

Perfiles de Salud Reproductiva

República Mexicana



Perfiles de Salud Reproductiva República Mexicana

Consejo Nacional de Población

Coordinadores:

Paloma Villagómez Ornelas
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Autores:

Paloma Villagómez Ornelas
Doroteo Mendoza Víctorino
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Procesamiento de información:

Miguel Sánchez Castillo
María Felipa Hernández López

Sistematización en cuadros y gráficas:

Ma. Eulalia Mendoza García
Nila Soledad Cortés Cruz

Integración y revisión:

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

Corrección de estilo:

Cristina Gil Villegas Montiel
Liliana Velasco Díaz

Diseño portada y formación:

Maritza Santillán Moreno
Myrna Muñoz del Valle
Cristina del Águila

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

Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana

Primera edición: noviembre de 2011
ISBN: 978-607-427-157-7
ISBN: 978-607-427-159-1

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
22	2. Patrones reproductivos
23	2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
23	2.2 Intervalo protogenésico
25	2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos
25	3. Niveles y tendencias de la fecundidad
31	4. Preferencias reproductivas
32	4.1 Ideal de hijos e hijas
36	4.2 Embarazo no planeado
37	5. Anticoncepción
37	5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
40	5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
41	5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
46	5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
47	5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
49	5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
51	5.7 Anticoncepción posparto
53	6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)
53	6.1 Nunca uso de anticonceptivos
56	6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
60	6.3 Demanda total de anticonceptivos

61	7. Salud materna
61	7.1 Mortalidad materna
61	7.2 Aborto
62	7.3 Atención prenatal
63	7.4 Atención del parto
65	7.5 Atención durante el puerperio
66	8. Lactancia materna
67	9. Conclusiones
70	Bibliografía
71	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 Consejo Nacional de Población (CONAPO) tiene la encomienda de sentar las bases de la política de población y de evaluar sus avances, entre otros temas, en materia de salud reproductiva, a fin de poner al alcance de tomadores de decisiones, académicos y público en general, información estadística y sociodemográfica oportuna que coadyuve a la consideración de medidas correctivas en las acciones programáticas. También busca contribuir a mantener actualizada a la sociedad mexicana sobre los diagnósticos y problemas de población.

Para ello, elabora, discute y publica documentos analíticos que proveen de datos actualizados sobre los fenómenos sociodemográficos y sus indicadores. Uno de ellos ha sido la serie *Cuadernos de Salud Reproductiva (nacional y por entidad federativa)*, que ha probado su utilidad de consulta y referencia por parte de responsables de programas federales y estatales de salud reproductiva y planificación familiar, así como por investigadores, integrantes de organizaciones de la sociedad civil, estudiantes y personas interesadas en la materia.

Sin lugar a dudas, esta serie del año 2000 merece una actualización, a que en ese tiempo los datos disponibles sobre los diferentes indicadores de la salud reproductiva partían de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), levantada en 1997 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Durante la Administración Pública Federal 1995-2000, los datos contenidos en dichos cuadernos bien pudieron interpretarse como una evaluación intermedia de las metas programáticas correspondientes, a la vez que sirvieron de referencia para la programación del sexenio 2001-2006, cuyos alcances fueron evaluados con la ENADID 2006, desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Los datos de esa encuesta sirvieron también de insumo para las metas de la Administración 2007-2012.

En esta cronología, el presente *Perfil de Salud Reproductiva de la República Mexicana*, al utilizar los datos de la ENADID 2009, constituye una evaluación de medio camino de las metas y objetivos alcanzados durante el presente sexenio. Además, en virtud de que esta última ENADID fue realizada por el INEGI, lo que la hace equivalente en términos metodológicos (conceptos, diseño muestral, desarrollo y control del trabajo de campo) a la ENADID de 1997, permite valorar los cambios en la salud reproductiva en un lapso de 12 años, entre 1997 y 2009.

El marco de referencia que define los indicadores utilizados en los *Perfiles de Salud Reproductiva (nacional y por entidad federativa)* 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, p. 99); b) estén vinculados con las metas respectivas del Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 (SS, 2007a), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA) (SS, 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 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 del presente documento, cuyo propósito fundamental es actualizar el *Cuaderno de Salud Reproductiva de la República Mexicana*, en el marco del conjunto de indicadores antes referido. Para ello, 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 intergenésico; 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, donde se aborda 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, así como la atención prenatal, del parto y del puerperio; y 8) la lactancia materna, a fin de actualizar las cifras de incidencia y duración.

Previo al análisis de tales dimensiones, se presenta un breve diagnóstico sociodemográfico sobre cada una, en el que se intenta hacer visible la interdependencia entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento en materia de salud reproductiva.

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 un párrafo sobre la relevancia del tema y se definen los indicadores involucrados, a fin de dar pie a una descripción de su nivel actual,¹ de los cambios ocurridos entre 1997 y 2009, y sus diferenciales según subgrupos de la población, determinados por categorías de variables sociodemográficas.² Cuando es pertinente, se culmina con un breve análisis y el planteamiento de alguna reflexión sobre implicaciones de política pública.

Aspectos demográficos generales

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

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

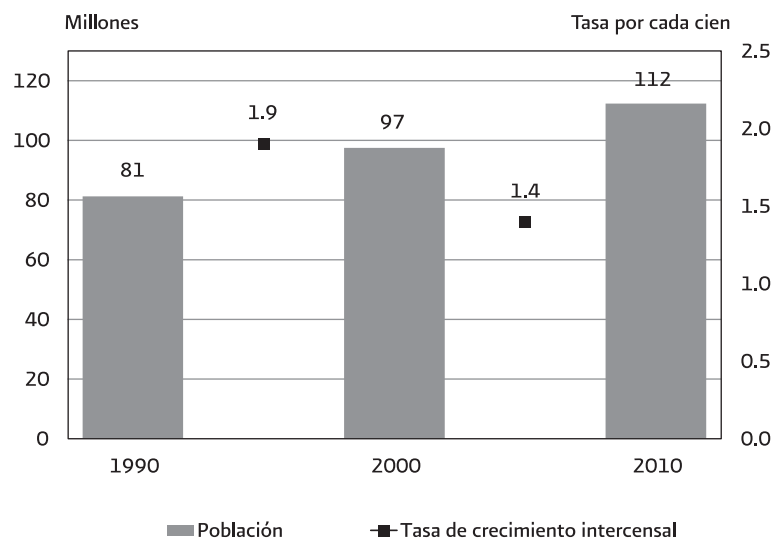
² Es necesario destacar tres consideraciones técnicas en relación con el manejo y uso de los datos:

- 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 prevalente, de modo que la comparación se centra casi exclusivamente en observar la distancia (brecha) entre categorías extremo (inicial *versus* final) de la variable correspondiente; ejemplos: mujeres residentes en localidades rurales *versus* urbanas; grupo de mujeres sin escolaridad *versus* mujeres con secundaria y más. Cuando el tamaño de muestra es insuficiente (menor a 30 casos) la comparación se hace entre las mujeres con primaria incompleta *versus* las de secundaria y más.
- Las distribuciones no son exactas (no siempre suman 100). Esto es así por el efecto del redondeo en el cálculo de porcentajes, derivados del paquete estadístico utilizado.

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 México alcanzó los 112.3 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (51.2%). A pesar de que el volumen actual de la población nacional representa 38.3 por ciento más del observado en 1990 (81.2 millones), la velocidad a la que crece se reduce lentamente. Entre 1990 y 2000 la población total se incrementó a un ritmo de 1.9 por cada cien, mientras que entre 2000 y 2010 la tasa de crecimiento total se redujo a 1.4 por cada cien (véase gráfica 1)

Gráfica 1.
República Mexicana. 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.

Al analizar varios aspectos de la dinámica demográfica del país, tales como el comportamiento de la natalidad, la mortalidad —en particular la mortalidad infantil—, la esperanza de vida al nacimiento y la razón de dependencia demográfica, se observa que a nivel nacional la transición demográfica³ se encuentra en *fase avanzada*.

De acuerdo con los datos observados, en 2010 poco más de una cuarta parte de la población nacional es menor de 15 años (33.1 millones; 29.4%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (21.0 millones; 18.7%). 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).

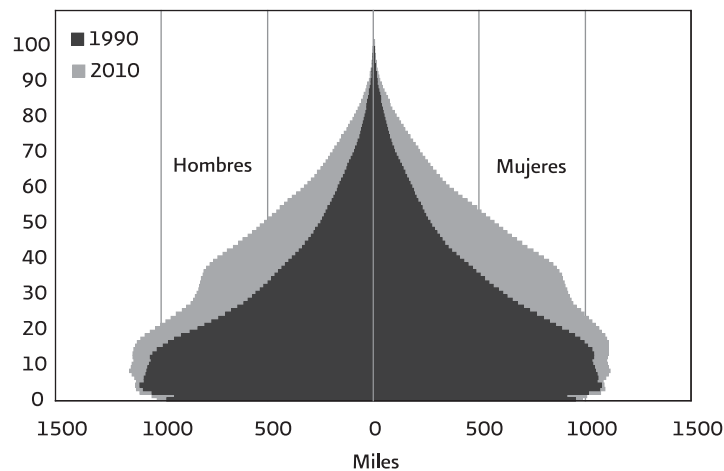
³ La transición demográfica es el proceso que implica pasar de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad, a otro con niveles bajos y controlados. Una de las consecuencias de dicha transición es el paulatino cambio en la estructura por edad de la población.

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

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	38.6	34.2	29.4
15-24	21.6	20.0	18.7
25-44	24.7	28.1	29.5
45-59	9.0	10.5	13.4
60 y más	6.0	7.2	9.0
80 y más	0.9	1.0	1.3

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

Gráfica 2.
República Mexicana. Pirámides de población, 1990 y 2010



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

En la pirámide de población es posible observar cómo, entre 1990 y 2010, el crecimiento de la población infantil es menor que el de la población mayor de 20 años de edad, lo cual se refleja en el gradual ensanchamiento de la parte central y superior de la misma, donde se concentra la población adulta y adulta mayor. Un factor a resaltar es que en el país, en 1990, la población femenina es más numerosa que la masculina a partir de los 14 años. Este mismo efecto se nota a partir de los 17 años en 2010 (véase gráfica 2).

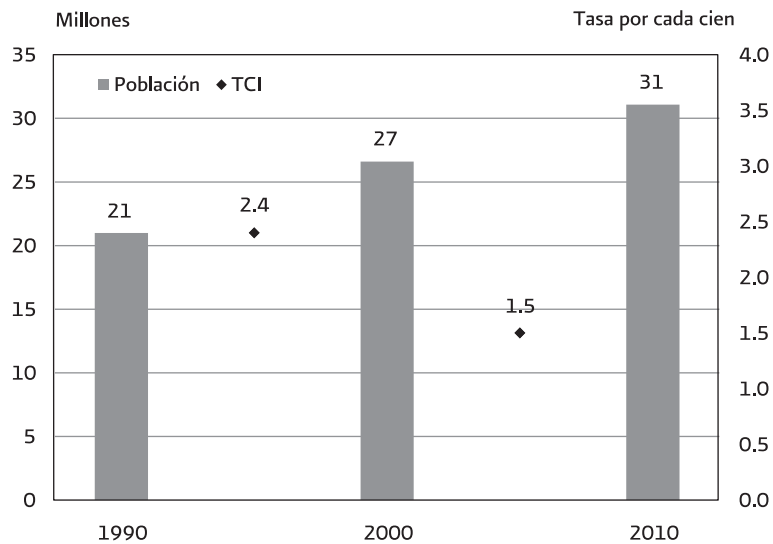
Actualmente, la distribución por edad de la población presenta una estructura favorable en términos de la relación de dependencia, es decir, del número de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto a la población en edad de trabajar (entre 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 74.5 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay cerca de dos proveedores potenciales (1.8) por cada persona tentativamente dependiente. Asimismo, en 1990, el 90.4 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil

(dependencia juvenil); en 2010 representa 82.5 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 considerada 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 de los hijos, entre otros.

Así, en 2010, a nivel nacional hay poco menos de 31.1 millones de mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 54.1 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran poco menos de 21 millones, o sea, 50.7 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años la población femenina en edades fértiles creció 48.1 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 2.4 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 1.5 por cada cien (véase gráfica 3).

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



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

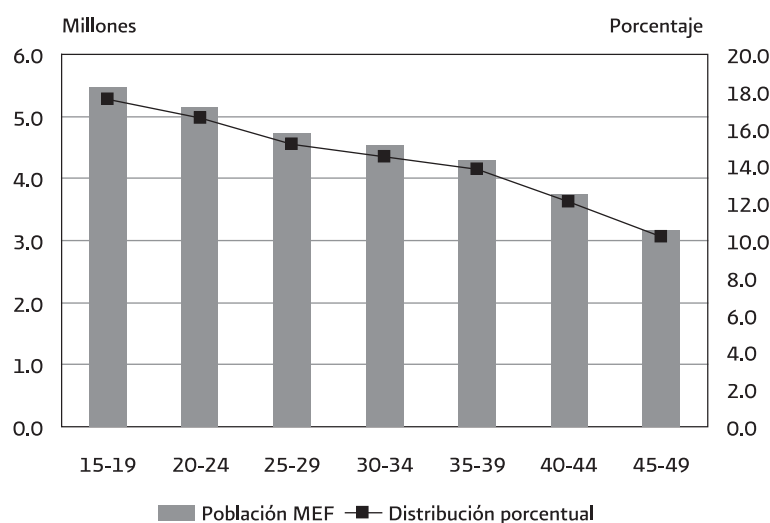
Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, ya que las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada.

Así, en el ámbito nacional, 17.6 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, actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad.

Poco más del 30 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 en éstas se concentran las tasas más altas de fecundidad en nuestro país, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.5%) 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, la población femenina que menos contribuye a la fecundidad, es decir, las mujeres de 35-39, 40-44, y 45-49 años de edad, concentran 13.8, 12.1 y 10.2 por ciento de la población en edad reproductiva, respectivamente (véase gráfica 4). Las necesidades en materia de salud reproductiva en esta población tienden hacia la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas relacionadas con el sistema reproductivo, como cáncer de mama y cérvico-uterino, y la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

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

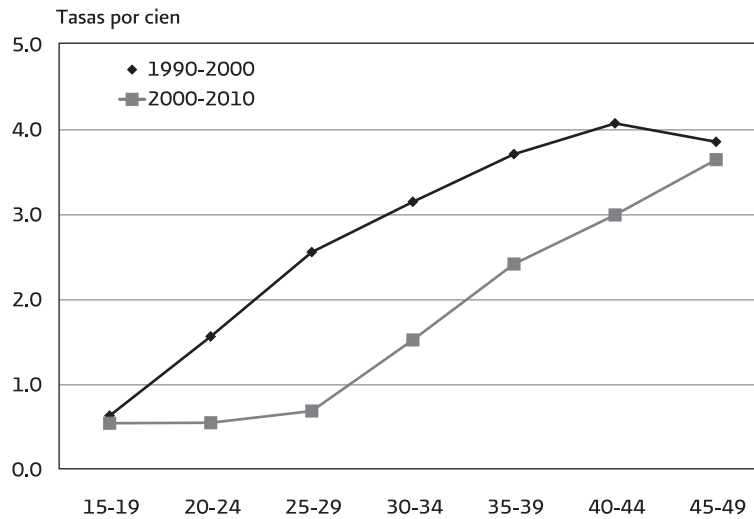


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

La gráfica 5 muestra cómo en los últimos 20 años, si bien se ha desacelerado el ritmo de crecimiento de casi todos los grupos de edad entre las MEF, a nivel nacional las adolescentes disminuyeron un poco en 2000-2010 con respecto a la década anterior, aunque también es el grupo de población que, junto con el de 20-24 años, presenta la tasa de crecimiento más baja en el periodo 2000-2010 (0.5 por cada cien), en contraste con el decenio anterior que era de 0.6 y 1.6 por cada cien, respectivamente.

Por último, destaca que en el periodo 2000-2010 las tasas de crecimiento de las mujeres mayores de 30 años de edad aumentan de manera constante hasta el final de la vida reproductiva, mientras que entre 1990-2000 la tasa del grupo de mayor edad decrece ligeramente.

Gráfica 5.
República Mexicana. 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.

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

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.

La ENADID 2009 muestra que la cuarta parte (25% o primer cuartil) del total de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.2 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo había hecho al cumplir la mayoría de edad, esto es, a los 18.0 años; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) la tuvieron al cumplir los 20.6 años (véase cuadro 1). En el caso de la generación de 35-49 años no se observan cambios sustanciales en el inicio de la actividad sexual.

Estos resultados son sin duda muy importantes para acciones de política y programáticas, primordialmente para aquellas encaminadas a prevenir el primer embarazo.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	16.2	18.0	20.6
35-49	16.5	18.5	21.6

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:

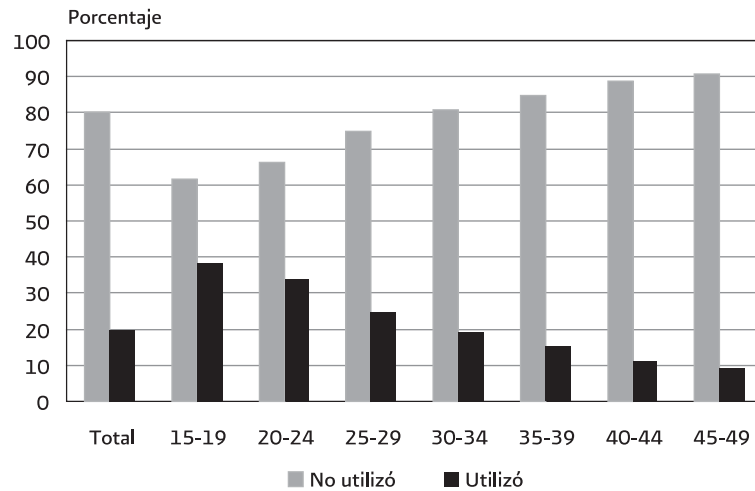
- *Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó anticonceptivos en su primera relación sexual. Es el cociente de mujeres que contestaron que ellas o sus parejas utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, entre el total que respondió haber tenido ya relaciones sexuales, por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

Sólo una quinta parte (19.9%) de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, pero se observa que las generaciones más jóvenes han optado cada vez más por usar anticonceptivos al inicio de su vida sexual (véase gráfica 6). De esta forma, mientras 9.3 por ciento de las mujeres de 45-49 años manifestó usar anticonceptivos, el dato se duplica respecto al anterior, siendo de 19.1 por ciento en las de 30-34 y, a su vez, se vuelve a duplicar en las de 15-19, con 38.5 por ciento (véase cuadro A.1 del Anexo). Lo anterior resulta afortunado, dada la vinculación de la protección anticonceptiva con la prevención de embarazos no deseados y no planeados o, cuando se trata del uso de preservativos, de la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las mujeres de generaciones más recientes reportan mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones anteriores. Así, por ejemplo, entre las mujeres de 40-44 años, un 8.3 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia (15-19), y 14.9 por ciento en la juventud (20-24), comparado con las que actualmente tienen 25-29 años, que emplearon anticonceptivos al inicio de su vida sexual, 21.8 por ciento cuando eran adolescentes y 32.9 por ciento cuando eran jóvenes (véase cuadro A.2 del Anexo).

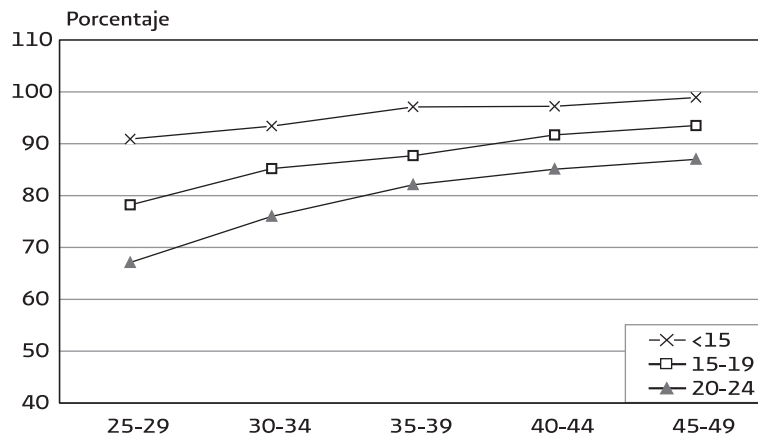
Visto de otra forma, la gráfica 7 ilustra que a medida que se consideran grupos de mujeres con menor edad, disminuyen los porcentajes de no uso de anticonceptivos en el primer encuentro sexual, lo cual se cumple independientemente de que la relación sexual se haya dado antes de los 15 años de edad, durante la adolescencia o en la juventud. 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

Gráfica 6.
República Mexicana. 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.

