogénito o incluso de un segundo hijo.

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 25C), en particular cuando se trata de mujeres sexualmente activas. Mientras que 26.8 por ciento de las sexualmente activas, sin escolaridad, nunca ha usado métodos, en las de secundaria y más el dato es de 10.9 por ciento. Destaca el porcentaje considerable de nunca uso en las mujeres sexualmente inactivas, independientemente del nivel de escolaridad.

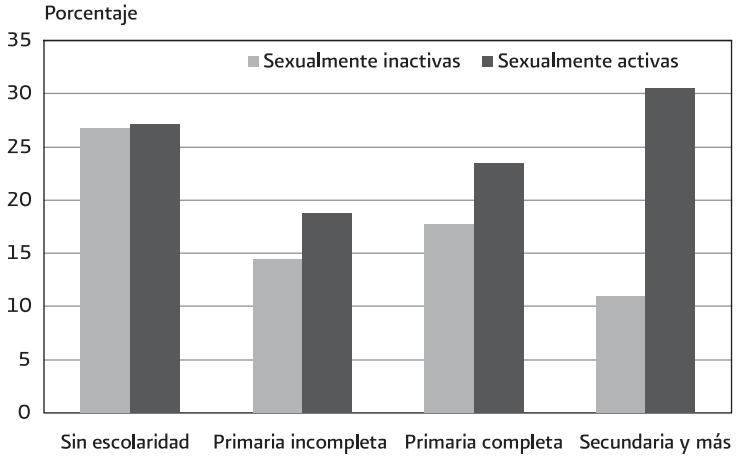
Por lugar de residencia, las diferencias en el nunca uso son menores. Sin embargo, en las mujeres sexualmente inactivas se observa un mayor nivel de nunca uso en las áreas rurales respecto de las urbanas, 30.6 por ciento *versus* 24.7 por ciento, respectivamente (véase gráfica 25D).

Gráfica 25B.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por paridez, 2009



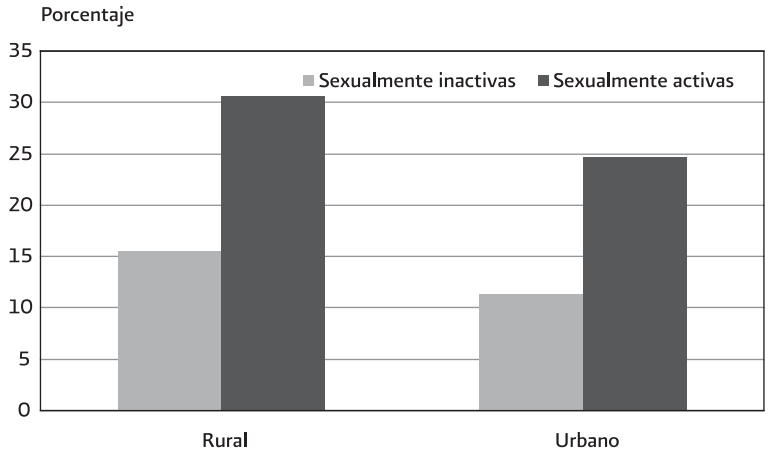
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

Gráfica 25C.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 2009



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

Gráfica 25D.
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 2009



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 Hidalgo alcanzó un nivel de 12.0 por ciento en 2009.[17] Actualmente, la NIA de la entidad es superior a la del país, de 9.8 por ciento, e incluso superior al promedio del conjunto de estados enmarcados en el patrón de *situación intermedia desfavorable*, de 10.2 por ciento (véase gráfica 26).

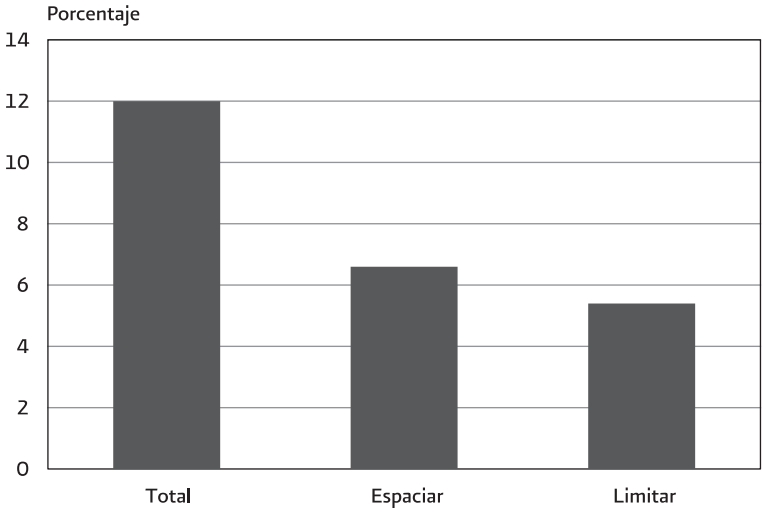
Las mayores necesidades insatisfechas prevalecen entre los 15 y 29 años, sobre todo para espaciar los embarazos. En las jóvenes la demanda insatisfecha fue de 26.8 por ciento, siendo la más elevada de todos los subgrupos, en casi cuatro veces a la registrada en 30 a 34, de 6.9 por ciento, y considerablemente más grande que la de mujeres de 45 a 49, de 5.8 por ciento (véase gráfica 27A).

[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.

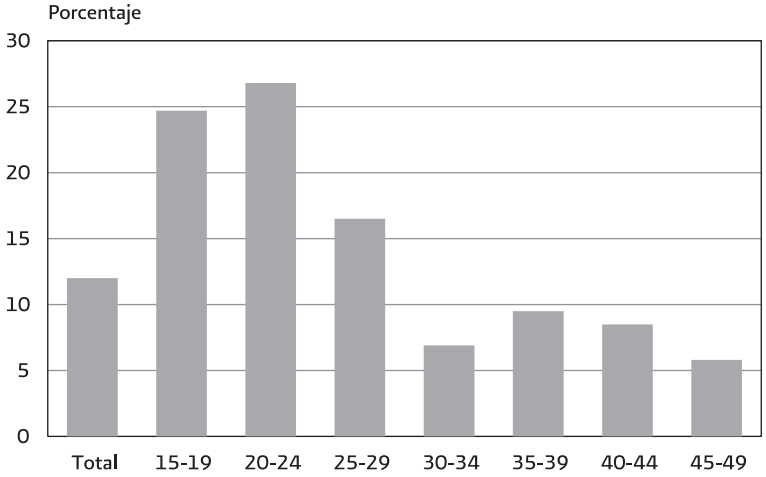
[17] En este caso no se compara con 1997 debido a que la construcción del indicador de la NIA en 2009 no incluye todos los elementos que sí fueron incluidos en la estimación del indicador en 1997.

Gráfica 26.
Hidalgo. 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.

Gráfica 27A.
Hidalgo. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por grupos de edad, 2009



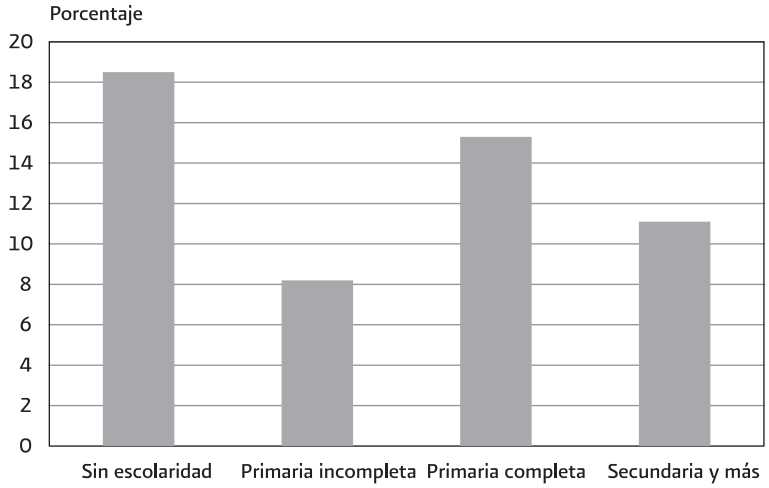
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

La NIA de adolescentes de Hidalgo (24.7%) en 2009 es mayor a la del promedio del patrón de estados en *situación intermedia desfavorable*, de 20.8 por ciento, pero casi igual al nivel observado en el contexto del país, 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 todavía elevados de demanda insatisfecha, de 26.8 y 16.5 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.24 del Anexo).

Con respecto a la paridez, la NIA entre el grupo de mujeres que no han tenido hijos es de 11.6 y en aquellas con un hijo es de 25.9 por ciento; en ambas situaciones el reto es disminuir la necesidad insatisfecha de la anticoncepción por espaciar la llegada del primogénito, así como del segundo hijo.

Gráfica 27B.
Hidalgo. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 2009



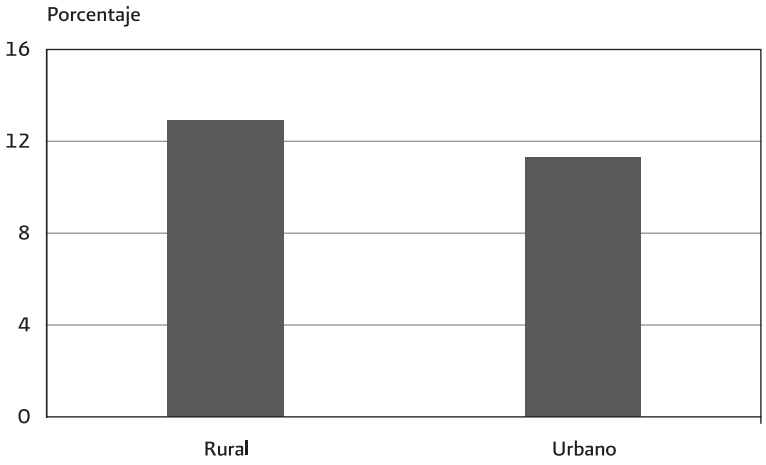
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

En las mujeres sin escolaridad la NIA fue de 18.5 por ciento, mientras que para las mujeres con secundaria y más fue de 11.1 por ciento, generando una distancia entre estas categorías de 7.4 puntos porcentuales (véase gráfica 27B). Aunque el grupo sin escolaridad sigue siendo el de mayor demanda insatisfecha —particularmente para limitar—, seguido de las mujeres con primaria completa.

En zonas rurales la NIA fue de 12.9 y en zonas urbanas, de 11.3 por ciento, generándose una brecha de 1.6 puntos porcentuales entre ambas (véase gráfica 27C). En este sentido, el reto de las acciones programáticas de salud reproductiva es disminuir tanto la NIA para espaciar, como para limitar el número de hijos en las localidades menores de 2 500 habitantes de Hidalgo.

La NIA rural de 2009 de esta entidad federativa (12.9%) es ligeramente menor al promedio del patrón de estados en *situación intermedia desfavorable* de salud reproductiva, que fue de 13.4 por ciento, y menor al dato nacional, de 15.9 por ciento.

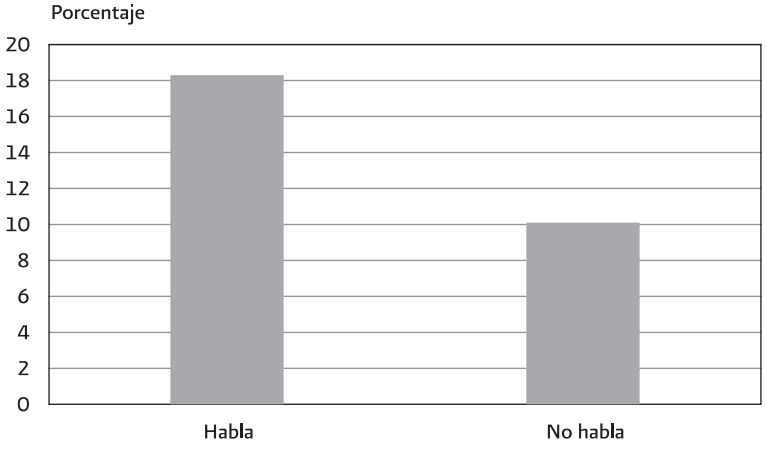
Gráfica 27C.
Hidalgo. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 2009



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

Por otra parte, en 2009, en las mujeres que no hablan lengua indígena la NIA fue de 10.1 por ciento y en las mujeres hablantes de lengua indígena, de 18.3 por ciento (véase gráfica 27D).