Gráfica 7.
República Mexicana. 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.

la vida de la mujer. Por ejemplo, en las mujeres de 25-29 años al momento de la encuesta, 78.2 por ciento no usó anticonceptivos cuando la relación sexual fue entre los 15 y 19 años, comparado con un 67.1 por ciento si ésta ocurrió entre los 20 y 24 años.

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 52.9 por ciento de las MEF en el país se clasifica como sexualmente activa, 23.2 por ciento como sexualmente inactiva y 23.9 por ciento sin relaciones sexuales. En esta medida, 76.1 por ciento de las mujeres en edad fértil estaría expuesta potencialmente a un embarazo por el ejercicio de su sexualidad (véase cuadro A.3 del Anexo).

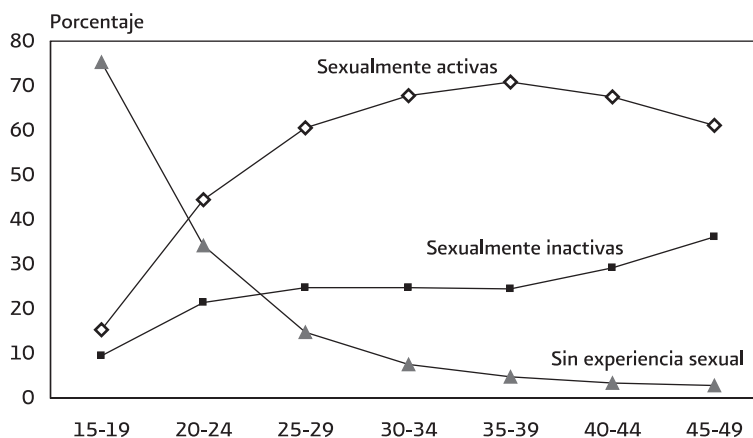
Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. Para las MEFSA inicia con un 15.2 por ciento en las adolescentes, crece con la edad hasta 70.8 por ciento en 35-39, para descender después en los dos últimos grupos; en cambio, en las MEFSI aumenta de forma consistente, parte de un 9.4 por ciento en las adolescentes y alcanza el 36.1 por ciento en las de 45-49. En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, inicia en 75.4 en las adolescentes, y llega a un valor mínimo de 2.9 en las mujeres mayores que pasaron el periodo fértil (véase gráfica 8A).

Desde esta perspectiva, una apreciación global relevante para las acciones de política y programáticas es que 24.6 por ciento de las adolescentes y 65.7 por ciento de las jóvenes están en riesgo potencial de embarazo por presentar una vida sexual activa o inactiva.

El análisis por situación conyugal muestra, obviamente, que la mayor cantidad de las MEFSA se encuentra en las mujeres unidas, con 84.0 por ciento. Al mismo tiempo, el dato resulta revelador, ya que antes se suponía que el 100 por ciento de las MEFU estaba expuesta a un embarazo. Bajo el concepto de las MEFSA, un 16.0 por ciento de las MEFU no es sexualmente activa, es decir, son mujeres que no han tenido relaciones sexuales en el último mes.

Por otra parte, en el concepto tradicional tanto las alguna vez unidas como las solteras eran excluidas del grupo de exposición. Ahora sabemos que 18.6 por ciento de las primeras y 11.9 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 81.4 y 20.9 por ciento, respectivamente, son sexualmente inactivas.

Gráfica 8A.
República Mexicana. Proporción mujeres sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por grupos quinquenales de edad, 2009



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

El número de hijos nacidos por mujer, indicador que en términos demográficos se conoce como paridad o paridez, muestra una relación positiva con las MEFSAs hasta la paridad tres. De hecho, las mujeres con este número de hijos, así como aquellas que tienen dos, son las que presentan el más alto porcentaje de vida sexual activa de todos los subgrupos analizados, con 75.8 y 75.6, respectivamente.

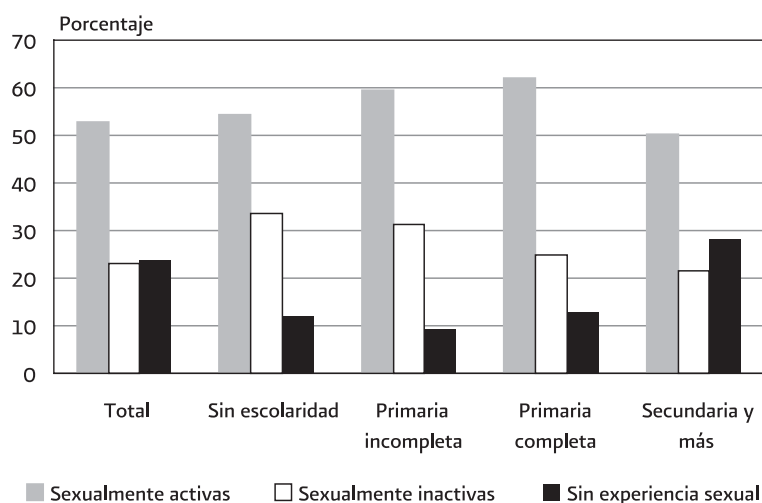
Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por su relación con la prevención del primer embarazo. El 33.0 por ciento de las mujeres sin hijos se declara con vida sexual activa o inactiva, grupo en el que habría que enfatizar acciones de información, educación y comunicación en relación con la planificación familiar y protección anticonceptiva.

El porcentaje de las MEFSAs aumenta conforme se incrementa el nivel de escolaridad —al menos hasta la primaria completa— y en las MEFSIs disminuye (véase gráfica 8B). Las mujeres sin escolaridad (88.0%) o con algún grado de primaria (90.8%) pueden ser consideradas como población objetivo de programas de salud reproductiva, dado su alto grado de exposición al riesgo de embarazo.

El grupo de mujeres con estudios equivalentes o posteriores a la secundaria se distingue por un descenso en el porcentaje de mujeres con experiencia sexual, que se traduce en un aumento del porcentaje de mujeres sin experiencia sexual alguna. Lo anterior indica que el inicio de la vida sexual se posterga a mayor escolaridad.

Por lugar de residencia, se observan pocas diferencias entre mujeres rurales y urbanas: 51.6 por ciento de las primeras y 53.3 por ciento de las segundas se clasifican como MEFSAs, mientras que el 22.6 por ciento de las rurales y 23.3 por ciento de las urbanas son MEFSIs. Esto significa que alrededor del 75 por ciento de la población femenina pudiera considerarse como primer foco de atención para las acciones programáticas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar en los dos ámbitos del país.

Gráfica 8B.
República Mexicana. Proporción mujeres sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por nivel de escolaridad, 2009



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

1.4 Situación conyugal

Indicador:

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

La ENADID de 1997 reportó que una cuarta parte de las MEF entre 25 y 34 años se había unido por primera vez antes de los 16.3 años, la mitad a los 18.7, y tres cuartas partes a los 21.7 años. La encuesta de 2009 revela que 12 años después el evento del primer matrimonio o unión parece haberse desplazado levemente en la sociedad mexicana, con 17.4 años para el primer cuartil, 19.8 para la mediana, y 22.9 en el tercer cuartil (véase cuadro 2). Dicho aplazamiento de la primera unión también se observa en la generación de mujeres entre 35 y 49 años.

Al comparar la edad a la primera relación sexual se deduce con cada vez mayor claridad que la primera unión ocurre después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a las MEF de 25-34 años encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana de inicio de la vida sexual se da a los 18.0 años, mientras que la primera unión se presenta a los 19.8. Este análisis confirma la importancia de trascender la consideración del matrimonio como condicionante del riesgo de embarazo.

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.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	16.3	18.7	21.7
35-49	16.1	18.7	22.1
2009			
25-34	17.4	19.8	22.9
35-49	17.6	20.3	24.0

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

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 de 66.9 por ciento para la generación nacida en 1965-1969, pero con la generación 15 años más joven, de 1980-1984, fue de 59.8 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Tal parece entonces que se ha dado una disminución en la probabilidad de mujeres jóvenes que a los 24 años se convierte en madre (véase gráfica 9).

En cambio, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años pasó de 32.1 a 31.4 por ciento para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, respectivamente, lo cual evidencia una incipiente disminución en el porcentaje de mujeres que a los 19 años tenía un hijo. No obstante, la probabilidad de mujeres que tuvieron un hijo antes de los 18 años no cambió entre las dos generaciones, al quedar en 15.2 y 15.4 por ciento, respectivamente. Es decir, la incidencia del nacimiento del primer hijo en la adolescencia prácticamente no ha cambiado en el tiempo.

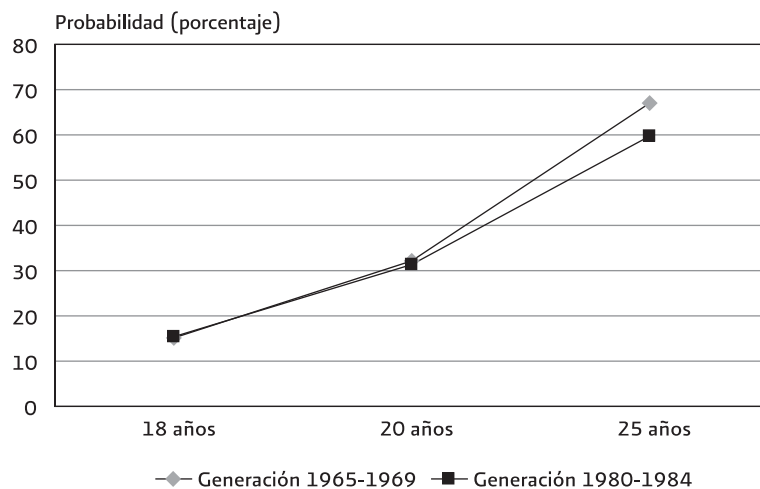
2.2 Intervalo protogenésico

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

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.

Gráfica 9.
República Mexicana. 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.

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, casi la mitad (46.4%) de las mujeres tuvo a su primer hijo en un lapso corto posterior a la unión, con una duración menor a un año. Esta situación fue prácticamente igual 12 años antes, según la ENADID 1997, en que 45.7 por ciento esperaba menos de un año posterior a la unión, lo que indica que la mayoría de las mujeres mexicanas espacia muy poco la llegada del primer hijo. No obstante, en 2009 se observa un ligero aumento en los porcentajes de mujeres cuyo intervalo protogenésico es de dos años o más (véase cuadro 3).

Cuadro 3.
República Mexicana. 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	45.7	46.4
De 1 a < 2	34.8	31.7
De 2 a < 4	14.5	15.3
4 y más	4.9	6.6
Total	100.0	100.0

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

2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos

Indicador:

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

Se ha catalogado en intervalos cortos a aquellos cuya duración es menor a dos años, los cuales se han relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción, tanto por cuestiones asociadas con la recuperación física de la mujer, como por la capacidad de 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 de dos y tres, son considerados favorables o adecuados para la reproducción.

Bajo esta perspectiva, en 2009 se observa un incremento en los dos primeros intervalos intergenésicos con respecto a 1997, esto es, una menor concentración de mujeres con una duración menor a dos años, al tiempo que una mayor concentración en la categoría de cuatro y más años de espaciamiento entre hijos (véase cuadro 4). De tal forma que la mayoría de las mujeres tuvo a su segundo y tercer hijo en condiciones de espaciamientos potencialmente adecuadas o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los hijos.

Cuadro 4.
República Mexicana. 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	41.8	38.0	31.1	28.5
De 2 a < 4	37.6	37.3	37.6	34.7
4 y más	20.6	24.7	31.3	36.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

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

3. Los niveles y tendencias de la fecundidad

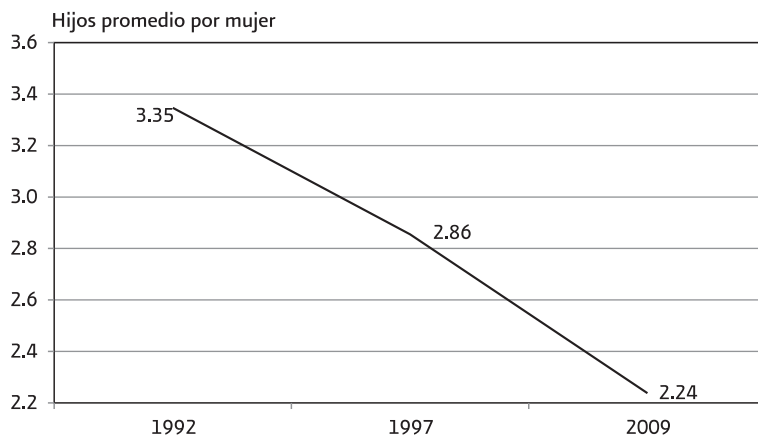
En México, el artículo 4° de la Constitución Política estipula, entre otros aspectos, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la disminución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

Indicadores:

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

En el país 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 entre las mujeres mexicanas se redujo a 3.35 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.
República Mexicana. Tasa Global de Fecundidad 1992, 1997 y 2009



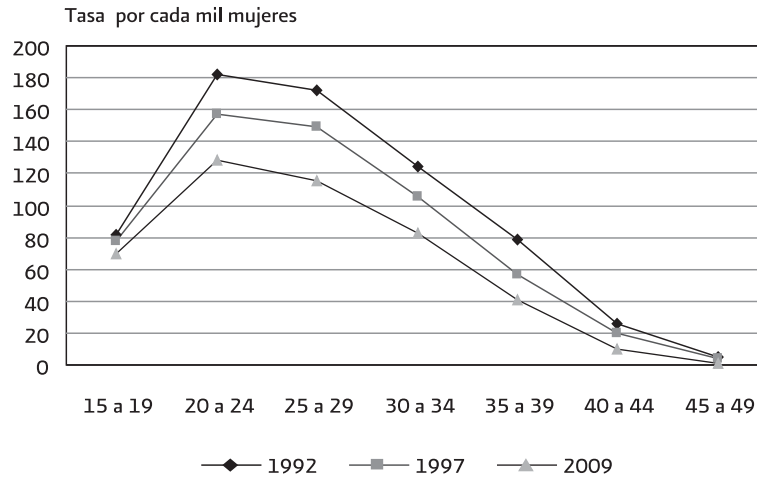
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

La estructura por edad de la fecundidad en México muestra actualmente un patrón aún temprano, con tendencias hacia la dilatación. La cúspide de la fecundidad se encuentra todavía en el grupo de mujeres entre los 20 y 24 años de edad, aunque su nivel es cada vez más cercano al de las mujeres entre 25 y 29 años (véase gráfica 11).

El descenso de la fecundidad ha sido más pronunciado en los sectores que experimentan mayor integración al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso.

Las tendencias históricamente observadas se mantienen: la fecundidad es mayor en mujeres jóvenes, residentes en localidades rurales, de menor escolaridad, quienes no participan en la actividad económica, y/o hablantes de lengua indígena.

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



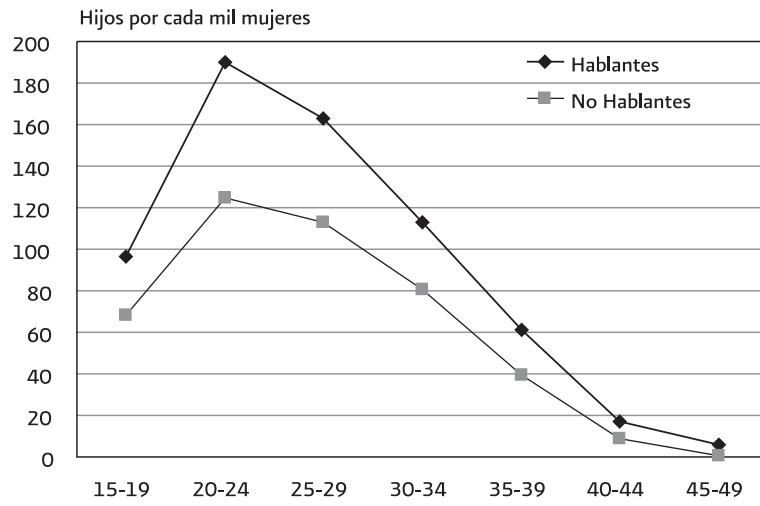
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

En 2009, la TGF de las mujeres hablantes de lengua indígena ascendía a 3.23 hijos por mujer, mientras que la de sus contrapartes no hablantes era de 2.18, es decir, cerca del nivel de reemplazo generacional. Además de tener, en promedio, un hijo más que las mujeres no hablantes de lengua indígena, la población femenina hablante de lengua indígena presenta una estructura por edad de la fecundidad ligeramente más rejuvenecida, ya que, si bien en ambas poblaciones la cúspide de los nacimientos se encuentra entre los 20 y 24 años, entre las mujeres indígenas la distancia entre la tasa de este grupo y la de edades posteriores es más amplia (véase gráfica 12).

Por su parte, la gráfica 13 muestra la distribución por edad de los nacimientos en función del nivel de escolaridad de la madre. La TGF de las mujeres sin escolaridad (3.33) es superior en alrededor de un hijo al nivel total (2.24) y poco más de un nacimiento mayor que la correspondiente a las mujeres con secundaria y más (2.05). Con respecto a la estructura de la fecundidad, de acuerdo a la escolaridad de la madre, se tiene que a menor nivel de escolaridad corresponden estructuras más jóvenes, es decir, una mayor concentración de los nacimientos en edades menores, además de un mayor volumen de nacimientos en esas edades. El patrón de las mujeres con secundaria y más muestra una estructura ya dilatada, tendiente a niveles similares entre las edades 20-24 y 25-29, lo cual refleja una mayor tendencia a la postergación de los nacimientos a edades más avanzadas.⁶

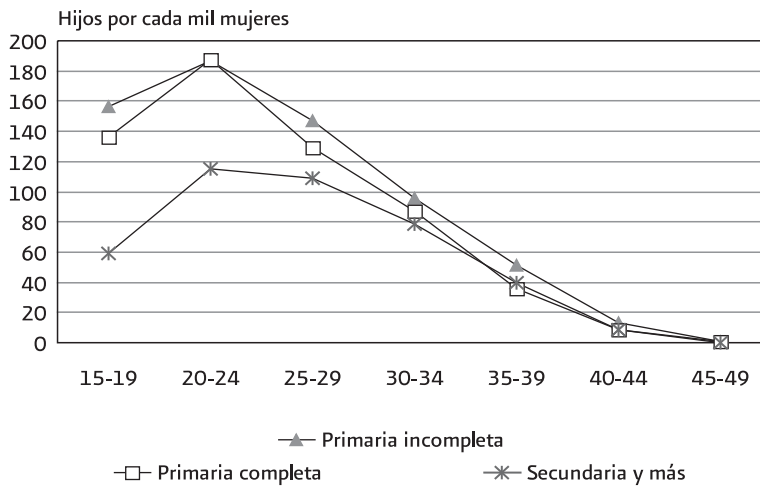
⁶ Es importante señalar que la tasa de fecundidad para las mujeres sin escolaridad presenta problemas de muestra, particularmente entre las adolescentes, en virtud de que es cada vez menos probable que las generaciones más jóvenes no cuenten con ningún año de instrucción. El volumen de nacimientos obtenido de la encuesta es menor en este grupo de edad que el observado en las mujeres de 20 a 24 años, pero el reducido tamaño de la muestra provoca distorsiones que hacen parecer que la fecundidad de las adolescentes sin escolaridad es mayor que la del resto de las mujeres sin instrucción.