Gráfica 27D.
Hidalgo. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por condición de habla de lengua indígena, 2009



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

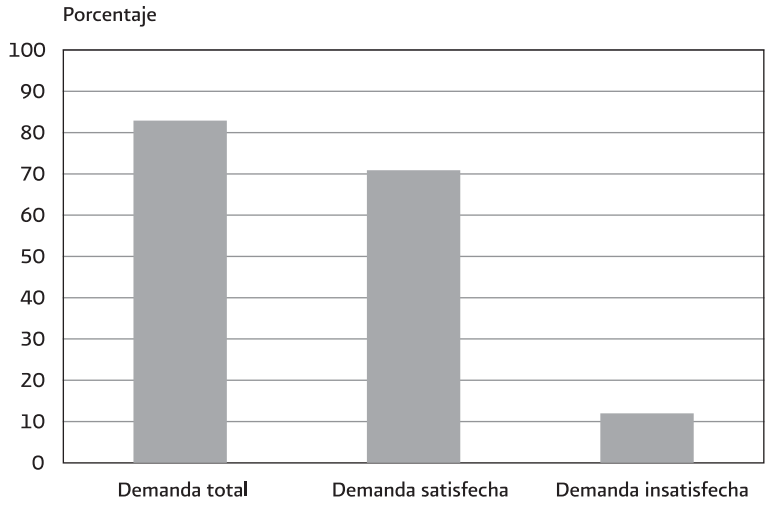
6.3 Demanda total de anticonceptivos

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.

La demanda total de anticonceptivos es el resultado del balance de la demanda satisfecha o demanda efectiva y la demanda insatisfecha. Como resultado combinado de un leve aumento en la demanda insatisfecha y un incremento en la prevalencia anticonceptiva, la demanda total ascendió a 82.9 por ciento (véase gráfica 28).

Gráfica 28.
Hidalgo. 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 Hidalgo podría irse 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 Hidalgo en 2009, la RMM alcanzó el valor de 67.3 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados, que está por encima del promedio de los estados con patrón en *situación intermedia desfavorable* de salud reproductiva, de 58.8, y del nivel 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, ya que, según datos de 2009, la 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, por las propias características del fenómeno, no se cuenta con información confiable para conocer sus niveles y tendencias de forma más aproximada.

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.

[18] Es un indicador del PNS 2007-2012 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
[19] En la encuesta no se identifica el tipo de aborto, es decir, inducido o espontáneo.

Entre 1997 y 2009 este indicador en Hidalgo alcanzó 1 punto porcentual, al pasar de 14.7 a 15.7 por ciento (véase cuadro 8). Este incremento fue contrario al contexto nacional, que registró un descenso de 1.3 puntos en el periodo. El dato de Hidalgo para el 2009 es menor al del país, de 17.7 por ciento.

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

Año	Con al menos un aborto
1997	14.7
2009	15.7

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 la atención prenatal.

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.

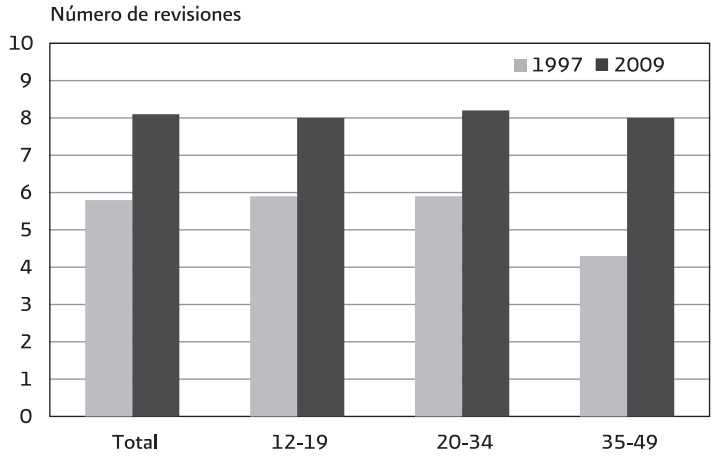
La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 68.1 a 84.3 por ciento en Hidalgo entre 1997 y 2009, niveles que son inferiores a los del país, de 74.5 y 86.2 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, determinados por la edad de la madre al nacimiento del hijo, el nivel de escolaridad y el lugar de residencia (véase cuadro A.25 del Anexo). Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presenten actualmente niveles de atención prenatal de forma oportuna.

[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).

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 5.8 a 8.1 consultas promedio entre 1997 y 2009, la cifra en 1997 fue menor (6.5 consultas) y la de 2009 es mayor (7.8 consultas) a las del país.

Asimismo, en los diferentes grupos de edad de la madre se elevó el número promedio de revisiones prenatales en los últimos 12 años, rebasando hasta en tres revisiones el criterio normativo (véanse cuadro A.26 del anexo y gráfica 29A).

Gráfica 29A.
Hidalgo. Número promedio de revisiones prenatales* por grupos de edad de la madre, 1997 y 2009



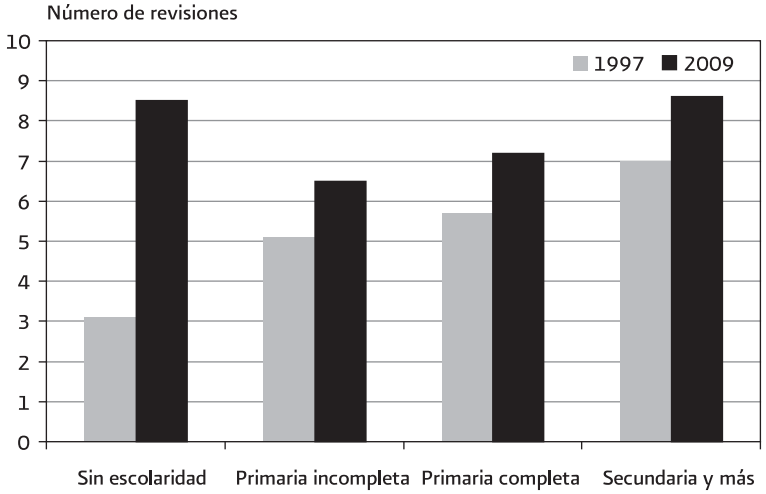
Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El número de revisiones prenatales en el lapso estudiado aumenta a mayor escolaridad, cumpliéndose ampliamente con el criterio de la Norma (véase gráfica 29B).

En los últimos 12 años, el patrón de aumento en el número de revisiones del embarazo se mantiene entre las mujeres rurales, así como en las hablantes de lengua indígena; se estima que, actualmente, acuden a revisiones prenatales 7.9 veces en promedio, comparado con 8.3 veces de las mujeres urbanas o que no hablan lengua indígena (véanse gráficas 29C y 29D).

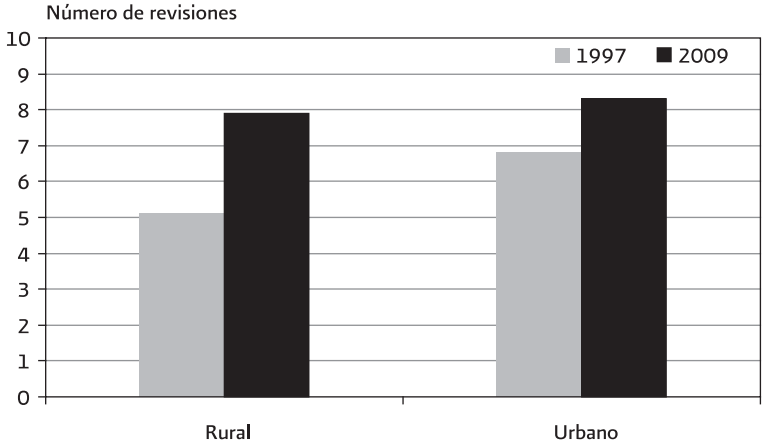
Si bien el número promedio de revisiones prenatales ha aumentado, ello no necesariamente implica que esas consultas sean de calidad. Se requiere de otro tipo de información, proveniente de los propios servicios institucionales públicos y privados, a fin de disponer de una apreciación más cercana para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

Gráfica 29B.
Hidalgo. Número promedio de revisiones prenatales* por nivel de escolaridad de la madre, 1997 y 2009



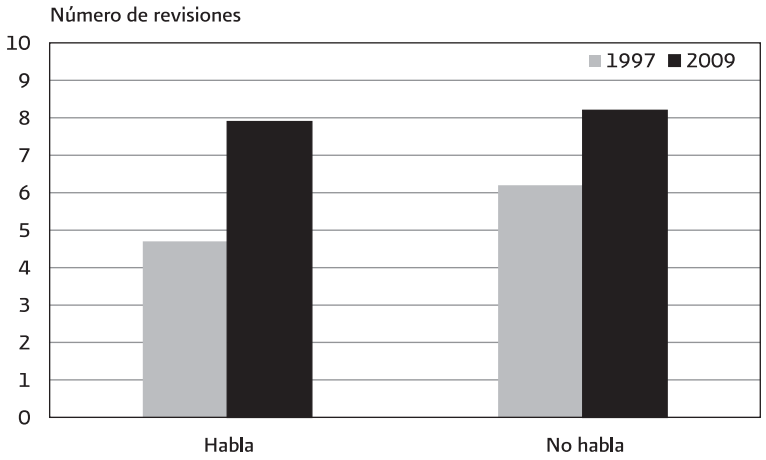
Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 29C.
Hidalgo. Número promedio de revisiones prenatales* por lugar de residencia de la madre, 1997 y 2009



Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 29D.
Hidalgo. Número promedio de revisiones prenatales* por condición de habla de lengua indígena de la madre, 1997 y 2009



Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

7.4 Atención del parto

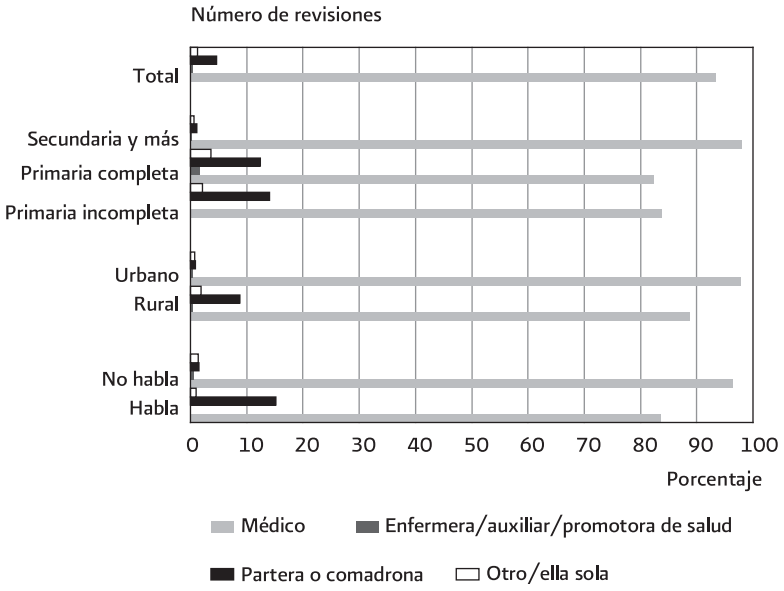
Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. La falta de disponibilidad de los recursos médico-hospitalarios y las deficiencias en la atención del parto con frecuencia ponen en riesgo 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.

En Hidalgo, la atención del parto por el médico pasó de 75.7 por ciento en 1997 a 93.5 por ciento en 2009, datos inferiores a lo registrado en el país, de 84.2 por ciento y 94.0 por ciento, respectivamente (véanse cuadro A.27 del Anexo y gráfica 30). Por otra parte se observa, que la mayoría (90%) de las mujeres en los diferentes grupos fue atendida en su último parto por personal médico, con excepción de las mujeres de mayor paridad, con primaria completa, las hablantes de lengua indígena, las de primaria incompleta y las de grupo 35-49 de edad al tener su hijo o las que viven en localidades rurales.

Gráfica 30.
Hidalgo. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2004-2009



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

Los grupos que merecen mayor atención en Hidalgo, tanto para aumentar la participación médica en la atención del parto, como para mejorar el quehacer de las parteras: por un lado, las mujeres con cuatro o más hijos, ya que presentan el menor nivel de atención del parto por un médico, de 75.9 por ciento, y la mayor participación de la partera, 17.2 por ciento; por el otro, la mujeres con primaria completa con 82.3 y 12.4, las hablantes de lengua indígena con 83.7 y 15.2, las de primaria incompleta con 83.8 y 14.1, las del grupo de 35-49 al tener el hijo con 86.8 y 9.2 y por último las mujeres rurales, con 88.8 y 8.8 por ciento, respectivamente.

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. Sin embargo, el cuadro 9 muestra que entre 1994 y 1997 esa disposición normativa no se ha cumplido, ya que para el estado en su conjunto era de 20.8 por ciento para los nacidos vivos, y subió a 41.8 por ciento en 2004-2009. No obstante, tales porcentajes son menores a los nacionales, de 28.4 y 43, respectivamente.