Gráfica 12.
República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por condición de habla de lengua indígena, 2009



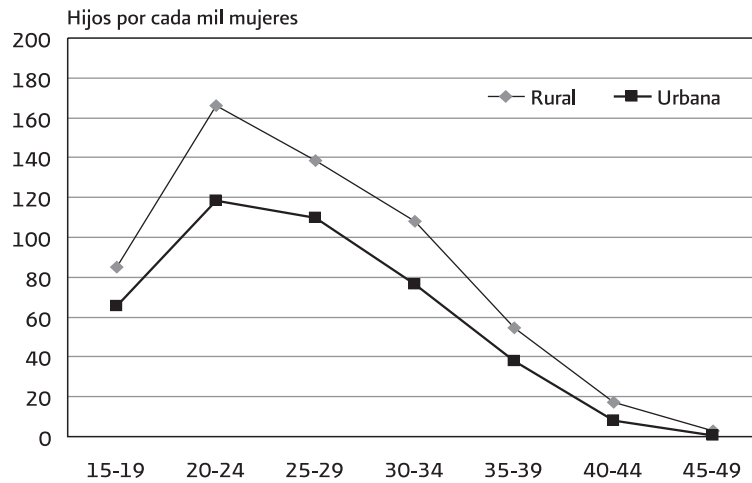
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Gráfica 13.
República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por nivel de escolaridad, 2009



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

Gráfica 14.
República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad por tamaño de localidad de residencia, 2009



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

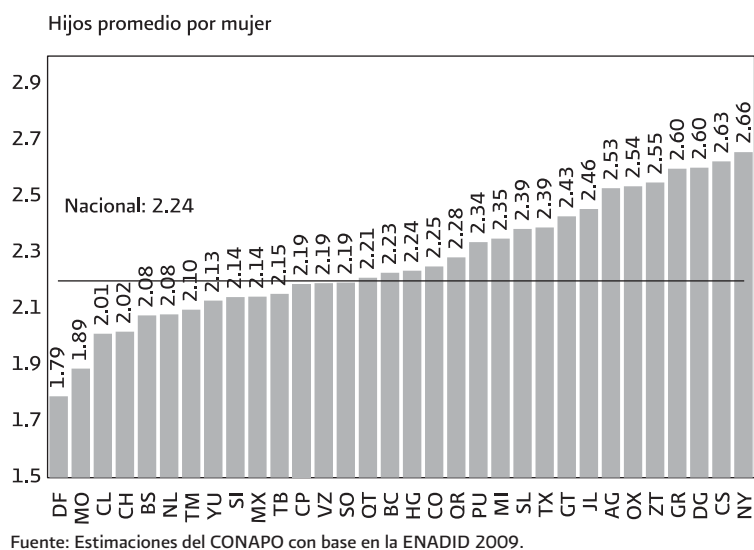
De acuerdo al lugar de residencia, en la gráfica 14 se aprecia que la estructura de fecundidad de las mujeres residentes en zonas rurales y urbanas está ligeramente rejuvenecida, ya que la cúspide de nacimientos se encuentra entre las mujeres de 20 a 24 años, aunque en mayor medida en las mujeres rurales, que además acumulan más nacimientos en relación con los demás grupos de edad. La TGF de las mujeres rurales es 2.86 hijos promedio por mujer contra 2.08 hijos en promedio por cada mujer urbana.

La diversidad de escenarios que existe al interior del país se refleja en la fecundidad en cada entidad federativa. Actualmente, el rezago en este indicador se concentra con cada vez más claridad en entidades con mayores proporciones de población indígena y rural, así como con niveles altos y muy altos de marginación social (véase gráfica 15).

En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas décadas, éste es proporcionalmente menor al observado en otras edades. En 1992, la tasa de fecundidad adolescente era de 81.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 el cambio porcentual se redujo a 14.7, para quedar en 69.5 nacimientos ocurridos entre mujeres adolescentes por cada mil de ellas.

El PNP 2008-2012 establece como una de sus metas la reducción de la tasa de fecundidad adolescente a 58 nacimientos ocurridos entre mujeres de 15 a 19 años, por cada mil mujeres en ese grupo de edad. Sin embargo, su evolución reciente indicaría que la ralentización de su descenso impedirá alcanzar la meta en el periodo propuesto.

Gráfica 15.
Tasa Global de Fecundidad por entidad federativa, 2009



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. Entre 1990 y 2005^{7,8} la participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes pasó de 17.4 a 16.9. En este periodo, alrededor de la tercera parte de los nacimientos proviene de mujeres entre 20 y 24 años. Las variaciones más notorias se observan en mujeres entre 30 y 34 años, quienes incrementaron su participación relativa de 14.8 a 17.5 por ciento, respectivamente (véase gráfica 16).

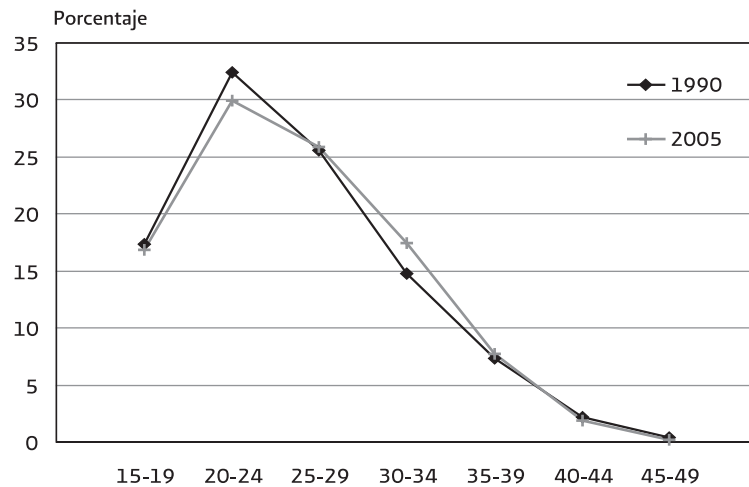
La fecundidad adolescente presenta un comportamiento diferenciado del conjunto de la fecundidad en las entidades federativas. Como se aprecia en la gráfica 17, las mayores tasas de fecundidad adolescente no necesariamente se encuentran en las entidades con mayores TGF, las cuales, a su vez, se localizan en estados con mayores rezagos socioeconómicos y un retraso mayor en términos de la transición demográfica. La fecundidad adolescente, en cambio, muestra niveles importantes en entidades de la frontera norte (Chihuahua, Coahuila, Baja California) y en estados que han experimentado una notable migración interna debido a la industria del turismo (Quintana Roo, Baja California Sur).

Sin duda, la fecundidad es un componente crítico del cambio demográfico, en la medida en que su interacción con la mortalidad y la migración, determina el volumen y la estructura por edad de la población. 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, como se verá en el apartado siguiente, contribuyen a perfilar las preferencias reproductivas de la población.

⁷ 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.

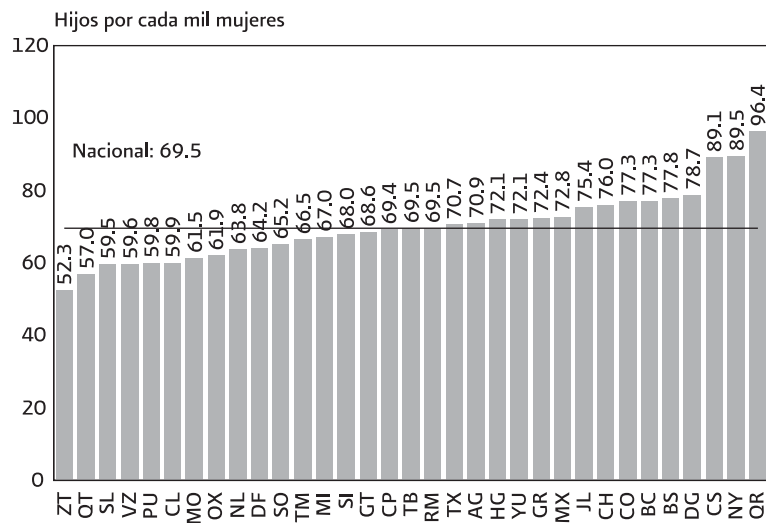
⁸ Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee de información 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 16.
República Mexicana. 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.

Gráfica 17.
Tasa de fecundidad adolescente por entidad federativa, 2009



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

4. Preferencias reproductivas

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

4.1 Ideal de hijos e hijas

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

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.⁹

En 1997, el número ideal de hijas e hijos era de 3.2 y bajó a 2.7 en 2009. Dicho número aumenta considerablemente con la edad de las mujeres entrevistadas, situación que se observa en las dos encuestas: mientras las adolescentes tienen preferencia por un número ideal de hijos de 2.3, según la ENADID 2009, las mujeres del extremo inferior del periodo fértil reportaron como ideal 3.3 hijos promedio, es decir, una diferencia de un hijo entre ambas expectativas reproductivas (véanse cuadro A.5 del Anexo y gráfica 18A).

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia consistentemente con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que discrimina con mayor claridad la expectativa reproductiva de las parejas, con una diferencia de 1.4 hijos entre las categorías de los extremos. Es decir, mientras las que no poseen grado escolar alguno reportan un número ideal de 3.8 hijos, según la encuesta de 2009, las de secundaria y más tienen como ideal 2.4 hijos.

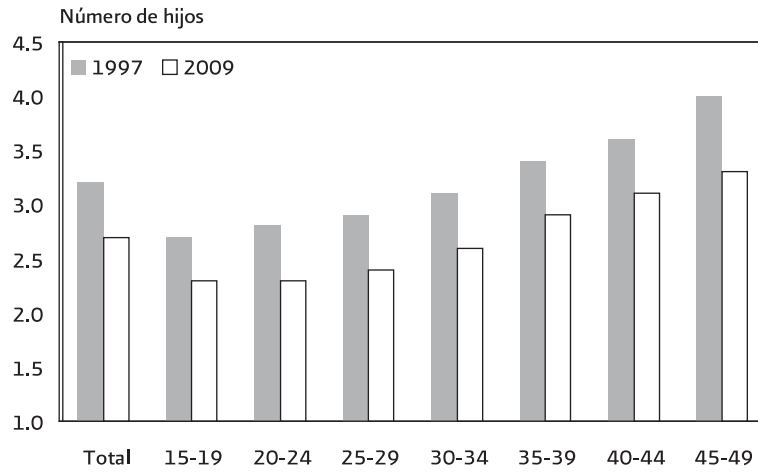
Destaca también la disminución en las preferencias reproductivas en los 12 años que separan a ambas encuestas, aproximadamente de la misma magnitud en los diferentes niveles de escolaridad, en 0.2, excepto para las mujeres sin escolaridad, que disminuyeron aún más dicha preferencia, en 0.5 (véase gráfica 18B).

Por lugar de residencia, en las dos encuestas se observa una fecundidad ideal sustancialmente menor en las áreas urbanas, con 2.5 hijos, cuya diferencia es de 0.7 en 2009 respecto a las rurales, que prefieren 3.2. De la misma forma que en las variables anteriores, las preferencias reproductivas han disminuido de forma importante en los dos ámbitos (véase gráfica 18C).

La condición de habla de lengua indígena también incorpora una diferencia sustancial en las preferencias reproductivas reportadas por las mujeres: aquellas que hablan lengua indígena prefieren un número ideal de hijos de 3.5, según datos de 2009, que es 0.9 mayor que el elegido por las que no hablan lengua indígena, cuya fecundidad ideal se aproxima a 2.6 hijos. Asimismo, ambos grupos han disminuido de forma importante dichas expectativas reproductivas (véase gráfica 18D).

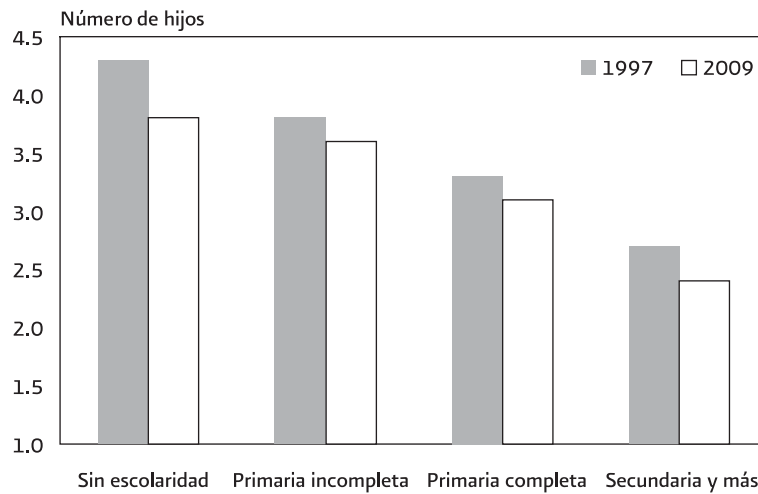
⁹ A las mujeres sin hijos se les pregunta: Si usted pudiera escoger el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría? A las mujeres que ya han tenido hijos se les pregunta: Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos y pudiera estudiar el número de hijas e hijos 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 18A.
República Mexicana. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



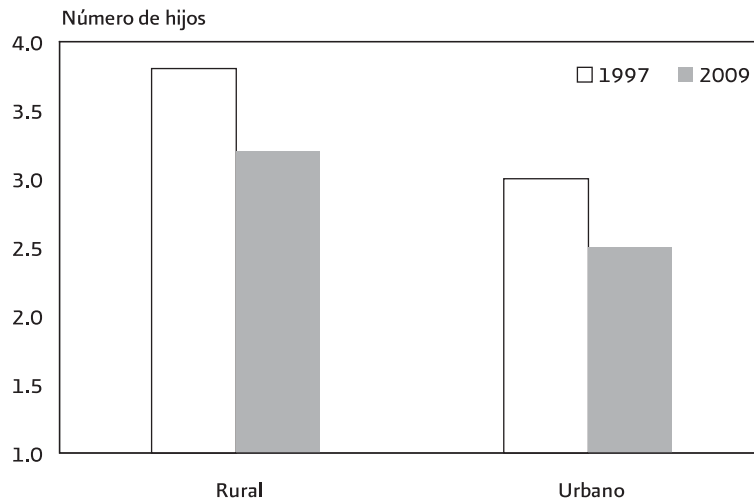
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 18B.
República Mexicana. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 1997 y 2009



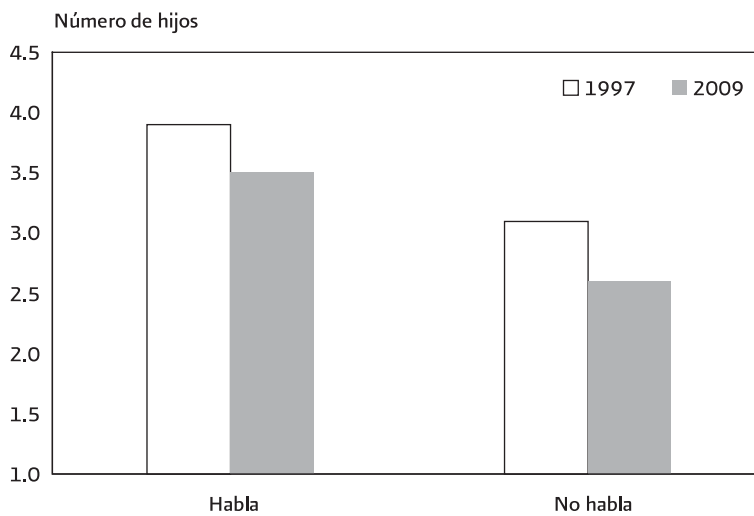
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 18C.
República Mexicana. 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 18D.
República Mexicana. 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.

El cambio ocurrido en las preferencias reproductivas hacia una disminución en el número ideal de hijos, observado en las diferentes generaciones y según subgrupos definidos por categorías de variables sociodemográficas, sugiere cierta motivación de las mujeres por tener un menor número de hijos. Ahora lo relevante es examinar si dichas preferencias logran concretarse a lo largo de la trayectoria reproductiva de las mujeres y sus parejas.

Una forma de analizar lo anterior es contrastar el número de hijos nacidos vivos y el número ideal de hijos entre las mujeres unidas (véanse cuadros 5 y 6). Así, se observa que 52.9 por ciento de las mujeres con dos hijos reportó que su número ideal de hijos era dos, comparado con un 48.6 por ciento en 1997; en consecuencia, han disminuido el porcentaje de mujeres cuyo ideal de hijos es de tres o más.

Algo similar ocurre para las mujeres sin hijos, así como para las de paridad uno, es decir, se aprecia en 2009 respecto de 1997 una mayor concentración de mujeres unidas cuyo ideal es un número menor de hijos. Por ejemplo, 61.3 por ciento de las mujeres sin hijos en 1997 deseaba como máximo dos hijos, porcentaje que aumentó a 71.8 en 2009; y en las que tenían un hijo nacido vivo también hubo un incremento de 60.8 a 66.0 (véanse cuadros 5 y 6).

Cuadro 5.
República Mexicana. 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	1.8	10.0	49.6	26.8	8.4	3.5
1	0.7	9.8	51.0	28.7	6.6	3.2
2	1.0	3.0	48.6	29.6	13.5	4.4
3	1.4	3.7	17.4	48.8	19.2	9.5
4	1.4	2.4	23.7	12.5	44.3	15.8
5 y más	2.5	1.9	19.3	19.1	15.8	41.5

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

Cuadro 6.
República Mexicana. 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	8.4	14.2	49.1	20.4	5.6	2.2
1	2.4	19.6	46.3	24.2	5.1	2.4
2	1.5	4.5	52.9	26.9	10.4	3.8
3	1.4	4.4	14.2	56.1	14.8	9.1
4	1.0	2.5	21.9	11.8	45.3	17.6
5 y más	1.5	1.5	14.7	18.7	11.0	52.5

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

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, 48.6 por ciento reportó como ideal ese mismo número de hijos en 1997, pero aumentó a 52.9 por ciento en 2009; de igual forma, en las que tenían tres hijos nacidos vivos y que prefieren ese mismo número de hijos, pasó de 48.8 a 56.1 por ciento; y en las de paridad cuatro, el 44.3 por ciento escogió ese mismo número como ideal en 1997, porcentaje que aumentó a 45.3 en 2009.

4.2 Embarazo no planeado

Con el avance de los programas de planificación familiar y salud reproductiva, cuya evolución se ha acompañado de un descenso en la fecundidad, la evaluación tiene la encomienda de dilucidar qué tanto de la fecundidad observada se reconoce como deseada o planeada y en 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, ya que 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:

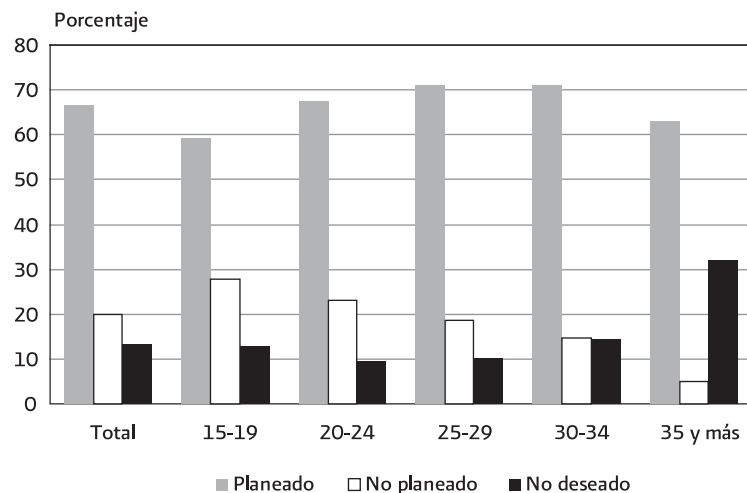
- *Porcentaje de embarazo planeado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que respondieron haber querido embarazarse al momento del evento, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de embarazo no planeado.*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

Con base en esto, 66.6 por ciento de las MEF que se encontraba embarazada al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 20.0 por ciento como embarazo no planeado y 13.4 por ciento como embarazo no deseado, según la ENADID 2009 (véase cuadro A.6 del Anexo). Pero los porcentajes más altos de embarazo no planeado se ubican en las adolescentes y jóvenes, con 27.8 y 23.2, respectivamente, mientras que el mayor de embarazo no deseado se localiza en el grupo de 35 años y más, con 32.0.