La operación cesárea se incrementó en los diferentes grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo y también según el lugar de residencia. Por mencionar algunos datos: actualmente a 36.1 por ciento de las adolescentes se les practica cesárea, comparado con 43.1 por ciento en las edades de 20 a 34 años, y 48.8 por ciento si la mujer vive en áreas urbanas. También se encontró que en el ámbito rural este tipo de intervención casi se triplicó en el lapso estudiado, al pasar de 12.6 a 34.4 por ciento.[21]

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

Cuadro 9.

Hidalgo. 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	**79.2**	**20.8**	**58.2**	**41.8**
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	84.0	16.0	63.9	36.1
20-34	77.7	22.3	56.9	43.1
35-49	81.6	18.4	57.5	42.5
Lugar de residencia				
Rural	87.4	12.6	65.6	34.4
Urbano	67.5	32.5	51.2	48.8

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.

El porcentaje de atención en el puerperio se incrementó en Hidalgo en 32 puntos porcentuales, al pasar de 55.6 en 1997 a 87.6 en 2009, siendo el dato de 1997 mayor (57.5%) y menor en 2009 (81.7%). Dicho aumento se observó en todos los grupos poblacionales determinados por categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.28 del Anexo), incluso en uno de ellos se duplicó, tal es el caso de las mujeres con paridez cuatro, que en 1997 presentaban el porcentaje más bajo, de 40.0.

Aunque la distancia entre áreas urbanas y rurales se redujo de 19.8 puntos porcentuales en 1997 a 1.7 en 2009, la cobertura de atención del puerperio tiene aún un margen importante de aumento en la entidad, en particular en las mujeres con algún grado de primaria, así como en aquellas con tres o más hijos, que viven en zonas rurales o que hablan lengua indígena, que actualmente exhiben los menores niveles.

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 prác-

tica 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 93.2 en Hidalgo, comparada con 90.0 del ámbito nacional, según la ENADID 1997 se observa que dicha incidencia se mantuvo alta, de acuerdo a la ENADID,

Cuadro 10.
Hidalgo. 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	**93.2**	**95.2**
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	94.4	96.5
20-34	94.1	95.3
35-49	82.7	92.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	98.3	96.9
Primaria Incompleta	94.1	90.8
Primaria Completa	91.5	97.6
Secundaria y más	92.4	95.2
Lugar de residencia		
Rural	94.6	97.5
Urbano	91.3	93.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	97.4	97.4
No habla	91.8	94.5

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

2009, con cifras superiores al 90 por ciento en la todos los grupos poblacionales. Tal parece que esa estrategia tuvo éxito y permeó en la estructura social de la entidad como una verdadera cultura de la alimentación al seno materno en aquella época.

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia muestra cierta tendencia al aumento en el estado, con 95.2, según la ENADID 2009. Tal incidencia sigue siendo mayor a la nacional, de 90.8. En cuanto a la tendencia, tanto en Hidalgo como en el país, se aprecia un leve aumento prácticamente en todos los grupos de edad analizados.

En el estado se observa una leve disminución en tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 11.2 a 10.0 meses, y la mediana de 9.1 a 7.9 meses (véanse cuadros A.29 y A.30 del Anexo). Estos datos son más altos a los observados a nivel nacional en 2009, de 8.3 meses y una mediana de 6.2.

9. Conclusiones

Hidalgo se ubica en una fase *moderada* de la transición demográfica, es decir, pasará de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad, a otro con niveles bajos y controlados, pero su evolución futura en cuanto a este último componente dependerá en mayor medida de la disminución en la fecundidad de los tres primeros grupos de edad, hasta los 30 años.

Esta entidad federativa exhibe una situación de salud reproductiva fluctuante respecto al contexto nacional en la mayoría de los indicadores. Por esa razón se clasifica en el cuarto patrón estatal, s*ituación intermedia desfavorable,* por exhibir valores ligeramente menos favorables que el nacional en cuatro indicadores de impacto de los utilizados en la medición del IRO: prevalencia anticonceptiva, necesidad insatisfecha total, tasa de fecundidad adolescentes y en razón de mortalidad materna.

Es evidente el avance sustancial en la salud reproductiva del estado de Hidalgo en la última década. Una característica relevante es la reducción de la brecha entre localidades rurales y urbanas, así como entre mujeres hablantes y no hablantes de lengua indígena. No obstante, se observa una alta NIA entre las hablantes de lengua indígena.

Si bien destaca el avance logrado en el trabajo con los adolescentes, una conclusión de este documento es sobre la necesidad de continuar enfocando acciones hacia la salud sexual y reproductiva de la adolescencia y la juventud, sobre todo para prevenir el embarazo no planeado en edades tempranas. Con los datos aquí vertidos se constata un inicio de la actividad sexual altamente desprotegido de la anticoncepción, una elevada frecuencia en el inicio de la maternidad durante la adolescencia y la juventud, a la vez que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en jóvenes es todavía la más alta de todos los grupos poblacionales presentes en la entidad.

Hidalgo es uno de los estados donde las instituciones públicas son las principales proveedoras de métodos anticonceptivos. El reto fundamental del sector público en esta materia es cubrir la demanda de condones masculinos y de pastillas anticonceptivas, entre otros, a fin de que la población disponga de los métodos que elija para regular su fecundidad.

Las acciones de planificación familiar y salud reproductiva en Hidalgo 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 una cierta motivación de las mujeres por tener cada vez menos hijos.

El patrón en la estructura de los anticonceptivos es característico de un perfil con *predominio de la OTB*, con elevada efectividad anticonceptiva promedio pero una baja participación masculina en planificación familiar.

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 necesariamente congruente con el nivel de la mortalidad materna. Todo lo cual lleva al cuestionamiento sobre la calidad en los procesos de atención y/o la presencia de otros factores determinantes. 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.

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
Hidalgo. 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	**83.0**	**17.0**
15-19	62.6	37.4
20-24	68.3	31.7
25-29	77.8	22.2
30-34	85.3	14.7
35-39	89.8	10.2
40-44	90.1	9.9
45-49	92.9	7.1

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

Cuadro A.2
Hidalgo. 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**	**0.0**	**100.0**	**100.0**
	15-19	20.6	79.4	100.0
	20-24	24.2	75.8	100.0
	25-29	54.5	45.5	100.0
30-34	**<15**	**1.5**	**98.5**	**100.0**
	15-19	13.4	86.6	100.0
	20-24	19.8	80.2	100.0
	25-29	16.2	83.8	100.0
	30-34	22.6	77.4	100.0
35-39	**<15**	**0.0**	**100.0**	**100.0**
	15-19	6.9	93.1	100.0
	20-24	15.0	85.0	100.0
	25-29	28.7	71.3	100.0
	30-34	29.1	70.9	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0
40-44	**<15**	**0.8**	**99.2**	**100.0**
	15-19	11.2	88.8	100.0
	20-24	8.2	91.8	100.0
	25-29	18.3	81.7	100.0
	30-34	27.3	72.7	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0
45-49	**<15**	**0.0**	**100.0**	**100.0**
	15-19	0.7	99.3	100.0
	20-24	23.1	76.9	100.0
	25-29	4.4	95.6	100.0
	30-34	10.6	89.4	100.0

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

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas[1]	Sexualmente inactivas[2]	Sin experiencia sexual
Total	**48.5**	**26.8**	**24.6**
Grupos de edad			
15-19	11.3	12.8	75.9
20-24	40.4	26.0	33.6
25-29	54.9	28.3	16.7
30-34	63.4	29.8	6.8
35-39	66.2	31.0	2.8
40-44	67.8	27.3	4.8
45-49	56.0	41.7	2.3
Situación conyugal			
Unidas	77.3	22.7	0.0
Alguna vez unidas	14.0	86.0	0.0
Solteras	9.5	22.3	68.2
Paridad			
0	14.9	13.4	71.7
1	56.3	43.7	0.0
2	72.1	27.9	0.0
3	72.9	27.1	0.0
4 y más	61.9	38.1	0.0
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	48.7	42.6	8.7
Primaria incompleta	52.4	43.0	4.6
Primaria completa	59.6	28.9	11.5
Secundaria y más	45.5	23.7	30.9
Lugar de residencia			
Rural	48.4	28.0	23.6
Urbana	48.6	25.9	25.5

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
Hidalgo. 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	**3.7**	**3.0**
Grupos de edad		
15-19	2.7	2.1
20-24	2.7	2.2
25-29	3.0	2.4
30-34	3.3	2.4
35-39	3.6	3.1
40-44	3.6	3.1
45-49	3.8	3.6
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	4.3	4.0
Primaria incompleta	3.7	3.7
Primaria completa	3.2	3.0
Secundaria y más	2.7	2.4
Lugar de residencia		
Rural	3.6	2.9
Urbano	3.0	2.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.0	3.2
No habla	3.1	2.5

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

Cuadro A.6
Hidalgo. 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	**75.0**	**14.7**	**10.2**	**100.0**
15-19	45.2	29.3	25.5	100.0
20-24	75.6	17.2	7.2	100.0
25-29	94.7	2.7	2.6	100.0
30-34	63.7	20.4	15.9	100.0
35 y más	100.0	0.0	0.0	100.0

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	88.2	95.3
DIU	85.6	92.7
Inyecciones	85.0	92.5
Implante subdérmico	10.7	53.2
OTB	85.2	90.9
Vasectomía	72.4	83.3
Condones	81.6	94.2
Espermicidas	50.7	52.7
Pastilla de emergencia	n.d.	67.4
Parche anticonceptivo	n.d.	79.7
Condón Femenino	n.d.	67.6
Ritmo	53.5	65.7
Retiro	44.7	56.9

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

Cuadro A.8
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la existencia de distintos métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1997 y 2009

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	88.2	82.1	93.9	95.3	94.3	96.1
DIU	85.6	78.0	92.6	92.7	91.7	93.5
Inyecciones	85.0	78.3	91.2	92.5	91.8	93.0
Implante subdérmico	10.7	7.3	13.9	53.2	45.9	58.7
OTB	85.2	78.9	91.1	90.9	88.4	92.8
Vasectomía	72.4	59.4	84.4	83.3	78.8	86.7
Condones	81.6	69.8	92.5	94.2	92.7	95.4
Espermicidas	50.7	35.3	64.9	52.7	42.9	60.2
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	67.4	57.4	74.9
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	79.7	72.2	85.4
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	67.6	61.5	72.2
Ritmo	53.5	40.9	65.2	65.7	57.7	71.8
Retiro	44.7	32.4	56.0	56.9	46.9	64.6

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

Cuadro A.9
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	**93.9**	**98.5**
Grupos de edad		
15-19	91.6	99.2
20-24	95.5	98.6
25-29	96.0	98.8
30-34	96.0	99.0
35-39	97.3	97.8
40-44	92.1	98.2
45-49	86.5	97.1
Situación conyugal		
Unidas	95.7	98.6
Alguna vez unidas	96.4	98.9
Solteras	90.0	98.2
Paridad		
0	90.3	97.7
1	95.9	98.0
2	97.3	99.8
3	97.2	99.9
4 y más	93.4	97.7
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	80.0	84.3
Primaria incompleta	93.7	96.3
Primaria completa	91.6	98.0
Secundaria y más	98.5	99.5
Lugar de residencia		
Rural	90.7	97.5
Urbano	96.9	99.2
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	85.5	95.8
No habla	96.0	99.1

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

Cuadro A.10
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil que no conoce algún método anticonceptivo según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	**6.1**	**1.5**
Grupos de edad		
15-19	8.4	0.8
20-24	4.5	1.4
25-29	4.0	1.2
30-34	4.0	1.0
35-39	2.7	2.2
40-44	7.9	1.8
45-49	13.5	2.9
Situación conyugal		
Unidas	4.3	1.4
Alguna vez unidas	3.6	1.1
Solteras	10.0	1.8
Paridad		
0	9.7	2.3
1	4.1	2.0
2	2.7	0.2
3	2.8	0.1
4 y más	6.6	2.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	20.0	15.7
Primaria incompleta	6.3	3.7
Primaria completa	8.4	2.0
Secundaria y más	1.5	0.5
Lugar de residencia		
Rural	9.3	2.5
Urbano	3.1	0.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	14.5	4.2
No habla	4.0	0.9

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

Cuadro A.11
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	**63.2**	**70.9**
Grupos de edad		
15-19	34.3	44.4
20-24	55.5	58.1
25-29	65.0	67.4
30-34	71.8	75.1
35-39	75.0	78.3
40-44	60.7	76.8
45-49	54.2	70.0
Paridad		
0	19.6	27.4
1	51.4	50.2
2	67.4	73.4
3	78.8	82.8
4 y más	64.3	81.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	45.0	52.4
Primaria incompleta	58.9	77.4
Primaria completa	65.8	68.9
Secundaria y más	71.4	71.7
Lugar de residencia		
Rural	55.0	68.3
Urbano	71.7	73.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	51.1	59.9
No habla	66.7	74.1