La combinación de ambos conceptos sugiere que en 33.4 por ciento de las MEF el embarazo actual es no planeado o no deseado, que aumenta a 40.6 por ciento en las adolescentes, seguidas por las de 35 y más años, con 37.1 por ciento, y por las jóvenes, con 32.7 por ciento.

En general, la tendencia es que el embarazo no planeado disminuye con la edad de la mujer, mientras que el no deseado se incrementa (véase gráfica 19), lo que refleja la necesidad de promover la anti-concepción temporal en el primer caso, y la anti-concepción definitiva en el segundo.

Gráfica 19.
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil
actualmente embarazadas por grupos de edad según planeación y deseo del
embarazo, 2009



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

5. Anticoncepción

Se ha demostrado que el 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 con 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.¹⁰

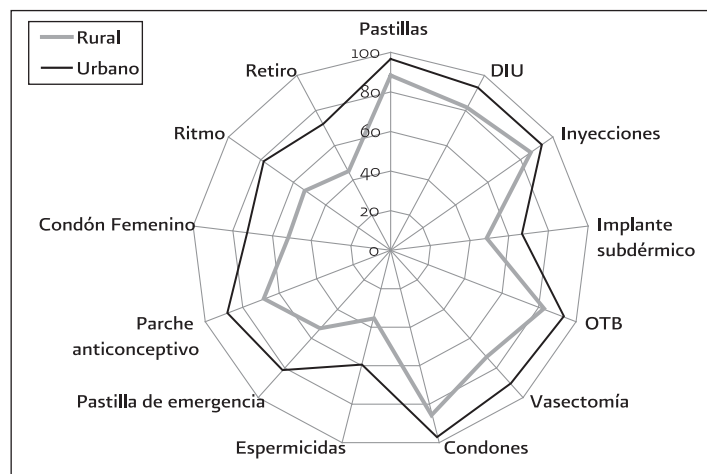
¹⁰ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 para las mujeres de habla de lengua indígena.

Se observa un aumento entre 1997 y 2009 en el conocimiento de métodos anticonceptivos específicos. Según la encuesta de 2009, más del 90 por ciento de las MEF reconoce las pastillas, el DIU, las inyecciones, la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el condón masculino. En un segundo plano se identifica la vasectomía y el parche anticonceptivo, con aproximadamente 85 por ciento de conocimiento. En tercer lugar, con un porcentaje comparativamente menor, se ubica el implante subdérmico, la pastilla de emergencia (PAE), el condón femenino y los métodos tradicionales (véase cuadro A.7 del Anexo).

El método que más incrementó su identificación entre las MEF fue el implante subdérmico, que pasó de 14.8 a 62.9 por ciento, durante el periodo de estudio, es decir, su conocimiento aumentó en más de cuatro veces.

De acuerdo con el lugar de residencia de las MEF, entre 1997 y 2009, se distingue un incremento en el conocimiento de los anticonceptivos, tanto en áreas rurales como urbanas, lo cual se traduce en una disminución de la brecha en estos ámbitos, en la mayoría de los métodos (véase cuadro A.8 del Anexo). No obstante, todavía persiste una clara diferencia desfavorable para las localidades rurales, en particular, un bajo conocimiento del implante subdérmico, los espermicidas, la PAE, el condón femenino y los métodos tradicionales. La mitad de las mujeres rurales desconoce todavía estos anticonceptivos (véase gráfica 20). Por tal motivo, es evidente la necesidad de que en el país se fortalezca aún más la difusión, promoción e información de los mismos, a fin de hacer efectiva la elección del método con base en la gama completa.

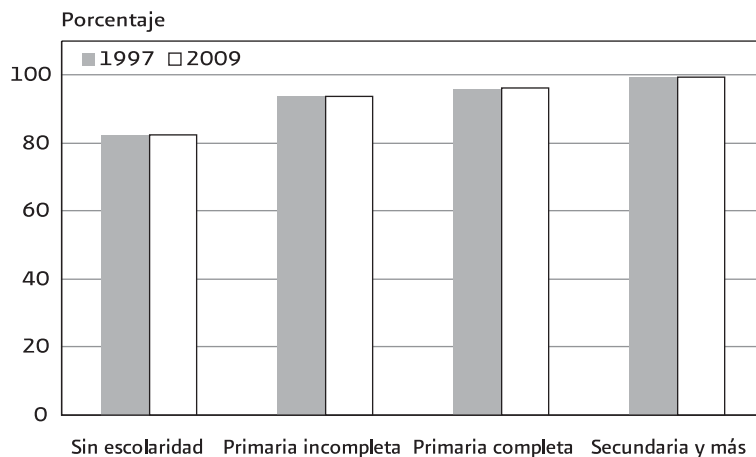
Gráfica 20.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la existencia de distintos métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 2009



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

Por otra parte, el porcentaje de las MEF que conoce al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, pasó de 96.6 a 98.0 entre 1997 y 2009 (véase cuadro A.9 del Anexo). Este indicador no presenta cambios en la última encuesta según la edad, situación conyugal y número de hijos nacidos vivos; tampoco se exhiben diferencias entre categorías en cada una de estas variables.

Gráfica 21A.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por nivel de escolaridad, 1997 y 2009

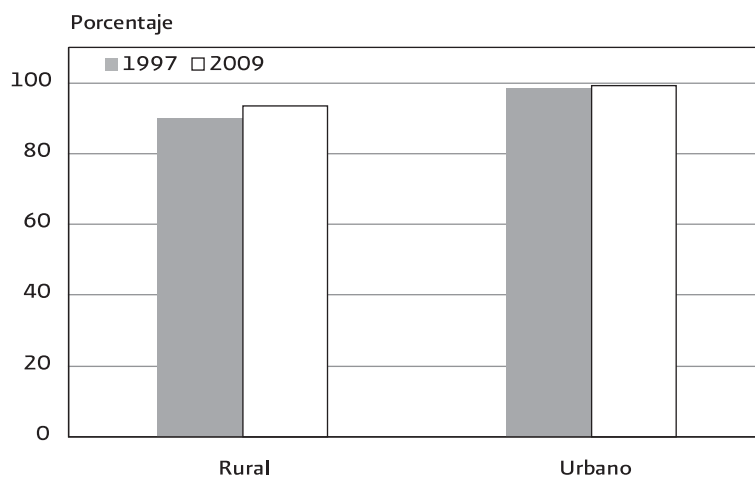


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Sin embargo, el nivel escolar de las mujeres sí tiene un efecto importante en el comportamiento de este indicador. Las mujeres sin escolaridad no incrementaron su nivel de conocimiento entre 1997 y 2009, (82.4%), es decir, continúa con 17 puntos porcentuales menos que las de secundaria y más, cuyo porcentaje de conocimiento es de 99.4 (véase gráfica 21A).

La brecha por lugar de residencia se redujo de 8.5 a 5.7 puntos porcentuales, dado un incremento diferencial en el conocimiento de los métodos en el ámbito rural y urbano entre 1997 y 2009. Ahora, 93.4 por ciento de las mujeres rurales y 99.1 por ciento de las urbanas identifican al menos un anticonceptivo (véase gráfica 21B).

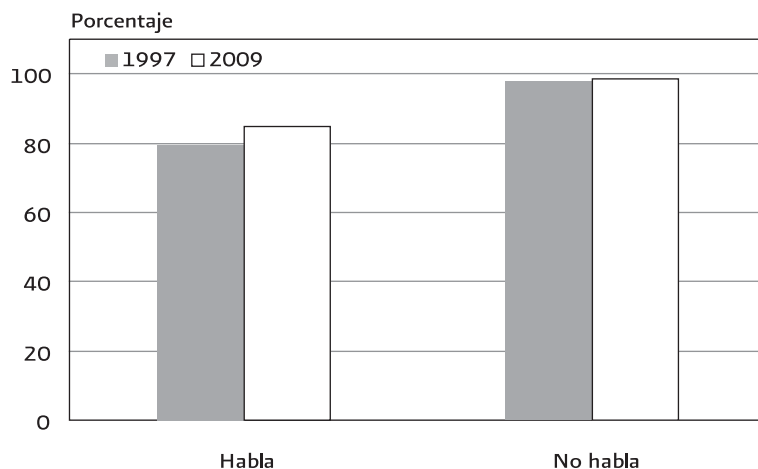
Gráfica 21B.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



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

De la misma forma, la distancia en el conocimiento entre población hablante de lengua indígena y no hablante también se hizo más corta, de 18.3 a 13.8 puntos porcentuales: en 2009 las mujeres hablantes de lengua indígena reconocen al menos un anticonceptivo en un 84.9 por ciento, contra 98.7 por ciento de las que no hablan lengua indígena (véase gráfica 21C).

Gráfica 21C.
República Mexicana. 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, el porcentaje de las MEF que no conoce método alguno pasó de 3.4 a 2.0 entre 1997 y 2009. Asimismo, se observa una disminución en la mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.10 del Anexo). Empero, el desconocimiento de la anticoncepción es aún considerable en las mujeres sin escolaridad, con 17.6 por ciento, y con 15.1 por ciento en las hablantes de lengua indígena, según la ENADID 2009. La evidencia indica que es urgente fortalecer acciones de difusión e información sobre la anticoncepción en estas poblaciones.

5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos

En un contexto en el que la protección anticonceptiva al inicio de las relaciones sexuales es muy baja, 24.6 % de mujeres entre 15 y 19, y 65.7% de mujeres entre 20 y 24 años han tenido relaciones sexuales, y es cada vez más frecuente la actividad sexual previa a la unión, por lo cual se observan también intervalos protogenésicos cortos. La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar. Por ejemplo, en el PNP se estableció la meta¹¹ de aumentar a 75 por ciento el uso de métodos anticonceptivos para 2012. Asimismo, en el PSSRA 2007-2012 la meta es incrementar a 47 por ciento la cobertura del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes para el mismo año.

¹¹ El valor de la meta se estableció a partir de 70.9 por ciento en 2006, o sea, se preveía un aumento de 4.1 puntos durante el sexenio, es decir, 2.05 puntos cada tres años, el doble del incremento observado según las encuestas analizadas.

Indicador:

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

Mientras que en 1997 la cuarta parte de las MEF entre 25 y 34 años adoptó el primer método a los 19.8 años, en 2009 prácticamente no varió la edad al primer uso, con 20.1. En 1997, el 50 por ciento de este grupo ya había usado un anticonceptivo por primera vez a los 22.5 años, en tanto que en 2009 este porcentaje se alcanza hasta los 24 años (véase cuadro 7).

No obstante, en la población femenina entre 35 y 49 años el inicio de uso de los anticonceptivos se ha retrasado. Por ejemplo, la mitad de las mujeres en 1997 empleó el primer método a los 25.1 años, en tanto que en 2009 fue hasta los 26.3 años.

5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

La prevalencia anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población, y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar. La evolución de la prevalencia anticonceptiva nacional está determinada por una distinta participación de mujeres con características sociodemográficas diversas, que condicionan el acceso y uso de los anticonceptivos.

Indicadores:

- *Porcentaje de MEFU que usa anticonceptivos o prevalencia anticonceptiva.*¹² Se calcula con los datos de encuestas, mediante el cociente de las MEFU que declararon estar usando, ellas o sus parejas, un método anticonceptivo al momento de la encuesta, cualquiera que éste fuera, entre el total de MEFU entrevistadas, multiplicado por cien.
- *Prevalencia anticonceptiva de un método específico o porcentaje de MEFU que usa cierto método.* Se calcula mediante el cociente de las MEFU que declararon estar usando, ellas o sus parejas, un método específico al momento de la encuesta, entre el total de MEFU, multiplicado por cien. La suma de las prevalencias anticonceptivas por método específico da como resultado la prevalencia anticonceptiva total.

En principio, la prevalencia anticonceptiva se estimó en 68.5 por ciento para 1997 y aumentó a 72.5 por ciento en 2009, lo que da un incremento de cuatro puntos porcentuales en 12 años, es decir, ha evolucionado con un lento dinamismo, de apenas un punto cada tres años en promedio (véase cuadro A.11 del Anexo).

De acuerdo a la edad de las MEFU, el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009 se mantuvo estable, sobre todo en el grupo de adolescentes (45.0 y 44.7%, respectivamente).

¹² Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	19.8	22.5	25.2
35-49	21.5	25.1	29.8
2009			
25-34	20.1	24.0	27.1
35-49	21.4	26.3	34.4

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

En cambio, el uso de anticonceptivos entre las jóvenes aumentó de 59.3 a 62.9 por ciento entre 1997 y 2009. Los siguientes dos grupos tendieron a disminuir su uso, de 67.8 a 66.5 por ciento en las mujeres de 25-29, y de 75.4 a 73.1 por ciento en las de 30-34; en contraste, en los tres últimos grupos se aprecia un incremento, particularmente en las de 45-49, en 13.4 puntos porcentuales, al pasar de 61.4 a 74.8 por ciento (véase gráfica 22A).

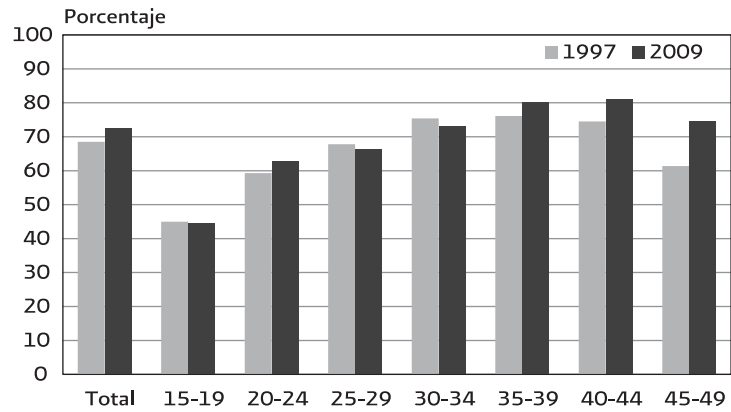
El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferenciales importantes en el uso de métodos. Si bien las mujeres unidas con paridad cero son las que más ampliaron su cobertura, de 23.9 por ciento en 1997 a 29.9 por ciento en 2009, su nivel es aún muy bajo. Esto indica una escasa prevención de la llegada del primer hijo, lo cual se traduce en un breve espaciamiento protogenésico.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos permaneció sin cambios, aunque con cierta tendencia a disminuir, al pasar de 59.8 en 1997 a 59.4 por ciento en 2009, respectivamente. Esto parece reflejar la preferencia de dos hijos. Sin embargo, a partir de la paridad dos, que se asocia con la planeación de tres o más hijos, el uso de la anticoncepción se eleva de forma contundente, al grado de que en el tercer hijo nacido vivo continúa con la prevalencia más alta desde 1997 (el valor más alto entre todos los grupos), con 84.9 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.

Con respecto al nivel de escolaridad, en el grupo de mujeres sin escolaridad es donde se incrementó más el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009, de 48.0 a 60.5 por ciento, seguido por las mujeres con algún grado de primaria (61.3 y 67.3%, respectivamente). Entre quienes tienen secundaria y más, la cobertura anticonceptiva permaneció casi estable, 74.8 y 74.4 por ciento, respectivamente (véase gráfica 22B). De esta forma, la distancia entre categorías extremas, que antes era de 26.8 puntos porcentuales, se redujo prácticamente a la mitad, es decir, a 13.9 puntos de diferencia.

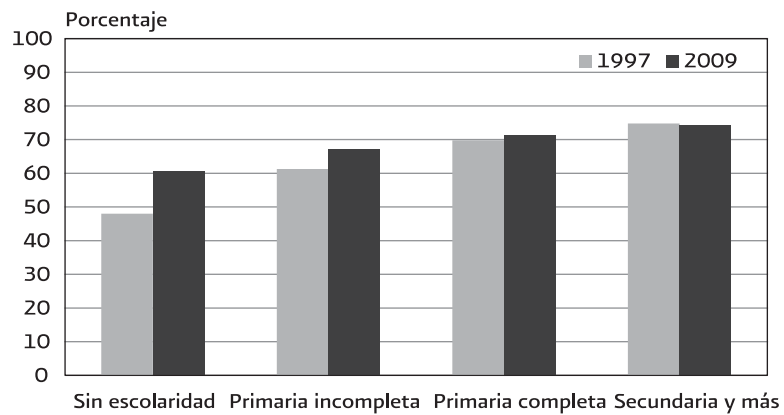
Con la velocidad de aumento del uso de anticonceptivos en las áreas rurales entre 1997 y 2009 se ha logrado el cumplimiento de la meta. Recientemente, se aprecia que la diferencia en la cobertura entre ambos tamaños de localidad es de 11.3 puntos porcentuales, generada por una cobertura de 63.7 por ciento entre las mujeres rurales versus 75.1 por ciento de las urbanas en 2009 (véase gráfica 22C).

Gráfica 22A.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



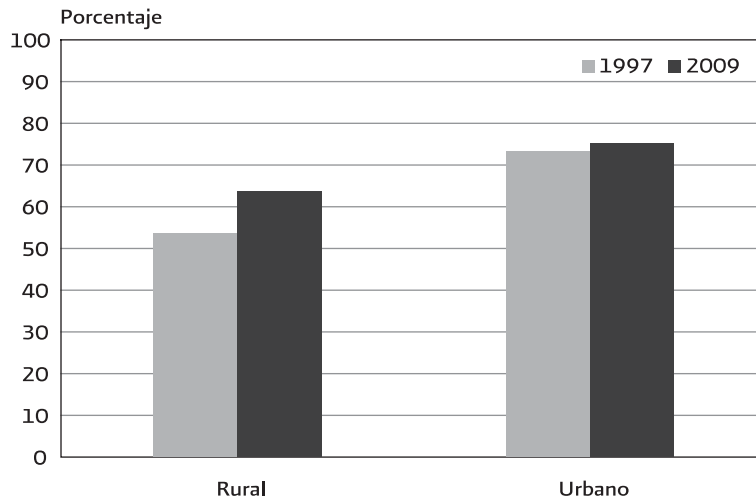
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 22B.
República Mexicana. 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.

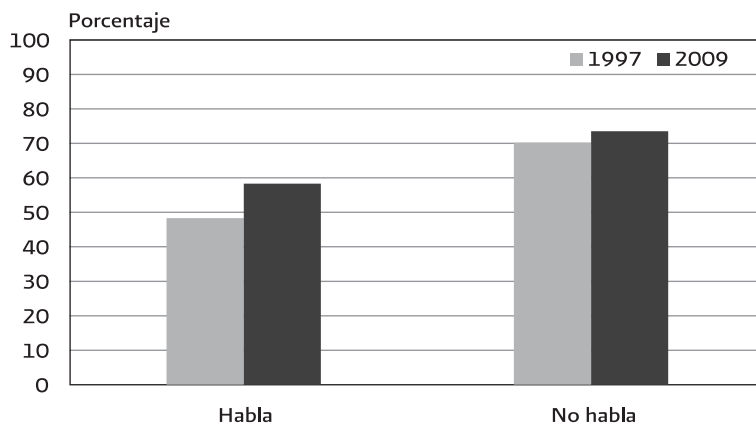
Gráfica 22C.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



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

La distancia en el uso de anticonceptivos según la condición de habla de lengua indígena se ha acortado, de 21.9 puntos porcentuales registrados en 1997 a 15.2 en 2009, ya que la cobertura anticonceptiva en las mujeres que hablan lengua indígena se incrementó a un ritmo mayor, al pasar de 48.3 a 58.3 por ciento, en contraste con las mujeres que no hablan lengua indígena, cuya prevalencia evolucionó de 70.2 a 73.5 por ciento (véase gráfica 22D).

Gráfica 22D.
República Mexicana. 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.

Por otra parte, revisar las coberturas anticonceptivas para cada método permite una aproximación a las preferencias de las mujeres y sus parejas con datos que pueden orientar las acciones programáticas y de política pública (véase cuadro A.12 del Anexo).