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

Cuadro A.12
Hidalgo. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	3.4	1.7
DIU	14.7	12.7
Inyecciones	3.5	3.1
Locales	0.0	n.d.
Condones	2.6	5.7
OTB	30.5	39.2
Vasectomía	0.7	1.8
Tradicionales	7.7	5.4
Implante subdérmico	n.d.	0.8
Parche anticonceptivo	n.d.	0.5

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

Cuadro A.13
Hidalgo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas según condición de uso de anticonceptivos, 2009

Condición de actividad sexual	Usuaria	Exusuaria	Nunca usuaria	Total
Sexualmente activas	77.0	9.8	13.2	100.0
Sexualmente inactivas	41.7	30.9	27.4	100.0

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

Cuadro A.14
Hidalgo. 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	**77.0**	**41.7**
Grupos de edad		
15-19	48.6	17.9
20-24	71.4	26.8
25-29	80.6	25.4
30-34	79.9	42.4
35-39	80.1	59.4
40-44	76.0	60.1
45-49	81.7	49.7
Situación conyugal		
Unidas	77.2	49.5
Alguna vez unidas	83.4	49.8
Solteras	72.0	23.4
Paridad		
0	50.5	16.6
1	60.7	18.9
2	80.1	43.6
3	89.2	64.6
4 y más	86.1	67.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	–	–
Primaria incompleta	83.3	62.2
Primaria completa	74.5	41.5
Secundaria y más	77.7	37.2
Lugar de residencia		
Rural	75.0	36.3
Urbano	78.5	46.3
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	66.0	42.5
No habla	79.5	41.5

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

Cuadro A.15
Hidalgo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	5.2	2.7
DIU	24.2	17.4
Inyecciones	5.5	4.1
Locales	0.1	0.0
Condones	4.1	9.9
OTB	48.0	53.9
Vasectomía	1.2	2.2
Tradicionales	11.6	7.2
Implante subdérmico	n.d.	1.4
Pastilla de emergencia	n.d.	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	1.2

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

Cuadro A.16
Hidalgo. 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	Condones	OTB	Vasectomía	Tradicionales	Implante subdérmico	Pastilla de emergencia	Parche anticonceptivo	Total
Total	**2.9**	**17.6**	**4.0**	**10.8**	**51.5**	**2.9**	**8.2**	**1.1**	**0.1**	**1.1**	**100.0**
15-19	12.3	50.9	0.0	29.3	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	0.9	100.0
20-24	9.2	29.3	7.4	26.7	11.2	0.0	10.0	2.9	0.4	3.0	100.0
25-29	1.8	20.9	4.9	21.2	26.7	1.7	20.0	2.0	0.0	0.8	100.0
30-34	1.1	21.8	5.9	8.5	50.4	3.1	7.2	0.2	0.0	1.8	100.0
35-39	2.3	15.3	2.6	6.9	64.7	2.9	3.2	1.0	0.0	1.1	100.0
40-44	0.2	4.5	3.7	1.9	76.5	3.7	9.3	0.0	0.0	0.2	100.0
45-49	2.8	10.1	0.4	0.4	77.0	6.1	3.2	0.0	0.0	0.0	100.0

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

Cuadro A.17
Hidalgo. 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	20.0	4.2	6.7	5.4	3.7
DIU	8.5	62.4	29.9	19.6	12.5
Inyecciones	19.4	6.9	6.8	3.6	4.9
Locales	2.3	0.3	0.0	0.0	0.0
Condones	29.1	3.8	8.9	3.5	0.4
OTB	0.0	3.6	34.0	56.6	67.5
Vasectomía	0.0	0.0	1.7	1.1	1.4
Tradicionales	20.7	18.9	12.0	10.1	9.6
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	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	3.9	5.4	3.7	0.6	1.0
DIU	6.6	42.4	26.1	9.8	6.5
Inyecciones	10.8	6.0	5.3	2.4	3.9
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condones	32.4	29.9	7.8	2.8	1.7
OTB	1.6	4.3	43.3	73.3	77.7
Vasectomía	1.2	0.0	4.1	3.0	1.7
Tradicionales	19.3	7.2	8.0	7.3	6.7
Implante subdérmico	10.0	2.6	0.7	0.8	0.6
Pastilla de emergencia	1.2	0.2	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	13.0	2.0	0.8	0.0	0.0
Condón Femenino	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

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

Cuadro A.18
Hidalgo. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente según lugar de residencia, 1997 y 2009

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	5.4	4.3	6.3	2.3	1.4	3.1
DIU	23.3	24.4	22.3	17.9	21.2	15.3
Inyecciones	5.5	6.6	4.6	4.3	2.2	5.9
Locales	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Condones	4.2	2.0	5.9	8.0	9.6	6.9
OTB	48.3	47.2	49.2	55.3	51.4	58.3
Vasectomía	1.1	0.8	1.4	2.6	1.9	3.1
Tradicionales	12.2	14.7	10.2	7.6	10.2	5.6
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	1.1	1.6	0.8
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	0.1
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	0.7	0.4	1.0

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

Cuadro A.19
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.20
Hidalgo. 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	15.8	84.2	100.0
DIU	86.8	13.2	100.0
Inyecciones	72.5	27.5	100.0
Condones	32.4	67.6	100.0
OTB	81.7	18.3	100.0
Vasectomia	96.8	3.2	100.0
Implante subdérmico	97.4	2.6	100.0
Pastilla de emergencia	0.0	100.0	100.0
Parche anticonceptivo	24.5	75.5	100.0

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

Cuadro A.21
Hidalgo. 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	**51.4**	**61.9**	**48.6**	**38.1**
OTB	77.4	84.4	22.6	15.6
DIU	53.1	59.3	47	40.7
Otro*	5.1	7.0	95	93.0