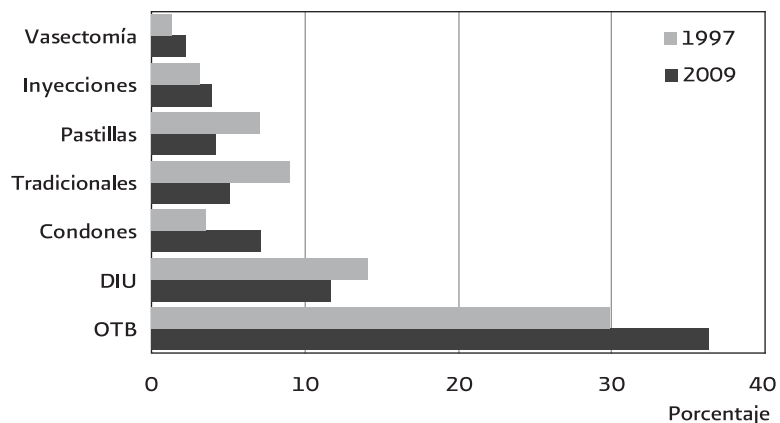
Una característica distintiva de las coberturas por método es que en México se ha observado una creciente preferencia por la adopción de la OTB, mientras que en 1997 representaba casi el 30 por ciento de las mujeres unidas, en 2009 ascendió aún más a 36.3 por ciento, cubriendo así la mitad de la prevalencia anticonceptiva global, que es de 72.5 por ciento.

El hecho de que más de la mitad de la cobertura anticonceptiva en mujeres unidas del país corresponde a métodos definitivos y que, además, sigue creciendo, ya que la prevalencia de la vasectomía también aumentó, al pasar de 1.3 a 2.2 por ciento, 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.

En el caso de la disminución en la prevalencia de las pastillas (de 7.1 a 4.2%) bien pudiera ocurrir un cambio en la adopción de este método por el condón masculino, el cual duplicó su cobertura de 3.6 por ciento en 1997 a 7.2 por ciento en 2009 e, incluso, una parte podría también ser efecto de un traslado a las inyecciones, que también se elevó de 3.1 a 3.9 por ciento. Algo parecido pudiera estar sucediendo con la reducción de la prevalencia de los métodos tradicionales, de 9.0 a 5.1 por ciento, hacia un cambio por métodos modernos de mayor efectividad.

Por último, en 2009 destaca la presencia de nuevos métodos como opciones anticonceptivas de planificación familiar, por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una prevalencia de 1.1 por ciento, el parche anticonceptivo, con 0.7 por ciento, e incluso figura ya el condón femenino, con 0.1 por ciento, en comparación con la PAE, cuya frecuencia en su uso no alcanza a mostrarse en términos estadísticos (véanse cuadro A.12 del Anexo y gráfica 23).

Gráfica 23.
República Mexicana. 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 0.0% en 2009), Implante subdérmico (0.1 y 1.1%, respectivamente). Por otra parte, la anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino no cuentan con información para 1997.

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

5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

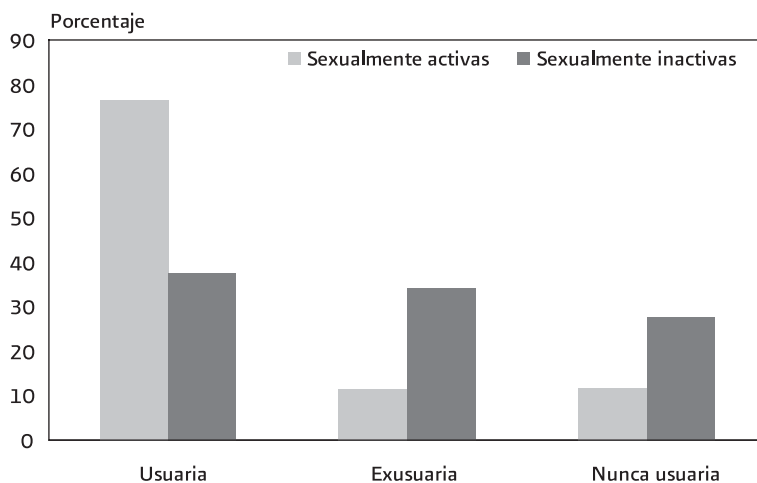
La ENADID 2009 permite estimar las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos según condición de actividad sexual, lo cual hace posible una aproximación más cercana a la exposición al riesgo de embarazo de las mujeres. Al mismo tiempo, dada esta diferenciación en la exposición al riesgo de embarazo por el ejercicio de la sexualidad, es importante distinguir la magnitud de las coberturas de uso, pero también de ex uso e incluso de nunca uso de anticoncepción.

La prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA), es decir, que tuvieron relaciones sexuales en el último mes, es de 76.6 por ciento, o sea, cuatro puntos porcentuales mayor que la calculada tomando como base a las MEFU. Este dato indica una depuración del indicador, en términos de considerar sólo a las mujeres directamente expuestas al embarazo, por lo que la cobertura aumenta. En la estimación anterior, el denominador toma en cuenta a mujeres que aun cuando están unidas, no necesariamente tienen relaciones sexuales.

El complemento de las MEFSA usuarias son las ex usuarias o las nunca usuarias de métodos, las cuales constituyen casi un 12 por ciento (véase cuadro A.13 del Anexo).

En las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero que no son sexualmente activas (MEFSI), la prevalencia de uso disminuye a la mitad respecto de las MEFSA, ubicándose en 37.7 por ciento. El complemento entre las MEFSI es de 34.4 por ciento de ex usuarias y 27.9 por ciento de nunca usuarias (véase gráfica 24).

Gráfica 24.
República Mexicana. 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 seis, tres, dos meses o incluso menos frecuentes. Sin embargo, el porcentaje de uso de anticonceptivos en este grupo es de 37.7, mientras que el de nunca usuarias es de 27.9 (véase cuadro A.13 del Anexo).

Esa consideración es particularmente importante para las adolescentes y las jóvenes que, si bien se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad si son MEFSA (con prevalencias de 54.9 y 70.5%, respectivamente), cuando son sexualmente inactivas utilizan muy poco la anticoncepción (18.3 y 21.2%, respectivamente).

Destaca un bajo uso de la anticoncepción en situaciones de vida sexual inactiva en la mayoría de los subgrupos de mujeres, según las categorías de variables sociodemográficas a las que pertenecen (véase cuadro A.14 del Anexo).

Respecto a la vida sexual activa, se observa en todas las categorías de variables sociodemográficas analizadas que el uso de anticonceptivos es mayor al compararse con las estimaciones para las MEFU. Por ejemplo: 54.9 por ciento de las MEFSA contra 44.7 por ciento de las MEFU en las adolescentes; 70.5 contra 62.9 por ciento en las jóvenes; 50.6 contra 29.9 por ciento en las de paridad cero; 69.8 contra 63.7 por ciento en las que residen en áreas rurales.

Resulta interesante observar que en circunstancias de vida sexual activa se reducen las brechas en el uso de la anticoncepción entre las categorías de los extremos. Así, mientras que en las MEFU la distancia entre áreas rurales y urbanas es de 11.3 puntos porcentuales, en las MEFSA se acorta a 8.5 puntos.

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 identificar, 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.*¹³ 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).¹⁴

¹³ 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.

¹⁴ Estos tres métodos anticonceptivos en conjunto integran la participación denominada directa e indirecta (Zúñiga et al., 2000).

Los métodos anticonceptivos más utilizados por mujeres en edad fértil a nivel nacional son: la OTB, el DIU, los métodos tradicionales, las pastillas y el condón masculino. En 1997 eran los más importantes en términos relativos y conformaban el 93.3 por ciento de las usuarias. En 2009 son los mismos, pero en un orden distinto (OTB, DIU, condón masculino, métodos tradicionales y pastillas), representando 89.1 por ciento (véase cuadro A.15 del Anexo).

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes es resultado de que se ha ampliado 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 (1.5%), así como el parche anticonceptivo con 1.1 por ciento; y ya tienen presencia la PAE y el condón femenino. Desde este punto de vista, se puede interpretar como una mejora en cuanto al acceso a una mayor variedad de anticonceptivos.

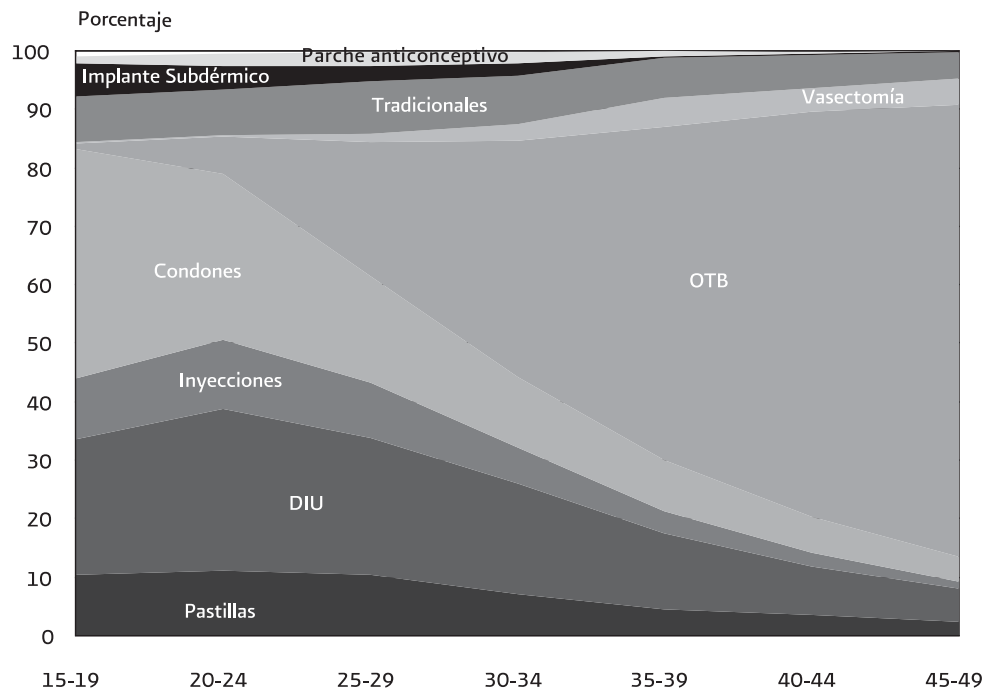
La evolución en la mezcla de métodos se acompañó de un aumento relativo de la OTB (que representa ahora prácticamente a la mitad de las usuarias), el condón masculino, las inyecciones, la vasectomía y el implante subdérmico; y una disminución de la importancia relativa del DIU, las pastillas y los métodos tradicionales. Esta transición motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 95.1 por ciento en 1997 a 96.4 por ciento en 2009, así como de la participación masculina en la planificación familiar, de 19.6 a 21.2 por ciento, respectivamente.

En las mujeres sexualmente activas, la estructura de métodos cambia según la edad de las mujeres, mientras que en las adolescentes y las jóvenes sexualmente activas el condón masculino es el más importante en términos relativos, seguido del DIU, las pastillas y las inyecciones que, en conjunto, conforman alrededor del 80 por ciento de las usuarias; en los grupos restantes, sobre todo después de los 30 años de edad, la OTB predomina en importancia relativa, seguida del DIU. En las edades 35-39, por ejemplo, ambos métodos abarcan al 70.1 por ciento de las usuarias (véanse cuadro A.16 del Anexo y gráfica 25).

El escenario de la mezcla de métodos según el número de hijos nacidos vivos de las MEFU también muestra alguna modificación en su evolución, principalmente por el cambio en el papel de los métodos tradicionales. En 1997 ocupaban el primer lugar en peso relativo en las usuarias de paridad cero y el segundo sitio en aquellas de paridad uno. Al cabo de 12 años esos lugares son ocupados por el condón masculino. Adicionalmente, en 2009, las pastillas acompañan al condón masculino como métodos primordiales en el grupo de mujeres usuarias sin hijos, y el DIU junto con el condón masculino son los más importantes en las mujeres con paridad uno, mientras que a partir de la paridad dos, la OTB predomina en importancia relativa, seguida del DIU; ambos métodos representan 79.4 por ciento de las usuarias con tres hijos nacidos vivos (véase cuadro A.17 del Anexo).

De acuerdo al lugar de residencia de las MEFU también se observaron cambios en la estructura de uso de métodos. Tanto en áreas rurales como en urbanas se aprecia un aumento en la importancia relativa de la OTB, las inyecciones, el condón masculino y la vasectomía entre 1997 y 2009; así como una disminución en el peso relativo de las pastillas, el DIU y los métodos tradicionales. El efecto de esos cambios es que actualmente la OTB y el DIU constituyen dos terceras partes de las usuarias en los dos ámbitos; la efectividad anticonceptiva promedio aumentó en las áreas rurales de 94.6 a 96.4 por ciento y en las urbanas de 95.2 a 96.4 por ciento. En tanto, la participación masculina en el uso de anticonceptivos se incrementó levemente en las zonas urbanas, de 20.5 a 20.9 por ciento, mientras que en el ámbito rural se redujo de 20.1 a 16.5 por ciento (véase cuadro A.18 del Anexo).

Gráfica 25.
República Mexicana. 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.

5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

El análisis de las fuentes de obtención de los anticonceptivos identifica a las instituciones, lugares o personas proveedoras de los métodos. Su actualización da cuenta del fortalecimiento de algunas instituciones como proveedoras, en detrimento de otras. En este sentido, y dada la gratuidad de los servicios anticonceptivos en las instituciones públicas de salud, el análisis permite conocer qué tanto se cumple con este mandato de Ley o, en su defecto, las posibles condiciones de falta de acceso y disponibilidad de los anticonceptivos.

Indicador:

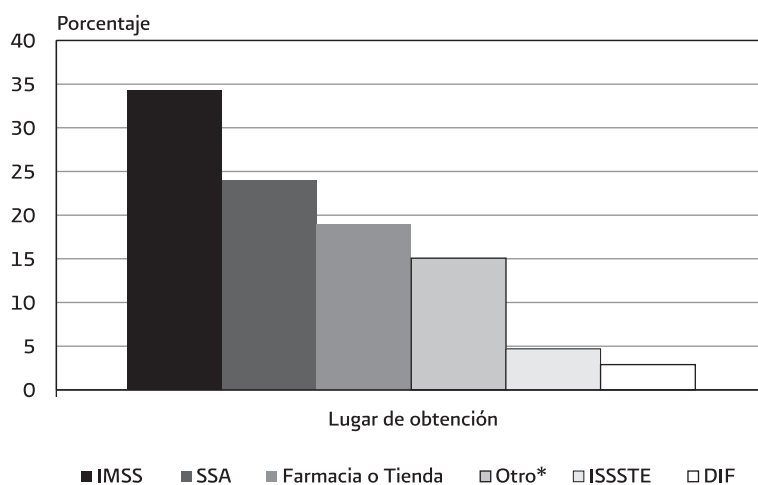
- *Porcentaje de usuarias actuales de anticonceptivos modernos que acude a obtenerlos en determinada institución o lugar.* Se calcula mediante el cociente de las usuarias que adquieren el anticonceptivo en alguna institución de salud pública o privada, farmacias o tiendas de autoservicio, entre el total de usuarias de métodos modernos,¹⁵ multiplicado por cien.

¹⁵ Por método moderno se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y *Billings*.

A nivel nacional, se observa que de cada cien mujeres en edad fértil sexualmente activas y usuarias de anticonceptivos modernos, 34.3 consiguen el método en el IMSS,¹⁶ 24.0 en la SSA, 19.0 en la farmacia o tienda, 15.1 en consultorios, clínicas y hospitales privados, y 4.7 en el ISSSTE (véanse cuadro A.19 y gráfica 26A).

En resumen, lo que el IMSS y las clínicas, hospitales y consultorios privados dejaron de hacer como fuentes proveedoras de anticonceptivos, teóricamente lo han cubierto la SSA, las farmacias y las tiendas. No obstante, esta apreciación resulta muy relativa, dado que, en primera instancia, el IMSS satisface la demanda de su propia población, de modo que resulta difícil entender esos procesos de oferta-demanda más allá de la gratuidad de los servicios anticonceptivos y de los montos variables de la población derechohabiente.

Gráfica 26A.
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 2009

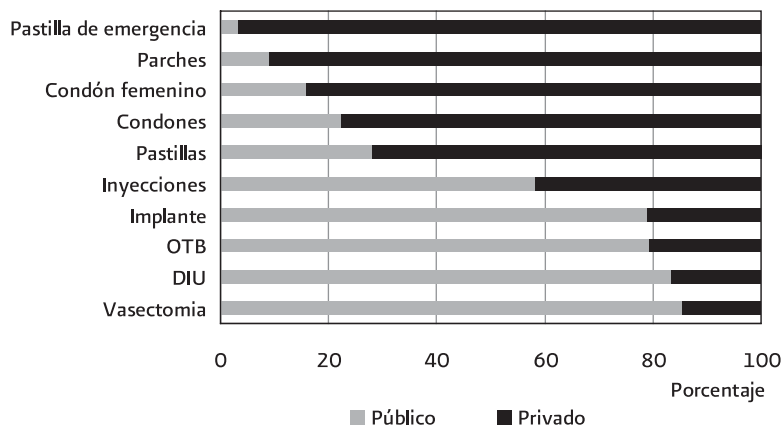


Nota: *Consultorio, clínica u hospital privado, partera u otros.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

A fin de valorar de forma indirecta la medida en que se cumple el mandato de Ley anteriormente señalado, se encuentra que, tomando como base a las mujeres con vida sexual activa, si bien la mayoría de las usuarias y sus parejas acuden al sector público para conseguir los métodos quirúrgicos y el implante subdérmico, 20.6 por ciento recurre al sector privado para realizarse la OTB. Sin embargo, una minoría de las usuarias acude a sus instalaciones por pastillas anticonceptivas, condones masculinos o femeninos, PAE y parches anticonceptivos. Todos estos métodos, en más del 70 por ciento de las usuarias, los consiguen en el sector privado, lo cual sugiere la incapacidad del sector público para atraer satisfactoriamente a la población que busca métodos temporales (véase gráfica 26B).

¹⁶ Incluye las clínicas y hospitales del Régimen Ordinario, es decir, para el servicio de los derechohabientes, más lo correspondiente de las clínicas y hospitales rurales de IMSS Solidaridad.

Gráfica 26B.
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, adolescentes y jóvenes 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.

Un panorama equivalente se observa al analizar los datos para las adolescentes y las jóvenes (véase cuadro A.20 del Anexo). En las adolescentes, por ejemplo, prácticamente la totalidad de las usuarias acude al sector privado para conseguir las PAE; 84.9 por ciento, para obtener condones masculinos; 81.4 por ciento, el parche anticonceptivo; y 69.4 por ciento, para proveerse de pastillas de uso regular. Tal es la magnitud del reto que enfrentan las instituciones públicas de salud para satisfacer la demanda de anticonceptivos, a fin de que la población disponga de los métodos que elija para regular su fecundidad. En el caso de las y los adolescentes, este aspecto es de particular relevancia, ya que es frecuente que no puedan sufragar el costo de adquirir métodos anticonceptivos en establecimientos privados, con el consiguiente efecto negativo en el uso sistemático de los mismos.

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 a 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.

Es por eso que el indicador del porcentaje de mujeres que inició el uso del método en el posparto evalúa el resultado de las acciones de promoción de la planificación familiar en la atención prenatal y del parto, cuya finalidad es, desde su formulación, contribuir a la disminución de los embarazos de alto riesgo,¹⁷ básicamente mediante la oferta de la OTB para las mujeres con paridad satisfecha, y el DIU para las que desean espaciar su próximo embarazo.

¹⁷ Aquellos que se refieren a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos, y a la presencia de factores de riesgo derivados de patologías crónico-degenerativas en la mujer embarazada.

Indicadores:

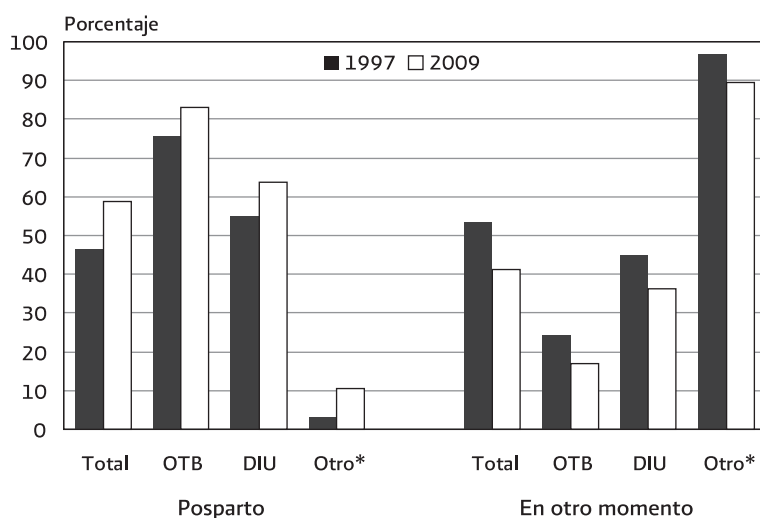
- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en el posparto.* Se considera que una mujer adoptó un método en el posparto, cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.
- *Porcentaje de 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.

La decisión sobre el momento de adopción de la anticoncepción ha cambiado entre las mujeres mexicanas durante los últimos 12 años. En 1997, el 46.5 por ciento de las usuarias adoptaba el método en el posparto y 53.5 por ciento lo hacía después de éste. En 2009 la relación se invierte: 58.7 por ciento de las usuarias inició el uso del anticonceptivo en el posparto y 41.3 por ciento, en un momento posterior.

De la misma forma, se observa un incremento del inicio de uso en el posparto al considerar los métodos específicos, y una disminución en el inicio de uso en otro momento. Esta evolución ha llevado a que, en 2009, el 83.1 por ciento de las usuarias de OTB se operó en el posparto; 63.8 por ciento de las usuarias de DIU adoptó el método en ese momento, lo mismo que 10.5 por ciento de las usuarias de otros métodos (véanse cuadro A.21 del Anexo y gráfica 27).

Gráfica 27.

República Mexicana. 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.

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

6.1 Nunca uso de anticonceptivos

Indicadores:

- *Porcentaje de MEFU que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFU que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFU, por cien.
- *Porcentaje de 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 métodos anticonceptivos en las MEFU en el país disminuyó de 16.3 por ciento en 1997 a 14.0 por ciento en 2009. Dado que el nivel de uso se incrementó en cuatro puntos en ese periodo, se infiere que la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos¹⁸ también se redujo en 1.7 puntos porcentuales, con porcentajes de 15.2 y 13.5, respectivamente.

Tanto el nunca uso como el ex uso indican que algo falta por hacer en relación con el acceso y disponibilidad de los anticonceptivos. Desde esta perspectiva, 27.5 por ciento de las mujeres unidas estaría en alguna situación que merece atención de los servicios de información, acceso y disponibilidad de una gama amplia de anticonceptivos.

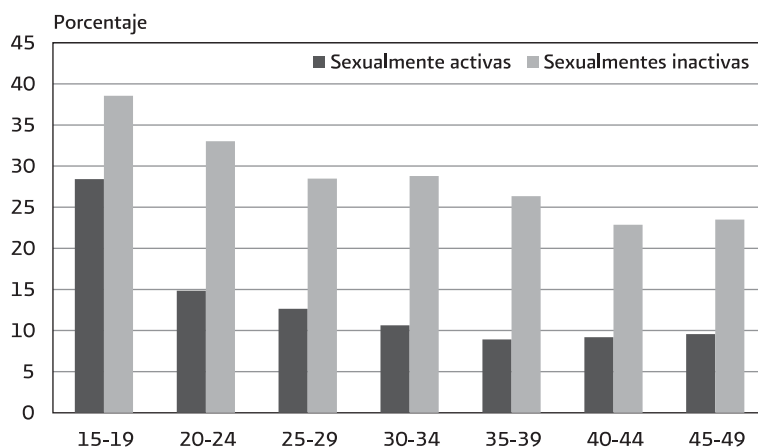
El nunca uso ha disminuido en el contexto de las mujeres unidas en las diferentes categorías de variables sociodemográficas, excepto para las de 25-29, 30-34, las de paridad uno y aquellas con secundaria y más, en que se aprecia un aumento. Dadas las características de estos grupos es posible que el nunca uso se haya incrementado porque quieren o deciden tener hijos, en particular cuando se trata del deseo del primer hijo. Los mayores niveles de nunca uso prevalecen en las mujeres unidas con paridad cero (46.7%) y en las adolescentes (36.4%) (asociado probablemente al deseo de hijos), pero también en las hablantes de lengua indígena (30.7%), en aquellas sin escolaridad (28.7%) y en las que viven en zonas rurales (21.7%). En estos grupos es posible que el nunca uso se explique por problemas de falta de acceso a los anticonceptivos (véase cuadro A.22 del Anexo).

¹⁸ Se refiere a las mujeres unidas que si bien utilizaron anticonceptivos alguna vez, no los usaban al momento de la encuesta.

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 11.8 por ciento de las MEFSA nunca ha usado anticonceptivos, porcentaje que se eleva a 27.9 en las MEFSI.

No obstante, existen diferencias importantes en los grupos contruidos según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad, independientemente del grupo que se trate, sean unidas, sexualmente activas o sexualmente inactivas (véase gráfica 28A). Por la exposición latente al riesgo de embarazo, particularmente no deseado y no planeado, preocupa el hecho de que 28.4 por ciento de las adolescentes con vida sexual activa, así como 38.6 y 33.0 por ciento de adolescentes y jóvenes sexualmente inactivas, respectivamente, nunca han utilizado anticonceptivos.

Gráfica 28A.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 2009

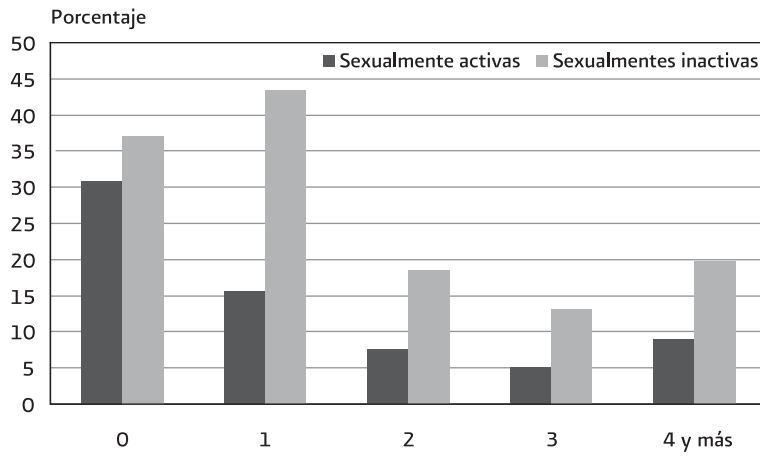


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Los datos de condición de uso de la anticoncepción, diferenciada por la frecuencia con que se tienen relaciones sexuales, son novedosos, por lo menos desde el enfoque sociodemográfico de la salud reproductiva. Al mismo tiempo, son cruciales para conocer y entender con mayor cercanía situaciones hasta ahora no previstas en las acciones programáticas. Por ejemplo, saber que 40.1 por ciento de las mujeres que se declaró soltera, sexualmente inactiva, nunca ha utilizado anticonceptivos, obliga a preguntarse si las mujeres están conscientes del riesgo potencial de embarazo y si, de estarlo, disponen de la información y acceso suficiente en materia de anticoncepción, a menos que deseen embarazarse.

El escenario del nunca uso según la paridad es parecido al observado con la edad, dado que estas variables se correlacionan de forma directa; así, a mayor número de hijos disminuye el porcentaje de mujeres que nunca ha usado anticoncepción (véase gráfica 28B). Aquí los valores más altos se aprecian en la categoría de mujeres sexualmente activas con paridad cero (30.9%), así como en las de paridad cero y uno, pero sexualmente inactivas (37.1 y 43.3%, respectivamente).

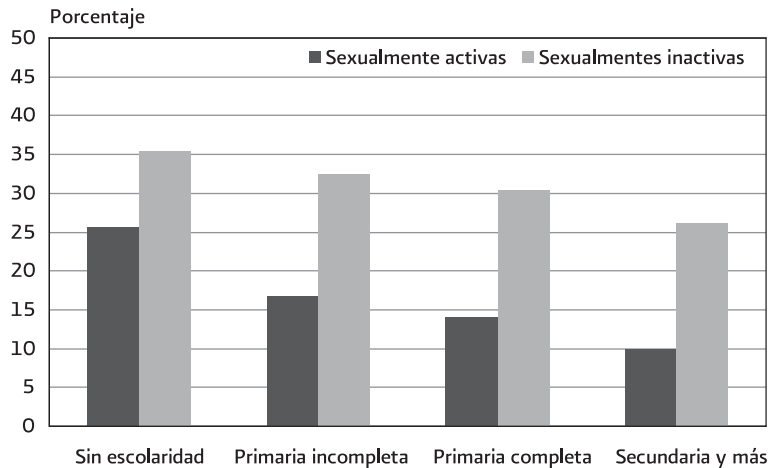
Gráfica 28B.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por paridez, 2009



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

El nivel de escolaridad de las mujeres hasta el momento de la encuesta se asocia con menores porcentajes de nunca uso de la anticoncepción (véase gráfica 28C). El diferencial es de tal magnitud que, mientras 25.6 por ciento de las mujeres sexualmente activas, sin escolaridad, nunca ha usado métodos, en las de secundaria y más es de 10.0 por ciento. No obstante, en las sexualmente inactivas el diferencial es menor: 35.4 por ciento en aquellas sin escolaridad y 32.4 por ciento con primaria incompleta nunca han practicado la anticoncepción, contra 21.6 por ciento en las de secundaria y más.

Gráfica 28C.
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 2009

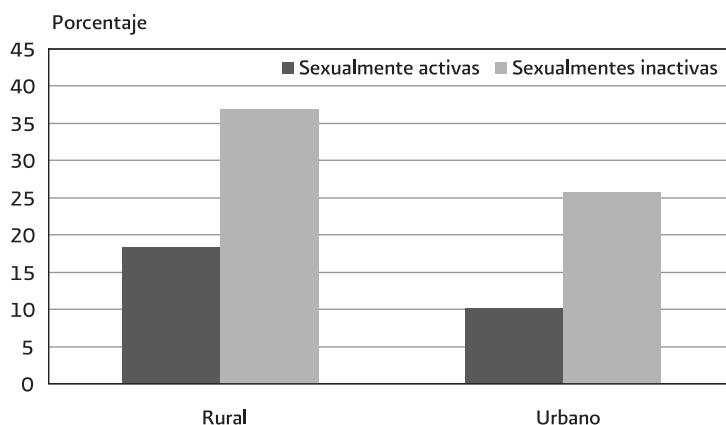


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

De la misma forma, el lugar de residencia y la condición de habla de lengua indígena son variables que discriminan de forma importante el nunca uso (véanse gráficas 28D). Entre las mujeres con vida sexual activa que nunca han empleado métodos anticonceptivos, 18.4 por ciento es rural y 10.2 por ciento, urbana.

En las mujeres sexualmente inactivas los porcentajes de nunca uso de métodos aumentan al doble o más, dependiendo del lugar de residencia, 36.9 rurales y 25.7 urbanas.

Gráfica 28D.
República Mexicana. 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).^{19,20}

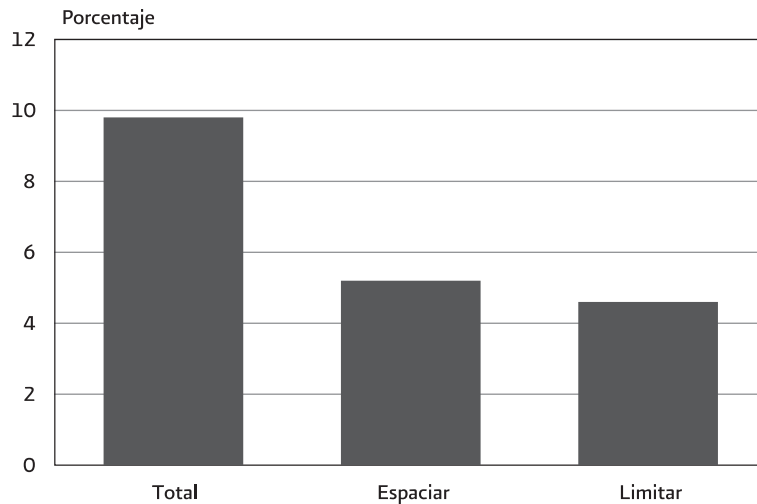
La NIA nacional fue de 9.8 por ciento en 2009.²¹ En sus componentes se observa que la NIA para espaciar fue de 5.2 por ciento, en tanto que la NIA para limitar fue de 4.6 por ciento (véase gráfica 29).

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ 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 29.
República Mexicana. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tipo de necesidad insatisfecha, 2009



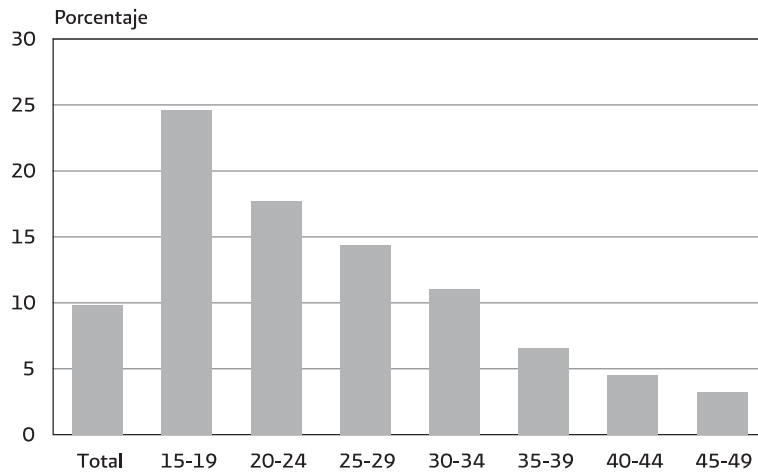
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Si bien la NIA del país presenta un nivel relativamente bajo, se aprecia también un bajo nivel en la mayoría de los subgrupos de la población, según categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.24 del Anexo). Según la edad, por ejemplo, en 2009 la NIA alcanzó un 24.6 por ciento en las adolescentes unidas, convirtiéndose en la más elevada de todos los subgrupos, es más del doble que la registrada en 30-34, de 11.0 por ciento, y ocho veces mayor que la de mujeres de 45-49, de 3.2 por ciento. En general, la NIA disminuye de forma consistente conforme aumenta la edad de la mujer, comportamiento que presentan los grupos de 20-24 y 25-29 con niveles todavía elevados de necesidad insatisfecha, de 17.7 y 14.4 por ciento, respectivamente. En general, la NIA disminuye conforme aumenta la edad de la mujer, comportamiento que presentan los grupos de 20-24 y 25-29 con niveles todavía elevados de demanda insatisfecha (véase gráfica 30A).

El PNP 2008-2012 establece la meta de disminuir la NIA de adolescentes unidas hasta el nivel de 28 por ciento en 2012. Para 2009, el dato de 24.6 por ciento indicaría un cumplimiento de la meta, incluso de forma anticipada. Sin embargo, ahora es claro que dicha meta no corresponde a los valores esperados en la NIA de adolescentes unidas para el 2012. Más aún, al considerar la precisión estadística de los datos en las encuestas, caracterizados por una alta variabilidad, se ha demostrado que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes ha permanecido estable y en niveles elevados desde 1987, sin cambios estadísticos significativos (Mendoza *et al.*, 2010).

La variable sobre hijos nacidos vivos no diferencia de forma importante la NIA. Lo más relevante es que se observa una necesidad insatisfecha relativamente alta en el grupo de mujeres que ya tuvieron el primogénito, de 14.9 por ciento, debido a que desean espaciar la llegada del segundo hijo.

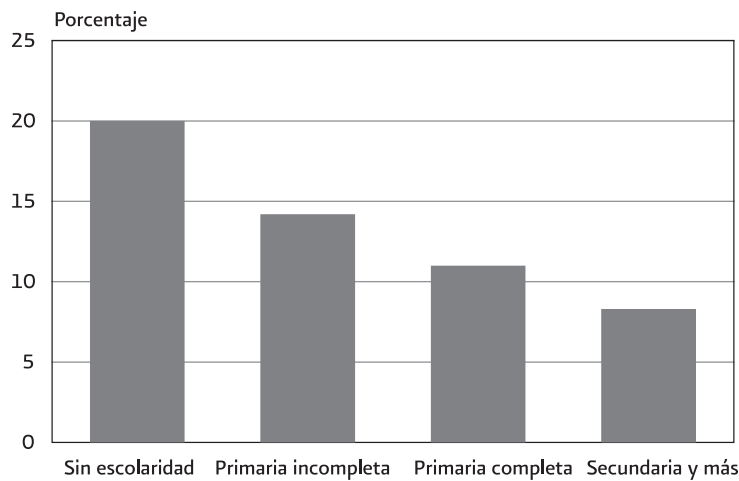
Gráfica 30A.
República Mexicana. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por grupos de edad, 1997 y 2009



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

En cambio, la escolaridad sí discrimina de forma considerable a la NIA, observándose una disminución a medida que aumenta el nivel escolar alcanzado por las mujeres (véase gráfica 30B). La NIA que presentan actualmente las mujeres sin escolaridad (20.0%) es más del doble que la observada en las de secundaria y más (8.3%).

Gráfica 30B.
República Mexicana. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad 2009

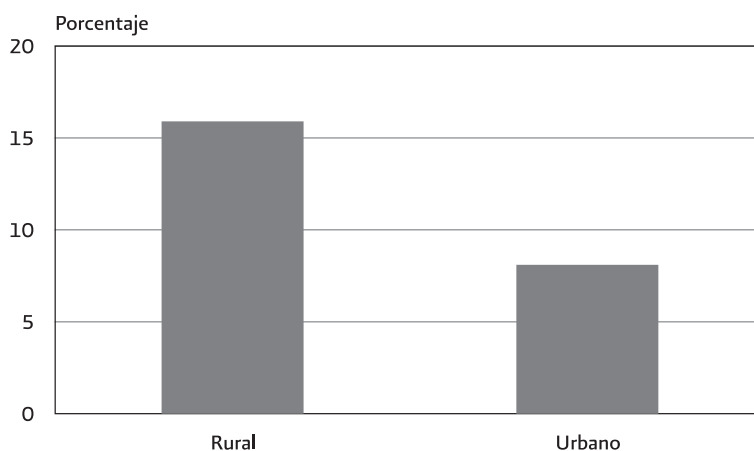


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

La variable lugar de residencia muestra que la brecha entre el ámbito urbano y el rural es de 7.8 puntos de distancia en 2009. El nivel de NIA que registran actualmente las zonas rurales, de 15.9 por ciento, es el doble que el de las urbanas, de 8.1 por ciento (véase gráfica 30C).

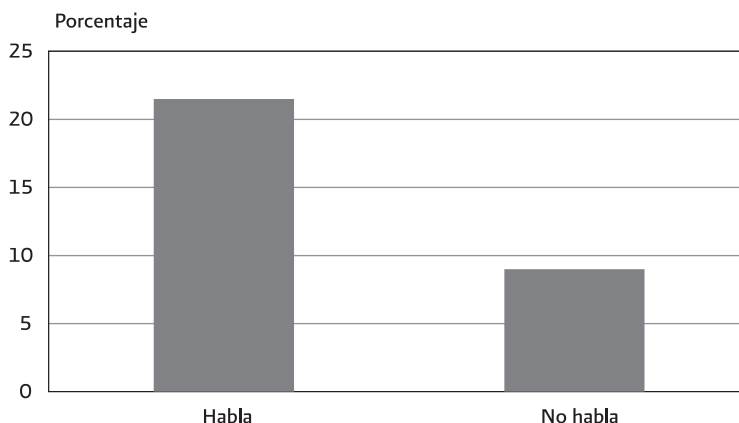
Asimismo, en la condición de habla de lengua indígena se ha acortado la brecha en la NIA, ya que en 2009 fue de 12.5 puntos porcentuales de diferencia; no obstante, la NIA para hablantes de lengua indígena, de 21.5 por ciento, la segunda más elevada del país, es todavía más del doble que la registrada en las mujeres que no hablan lengua indígena, de 9.0 por ciento (véase gráfica 30D).

Gráfica 30C.
República Mexicana. 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.

Gráfica 30D.
República Mexicana. 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.

Una característica particular de la NIA en mujeres hablantes de lengua indígena es que presenta el mismo nivel, sea para espaciar o para limitar, de 10.8 por ciento. Esto significa un gran reto para los programas y acciones en términos de poner al alcance los métodos temporales para regular la fecundidad en ese grupo de mujeres, al tiempo de permitir de manera alternativa el acceso a los métodos definitivos para limitar el número de hijos.

6.3 Demanda total de anticonceptivos

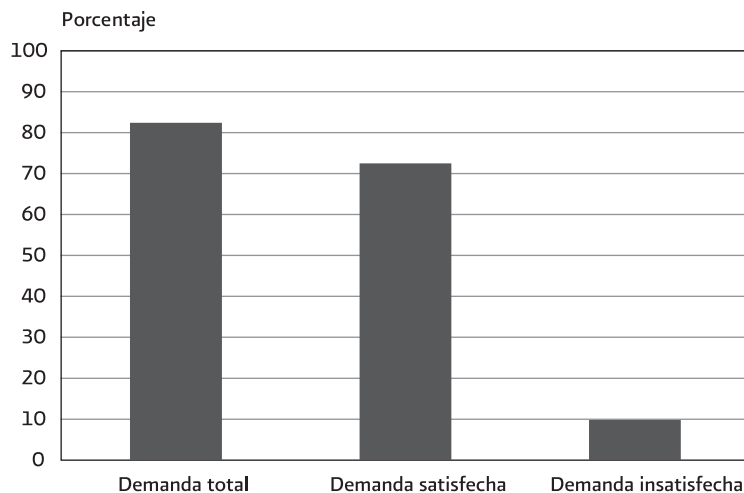
Indicadores:

- *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. La demanda total alcanzó un valor de 82.4 por ciento en 2009, como resultado de un aumento moderado de la prevalencia anticonceptiva y una pequeña disminución en la demanda insatisfecha (véase gráfica 31).

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, las ganancias en la demanda total de anticonceptivos serán también moderadas.

Gráfica 31.
República Mexicana. 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.

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.²²

La RMM alcanzó el valor de 62.2 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados en 2009. La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es reducirla en tres cuartas partes al 2015, partiendo de la base de 89 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos, estimada en 1990. Es decir, se esperaría que la RMM se reduzca a 22 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos.

La cifra alcanzada en 2009 significa una disminución de 26.8 puntos de razón en el lapso de 19 años, con disminuciones promedio anuales de 1.4 puntos, lo cual representa 40 por ciento de cumplimiento de la meta. Es decir, el 60 por ciento restante habría que cubrirlo en los seis años que faltan, entre 2009 y 2015, lo que significa disminuir en 40.2 puntos la RMM en ese lapso, con una velocidad de cambio promedio anual de 6.7 puntos de RMM de disminución, muy superior a la velocidad de cambio registrada hasta 2009.

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, 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, no se cuenta con información confiable para conocer sus niveles y tendencias de forma más cercana a la realidad.

²² Es un indicador del PNS 2007-2012 y de los ODM.

Indicador:

- *Porcentaje de MEF alguna vez embarazadas con al menos un aborto.*²³ 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.

En 1997, este indicador alcanzó 19.0 por ciento. No obstante, en los 12 años siguientes parece mostrar una incipiente disminución, con un valor de 17.7 por ciento (véase cuadro 8).

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

Año	Con al menos un aborto
1997	19.0
2009	17.7

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 dicha atención.

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

Indicadores:

- *Atención prenatal durante el primer trimestre.*²⁴ 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.

²³ En la encuesta no se identifica el tipo de aborto, es decir, inducido o espontáneo.

²⁴ La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 74.5 a 86.2 por ciento, según las encuestas analizadas. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población y fue determinado por la edad de las mujeres entrevistadas, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia y la condición de habla de lengua indígena. Pero los mayores incrementos se observaron en las mujeres sin escolaridad, rurales y hablantes de lengua indígena, y en aquellas con 35-49 años de edad, entre quienes la RMM tiende a ser mayor (véase cuadro A.25 del Anexo).

Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presenten actualmente niveles de atención prenatal oportuna: más del 80 por ciento está en esta situación, con excepción de las mujeres hablantes de lengua indígena, sin escolaridad o con primaria incompleta y las adolescentes. En todas estas categorías la atención prenatal en el primer trimestre no alcanza todavía el 80 por ciento.

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 5 consultas prenatales. De acuerdo con los datos observados, en todos los grupos se cumple con el criterio normativo, ya que incluso las que presentan los menores valores, tal es el caso de las mujeres sin escolaridad o las hablantes de lengua indígena, tuvieron 6 consultas en promedio. En el contexto nacional el indicador pasó de 6.5 a 7.8 consultas entre 1997 y 2009 (véase cuadro A.26 del Anexo).

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

7.4 Atención del parto

Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. La falta 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:

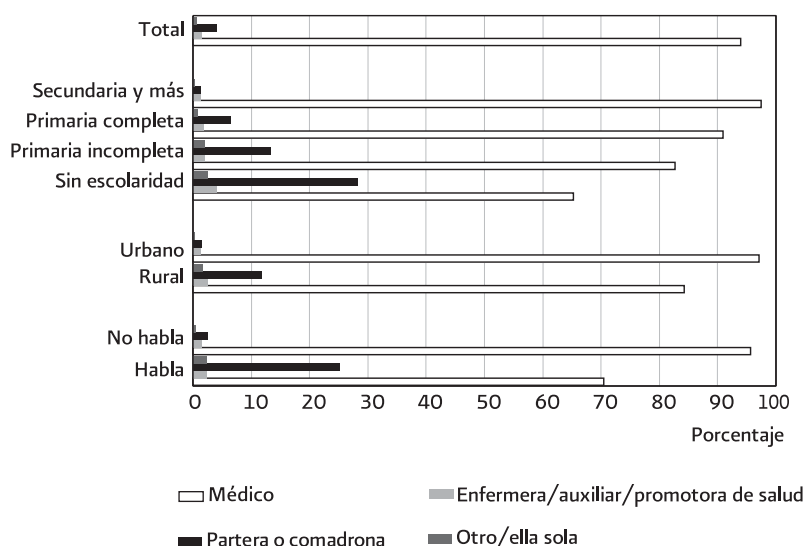
- *Porcentaje de partos atendidos por personal médico.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres fueron atendidas durante el parto por un médico.
- *Porcentaje de partos atendidos por partera o comadrona.* Se calcula como el porcentaje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

La atención del parto por el médico pasó de 84.2 por ciento en 1997 a 94.0 por ciento en 2009, lo que significa un aumento de 9.8 puntos porcentuales en 12 años; este incremento se observó en todos los grupos de mujeres, pero sobre todo en aquellos que mostraban bajos niveles en 1997 (véase cuadro

A. 27 del Anexo). Por ejemplo, las mujeres hablantes de lengua indígena incrementaron la atención médica del parto en 24.8 puntos porcentuales y las que residen en áreas rurales, en 21.3 puntos.

Sin embargo, las mujeres que hablan lengua indígena, así como aquellas sin escolaridad, son las que todavía exhiben niveles bajos de atención del parto por un médico, de 70.4 y 65.2 por ciento, respectivamente. Justo en estos grupos la participación de las parteras es considerable, del orden de 25.0 y 28.2 por ciento, según la ENADID 2009 (véase gráfica 32).

Gráfica 32.
República Mexicana. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2004-2009



Nota: Se omite la información sobre otro tipo de agentes (enfermeras/promotoras de salud o las mujeres mismas) en vista de que sus frecuencias son menores. Ver Anexo estadístico, cuadro A.28.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

De esta manera, además de buscar estrategias que permitan aumentar los niveles de atención médica del parto en estos grupos, es crucial el reconocimiento del trabajo de las parteras, así como su fortalecimiento mediante estímulos y capacitación.

Otro indicador que se actualiza con los datos de las encuestas es el tipo de parto, sea normal o por cesárea. Cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal de este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los partos atendidos. Sin embargo, los datos del cuadro 9 muestran que esa disposición normativa no se ha cumplido desde 1997, con excepción de las áreas rurales, donde los nacidos vivos por cesárea registraban un 14.7 por ciento. En todos los demás grupos el índice de cesáreas era superior al 20 por ciento.

Con la ENADID 2009 se detecta un fuerte incremento en este tipo de intervención, de 28.4 por ciento en 1997 a 43.0 por ciento en el ámbito nacional, dato que duplica el estándar normativo. Y en algu-

nos grupos el índice es verdaderamente alarmante: casi la mitad de los hijos de mujeres de las zonas urbanas o de aquellas entre 35-49 años de edad nace en la actualidad por cesárea.²⁵

Cuadro 9.
República Mexicana. 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	71.6	28.4	57.0	43.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	76.9	23.1	65.4	34.6
20-34	70.6	29.4	55.9	44.1
35-49	71.4	28.6	52.6	47.4
Lugar de residencia				
Rural	85.3	14.7	67.7	32.3
Urbano	66.3	33.7	53.5	46.5

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 mismo 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.

La atención del puerperio se incrementó en 24.1 puntos porcentuales entre 1997 y 2009 en el país, con 57.5 y 81.7 por ciento, respectivamente. Dicho aumento, aunque con ritmos un tanto diferentes, se observó en todos los grupos poblacionales (véase cuadro A.28 del Anexo). No obstante esa transición, la cobertura de atención del puerperio dista mucho de ser equitativa en el país. Vale mencionar algunos ejemplos provenientes de la última ENADID: mientras que en las mujeres sin escolaridad fue de 60.1 por ciento, en las que tienen secundaria y más ascendió a 85.7 por ciento, y en las hablantes de lengua indígena fue de 66.2 por ciento versus 83.9 por ciento de las no hablantes de lengua indígena.

La cobertura de la atención del puerperio del ámbito nacional (81.7%) debe ampliarse aún más, a fin de equipararla al menos con la cobertura de atención médica del parto, de 94.0 por ciento, y con la atención prenatal oportuna, de 86.2 por ciento. Pero es todavía más justo, en términos sociales,

²⁵ Esta sobreutilización de intervenciones innecesarias se asocia con problemas de calidad en los servicios. Se ha documentado que las cesáreas innecesarias incrementan los costos y las tasas de complicaciones para las madres y los recién nacidos (Langer, 2005).

aumentar las coberturas correspondientes para las mujeres con nula o baja escolaridad, las que hablan lengua indígena, las mujeres con cuatro y más hijos, y las que residen en localidades rurales.

8. Lactancia materna

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

Indicadores:

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

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

El porcentaje de niños que inició el proceso del amamantamiento muestra una incidencia de 90.0 para el ámbito nacional, según la ENADID 1997, dato que es más o menos equivalente en las diferentes categorías de variables sociodemográficas como la edad, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia y la condición de habla de lengua indígena. Tal parece, entonces, que esa estrategia tuvo éxito y permeó en la estructura social mexicana como una verdadera cultura de la alimentación en aquella época (véase cuadro 10).

No obstante, los datos señalan la asociación tradicional de esta práctica con condiciones socioeconómicas menos favorables. Así, se verifica que la lactancia materna es más frecuente en los hijos de madres que hablan lengua indígena, que residen en áreas rurales, o que no cuentan con algún grado de escolaridad.

Doce años después, la incidencia de la lactancia sigue siendo de la misma magnitud, 90.8 por ciento, según la ENADID 2009, e incluso se detecta un leve aumento en prácticamente todos los grupos de población.

Por otro lado, la duración promedio de la lactancia, que fue de 7.8 meses en 1997, se incrementó a 8.3 meses, y la mediana de 5.3 a 6.2, respectivamente, en 2009 (véanse cuadros A.29 y A.30 del Anexo).

Cuadro 10.
República Mexicana. 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	90.0	90.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	90.5	89.7
20-34	90.4	91.3
35-49	86.3	88.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	92.0	91.7
Primaria Incompleta	89.8	90.3
Primaria Completa	89.8	91.8
Secundaria y más	89.9	90.6
Lugar de residencia		
Rural	92.3	93.2
Urbano	89.1	90.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	94.7	96.0
No habla	89.5	90.4

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

9. Conclusiones

La actualización del *Cuaderno de Salud Reproductiva* constituye un ejercicio muy importante porque muestra los cambios observados durante poco más de una década, entre 1997 y 2009. Dichos cambios resultan trascendentes en algunos indicadores, no sólo por la magnitud con que evolucionaron o dejaron de hacerlo según lo que se esperaba, sino sobre todo por el acortamiento de las brechas en la salud reproductiva de grupos más o menos favorecidos. Por ejemplo, la meta del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012, relativa a reducir la brecha de la prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas entre las poblaciones rural y urbana, de 16 puntos porcentuales en 2006 a 12 puntos en 2012, ya se rebasó según la ENADID de 2009, cuya estimación de esa distancia fue de 11 puntos porcentuales.

Una meta del PNP 2008-2012, así como del PPFA 2007-2012, es “Abatir a la mitad la proporción de mujeres hablantes de lengua indígena en edad fértil que desconoce algún método anticonceptivo respecto al 17 por ciento registrado en 2006”, para alcanzar el 9 por ciento en el 2012. Parece difícil que esta meta se alcance en virtud de que se redujo sólo tres puntos porcentuales en nueve años, al pasar de 20.5 a 17.3 por ciento entre 1997 y 2006; y en dos puntos en tres años (14.9% en 2009).

Alcanzar la meta implicaría una disminución de seis puntos porcentuales en los tres años que le falta evaluar a la actual Administración, o sea, entre 2009 y 2012. Desde esta perspectiva, lograr la meta implicaría que, entre 2009 y 2012, la cobertura aumentara en 2.5 puntos, lo que, dada la velocidad de cambio observada, resulta difícil. Con la estimación de 2009 se habría logrado avanzar 5.1 puntos, lo que sugiere que podría alcanzarse la meta establecida para el final de la presente Administración. Sin embargo, la comparación entre las encuestas de 1997 y 2009 no sugiere cambios.

Además de la edad, el lugar de residencia es también una variable estratégica de las acciones de salud reproductiva, por lo que se considera en las metas programáticas. Concretamente, acortar la distancia en la cobertura anticonceptiva entre áreas rurales y urbanas está planteada como meta del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012, en los siguientes términos: “Reducir la brecha de la prevalencia anticonceptiva existente entre las poblaciones rural y urbana (58.1 y 74.6%, respectivamente) en cuatro puntos porcentuales con respecto a la registrada en 2006”, esto es, reducir la diferencia de 16 a 12 puntos porcentuales.

Esta disminución de la brecha se observó en un buen número de los indicadores analizados. Por su significado en la búsqueda de equidad social en salud, y particularmente de la salud sexual y reproductiva, la transición observada en el lapso de 12 años que separa a ambas encuestas es, sin duda, de los logros más importantes.

Buscar explicación de los cambios en la evolución de los indicadores, así como de la transición hacia distancias menos largas entre sectores de la población, a la luz de la implementación de las políticas y programas a cargo de las instituciones públicas *versus* otro tipo de factores presentes, no fue tarea de este documento. Sin embargo, se deja constancia como una agenda pendiente de análisis.

No obstante el avance reportado, los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido tradicionalmente menos favorecidos aún presentan los mayores rezagos y necesidades de atención. Por ejemplo, los grupos de población con menores niveles escolares, así como aquellos condicionados por hablar alguna lengua indígena y los residentes en áreas rurales con menos de 2 500 habitantes, son sin duda los que merecen mayor atención en las acciones preventivas de orientación, educación y servicios de salud reproductiva. Estos grupos aparecen asociados con las mayores necesidades insatisfechas de anticoncepción y las menores coberturas de atención prenatal oportuna, atención médica del parto y del puerperio. Destaca que todavía se apoyan fuertemente en las parteras como elementos tradicionales para la atención del parto.

La forma en que ha evolucionado la cobertura anticonceptiva nacional, así como la RMM hasta 2009, cuyos logros han sido más bien modestos, anticipan la dificultad para alcanzar las metas establecidas en la política de población en el caso del primer indicador, y en los ODM para el segundo, a menos que se tomen medidas que fortalezcan, por un lado, el acceso y disponibilidad a una amplia gama de métodos anticonceptivos para los diferentes sectores de la población y, por otro, el mejoramiento sustancial de los procesos de calidad en la atención prenatal, del parto y del puerperio.

Una conclusión de este documento, y que reiteradamente se ha mencionado en diferentes foros y análisis, es sobre la necesidad urgente de atender la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y las jóvenes, sobre todo para prevenir el embarazo no planeado en edades tempranas. Con los datos aquí vertidos se constata un inicio de la actividad sexual prácticamente desprotegido de la anticoncepción, una alta probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 25 años, y una prevalencia anticonceptiva en adolescentes a niveles bajos y sin cambios, a la vez que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos es la más elevada de todos los grupos poblacionales.

El análisis del lapso entre la unión y la llegada del primer hijo, así como entre hijos sucesivos, permite concluir que las acciones de planificación familiar y salud reproductiva no han incidido de forma suficiente para extender el intervalo protogenésico, sin embargo, parece que una vez nacido el primogénito, dicho evento contribuye a modificar favorablemente el espaciamiento entre los hijos. Sin dejar de lado el papel de la lactancia en el periodo de infertilidad posparto, ya que su incidencia y duración se ha mantenido de forma estable y a niveles importantes.

Se manifiesta un cambio en las preferencias reproductivas hacia una disminución en el número ideal de hijas e hijos en las diferentes generaciones y según subgrupos poblacionales, lo que sugiere cierta motivación de las mujeres y parejas por alcanzar un número de hijos cada vez menor. Además se continúa observando que quienes han tenido descendencias mayores tienden a ajustar sus ideales al número de hijos finalmente procreados.

A partir de los resultados de las encuestas, se observa que las mujeres unidas o sus parejas recurren cada vez más a la OTB, a la vasectomía, al condón masculino y a las inyecciones, como opciones para limitar o regular el número de hijos, y cada vez menos a las pastillas, al DIU y a los métodos tradicionales.

Consideramos que 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.

En síntesis, este *Perfil de Salud Reproductiva* tiene la intención de fungir como un insumo que permita tomar decisiones informadas y eficientes desde el sector salud, así como aportar información que, desde diversos espacios, proponga cursos de acción para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, siempre en aras de hacer valer el derecho a mantener una sexualidad informada, responsable y libre de consecuencias no esperadas.

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
República Mexicana. 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	80.1	19.9
15-19	61.5	38.5
20-24	66.3	33.7
25-29	75.0	25.0
30-34	80.9	19.1
35-39	84.8	15.2
40-44	88.7	11.3
45-49	90.7	9.3

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

Cuadro A.2
República Mexicana. 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	Tipo de método				Total
		Hormonales	Condón	Otros ¹	No utilizó	
15-19	<15	0.8	23.4	0.7	75.0	100.0
	15-19	3.0	36.4	1.7	58.9	100.0
20-24	<15	1.8	10.2	0.6	87.4	100.0
	15-19	2.0	30.4	1.1	66.6	100.0
	20-24	4.3	35.0	2.2	58.5	100.0
25-29	<15	2.9	5.6	0.6	90.9	100.0
	15-19	1.6	18.9	1.3	78.2	100.0
	20-24	3.7	27.2	2.0	67.1	100.0
	25-29	5.1	28.0	1.0	65.9	100.0
30-34	<15	1.7	4.0	0.9	93.4	100.0
	15-19	2.1	11.4	1.3	85.2	100.0
	20-24	4.4	18.0	1.6	76.0	100.0
	25-29	4.8	25.4	1.4	68.3	100.0
	30-34	14.1	16.9	1.7	67.2	100.0
35-39	<15	0.8	1.9	0.2	97.1	100.0
	15-19	3.3	7.4	1.6	87.7	100.0
	20-24	4.6	11.4	1.9	82.1	100.0
	25-29	5.3	16.4	2.6	75.7	100.0
	30-34	2.4	19.2	1.3	77.1	100.0
	35 y más	1.7	40.4	0.9	57.0	100.0
40-44	<15	0.9	1.4	0.5	97.2	100.0
	15-19	2.3	4.5	1.6	91.7	100.0
	20-24	5.4	7.3	2.2	85.1	100.0
	25-29	6.0	8.0	3.0	83.0	100.0
	30-34	3.5	9.0	4.3	83.2	100.0
	35 y más	5.3	9.2	0.3	85.2	100.0
45-49	<15	0.7	0.2	0.1	98.9	100.0
	15-19	2.3	2.8	1.5	93.5	100.0
	20-24	5.6	5.4	2.0	87.0	100.0
	25-29	5.6	7.8	2.8	83.8	100.0
	30-34	3.3	4.7	1.9	90.1	100.0
	35 y más	0.0	12.5	4.6	83.0	100.0

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

¹ Incluye OTB, óvulos, jaleas, espumas y métodos tradicionales.

Cuadro A.3
República Mexicana. 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	52.9	23.2	23.9
Grupos de edad			
15-19	15.2	9.4	75.4
20-24	44.4	21.3	34.3
25-29	60.6	24.8	14.6
30-34	67.8	24.8	7.4
35-39	70.8	24.5	4.7
40-44	67.5	29.3	3.3
45-49	61.0	36.1	2.9
Situación conyugal			
Unidas	84.0	16.0	0.0
Alguna vez unidas	18.6	81.4	0.0
Solteras	11.9	20.9	67.2
Paridad			
0	19.4	13.6	67.0
1	62.7	37.3	0.0
2	75.6	24.4	0.0
3	75.8	24.2	0.0
4 y más	70.7	29.3	0.0
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	54.4	33.6	12.0
Primaria incompleta	59.4	31.4	9.2
Primaria completa	62.1	25.0	12.9
Secundaria y más	50.3	21.5	28.2
Lugar de residencia			
Rural	51.6	22.6	25.8
Urbana	53.3	23.3	23.4

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
República Mexicana. 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	3.2	2.7
Grupo de edad		
15-19	2.7	2.3
20-24	2.8	2.3
25-29	2.9	2.4
30-34	3.1	2.6
35-39	3.4	2.9
40-44	3.6	3.1
45-49	4.0	3.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	4.3	3.8
Primaria incompleta	3.8	3.6
Primaria completa	3.3	3.1
Secundaria y más	2.7	2.4
Lugar de residencia		
Rural	3.8	3.2
Urbano	3.0	2.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	3.9	3.5
No habla	3.1	2.6

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

Cuadro A.6
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil actualmente embarazadas por grupos de edad
según planeación y deseo del embarazo, 2009

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado	Total
Total	66.6	20.0	13.4	100.0
15-19	59.4	27.8	12.8	100.0
20-24	67.3	23.2	9.5	100.0
25-29	71.1	18.7	10.2	100.0
30-34	71.0	14.6	14.4	100.0
35 y más	62.9	5.1	32.0	100.0

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	93.6	95.1
DIU	89.7	90.8
Inyecciones	88.6	91.6
Implante subdérmico	14.8	62.9
OTB	89.4	91.4
Vasectomía	81.0	86.9
Condomes	90.0	94.9
Espermicidas	59.0	54.5
Pastilla de emergencia	n.d.	75.7
Parche anticonceptivo	n.d.	84.1
Condón Femenino	n.d.	68.6
Ritmo	68.6	73.1
Retiro	53.4	66.6

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

Cuadro A.8
República Mexicana. 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	93.6	84.7	96.2	95.1	88.6	96.8
DIU	89.7	78.3	93.0	90.8	81.7	93.1
Inyecciones	88.6	79.2	91.3	91.6	86.0	93.0
Implante subdérmico	14.8	7.5	16.9	62.9	48.7	66.5
OTB	89.4	79.4	92.3	91.4	83.0	93.5
Vasectomía	81.0	61.8	86.6	86.9	72.2	90.6
Condomes	90.0	74.1	94.6	94.9	86.3	97.0
Espermicidas	59.0	33.9	66.2	54.5	35.8	59.2
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	75.7	52.5	81.6
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	84.1	68.1	88.1
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	68.6	52.3	72.7
Ritmo	68.6	45.4	75.3	73.1	52.6	78.3
Retiro	53.4	34.3	59.0	66.6	45.3	72.0

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	96.6	98.0
Grupos de Edad		
15-19	93.4	97.0
20-24	96.8	97.9
25-29	98.2	98.2
30-34	97.9	98.5
35-39	97.4	98.5
40-44	97.4	98.2
45-49	95.8	97.9
Situación conyugal		
Unidas	97.9	98.5
Alguna vez unidas	97.7	98.5
Solteras	94.2	97.0
Paridad		
0	94.1	96.9
1	98.2	98.6
2	99.0	99.2
3	98.8	99.4
4 y más	96.5	96.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	82.4	82.4
Primaria incompleta	93.8	93.8
Primaria completa	95.8	96.3
Secundaria y más	99.4	99.4
Lugar de residencia		
Rural	90.0	93.4
Urbano	98.5	99.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	79.5	84.9
No habla	97.8	98.7

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	3.4	2.0
Grupos de edad		
15-19	6.6	3.0
20-24	3.2	2.1
25-29	1.8	1.8
30-34	2.1	1.5
35-39	2.6	1.5
40-44	2.6	1.8
45-49	4.2	2.1
Situación conyugal		
Unidas	2.1	1.5
Alguna vez unidas	2.3	1.5
Solteras	5.8	3.0
Paridad		
0	5.9	3.1
1	1.8	1.4
2	1.0	0.8
3	1.2	0.6
4 y más	3.5	3.2
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	17.6	17.6
Primaria incompleta	6.2	6.2
Primaria completa	4.2	3.7
Secundaria y más	0.6	0.6
Lugar de residencia		
Rural	10.0	6.6
Urbano	1.5	0.9
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	20.5	15.1
No habla	2.2	1.3

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	68.5	72.5
Grupos de edad		
15-19	45.0	44.7
20-24	59.3	62.9
25-29	67.8	66.5
30-34	75.4	73.1
35-39	76.1	80.2
40-44	74.5	81.1
45-49	61.4	74.8
Paridad		
0	23.9	29.9
1	59.8	59.4
2	75.4	78.3
3	80.6	84.9
4 y más	70.4	77.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	48.0	60.5
Primaria incompleta	61.3	67.3
Primaria completa	69.8	71.3
Secundaria y más	74.8	74.4
Lugar de residencia		
Rural	53.6	63.7
Urbano	73.3	75.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	48.3	58.3
No habla	70.2	73.5

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	7.1	4.2
DIU	14.1	11.7
Inyecciones	3.1	3.9
Locales	0.1	0.0
Condomes	3.6	7.2
OTB	29.9	36.3
Vasectomía	1.3	2.2
Tradicionales	9.0	5.1
Implante subdérmico	0.1	1.1
Pastilla de emergencia	n.d.	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	0.7
Condón Femenino	n.d.	0.1

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

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

Condición de actividad sexual	Usuaría	Exusuaría	Nunca usuaria	Total
Sexualmente activas	76.6	11.6	11.8	100.0
Sexualmente inactivas	37.7	34.4	27.9	100.0

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

Cuadro A.14
República Mexicana. 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	76.6	37.7
Grupos de edad		
15-19	54.9	18.3
20-24	70.5	21.2
25-29	72.8	26.4
30-34	77.6	34.1
35-39	83.1	44.9
40-44	83.2	53.3
45-49	78.1	52.9
Situación conyugal		
Unidas	77.1	49.8
Alguna vez unidas	76.9	43.2
Solteras	71.5	18.0
Paridad		
0	50.6	11.0
1	66.2	20.0
2	81.9	46.2
3	88.3	64.6
4 y más	83.3	60.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	67.1	43.9
Primaria incompleta	72.8	46.9
Primaria completa	75.5	44.2
Secundaria y más	77.8	34.3
Lugar de residencia		
Rural	69.8	36.4
Urbano	78.3	38.0

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	10.0	6.1
DIU	20.8	15.7
Inyecciones	4.6	5.3
Locales	0.2	0.0
Condomes	5.5	12.1
OTB	44.7	48.8
Vasectomía	1.8	2.7
Tradicional	12.3	6.4
Implante subdérmico	0.1	1.5
Pastilla de emergencia	n.d.	0.1
Parche anticonceptivo	n.d.	1.1
Condón Femenino	n.d.	0.1

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

Cuadro A.16
República Mexicana. 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	Locales	Condomes	OTB	Vasectomía	Tradicional	Implante subdérmico	Pastilla de emergencia	Parche anticonceptivo	Condón Femenino	Total
Total	5.7	16.1	5.4	0.0	10.0	50.1	3.1	7.0	1.5	0.0	0.9	0.1	100.0
15-19	10.4	23.2	10.4	0.0	39.1	1.0	0.3	7.7	5.7	0.8	1.3	0.2	100.0
20-24	11.2	27.5	11.9	0.0	28.3	6.5	0.2	7.7	4.0	0.3	2.2	0.1	100.0
25-29	10.5	23.4	9.4	0.0	18.1	23.0	1.5	8.9	2.5	0.1	2.4	0.2	100.0
30-34	7.2	18.7	6.2	0.0	12.2	40.4	2.7	8.3	2.2	0.0	1.9	0.2	100.0
35-39	4.6	13.0	3.7	0.0	8.7	57.1	4.8	6.8	0.4	0.0	0.8	0.1	100.0
40-44	3.6	8.2	2.4	0.0	6.1	69.4	3.9	5.7	0.3	0.0	0.2	0.0	100.0
45-49	2.3	5.8	1.1	0.05	4.3	77.3	4.5	4.5	0.1	0.0	0.1	0.1	100.0

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

Cuadro A.17
República Mexicana. 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	26.3	15.4	12.7	7.4	5.7
DIU	11.0	46.7	27.8	13.4	9.4
Inyecciones	6.9	7.3	6.0	3.2	3.0
Locales	0.7	0.2	0.3	0.1	0.1
Condomes	26.0	8.6	6.4	3.7	2.5
OTB	0.4	3.4	30.6	61.2	67.8
Vasectomía	0.5	0.5	2.4	2.8	1.3
Tradicionales	28.3	17.5	13.7	8.2	10.1
Implante subdérmico	0.0	0.3	0.1	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	19.6	10.3	6.9	3.3	2.2
DIU	7.6	34.1	21.0	9.2	6.8
Inyecciones	8.5	10.6	5.5	3.2	4.3
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	34.4	20.3	11.2	5.1	3.9
OTB	2.1	5.8	40.0	70.2	75.7
Vasectomía	1.8	1.9	4.3	3.5	1.8
Tradicionales	12.5	10.9	8.6	4.2	4.9
Implante subdérmico	4.2	4.1	1.4	0.8	0.3
Pastilla de emergencia	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	8.6	1.8	0.9	0.4	0.0
Condón Femenino	0.4	0.2	0.1	0.0	0.0

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

Cuadro A.18
República Mexicana. 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	10.4	11.1	10.3	5.7	5.8	5.7
DIU	20.6	20.3	20.7	16.1	15.3	16.3
Inyecciones	4.5	5.8	4.2	5.4	9.1	4.5
Locales	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0
Condomes	5.3	4.1	5.6	10.0	8.6	10.3
OTB	43.8	42.6	44.1	50.1	51.5	49.7
Vasectomía	1.9	0.5	2.3	3.1	0.7	3.6
Tradicionales	13.1	15.5	12.5	7.0	7.2	7.0
Implante subdérmico	0.1	0.0	0.1	1.5	1.3	1.5
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.1	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	0.9	0.4	1.1
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	0.1	0.0	0.1

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

Cuadro A.19
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 2009

Lugar de obtención	Distribución
IMSS	34.3
ISSSTE	4.7
SSA	24.0
DIF	2.9
Farmacia o Tienda	19.0
Otro*	15.1
Total	100.0

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

*Consultorio, clínica u hospital privado, partera u otros.

Cuadro A.20
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, adolescentes
y jóvenes sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos
por tipo de método según lugar de obtención, 2009

Método	Público	Privado	Total
15 a 49			
Pastillas	28.0	72.0	100.0
DIU	83.4	16.6	100.0
Inyecciones	58.2	41.8	100.0
Condomes	22.4	77.6	100.0
OTB	79.4	20.6	100.0
Vasectomía	85.5	14.5	100.0
Implante subdérmico	79.0	21.0	100.0
Pastilla de emergencia	3.4	96.6	100.0
Parche anticonceptivo	8.9	91.1	100.0
Condón femenino	15.9	84.1	100.0
15 a 19			
Pastillas	30.6	69.4	100.0
DIU	89.8	10.2	100.0
Inyecciones	66.7	33.3	100.0
Condomes	15.1	84.9	100.0
OTB	96.5	3.5	100.0
Vasectomía	56.2	43.8	100.0
Implante subdérmico	88.0	12.0	100.0
Pastilla de emergencia	4.0	96.0	100.0
Parche anticonceptivo	18.6	81.4	100.0
Condón femenino	60.8	39.2	100.0
20 a 24			
Pastillas	25.1	74.9	100.0
DIU	89.4	10.6	100.0
Inyecciones	57.1	42.9	100.0
Condomes	19.4	80.6	100.0
OTB	84.2	15.8	100.0
Vasectomía	75.4	24.6	100.0
Implante subdérmico	89.8	10.2	100.0
Pastilla de emergencia	0.0	100.0	100.0
Parche anticonceptivo	4.6	95.4	100.0
Condón femenino	6.7	93.3	100.0

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

Cuadro A.21
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias
de anticonceptivos según el momento de adopción, 1997 y 2009

Método	Posparto		Otro momento	
	1997	2009	1997	2009
Total	46.5	58.7	53.5	41.3
OTB	75.8	83.1	24.3	16.9
DIU	55.1	63.8	45.0	36.2
Otro*	3.3	10.5	96.7	89.5

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 naturales.

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	16.3	14.0
Grupos de edad		
15-19	40.4	36.4
20-24	21.3	19.3
25-29	13.1	14.9
30-34	10.2	12.6
35-39	12.2	10.4
40-44	15.1	10.3
45-49	22.3	12.3
Paridad		
0	57.5	46.7
1	17.4	19.4
2	8.8	9.2
3	8.3	6.2
4 y más	17.1	12.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	38.2	28.7
Primaria incompleta	23.0	20.4
Primaria completa	15.6	16.1
Secundaria y más	9.6	11.4
Lugar de residencia		
Rural	30.6	21.7
Urbano	11.6	11.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	38.9	30.7
No habla	14.3	12.8

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

Cuadro A.23
República Mexicana. 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	11.8	27.9
Grupos de edad		
15-19	28.4	38.6
20-24	14.8	33.0
25-29	12.6	28.5
30-34	10.6	28.8
35-39	8.9	26.4
40-44	9.2	22.9
45-49	9.6	23.5
Situación conyugal		
Unidas	11.8	23.0
Alguna vez unidas	7.6	21.0
Solteras	12.8	40.1
Paridad		
0	30.9	37.1
1	15.6	43.3
2	7.6	18.5
3	5.0	13.0
4 y más	9.0	19.7
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	25.6	35.4
Primaria incompleta	16.8	32.4
Primaria completa	14.1	30.4
Secundaria y más	10.0	26.1
Lugar de residencia		
Rural	18.4	36.9
Urbano	10.2	25.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	25.7	38.0
No habla	11.0	27.3

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

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

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	9.8	5.2	4.6
Grupos de edad			
15-19	24.6	21.3	3.4
20-24	17.7	13.1	4.7
25-29	14.4	8.7	5.7
30-34	11.0	4.8	6.2
35-39	6.6	1.8	4.8
40-44	4.5	0.6	3.9
45-49	3.2	0.4	2.8
Paridad			
0	11.0	9.8	1.2
1	14.9	11.6	3.4
2	8.8	4.3	4.5
3	6.7	2.4	4.3
4 y más	9.9	2.3	7.7
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	20.0	11.2	8.8
Primaria incompleta	14.2	5.9	8.3
Primaria completa	11.0	5.5	5.5
Secundaria y más	8.3	5.0	3.4
Lugar de residencia			
Rural	15.9	8.4	7.6
Urbano	8.1	4.3	3.8
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	21.5	10.8	10.8
No habla	9.0	4.8	4.2

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

Cuadro A.25
República Mexicana. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos* por trimestre de inicio de la atención prenatal según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997			2009		
	1er.	2do.	3er.	1er.	2o.	3er.
Total	74.5	21.1	4.5	86.2	12.3	1.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo						
12-19	68.2	26.0	5.7	79.2	18.1	2.7
20-34	76.3	19.7	4.0	87.7	11.1	1.2
35-49	70.6	23.5	5.8	86.6	11.8	1.6
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	52.2	37.7	10.1	77.6	19.2	3.2
Primaria incompleta	64.1	28.0	7.9	78.5	19.4	2.1
Primaria completa	70.0	25.0	5.0	82.9	15.0	2.1
Secundaria y más	82.4	15.2	2.4	88.4	10.4	1.2
Lugar de residencia						
Rural	65.0	28.5	6.5	83.1	15.3	1.6
Urbano	77.8	18.4	3.8	87.3	11.3	1.4
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	58.8	33.4	7.8	76.4	22.0	1.6
No habla	75.7	20.1	4.2	86.9	11.6	1.5

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

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

Cuadro A.26
República Mexicana. Número promedio de revisiones prenatales*,
1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	6.5	7.8
Grupos de edad		
12-19	6.0	7.2
20-34	6.7	8.0
35-49	5.7	7.8
Paridad		
1	7.3	8.2
2	7.0	8.0
3	6.6	7.9
4 y más	5.1	6.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	3.7	5.6
Primaria incompleta	4.9	6.6
Primaria completa	6.0	7.2
Secundaria y más	7.8	8.3
Lugar de residencia		
Rural	5.1	7.1
Urbano	7.1	8.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.3	6.1
No habla	6.7	8.0

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
República Mexicana. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos por agente que atendió 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	84.2	1.7	11.9	2.2	94.0	1.5	4.0	0.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo								
12-19	82.6	2.1	13.5	1.9	93.3	1.8	4.5	0.4
20-34	85.3	1.6	11.1	2.0	94.4	1.4	3.7	0.4
35-49	78.8	2.0	15.3	3.9	92.2	1.5	4.8	1.5
Orden de nacimiento								
1	91.6	1.3	6.3	0.8	96.4	1.5	2.0	0.1
2	89.1	1.5	8.0	1.4	95.7	1.3	2.6	0.3
3	85.4	1.4	11.4	1.8	95.3	1.3	2.9	0.5
4 o más	69.1	2.6	23.3	5.1	83.9	2.0	12.2	2.0
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	50.8	2.8	36.2	10.2	65.2	4.0	28.2	2.6
Primaria incompleta	67.5	2.8	25.2	4.5	82.7	1.9	13.3	2.1
Primaria completa	83.2	2.3	12.8	1.6	90.9	1.8	6.4	0.9
Secundaria y más	96.0	0.8	2.8	0.5	97.4	1.2	1.2	0.2
Lugar de residencia								
Rural	63.0	3.0	28.3	5.8	84.3	2.4	11.7	1.6
Urbano	92.5	1.2	5.5	0.8	97.1	1.2	1.5	0.2
Condición de habla de lengua indígena								
Habla	45.6	3.9	40.0	10.5	70.4	2.3	25.0	2.3
No habla	88.0	1.5	9.1	1.4	95.7	1.4	2.4	0.4

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

Cuadro A.28
República Mexicana. Porcentaje de mujeres* que fueron atendidas
durante el puerperio, 1997-2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	57.5	81.7
Paridad		
1	65.5	83.9
2	62.4	82.8
3	58.9	83.3
4 y más	41.4	72.7
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	34.7	60.1
Primaria incompleta	40.2	71.0
Primaria completa	50.9	74.5
Secundaria y más	70.6	85.7
Lugar de residencia		
Rural	43.9	74.8
Urbano	62.8	83.9
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	42.7	66.2
No habla	59.0	82.8

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.

Cuadro A.29
República Mexicana. Meses de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos* por cuartiles, 1997 y 2009

Duración de la lactancia	1997	2009
Total		
25%	1.3	2.3
50%	5.3	6.2
75%	13.0	11.4
Rural		
25%	2.4	3.4
50%	8.3	8.8
75%	14.4	11.8
Urbano		
25%	1.0	1.9
50%	4.4	5.7
75%	10.2	12.7

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
República Mexicana**

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