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.22
Hidalgo. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que nunca ha usado métodos anticonceptivos según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	**22.6**	**14.7**
Grupos de edad		
15-19	47.2	33.8
20-24	23.2	23.7
25-29	16.2	13.8
30-34	14.3	11.7
35-39	16.8	12.0
40-44	30.1	10.1
45-49	34.4	15.8
Paridad		
0	58.7	50.7
1	22.4	29.5
2	18.6	8.9
3	10.1	6.7
4 y más	25.5	10.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	42.1	27.9
Primaria incompleta	27.9	13.2
Primaria completa	20.7	17.1
Secundaria y más	12.3	13.2
Lugar de residencia		
Rural	30.2	16.4
Urbano	14.4	13.3
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	34.6	22.9
No habla	19.0	12.3

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

Cuadro A.23
Hidalgo. 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	**13.2**	**27.4**
Grupos de edad		
15-19	26.5	49.1
20-24	17.4	32.7
25-29	11.4	29.7
30-34	10.8	21.1
35-39	11.4	26.1
40-44	14.5	11.1
45-49	10.1	27.8
Situación conyugal		
Unidas	13.2	21.1
Alguna vez unidas	11.0	18.5
Solteras	13.8	44.0
Paridad		
0	35.6	42.7
1	23.3	47.8
2	7.3	18.3
3	5.7	9.6
4 y más	9.7	14.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	26.8	27.1
Primaria incompleta	14.5	18.7
Primaria completa	17.7	23.4
Secundaria y más	10.9	30.5
Lugar de residencia		
Rural	15.5	30.6
Urbano	11.4	24.7

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

Cuadro A.24
Hidalgo. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas según características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	**12.0**	**6.6**	**5.4**
Grupos de edad			
15-19	24.7	20.9	3.7
20-24	26.8	19.2	7.6
25-29	16.5	13.2	3.3
30-34	6.9	3.4	3.5
35-39	9.5	3.2	6.4
40-44	8.5	2.1	6.4
45-49	5.8	0.1	5.7
Paridad			
0	11.6	11.6	0.0
1	25.9	18.6	7.2
2	10.9	5.9	5.0
3	7.3	3.0	4.3
4 y más	7.7	1.0	6.7
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	18.5	0.0	18.5
Primaria incompleta	8.2	3.3	4.9
Primaria completa	15.3	6.8	8.6
Secundaria y más	11.1	7.7	3.3
Lugar de residencia			
Rural	12.9	7.6	5.3
Urbano	11.3	5.8	5.4
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	18.3	9.0	9.3
No habla	10.1	5.9	4.2

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

Cuadro A.25

Hidalgo. 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	**68.1**	**25.0**	**6.9**	**84.3**	**14.5**	**1.2**
Edad de la madre al nacimiento del hijo						
12-19	60.0	31.0	9.1	80.6	17.5	2.0
20-34	70.6	23.4	6.0	84.6	14.2	1.2
35-49	63.5	26.4	10.1	88.9	11.1	0.0
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	46.4	43.1	10.4	–	–	–
Primaria incompleta	61.4	32.3	6.2	75.8	18.1	6.1
Primaria completa	63.9	27.0	9.1	82.1	17.7	0.2
Secundaria y más	79.3	15.6	5.1	86.0	13.3	0.8
Lugar de residencia						
Rural	61.9	29.3	8.8	82.9	15.3	1.8
Urbano	76.4	19.4	4.3	85.7	13.7	0.6
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	56.7	33.8	9.5	79.2	19.4	1.4
No habla	71.7	22.2	6.0	85.9	13.0	1.1

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.26
Hidalgo. Número promedio de revisiones prenatales*, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	**5.8**	**8.1**
Grupos de edad		
12-19	5.9	8.0
20-34	5.9	8.2
35-49	4.3	8.0
Paridad		
1	6.5	8.5
2	5.9	8.4
3	6.4	8.2
4 y más	4.6	6.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	3.1	8.5
Primaria incompleta	5.1	6.5
Primaria completa	5.7	7.2
Secundaria y más	7.0	8.6
Lugar de residencia		
Rural	5.1	7.9
Urbano	6.8	8.3
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.7	7.9
No habla	6.2	8.2

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.27
Hidalgo. 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			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	**75.7**	**3.7**	**16.1**	**4.5**	**93.5**	**0.5**	**4.7**	**1.3**
Edad de la madre al nacimiento del hijo								
12-19	81.3	2.2	14.0	2.6	98.2	0.0	1.8	0.0
20-34	76.2	4.1	15.3	4.5	93.4	0.7	4.7	1.2
35-49	59.9	3.2	28.2	8.7	86.8	0.0	9.2	4.0
Orden de nacimiento								
1	86.3	2.7	9.7	1.2	98.1	0.4	1.5	0.0
2	80.1	5.0	13.3	1.6	96.2	1.1	2.1	0.6
3	80.3	3.2	15.3	1.2	96.4	0.2	3.4	0.0
4 o más	59.2	3.9	24.9	12.0	75.9	0.0	17.2	6.9
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	46.3	2.3	35.9	15.5	–	–	–	–
Primaria incompleta	61.2	6.9	24.4	7.5	83.8	0.0	14.1	2.1
Primaria completa	75.5	2.4	18.5	3.7	82.3	1.6	12.4	3.7
Secundaria y más	93.1	2.8	3.8	0.3	98.0	0.3	1.1	0.6
Lugar de residencia								
Rural	61.7	3.9	26.9	7.5	88.8	0.5	8.8	1.9
Urbano	95.7	3.3	0.8	0.2	97.9	0.5	0.9	0.8
Condición de habla de lengua indígena								
Habla	53.4	1.0	36.4	9.1	83.7	0.0	15.2	1.0
No habla	83.3	4.6	9.2	2.9	96.5	0.6	1.5	1.4

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.28
Hidalgo. Porcentaje de mujeres* que fueron atendidas durante el puerperio, 1997-2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	**55.6**	**87.6**
Paridad		
1	66.5	91.1
2	62.5	89.5
3	55.3	84.3
4 y más	40.0	81.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	38.5	–
Primaria incompleta	45.0	83.9
Primaria completa	50.8	91.0
Secundaria y más	70.4	87.1
Lugar de residencia		
Rural	47.3	86.7
Urbano	67.4	88.4
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	47.6	81.4
No habla	58.3	89.5

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.29
Hidalgo. Meses de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos* por cuartiles, 1997 y 2009

Duración de la lactancia	1997	2009
Total		
25%	3.3	3.8
50%	9.1	7.9
75%	16.6	11.8
Rural		
25%	5.4	6.3
50%	11.4	8.9
75%	19.4	11.9
Urbano		
25%	2.0	2.9
50%	6.4	7.2
75%	11.5	11.7

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.30
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
Hidalgo

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS