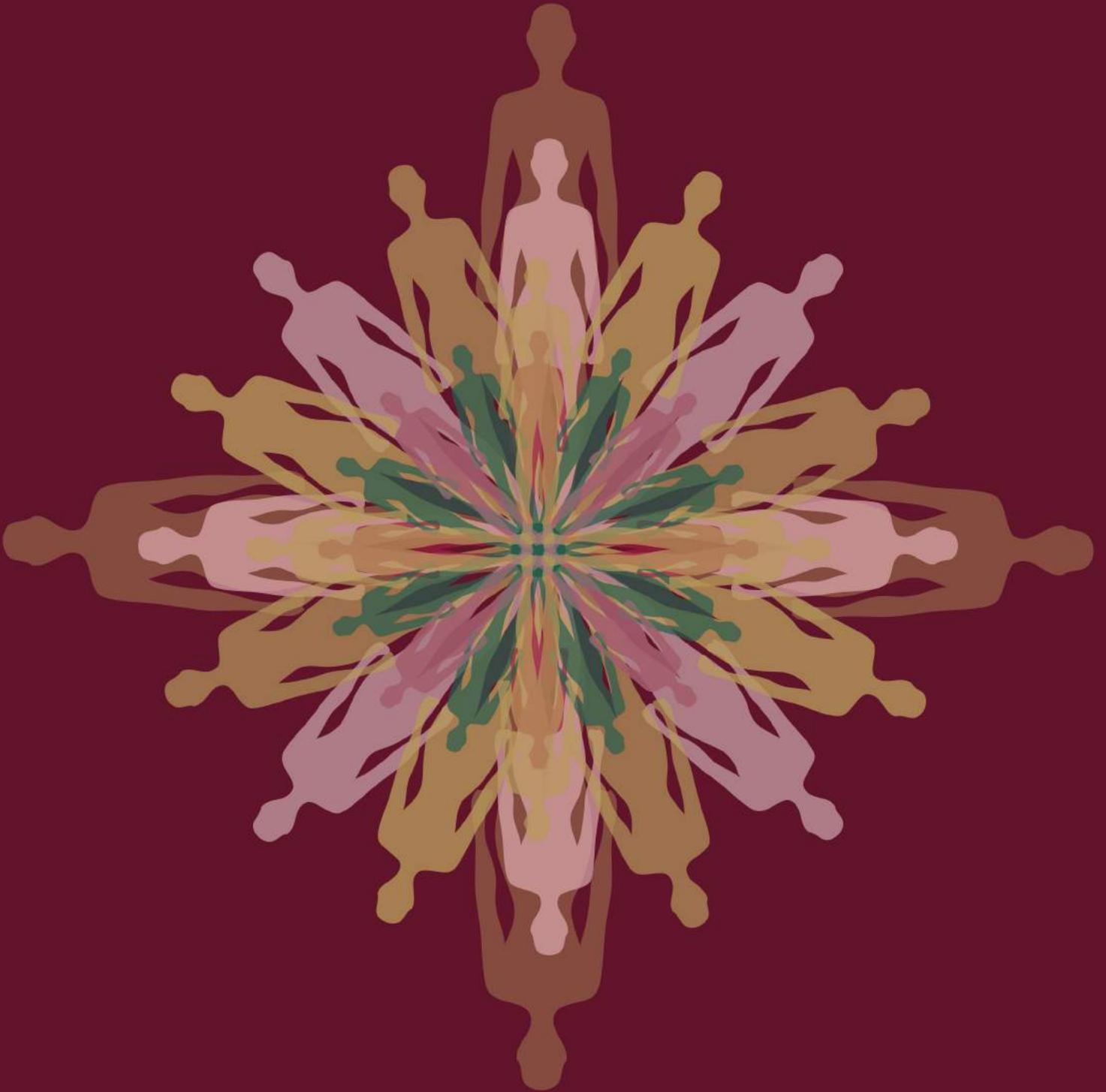


# Situación de los derechos sexuales y reproductivos

2018

REPÚBLICA MEXICANA





# Situación de los derechos sexuales y reproductivos

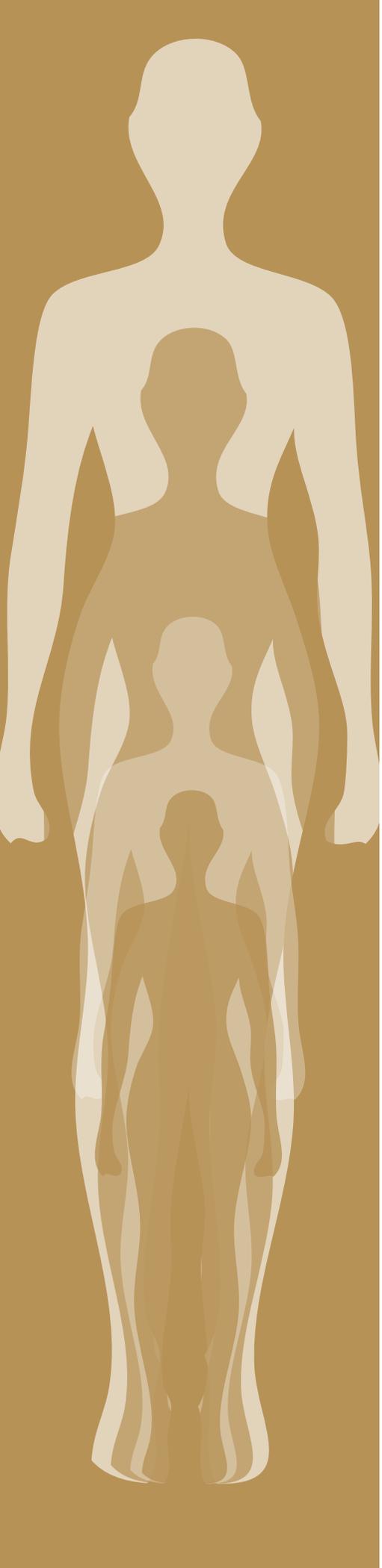
2018

REPÚBLICA MEXICANA



**CONAPO**

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN



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

*Situación de los derechos sexuales y reproductivos.  
República Mexicana. 2018.*

**Coordinación:**

María de la Cruz Muradás Troitiño  
Eloina Meneses Mendoza  
Gabriela Mejía Paillés

**Autoras:**

Eloina Meneses Mendoza  
María de la Cruz Muradás Troitiño  
María Felipa Hernández López  
Mitzi Ramírez Fragoso

**Procesamiento de información:**

Miguel Sánchez Castillo  
Mitzi Ramírez Fragoso

**Formación, revisión  
y sistematización en cuadros y gráficas:**

Virginia Muñoz Pérez  
Karla Alejandra Padilla Monterrosa  
Florentino Domínguez Victoria

**Arte, diseño y cuidado de la edición:**

Maricela Márquez Villeda  
Blanca Estela Melín Campos  
Jorge Oswaldo Ferreira Hernández

Primera Edición: Diciembre 2020

ISBN: 978-607-427-325-0

Impreso en México

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

# Directorio

## CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

**Olga Sánchez Cordero**

Secretaria de Gobernación y  
Presidenta del Consejo Nacional de Población

**Marcelo Ebrard Casaubón**

Secretario de Relaciones Exteriores

**Javier May Rodríguez**

Secretario de Bienestar

**María Luisa Albores González**

Secretaria de Medio Ambiente  
y Recursos Naturales

**Víctor Manuel Villalobos Arámbula**

Secretario de Agricultura y Desarrollo Rural

**Esteban Moctezuma Barragán**

Secretario de Educación Pública

**Jorge Carlos Alcocer Varela**

Secretario de Salud

**Luisa María Alcalde Luján**

Secretaria del Trabajo y Previsión Social

**Román Guillermo Meyer Falcón**

Secretario de Desarrollo Agrario,  
Territorial y Urbano

**Graciela Márquez Colín**

Secretaria de Economía

**Arturo Herrera Gutiérrez**

Secretario de Hacienda y Crédito Público

**María Del Rocío García Pérez**

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo  
Integral de la Familia

**Julio Alfonso Santaella Castell**

Presidente del Instituto Nacional de Estadística  
y Geografía

**Nadine Flora Gasman Zylbermann**

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

**Zoe Alejandro Robledo Aburto**

Director General del Instituto Mexicano  
del Seguro Social

**Luis Antonio Ramírez Pineda**

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

**Adelfo Regino Montes**

Director General del Instituto Nacional  
de los Pueblos Indígenas

# Directorio

## SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

**Olga Sánchez Cordero**  
Secretaría de Gobernación

**Alejandro Encinas Rodríguez**  
Subsecretario de Derechos Humanos,  
Población y Migración

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

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

**Jorge Alcocer Villanueva**  
Titular de la Coordinación de Asesores

# Directorio

## SECRETARÍA DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

**Gabriela Rodríguez Ramírez**

Secretaria General del Consejo Nacional de Población

**María de La Cruz Muradás Troitiño**

Coordinadora de Estudios  
Sociodemográficos y Prospectiva

**Raúl Horacio de Jesús Cantú Hernández**

Coordinador de Programas  
de Población y Asuntos Internacionales

**Lilia Yazmín González Soriano**

Coordinadora de Análisis Económico y Social

**Coordinación de Planeación  
en Población y Desarrollo**

**Raúl Romo Viramontes**

Director de Poblamiento  
y Desarrollo Regional Sustentable

**Rafael López Vega**

Director de Estudios Socioeconómicos  
y Migración Internacional

**Raúl Gutiérrez Hernández**

Director de Análisis Estadístico e Informática

**Gabriela Mejía Paillés**

Directora de Estudios Sociodemográficos

**Nasheli Noriega Izquierdo**

Directora de Coordinación Interinstitucional  
e Intergubernamental

**Dirección de Cultura Demográfica**

**Leticia García Ruiz**

Directora de Administración



# Contenido



● Presentación	9
● Introducción	11
1. Aspectos a considerar sobre los indicadores de fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018	15
2. Panorama demográfico y principales características de las mujeres y hombres en edad fértil	45
3. La situación de los derechos sexuales y reproductivos	69
4. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad	81
5. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva	101
6. Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual	135
7. Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos	161
8. Derecho a la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva	207
9. Derecho a los servicios de salud pre y post natales	225
● Índice de gráficos y cuadros	247



## PRESENTACIÓN

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

Estos derechos se han ido reforzando mediante instrumentos internacionales, entre los que destaca, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en 1994, donde se reconocieron los derechos reproductivos, las acciones para mejorar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes, la prevención del VIH y la igualdad de género, como componentes básicos para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población; se estableció que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y todas las personas e incluyen el derecho a disfrutar del nivel más elevado posible de salud sexual y salud reproductiva (UNFPA, 2019). En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, se definieron los derechos humanos de las mujeres como "su derecho a tener control y decisión libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, libre de coerción, discriminación y violencia", enfatizándose la igualdad entre hombres y mujeres en asuntos de la relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto mutuo por la integridad de la persona, consentimiento y responsabilidad compartida por el comportamiento sexual y sus consecuencias" (UN, 1995).

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



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

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

En el marco arriba descrito, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) presenta esta publicación para actualizar la información de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 y 2018, así como de otras fuentes de información, como la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) 2017, ambas levantadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Asimismo, se utilizan las Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas, 2016-2050, de la SGCONAPO.

**MTRA. GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ**

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

Actualmente, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO), estableció en el Programa Nacional de Población 2019-2024, en el objetivo prioritario 2, “Contribuir al pleno ejercicio

<sup>1</sup> UNFPA, 2019. Estado mundial de la población. Un asunto pendiente. La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2019\\_ES\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)



de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población mexicana para cerrar las brechas de desigualdad existentes” y ratificó su compromiso con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, donde reconoce que, en la medida en que los diferentes actores sociales internalicen los valores y los derechos sexuales y reproductivos, aumentarán el acceso, conocimiento y uso apropiado de los métodos anticonceptivos y los servicios para adolescentes.<sup>2</sup>

Asimismo, en el marco de los compromisos internacionales señalados, la SGCONAPO reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos, y que su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales, para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza.

Para promover e incentivar la atención para que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, es necesario contar con información confiable y actualizada sobre el tema, que permita focalizar, evaluar y/o generar programas gubernamentales que tengan mayor impacto en beneficio de la población. Con este objetivo, la SGCONAPO realiza esta publicación, en cumplimiento de sus principales tareas que son “Analizar, evaluar y sistematizar información sobre los fenómenos demográficos” y “Realizar, promover, apoyar y coordinar estudios e investigaciones para los fines de la política de población.”

La elaboración de este documento se basa en el análisis del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las mujeres<sup>3</sup> considerando algunas condiciones sociales (escolaridad, ámbito de residencia, condición de habla de alguna lengua indígena, entre otras), y en la medida de lo posible se presentan indicadores que de forma indirecta dan cuenta del involucramiento de los hombres en estos derechos.

Los resultados del análisis provienen de la más reciente Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, sobre indicadores referentes al ejercicio de la sexualidad y reproducción, los cuales se comparan, en lo posible, con los obtenidos en la ENADID 2014, ambas encuestas levantadas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). Asimismo, se utiliza información generada por la SGCONAPO, la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050, y de la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) 2017, ésta última también levantada por el INEGI, de manera conjunta, con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

En el *capítulo 1. Aspectos a considerar sobre los indicadores de fecundidad y salud sexual y reproductiva a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018*, se hace una revisión del alcance de esta encuesta, con el objetivo de que la información que se comparta al sector público, académico y población en general permita la toma de decisiones de manera asertiva y propositiva para la mejora de las políticas públicas. En el *capítulo 2. Panorama demográfico y principales características de las mujeres y hombres en edad fértil*, se identifican las necesidades de atención en salud sexual y reproductiva de acuerdo al volumen de mujeres y hombres en edad fértil conforme a su ubicación geográfica, además de mostrar las características sociodemográficas de mujeres y hombres en edad fértil de manera general, por condición de actividad sexual y de acuerdo a su situación conyugal.

En el *capítulo 3. La situación de los derechos sexuales y reproductivos*, se hace un recuento del recorrido realizado para lograr la situación actual del derecho a la salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional y en México. En el *capítulo 4. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada*

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

<sup>3</sup> La salud sexual y reproductiva debe de analizarse desde un enfoque más amplio que incorpore a los hombres como uno de los actores principales en el ejercicio de este derecho y no solo a las mujeres como ha ocurrido tradicionalmente; sin embargo, las fuentes de información disponibles, en este caso la ENADID, no incluyen información sobre varones, por lo cual, este análisis sobre salud sexual y reproductiva se enfoca más en las mujeres, aunque se reconoce plenamente la necesidad de incorporar información sobre la salud sexual y reproductiva de ellos, para diseñar estrategias más incluyentes y que permitan una mayor equidad de género en este ámbito.

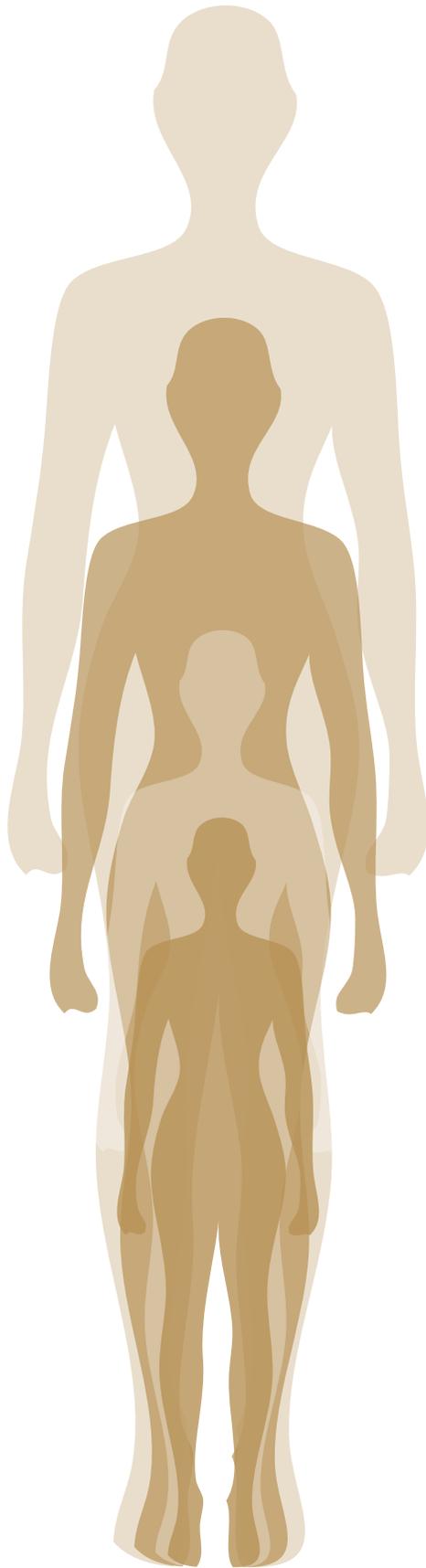
sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad, se lleva a cabo un análisis de los indicadores relacionados con el inicio de la vida sexual y del uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual, así como de las razones de no uso de métodos anticonceptivos en la misma.

En el capítulo 5. *Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva*, se presenta información sobre los principales indicadores asociados a la fecundidad en general, fecundidad adolescente y en menores de 15 años, preferencias reproductivas y aborto. En el capítulo 6. *Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual*, se hace un análisis de indicadores como abandono escolar y sus causas, sobre la información que se ha promocionado en campañas y medios de comunicación, sobre el conocimiento que tienen las mujeres de los métodos anticonceptivos, así como de las razones de no uso de éstos.

En el capítulo 7. *Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos*, se muestra el avance en el uso de métodos anticonceptivos tanto de mujeres en edad fértil sexualmente activas como en unidas, así como de la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos que involucra a los datos de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos. En el capítulo 8. *Derecho a la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva*, se examinan los avances en la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva para proponer acciones que puedan incidir en ésta, de tal forma que se logre un mayor involucramiento de los hombres en ambos aspectos de la salud y pueda aspirarse al cumplimiento de los derechos mencionados.

Finalmente, en el capítulo 9. *Derecho a los servicios de salud pre y post natales*, se presenta el análisis de indicadores asociados a la salud prenatal, postnatal y de la persona recién nacida, de mortalidad materna y mortalidad infantil.

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



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

# 1

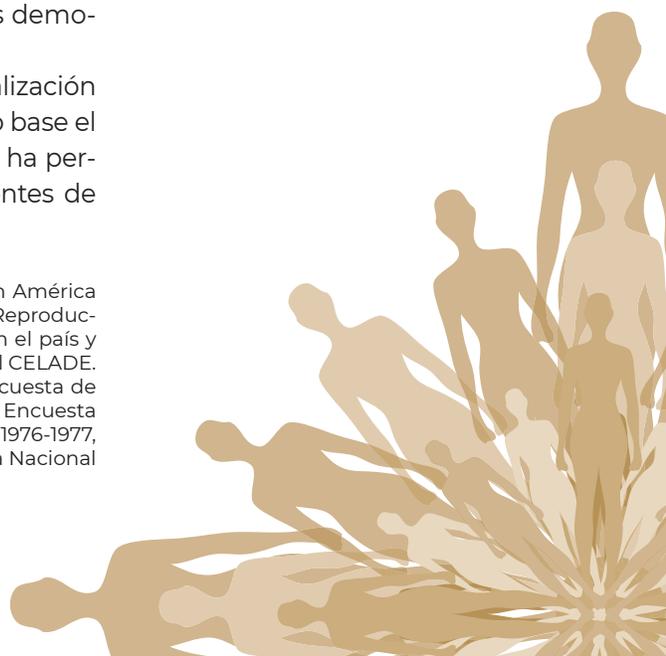
Las Encuestas Demográficas surgen en la década de los sesenta,<sup>4</sup> a partir de la necesidad de contar con información que permitiera conocer y evaluar la situación del país en términos poblacionales, asimismo, fueron la principal herramienta para medir el avance de la política establecida en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

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

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

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

<sup>4</sup> En 1964 bajo el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL), se llevó a cabo la Encuesta Demo-Sociológica Familia y Reproducción en el Distrito Federal, que fue la primera encuesta de fecundidad en el país y estuvo dirigida por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM y el CELADE. Bajo este mismo programa de encuestas de 1969-1970 se realizaría la Encuesta de Fecundidad Rural. Más tarde se llevarían a cabo otras encuestas como la Encuesta Nacional Demográfica en 1982, la Encuesta Mexicana de Fecundidad en 1976-1977, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud en 1987 y en 1995 la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Juárez, 2008).



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

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

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

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

nuestra sociedad, en términos del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de las demás temáticas.

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

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

Con esto, se pretende asegurar información suficiente que brinde elementos que permitan dar seguimiento y evaluar el avance de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en

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

<sup>6</sup> La TFGe se define como el cociente del número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de las mujeres en edad reproductiva entre las mujeres en esas mismas edades en un periodo determinado. Esta tasa se expresa como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un periodo determinado.

Adolescentes (ENAPEA),<sup>7</sup> implementada en 2015 por el Gobierno Federal, y se proporcione información para monitorear otras acciones comprometidas a nivel nacional, e internacional como la Agenda 2030 en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Consenso de Montevideo y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>8</sup> así como otras políticas públicas de relevancia para el país.

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

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

## 1.1 Alcances y limitaciones de la encuesta

Desde sus inicios, la ENADID se ha considerado una de las fuentes de datos más apropiada para estimar diversos indicadores relacionados con la fecundidad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, debido en buena parte a la amplia gama de aspectos que aborda con relación a este tema, así como por el tamaño de su muestra, cuya representatividad es nacional, estatal y por tamaño de localidad para los indicadores que así fue diseñada (CONAPO, 2016).

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

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

No obstante, se reconoce que las fuentes de datos suelen tener áreas de oportunidad; en este contexto, aunque tradicionalmente las encuestas han supuesto una mejor calidad en las estimaciones de la fecundidad y la salud sexual y reproductiva (SSR) que otras fuentes, como censos y registros administrativos, también presentan limitaciones que pueden afectar la información sobre el nivel y patrón de las mismas. Por ello, es necesario tomar algunas previsiones al usarlas, con el fin de conocer mejor el grado de exactitud con que permiten estimar los temas de interés (CONAPO, 2005).

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

### 1.1.1 Diseño muestral de la encuesta

Las estimaciones derivadas de encuestas por muestreo probabilístico están sujetas al error de generalizar la información que se obtiene de una muestra a toda la población; por ello, al realizar inferencias se debe tener en cuenta, tanto el nivel de representatividad de la encuesta, como los indicadores utilizados en el diseño, ya que se corre el riesgo de obtener estimaciones que pueden carecer de representatividad para algunos desgloses geográficos, o bien características sociodemográficas, que no fueron consideradas en el diseño estadístico (CONAPO, 2016).

Por lo anterior, se analiza el diseño estadístico de la encuesta, el tamaño de la muestra, sus alcances y su relación con los indicadores a obtener en este documento, en específico de las tasas específicas y globales de fecundidad y la prevalencia de métodos anticonceptivos, así como la confiabilidad de estos indicadores y la representatividad que tiene la encuesta para algunos grupos poblacionales. Con la finalidad de que

los lectores conozcan de antemano la precisión de estos indicadores y consideren al momento de utilizarlos, la confiabilidad de los mismos.

El diseño estadístico de la ENADID 2018, al igual que las encuestas anteriores, se llevó a cabo bajo un esquema probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados, donde las unidades de observación son las viviendas y dentro de estas los hogares y las personas. La encuesta se aplicó en la población residente habitual de las viviendas seleccionadas, y de manera particular a las mujeres en edad fértil; es decir, de 15 a 54 años (INEGI, 2019a).

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

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

Con las TEF se identificó que, en algunos grupos quinquenales de edad, en específico los de los extremos, habría que entrevistar un mayor número de mujeres que las necesarias para estimar la TFGe. El cálculo de la TEF implica considerar eventos menos frecuentes y, en algunos casos, volúmenes de subpoblaciones menores, como son las mujeres en edad fértil en el grupo de las adolescentes y en aquellos donde la fecundidad comienza a disminuir; es decir, a partir de los 35 años (CONAPO, 2016).

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

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

Considerando lo anterior, el INEGI realizó cambios en el diseño muestral de la encuesta, por lo que el tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta como variable prioritaria la tasa

<sup>9</sup> Las tasas específicas de fecundidad (TEF) se determinan como el cociente de los nacimientos ocurridos en un grupo quinquenal de edad de las mujeres en edad fértil durante un periodo de referencia, entre el total de los años mujer vividos por la población femenina de dichas edades, en el mismo periodo. Las tasas específicas se interpretan como el número de nacimientos observados por cada mil mujeres en un grupo quinquenal de edad determinado.

<sup>10</sup> La TGF es el número promedio de hijos(as) que una mujer tendría a lo largo de su vida fértil, bajo las condiciones de mortalidad y fecundidad observadas en la población al momento de análisis. Numéricamente se refiere a la suma de las tasas específicas de fecundidad, regularmente referidas a grupos quinquenales de edad, multiplicadas por cinco, de modo que el dato resuma las cinco edades simples.

de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, con lo que se garantizaría que el resto de las estimaciones de las variables de interés quedarían cubiertas (INEGI, 2019a). Por lo que se estableció una confianza del 90.0 por ciento, un efecto de diseño de 1.2, un error relativo máximo esperado de 15.0 por ciento, un promedio de años de exposición al riesgo de mujeres de 15 a 19 años por vivienda de 0.5, una tasa de no respuesta máxima esperada de 15.0 por ciento y una tasa de fecundidad específica de ese grupo a nivel estatal de 77.04 hijos(as) por cada 1 000 mujeres, que es la tasa de fecundidad en adolescentes a nivel nacional estimada con la ENADID 2014.

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

Con lo anterior, se esperaba una mejora sustancial en las estimaciones, sobre todo en la fecundidad en adolescentes a nivel estatal y para algunas desagregaciones que ya se indicaron anteriormente. En este contexto, entre mayor sea el desglose que se hace de una variable o sea poco frecuente la característica de interés del indicador, las observaciones muestrales que caen en cada categoría se hacen más escasas y, crece por tanto la dificultad para obtener estimaciones precisas; de ahí la importancia de auxiliarse en ciertos indicadores para conocer la calidad estadística de los datos (INEGI, 2015b).

### **1.1.2 Aspectos operativos**

Los aspectos operativos deben tomarse en cuenta al efectuar estimaciones con la ENADID, ya que éstos pueden afectar las inferencias que se realicen a partir de ella. En este sentido, el nivel de no respuesta, que es el porcentaje de viviendas en las que no se logró la entrevista debido al marco de muestreo o al informante, representa un factor operativo fundamental a considerar, ya que permite registrar si el número de unidades de observación seleccionadas de las que se obtuvo información, es suficiente para elaborar estimaciones de calidad, debido a que es a partir de los datos recabados, que se realizan inferencias de la población total (INEGI, 2015a).

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

Según el informe operativo de la ENADID 2018 (INEGI, 2019b), la no respuesta a nivel nacional fue de 10.5 por ciento, lo cual señala que respecto a 2014, que era de 9.2 por ciento, aumentó en más de un punto porcentual. La no respuesta en 2018 al igual que en 2014, se debió en mayor medida al marco de muestreo (69.0%) y sólo una pequeña parte (25.0%) fue a causa del informante, mientras que una proporción menor (6.0%) ocurrió por otra situación. Esto significa que el mayor porcentaje de no respuesta fue a causa de que la vivienda seleccionada estaba desocupada o ya no existía; mientras que una quinta parte tuvo que ver con el informante, es decir, la entrevista fue aplazada, el informante no era el adecuado, los residentes de la vivienda no se encontraban o bien se negaron a dar la entrevista, mientras que solo una pequeña parte fue resultado de otra situación, esto es, que la vivienda estaba conformada por más de seis hogares, o si todos los residentes

eran menores de 15 años, si hablaban algún dialecto o idioma desconocido para la entrevistadora, si en el momento de la entrevista el informante tenía alguna discapacidad o no le fue posible brindar información debido a la avanzada edad (INEGI, 2019b).

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

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

Por su parte, existen 17 coordinaciones estatales en las que la no respuesta supera los diez puntos porcentuales, entre las que sobresalen, por tener los valores máximos en orden ascendente: Jalisco con una no respuesta de 13.5 por ciento y Quintana Roo con 14.8 por ciento. En tanto que Guerrero, representa el caso más extremo, ya que además de ser la coordinación estatal con mayor tasa de no respuesta, es también donde el indicador aumentó más entre 2014 y 2018, pasando de 10.3 a 15.8 por ciento, además

de ser la única entidad federativa que supera el límite del 15.0 por ciento establecido en el diseño muestral de la encuesta (véase gráfica 1.1). Es probable que la situación en Guerrero se deba a problemas de acceso, debido a la inseguridad que se presenta en la entidad, al igual que en Jalisco y en otras entidades federativas, como Guanajuato, Nuevo León y Zacatecas, donde se registraron aumentos importantes.

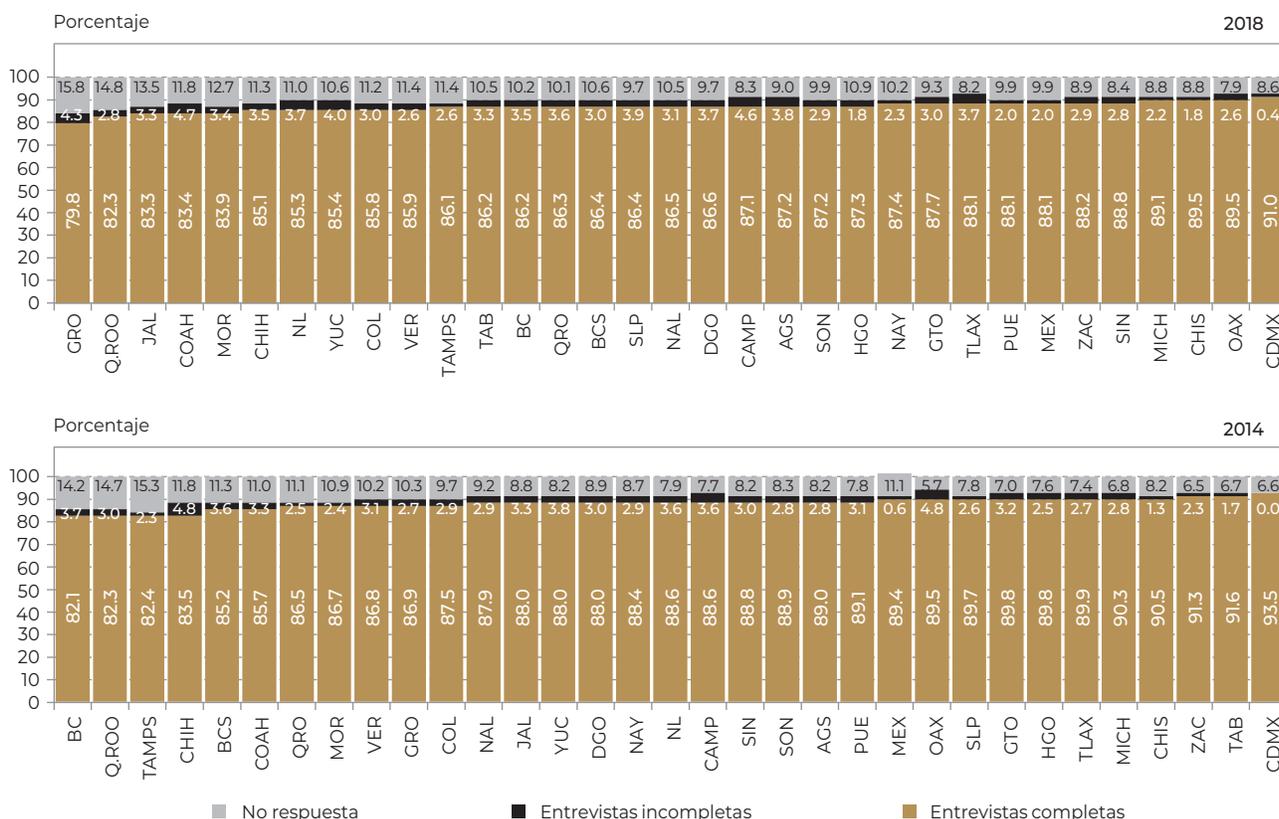
Si bien el diseño estadístico de la encuesta contempla en la estimación de la muestra una no respuesta de hasta 15.0 por ciento, el nivel de este indicador debe considerarse no sólo en Guerrero, sino también en algunas otras entidades, ya que cuando los niveles altos de no respuesta se suman al porcentaje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

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

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

<sup>11</sup> Las coordinaciones estatales son oficinas del INEGI en las entidades federativas donde entre otras cosas, se lleva a cabo y se supervisa el levantamiento de información estadística de la propia entidad. Cada uno de los estados cuenta con una coordinación estatal, mientras que el Estado de México, por el tamaño de su población cuenta con dos coordinaciones estatales: Poniente y Oriente.

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



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

El informe operativo de la ENADID 2018 muestra que, a nivel nacional de 119 941 viviendas seleccionadas, se obtuvieron 103 730 entrevistas completas, lo que representa 86.5 por ciento en este indicador y ubica este porcentaje en un rango satisfactorio, de forma complementaria el 3.1 por ciento finalizó el operativo con entrevista incompleta y el 10.5 por ciento tuvo no respuesta. Por su parte, a nivel estatal, de acuerdo a los parámetros establecidos para evaluar el porcentaje de entrevistas completas, se considera que 15 entidades reportaron resultados satisfactorios, como Colima con la menor proporción en este rango con 85.8 por ciento y Guanajuato, que alcanzó el mayor porcentaje de entrevistas completas en el mismo intervalo, con 87.7 por ciento (véase gráfica 1.1). Dado que el porcentaje de entrevistas completas es mayor a 85.5 por ciento y el nivel

de no respuesta observado es menor del 15.0 por ciento contemplado en el diseño muestral, podría concluirse que la calidad de la información es suficiente para realizar estimaciones confiables, tanto a nivel nacional como de las entidades federativas citadas.

Asimismo, a nivel estatal, de acuerdo a los parámetros que el INEGI (2018b) establece para evaluar el porcentaje de entrevistas completas, se considera que nueve entidades reportaron resultados sobresalientes: Tlaxcala (88.1%), Puebla (88.1%), el Estado de México (88.1%), Zacatecas (88.1%), Sinaloa, Michoacán, Chiapas y Oaxaca con valores de 88.8 y 89.5 por ciento, y la Ciudad de México, que alcanzó el mayor porcentaje de entrevistas completas, con 91.0 por ciento (véase gráfica 1.1). Para estas entidades federativas, el porcentaje de entrevistas incompletas y de

no respuesta oscila entre el 11.9 y 9.0 por ciento, lo que implica que la información derivada de la encuesta cuenta con cobertura suficiente para realizar estimaciones con precisión, al menos en lo que respecta a los indicadores analizados.

En el extremo opuesto, ocho entidades federativas de menor a mayor: Yucatán, Nuevo León, Chihuahua, Morelos, Coahuila, Jalisco, Quintana Roo y Guerrero, se situaron en un parámetro no aceptable, según lo establecido, con relación a la proporción de entrevistas completas, logrando un porcentaje de entrevistas menor de 85.5 por ciento, que es el mínimo establecido por INEGI (2019b). Por lo que, si se hace un análisis más estricto de la información obtenida en estas entidades, se observa que, aunque en Morelos la tasa de no respuesta es menor al 15.0 por ciento, este indicador en conjunto con el porcentaje de entrevistas incompletas representa 16.1 por ciento del total de las viviendas seleccionadas, lo cual supone una pérdida de información considerable. Algo parecido ocurre en Coahuila, donde a pesar de que la tasa de no respuesta es de 11.8 por ciento la proporción de entrevistas incompletas es de 4.7 por ciento, lo que en conjunto representan 16.6 por ciento, una proporción importante de información perdida, mientras que Jalisco se encuentra prácticamente en la misma situación al sumar entre ambas variables 16.8 por ciento.

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

fue de 4.3 por ciento, por lo que el agregado de ambos indicadores es de 20.0 por ciento (20.2%).

Lo anterior, señala la necesidad de considerar a lo largo de este estudio posibles desviaciones o sesgos para las estimaciones en las entidades federativas de Guerrero, Quintana Roo, Jalisco, Coahuila, y Morelos, así como una posible menor precisión en sus estimaciones, reflejada probablemente por intervalos de confianza con mayor amplitud, así como coeficientes de variación mayores que en las otras entidades, debido a la insuficiencia de la información recolectada. Por lo que se sugiere usar de manera prudente algunos de los indicadores que se generan para estas entidades.

De igual manera, para el objetivo de este estudio otro factor que es importante tener en cuenta es la proporción de mujeres de entre 15 y 54 años con entrevista completa. En este aspecto, a diferencia del informe del operativo de campo de 2014, en esta ocasión el INEGI (2019b) no informa sobre los porcentajes alcanzados de entrevistas completas a mujeres integrantes de los hogares por entidad federativa. Únicamente se señala que el promedio nacional fue de 94.4 por ciento, poco más de dos puntos menos que lo obtenido en 2014, con 96.8 por ciento. A nivel nacional y por grupos de edad, el grupo con mayor porcentaje de entrevista incompleta fue el de mujeres de 20 a 24 años con 4.1 por ciento, seguido por el de 25 a 29 años con 3.8 por ciento. Este último aspecto abona en la recomendación sobre la prudencia en el uso de los datos a nivel entidad federativa, sobre todo para estos grupos poblacionales.

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

## 1.2. Consistencia de las estimaciones obtenidas

Una forma de analizar la calidad de la información demográfica es mediante la revisión de la coherencia o consistencia que guarda respecto a otras fuentes; es decir, el grado en que los datos que provienen de un proyecto estadístico pueden ser comparados con los de otros similares en un marco

de análisis establecido en el tiempo, o incluso el nivel de consistencia en la tendencia de la misma fuente en un periodo determinado (UN-CEPAL, 2014). La coherencia de la información está relacionada con el nivel de cobertura de la encuesta, la cual puede estar afectada por limitaciones desde su diseño muestral o bien durante el levantamiento, donde pudo no ser posible captar a todos los grupos poblacionales de interés o se captaron de manera parcial o sesgada (UN-CEPAL, 2014).

Por lo anterior, en esta sección se analiza en un primer punto la consistencia de la información de la ENADID 2018, de manera particular, se revisa el nivel de cobertura con relación a otras fuentes, como las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 elaboradas por la SCONAPO, fuente de información oficial sobre población en México, la Encuesta Intercensal y la misma ENADID 2014, con el fin de detectar posibles subcoberturas de grupos poblacionales de importancia para los objetivos de este documento. En un segundo momento, se revisa la consistencia de la información de la encuesta a nivel nacional y estatal, a través del análisis de la confiabilidad estadística de los principales indicadores sobre fecundidad y anti-concepción, para observar hasta qué nivel es posible realizar inferencias estadísticas precisas con la encuesta. Finalmente, se revisa la consistencia en la tendencia de la información sobre fecundidad de los distintos levantamientos de la encuesta, con el fin de identificar posibles desviaciones de la información.

### **1.2.1 Nivel de cobertura respecto a otras fuentes de información**

La falta de cobertura surge cuando las personas o eventos no se registran, o bien cuando se incluye población que no debería ser considerada, o se registran más de una vez. Estas situaciones producen errores cuantitativos, generando subenumeración o sobre enumeración de las personas o eventos que se están contabilizando (UN-CEPAL, 2014). La sub o sobre enumeración de las personas, elementos o eventos que se busca contabilizar operan tanto sobre las encuestas, los registros administrativos como en los censos

(UN-CEPAL, 2014). Si bien estos errores son más frecuentes en los levantamientos censales, las encuestas, que se llevan a cabo por personal más capacitado y especializado, no están exentas de estos problemas y pueden llegar a ocurrir como resultado no sólo del levantamiento sino por fallas en el diseño muestral (INEGI, 2017).

De manera continua, la SCONAPO actualiza sus proyecciones de población cada cinco años, cuando se dispone de un nuevo censo o conteo de población. Sin embargo, en el año 2015, el INEGI realizó por primera ocasión una Encuesta Intercensal autoponderada, en lugar de un conteo de población, con base en la cual la SCONAPO realizó la Conciliación Demográfica, 1950-2015, y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. Estas últimas son un ejercicio que tiene como base la conciliación demográfica de las distintas fuentes de información (censos, encuestas y registros administrativos) y que armoniza los niveles y tendencias de la población, por lo que se toman como referencia, ya que son las estimaciones de población oficiales<sup>12</sup> en el país. Dichas proyecciones fueron publicadas en octubre de 2018.

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

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

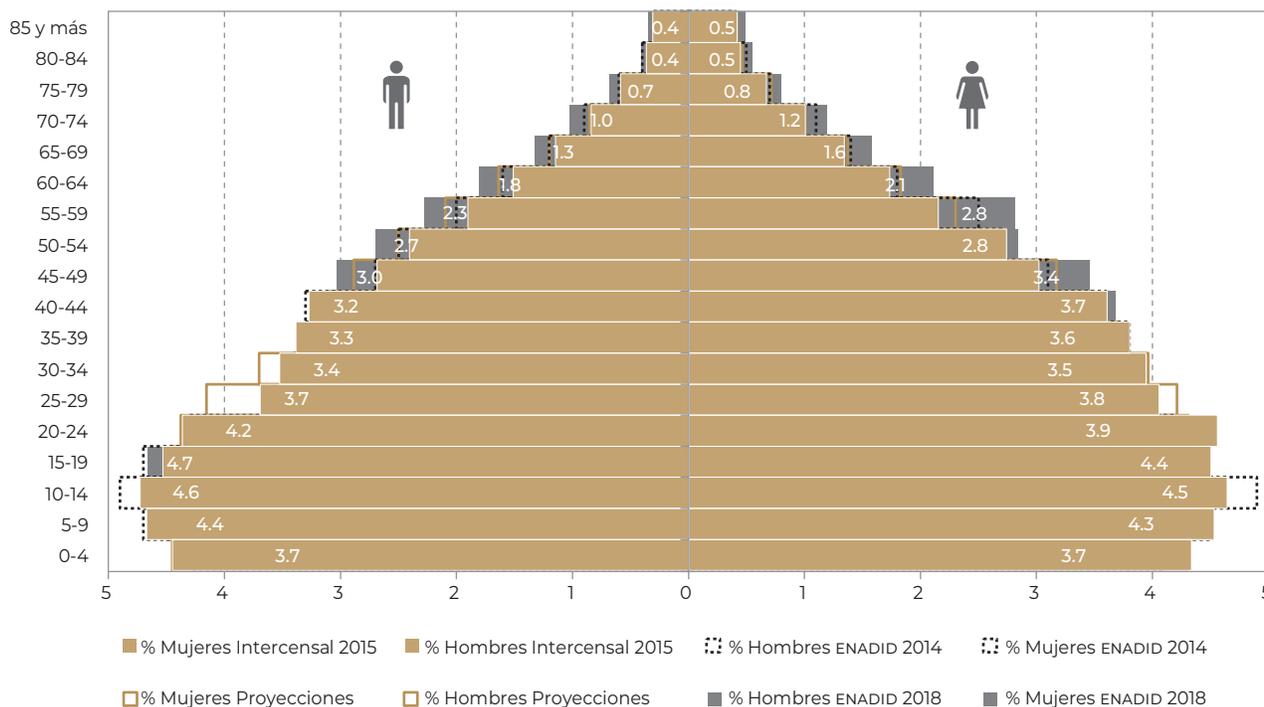
No obstante, hasta la fecha, el INEGI no ha realizado la reponderación para reajustar sus factores de expansión en la serie de encuestas que se levantaron antes de que se publicaran las proyecciones de población vigentes de la SGCONAPO, y con el fin de mantener la comparabilidad, continúa usando las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

Como resultado de lo anterior, al expandir la muestra se obtiene de inicio una ligera subestimación del total poblacional; se estima un total de 124.96 millones de personas en el punto medio del levantamiento de la encuesta; es decir, el 5 de septiembre de 2018, debido a que la encuesta se levantó entre el 13 de agosto y el 5 de octubre de 2018, lo cual presenta una ligera subestimación, ya que las proyecciones de población vigentes ajustarían a 125.33 millones de personas aproximadamente, en la misma referencia temporal.

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

Considerando lo anterior, para observar el nivel de cobertura en la ENADID 2018, UN-CEPAL (2014) recomienda analizar el grado en el que los datos pueden ser comparados con otras

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



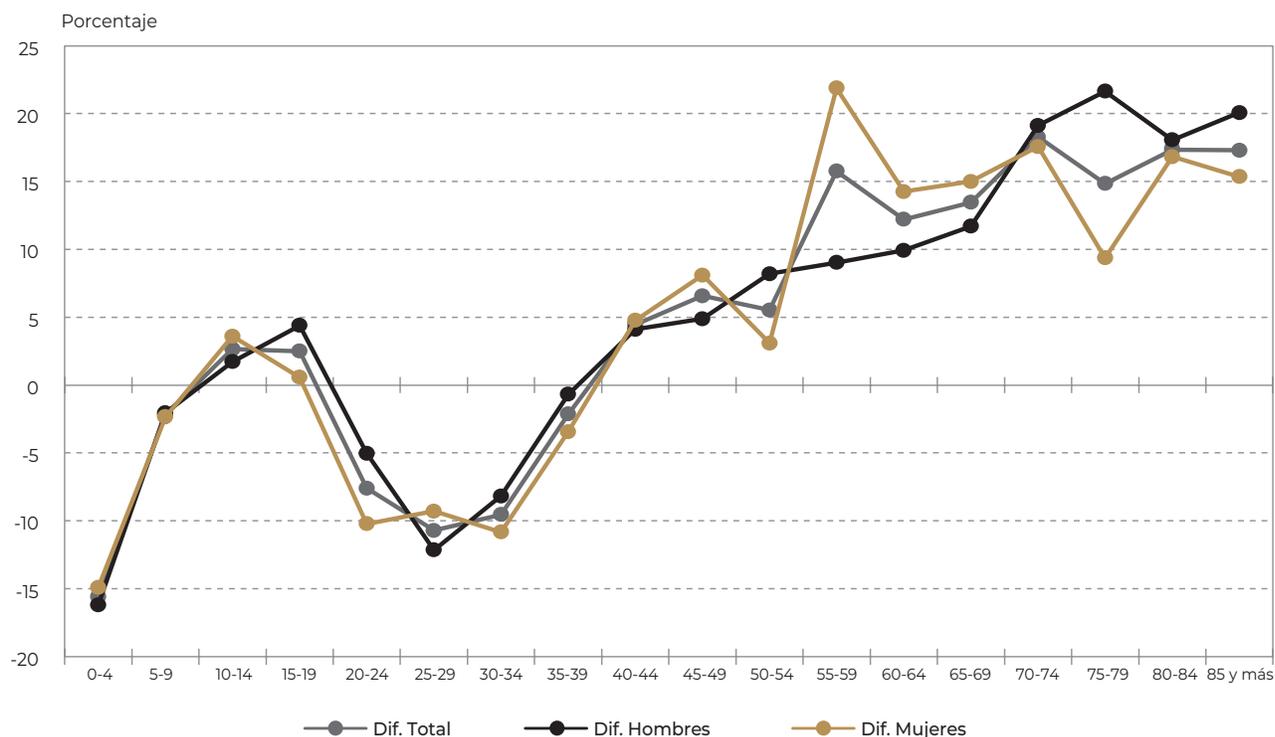
Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050; e INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 y 2018. Encuesta Intercensal 2015

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

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

Para el caso de los(as) niños(as) menores de cinco años, que están siendo subreportados(as), si bien la encuesta los capta también de manera indirecta a través de la historia de embarazos, cuya información proporciona la mujer, la omisión observada en los grupos de mujeres de 20

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



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

a 34, en particular de 20 a 29 años, puede tener repercusiones en la estimación de la fecundidad en estos grupos de edad, ya que podría implicar una subestimación importante al omitir mujeres y por tanto la información de sus hijos(as), en los grupos en los que la fecundidad es más alta. De hecho, es muy probable que los(as) niños(as) de 0 a 4 años subreportados(as) puedan estar en relación directa con las mujeres de 20 a 34 años que no fueron captadas.

A simple vista, no se observa un patrón que pueda definir el motivo de las subestimaciones y sobreestimaciones que se observan en la ENADID 2018, si bien es común que los(as) niños(as) y adultos(as) mayores no sean reportados en los eventos censales, esto ocurre con menos frecuencia en una encuesta especializada (Rodríguez *et al.*, 1998) como la ENADID, donde la capacitación de las entrevistadoras es mucho mejor, por lo que la subestimación encontrada en el grupo de edad de 0 a 4 años está fuera de los parámetros encontrados en otros eventos recientes como la Encuesta Intercensal y la ENADID 2014, de igual forma el sobrerreporte en los(as) adultos(as) mayores es inusual y fuera de lo esperado. Asimismo, la subestimación en mujeres y hombres de 20 a 34 años tampoco parece ser consistente, ya que, aunque suelen ser subestimados debido a que se encuentran en edades económicamente activas y pueden no estar presentes al momento del levantamiento y por tanto no ser reportados (UN-CEPAL, 2014; U.S. Census Bureau, 2017), la subestimación encontrada en esta encuesta es muy alta.

El informe del operativo de campo publicado por el INEGI no da señales de las posibles desviaciones. Sin embargo, UN-CEPAL (2014) señala algunas probables causas de los errores de cobertura en cualquier operativo. Entre los más importantes, se puede mencionar la omisión de viviendas o áreas geográficas completas, que ocurre cuando el operativo no cubre zonas o viviendas determinadas, y las personas que residen allí quedan excluidas del levantamiento. Lo anterior puede suceder por diversos motivos: problemas para identificar una vivienda, diferenciarla de otra en el mismo predio, dificultades para encontrar a los residentes habituales, mala cartografía, obstáculos

geográficos, zonas peligrosas, entre otros. Este error puede afectar el total de las viviendas y de la población que resulta del operativo del levantamiento, pero no afecta necesariamente la estructura de la información, a menos que la población perteneciente al área excluida tuviera rasgos diferenciales respecto del resto.

Asimismo, se señala que la omisión de personas aisladas se produce cuando se empadrona la vivienda, pero quedan una o más personas de la misma sin captar. Uno de los casos a resaltar son las personas que viven solas, ya que al salir de sus hogares por motivos personales o laborales y no haber otra persona que declare su información, son propensas a ser omitidas. De igual manera, la omisión de personas puede suceder por dudas del(a) empadronador(a) o del(a) entrevistado(a) frente a los criterios de inclusión de la persona en el hogar en situaciones particulares. Por ejemplo, se ha comprobado que en América Latina existe una tendencia a omitir a los(as) niños(as) menores, como si no fueran personas del hogar. Esto ha tenido y tiene consecuencias importantes, ya que introduce sesgos sistemáticos que producen faltantes significativos de población en esas edades (UN-CEPAL, 2014).

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

En lo que respecta a las características económicas, el mismo estudio señala que los(as) niños(as) tienen mayor propensión a vivir en hogares con ingresos debajo de la línea de pobreza y con una mujer como jefa del hogar sin esposo presente. Estas medidas de bienestar de los(as) niños(as) apuntan a condiciones socioeconómicas que pueden provocar que la participación en el evento censal sea de poca prioridad. Finalmente, al estudiar los arreglos residenciales, se encuentra que existe una mayor cantidad de población infantil de 0 a 4 años viviendo en hogares extendidos, donde el(a) abuelo(a) es el propietario del hogar, estos arreglos multigeneracionales pueden implicar complejidades durante la recolección de la información y representan un mayor riesgo de omitir a la población infantil o reportarlos erróneamente, particularmente si son arreglos de corto plazo. En conclusión, los(as) niños(as) en estos grupos son más propensos a vivir en hogares con mayores retos de enumeración y cobertura, y es posible que en todos los hogares en los que habita este tipo de población existan éstos (U.S. Census Bureau, 2017).

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

En el caso particular de la ENADID 2018, debe tenerse en cuenta que, aunque la no respuesta a nivel nacional no supera el 15.0 por ciento considerado en el diseño muestral, como ya se analizó en la sección anterior, existen entidades donde sí lo supera de manera importante, además se identifican otras con niveles de entrevista incompleta altos. Asimismo, se señala que entre las mujeres en edad fértil, el grupo con mayor porcentaje de entrevistas incompletas son las mujeres de

20 a 24 años (4.1%), seguida por las de 25 a 29 años (3.8%), lo cual coincide con los grupos con mayor omisión observados en la pirámide poblacional, sin embargo, no se dan detalles de la no respuesta en este grupo de edad ni a nivel nacional ni por entidad federativa, por lo que valdría considerar si esta no respuesta o entrevistas incompletas está afectando a grupos particulares como los que se han remarcado con notoria omisión, o bien si existen nuevas y significativas reconfiguraciones en los arreglos residenciales que estén afectando la cobertura de los(as) niños(as) de menos de 5 años de manera importante y que en levantamientos anteriores no se identificaban, aunque esto parece poco plausible.

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

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

Igualmente, la rapidez con que fluya el cuestionario electrónico también tiene consecuencias en la captación de la información, ya que si lo hace

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

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

### 1.2.2 Precisión y consistencia de la información

Con el fin de observar la cobertura de la encuesta y la precisión de los indicadores por grupos de edad, así como si hubo una mejora en ésta, como resultado del aumento en el tamaño de muestra y de la consideración de la tasa de fecundidad en adolescentes como indicador para el diseño muestral, se presentan en el cuadro 1.1 las tasas específicas de fecundidad trienales<sup>14</sup> para 2012 y 2016 con sus respectivos intervalos de confianza al 90.0 por ciento, la amplitud de éstos y su coeficiente de variación<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Las tasas específicas de fecundidad trienales se refieren a la relación entre el agregado de los nacimientos en el año  $t-1$ ,  $t$ ,  $t+1$  y el agregado de la población femenina del grupo quinquenal de referencia en los mismos tres años, a modo de evitar posibles fluctuaciones en la información y contar con un número mayor de casos muestrales, por lo que las tasas específicas estimadas están centradas en el año  $t$  y por tanto se refieren a este mismo año. Por ejemplo, a partir de la ENADID 2014 es posible estimar las tasas con base en la suma de los nacimientos ocurridos en 2011, 2012, 2013 entre la suma de la población femenina del grupo quinquenal correspondiente en esos mismos años, por lo que las tasas específicas estimadas con base en la ENADID 2014 se refieren al año medio, es decir a 2012.

<sup>15</sup> La amplitud del intervalo de confianza es un indicador de la precisión de las estimaciones, así mientras más pequeña es la amplitud de un intervalo (límite superior menos límite inferior) mayor es la precisión de la estimación y viceversa. La longitud del intervalo de confianza está en función del tamaño de la muestra  $n$ , ya que entre mayor sea la muestra se tiene también mayor información para realizar dicha estimación. Asimismo, la longitud del intervalo de confianza

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

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

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

Por ejemplo, en Campeche la TEF de 15 a 19 años es de 82.13 hijos(as) por cada mil adolescentes, con un intervalo de confianza que va de 66.94 a 97.32 nacimientos por cada mil adolescentes, y que representa el intervalo más amplio (aproximadamente 30 nacimientos por cada mil mujeres de diferencia entre el límite superior y el inferior) de todas las entidades y también, tiene un coeficiente de variación de los más

también guarda una relación con la varianza, no obstante, hay muy poco que se pueda hacer con la variabilidad inherente a la población (Pagano y Fitzmaurice, 1999). Así mismo el coeficiente de variación es ampliamente usado para conocer la precisión de las estimaciones, de modo que, entre mayor sea el valor de éste, menor es el nivel de precisión, en este documento un coeficiente menor de 10.0 por ciento implica un nivel de precisión suficiente.

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

Grupo	2012					2016				
	Tasa	Err. Est.	CV (%)	90% Conf. Límite Inferior	90% Conf. Límite Superior	Tasa	Err. Est.	CV (%)	90% Conf. Límite Inferior	90% Conf. Límite Superior
15 a 19	77.04	1.8	2.3	74.12	79.96	70.62	1.6	2.3	67.96	73.29
20 a 24	125.97	2.2	1.7	122.39	129.54	118.19	2.0	1.7	114.88	121.51
25 a 29	113.07	2.1	1.8	109.67	116.46	108.78	2.0	1.8	105.47	112.08
30 a 34	77.20	1.8	2.3	74.28	80.11	72.35	1.7	2.3	69.62	75.08
35 a 39	38.14	1.3	3.3	36.04	40.24	34.43	1.2	3.4	32.49	36.36
40 a 44	9.99	0.6	6.5	8.92	11.05	8.96	0.6	7.2	7.90	10.03
45 a 49	0.56	0.1	26.4	0.32	0.80	0.56	0.2	27.9	0.30	0.82
TGF	2.21	0.0	0.8	2.18	2.24	2.07	0.0	0.8	2.04	2.10

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

CV>15%.

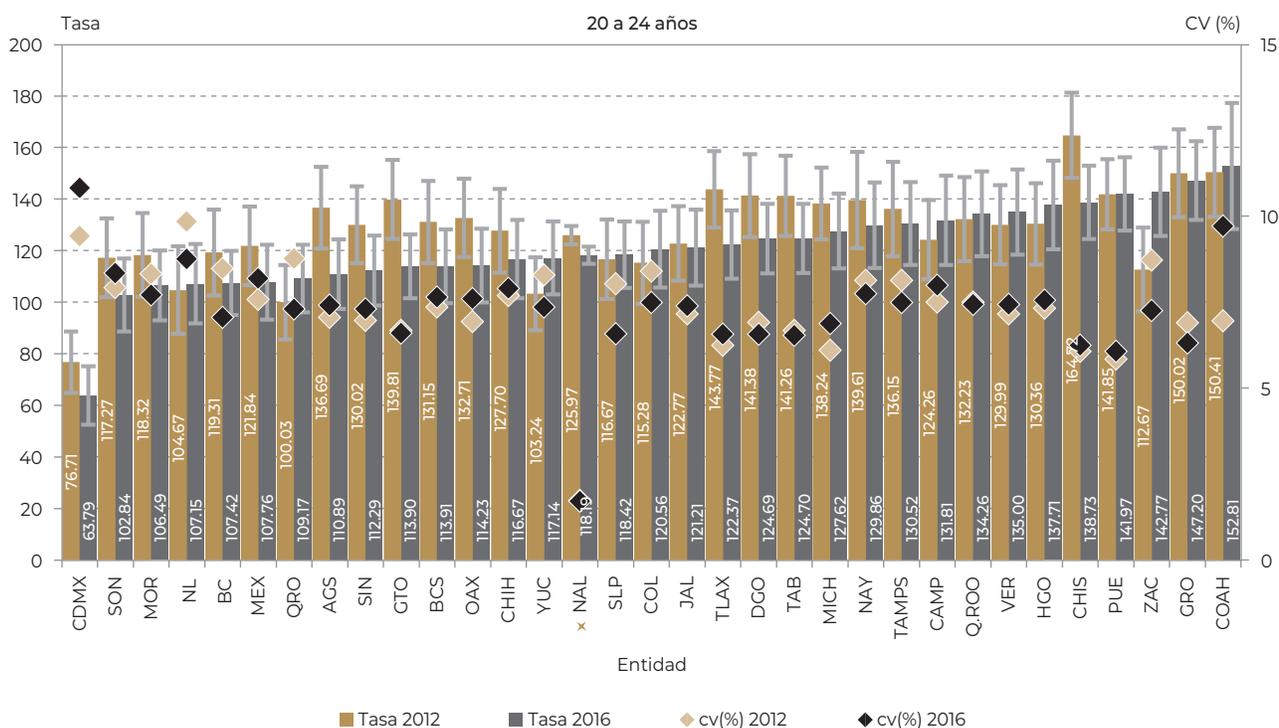
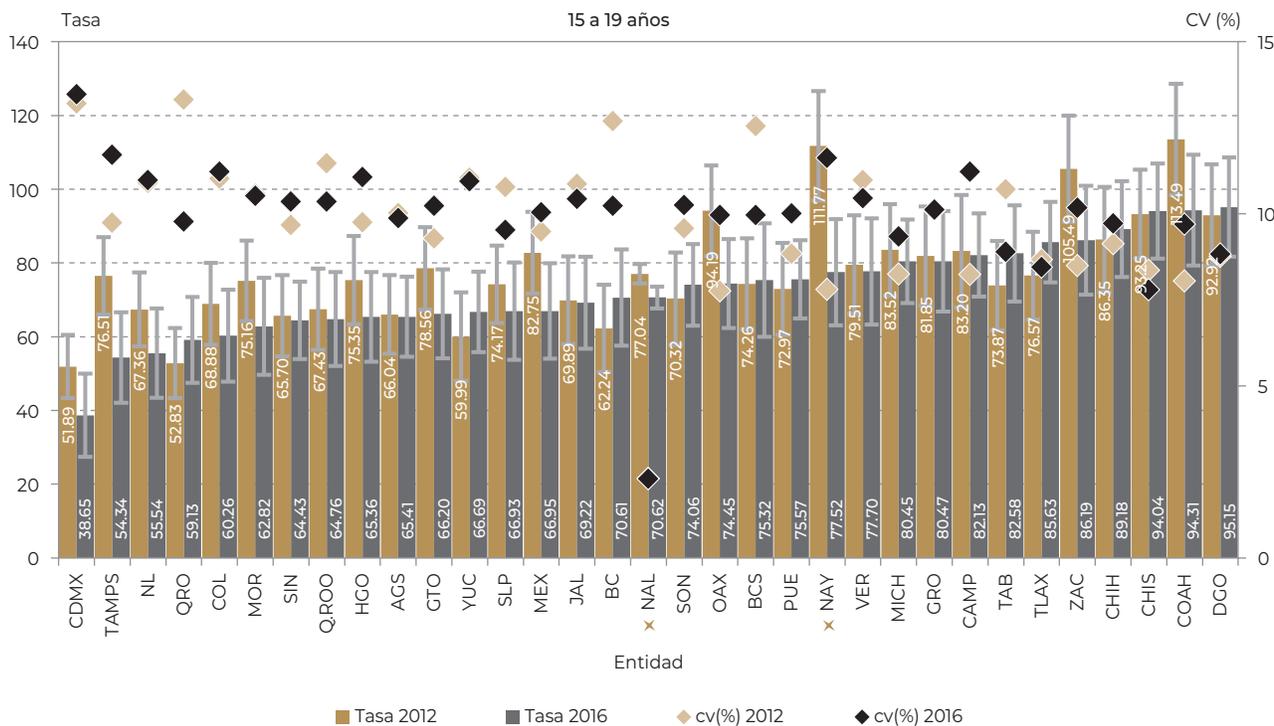
elevados (11.2%). De igual forma, Coahuila con una tasa estimada de 94.31, aunque cuenta con un coeficiente de variación menor a 10.0 por ciento (9.7%), tiene una amplitud en su intervalo de confianza que va de los 79.25 a los 109.37 nacimientos por cada mil mujeres, también cercano a 30 nacimientos de diferencia entre la estimación mínima y máxima. Además de estas entidades, Tamaulipas, Nayarit, Colima y Ciudad de México están entre las que presentan las estimaciones menos precisas para las TEF de 15 a 19 años de acuerdo a su coeficiente de variación y/o intervalo de confianza.

Otro aspecto a destacar sobre las estimaciones de fecundidad en adolescentes es que, únicamente es estadísticamente significativo el cambio entre 2012 y 2016 a nivel nacional, así como en Nayarit. Sin embargo, debe remarcarse que en esta entidad no se observa consistencia en la tendencia, ya que pasó de 111.77 nacimientos por cada mil a 77.52 entre ambos años, lo cual implica una reducción en la tasa de 30.64 por ciento que no puede ser explicada de manera demográfica en tan corto tiempo. Del mismo modo, se observan este tipo de inconsistencias en prácticamente todas las entidades, entre las que destacan: Coahuila, Ciudad

de México, Oaxaca y Zacatecas. Sin embargo, los cambios no son significativos, por lo que no puede concluirse nada sobre la tendencia en las entidades federativas.

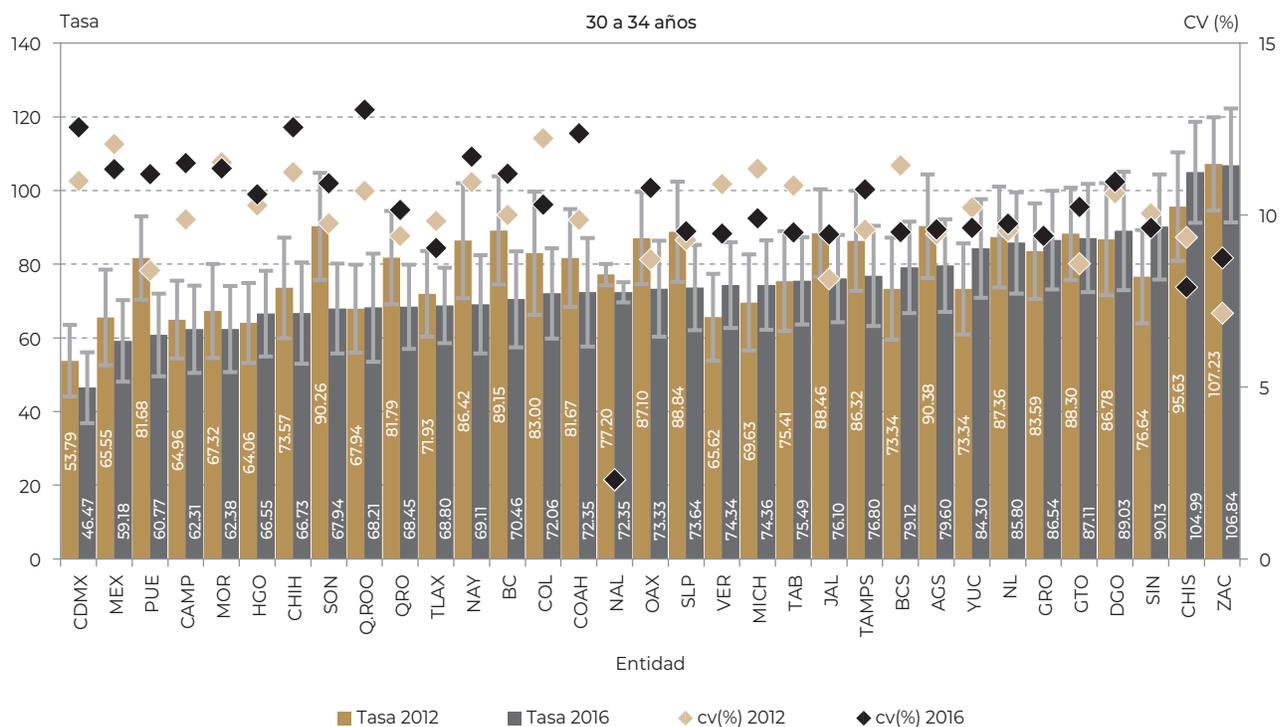
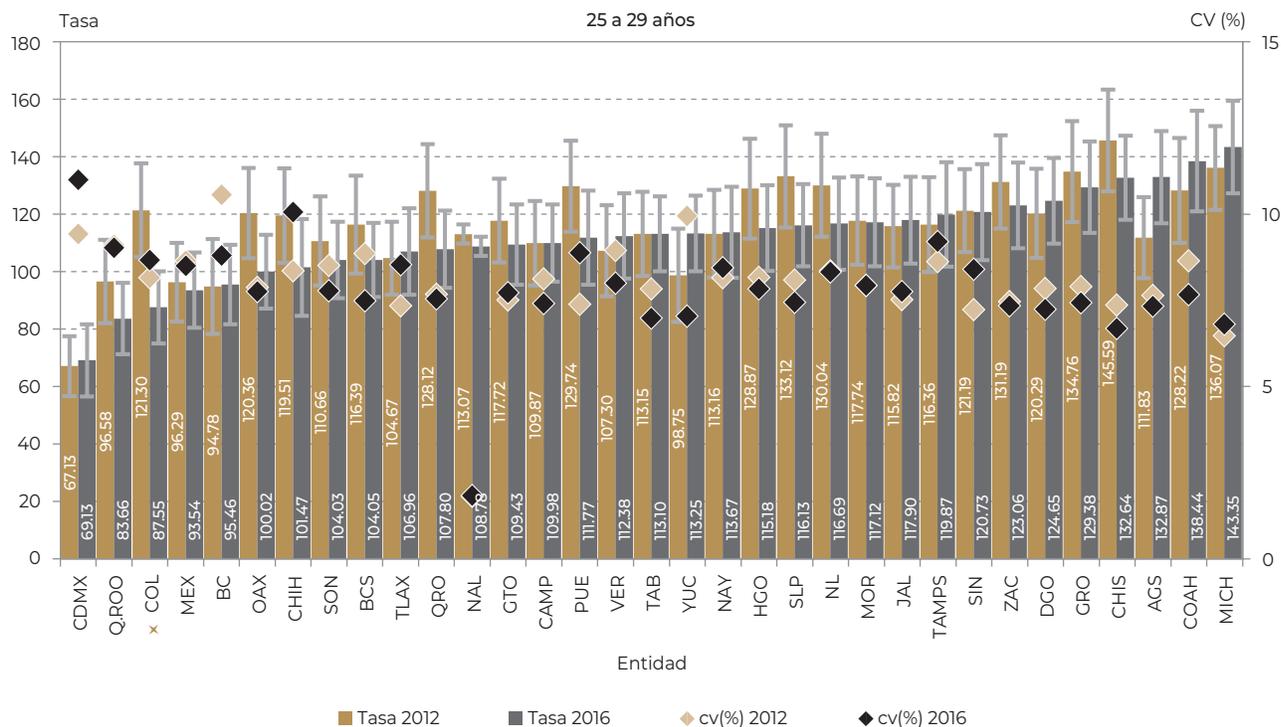
Igualmente, en el grupo de edad de 20 a 24 años se mantiene amplia la longitud de los intervalos de confianza, aunque los coeficientes de variación son cercanos a 10.0 por ciento, no obstante, en este grupo de edad, únicamente existe significancia estadística para el cambio en la tasa a nivel nacional;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

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



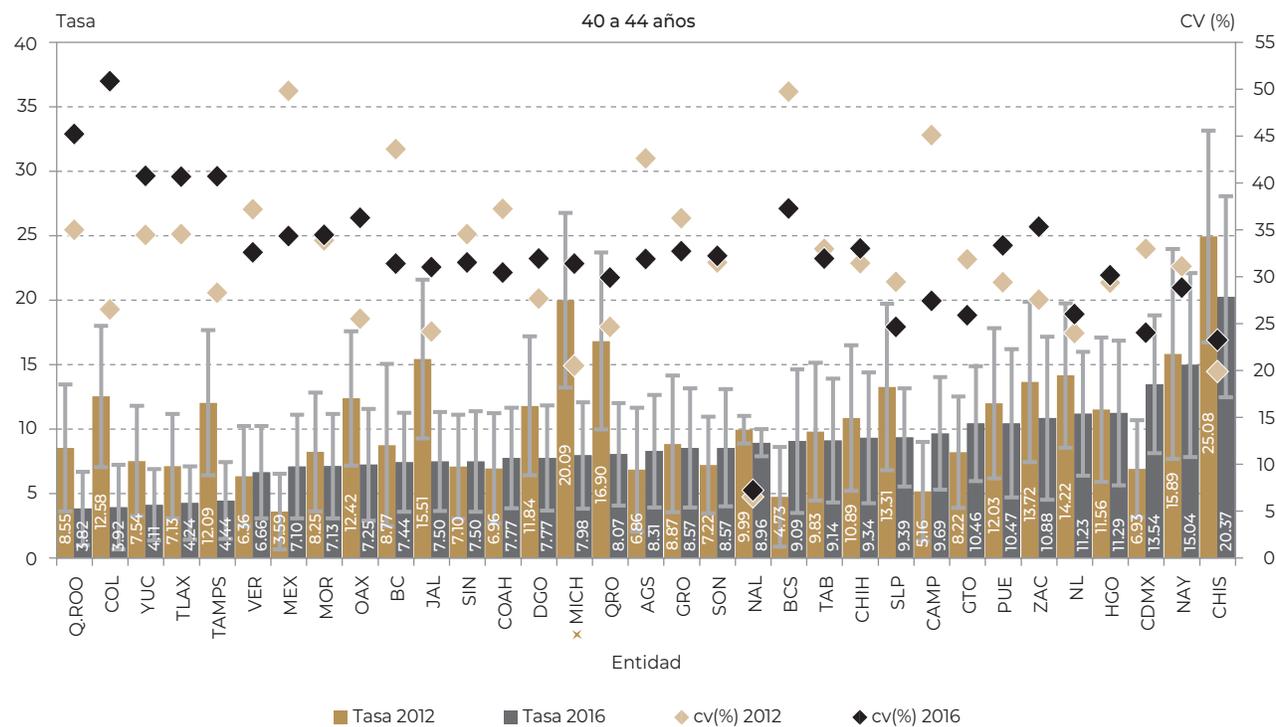
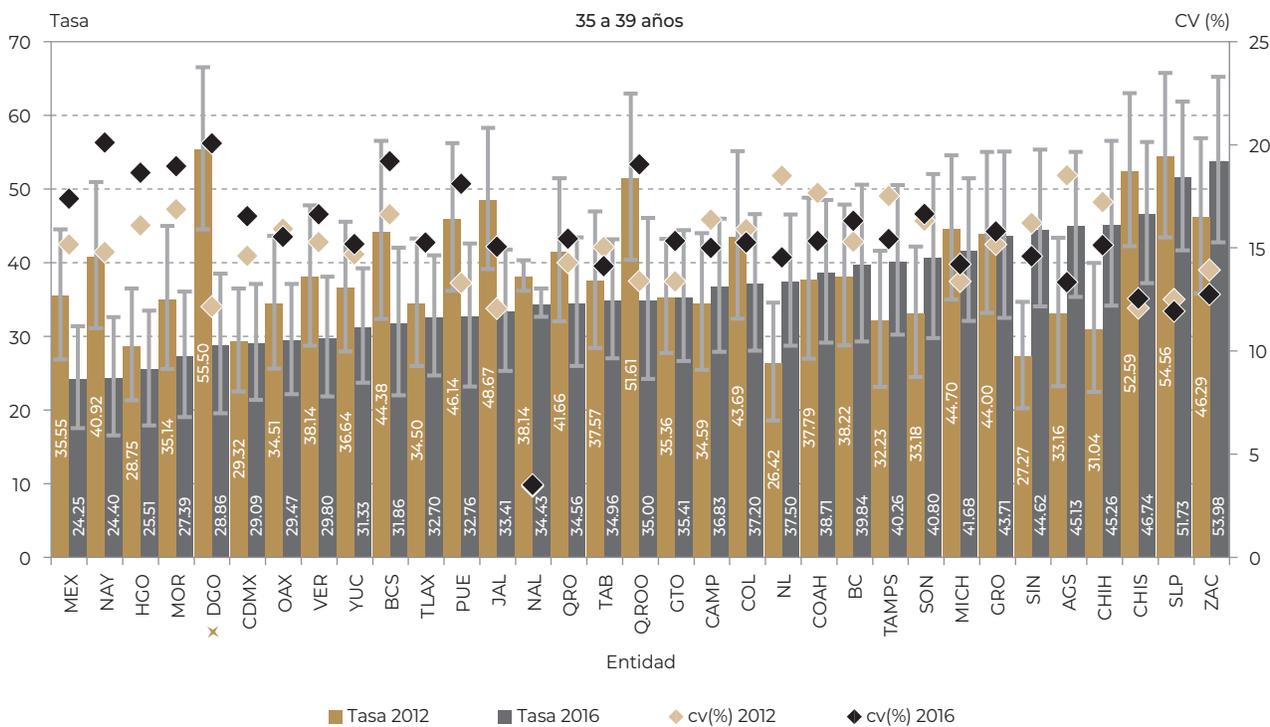
Continúa...

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



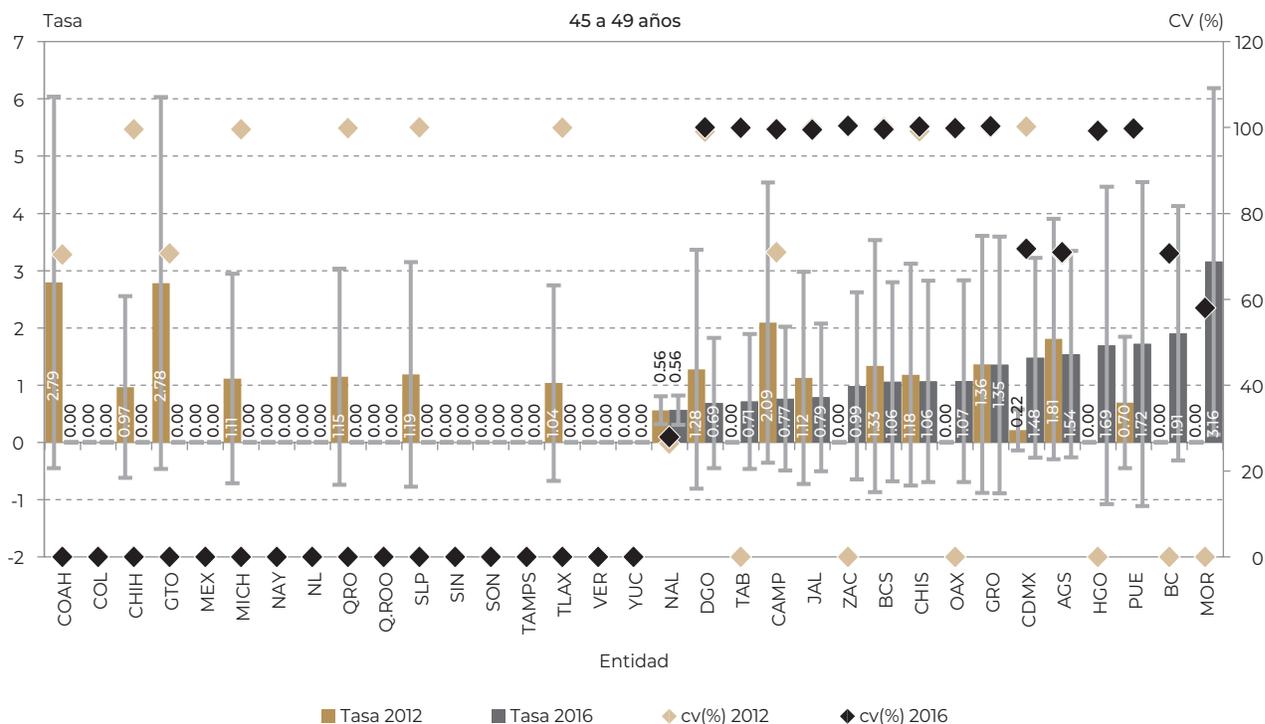
Continúa...

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



Continúa...

**Gráfica 1.4.** Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas, 2012 y 2016



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.  
 Nota: El año corresponde al punto intermedio del trienio previo al levantamiento de la encuesta utilizado para la estimación. Se utilizó la misma metodología (años-persona vividos) para ambas encuestas. El coeficiente de variación supera el 15% para la mayoría de las tasas específicas y el intervalo de confianza de las TEF y TGF presentan traslapes, lo que indica que no se cuenta con un tamaño de muestra suficiente para hacer una estimación confiable de dichos indicadores.  
 cv: Coeficiente de variación. TEF: Tasa Específica de Fecundidad por cada 1000 mujeres  
 x: Diferencias estadísticamente significativas.

consistente, ya que la tasa se redujo la mitad en cuatro años, pasando de 55.50 a 28.86.

En el grupo de edad de mujeres de 40 a 44 años la precisión ya presenta limitaciones importantes, pues todas las entidades federativas muestran coeficientes de variación mayores a 15.0 por ciento con intervalos de confianza visiblemente amplios como resultado de una menor fecundidad en este grupo de edad. Finalmente, se conoce que la encuesta tiene dificultades para captar nacimientos en el grupo de edad de 45 a 49 años, debido a la baja frecuencia del fenómeno en estas edades (CONAPO, 2016). Sin embargo, se observa que en 2018 a pesar del aumento en el tamaño de la muestra y del cambio en el indicador de diseño muestral a la TEF de adolescentes, existen menos entidades en las que se pudieron captar nacimientos en este grupo de edad, comparado con 2012, lo cual llama la atención

pues se esperaría un efecto contrario al haberse ampliado la muestra.

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

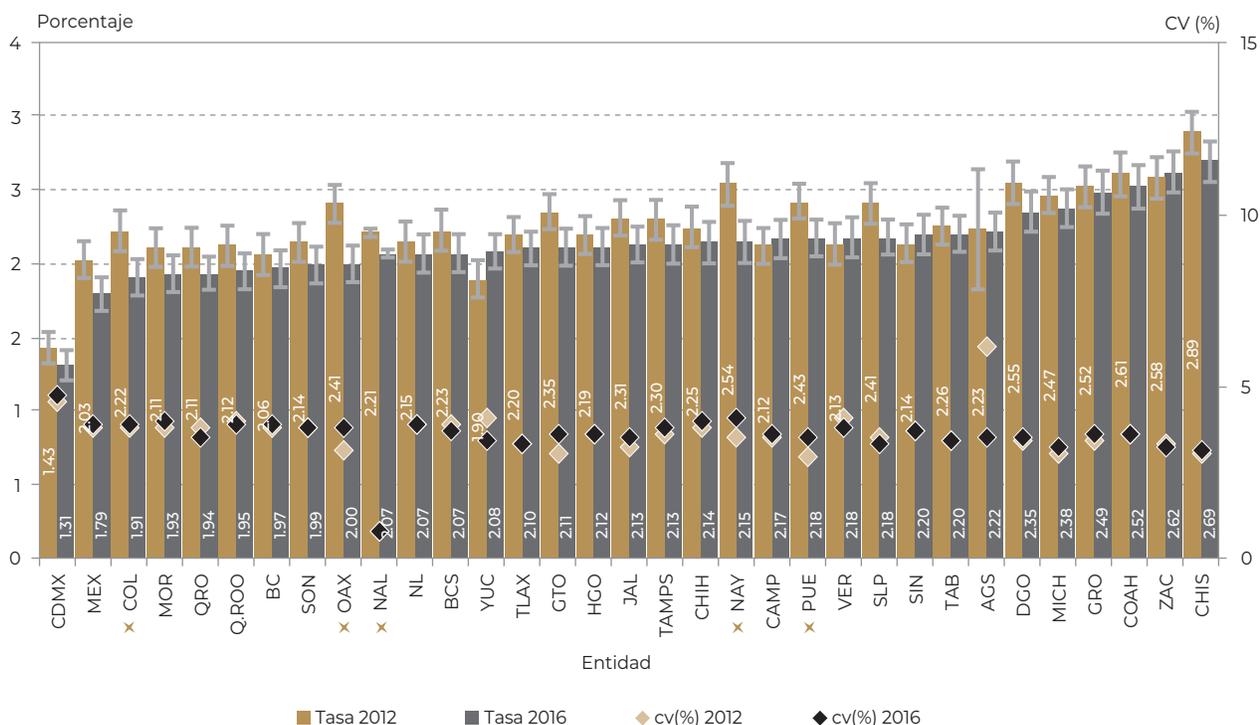
Por su parte, las TGF trienales estimadas para 2012 y 2016 con base en las encuestas de 2014 y 2018 a nivel nacional y para cada entidad federativa muestran buena precisión, pues se observan intervalos de confianza cortos y coeficientes de variación menores a 10.0 por ciento (véase gráfica 1.5). Sin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

Asimismo, al analizar los coeficientes de variación, no se observa una mejora significativa en la precisión de las estimaciones entre 2012 y 2016, ya que los valores de éstos se mantienen prácticamente en los mismos niveles a pesar del aumento

en la muestra realizado en la encuesta de 2018. Por lo anterior, es necesario tomar con precaución las estimaciones de la TGF derivadas de la ENADID a nivel nacional pero sobre todo para las entidades federativas, pues a pesar de que aparentemente muestran una precisión aceptable con base en los intervalos de confianza y coeficientes de variación, la coherencia de las estimaciones no pareciera ser congruentes, en términos demográficos.

Otro de los indicadores cruciales para el diseño de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva es la prevalencia anticonceptiva para mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA). En el cuadro 1.2 se presentan las precisiones estadísticas para este indicador a nivel nacional y por grupos quinquenales de edad. Al comparar los datos entre 2014 y 2018 se observa que, prácticamente no hubo cambios en la estimación de la prevalencia, ya que para 2014 el valor de este indicador era de 75.6 por ciento y en 2018 mantiene un valor de 75.5 por ciento y

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



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

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

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

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

sus precisiones estadísticas se conservan prácticamente sin cambios, con un límite inferior para 2018 de 75.0 por ciento y uno superior de 75.9, lo que representa una amplitud de solo 0.8 puntos porcentuales entre ambos límites, además de un coeficiente de variación de solo 0.3 por ciento, lo que implica un buen nivel de precisión en las estimaciones a nivel nacional.

En lo referente a las estimaciones por grupos quinquenales de edad para 2018, destaca que, en el grupo de las adolescentes, la prevalencia cuenta con una relativa menor precisión que en el resto de los grupos, ya que el rango del intervalo es de cuatro puntos porcentuales y el coeficiente de variación es también el mayor con respecto a los demás grupos de edad (2.0%). Por su parte, en el resto de los grupos de edad, tanto la amplitud de los intervalos de confianza, como los coeficientes de variación, señalan una mejor precisión. Se puede concluir que, en el conjunto de todos los grupos de edad se obtienen estimaciones con buena precisión a nivel nacional y no se observan cambios respecto a 2014.

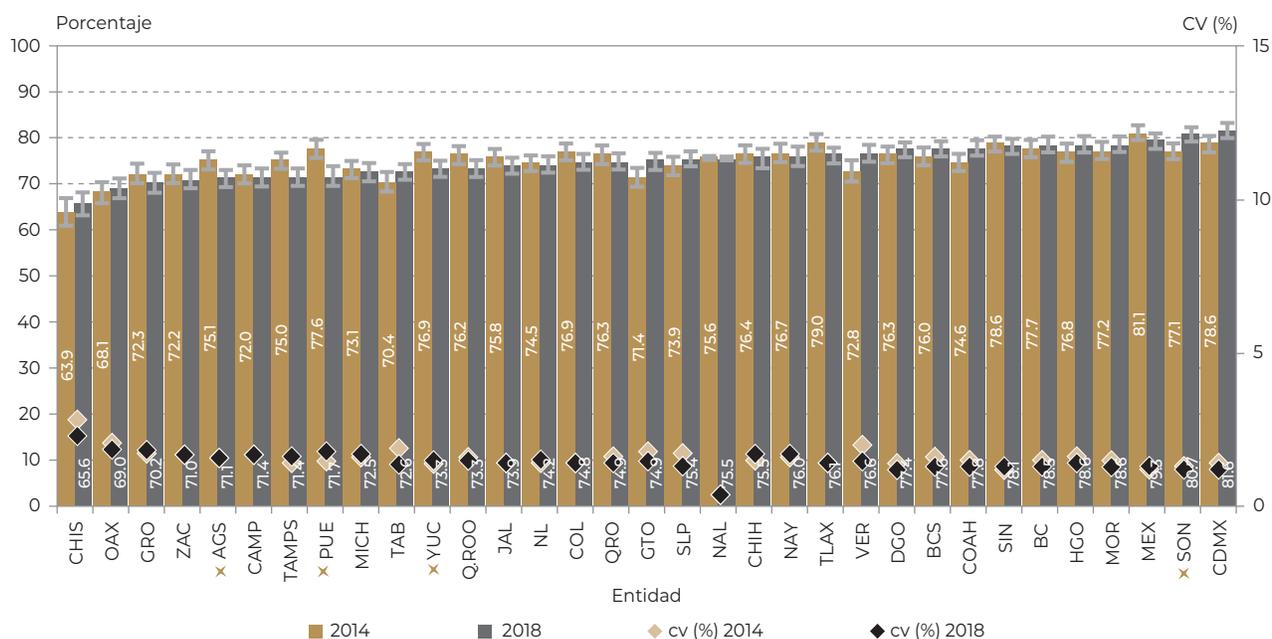
Debe resaltarse que en el caso de este indicador, se observa una relación positiva entre la prevalencia y la calidad de la estimación, es decir, en el grupo de adolescentes se presenta la menor prevalencia anticonceptiva, como resultado, la calidad del indicador también es menor con relación al resto de las edades, mientras que en aquellos grupos en los que las preva-

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

Finalmente, uno de los objetivos de este documento es proporcionar información que sea útil para focalizar las acciones en grupos específicos de la población con mayores rezagos en salud sexual y reproductiva, por lo cual se consideran necesarios para el diseño de toda política pública datos desagregados por entidad federativa y grupos de edad. En este sentido, la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas por entidad federativa a nivel estatal y por grupos quinquenales de edad es un indicador central para el diseño de políticas públicas para enfrentar las necesidades en este ámbito. No obstante, es importante analizar con qué precisión es posible obtener este indicador por entidad federativa y grupos de edad a partir de la ENADID 2018.

A nivel entidad federativa, se observa que las estimaciones sobre prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas son precisas (véase gráfica 1.6). En este punto también se observa una fuerte relación entre el nivel de cobertura anticonceptiva en las entidades y la precisión de las estimaciones. De este modo, las amplitudes de los intervalos varían, colocándose entre las más precisas aquéllas con las coberturas más altas como: Ciudad de México, Sonora, el Estado de México y Morelos, con los menores coeficientes de variación (de 1.2 a 1.3%)

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



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

y amplitudes cercanas a tres puntos porcentuales entre el límite inferior y el superior, mientras que entidades como Chiapas, donde se estimó la menor prevalencia, se ubica como la entidad con el intervalo mayor, con casi cinco puntos de amplitud, seguido por Oaxaca, Guerrero y Zacatecas donde también se observan coeficientes de variación de entre 2.3 a 1.7 por ciento. De lo anterior se concluye que, la prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas resulta un indicador confiable por entidad federativa.

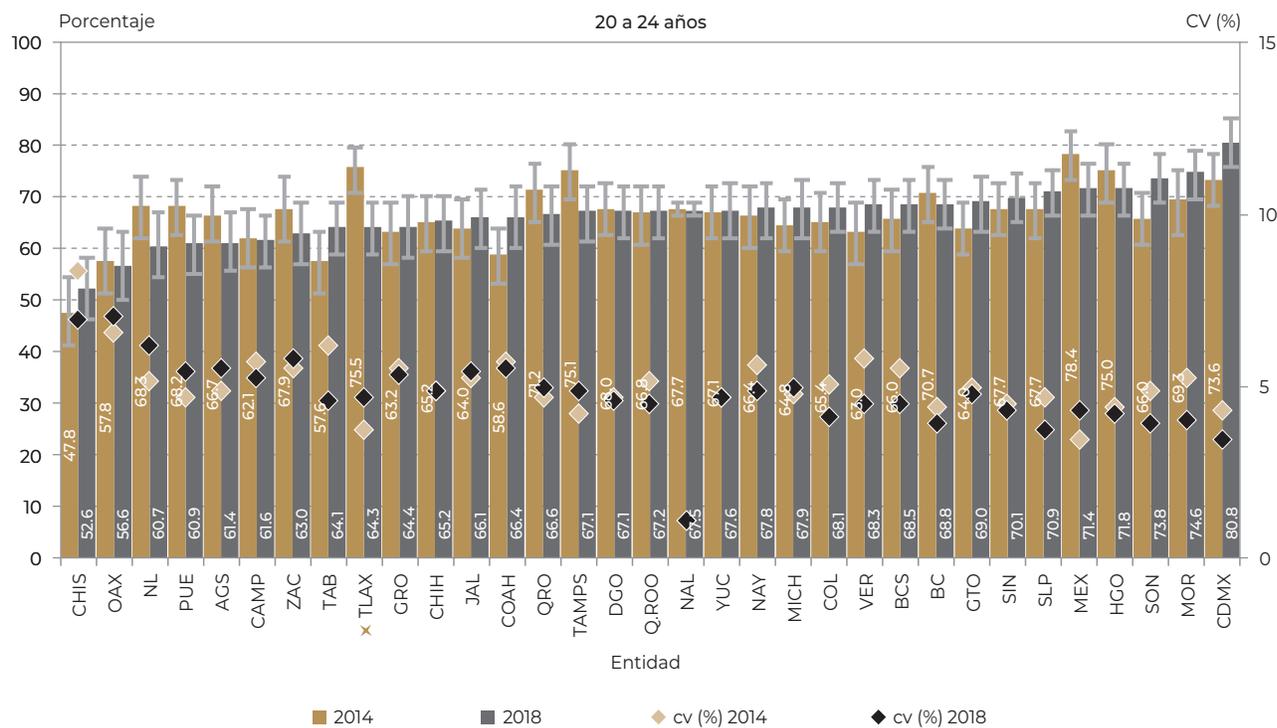
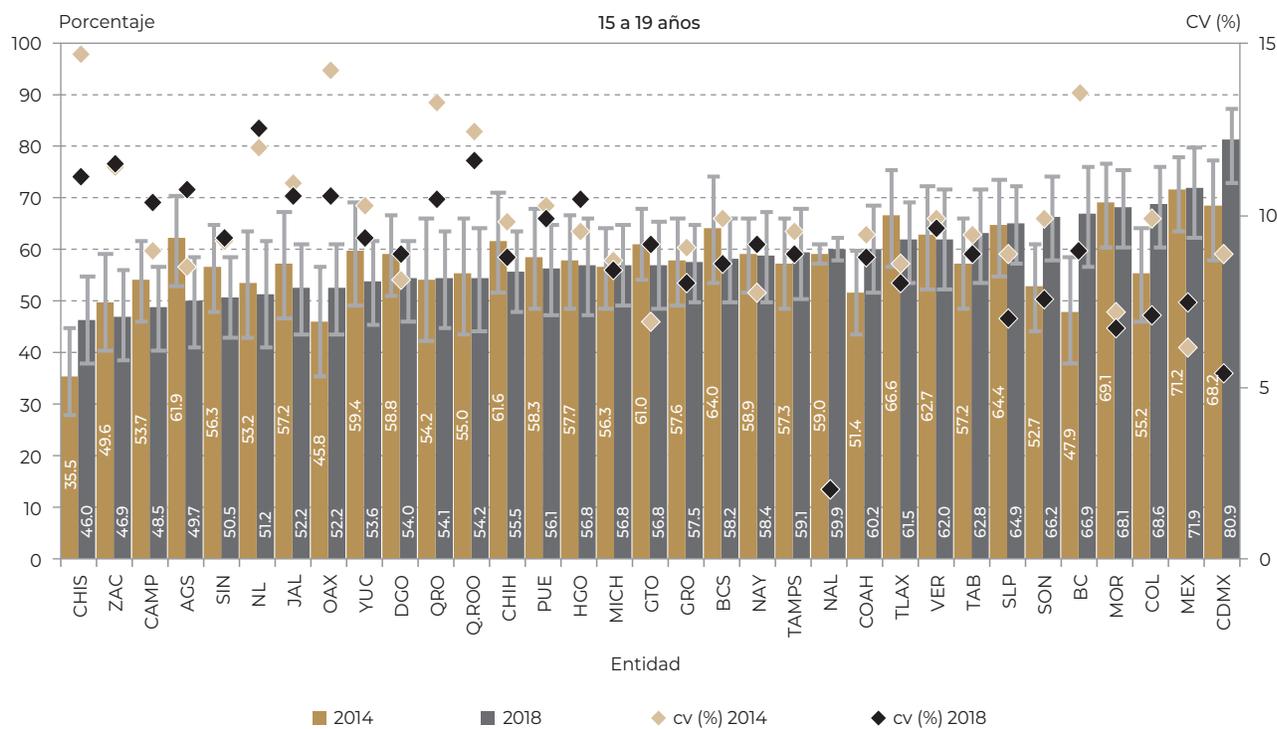
La gráfica 1.7 muestra la amplitud de los intervalos de confianza y los coeficientes de variación por grupos etarios, y se observa que, en las adolescentes, las estimaciones de la prevalencia son las que cuentan con menor precisión estadística comparada con la de los otros grupos de edad, al igual que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

entre 18.1 y 20.3 puntos. Por su parte, Nuevo León es la entidad con la menor precisión, en donde la longitud del intervalo de confianza es casi de 21 puntos. Lo mismo señalan los coeficientes de variación para estas entidades, ya que en la mayoría de ellas se encuentran arriba del 10.0 por ciento.

En los demás grupos de edad la precisión mejora, de forma que, en las mujeres de 20 a 24 años los intervalos de confianza de las estimaciones aún alcanzan rangos que van de 8.8 a 13.1 puntos entre el límite inferior y superior y los coeficientes de variación se encuentran alrededor de 7.0 por ciento, mientras que en el resto de los grupos, los rangos de los intervalos de confianza se mantienen cercanos a diez puntos y los coeficientes de variación menores a 10.0 por ciento en prácticamente todas las entidades, con lo cual se pueden obtener estimaciones que reflejan con mayor certeza la realidad de este indicador a este nivel de desglose, a diferencia de lo que sucede con las adolescentes.

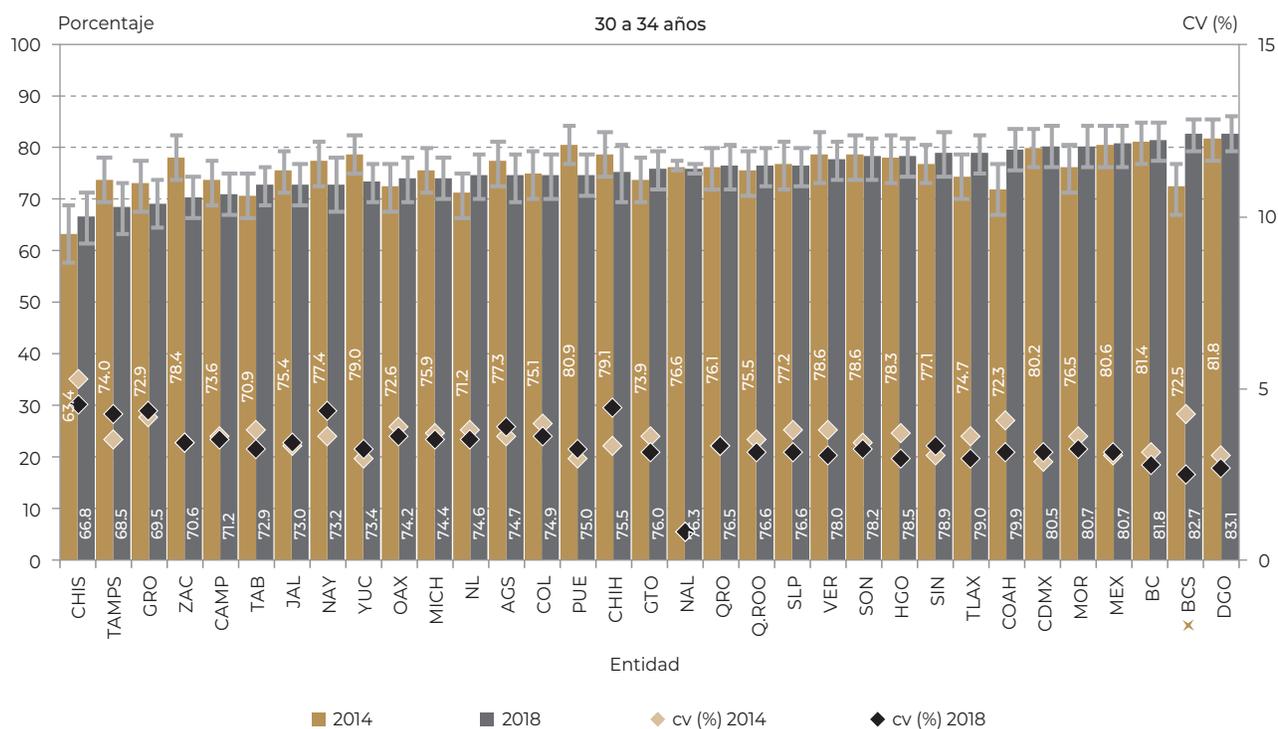
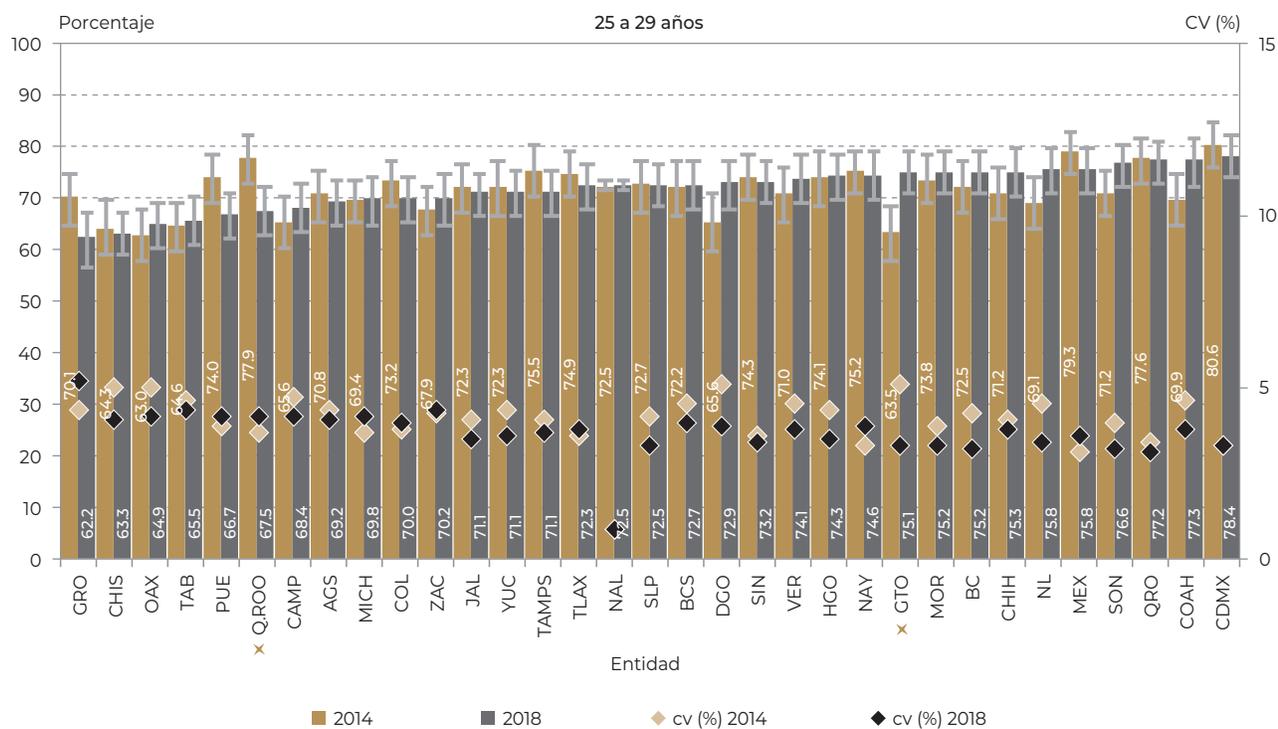
Lo anterior muestra que, deben considerarse con cierta precaución las estimaciones sobre prevalencia anticonceptiva desagregadas por

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



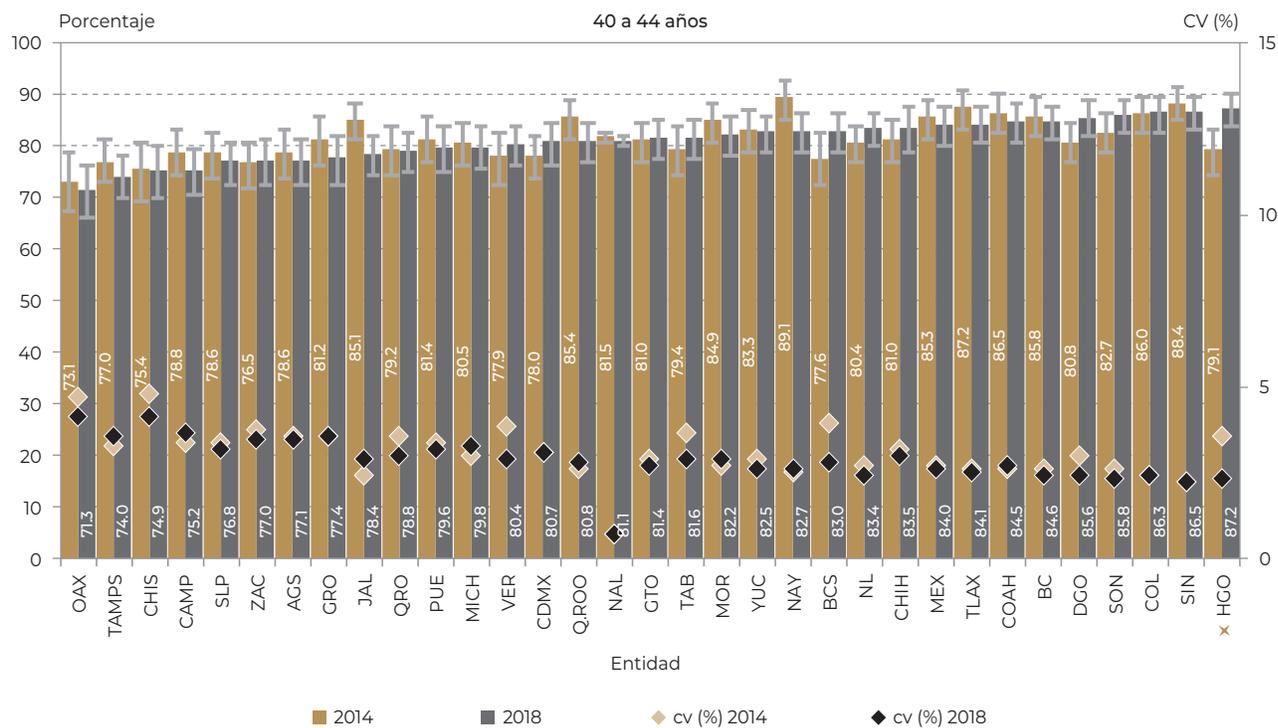
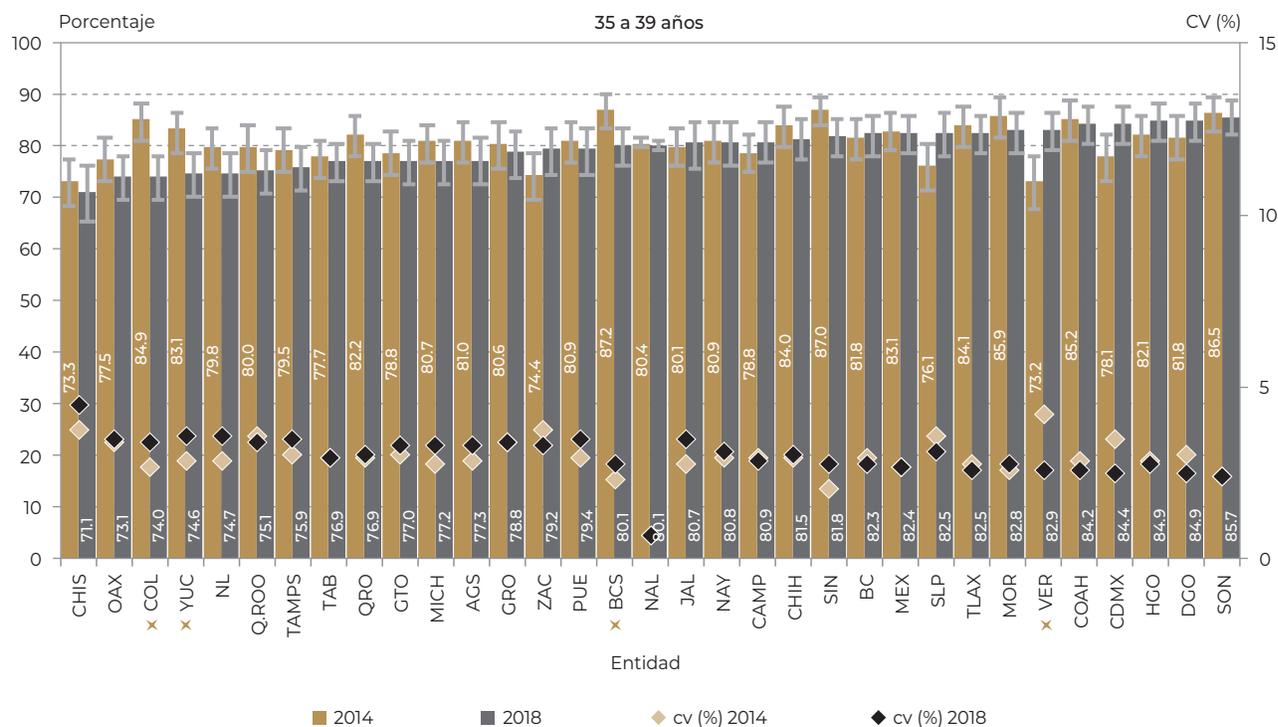
Continúa...

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



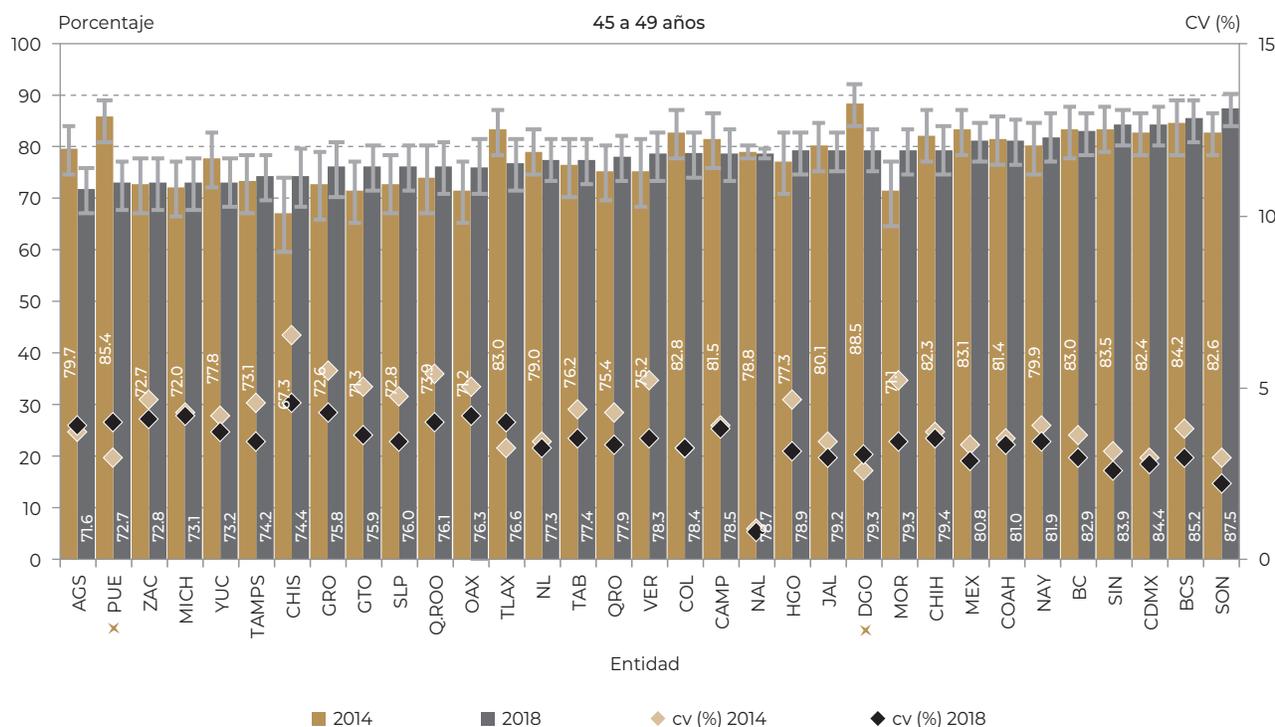
Continúa...

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



Continúa...

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



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

entidad federativa y, en particular, para adolescentes, debido a que, se observa una subrepresentación en la muestra. Esto puede deberse a que el tamaño de muestra establecido, a pesar de haber sido aumentada en 2018, sigue sin ser suficiente para representar completamente a este grupo poblacional en el que la prevalencia de métodos es aún muy baja a nivel nacional, y por ende, en las entidades federativas es más difícil lograr contar con suficientes casos muestrales que garanticen una estimación del todo precisa. Por lo que, las estimaciones que se proporcionan en esta publicación con las desagregaciones mencionadas, deben considerarse como una cifra de referencia más que como un valor puntual del indicador.

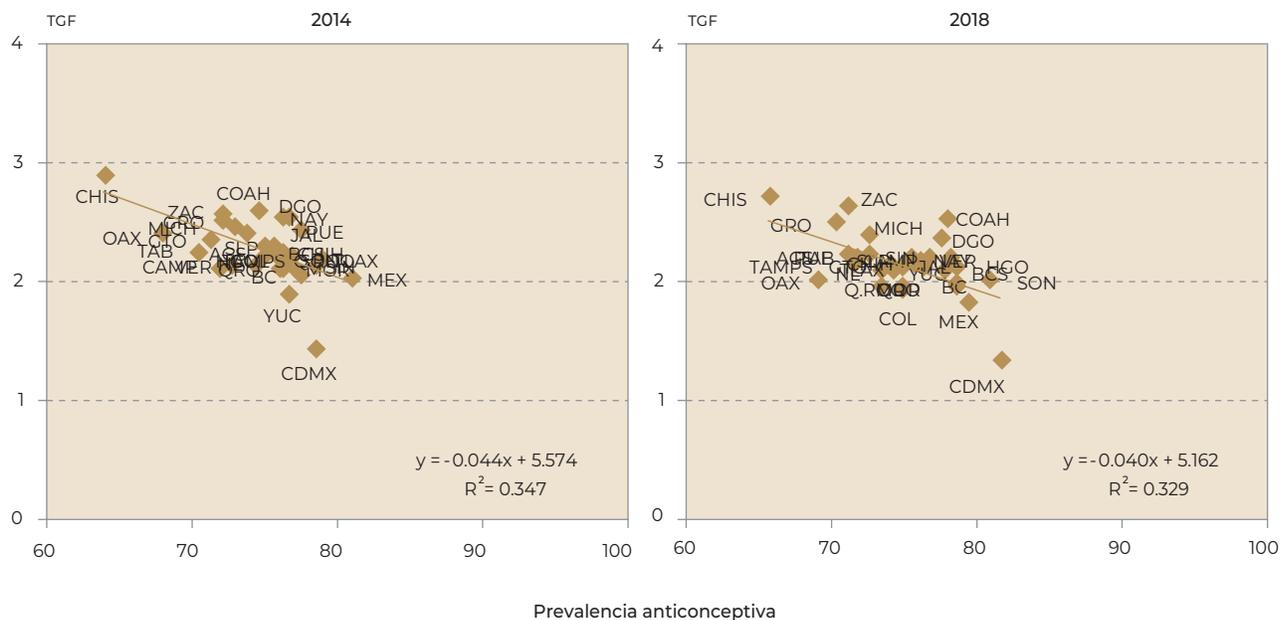
Otra forma de analizar la consistencia de la información es a través de un análisis de las correlaciones entre las principales variables de interés, como la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad en adolescentes con

sus respectivas prevalencias de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil sexualmente activas, que teóricamente deberían guardar una estrecha correlación. En la gráfica 1.8 y 1.9 se muestran dichas relaciones con datos de las entidades federativas para la enadid 2014 y 2018, respectivamente.

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

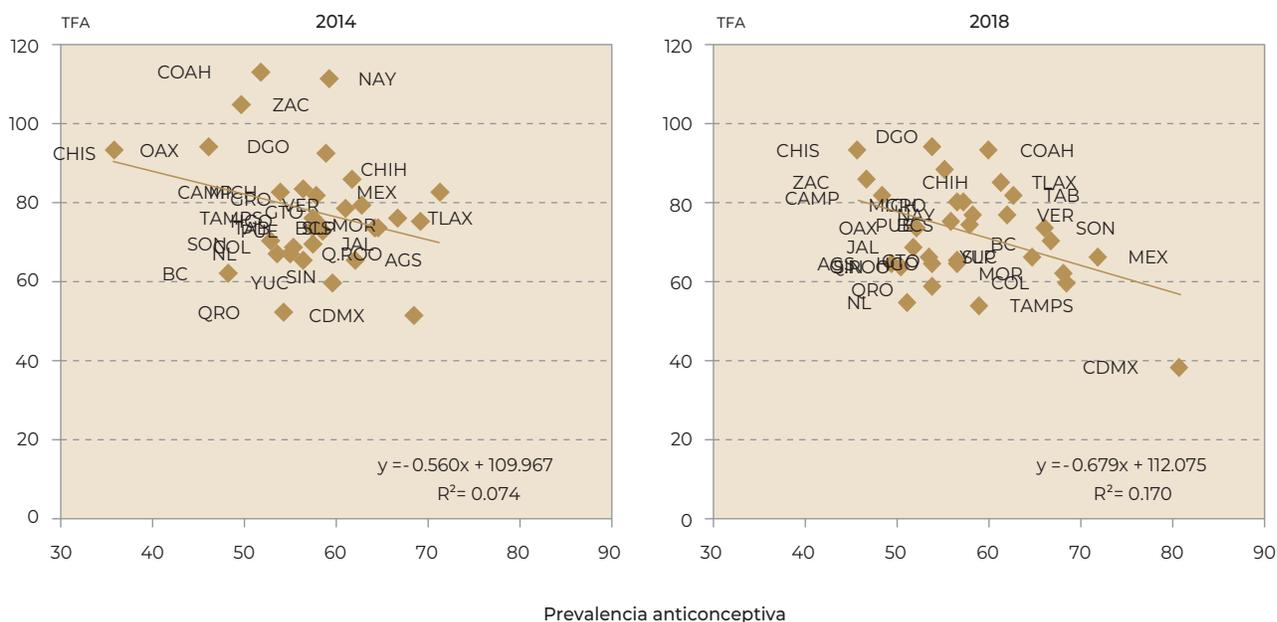
En lo que refiere a la tasa de fecundidad en adolescentes y la prevalencia de uso para mujeres en esta edad sexualmente activas, se

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



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

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



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

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

## Conclusiones

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

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

El levantamiento de la ENADID 2018 mantiene la comparabilidad con las anteriores ediciones en temas e indicadores. A pesar de ello, es

imprescindible tener en cuenta que existe una sobreestimación en los grupos de edad más envejecidos y una subestimación en la población de 0 a 4 años y en las mujeres de 20 a 34 años de edad, respecto a las proyecciones de la población y a la Encuesta Intercensal 2015.

Para el caso particular de la fecundidad, lo anterior puede provocar subestimación en las tasas, sobre todo porque los grupos identificados con esta limitación, son en los que se concentra el mayor número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) por cada mil mujeres en esas edades. Asimismo, y a pesar del aumento de la muestra, no es posible obtener estimaciones consistentes para las entidades federativas de las tasas de fecundidad específicas, ni en nivel ni en estructura, en particular de adolescentes, por lo que parece necesario explorar métodos de muestreo alternativos o bien considerar otras fuentes de información.

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

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

En suma, a lo anterior, es importante tratar con precaución las estimaciones desglosadas por entidad federativa y poner especial atención en el grupo de adolescentes sin perder de vista al resto de los grupos de edad a nivel entidad, y

particularmente en los estados expuestos en este capítulo con precisiones poco favorables.

La finalidad de este análisis no es debatir la importancia de la información que se deriva de la ENADID como herramienta en la planeación local, sino asegurar la precisión que esta información proporciona, siendo la única pretensión acotar los alcances de la ENADID e informar a las personas que lean este texto sobre los aspectos que deberían considerarse con cautela; esto con el objeto de potenciar los alcances de la misma y con el propósito de que los(as) usuarios(as) de este documento conozcan la precisión que tienen algunos de los indicadores obtenidos. De igual modo, se ha pretendido mostrar áreas de oportunidad para futuras encuestas, ya que contar con información precisa a nivel de entidad federativa para los distintos grupos de edad u otra característica social (educación, lugar de residencia, condición de habla indígena, etc.), otorgaría los elementos necesarios para facilitar la planeación y focalización de políticas públicas en grupos prioritarios (CONAPO, 2016).

## Bibliografía

- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2005). *La fecundidad en México: niveles y tendencias recientes*, Serie de documentos técnicos, México, CONAPO, 2005. [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La\\_fecundidad\\_en\\_Mexico](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_fecundidad_en_Mexico)
- (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana, México, 2016. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana?idiom=es>
- Cochran, W. (1984). *Sampling Techniques*, John Wiley & Sons. Inc. Nueva York. [https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/artigos/COCHRAN%2C%20W.%20Sampling%20techniques\\_compressed.pdf](https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/artigos/COCHRAN%2C%20W.%20Sampling%20techniques_compressed.pdf)
- Hernández, M. F., Tapia, G., Alarcón, X. y Muradás, M. (2015). "Aproximaciones al nivel de la fecundidad en México 1990-2014" en La Situación Demográfica de México, 2015. CONAPO. [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones\\_al\\_nivel\\_de\\_la\\_fecundidad\\_en\\_Mexico\\_1990-2014](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones_al_nivel_de_la_fecundidad_en_Mexico_1990-2014)
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2015a). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Informe operativo, INEGI, 2015.
- (2015b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID. Síntesis Metodológica, INEGI, 2015.
- (2017). Una aproximación metodológica al uso de datos de encuestas en hogares en Edición: Vol.8, Núm.2 por Julio César Martínez Sánchez. <https://rde.inegi.org.mx/index.php/2017/05/01/una-aproximacion-metodologica-al-uso-de-datos-de-encuestas-en-hogares/>
- (2019a). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, ENADID. Diseño Muestral, INEGI, 2019.
- (2019b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, ENADID. Informe operativo y de procesamiento, INEGI, 2019.
- Juárez, F. (2008). Un repaso crítico de la información de las encuestas, en Figueroa, B., (coord.), *El Dato en cuestión. Un análisis de las cifras sociodemográficas*, el Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, México, CDMX.
- Kish, L. (1987). *Statistical design for research*, Wiley, Hoboken, New Jersey, pp. 30.
- Pagano, M. y Fitzmaurice, G. (1999). "Confidence Intervals", en *Nutrition*, vol. 15, núm. 6, 1999, pp. 515-516, Elsevier Science, USA.
- UN-CEPAL [Naciones Unidas- Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2014). Los datos demográficos: alcances, limitaciones y métodos de evaluación, Serie Manuales CEPAL, núm.82, Santiago de Chile, octubre de 2014. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37145-datos-demograficos-alcances-limitaciones-metodos-evaluacion>
- U.S. Census Bureau (2017). Investigating the 2010 Undercount of Young Children – A Comparison of Demographic, Housing, and Household Characteristics of Children by Age. 2020 Census Program Memorandum Series. <https://www.census.gov/programs-surveys/decennial-census/2020->

[census/planning-management/  
final-analysis/2020-report-2010-under-  
count-children-characterisitcs-by-age.html](#)

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

# 2

**E**l ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos guarda una estrecha relación con la dinámica demográfica de la población, ya que, se centra en opciones autónomas e individuales de las personas con las que, se garantiza el libre acceso a la información para comprender y disfrutar de la sexualidad, así como al uso de métodos anticonceptivos, permitiendo de esta forma regular los niveles de la fecundidad (CONAPO, 2011). El impacto de esta interrelación, se visibiliza en la medida en que el volumen, composición y ritmo de crecimiento de la población se traducen en demandas de servicios, incluidas las de salud sexual y reproductiva, además de que esta población es resultado de las pautas marcadas por los programas de planificación familiar que se implementaron en el pasado (CONAPO, 2016).

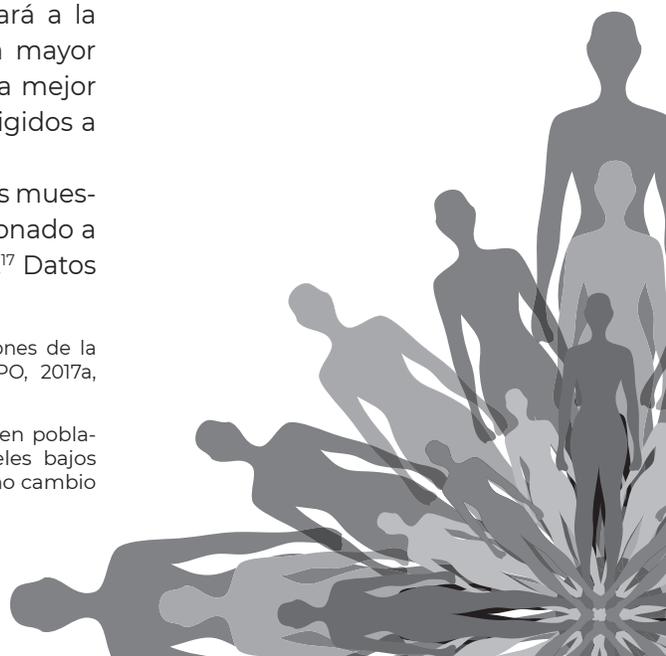
### 2.1. Identificación de necesidades de acuerdo al volumen y grupos de edad de mujeres y hombres en edad fértil

Para llevar a cabo la planeación para la atención de las demandas de salud sexual y reproductiva, es necesario contar con información base sobre el volumen y estructura por edad y sexo de la población, esta información se retomará de la Conciliación Demográfica 1950-2015 y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2030, ambos ejercicios realizados por el CONAPO,<sup>16</sup> a partir de estas fuentes oficiales de información, se ubicará a la población en edad fértil, con la finalidad de que se tenga mayor conocimiento de las necesidades de atención y permita una mejor formulación e instrumentación de acciones y programas dirigidos a la atención de la salud sexual y reproductiva.

La actual situación de la dinámica demográfica en el país muestra el descenso inminente de la fecundidad, lo que ha posicionado a México en una etapa avanzada de la transición demográfica.<sup>17</sup> Datos

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

<sup>17</sup> 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



de la Conciliación Demográfica de México 1950-2015 indican que, en 1990 la tasa global de fecundidad era de 3.45 hijos(as) en promedio por mujer durante toda su vida reproductiva, con datos de las Proyecciones de Población de México y Entidades Federativas 2016-2015, para 2019 se puede apreciar que este indicador se encuentra por debajo del nivel de reemplazo generacional (2.11 hijos(as) por mujer) con 2.08 hijos(as) en promedio y se prevé que en 2030 baje a 1.88 hijos(as); mientras que la tasa de mortalidad infantil ha disminuido, de 34.9 defunciones de menores de un año por cada mil nacimientos en 1990, a 13.1 defunciones en 2019, y se espera que para 2030 continúe bajando a 9.4 decesos. Estos resultados se reflejan en el aumento en la esperanza de vida de las personas al nacer, la cual, ha aumentado de 70.9 años en 1990 a 75.1 años en 2013, y se estima que en 2030 las personas vivan 76.7 años en promedio, lo que implica que en el futuro exista un alto porcentaje de personas adultas mayores (población de 60 años y más), como se puede apreciar en la gráfica 2.1.

Asimismo, en las pirámides de población se muestran los cambios en la estructura por edad, y de manera específica, se observa que, en 1990, las personas menores de 15 años que representaban 39.4 por ciento de la población, se reducen en 2019 a 26.1 por ciento y se espera que en 2030 todavía descienda a 22.5 por ciento. En el caso de adolescentes y jóvenes, es decir, entre 15 y 29 años, también ha disminuido su presencia relativa entre 1990 y 2019, pasando de 29.2 a 25.7 por ciento, y se estima disminuya a 23.4 por ciento en 2030. En contraste, entre la población adulta el comportamiento ha sido distinto, por ejemplo, entre las personas de 30 a 44 años, los porcentajes aumentaron de 16.4 en 1990 a 21.3 en 2019 y para 2030 será de 21.9; lo mismo ocurre con las personas de 45 a 59 años, que pasaron de 8.9 por ciento en 1990 a 15.9 en 2019 y a 17.4 para 2030.

Esta tendencia a la alza de la población adulta, también la presentan las personas adultas mayores (60 años y más), quiénes han crecido

de manera importante en los últimos 29 años, ya que, han pasado de 6.1 por ciento en 1990 a 11.0 por ciento en 2019 y se espera que para 2030 representen 14.8 por ciento de la población total. Estos datos nos muestran claramente el efecto del descenso de la fecundidad, aunado al incremento en la esperanza de vida de la población, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que ahora experimenta el país.

Durante mucho tiempo la implementación de los Programas de Planificación Familiar se centraron prioritariamente en atender las necesidades de las mujeres en edad fértil unidas<sup>18</sup> por considerarse el grupo de población directamente expuesto al riesgo de embarazo (CONAPO, 2016). Sin embargo, de acuerdo al artículo 4º Constitucional, se establece que cada pareja y cada persona tiene la libertad a decidir libre y responsablemente si tener o no hijos(as), así como determinar su número y espaciamiento, en ese marco de derechos y en el de igualdad de género, es menester detectarse y atenderse las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres sin importar su situación conyugal (CONAPO, 2016). Asimismo, diversos enfoques establecen que todas las personas requieren de información y servicios sobre salud sexual y reproductiva durante todo el curso de vida (Starrs *et al.*, 2018). En ese sentido, la atención de los hombres se debe centrar al igual que en las mujeres, en la posibilidad de contar con información y servicios para tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades y superar necesidades sobre el tema (Guevara, 2003).

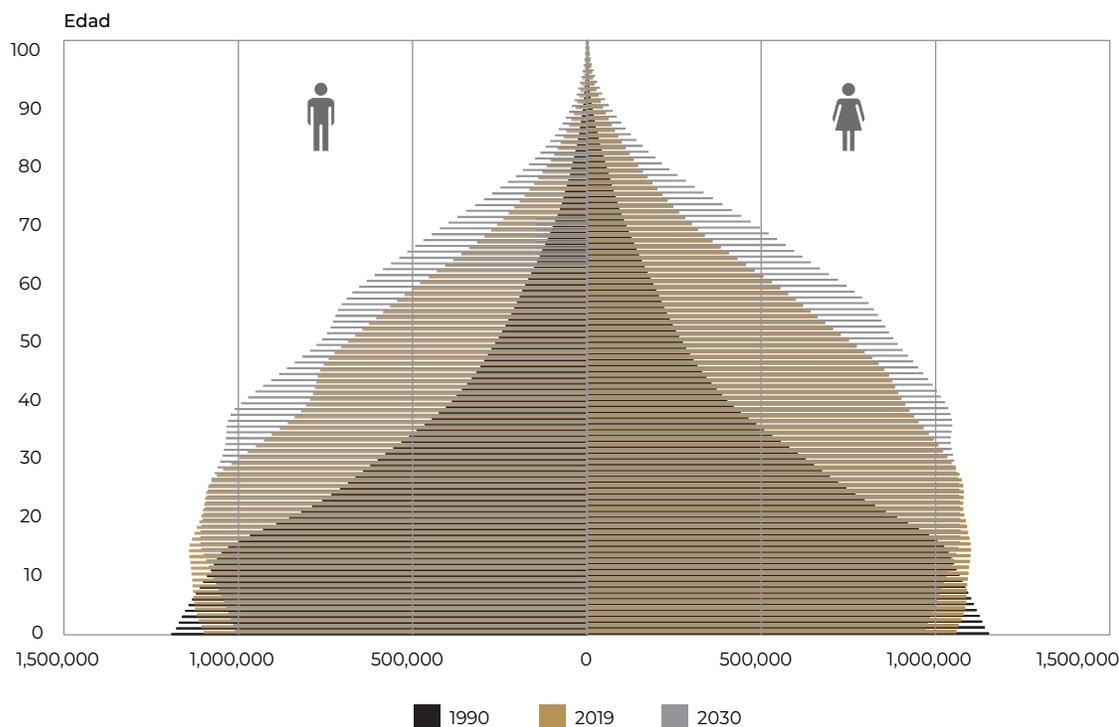
Debido a que las necesidades de la población en cuanto a salud sexual y reproductiva están concentradas entre las mujeres y hombres en edad fértil, se considerará a las mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años, y a los hombres en edad fértil (HEF) cuando tienen entre 15 y 59 años (Starrs *et al.*,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

Entonces, conocer el volumen de mujeres y hombres en edad fértil, permite hacer una mejor planeación de los servicios y de la atención que

en la estructura por edad, pasando de una composición en la que prevalece la población joven, a otra en la que se hace presente cada vez con mayor énfasis la población de adultos mayores.

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

**Gráfica 2.1.** República Mexicana. Pirámides de población 1990, 2019 y 2030



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

requieren en torno al ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva, como son el acceso a servicios de orientación, a información y planificación familiar y anticoncepción, de atención materna infantil, de orientación para que las personas que así lo requieran puedan elegir y lograr la identidad sexual deseada, para atender padecimientos y desordenes sexuales, cánceres asociados al aparato reproductivo, infertilidad, padecimientos asociados a la andropausia y menopausia, prevención, detección y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), entre otros. Además, esto permitirá prever demandas educativas y de empleos considerando las expectativas reproductivas; y el reforzamiento o generación de política públicas que contribuyan a la adecuada oferta de una gama de servicios sociales y económicos, de tal forma que puedan elegir diferentes opciones de vida.

De manera puntual se observa que, en 1990 eran 21.1 millones de MEF, las cuales, representaban

al 49.5 por ciento de la población femenina total y presentaban un ritmo de crecimiento anual de 2.8 por cada cien mujeres. Veinte años después, en 2010 el volumen de mujeres en este grupo de edad se incrementaba a una tasa de 1.4 por cada cien mujeres y había alcanzado los 31.3 millones, con un peso relativo de 53.9 por ciento; para 2019 el ritmo de crecimiento es de 0.7 mujeres por cada cien, y se llega a 34.3 millones; sin embargo, el peso relativo comienza a disminuir ligeramente, ya que representan 53.1 por ciento y aunque, se espera que aumenten en volumen a 35.9 millones en 2030 dado que la tasa de crecimiento será de 0.2 por cada cien, el peso relativo descenderá a 50.9 por ciento. Cabe destacar que, pese a que la tasa de crecimiento va disminuyendo, seguirá siendo un volumen importante de mujeres en edad fértil a las que habrá de brindárseles atención (véase gráfica 2.2).

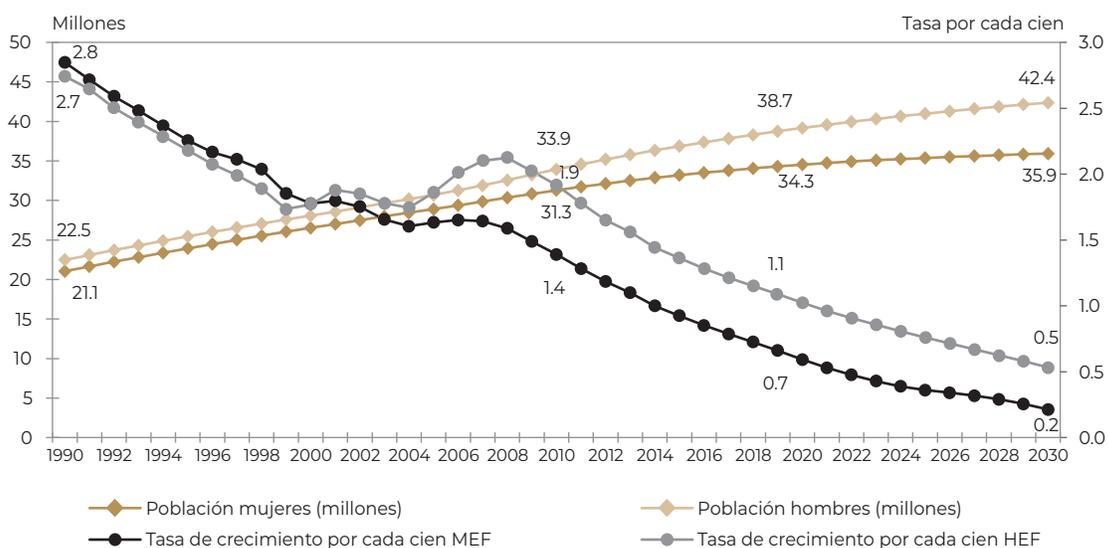
En el caso de los HEF, es decir, aquéllos que se encuentran entre 15 y 59 años de edad, se observa que, por abarcar un rango de edad más

amplio, su volumen es mayor respecto a las MEF (15 a 49 años). En 1990 la tasa de crecimiento anual de los HEF era de 2.7 por cada cien, con un volumen de 22.5 millones que representaban poco más de la mitad del total de hombres (54.0%), veinte años después la tasa disminuye a 1.9 por cada cien, y se alcanzan 33.9 millones de HEF con una presencia relativa de 61.0 por ciento. Actualmente, aunque la tasa ha disminuido a 1.1 hombres por cada cien, se cuenta con 38.7 millones y son casi dos terceras partes de la población masculina (62.5%), y para 2030 se espera que la tasa disminuya a 0.5 por cada cien, por lo que, todavía crecerá el monto de hombres a 42.4 millones, representando 61.1 por ciento del total de ellos.

Además del volumen, también es muy importante conocer la estructura por edad de las MEF y de los HEF, ya que las prácticas sexuales y reproductivas, así como las acciones de prevención, como el uso de métodos anticonceptivos

y de atención a la salud relacionados a éstas, varían de una edad a otra y, requieren de una atención diferenciada (CONAPO, 2016). En 2019 en la República Mexicana, las mujeres adolescentes (15 a 19 años) tienen una presencia relativa de 15.9 por ciento del total de MEF y un volumen de 5.4 millones, y aunque se espera que en 2030 este grupo disminuya su proporción a 14.9 por ciento y en monto casi se mantenga en 5.3 millones, este grupo de adolescentes se ubicará en un nivel de volumen similar a las mujeres entre 20 a 24 y 25 a 29 años (véase gráfica 2.3). El grupo de hombres adolescentes, también representan en 2019 el mayor porcentaje (14.5%) de HEF respecto al resto en los demás grupos de edad, con un monto de población de 5.6 millones. Para 2030, se espera que el porcentaje disminuya a 13.0 y el monto a 5.5 millones, manteniéndose también en número igual al de hombres en el grupo de 20 a 24 años.

**Gráfica 2.2.** República Mexicana. Volumen y tasa de crecimiento anual de las mujeres y hombres en edad fértil\*, 1990-2030



Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil, 1990-2030

En edad fértil	1990	2010	2019	2030
Mujeres	49.5	53.9	53.1	50.9
Hombres	54.0	61.0	62.5	61.1

\*Mujeres en edad fértil (MEF) son aquellas que tienen entre 15 y 49 años y Hombres en edad fértil (HEF) son aquellos que tienen entre 15 y 59 años.

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

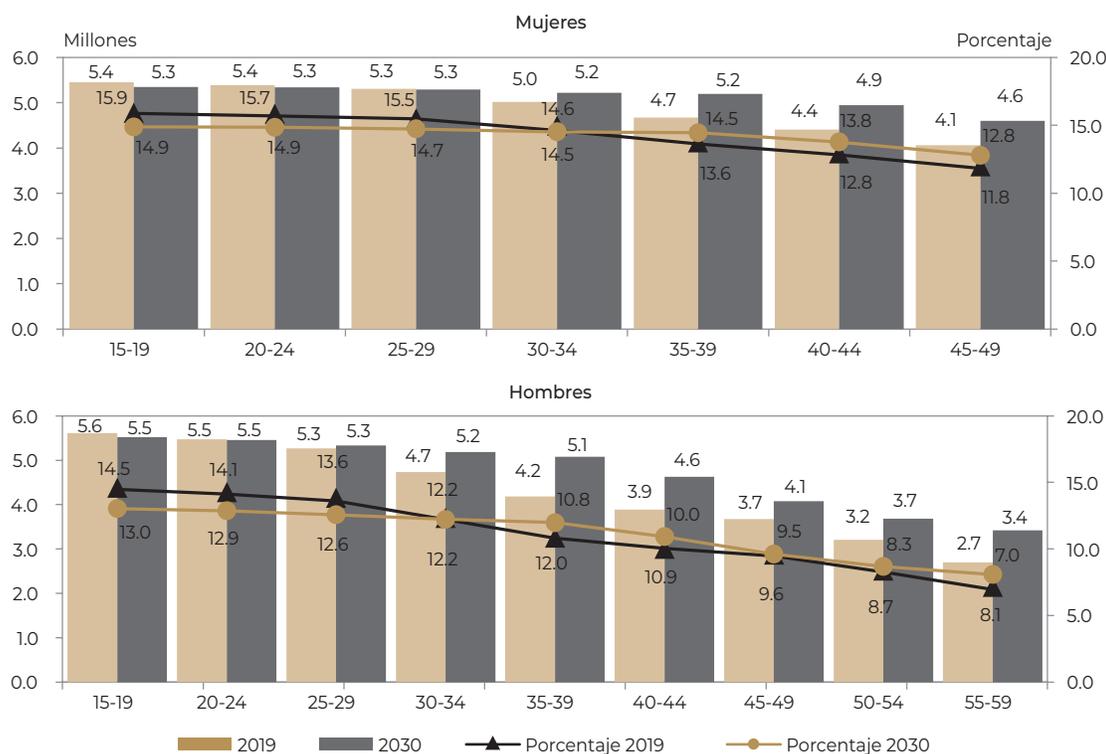
A su vez, las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años, en 2019 son cerca de 5.4 y 5.3 millones, y representan 15.7 y 15.5 por ciento, del total de MEF, respectivamente. Para 2030, se espera que el volumen de cada grupo sea de alrededor de 5.3 millones, con un peso relativo menor de 14.9 y 14.7 por ciento. En el caso de los hombres en 2019 el monto de población es muy similar al que presentan las mujeres (5.5 y 5.3 millones), aunque con una representación menor, de 14.1 y 13.6 por ciento, respectivamente, y además para 2030 no se esperan cambios, ya que los montos se mantienen en 5.5 y 5.3 millones, pero el porcentaje baja a 12.9 y 12.6 por ciento, respectivamente.

Asimismo, en el grupo de mujeres de 30 a 34 y de 35 a 39 años se observa que, en 2019 el número de mujeres es de 5.0 y 4.7 millones, representando 14.5 y 13.6 por ciento, respectivamente; para 2030 se espera que su volumen en cada grupo aumente a 5.2 millones con una

presencia relativa de 14.5 por ciento. En tanto que, en los hombres en estos mismos grupos de edad en 2019, presentan un volumen menor, de 4.7 y 4.2 millones que representan 12.2 y 10.8 por ciento respecto al total de hombres en edad fértil. Para 2030 también se prevé que aumentará su volumen (5.2 y 5.1 millones) similar a lo que presentan las mujeres pero el peso relativo será menor, de 12.0 y 10.8 por ciento, respectivamente.

En los últimos grupos de edad fértil de las mujeres, es decir, de 40 a 44 y de 45 a 49, en 2019 el número de mujeres es de 4.4 y 4.1 millones y su peso relativo es de 12.8 y 11.8 por ciento. Para 2030 se espera se incrementen a 4.9 y 4.6 millones, con una representación de 13.8 y 12.8 por ciento. En el caso de los hombres de 40 a 44 y de 45 a 49 años, en 2019 el número es menor a lo que presentan las mujeres, de 3.9 y 3.7 millones, con porcentajes de 10.0 y 9.5 por ciento y aunque se prevé que para 2030 aumente a 4.6 y 4.1 millones, su volumen

**Gráfica 2.3.** República Mexicana. Número y distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil por grupos quinquenales de edad, 2019 y 2030



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

continuará siendo menor respecto a las mujeres y su presencia relativa será de 10.9 y 9.6 por ciento. Finalmente, en los grupos de hombres de 50 a 54 y 55 a 59 años, en 2019, se cuenta con 3.2 y 2.7 millones de hombres que representan 8.3 y 7.0 por ciento del total de HEF. Para 2030 también aumentarán a 3.7 y a 3.4 millones con un porcentaje de 8.7 y 8.1, respectivamente.

Como puede observarse, la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva continuará, dada por los adolescentes, por su volumen y porque en esta etapa de la vida, en general, las personas inician su vida sexual. Por ello, la prevención del embarazo y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) es fundamental. En ese sentido, la continuación de la ENAPEA,<sup>19</sup> es importante, debido a que, se diseñó con la finalidad de realizar acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales, a fin de promover el ejercicio de los derechos humanos, en específico de los derechos sexuales y reproductivos, con el fin último de mejorar de esta forma las oportunidades futuras para las y los adolescentes.

La ENAPEA busca, entre otras cuestiones, lograr la permanencia de las y los adolescentes en la escuela a través de la focalización de acciones considerando circunstancias económicas adversas para este grupo de población y por medio de oportunidades laborales que les permitan insertarse a un empleo sin abandonar sus estudios. Asimismo, es necesario reforzar y ampliar la cobertura de los Servicios Amigables para Adolescentes sobre todo en las localidades rurales, con la instrumentación del paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva, para que tengan mayor incidencia en la atención y brinden una mejor orientación sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva. En este marco, la estrategia tiene como eje transversal la perspectiva de género, por lo que, se impulsa la corresponsabilidad de los hombres adolescentes (15 a 19 años) en el ejercicio de la sexualidad, involucrándolos en acciones

de prevención y para incentivar su participación activa y responsable sobre cuidados y atención de su descendencia.

De igual forma, impulsa la aplicación de la normatividad jurídica para que las y los adolescentes puedan acceder a información y a los métodos anticonceptivos evitando las barreras institucionales, que también les permita evitar embarazos no planeados o no deseados y prevenir la adquisición de ITS, incluido el VIH; además de fortalecer acciones para detectar y prevenir la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, para lo cual, es indispensable que reciban Educación Integral en Sexualidad (EIS). En relación con este tema, en 2019, se consideró en la Ley General de Educación la obligatoriedad de incluir en los contenidos y planes de estudio que imparta el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios, de acuerdo al tipo y nivel educativo, la Educación Sexual Integral y Reproductiva, la cual tiene efecto en el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y la prevención de las infecciones de transmisión sexual.<sup>20</sup>

Ahora bien, las mujeres de los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años, destacan porque son quienes más contribuyen a la fecundidad y, aunque hay un ligero descenso en su volumen todavía tendrán una representatividad alta respecto al total de mujeres en edad fértil, por lo que, la atención a la salud materno infantil es predominante, pero además se les deberá garantizar el acceso a métodos anticonceptivos en todo momento, de manera específica, post evento obstétrico para que puedan hacer una mejor planeación del número de hijos(as) y el espaciamiento entre ellos. Por otra parte, los cambios sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad han empoderado a las mujeres en el ejercicio de este derecho, por lo que, la atención a mujeres sexualmente activas es indispensable para evitar embarazos no planeados o no deseados o en su caso de ITS.

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

<sup>20</sup> Diario oficial de la Federación (DOF) decreto por el que se expide la Ley General de Educación y se abroga la Ley General de la Infraestructura Física Educativa, 30/09/2019.

Por otra parte, también se observa que entre los hombres de estos mismos grupos de edad (20 a 24 y 25 a 29 años) entre 2019 y 2030 serán los más numerosos respecto al total de HEF, por lo que, se deberá trabajar en acciones para el logro de la igualdad de género, incentivando la atención de su salud sexual y reproductiva, mediante el acceso a la orientación, información y a métodos anticonceptivos, ya que tienen el derecho a participar en las decisiones que estén relacionadas al tamaño de la familia y de la responsabilidad conjunta tanto en la prevención como de atención a su descendencia (Starrs *et al.*, 2018).

Entre tanto, las mujeres de los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39 años, la mayoría de ellas a estas edades, alcanzan sus ideales reproductivos, por lo que la demanda empieza a centrarse en la solicitud de métodos anticonceptivos definitivos como la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y de larga duración como el Dispositivo Intrauterino (DIU) y entre los hombres se visibiliza un ligero aumento del uso de la vasectomía<sup>21</sup> (CONAPO, 2016). Cabe destacar que, ejercer una sexualidad no protegida hace a las personas susceptibles de adquirir alguna ITS a cualquier edad, por lo que es importante brindarles también, la información y acceso al uso del condón, además del método anticonceptivo definitivo o de larga duración que se encuentren usando, ya que las ITS pueden provocar cánceres tanto en hombres como en mujeres o daños a la salud de las personas recién nacidas (Starrs *et al.*, 2018).

Finalmente, en los últimos grupos de edad de la vida fértil, se observa que comienza la aparición de cambios fisiológicos como la menopausia<sup>22</sup> y la andropausia,<sup>23</sup> además de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otros padecimientos crónico-degenerativos que comienzan a afectar la función sexual y reproductiva de las

personas (Tokunaga, 2011). En el caso de hombres y mujeres de entre 40 y 44, y de 45 a 49 se observa una tendencia al aumento, por lo que, se deberá prever el incremento de la atención por afecciones asociadas a cambios físicos o de la sexualidad como el cáncer cérvico uterino y de mama en mujeres y de próstata en hombres. Lo mismo ocurre en los últimos grupos de edad fértil de hombres (50 a 54 y 55 a 59 años), los cuales también comenzarán a incrementarse con el paso del tiempo, hasta ser un millón más de hombres demandando revisiones médicas debido a que se pueden desarrollar o intensificar dicho padecimiento.

Como puede apreciarse, cada una de las etapas de la vida fértil de mujeres y hombres requiere de atención y cuidados para lograr que se cumplan sus expectativas en el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción. Sin embargo, existen otros aspectos asociados que no necesariamente están determinados por la edad, es decir, se pueden detectar en inicios, durante o casi al final de la vida reproductiva, como la infertilidad, la cual puede ocurrir en mujeres o en hombres; enfermedades relacionadas al embarazo como la depresión posparto,<sup>24</sup> la preeclampsia y eclampsia.<sup>25</sup>

En este sentido es recomendable, la detección temprana de enfermedades concomitantes al proceso de envejecimiento, lo que evitará o limitará algunos daños a la salud y de la salud sexual y reproductiva, y que, la demanda de atención tenga costos más elevados y periodos de

<sup>21</sup> En 2014, entre las mujeres en edad fértil sexualmente activas la prevalencia por vasectomía era de 2.4%; en el grupo de 35 a 39 años aumenta a 4.3%.

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

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

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

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

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

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

## 2.2. Identificación geográfica de mujeres y hombres en edad fértil

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

En 2019, en todas las entidades federativas más de la mitad de la población de mujeres y hombres se encuentran en edad fértil, pero las entidades federativas que se identifican con los más altos porcentajes de MEF son: Quintana Roo (57.6%), Querétaro (55.4%), Baja California (54.9%) y Baja California Sur (54.6%); en el caso de HEF, se mantienen algunos estados, pero con porcentajes distintos, Quintana Roo (66.5%), Ciudad de México (66.4%), Baja California Sur (65.4%) y Baja California (65.4%). Cabe destacar que estas entidades se caracterizan por ser las que en mayor medida reciben población migrante, excepto la Ciudad de México que pierde población<sup>26</sup> (véase mapa 2.1).

<sup>26</sup> De acuerdo a las últimas Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050, la tasa de neta de migración interestatal (Inmigrantes menos Emigrantes entre total de la población por cada cien) en 2019, los estados que reciben más población de la que se va, son Quintana Roo (90.6 personas de cada cien) seguida por Querétaro (81.5 de cada cien), Baja California Sur

En ese sentido, las mujeres migrantes con frecuencia se enfrentan a dificultades para acceder a la atención materna, de la persona recién nacida y su salud sexual y reproductiva, debido a la falta de prestación de los servicios médicos a las personas migrantes y además, del constante desplazamiento de éstas que provoca la interrupción de tratamientos continuos, del uso constante a métodos anticonceptivos o de revisiones para vigilar que esté bien colocado el anticonceptivo según sea el caso (OMS, 2017).

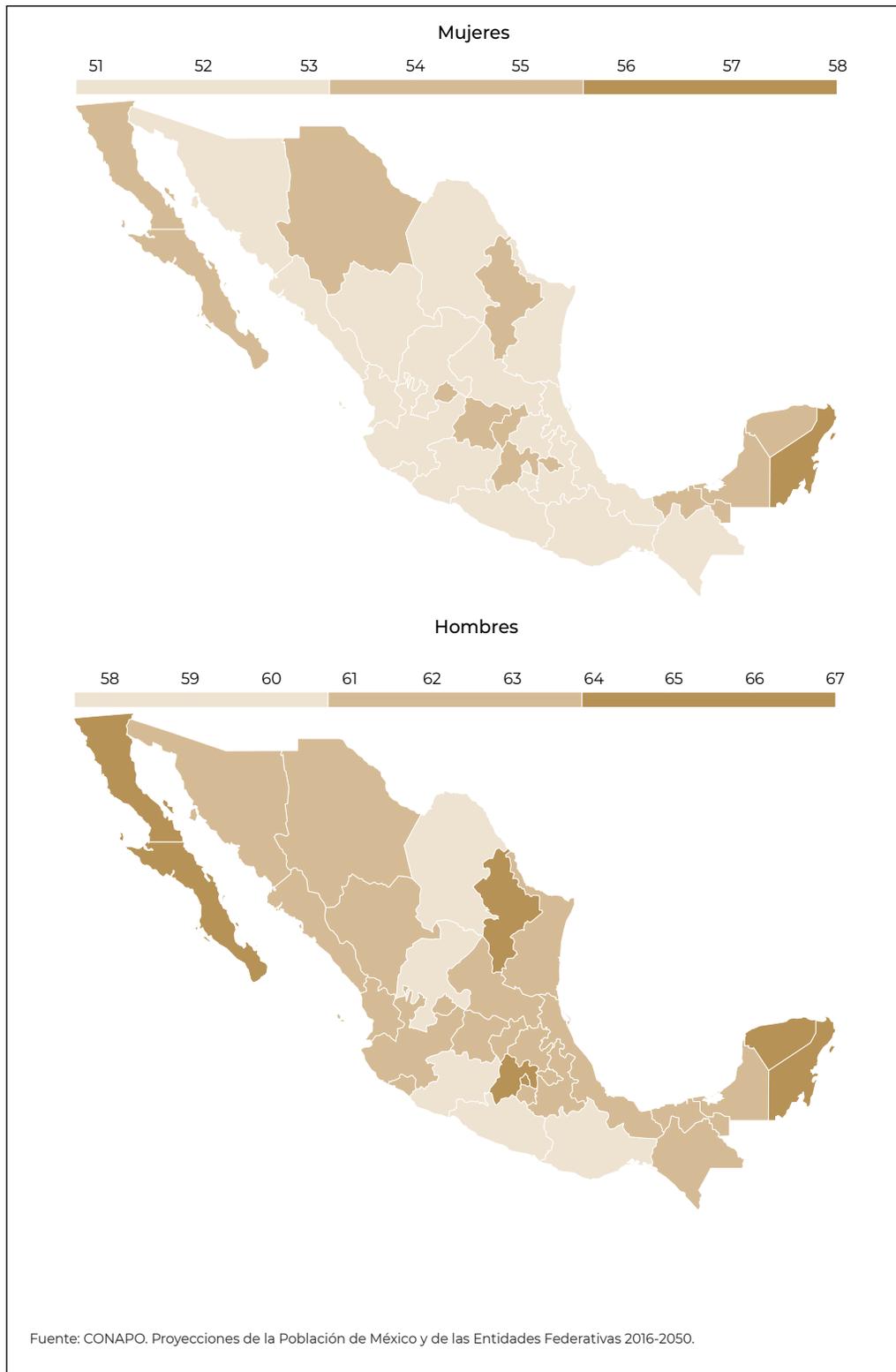
A esta población, es importante facilitarles la orientación, consejería y métodos anticonceptivos, debido a que, se encuentran más expuestos al uso de drogas, alcohol y a la violencia, lo que aumenta su vulnerabilidad a tener embarazos no planeados o no deseados e ITS. Por ello la OMS recomienda que los lugares a los que llegan, deben contar con la instrumentación suficiente para proporcionarles atención, es decir, darles el servicio de salud de manera integral. De esta forma se puede controlar y curar al enfermo(a) y evitar la propagación de enfermedades; por lo tanto, es de interés tanto de los migrantes como del lugar receptor velar por que la población residente no se vea expuesta a la importación de agentes infecciosos (OMS, 2017).

Ahora bien, las entidades federativas en las que reside un menor porcentaje de mujeres en edad fértil son: Guerrero (51.3%), Zacatecas (51.4%), Oaxaca (51.5%) y Michoacán (51.7%); y con bajo porcentaje de hombres en edad fértil son: Chiapas (58.2%), Guerrero (58.7%), Oaxaca (59.2%) y Zacatecas (59.5%), en ambos casos sobresale que son entidades que se caracterizan por ser predominantemente indígenas, con alta dispersión de localidades pequeñas y muy alto y alto grado de marginación (CONAPO, 2002).

Cabe señalar que, pese a que estas entidades tiene un menor porcentaje de mujeres en edad fértil, se debe dar una mayor instrumentación a los servicios de salud, en especial de atención a la salud sexual y reproductiva, ya que, la población hablante de lengua indígena en 2016 continúa

con (80.1 de cada cien), y Baja California (27.6 de cada cien) mientras que la Ciudad de México es de las entidades que pierde población la tasa es de -50.5 por cada cien.

**Mapa 2.1.** Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil, 2019



presentando las más altas tasas de fecundidad respecto a lo que se estima a nivel nacional (2.74 vs 2.07 hijos(as) por mujer) y a las no hablantes de lengua indígena cuya tasa global de fecundidad (TGF) es de 2.03 hijos(as) por mujer, además de que tienen menor conocimiento y acceso al uso de métodos anticonceptivos, por lo que la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos es baja, de 76.1 por ciento en 2018 mientras que a nivel nacional es de 83.3 por ciento; asimismo, presentan una menor atención relativa a la salud materna infantil (CONAPO, 2016). En el caso de los hombres los usos y costumbres los han aislado de la atención a su salud sexual y reproductiva, tal es el caso de la prevalencia de VIH, la cual es muy baja, lo que hace suponer que muchas veces no se declara por el estigma social (OPS, 2013) o bien no es identificado a tiempo debido a que no acuden a citas médicas periódicas de revisión como resultado de un bajo nivel de involucramiento en su salud sexual y reproductiva.

Aunque se pueden identificar entidades con más o menos población de mujeres y hombres en edad fértil, no se debe omitir que en todas el 50.0 por ciento de su población se encuentra en ese periodo fértil, por lo que, todos los estados deben implementar o fortalecer acciones de instrumentación de los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar a todas y a todos el acceso oportuno y confiable a la información y a los métodos anticonceptivos; además de una mejor atención durante el embarazo parto y puerperio, así como del recién nacido(a), de los cánceres reproductivos, infertilidad, menopausia, andropausia, disfunciones sexuales y demás padecimientos antes, durante y después de la edad fértil. Además de incentivar la impartición de la materia de educación integral en sexualidad en las escuelas que sea acorde a la edad, para que de esta forma puedan adquirir habilidades que les permita identificar y prevenir la violencia sexual y lograr una mayor equidad de género (Starrs *et al.*, 2018).

Por otra parte, los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes han sido una preocupación central del Gobierno de México; ya que, el embarazo en la adolescencia se considera el reflejo de la interacción de diversos factores detonantes de tipo social, económico y cultural que

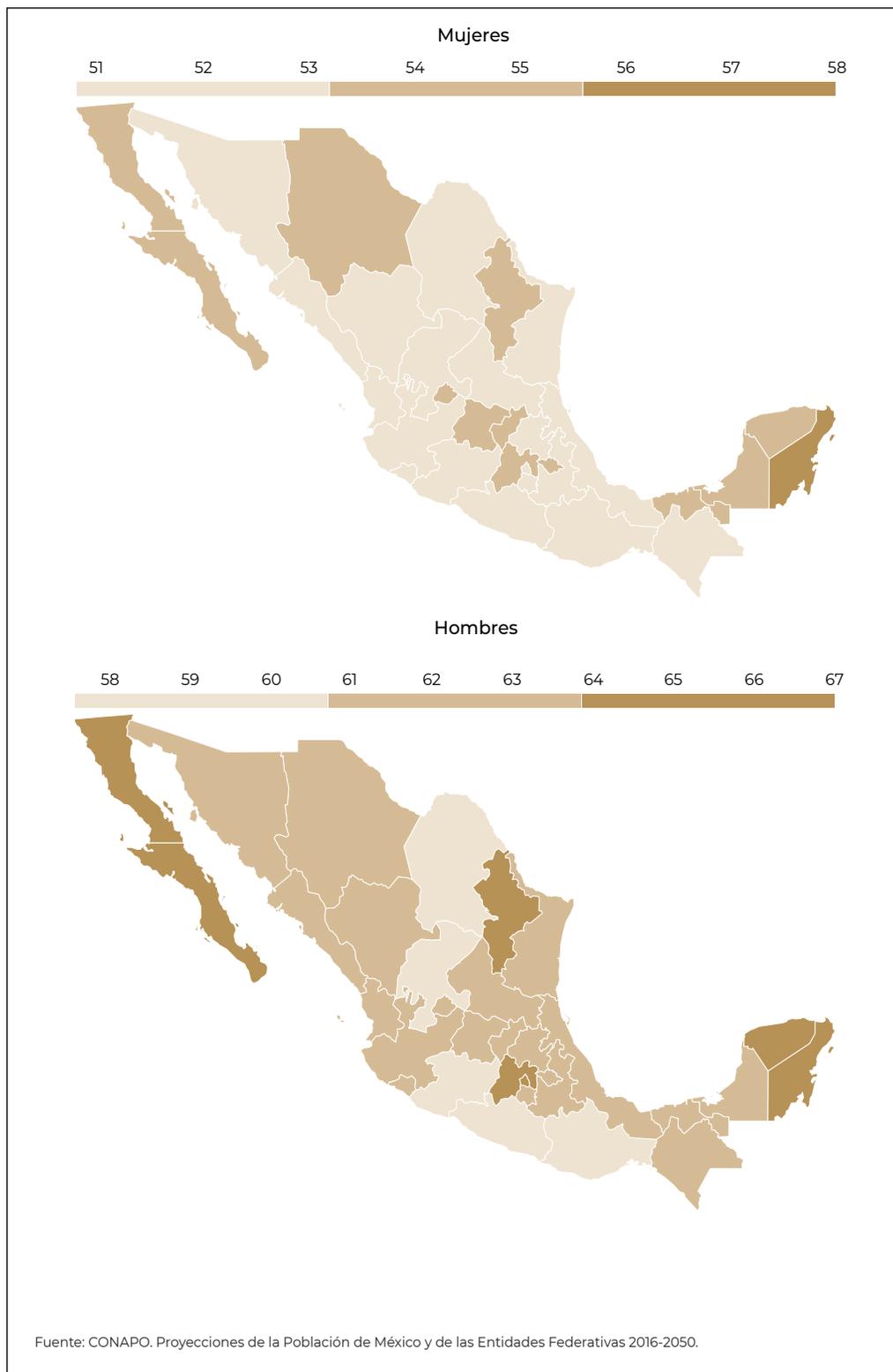
propician la maternidad a edades tempranas. Entre estos factores se destaca, la falta de oportunidades educativas, incluida la educación integral en sexualidad; de acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que incluye información y acceso a métodos anticonceptivos; además de aspectos culturales e institucionales que favorecen el matrimonio infantil, la violencia y la coerción sexual, entre otros, por lo que es necesario su atención desde un punto de vista multisectorial.

En ese sentido, también es muy importante conocer geográficamente donde hay una mayor concentración de los y las adolescentes, para que se pueda hacer una mejor planeación e instrumentación de los servicios adecuándolos a las necesidades de este grupo de población. De esta manera, se puede observar en el mapa 2.2, que la Ciudad de México en 2019, debido a que se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica,<sup>27</sup> cuenta con el más bajo porcentaje de mujeres y hombres adolescentes (12.8% y 11.5%, respectivamente); le siguen entidades como Baja California Sur (15.3% de mujeres y 13.0% de hombres) y Quintana Roo (15.1% de mujeres y 13.4% de hombres). Estas entidades federativas se caracterizan por ser de destino turístico y de descanso para las personas adultas mayores (Aguilar, 2017).

Es importante destacar que la mayor concentración de adolescentes, tanto de mujeres como de hombres, se ubica en el centro y sur del territorio nacional, siendo las entidades del sur las que presentan el mayor porcentaje de adolescentes como resultado de una transición demográfica más tardía que en el resto de los estados, en Chiapas se identifica a 17.9 por ciento de mujeres y 16.9 de hombres, en Guerrero a 17.8 por ciento de mujeres y a 16.8 de hombres y en Oaxaca a 17.0 de mujeres y a 16.1 por ciento de hombres. Como ya se ha mencionado antes, son entidades predominantemente indígenas, con altos índices de marginación y que el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva se encuentra por debajo del promedio nacional en general (CONAPO, 2016).

<sup>27</sup> La transición demográfica se refiere al proceso en el que una población pasa de un nivel alto de fecundidad y esperanza de vida baja, a uno de fecundidad baja y una esperanza de vida elevada.

**Mapa 2.2.** Porcentaje de mujeres y hombres adolescentes (15 a 19 años), 2019



Como se puede observar, la ubicación geográfica de la población tanto en edad fértil como en la adolescencia muestra donde se tendrá una mayor demanda de los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que, seguramente se deberán reforzar o realizar acciones que permitan a los estados brindar acceso oportuno, confiable y asequible, y además en entidades como Quintana Roo, Baja California y Baja California Sur que concentran un mayor porcentaje de población en edad fértil, que seguramente es de edades más adultas, será importante la realización de acciones que les permita acceder a métodos anticonceptivos de larga duración o definitivos, y a estudios o diagnósticos clínicos para prevenir enfermedades que pueden afectar el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Mientras que en el caso de entidades del sur donde la proporción de adolescentes es mayor, la atención debe centrarse en servicios para la orientación y prevención de embarazos no planificados y de ITS; cabe señalar que no se debe dejar de lado las necesidades de mujeres y hombres en los distintos grupos de edad, aunque representen una menor proporción.

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

Además de las características demográficas, las condiciones de vida social, económica y cultural de las personas tienen una estrecha relación con la forma de ejercer los derechos sexuales y reproductivos; de tal manera que, determinan el uso y acceso que tienen a los servicios disponibles, y propician prácticas diferenciadas y desiguales de estos servicios, sobre todo en grupos de la población con características sociodemográficas particulares (CONAPO, 2016). Es por ello, que en este apartado se presenta el perfil sociodemográfico de mujeres y hombres en edad fértil.

Un mayor nivel de estudios proporciona los conocimientos necesarios para ejercer los derechos sexuales y reproductivos con menores riesgos. Asimismo, en diversos estudios se ha demostrado que a mayor nivel de escolaridad

habrá mayor y mejor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, además se tendrán mejores prácticas para evitar las ITS, y se podrá contar con más elementos para decidir sobre el número de la descendencia y el momento adecuado para tenerla (Echarri, 2008). Es importante destacar que a nivel nacional, el porcentaje de mujeres en edad fértil con preparatoria o más aumentó 4.4 puntos porcentuales al pasar de 46.7 a 51.1 por ciento entre 2014 y 2018, y lo mismo ocurrió en el caso de los hombres cuyo porcentaje pasó de 45.0 a 49.6, en el mismo periodo (véase cuadro 2.1).

Es de destacar que en 2018 es ligeramente mayor el porcentaje de mujeres con preparatoria o más respecto a los hombres (51.1% y 49.6%, respectivamente); y lo mismo sucede entre las mujeres que cuentan con secundaria completa, aunque en ambos casos oscila alrededor de una tercera parte (32.7% y 30.4%, respectivamente). Asimismo, entre 2014 y 2018, la proporción de personas con niveles más bajos de escolaridad, como primaria completa o primaria incompleta o menos, quedando en 2018, más alto el porcentaje de hombres en esos niveles de escolaridad (11.6% primaria completa y 8.5% primaria incompleta o menos) que en mujeres (10.0% y 6.2%, respectivamente).

El lugar de residencia también es una variable que determina el mayor o menor acceso a los diferentes servicios de salud, educación y las oportunidades laborales, por lo que su análisis facilita la toma de decisiones en la implementación de éstos para proporcionar sobre todo la atención a la salud sexual y reproductiva de calidad y de manera accesible (CONAPO, 2016). Entre 2014 y 2018, se observó que el porcentaje de MEF residentes de lugares urbanos bajó de 78.5 a 78.0 por ciento y se incrementó, ligeramente, el porcentaje de las que viven en zonas rurales de 21.5 a 22.0 por ciento. En el caso de los hombres, hay una tendencia a que se conserve estable el porcentaje de quienes viven en lugares urbanos (78.6% a 78.8%), así como en los rurales (21.4% a 21.2%), seguramente estos porcentajes se asocian a la búsqueda de inserción al mercado laboral.

Generalmente las personas residentes en zonas rurales están más propensas a sufrir carencia de servicios ya sea de educación y/o de salud,

**Cuadro 2.1**  
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil, según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características	Mujeres		Hombres <sup>1</sup>	
	2014	2018	2014	2018
<b>Escolaridad</b>				
Sin escolaridad y primaria incompleta	8.6	6.2	11.1	8.5
Primaria completa	12.3	10.0	12.7	11.6
Secundaria	32.4	32.7	31.3	30.4
Preparatoria y más	46.7	51.1	45.0	49.6
<b>Lugar de Residencia</b>				
Rural	21.5	22.0	21.4	21.2
Urbano	78.5	78.0	78.6	78.8
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>				
Sí	5.5	5.6	6.1	5.7
No	94.5	94.4	93.9	94.3
<b>Condición de discapacidad<sup>2</sup></b>				
Sin discapacidad	86.9	84.7	82.9	81.2
Con discapacidad	2.6	2.8	4.3	4.3
Con limitación	10.5	12.4	12.8	14.6

<sup>1</sup> El grupo de hombres en edad fértil son los de 15 a 59 años.

<sup>2</sup> Nota: La variable de discapacidad, se construyó a partir de lo siguiente:

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

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

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

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

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

Para que todas las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, los servicios de salud y de educación deben ser adecuados a las necesidades de las distintas poblaciones que residen en el país, como es el caso de las poblaciones indígenas (UNFPA, 2018). En México, el porcentaje de mujeres en edad fértil que hablan lengua indígena en 2014 era de 5.5 y para 2018 de 5.6; en tanto que, en hombres en edad fértil que hablan lengua indígena, en 2014 fue de 6.1 por ciento, un poco mayor al de mujeres, pero en 2018 casi se igualan (5.7%).

Cabe destacar que entre el grupo de mujeres indígenas, la práctica anticonceptiva se ha extendido de manera paulatina, y aunque se han impulsado políticas públicas para su atención, como la traducción de la información a su lengua y de la focalización de la atención, no ha sido suficiente, pues aún son quienes presentan las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos menores, incluso respecto a lo estimado a nivel nacional hace 24 años,<sup>28</sup> aunado a que estas mujeres continúan en su mayoría accediendo al uso de métodos anticonceptivos sólo una vez que han tenido a su primer hijo(a) (Hernández *et. al*, 2016).

Por otra parte, no debe omitirse que en algunas comunidades indígenas aún muestran

<sup>28</sup> De acuerdo a estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, la prevalencia anticonceptiva de las mujeres indígenas en edad fértil unidas en 2014 fue de 60.8 por ciento, porcentaje por debajo de lo presentado a nivel nacional en 1992, con esa misma encuesta, que era de 63.1 por ciento.

reticencia al tema, posición que generalmente va acompañada de la desigualdad de género que se manifiesta en la discriminación y el papel subordinado que sufren las mujeres en sus comunidades (CEPAL, 2014), sobre todo la participación de las mujeres en la toma de decisiones es muy escasa y en el ámbito sexual es casi nula. Asimismo la violencia de género cotidiana y doméstica se camufla con la costumbre, el control social de la comunidad, protegiendo a los hombres y desamparando a las mujeres, permitiendo que se trasgredan las normas y derechos humanos (UN, 2014).

Entre los grupos de las minorías que no se han visibilizado sus necesidades de acceso a la salud sexual y reproductiva se encuentran también las personas que viven con discapacidad.<sup>29</sup> Entre 2014 y 2018, se muestra una diferencia de porcentajes de mujeres y hombres en condición de discapacidad, por ejemplo de MEF se estimaron 2.6 por ciento en 2014 y 2.8 por ciento en 2018; en hombres es el mismo porcentaje en ambos años (4.3%); pero debe destacarse que los porcentajes aumentan también cuando se trata de personas con alguna limitación física, entre las MEF pasa de 10.5 por ciento en 2014 a 12.4 por ciento en 2018; y en los HEF de 12.8 por ciento en 2014 a 14.6 por ciento en 2018.

La desigualdad y falta de oportunidades para las personas que viven con discapacidad ha propiciado que no se respeten sus derechos humanos por prejuicios y paradigmas que las etiquetan y les impiden tener un desarrollo en igualdad de condiciones, en este caso del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que en este grupo aún es parcial, ya que en la mayoría de los

casos no se les permite tomar decisiones sobre su cuerpo y la forma de experimentar su sexualidad (INMUJERES, 2018).

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

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

<sup>29</sup> Se define a las personas que viven con alguna discapacidad, a quienes tienen alguna dificultad para realizar alguna(s) actividad(es) en su vida cotidiana, como caminar, ver, mover o usar brazos o manos, aprender recordar o concentrarse, escuchar, bañarse, vestirse o comer, hablar o comunicarse y por problemas emocionales o mentales. La variable de discapacidad que se trabaja en este libro, se construyó a partir de lo siguiente: "Sin discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No tiene dificultad" en todas las actividades de la pregunta 3.11A. "Con discapacidad" incluye a las personas que tienen como respuesta "No puede hacerlo" o "Lo hace con mucha dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A. "Con limitación", incluye a las personas que únicamente tienen como respuesta "Lo hace con poca dificultad" en al menos una de las actividades de la pregunta 3.11A (INEGI, 2010 y 2018).

### 2.3.1 Mujeres en edad fértil<sup>30</sup> por condición de actividad sexual<sup>31</sup>

De acuerdo a lo establecido en el Cairo en 1994: “La salud reproductiva [...] significa que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hace, cuándo y cada cuánto tiempo” (UN, 1994); este compromiso de México, repercutió en la transformación de comportamientos y conductas sociales que han brindado mayor igualdad para las mujeres, en cuanto al ejercicio de su sexualidad sin importar la situación conyugal, y dado que, el Estado debe garantizar la información y los medios suficientes, resulta más conveniente considerar como grupo focal de atención a las mujeres en edad fértil de acuerdo a la condición de actividad sexual<sup>32</sup> y no sólo las mujeres en edad fértil unidas o casadas como se había hecho tradicionalmente, con ello se garantiza una mejor detección de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, al incluir a un mayor universo de mujeres expuestas al riesgo de embarazarse o de contraer una infección de transmisión sexual.

La ENADID, permite identificar a las MEF de acuerdo a la condición de actividad sexual, clasificadas en mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) que son MEF que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta; mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI) que son quienes ya han tenido relaciones sexuales, pero que no son sexualmente activas, es decir, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta y; mujeres en edad fértil sin relaciones sexuales (MEFSIN) que son MEF que no han tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

De esta forma se obtiene que, el porcentaje de MEFSA entre 2014 y 2018 aumentó de 53.6 a 59.6 por ciento; las MEFSI disminuyeron, de 26.3 a 21.6 por ciento y de las MEFSIN, de 20.0 a 18.8 por ciento (véase cuadro 2.2). Al analizar por grupos quinquenales de edad, se observa que la mayoría de las adolescentes no ha iniciado relaciones sexuales, aunque el porcentaje disminuyó entre 2014 y 2018 de 71.3 a 70.5, lo mismo ocurrió con las sexualmente inactivas, descendió de 12.1 a 11.4 por ciento, pero en sexualmente activas aumentó de 16.5 a 18.1 por ciento.

A partir del grupo de mujeres de 20 a 24 años y en los demás grupos de edad, es mayor el porcentaje de MEFSA y, entre 2014 y 2018 las proporciones aumentan. En las de 20 a 24, pasa de 46.3 a 52.4 por ciento, alcanzando el máximo en las de 30 a 34 y de 35 a 39, cuyos valores además aumentan entre 2014 y 2018, de 68.6 a 75.3 por ciento y de 69.6 a 75.2, respectivamente. En el caso de las MEFSI, se observa que, también a partir de los 20 a 24 años es más alta la proporción y alcanza su nivel máximo entre los últimos grupos de edad (40 a 44 y de 45 a 49 años), aunque éstos disminuyen durante el periodo de estudio, pasan de 31.1 a 24.1 y de 40.1 a 30.3 por ciento. Asimismo, a partir de las mujeres de 20 a 24 años en adelante, se presenta un drástico decremento de las MEFSIN, pasando de 27.8 en 2014 a 24.6 en 2018; hasta descender a 3.1 por ciento en el grupo de 45 a 49 años entre los años de estudio.

Ahora bien, considerando el nivel de escolaridad de las MEF, se observa que la mayoría de las que cuentan con primaria incompleta o menos

<sup>30</sup> La salud sexual y reproductiva debe de analizarse desde un enfoque más amplio que incorpore a los hombres como otro de los actores principales en el ejercicio de este derecho y no sólo a las mujeres como ha ocurrido tradicionalmente; sin embargo, las fuentes de información disponibles, en este caso la ENADID, no incluyen información sobre varones debido a la complejidad que representa su captación, por lo cual, este análisis se enfoca únicamente en mujeres en edad fértil, aunque se reconoce plenamente la necesidad de incorporar información sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres, que permita diseñar estrategias más incluyentes y que permitan una mayor equidad de género en este ámbito.

<sup>31</sup> La ENADID es hasta el momento la fuente de información más actualizada que permite identificar únicamente a las mujeres sexualmente activas, debido a que los módulos enfocados a conocer el ejercicio de la sexualidad y de la salud reproductiva se aplican solo a mujeres de 15 a 54 años. Razón por la cual a partir de esta sección se omite información para los hombres.

<sup>32</sup> Al considerar el concepto de MEFSA se incluyen a mujeres que en sus inicios habían sido excluidas por el enfoque poblacionista, que se centraba en la disminución de la fecundidad de las mujeres maritalmente unidas, en especial de grupos con mayores rezagos socioeconómicos, por considerar que su reproducción era un problema social (Lerner y Szasz, 2010).

**Cuadro 2.2**  
República Mexicana. Mujeres en edad fértil por condición de actividad sexual\*  
según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características	2014			2018		
	Sexualmente activas (MEFSA)	Sexualmente inactivas (MEFSI)	Sin relaciones (MEFSIN)	Sexualmente activas (MEFSA)	Sexualmente inactivas (MEFSI)	Sin relaciones (MEFSIN)
Total	53.6	26.3	20.0	59.6	21.6	18.8
<b>Grupos de edad</b>						
15-19	16.5	12.1	71.3	18.1	11.4	70.5
20-24	46.3	25.8	27.8	52.4	23.1	24.6
25-29	62.1	27.9	10.0	68.1	23.3	8.6
30-34	68.6	26.2	5.3	75.3	20.4	4.3
35-39	69.6	26.8	3.6	75.2	21.5	3.3
40-44	65.2	31.1	3.7	72.8	24.1	3.1
45-49	56.8	40.1	3.1	66.6	30.3	3.1
<b>Escolaridad</b>						
Sin escolaridad y primaria incompleta	51.5	40.2	8.3	62.8	28.0	9.2
Primaria completa	59.9	30.7	9.4	67.7	23.3	9.0
Secundaria	56.8	24.3	18.9	63.2	20.5	16.3
Preparatoria y más	50.2	24.2	25.7	55.4	21.2	23.4
<b>Estado conyugal</b>						
Unida	81.5	18.4	0.0	89.1	10.9	0.1
Exunida	23.1	76.9	0.0	28.6	71.4	0.0
Soltera	13.3	26.1	60.6	18.0	25.3	56.7
<b>Lugar de Residencia</b>						
Rural	51.5	26.7	21.8	59.4	20.4	20.2
Urbano	54.2	26.2	19.5	59.6	21.9	18.4
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>						
Sí	47.0	34.0	18.9	60.3	21.1	18.6
No	54.0	25.9	20.1	59.5	21.6	18.8
<b>Condición de discapacidad<sup>1</sup></b>						
Sin discapacidad	53.9	25.3	20.9	59.9	20.6	19.5
Con discapacidad	43.3	36.3	20.3	50.9	29.1	20.0
Con limitación	54.4	32.9	12.7	59.5	26.8	13.7

\* Condición de actividad sexual:

Sexualmente activas (MEFSA) que se refiere a aquellas mujeres en edad fértil que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de cada encuesta. Sexualmente inactivas (MEFSI) que son quienes ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, es decir, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.

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

<sup>1</sup> Nota: La variable de discapacidad, se construyó a partir de lo siguiente:

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

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

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

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

son sexualmente activas y aumentaron de 51.5 por ciento en 2014 a 62.8 por ciento en 2018, mientras que las MEFSIN con este nivel de escolaridad, disminuyen de 40.2 a 28.0 por ciento y un bajo porcentaje de mujeres se mantiene sin tener relaciones sexuales, el cual pasó de 8.3 por ciento en 2014 a 9.2 por ciento en 2018. Entre las mujeres con primaria completa se presenta el más alto porcentaje de MEFSAs que también aumenta de 59.9 a 67.7 por ciento en el periodo de estudio; en tanto que de MEFSI baja de 30.7 a 23.3 por ciento al igual que las MEFSIN que pasó de 9.4 a 9.0 por ciento.

Cabe destacar que entre las mujeres que tienen secundaria y preparatoria o más también se incrementa el porcentaje de MEFSAs, pasan de 56.8 a 63.2 por ciento y de 50.2 a 55.4 por ciento entre 2014 y 2018, respectivamente, también en estas mujeres se encuentra un menor porcentaje de MEFSI que desciende durante el periodo de 24.3 a 20.5 y de 24.2 a 21.2 por ciento, correspondientemente, pero en este grupo de mujeres hay más presencia de quienes aún no han tenido relaciones sexuales, aunque su proporción disminuyó, de 18.9 a 16.3 por ciento en las de secundaria y de 25.7 a 23.4 por ciento en las de preparatoria y más.

Asimismo, la mayoría de las MEFSAs se ubican entre las unidas o casadas (81.5% en 2014 y 89.1% en 2018) en tanto que las MEFSI entre las exunidas (76.9% en 2014 y 71.4% en 2018) y las MEFSIN entre las solteras (60.6% en 2014 y 56.7% en 2018). De acuerdo al lugar de residencia, en 2014 las MEFSAs presentaban el mayor porcentaje en lugares urbanos (54.2%) que en los rurales (51.5%), pero en 2018 la proporción es casi igual en ambos ámbitos de residencia (59.4% en rurales y 59.6% en urbanas). En cuanto a las MEFSI en 2014 se observa que, las diferencias de porcentajes entre ambas zonas de residencia eran mínimas (26.7% en rurales y 26.2% en urbanas); en tanto que de MEFSIN era más alto en rurales (21.8%) que en urbanas (19.5%); para 2018 se observa que, el más alto porcentaje de MEFSI se presenta en las zonas urbanas (21.9%) que en las rurales (20.4%) mientras que de MEFSIN en rurales se ubica al 20.2 por ciento y en urbanas a 18.4 por ciento.

Ahora bien considerando la condición de habla de lengua indígena (HLI), se encontró que en 2014 las diferencias en el porcentaje de MEFSAs eran marcadas en 2014 (47.0% de HLI y 54.0% de no HLI), para 2018 casi se igualan los porcentajes de estas mujeres (60.3% de HLI y 59.5% en NHLI). Esta misma situación se presenta en el porcentaje de MEFSI y MEFSIN, es decir, en 2014 las MEFSI tenían una diferencia de 8.1 puntos porcentuales entre hablantes (34.0%) y no hablantes (25.9%) y las MEFSIN de 1.2 puntos (18.9% de HLI y 20.1% de no HLI) para 2018, el porcentaje de MEFSI es de 21.1 de HLI y de 21.6 en no HLI y; entre MEFSIN de 18.6 de HLI y de 18.8 de no HLI; es decir, son muy similares.

Por otra parte, se observa un aumento en el porcentaje de las MEFSAs que viven con discapacidad al pasar de 43.3 por ciento en 2014 a 50.9 por ciento en 2018, y disminuye en el periodo, el porcentaje de MEFSI (36.3% a 29.1%) y se mantiene en alrededor de 20.0 por ciento entre las MEFSIN. En las mujeres con alguna limitación, también aumenta el porcentaje de MEFSAs, pasa de 54.4 a 59.5 por ciento, durante el periodo; y descienden las que son MEFSI de 32.9 a 26.8 por ciento; y aumenta el porcentaje de MEFSIN de 12.7 a 13.7 por ciento. Finalmente, entre las mujeres que viven sin discapacidad, también hay un aumento en MEFSAs, de 53.9 a 59.9 por ciento, pero hay una tendencia a la baja del porcentaje de MEFSI (pasa de 25.3% a 20.6%) y de MEFSIN (20.9% a 19.5%) entre 2014 y 2018.

De acuerdo con estos resultados, más de la mitad de las mujeres en edad fértil son sexualmente activas, y la ENADID de 2018 muestra que el ejercicio de la sexualidad se da casi en la misma proporción sin importar las características sociodemográficas de las mujeres, un claro ejemplo, es la nula y poca diferencia entre las residentes de lugares rurales y urbanos; entre indígenas y no indígenas; y, entre las menos escolarizadas y las más escolarizadas. Esto conlleva, a que se deben reforzar estrategias para que las personas en cualquier condición o ámbito en que se desenvuelva tengan acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos para que les permita tomar decisiones asertivas en la prevención de embarazos no planeados o no deseados así como, de prevenir una ITS.

### 2.3.2 Mujeres en edad fértil por condición de unión

En la mayoría de los países los diferentes patrones de nupcialidad tienen implicaciones en la situación de la mujer en cuanto a su salud y fecundidad. Actualmente en México, el matrimonio y la unión revelan un panorama distinto, debido a que existe una menor coincidencia entre el calendario de inicio de las relaciones sexuales y la entrada a la primera unión, es decir, se da una disociación entre el matrimonio y la reproducción, por ello, se debe reconocer que existen distintos tipos de parejas casadas (por lo civil, por la iglesia o ambas), en unión libre que se dan bajo el marco de diversas prácticas sexuales y anticonceptivas, propiciando cambios en la edad promedio a la primera unión y al nacimiento del primer hijo(a) (Mejía y Sosa, 2015). En la identificación de los diferentes patrones, algunos estudios señalan que, las parejas en unión libre han aumentado debido a la incertidumbre laboral y económica que se vive en el país. Sin embargo, continúan siendo las mujeres de bajos niveles educativos y socioeconómicos las más propensas a establecer este tipo de unión, e incluso de manera permanente (Amador, 2012). Este apartado se centrará en conocer la situación conyugal de las mujeres en edad fértil y de acuerdo a ciertas características seleccionadas.

En México, más de la mitad de las MEF se encuentran casadas o unidas, una tercera parte es soltera y una de cada diez es ex unida. Entre 2014 y 2018, los porcentajes no presentaron gran cambio. Sin embargo, se encontró que, la proporción de unidas bajó ligeramente de 58.0 a 57.4 por ciento; aumentando ligeramente el porcentaje de ex unidas, de 9.3 a 9.9, y se mantuvo el de solteras con 32.8 y 32.7 por ciento, respectivamente (véase cuadro 2.3).

De acuerdo al grupo de edad de las MEF, se observa que en general, desciende el porcentaje de unidas, excepto en el grupo de MEF de 20 a 24 años, cuya frecuencia se mantiene (43.4% y 43.5%) y en las de 30 a 34 años que aumentaron de 71.8 a 72.5 por ciento; en cuanto a las exunidas, en la mayoría de los grupos de edad se observa un aumento, aunque en el grupo de edad de 20 a 24 años no cambia

(5.9% y 5.8%) y de 30 a 34 años disminuye de 10.8 a 10.1 por ciento. En cuanto a las solteras, las adolescentes (15 a 19 años) son quienes presentan el más alto porcentaje, 83.2 y 83.6 por ciento, respectivamente, durante el periodo de estudio, también las de 35 a 39 y las de 45 a 49 años aumentaron su proporción de 12.4 a 13.6 por ciento y de 9.5 a 10.5 por ciento, respectivamente, mientras que en el grupo de 20 a 24, 30 a 34, y 40 a 44 se mantuvieron los porcentajes (50.7%, 17.4% y 11.4%, respectivamente) y sólo entre las de 25 a 29 disminuyó de 28.9 a 28.4 por ciento entre ambos años.

Al considerar el nivel de escolaridad, se observa que, la mayoría de las mujeres que no cuentan con escolaridad o tienen primaria incompleta (75.1% en 2014 y 73.0% en 2018) y primaria completa (que entre 2014 y 2018 se mantuvo en 73.9%) son unidas; asimismo en este grupo de mujeres, tanto en 2014 y 2018, casi una de cada diez había estado en una unión y aproximadamente una de cada siete es soltera. En el caso de las mujeres con secundaria, casi dos terceras partes se encuentra unida (63.0% en 2014 y 64.4% en 2018), también una de cada diez es exunida (9.6% y 11.2%, respectivamente) y alrededor de una de cada cuatro es soltera (27.4% y 24.4%). Mientras que entre las mujeres con preparatoria o más, los altos porcentajes los presentan las unidas, aunque este es menos de la mitad (47.2% y 47.9%, respectivamente) y las solteras (44.5% y 43.6%) y de alguna vez unidas disminuye a una de cada doce (8.3% y 8.5%) entre 2014 y 2018.

Entre las residentes de zonas rurales es más alto el porcentaje de mujeres unidas, aunque entre 2014 y 2018 no se visibilizan cambios (65.4%); pero sí entre las exunidas, que aumentan de 6.5 por ciento en 2014 a 7.9 por ciento en 2018; y entre solteras que disminuye de 28.1 a 26.7 por ciento, en el periodo. Mientras que en las residentes de zonas urbanas, alrededor de la mitad de las mujeres se encuentra casada o unida (55.9% en 2014 y 55.2% en 2018), una de cada diez es exunida (10.0% y 10.4%) y una de cada tres es soltera (34.0% en 2014 y 34.4% en 2018).

En cuanto a las MEF hablantes de lengua indígena dos terceras partes se encuentran unidas (69.8% en 2014 y 69.3% en 2018), una de cada cuatro es soltera (23.4% en 2014 y 23.1% en 2018)

**Cuadro 2.3**  
República Mexicana. Mujeres en edad fértil por condición de unión  
según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características	2014			2018		
	Unidas	Exunidas	Solteras	Unidas	Exunidas	Solteras
<b>Total</b>	58.0	9.3	32.8	57.4	9.9	32.7
<b>Grupos de edad</b>						
15-19	15.4	1.4	83.2	14.7	1.6	83.6
20-24	43.4	5.9	50.7	43.5	5.8	50.7
25-29	63.1	8.0	28.9	62.4	9.1	28.4
30-34	71.8	10.8	17.4	72.5	10.1	17.4
35-39	75.7	11.9	12.4	73.7	12.7	13.6
40-44	75.2	13.4	11.4	73.3	15.3	11.4
45-49	73.9	16.6	9.5	72.6	16.9	10.5
<b>Escolaridad</b>						
Sin escolaridad y primaria incompleta	75.1	11.9	12.9	73.0	11.8	15.2
Primaria completa	73.9	10.3	15.8	73.9	11.4	14.6
Secundaria	63.0	9.6	27.4	64.4	11.2	24.4
Preparatoria y más	47.2	8.3	44.5	47.9	8.5	43.6
<b>Lugar de Residencia</b>						
Rural	65.4	6.5	28.1	65.4	7.9	26.7
Urbano	55.9	10.0	34.0	55.2	10.4	34.4
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>						
Sí	69.8	6.8	23.4	69.3	7.7	23.1
No	57.3	9.4	33.3	56.7	10.0	33.3
<b>Condición de discapacidad</b>						
Sin discapacidad	57.8	8.3	33.9	57.6	8.7	33.7
Con discapacidad	51.5	18.1	30.4	50.9	15.9	33.2
Con limitación	61.0	14.9	24.1	57.8	16.2	26.0

<sup>1</sup> Nota: La variable de discapacidad, se construyó a partir de lo siguiente:

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

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

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

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

y un bajo porcentaje es exunida, aunque se observa que pasa de 6.8 por ciento en 2014 a 7.9 por ciento en 2018. En mujeres no hablantes de lengua indígena, el porcentaje de unidas baja de 57.3 por ciento en 2014 y a 56.7 por ciento en 2018 se mantiene en una de cada tres entre las solteras (33.3% en el periodo) y a una de cada diez entre las exunidas (9.4% en 2014 y 10.0% en 2018).

Considerando la condición de discapacidad en la que se encuentran las mujeres en edad

fértil, se observa que en las que no viven con discapacidad, la mayoría se encuentran unidas y el porcentaje no cambia en el tiempo (57.8% en 2014 y 57.6% en 2018); otra buena parte, una de cada tres es soltera (33.9% y 33.7%, respectivamente) y un bajo porcentaje es ex unida (8.3% y 8.7%). Entre las MEF que viven con discapacidad disminuye el porcentaje de unidas, con poco cambio entre 2014 y 2018 (51.5% y 50.9%), y de solteras se observa un aumento de 30.4 por ciento en 2014 a 33.2

por ciento en 2018, mientras que de ex unidas es más alto el porcentaje, aunque pasa de 18.1 a 15.9 por ciento; y, entre las mujeres que viven con alguna limitación también la mayoría es casada o unida aunque entre 2014 y 2018 baja el porcentaje de 61.0 a 57.8, pero aumenta el porcentaje de solteras de 24.1 a 26.0 por ciento y de ex unidas de 14.9 a 16.2 por ciento.

En general, se observa que, entre 2014 y 2018 tiende a disminuir la presencia relativa de mujeres unidas, lo que implica que se vea reflejado en un pequeño aumento de mujeres exunidas y solteras. Cabe destacar que entre las MEF más jóvenes se observa un alto porcentaje de solteras, las cuales también presentan una mayor proporción entre mujeres con preparatoria o más, pero además de acuerdo a ciertas características socio-culturales se observa que al menos una de cada cuatro es soltera como es el caso de las hablantes de lengua indígena o residentes de zonas rurales, y aumenta a una de cada tres cuando no hablan lengua indígena o viven en lugares urbanos. Para lograr avances en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas solteras es necesario que se puedan tomar decisiones individuales libremente, por ello, es de suma importancia que se respete la integridad, privacidad y autonomía personal, que pueda definir su propia sexualidad incluida la orientación sexual, asegurarle experiencias seguras y placenteras, a decidir cuándo y con quién casarse así como cuándo y cuántos hijos e hijas tener.

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

## Conclusiones

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

En términos de los desafíos que implica la distribución etaria actual, se posiciona la necesidad de atender a un alto volumen de adolescentes sobre la prevención de embarazos no planeados y no deseados, así como de ITS incluyendo el VIH/SIDA. Dichos embarazos además se concentran en las entidades federativas del sur del país, en las cuales continúa presente el rezago y dispersión de la población; por tanto se deberá realizar un mayor reforzamiento de la instrumentación de servicios y programas que atiendan a esta población, como la expansión de los servicios amigables,<sup>33</sup> pero que además todos cuenten con el paquete básico de atención.<sup>34</sup>

Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres y hombres en edad fértil se observa que hay avances en el nivel educativo, ya que en el país alrededor de la mitad de este grupo cuenta con el nivel medio superior o más,

<sup>33</sup> Actualmente se cuenta con 2,605 servicios en las 32 entidades federativas. El CNEGSR en coordinación con los Servicios Estatales de Salud incrementaron el acceso a Servicios Amigables para Adolescentes, en 200 municipios que se definieron como prioridad para la prevención del embarazo, es decir se cubrió el 47.7 por ciento de los municipios. En 21.7 por ciento de los Servicios Amigables otorgan atención a población indígena, de Veracruz, Oaxaca, Chihuahua, Hidalgo, Michoacán y Sonora. Informe GIPEA, 2018.

<sup>34</sup> El paquete básico incluye: orientación, consejería y dotación de métodos anticonceptivos modernos.

y solo una tercera parte con secundaria, por lo que, solo una de cada cinco tiene un nivel de educación de primaria a menos. Estos resultados indican que la mayoría de las mujeres más jóvenes cuentan con escolaridad superior respecto a las mujeres de generaciones más adultas, por lo que pueden acceder a una mejor atención médica y a decidir tener menos hijos(as), para los hombres implica que tengan una mayor disponibilidad en la participación del uso de métodos anticonceptivos y del cuidado infantil y en los roles de convivencia.

En México, la urbanización ha ido incrementando y es donde se ubica a la mayor parte de las MEF y los HEF. Generalmente las personas que residen a zonas urbanas tienen un mayor acceso a todos los servicios educativos, de salud, vivienda y empleo. Sin embargo, se debe considerar que también se presentan grandes desigualdades por la heterogeneidad de las ciudades y sobre todo en países donde las personas cuentan con ingresos bajos. Pese a estas condiciones favorables que se vislumbran en el país, los programas de salud sexual y reproductiva deben considerar mecanismos que permitan una mayor inclusión geográfica, económica y cultural que posibiliten el acceso a estos servicios de salud a todas las personas, teniendo en cuenta otras características como la interculturalidad, y/o las condiciones de vulnerabilidad como las personas con discapacidad.

Asimismo, es importante reconocer que todas las personas deben ejercer sus derechos sexuales, para lograr el más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; por lo que, deben acceder, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad, además de la educación integral en sexualidad basada en evidencia; para poder decidir si ser una persona sexualmente activa o no; participar en relaciones sexuales consensuadas; elegir cuándo y con quién casarse; así como tener acceso a servicios multisectoriales para prevenir e identificar la violencia de pareja y otras formas de violencia de género; a métodos anticonceptivos de su elección seguros, efectivos, asequibles y

aceptables; a servicios de atención médica apropiados que garanticen la atención segura del embarazo y parto; y para que las personas recién nacidas sean saludables.

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

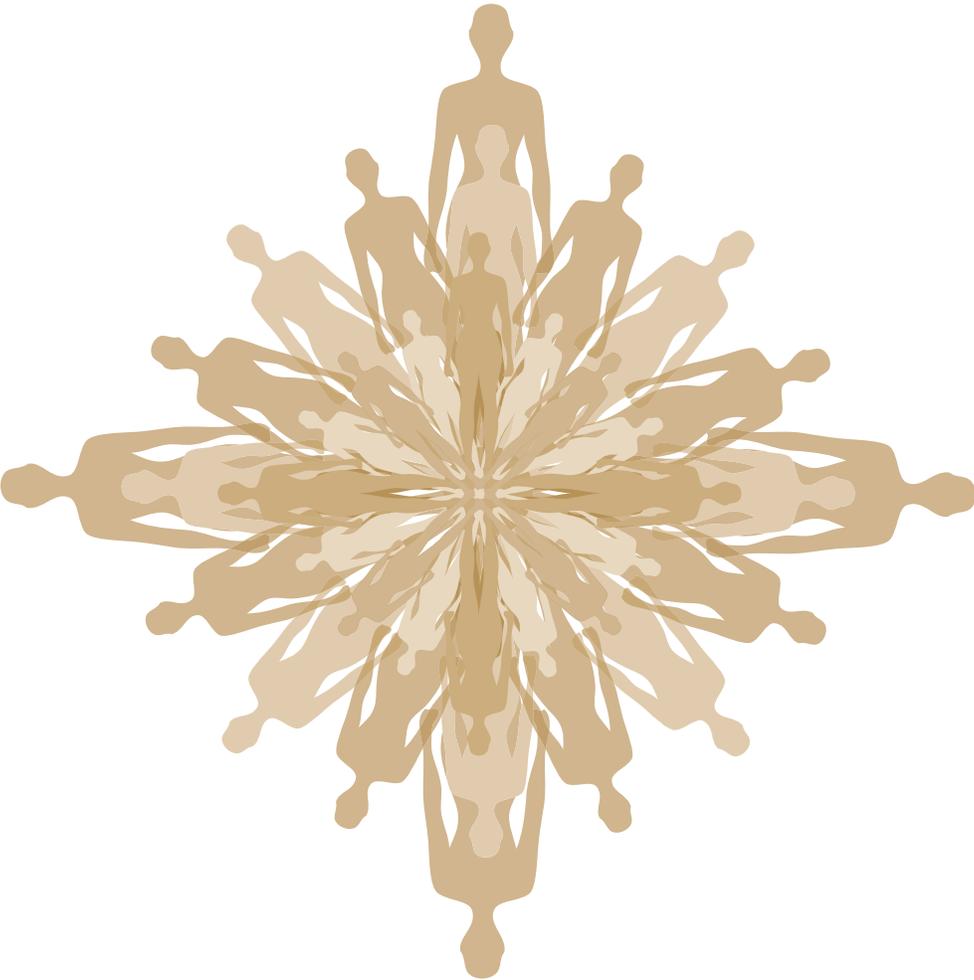
Finalmente, pese a que en estos momentos la ENADID no cuenta con información que dé cuenta del ejercicio sexual y reproductivo de los hombres, es importante continuar con su inclusión en los planes y programas, tanto a nivel federal como estatal, y en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, ya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

Asimismo, es importante considerar la atención de la salud sexual y reproductiva que debe garantizarse antes, durante y después de la edad fértil y no sólo centrarse en los servicios de anticoncepción y salud materno infantil, ya que, tanto hombres como mujeres, deben tener acceso a servicios de orientación en todas las edades para que las personas que así lo requieran puedan elegir y lograr la identidad sexual deseada, atender padecimientos asociados a la andropausia y menopausia, los cánceres reproductivos, padecimientos sexuales, infertilidad, VIH/SIDA, entre otros.

## Bibliografía

- Aguilar, L. (2017). "Mujeres jefas de hogar y algunas características de los hogares que dirigen. Una visión sociodemográfica". La Situación Demográfica de México, 2016. CONAPO. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2016>
- Amador, D., Bernal, R. (2012). ¿Unión libre o matrimonio? Efectos en el bienestar de los hijos. *El trimestre económico*, 79(315), pp. 529-573. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-718X2012000300529&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2012000300529&lng=es&tlng=es)
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2014). Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37050-pueblos-indigenas-america-latina-avances-ultimo-decenio-retos-pendientes-la>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2002). "Centros proveedores de servicios: Una estrategia para atender la dispersión de la población". [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/189/1/images/centros\\_proveedores\\_de\\_servicios.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/189/1/images/centros_proveedores_de_servicios.pdf)
- (2011). Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana, México, 2011. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/perfiles-de-salud-reproductiva-2011>
- (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana?idiom=es>
- (2017a). Conciliación Demográfica 1950-2050 y Proyecciones de la población de México, 2016-2050. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-174962?idiom=es>
- (2017b). Indicadores demográficos 1950 - 2050. <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050>
- (2017c). Proyecciones de la Población de México 2010-2050. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- Echarri, C. (2008). "Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas", en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I, El Colegio de México.
- Guevara, E. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. Desacatos, núm. 11, pp. 105-119. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1139/987>
- Hernández, M. F., Meneses, E. y Sánchez, M. (2016). Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014. La situación demográfica en México, 2016. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232089/03\\_Hernandez-Meneses-Sanchez.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232089/03_Hernandez-Meneses-Sanchez.pdf)
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2010). Marco Conceptual. Censo de Población y Vivienda 2010. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825002392>
- (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/dc\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/dc_enadid18.pdf)
- INMUJERES [Instituto Nacional de las Mujeres] (2018). Cartilla de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, 2018. <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad?idiom=es>
- Lerner, S. y Szasz, I. (2010). Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (coords.), T.II, México, El Colegio de México, pp. 141-202.

- Mejía, A. y Sosa, M. V. (2015), "La unión conyugal como factor de contraste demográfico en México a principios del siglo XXI. Entre la postergación, la unión libre temprana y la desaceleración del crecimiento poblacional" en *La Situación Demográfica de México*, 2015. CONAPO. [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La\\_union\\_conyugal\\_en\\_Mexico\\_como\\_factor\\_de\\_contraste\\_demografico\\_en\\_Mexico\\_a\\_principios\\_del\\_siglo\\_XXI](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_union_conyugal_en_Mexico_como_factor_de_contraste_demografico_en_Mexico_a_principios_del_siglo_XXI)
- un [Naciones Unidas] (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
- (2014). Los Derechos de la Mujer son Derechos Humanos. [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2_SP.pdf)
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2017). Preguntas frecuentes sobre salud y migración. Preguntas y respuestas en línea. Febrero de 2017. <https://www.who.int/features/qa/88/es/>
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2013). Manual de actividades para la reducción de estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y SIDA. [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=600-manual-contr-el-estigma-y-discriminacion-1&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=600-manual-contr-el-estigma-y-discriminacion-1&Itemid=518)
- ss [Secretaría de Salud] (2014). Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo nivel de atención. Guía de referencia rápida catálogo maestro de guías de práctica clínica: ssa-666-14. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. *et al.* (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- Tokunaga, M. L. (2011). La Salud Sexual y Reproductiva de los hombres en la andropausia. *Género y Salud en cifras*, volumen 9, núm. 3. [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9\\_3/Lasaludsexualyreproductivadelos.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9_3/Lasaludsexualyreproductivadelos.pdf)
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2017). "Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad". *Estado de la población mundial*, 2017. New York, NY. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_ES\\_SWOP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)
- (2018). El poder de decidir. *Derechos reproductivos y transición demográfica. Estado de la Población Mundial 2018*. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2018\\_ES\\_SWP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)



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

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

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

Los derechos sexuales y reproductivos comenzaron a construirse desde finales del siglo XIX en países europeos y anglófonos, donde como un primer paso, las personas por decisión propia empezaron a reducir el número de hijos(as) con el fin de aprovechar las oportunidades laborales y profesionales que sus países en ese momento les ofrecían al encontrarse en evolución económica. De esta forma diversos factores influyeron en la transición demográfica<sup>35</sup> por ejemplo, el cambio en las modalidades de empleo, la prosperidad, la mejora de la salud y la nutrición que implicaron una mayor sobrevivencia del(a) recién nacido(a), de las niñas y los niños; y, el mayor acceso a la educación sobre todo de las mujeres (UNFPA, 2018).

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

<sup>35</sup> La transición demográfica consiste en pasar de altas tasas de fecundidad y mortalidad a bajas tasas.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En México, desde 2006 existe el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (PAESSRA) de la Secretaría de Salud, que tiene como objetivos: favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva, reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS) mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos, e incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.

Asimismo, existe la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, en la cual se hace

explícito que no es necesario el consentimiento de la madre, padre o tutor para obtener algún método anticonceptivo o recibir consejería al respecto; sólo será necesario en el caso de métodos quirúrgicos o que su vida esté en peligro, y atendiendo a las disposiciones jurídicas aplicables. Esta norma permite a la población adolescente el acceso a métodos anticonceptivos sin barreras, al menos en la ley, que obstruyan su uso.

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

Por su parte, el primer acuerdo global que creó un lenguaje común sobre el tema fue el Programa de Acción de 1994 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), ya que en ésta se define por primera vez la salud reproductiva y se listan los elementos para su cuidado. En el Programa de Acción se comprometieron 179 Gobiernos, incluido México, a garantizar el derecho de las parejas y las personas a disponer de la información, la capacidad y los medios necesarios para decidir sobre la procreación, cuando y con qué frecuencia, sin estar sujetos a ningún tipo de discriminación, coacción o violencia. Además, en el capítulo 7, sección A se reconoce a la salud reproductiva como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (UN, 1995).

En consecuencia la CIPD expone, como parte de la salud reproductiva, “el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos como el aborto, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios

adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos(as) sanos(as)” (UN, 1995a).

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

La CIPD abrió un nuevo camino que une los derechos reproductivos a los derechos humanos, que ya se encontraban protegidos por los instrumentos internacionales mencionados arriba (UN, 2013), lo cual, mostró un cambio en el objetivo primario planteado en los programas de planificación familiar de reducir la fecundidad y regular el crecimiento poblacional con el fin de empoderar a las mujeres y promover la elección individual con respecto a la reproducción. Para lograr esto, la comunidad a favor de los derechos sexuales y reproductivos, en particular las mujeres activistas y las organizaciones no gubernamentales, jugaron un papel muy importante en este cambio, argumentando que las políticas de población y desarrollo deberían avanzar en la igualdad de género y en el empoderamiento de las mujeres y que la planificación familiar, debería ser una parte del cuidado integral de la salud reproductiva (German y Kyte, 1995).

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

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

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

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

Este enfoque permitió poner mucha más atención en la prevención y atención de los embarazos no deseados y no planeados, las complicaciones del embarazo y el parto, el aborto

inseguro, la violencia de género, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y los cánceres reproductivos, que representan una amenaza para el bienestar de las mujeres, los hombres y las familias (Starrs *et al.*, 2018). La apertura a toda la población del derecho de ejercer su sexualidad y elegir de manera libre e informada sobre su reproducción, ha tenido implicaciones de gran alcance para la salud de las personas y para el desarrollo social, económico y ambiental (Starrs *et al.*, 2018).

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

La actual agenda de desarrollo de la ONU "Transformando Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" aprobada por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2015, es un llamado a los países para adoptar medidas para poner fin a la pobreza, mejorar los servicios de salud, lograr la plena igualdad de género, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS) se pusieron en marcha en 2016 con base en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para seguir orientando las políticas y la financiación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) durante los próximos 11 años y continuar trabajando en 170 países y territorios. Los ODS son 17 objetivos que incluyen nuevas áreas de enfoque como cambio climático, la desigualdad económica, innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia distribuidos en 169 metas y un total de 232 indicadores. México reporta 154 indicadores de los cuales 71 forman parte del marco global y 54 corresponden a indicadores complementarios (UN, 2017).

Se debe destacar que dos objetivos de la Agenda 2030 de los ODS, mencionan explícitamente la salud sexual y reproductiva. La meta 3.7 sobre salud, donde se establece que "Para el año

2030, asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluso para la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales". Asimismo, la meta 5.6 de igualdad de género, tiene como objetivo "Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos", de conformidad con los acuerdos de El Cairo y Beijing previamente negociados; sin embargo, en los ODS todavía se excluye cualquier mención explícita sobre derechos sexuales. Esta redacción indica una aceptación de los principios y compromisos expresados en los documentos anteriores, pero también la falta de consenso entre países para ir más allá de ellos (Starrs *et al.*, 2018).

Desde 2013, los países han hecho compromisos en diversos acuerdos de consenso regional. Aunque son muy diferentes en alcances y enfoques, los documentos de consenso regional de África (El Plan de Acción Maputo, 2016–2030), América Latina y el Caribe (Consenso de Montevideo), Asia y Europa y Asia Central, utilizan el término más amplio, "salud y derechos sexuales reproductivos", y contienen un lenguaje más progresivo sobre un conjunto de temas. Por ejemplo, incluyen la atención del aborto seguro como un componente del derecho a la salud sexual y reproductiva, y piden a los países que garanticen el acceso al aborto en toda la extensión de las leyes y políticas nacionales; promover, proteger y garantizar que el derecho a la salud sexual y reproductiva contribuya a la justicia social; y organizar servicios para las personas que no tienen acceso, como la población adolescente, personas solteras, migrantes, solicitantes de asilo, personas que viven con VIH, personas con discapacidades y lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero, transexuales, queer e intersexuales (LGBTQI+) (Starrs *et al.*, 2018).

El Consenso de Montevideo fue aprobado en 2013 en la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos clave para el Programa de Acción de El Cairo, que fue organizada por la CEPAL y el Gobierno del Uruguay. Es el acuerdo intergubernamental más importante

aprobado en la región en materia de población y desarrollo contiene nueve capítulos y 120 medidas prioritarias. El capítulo D está dedicado al logro del “Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva”. Para dar seguimiento se establece una Guía Operacional para la Implementación y el seguimiento (UN-CEPAL, 2015a), donde se instruye que cada país tiene el derecho soberano de aplicar las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de El Cairo y en el Consenso de Montevideo, de conformidad con sus leyes nacionales y con sus prioridades de desarrollo, y de forma compatible con los derechos humanos, universalmente acordados. Las metas y los indicadores presentados en la Guía Operacional pueden considerarse como referencia y adaptarse o complementarse en ámbito nacional de acuerdo a las especificaciones de cada país.

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

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

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

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

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

Actualmente, los pocos avances en el acceso a la planificación familiar y el bajo descenso de la fecundidad entre las adolescentes (15 a 19 años), han empujado a que México continúe buscando mecanismos para avanzar en garantizar que toda la población ejerza sus derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo, adoptando como compromiso de estado el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo, además de la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Los compromisos de México a nivel internacional y la implementación de la ENAPEA hacen evidente que se tiene por lograr que toda la población pueda acceder y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de igualdad de género y libre de discriminación.

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

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

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

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

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

Asimismo, con este nuevo enfoque señala Ann Starrs que, los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva deben ser acordes a los estándares de salud pública y los derechos

humanos, que incluyen: "Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad" en el marco del derecho a la salud, por lo que los servicios deben incluir:

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

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

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

Hogares (ENDIREH, 2016), la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2017) y Estadísticas Vitales<sup>36</sup> que levanta y administra el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que brindan insumos para la construcción de indicadores relevantes o complementarios.

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

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

A lo largo de cada capítulo se realizará un análisis a través de los principales indicadores

<sup>36</sup> Véase: Estadísticas de natalidad (Última actualización al 30 de septiembre de 2019) en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/>

sobre el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva, mismo que permitirá realizar a modo de conclusión, algunas sugerencias de política pública sobre las áreas de oportunidad y retos por cumplir para cada uno de los derechos abordados, siguiendo el marco teórico aquí revisado.

## Bibliografía

- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M. I. (2013). "Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México" en *Salud Pública de México*, V. 55, p. S235-S240, mar. 2013. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5120>
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2016). "Desarrollo social inclusivo Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe" en la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe Lima, 2 a 4 de noviembre de 2015. [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/desarrollo\\_social\\_inclusivo.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/desarrollo_social_inclusivo.pdf)
- CNDH [Comisión Nacional de los Derechos Humanos] (2017). *Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos*, agosto, México. <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Derechos-Sexuales-Reproductivos.pdf>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2001). *La población de México en el nuevo siglo*. [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La\\_poblacion\\_de\\_Mexico\\_en\\_el\\_nuevo\\_siglo](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_poblacion_de_Mexico_en_el_nuevo_siglo)
- (2012). *¿Qué se hizo en México en Educación en Población? En ¿Qué es CONAPO? Quehacer Institucional*. [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Que\\_se\\_hizo\\_en\\_Mexico\\_en\\_educacion\\_en\\_poblacion](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Que_se_hizo_en_Mexico_en_educacion_en_poblacion)
- (2017). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- (2019). *Indicadores demográficos 1950-2050*. [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa\\_Ind\\_Dem18/index.html](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html)
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2018). *Acuerdo por el que se instala el Comité Nacional para la Implementación y el Seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y se emiten los Lineamientos para su organización y funcionamiento*. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5541767&fecha=23/10/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541767&fecha=23/10/2018)
- Germain, A. y Kyte, R. (1995). *The Cairo consensus: the right agenda for the right time*. New York, NY: International Women's Health Coalition.
- Gobierno de la República (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
- INSP [Instituto de Salud Pública] (2015). *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Documento 3 *Diseño del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/2-evaluacion-de-la-estrategia>
- (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- (2018). *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2017)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/>
- (2019). *Estadísticas de natalidad*. <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. y Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2013. <https://www.guttmacher.org/sites/default/>

- files/report\_pdf/embarazo-no-deseado-mexico\_0.pdf
- Lerner, S. y Szasz, I. (2009). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Primera Edición. México, D.F. Centro de estudios demográficos, urbanos y ambientales.
- Lerner, S. y Quesnel, A. (1994). "Instituciones y reproducción hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México" en Francisco Alba y Gustavo Cabrera (Comps.) en La Población en el desarrollo contemporáneo de México, México, El Colegio de México, pp. 85-117.
- Mojarro-Dávila, O. y Mendoza, D. (2007). "Tendencias y Cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿qué hemos logrado y a dónde se pretende llegar?", México, Salud Pública de México, Vol. 49, pp. E238-E240. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649089>
- Presidencia de la República (2011). Los objetivos del desarrollo del milenio en México: Informe de avances 2010. Primera edición. Agosto. México, D.F.
- Rabell, C. (2001). "Introducción: el cambio demográfico en las sociedades modernas", en La Población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI. CONAPO-FCE, Primera edición. México, D.F.
- Starrs, A. y Anderson, R. (2016). "Definitions and debates: sexual health and sexual rights", en The Brown Journal of World Affairs, Vol. 22, núm.2, pp.7-23.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. et al. (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. The Lancet Commissions, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- Szasz, I. y Lerner, S. (2010). "Salud reproductiva y desigualdades de la población", en: García, B. y Ordorica, M. (Coords.), Los grandes problemas de México, Tomo I: Población, El Colegio de México.
- UN [Naciones Unidas] (1967). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (xxi), de 16 de diciembre de 1966.
- (1968). Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration), 22 de abril a 13 mayo de 1968. Nueva York. [http://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final\\_Act\\_of\\_TehranConf.pdf](http://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_Act_of_TehranConf.pdf)
- (1976). Report of the World Conference of the International Women's Year (México Declaration), 19 de junio a 2 de julio de 1975. Nueva York. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf>
- (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (A/RES/34/180), 18 de diciembre de 1979. Nueva York. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- (1995). Declaración y plataforma de acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. Aprobadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas, 1995: 93-97
- (1995a). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (ICPD)-Declaración del Cairo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13/REV.1. Nueva York. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
- (2013). ICPD and human rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. Junio, 2013. <http://www.unfpa.org/publications/icpd-and-human-rights>
- (2017). "Asamblea General sobre la labor de la Comisión de Estadística relativa a la Agenda 2030 para el Desarrollo

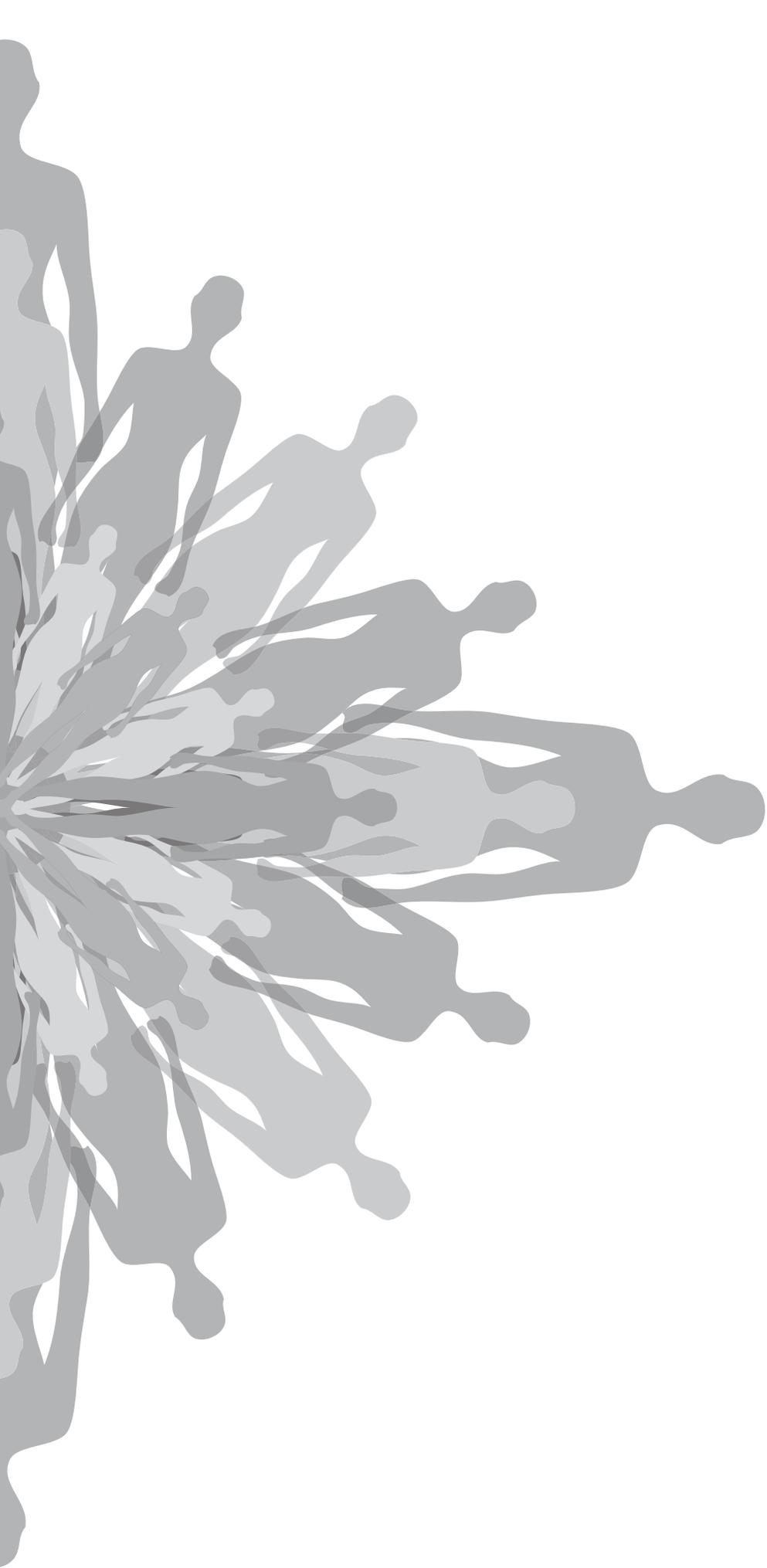
Sostenible (A/RES/71/313)", 6 de julio de 2017.  
<https://undocs.org/A/RES/71/313>

UN-CEPAL [Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina] (2015). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)

----- (2015a). "Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo". En Documento de la Segunda Reunión

de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Las dinámicas de población como eje del desarrollo sostenible: la implementación del Consenso de Montevideo para la superación de las desigualdades en el marco de los derechos humanos. Ciudad de México, 6 a 9 de octubre de 2015. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38935-guia-operacional-la-implementacion-seguimiento-consenso-montevideo-poblacion>

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2018). El poder de decidir: Derechos reproductivos y transición demográfica. UNFPA- estado de la población mundial. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2018\\_ES\\_SWP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)



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

# 4

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

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

### 4.1 Inicio de la vida sexual

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

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



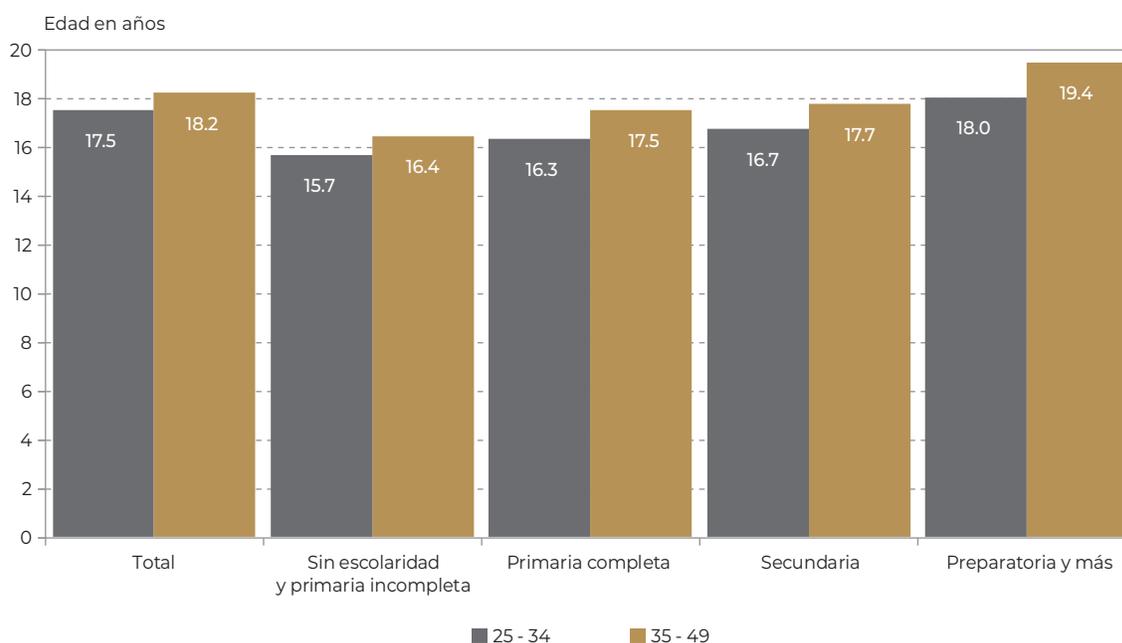
De acuerdo a las últimas estimaciones con base en la ENADID 2018, se observa que en México, la mitad de las mujeres de la generación nacida entre 1984 y 1993 (al momento de la encuesta tenían entre 25 y 34 años), ya había tenido su primera relación sexual a los 17.5 años, mientras que la mitad de las mujeres de la generación nacida entre 1969 y 1983, (cuya edad al momento de la encuesta era de 35 a 49 años), la tuvieron antes de los 18.2 años, lo que confirma que el inicio de las relaciones sexuales, en ambas generaciones se da en la adolescencia, pero en la más joven ocurre a una edad aún más temprana, situación que está altamente correlacionada al embarazo en adolescentes. Desde 2015, el gobierno ha identificado éste evento como un problema multifactorial que pone en peligro el bienestar biopsicosocial de la madre y la persona recién nacida, al incrementarse las posibilidades de muerte materna y el despliegue de menos oportunidades para mejorar la calidad de vida de la población, por lo que la probabilidad de continuar o caer en la pobreza y sus consecuencias, aumentan, sin olvidar los efectos negativos de abortos clandestinos dadas las con-

diciones insalubres y de falta de atención médica en que muchos de estos ocurren (Gobierno de la República, 2015).

En diversos estudios se ha mostrado, de manera consistente, que a mayor educación de las personas se mejora la capacidad de acceso a la información e incluso se pospone la ocurrencia de eventos, como en este caso el inicio de relaciones sexuales (Gayet y Gutiérrez, 2014). En la gráfica 4.1, se observa que en ambas generaciones, la edad mediana a la primera relación sexual ocurre a una edad más temprana cuando cuentan con primaria incompleta o menos (15.7 años en las mujeres de 25 a 34 años y a los 16.4 años entre las mujeres de 35 a 49 años), generándose una diferencia de 2.3 años entre las mujeres de 25 a 34 años y de 3.0 años con las de 35 a 49 años que tienen preparatoria o más, ya que el 50.0 por ciento de ellas experimentó la primera relación sexual a los 18.0 y 19.4 años, respectivamente.

Además, si se compara a las mujeres más escolarizadas, es decir, de preparatoria o más con las que cuentan con primaria completa o secundaria,

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



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

las diferencias todavía son importantes, de 1.7 y 1.3 años entre la generación de 25 a 34 años y de 2.0 y 1.7 años entre las de 35 a 49 años. Esto es indicativo, de que se debe avanzar en lograr la permanencia de las mujeres en la escuela, de tal forma que concluyan con el nivel básico de educación, ya que ésta retrasa el inicio de la vida sexual o en su caso, con mayor frecuencia, ocurra con el uso de métodos anticonceptivos.

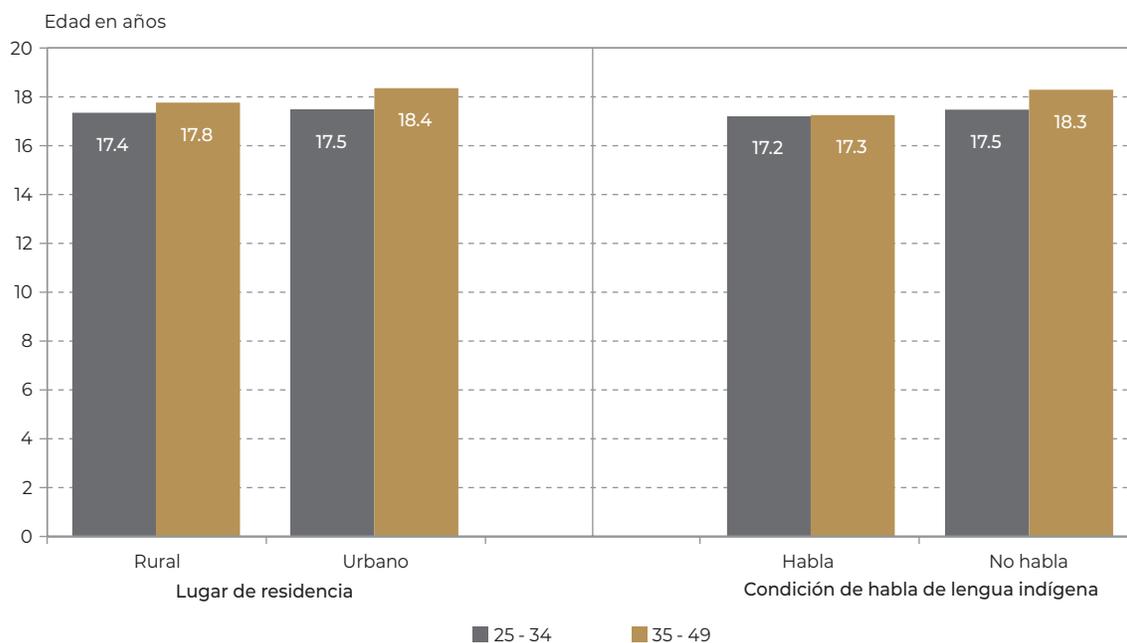
Otros determinantes sociales, económicos y culturales que influyen en el comportamiento de las personas, es el lugar de residencia (rural o urbana), la condición de habla de lengua indígena y la de discapacidad. De acuerdo al lugar donde viven las mujeres, se observa que la generación más joven (25 a 34 años) casi no muestra diferencia en la edad mediana a la que inician las relaciones sexuales (17.4 años en rural y 17.5 años en urbana), mientras que en la generación adulta (35 a 49 años) todavía se diferenciaba el indicador (17.8 años en rurales y 18.4 años en urbanas).

La escasa divergencia que presentan las mujeres más jóvenes en el indicador entre quienes residen en zonas rurales y urbanas, puede deber-

se a la heterogeneidad que hay en las ciudades donde los ingresos bajos y medios provocan que grandes poblaciones vivan en barrios marginados, los cuales, al igual que en los lugares rurales, también tienen menor acceso a la información, a los servicios educativos y de salud, en específico a la salud sexual y reproductiva (Starrs *et al.*, 2018), generándose de esta forma comportamientos similares en las mujeres en cuanto a la edad que inician relaciones sexuales.

En tanto que, por condición de habla de lengua indígena, se encuentra que la edad mediana al inicio de la vida sexual entre generaciones es similar (17.2 en mujeres de 25 a 34 años y de 17.3 en mujeres de 35 a 49 años); en este caso, la diferencia está determinada respecto a las mujeres no hablantes de lengua indígena que en la generación más joven, la mitad inició a los 17.5 años y en las adultas a los 18.3 años (véase gráfica 4.2). La similitud de la edad mediana a la que inician su sexualidad las mujeres hablantes de lengua indígena tanto del grupo de 25 a 34 años como del grupo de 35 a 49 años, se relaciona a la construcción cultural tradicional de los roles sexuales

**Gráfica 4.2.** República Mexicana. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2018



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

femeninos y masculinos, que desafortunadamente continúan promoviendo la desigualdad entre géneros, para tomar decisiones sobre la sexualidad y la vida reproductiva; por ejemplo, el matrimonio para las jóvenes aún se contempla como un destino obligado de vida, aunque la mayoría considera el divorcio o la separación como una alternativa si las relaciones no funcionan de manera “adecuada” (Hernández-Guerrero *et al.*, 2014).

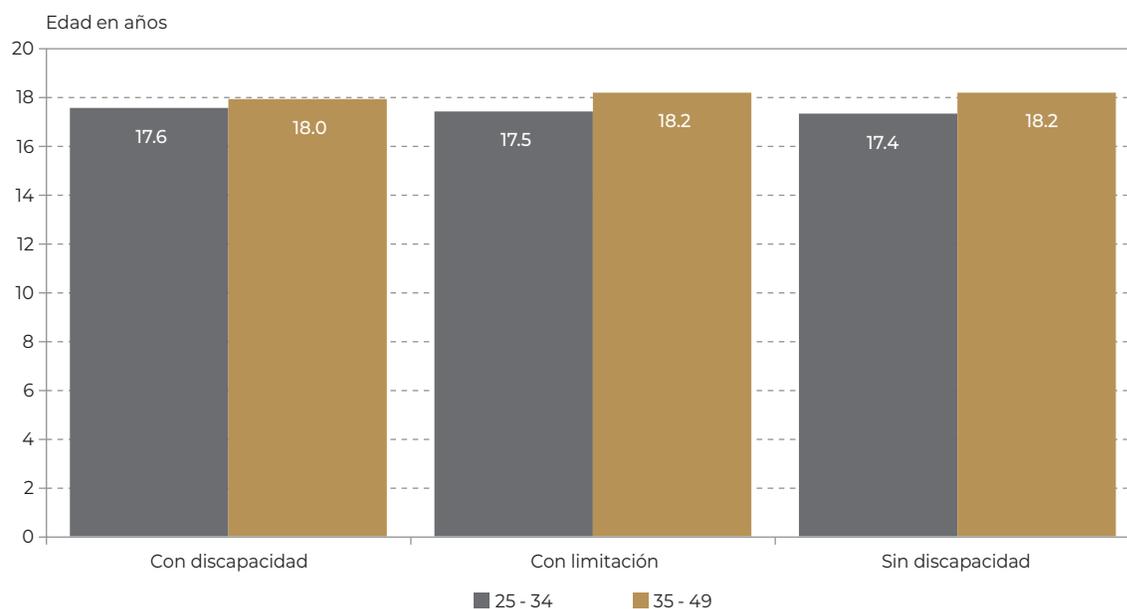
Asimismo, este comportamiento se debe a que las mujeres no hablantes disminuyeron en 0.8 puntos porcentuales la edad mediana al inicio de las relaciones sexuales mientras que las mujeres hablantes mantuvieron prácticamente constante esta edad; lo mismo se observa para las mujeres urbanas respecto a las rurales. Lo anterior puede deberse a una sobreexposición de contenidos sexualizados que provocan el inicio de las relaciones sexuales a una edad más temprana a falta de una adecuada y oportuna educación integral en sexualidad (Delpino, 2015).

En el caso de las mujeres en edad fértil por condición de discapacidad se observa que ambas generaciones presentan casi el mismo comporta-

miento que a nivel nacional, donde las mujeres de la generación más joven inician a una edad mediana más temprana respecto a la edad mediana de las adultas; por ejemplo, las mujeres entre 25 y 34 años que viven con discapacidad inician relaciones sexuales a los 17.6 años, mientras que en las de 35 a 49 años ocurrió a los 18.0 años; las más jóvenes que tienen alguna limitación, lo hicieron a los 17.5 años y entre las adultas con la misma característica a los 18.2 años; finalmente en la generación más joven sin discapacidad, ocurre a los 17.4 años y entre las más adultas sin discapacidad a los 18.2 años (véase gráfica 4.3).

Ahora bien, al analizar la edad mediana a la primera relación sexual por entidad federativa se observa que en la mayoría de los estados la generación más joven (25 a 34 años) inicia a una edad más temprana respecto a la generación adulta (35 a 49 años); pero además se encontró que la edad mediana a la que tuvieron la primera relación sexual las mujeres de 25 a 34 años entre entidades federativas muestran diferencias, destacándose que en Zacatecas, Quintana Roo, Yucatán y Guanajuato la mitad de las mujeres experimentaron

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



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

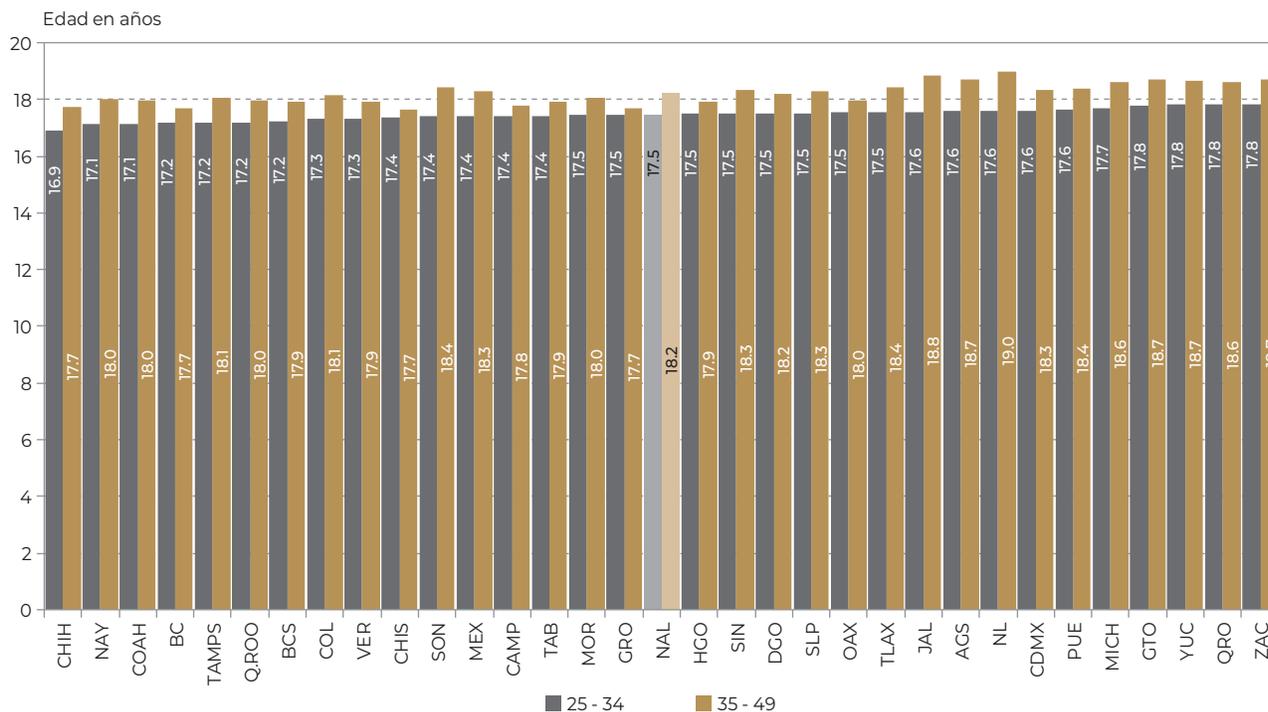
esa primera relación sexual a los 17.8 años, mientras que en Chihuahua, Nayarit, Coahuila y Baja California ocurrió a una edad más temprana, 16.9, 17.1 y 17.2 años, respectivamente. Por otra parte, es importante destacar que, entre las residentes de las entidades de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, la edad mediana entre generaciones es muy similar, lo cual podría explicarse por la predominancia de población indígena en esas entidades (véase gráfica 4.4).

Estos resultados confirman que el inicio de la vida sexual de las mujeres en México, en general, ocurre en la etapa de la adolescencia, y que sólo aquéllas que alcanzan niveles de escolaridad altos, como preparatoria o más, son quienes postergan el inicio de la vida sexual hasta alcanzar poco más de la mayoría de edad. Por su parte, pese a la urbanización que existe en el país, no se visibilizan diferencias entre la edad mediana a la que inician su vida sexual las mujeres en zonas rurales respecto a las urbanas, y que los patrones culturales siguen prevaleciendo entre generaciones, como es el caso de las hablantes

de lengua indígena. Por ello, es indispensable continuar difundiendo información sobre sus derechos sexuales con perspectiva de género que proporcione mayor autonomía a las mujeres con respecto a su vida sexual, el matrimonio y por ende en la toma de decisiones reproductivas (Starrs *et al.*, 2018).

Asimismo, es importante destacar que entre las mujeres de la generación más joven que viven con discapacidad o con alguna limitación, no muestran diferencias a la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres sin esta condición, de esta misma generación a nivel nacional; por lo que, se refuerza que las mujeres que viven con discapacidad tienen las mismas necesidades de acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, también es más probable que sufran de abuso físico, sexual, violación y discriminación que se los impida; por lo que, es indispensable brindarles la atención adecuada, cuidando aspectos de vulnerabilidad que comienzan a una temprana edad y pueden continuar en la vida adulta (Starrs *et al.*, 2018).

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



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

## 4.2 Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

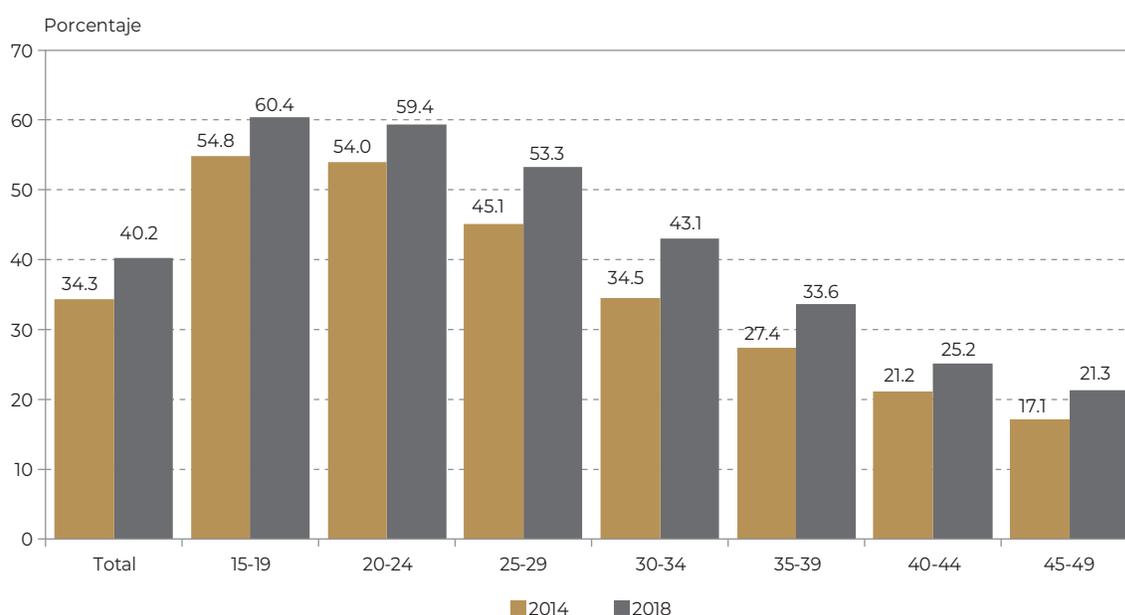
El ejercicio de la sexualidad es un derecho de mujeres y hombres; sin embargo, la información que la mayoría recibe sobre las relaciones y la sexualidad, en la transición de la niñez a la adolescencia y a una edad más adulta, es confusa y muchas veces hasta contradictoria (UNESCO, 2018). Para hacer efectivo el derecho a una sexualidad segura, placentera y libre de coacción, las personas deben contar con información sobre sexualidad y el acceso a métodos anticonceptivos modernos para evitar contraer alguna ITS, incluido el VIH y, principalmente en esta etapa, el embarazo adolescente y los resultados reproductivos adversos que se derivan para este grupo de mujeres, al no contar con las condiciones deseables de acceso a servicios de salud, tanto para realizar un aborto seguro, o para que cuenten con cuidados calificados prenatales, del parto y postparto (OMS-UNFPA, 2011).

Por ello, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es el primer paso

para que mujeres y hombres tengan una relación sexual segura y placentera. En ese sentido, se observa que entre 2014 y 2018, a nivel nacional, hubo un aumento en el porcentaje de mujeres en edad fértil (MEF) que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual al pasar de 34.3 a 40.2 por ciento; y, de acuerdo al grupo de edad de las MEF se observa que en las adolescentes (15 a 19 años) se alcanza el mayor porcentaje de usuarias (60.4%) en esa primera relación sexual, como se presentaba desde 2014 (54.8%), seguidas por las mujeres de 20 a 24 años que aumentaron de 54.0 a 59.4 por ciento, respectivamente y, aunque el porcentaje disminuye conforme avanza la edad, cabe destacar el aumento en general de mujeres que realizaron acciones de prevención en esa primera relación sexual (véase gráfica 4.5).

Al diferenciar a las MEF que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual de acuerdo al nivel de escolaridad, se observa que desde 2014, la mayor proporción de usuarias se ubica entre las mujeres con preparatoria o más (53.6%) y que aumentó en 2018 en 5.2 puntos porcentuales, de modo que 58.8 por ciento sí

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



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

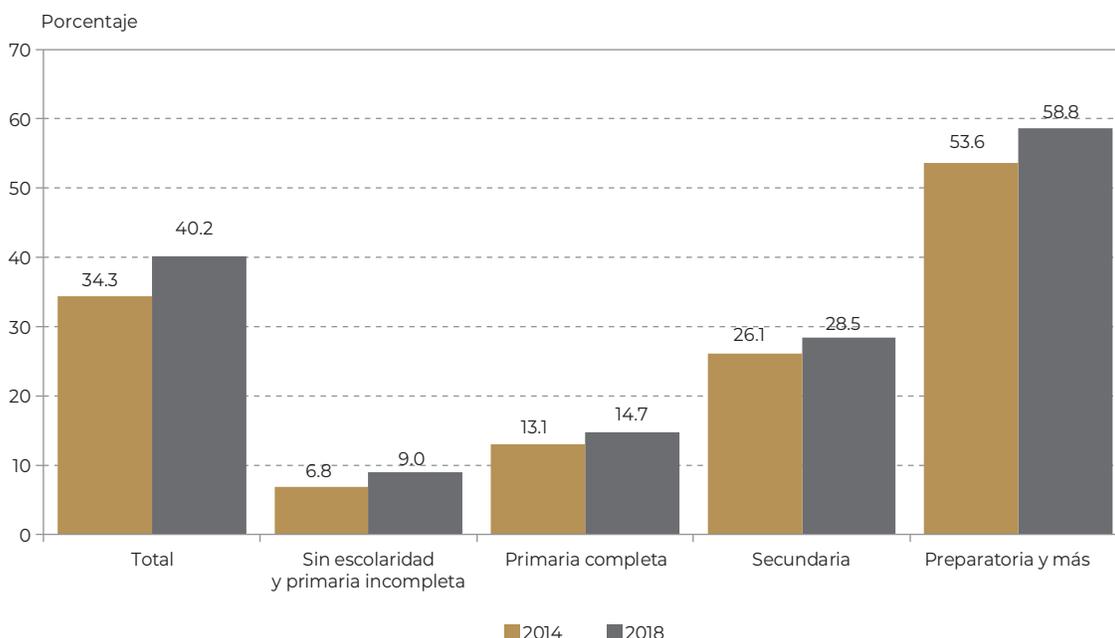
se protegió de un embarazo y/o de adquirir una ITS. Cabe destacar que en 2018, continúa la importante brecha entre las mujeres con preparatoria o más, no sólo respecto a las mujeres sin escolaridad y primaria incompleta, cuyo porcentaje de usuarias es 6.5 veces menor, y con las de primaria completa (4.0 veces menor), sino también con las de secundaria, cuyo porcentaje de usuarias es dos veces menor (véase gráfica 4.6); por lo que es importante impulsar que las mujeres alcancen una mayor permanencia en la escuela y con ello un nivel más alto de escolaridad que les permita tener un mejor acceso a la información y a los métodos anticonceptivos.

Por otra parte, de acuerdo al lugar de residencia se observa que el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se incrementó, tanto en las residentes de zonas rurales como en las urbanas, en 5.7 y 6.1 puntos porcentuales, respectivamente, alcanzando en 2018 un porcentaje de usuarias de 22.6 por ciento entre las residentes de localidades rurales y de 45.1 por ciento en urbanas

(véase gráfica 4.7), ampliándose la brecha entre 2014 y 2018 de 22.1 a 22.5 puntos porcentuales entre ambos grupos. El bajo porcentaje de MEF que realizaron acciones preventivas en las zonas rurales, puede deberse a que existe una baja instrumentación de los servicios de salud, las mujeres tienen menores niveles de escolaridad, lo que las lleva a tener un menor conocimiento de la información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, además de estigmas sociales y culturales que no les permiten tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Hernández-Guerrero *et al.*, 2014).

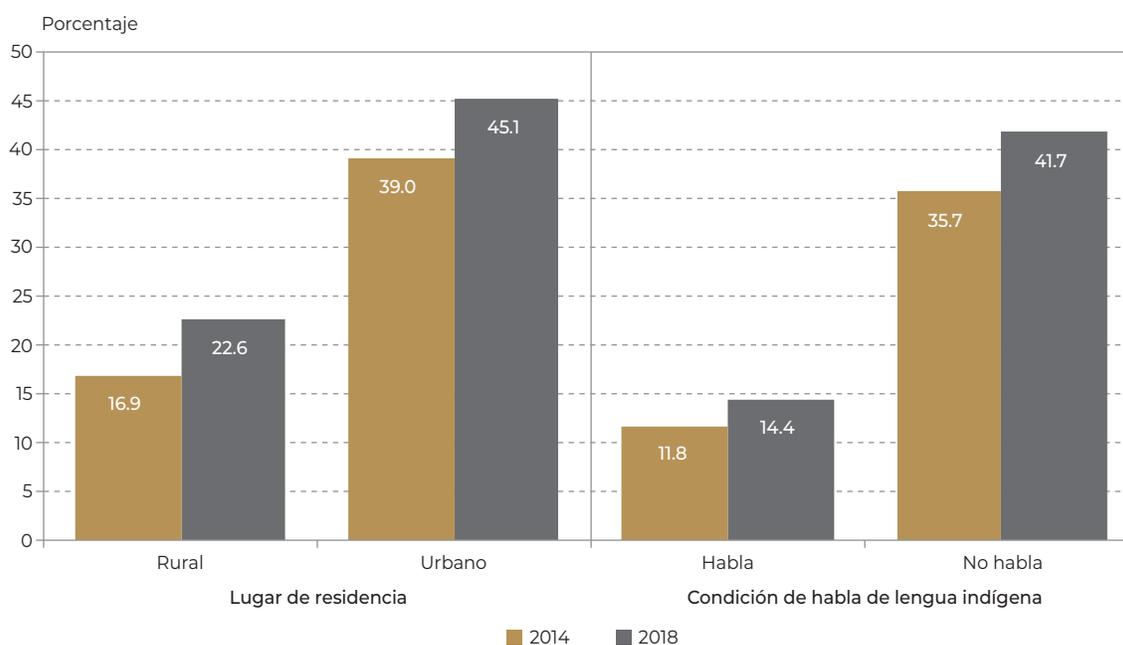
Otro de los grupos de mujeres con bajo uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es el de hablantes de lengua indígena que, aunque entre 2014 y 2018 aumentó de 11.8 a 14.4 por ciento, continúa siendo casi tres veces menor al porcentaje de MEF que no hablan lengua indígena y que usaron métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual, además de que entre las mujeres no hablantes de lengua indígena, el porcentaje se incrementó de 35.7 a 41.7 por ciento, en el periodo de estudio.

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



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

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



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

Un grupo de mujeres en edad fértil que se ha mantenido invisible, en cuanto al ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, es el de las mujeres que viven con alguna discapacidad, debido a que, a pesar de ser consideradas en la legislación internacional<sup>37</sup> en la materia, en el país sólo de manera reciente se han generado algunas estrategias concretas para su atención, como la “Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad”<sup>38</sup> con la que se busca que se empo-

deren y tomen decisiones sobre su cuerpo y la forma de experimentar su derecho a la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, sin discriminación y libre de estereotipos de género que impactan de manera diferenciada en la vida de mujeres y hombres, además visibiliza la desigualdad, la discriminación y la violencia que con mayor frecuencia afecta a las mujeres (INMUJERES, 2018).

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

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observa que entre 2014 y 2018 se presentaron importantes cambios entre las mujeres que viven con discapacidad, ya que, el porcentaje de las que sí usaron anticonceptivos en ese primer encuentro

<sup>37</sup> La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fue aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Entre sus principios básicos se destaca que el respeto a la dignidad de toda persona con discapacidad, a su autonomía, a la libertad de tomar decisiones y a la independencia, ubicándolos como sujetos de derecho, capaces de decidir sobre todos los aspectos de su vida, incluyendo su sexualidad. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/cartilla-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad-180927>

<sup>38</sup> La Cartilla se elaboró retomando los enfoques establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primero parte del Modelo Social que fundamenta que todas las personas son iguales independientemente de su condición humana, el segundo, desde el reconocimiento de sus Derechos Humanos, promueve un campo de acción

fundamental para las personas con discapacidad en la toma de decisiones que inciden en distintos ámbitos de su vida.

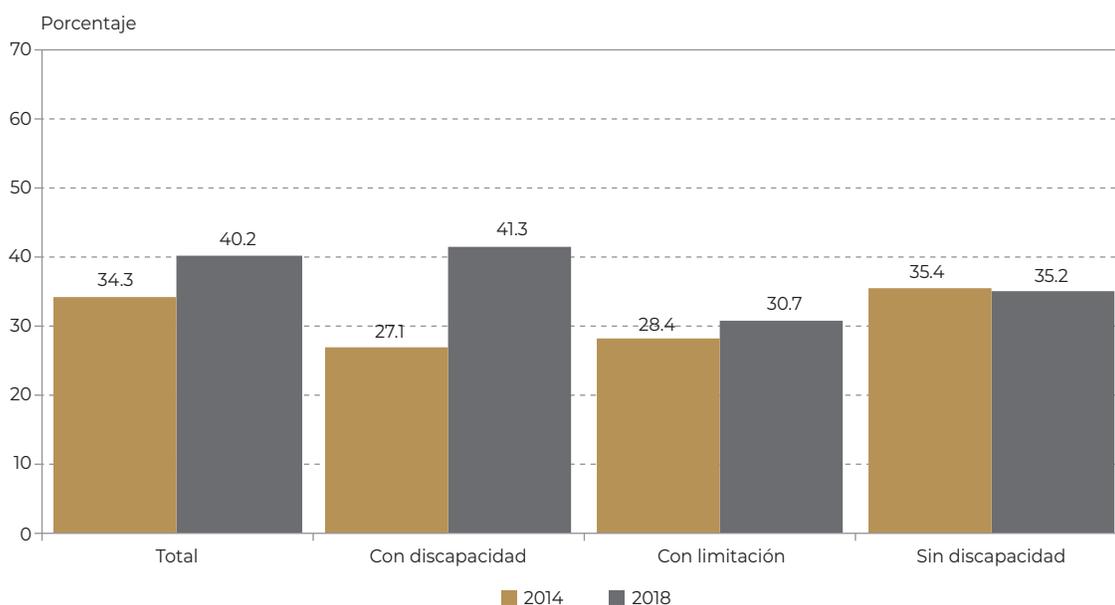
sexual aumentó de 27.1 a 41.3 por ciento, el cual, es un poco mayor al presentado a nivel nacional (40.2%), colocándolas en 2018 como el grupo con el mayor porcentaje. En las mujeres con alguna limitación también se incrementó de 28.4 a 30.7, y de las MEF sin discapacidad que casi se mantuvo, en 35.4 y 35.2 por ciento, respectivamente (véase gráfica 4.8).

Ahora bien, de acuerdo a la entidad federativa en que residen las MEF, también se identifican diferencias en el porcentaje de mujeres que hicieron uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Cabe destacar que entre 2014 y 2018, en todos los estados, aumentó el porcentaje de usuarias, destacando Nuevo León con un incremento de 12.0 puntos porcentuales, seguido por Zacatecas con 10.8 e Hidalgo con 9.2 puntos. De esta forma las entidades con el mayor porcentaje de quienes se previnieron de tener un embarazo no planeado o no deseado o de adquirir una ITS en 2018 fueron la Ciudad de México (57.0%), Baja California Sur (51.1%) y Quintana Roo (48.3%) y las entidades con menores porcentajes fueron Chiapas (19.7%), Guerrero (27.9%) y Oaxaca (29.9%); véase gráfica 4.9.

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

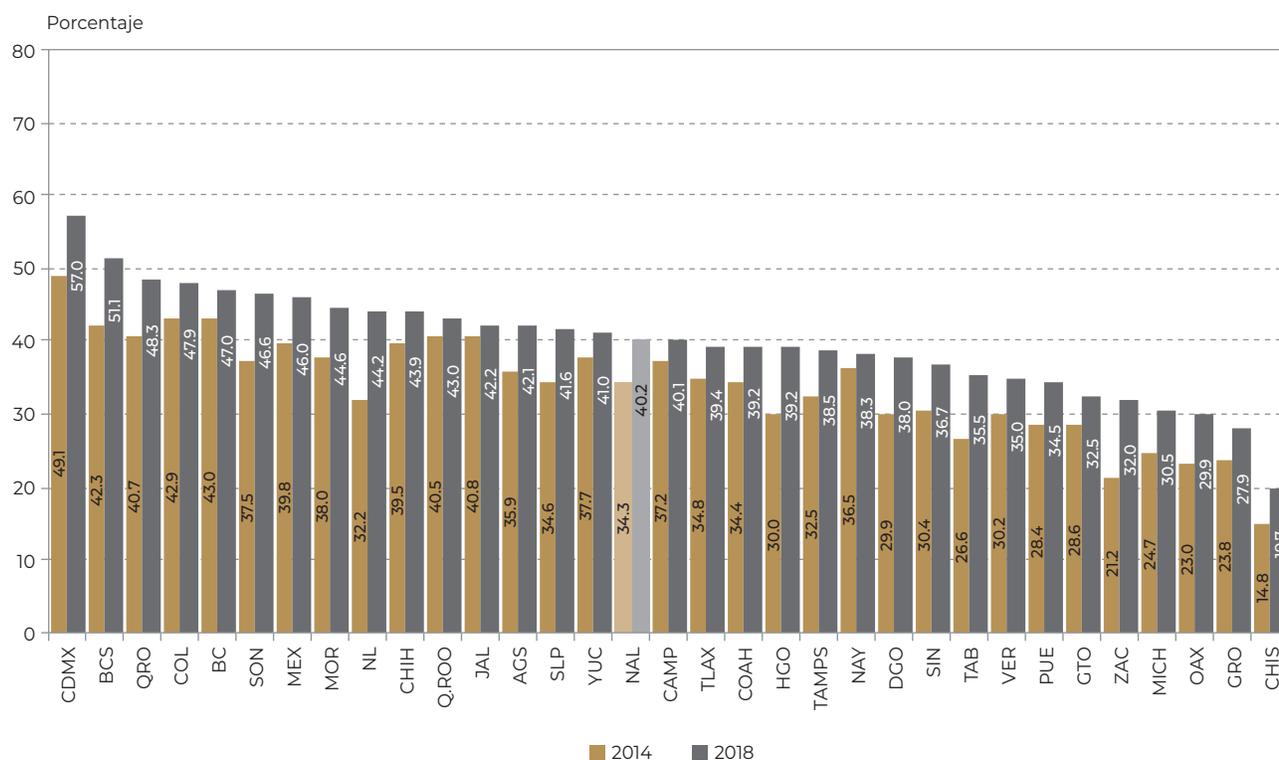
Se encontró que durante el periodo de estudio, hubo entidades federativas en las que disminuyó el porcentaje de adolescentes que hicieron uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual, destacándose: Veracruz con 8.2 puntos porcentuales menos de usuarias, Tlaxcala con 5.9, Chihuahua con 5.6 y Quintana Roo con 4.0; mientras que el mayor incremento en puntos porcentuales de adolescentes que usaron métodos en este primer evento se presentó en Hidalgo (21.2), Sonora (14.3), Estado de México (13.7), Ciudad de México (12.2), Chiapas (11.8) y Tamaulipas (11.3); véase gráfica 4.10.

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



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

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



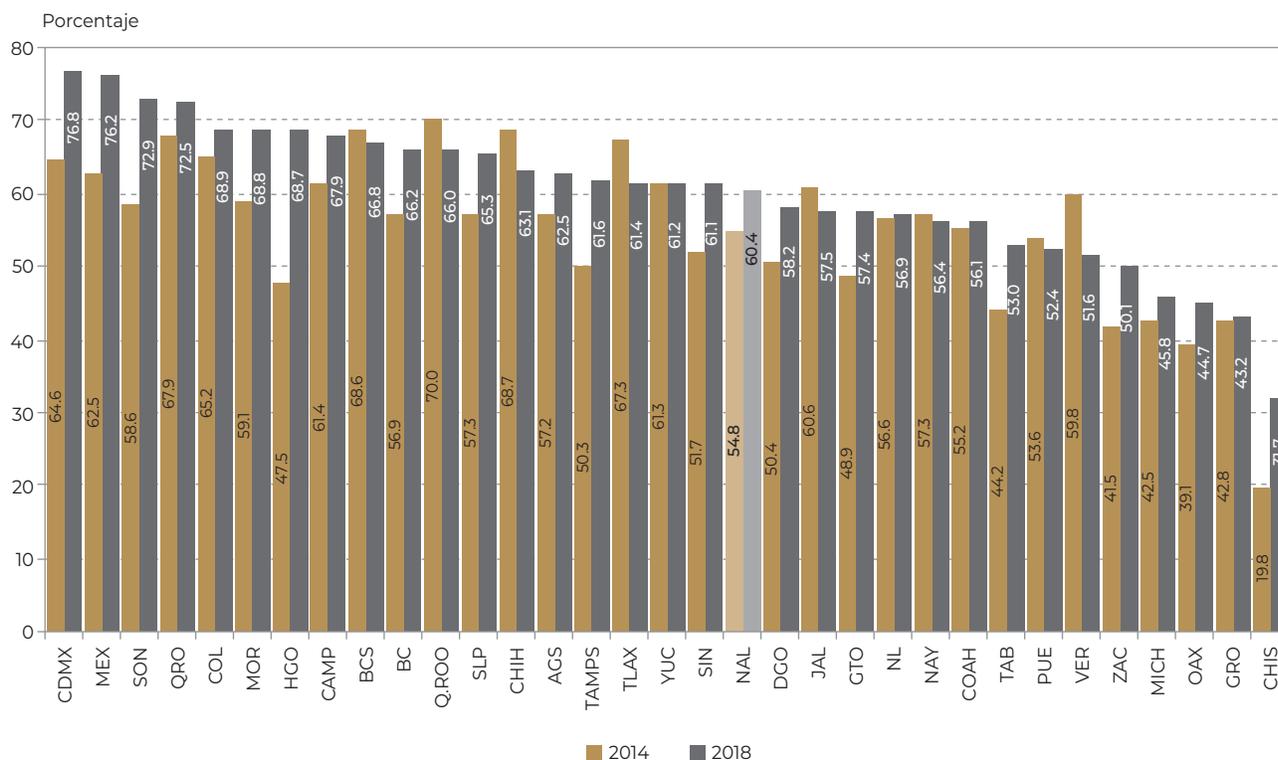
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

Asimismo, se identifica en 2018 que hubo entidades federativas donde alrededor de tres cuartas partes de las adolescentes tomaron precauciones al hacer uso de algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual, la cuales son: la Ciudad de México (76.8%), el Estado de México (76.2%) y Sonora (72.9%), estas entidades presentan los porcentajes más altos de usuarias; mientras que Chiapas (31.7%), Guerrero (43.2%) y Oaxaca (44.7%) a pesar de ser las entidades federativas con los más bajos porcentajes; debe destacarse que los niveles han aumentado, resalta que en Chiapas en 2018 cerca de una de cada tres adolescentes se protege y en Guerrero y Oaxaca se aproximan a que sea una de cada dos adolescentes.

Estos resultados muestran, que se han logrado avances importantes en la prevención entre las adolescentes al momento de iniciar

su vida sexual. Sin embargo, se deben seguir impulsando acciones a nivel de entidad federativa y local, en las que se brinde igualdad en la información y al acceso a los métodos anticonceptivos, sobre todo entre las mujeres que residen en zonas rurales y hablantes de lengua indígena, que a pesar de haber avances, continúan siendo las que presentan mayores rezagos en el ejercicio de sus derechos sexuales, y, en el caso de las mujeres que viven con discapacidad llama la atención que el nivel de uso en la primera relación sexual sea incluso un poco mayor a lo presentado a nivel nacional, situación que debe llevara a que se establezcan mecanismos con los cuales se verifique que el método anticonceptivo utilizado fue aceptado por la mujer, esto debido a que incluso en diferentes partes del mundo se han visto obligadas a aceptarlos o a abortar (Cruz, 2015).

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



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

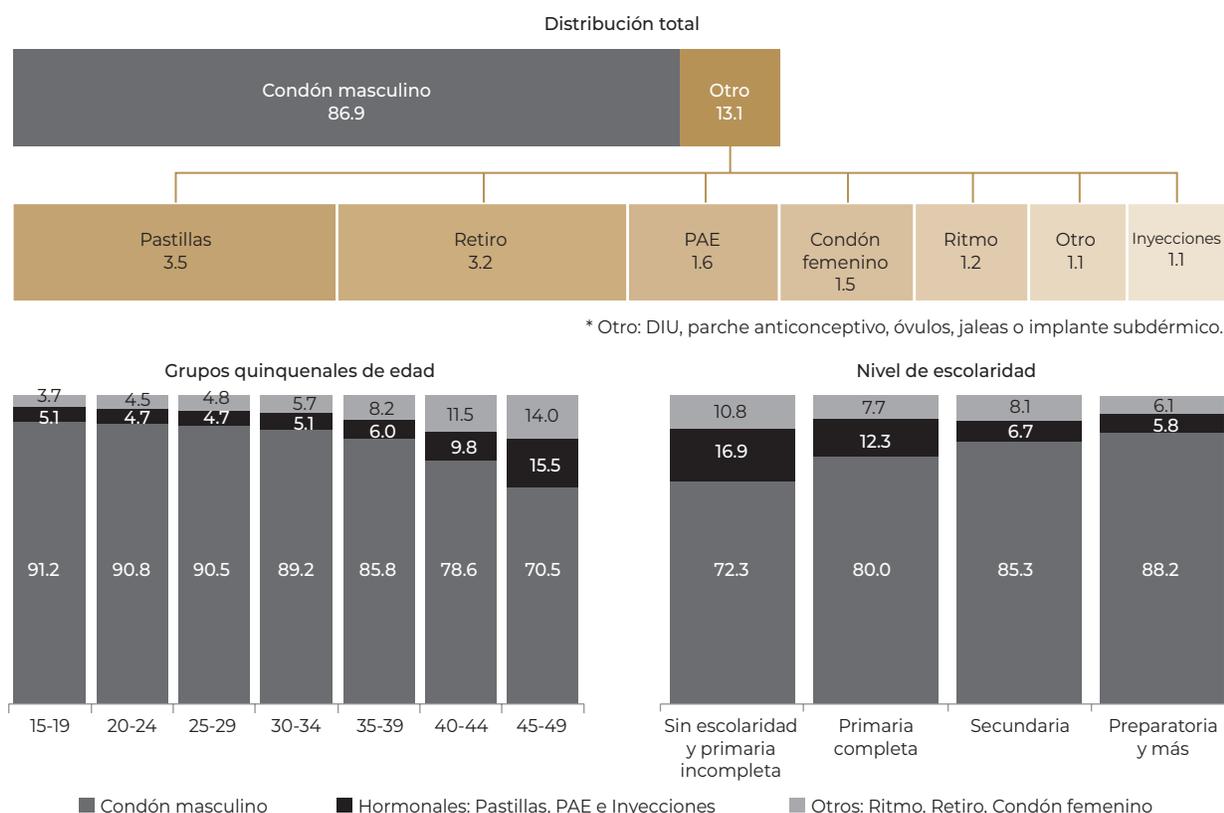
### 4.3 Tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual

La mayoría de las MEF que usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación sexual, utilizaron el condón masculino (86.9%) y 13.1 por ciento utilizaron otro tipo de método, entre los que destaca el uso de pastillas anticonceptivas y el retiro (3.5% y 3.2%, respectivamente) y en muy bajo porcentaje del condón femenino, ritmo e inyecciones, (véase gráfica 4.11). Al analizar por grupos quinquenales de edad, el más alto porcentaje de las que usaron el condón masculino se presenta entre las adolescentes con 91.2, y éste disminuye conforme avanza la edad, quedando en 70.5 por ciento entre las de 45 a 49 años; y es entre las generaciones de 40 a 44 años en donde se presentó el mayor uso de métodos anticonceptivos hormonales (9.8%) y de otro tipo de anticonceptivos (11.5%) y, que en las de 45 a 49 los porcentajes aumentan a 15.5 y 14.0 por ciento, respectivamente.

Por nivel de escolaridad, se puede observar que entre las MEF con primaria incompleta o sin escolaridad es menor el porcentaje de las que usaron condón masculino (72.3%) y es en este grupo donde se presenta el mayor porcentaje de quienes usaron métodos hormonales (16.9%) y otro método (10.8%); mientras que entre las más escolarizadas el porcentaje de usuarias de condón masculino es el más alto (88.2%) y los métodos hormonales (5.8%) y otro método (6.1%), los más bajos.

Entre las mujeres hablantes de lengua indígena y aquéllas que viven con discapacidad el porcentaje de las que usaron condón femenino es más bajo (81.1% y 82.0%) que incluso las residentes de lugares rurales (84.7%); de esta forma, las hablantes de lengua indígena al igual que las mujeres que viven con discapacidad, son las que presentan más porcentaje de usuarias de métodos hormonales y otro tipo de métodos anticonceptivos (9.9 y 8.5%, respectivamente en indígenas; 8.2 y 8.4%, respectivamente en mujeres que viven con discapacidad), véase cuadro 4.1.

**Gráfica 4.11.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que utilizaron en la primera relación sexual, 2018



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

**Cuadro 4.1.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que utilizaron en la primera relación sexual según características seleccionadas, 2018

Característica	Condón masculino	Hormonales	Otro
<b>Lugar de residencia</b>			
Rural	84.7	8.1	5.6
Urbano	87.2	5.9	5.4
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>			
Habla lengua indígena	81.1	9.9	8.5
No habla lengua indígena	87.0	6.1	5.4
<b>Condición de discapacidad</b>			
Con discapacidad	82.0	8.2	8.4
Con limitación	83.6	7.3	7.6
Sin discapacidad	87.4	6.0	5.1

Hormonales: Pastillas, PAE e Inyecciones; Otros: Ritmo, Retiro, Condón femenino

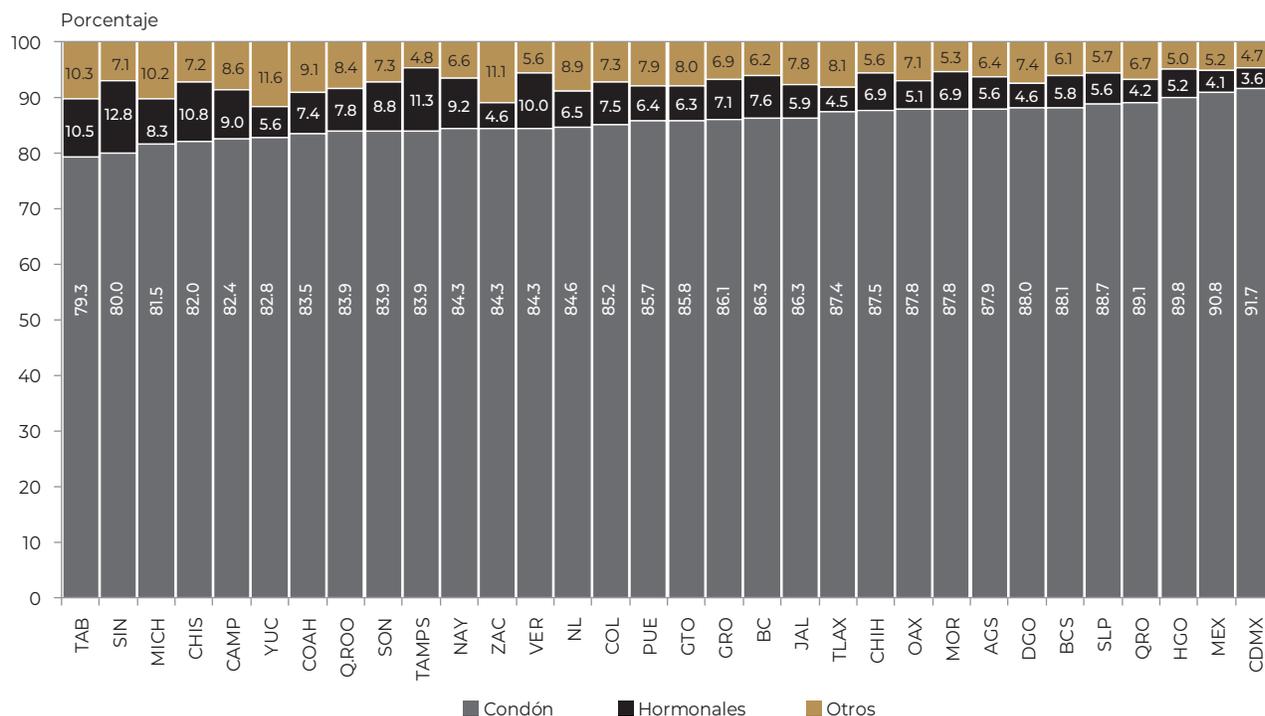
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018.

De acuerdo a la entidad federativa de residencia de las MEF; también la mayoría recurre al uso del condón masculino, alcanzando el porcentaje más alto de usuarias en la Ciudad de México (91.7%), el Estado de México (90.8%) e Hidalgo (89.8%), en las cuales, las que usaron métodos hormonales y otro tipo de método anticonceptivo se reduce a alrededor de cinco por ciento o menos (véase gráfica 4.12); mientras que entre las residentes de Tabasco, Sinaloa y Michoacán el uso del condón masculino es de alrededor de 80.0 por ciento, de hormonales aumenta hasta 12.8 por ciento en Sinaloa y otro método aumenta a 10.3 por ciento en Tabasco; aunque en Yucatán es la entidad donde otros métodos alcanzan el máximo uso, con 11.6 por ciento.

Como puede observarse, el principal método anticonceptivo que declaran haber utilizado las mujeres en esa primera relación sexual es el condón masculino, lo que permite decir que

la prevención de embarazos no planeados o no deseados, así como de ITS, se está realizando con un método anticonceptivo masculino. Asimismo, es importante señalar, que principalmente en la adolescencia se busca evitar los embarazos no planeados o no deseados y de contagiarse de ITS; y, considerando que en esta etapa son más frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo, por tener relaciones sexuales no planificadas y esporádicas, se debe intensificar el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, haciendo hincapié en la doble protección anticonceptiva, la cual, consiste en combinar el uso del condón, que es el único método capaz de disminuir el riesgo de ITS/VIH, con otro método anticonceptivo hormonal con alta efectividad, de tal forma que ambos riesgos se prevengan haciendo que la población adolescente pueda disfrutar de una sexualidad informada y placentera (Peláez, 2016).

**Gráfica 4.12.** Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual según entidad federativa, 2018



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

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

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

De esta forma, con la ENADID 2018 se observa que, todavía 59.8 por ciento de las MEF que inician relaciones sexuales (como se mostró en la gráfica 4.9), lo hacen sin usar métodos anticonceptivos, quedando expuestas a embarazos no planeados o no deseados, y a abortos inseguros, incluso a que no tengan la atención adecuada durante el embarazo, parto y posparto, y con el riesgo, de adquirir una ITS. Esta situación muestra que es necesario conocer cuáles son las causas por las que no hacen uso de métodos para proponer acciones que permitan sensibilizar y hacerles saber a las personas su derecho a obtener información sobre métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades.

En 2018, del total de MEF que no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observa que fue principalmente porque no planeaban tener relaciones sexuales (28.5%), situación que aumenta en las jóvenes de 20 a 24 años (37.2%) y las adolescentes (36.5%); como segunda causa porque querían embarazarse (24.4%), la cual aumenta considerablemente entre las de 35 años o más. La tercera fue porque no conocía o no sabía dónde obtener o cómo usar métodos anticonceptivos (24.2%), cabe resaltar que en las generaciones más adultas (35 años en adelante) se presentan los mayores porcentajes por esta causa (véase gráfica 4.13).

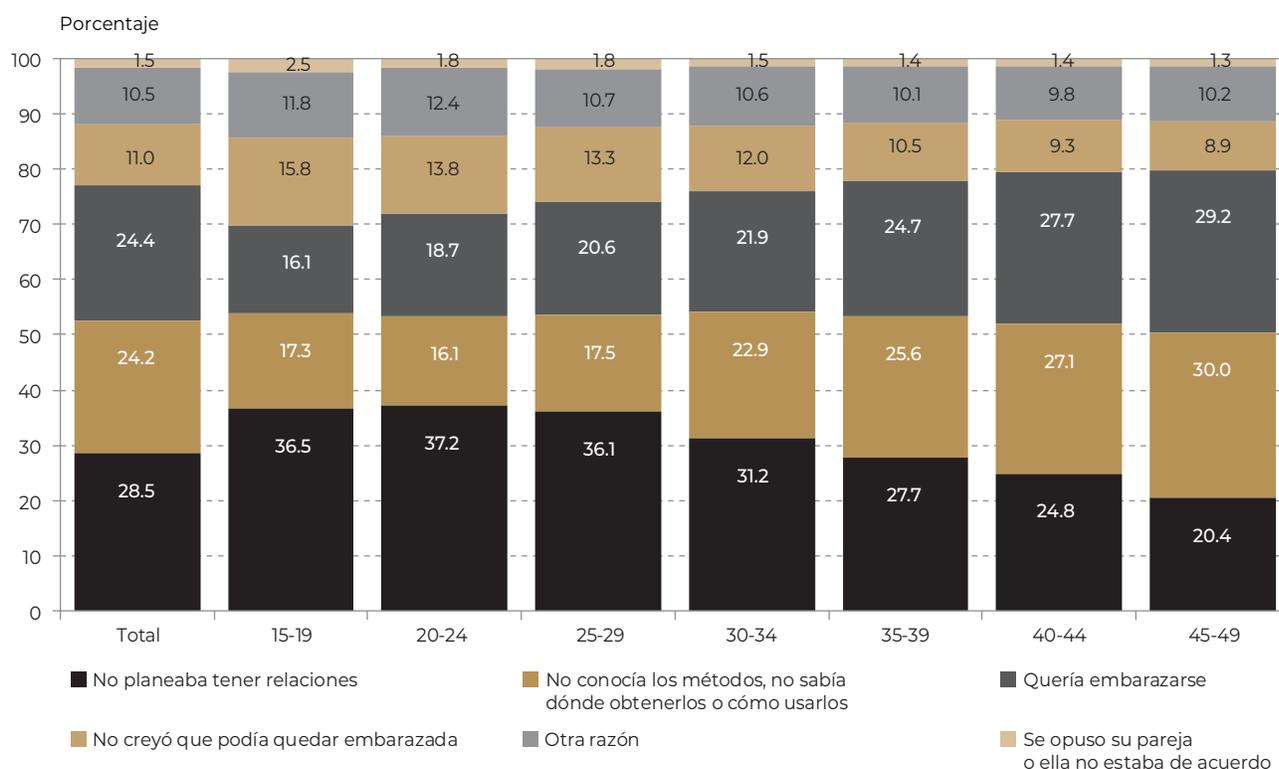
La cuarta razón es porque no creyó quedar embarazada (11.0%), siendo las adolescentes las que tienen el mayor porcentaje (15.8%), lo que lla-

ma la atención debido a que las adolescentes tienen el menor porcentaje de desconocimiento de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, la falta de planeación de las relaciones sexuales se vincula con la falta de educación integral en sexualidad, lo que obstaculiza que realicen acciones de prevención y se empoderen en la toma de decisiones al momento de tener relaciones sexuales sobre el uso de métodos anticonceptivos (UNFPA, 2016). Sobre este último aspecto la ENADID arroja que, todavía existe la oposición de la pareja o que ella no estaba de acuerdo en usar anticonceptivos, aunque en porcentajes muy bajos (1.5%). Sin embargo, entre las adolescentes y jóvenes aumenta a 2.5 y 1.8 por ciento, respectivamente.

En general, el desconocimiento de métodos anticonceptivos, querer embarazarse y tener relaciones sexuales no planeadas, son las tres razones principales por las cuales las MEF no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; y como se verá más adelante, cada una de estas causas se agudiza de acuerdo a las características sociales y culturales de las mujeres. Por ejemplo, entre las que cuentan con primaria incompleta y sin escolaridad fue principalmente porque no conocían o no sabían dónde obtener o cómo usar los métodos anticonceptivos (48.3%); entre las que tienen primaria completa, además del desconocimiento sobre métodos anticonceptivos (34.7%) fue porque querían embarazarse (27.0%) y entre las que han completado la educación secundaria alrededor de una de cada cuatro fue por alguna de las tres razones antes mencionadas, pero aproximadamente una de cada diez (11.1%) porque creía no poder embarazarse. Finalmente, entre las de preparatoria o más, fue principalmente porque, no planeaba tener relaciones sexuales (39.3%), pero además se hace visible por creer que no podían embarazarse (13.7%).

Estos resultados muestran que, la educación juega un papel muy importante y debe resultar indispensable para las personas, no solo en términos de conocimientos, sino también respecto a la capacidad para procesar información, tomar decisiones, actuar de frente a una circunstancia determinada y contar con mayores capacidades, por lo que es necesario incluir la educación integral en sexualidad (EIS) para brindar herramientas

**Gráfica 4.13.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual total y por grupos de edad, 2018



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

necesarias a las mujeres para que puedan cuidar de su salud en general y en específico, durante la adolescencia, cuidar de su salud sexual y reproductiva, con lo que podrán evitar ITS y embarazos no planeados o no deseados (UNFPA, 2016).

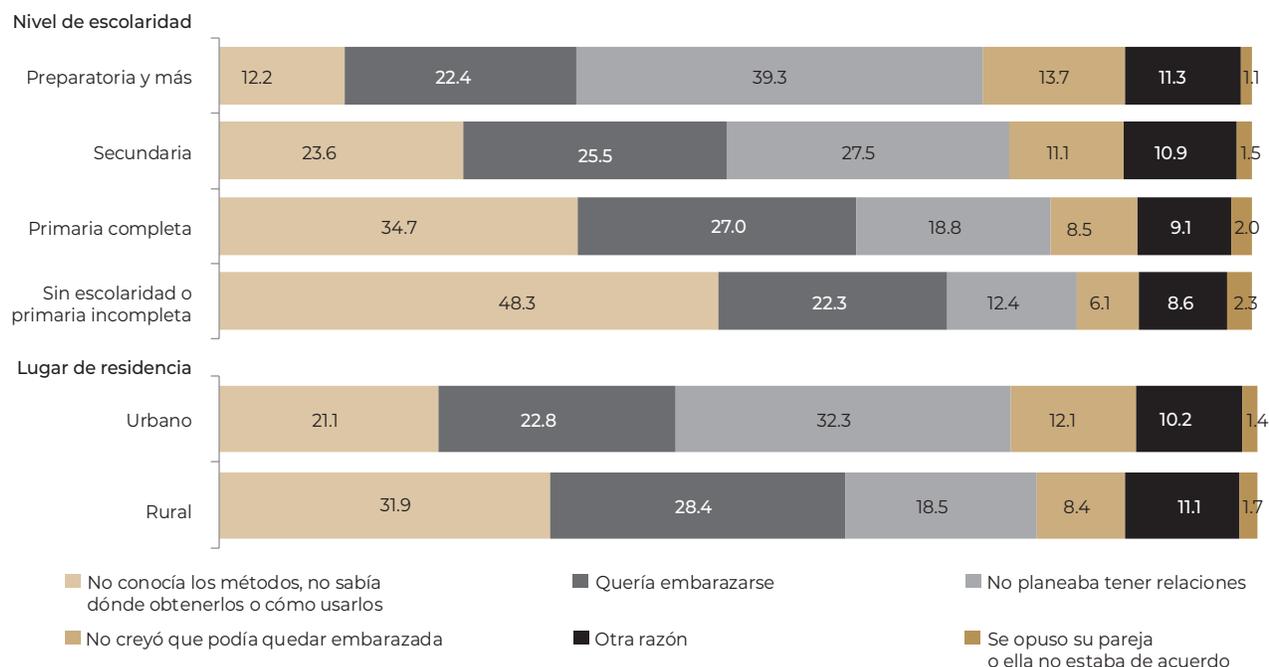
Ahora bien, al considerar el lugar de residencia de las mujeres, se encuentra que también son esas tres las causas por las que no usaron métodos anticonceptivos, las que presentan las mayores prevalencias, pero en MEF rurales es principalmente por desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos (31.9%) y entre las MEF urbanas porque no planeaban tener relaciones sexuales (32.3%). El resultado que se muestra entre las MEF rurales, confirma la falta de acceso a la información y, por ende, al acceso a los métodos anticonceptivos debido a la carente instrumentación de los servicios locales de salud dedicados específicamente a la atención de la salud sexual y reproductiva; mientras que en las MEF urbanas se refleja la falta de EIS para lograr que las relaciones

sexuales sean protegidas por tratarse de un evento fortuito (véase gráfica 4.14).

Asimismo, casi la mitad de las mujeres hablantes de lengua indígena (45.4%) no usó métodos anticonceptivos por el desconocimiento o no sabían dónde obtener o cómo usarlos, lo que nuevamente visibiliza la falta de instrumentación de servicios de salud adecuados a las necesidades culturales de esta población que, aunado al rezago socioeconómico, lo vuelve un problema estructural donde se hace necesaria la intervención de las instancias federales de salud y educación. En contraste, entre no hablantes de lengua indígena la falta de acceso a la educación integral en sexualidad se refleja en que la mayoría no usó métodos anticonceptivos porque no planeaban tener relaciones sexuales (29.8%), véase gráfica 4.15.

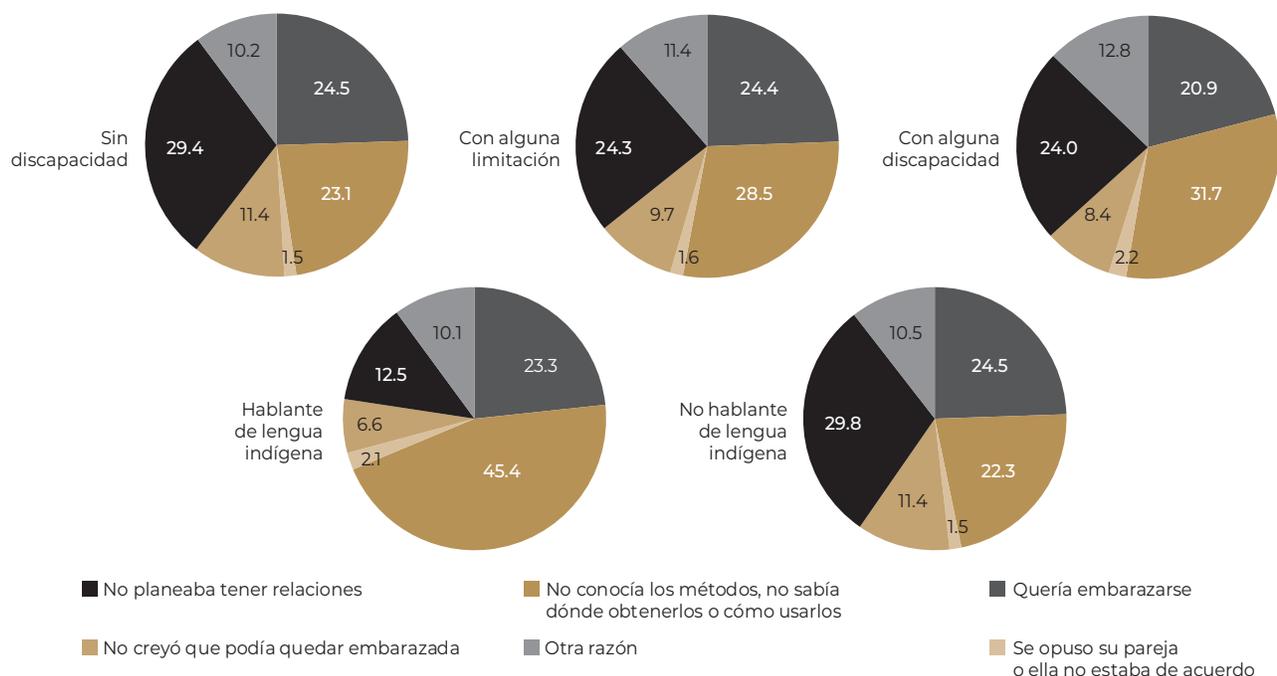
De manera similar con las hablantes de lengua indígena, se observa que las MEF que viven con discapacidad o con alguna limitación no usaron

**Gráfica 4.14.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2018



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

**Gráfica 4.15.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2018



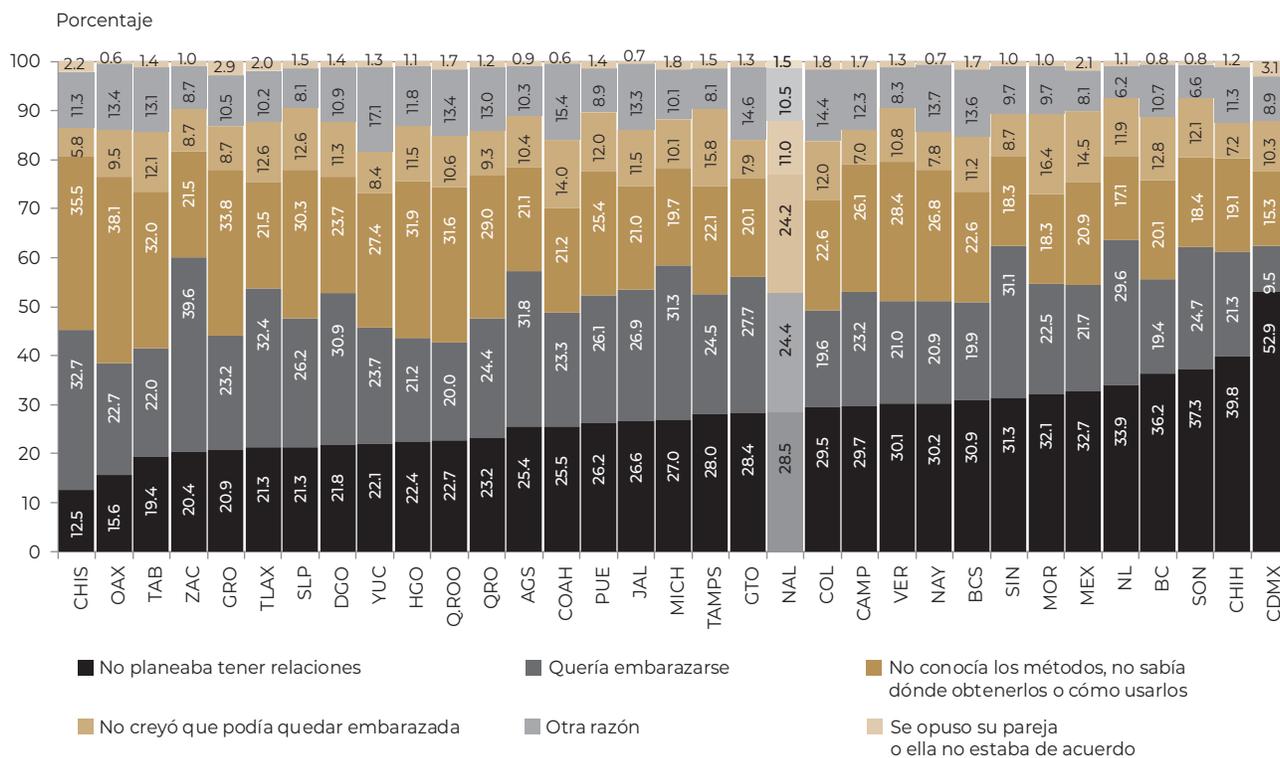
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

métodos anticonceptivos por el desconocimiento de información sobre métodos anticonceptivos, 31.7 y 28.5 por ciento, respectivamente, situación que también se encuentra ligada al bajo reconocimiento incluso por parte de las personas que prestan los servicios de salud respecto a sus derechos sexuales y reproductivos; en tanto que en las que no viven con discapacidad fue por la no planeación de la relación sexual (29.4%).

Finalmente, al analizar por entidad federativa de residencia de las MEF se observa que, el más alto porcentaje de las que no planeaban tener relaciones sexuales se ubica en las residentes de la Ciudad de México (52.9%), de Chihuahua (39.8%) y Sonora (37.3%), entidades con desarrollo socioeconómico, donde la mayoría de las mujeres pueden acceder a la información y a los métodos anticonceptivos, ya que alrededor de una de cada cinco declara desconocer sobre este tema, debido a la falta de educación integral

en sexualidad que ocasiona que las mujeres continúen sin tomar previsiones adecuadas. Mientras que en Zacatecas (39.6%), en Chiapas (32.7%) y Tlaxcala (32.4%) la mayoría quería embarazarse; situación que refleja el comportamiento conservador con relación al ejercicio de la sexualidad que aunado al rezago socioeconómico limita las opciones de vida para las mujeres. En tanto que, en Oaxaca, Chiapas y Guerrero, se presentan los mayores porcentajes de mujeres que desconocen sobre métodos anticonceptivos (38.1%, 35.5% y 33.8%, respectivamente), lo que es indicativo de la falta de instrumentación de los servicios de salud y de EIS; cabe destacar que en Morelos (16.4%), Tamaulipas (15.8%) y el Estado de México (14.5%) se presentan los más altos porcentajes de mujeres que no creían que podían quedar embarazadas, evidenciando que además requieren de una EIS de calidad en la educación formal, (véase gráfica 4.16).

**Gráfica 4.16.** Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por entidad federativa, 2018



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

Como se puede observar, la falta de planeación de las relaciones sexuales, el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, querer embarazarse y creer que no van a quedar embarazadas son las principales causas por la que en general las MEF no hacen uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; ubicándose nuevamente a las adolescentes, a las de baja escolaridad, a las residentes de zonas rurales, a las hablantes de lengua indígena y a las residentes de entidades federativas con bajo desarrollo socioeconómico como lo grupos focales, donde las acciones de instrumentación de servicios y acceso a la EIS se debe reforzar o implementar.

En ese sentido, en el país en 2019, se logra la modificación en la Ley General de Educación, que consiste en la obligatoriedad de incluir en los contenidos y planes de estudio que imparte el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares, con autorización y con reconocimiento de validez oficial de estudios que deben ser adecuados al tipo y nivel educativo, de la impartición de la educación sexual integral y reproductiva, la cual influirá en el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar, la maternidad y la paternidad responsable, la prevención de los embarazos adolescentes y de las ITS.<sup>39</sup>

## Conclusiones

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

a los y las adolescentes como sujetos plenos de derechos (UNICEF, 2015).

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

A pesar del aumento importante de Servicios Amigables para adolescentes por parte del Sector Salud en el marco de la ENAPEA que, de acuerdo al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en 2018 se reportó la operación de 2,605<sup>40</sup> Servicios Amigables y 3,693 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), alcanzando una cobertura de 85.9 por ciento de los 2,457 municipios que hay en el país, donde se dispone del paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva, en el que incluye: información y orientación en sexualidad y salud reproductiva, servicios médicos y prescripción de métodos anticonceptivos (Allen, 2013); todavía los grupos más desfavorecidos como hablantes de lengua indígena, con alguna discapacidad o limitación o con menor nivel educativo, inician sin tomar medidas de protección y planeación por el desconocimiento sobre el acceso a la información y a métodos anticonceptivos, situación que también hace diferencias geográficas, donde las mujeres que habitan en el ámbito rural tienen menor acceso a métodos anticonceptivos respecto a las de las áreas urbanas.

Además, la falta de planeación de las relaciones sexuales, y el hecho de que las adolescentes piensen que no se pueden embarazarse en la primera relación sexual, son una muestra de la ausente educación integral en sexualidad en todos los ámbitos: familiar, escolar, incluso en la comunidad. Con la inclusión de la EIS en la Ley General

<sup>39</sup> Diario oficial de la Federación (DOF) DECRETO por el que se expide la Ley General de Educación y se abroga la Ley General de la Infraestructura Física Educativa, 30/09/2019.

<sup>40</sup> Número de Servicios Amigable reportados por el CNEGSR en el Directorio Nacional de Servicios Amigables, actualizado al 30 de junio de 2019. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/servicios-amigables>

de Educación, se espera que se refuerce la capacitación para el personal docente de manera permanente para una correcta implementación de la EIS en las aulas, incluyendo a las personas que se encuentren en formación para ser docentes, así como la creación de campañas dirigidas a estudiantes y sus familias que informen sobre el derecho a la EIS y sus beneficios. Asimismo, se deberá dar seguimiento a la modificación del currículo escolar, a fin de que la EIS garantice contenidos adecuados siguiendo las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad del Sistema de Naciones Unidas, basados en evidencia científica y de preferencia abordados en diferentes asignaturas para evitar que se tenga una perspectiva meramente biologicista (Alcalde *et al.*, 2018).

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

A la luz de los resultados que se obtienen, el ejercicio del *Derecho a Decidir de Forma Libre, Autónoma e Informada sobre Nuestro Cuerpo y Nuestra Sexualidad*, se cumple de manera parcial, ya que, la falta de educación integral en sexualidad y de información, orientación y acceso a los métodos anticonceptivos, provoca que todavía dos terceras partes (60.8%) de las mujeres en edad fértil hayan iniciado relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, presentado desconocimiento sobre los riesgos de quedar embarazada o de adquirir infecciones de transmisión sexual.

Cabe destacar que en el caso de las adolescentes el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, muestra avances. Sin

embargo, la falta de planificación de éstas y la ausencia de la doble protección anticonceptiva continúa exponiéndolas a quedar embarazadas. En tanto que entre las MEF hablantes de lengua indígena y las que residen en zonas rurales, la conjugación cultural y rezago social, hace que las mujeres tengan poco acceso a la información, orientación y a los métodos anticonceptivos, por lo que, 85.6 y 77.4 por ciento, respectivamente, iniciaron relaciones sexuales sin protección alguna.

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

## Bibliografía

- Alcalde, M. A., Hunt, F., Malajovich, L. *et al.* (2018). Mira que te miro. Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo – 2017. México, International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/RHO). [https://miraquetemiro.org/downloads/mira\\_que\\_te\\_miro\\_resumen\\_global.pdf?v=oct18-3](https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3)
- Allen, B. (2013). "Atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes". En: Valdivia-Ibarra, R., Lombana-Ruiz J., Lazcano-Ponce E., Rojas-Martínez R. (eds.) Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Págs. 133-152. [https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108\\_monitoreo\\_Mujeres.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_monitoreo_Mujeres.pdf)
- Cruz, M. P. (2015). Acceso a Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de ser-

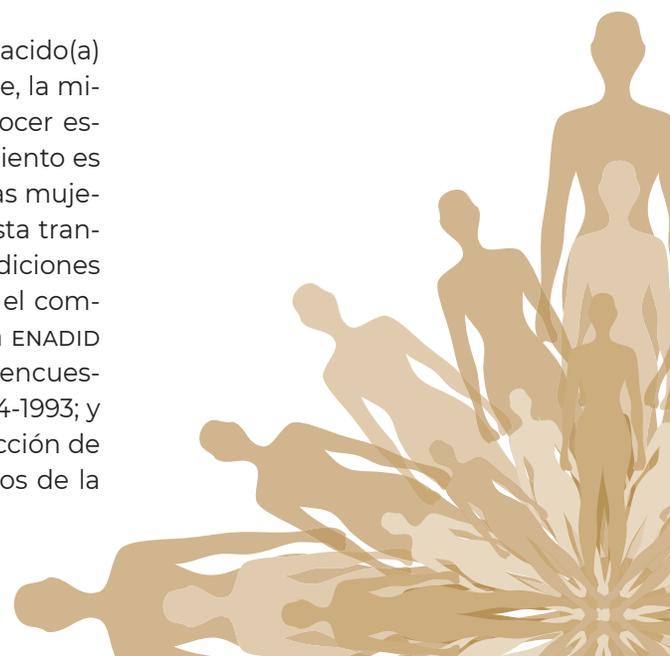
- vicios. <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v5n42/1405-9436-laven-5-42-00007.pdf>
- Delpino, M. A. (2015). *Encrucijadas de la sexualidad femenina en la adolescencia*. En Eros y Anteros. Visiones sobre la Sexualidad Femenina. Patrimonio femenino. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Pág. 64–71. <http://www.ibermuseum.org/wp-content/uploads/2015/09/Eros.pdf#page=64>
- Gayet, C. y Gutiérrez, J. P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n6/v56n6a14.pdf>
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento oficial. México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf)
- Hernández-Guerrero, M., Alberti-Manzanes, P. Pérez-Nasser, E. et al. (2014). Relaciones, género y sexualidad. Entre jóvenes rurales de Salinas de Hidalgo, San Luis Potosí, México. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46132135010.pdf>
- INMUJERES [Instituto Nacional de las Mujeres] (2018). Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad. <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/cartilla-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-personas-con-discapacidad-180927>
- OMS-UNFPA [Organización Mundial de la Salud-Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2011). Las Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO\\_FWC\\_MCA\\_12\\_02\\_spa.pdf;jsessionid=43B3AD6321998CB0567F579869A6F3B1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf;jsessionid=43B3AD6321998CB0567F579869A6F3B1?sequence=1)
- Peláez, M. J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68841>
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. et al. (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2018). Por qué es importante la educación integral en sexualidad. <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacionintegral-sexualidad>
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2016). El Estado de la población mundial, 2016. 10. Nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esta edad decisiva. Nueva York. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The\\_State\\_of\\_World\\_Population\\_2016\\_-\\_Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_Spanish.pdf)
- (2018). Estado de la Población Mundial 2018. El poder de decidir, Derechos Reproductivos y Transición demográfica. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2018\\_ES\\_SWP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)
- UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia] (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. [https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF\\_Situacion\\_de\\_Adolescentes\\_y\\_Jovenes\\_en\\_LAC\\_junio2105.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf)
- (2016) Informe anual 2015. [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_annual\\_report\\_2015\\_SPANISH\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_annual_report_2015_SPANISH_WEB.pdf)

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

### 5.1. Inicio de la fecundidad

La fecundidad es un componente crítico del cambio demográfico, en la medida en que su interacción con la mortalidad y la migración, determina el volumen y la estructura por edad de la población. Asimismo, en virtud del vínculo intrínseco que sostiene con la sexualidad, la fecundidad entraña factores particularmente íntimos y complejos, entre los que destacan el nivel de acceso al uso de métodos anticonceptivos para planear el número y espaciamiento de la descendencia. 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 (CONAPO, 2011).

La edad mediana al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) es un indicador que permite visibilizar la edad a la que, la mitad de las mujeres ya han experimentado este evento. Conocer este indicador es importante porque siguiendo su comportamiento es posible identificar cambios en la etapa de la vida en la que las mujeres se convierten en madres por primera vez y observar si esta transición ocurre a una edad cada vez menor y bajo qué condiciones ocurre. Para poder observar si esta edad cambia, se analiza el comportamiento de dos generaciones de mujeres distintas en la ENADID 2018; es decir, se observa a aquéllas que al momento de la encuesta tenían de 25 a 34 años; esto es, las que nacieron entre 1984-1993; y de 35 a 49 años, o bien que nacieron entre 1969-1983. La selección de estas generaciones responde a que, en otros estudios previos de la



SGCONAPO, se ha estimado que la edad mediana al inicio de la maternidad ocurre durante la adolescencia, por lo que analizando estas generaciones se puede observar a dos grupos de mujeres que ya pasaron por esta etapa y realizar una estimación retrospectiva (CONAPO, 2016).

De acuerdo a los datos de la ENADID 2018, se estima que la edad mediana a este evento entre la generación mayor (35 a 49 años) ocurre a los 20.8 años, mientras que para la generación más joven esta edad es de 19.6 años; es decir, la mitad de las mujeres de la generación más joven se convierten en madres durante la adolescencia (véase cuadro 5.1). Al comparar los cambios entre ambas generaciones, la edad mediana a la maternidad ocurrió prácticamente un año antes en las mujeres de 25 a 34 años respecto a las mujeres mayores (35 a 49 años). Experimentar la fecundidad en la adolescencia puede ser un evento adverso porque trunca las oportunidades de desarrollo en las mujeres, al impedir que continúen con sus estudios, y por tanto, reducir sus posibilidades de acceder a un empleo remunerado en el futuro. Asimismo, tiene implicaciones en su salud y en la de sus hijos(as), pues ellas presentan mayores complicaciones durante el embarazo, y

sus hijos(as) pueden presentar bajo peso al nacer, así como otras condicionantes posteriores en su salud (Gobierno de la República, 2016).

Si se analiza este mismo indicador de acuerdo al nivel de escolaridad de ambas generaciones, la edad mediana de la cohorte mayor cuyo nivel de escolaridad es primaria incompleta o menos, tuvo a su primer(a) hijo(a) a los 18.5 años. Por su parte, en la generación más joven esta edad fue de 17.5 años, lo que se traduce en una diferencia de un año menos en las más jóvenes. Asimismo, para las mujeres con primaria completa y secundaria la brecha entre las dos generaciones es de poco más de un año, ya que entre las de 35 a 49 años la edad mediana fue de 19.4 y 19.8 años, respectivamente, mientras que en las de 25 a 34 de 18.1 y 18.6 por ciento. Entre las que cuentan con preparatoria y más, la edad mediana al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) entre ambas generaciones se ha rejuvenecido mucho más. En la generación de 35 a 49 años, la edad mediana al inicio de la maternidad fue de 23.5 años, por su parte, en las más jóvenes es de 21.2 años, lo que indica que las mujeres más jóvenes tuvieron a su primer(a) hijo(a) 2.3 años antes que las de la generación mayor.

**Cuadro 5.1.**  
República Mexicana. Edad mediana al nacimiento del primer hijo(a)  
por características seleccionadas según generación  
de nacimiento de las mujeres, 2018

Características seleccionadas	Generación	
	25-34	35-49
<b>Total</b>	19.6	20.8
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad y primaria incompleta	17.5	18.5
Primaria completa	18.1	19.4
Secundaria	18.6	19.8
Preparatoria y más	21.2	23.5
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	19.1	19.7
Urbano	19.8	21.1
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla lengua indígena	18.8	19.5
No habla lengua indígena	19.7	20.9

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

Lo anterior implica que las mujeres con mayor escolaridad siguen manteniendo una edad mediana mayor al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a), sin embargo, aún en este grupo, que debería contar con más y mejores herramientas para evitar embarazos no deseados o planeados, la llegada del(a) primer(a) hijo(a) ocurre a edades cada vez menores en la generación más joven. Lo anterior como resultado de un rejuvenecimiento en la edad mediana a la primera relación sexual también en esta generación, ya que pasó de 18.2 años en aquéllas que nacieron entre 1969-1983 a 17.5 años en la generación de nacimiento de 1984-1993 (véase capítulo 4). Asimismo, pueden influir otros factores relacionados, como la tendencia a adelantar la primera unión de 19.8 a 18.9 años entre las dos generaciones, consecuentemente con una mayor exposición al riesgo de embarazo, en ausencia de métodos anticonceptivos o de su uso no adecuado.

Se observa que por lugar de residencia, las mujeres urbanas presentan una mayor edad mediana al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) en las dos generaciones. No obstante, ésta disminuyó de 21.1 años en la generación mayor a 19.8 años en las mujeres más jóvenes, en tanto que en las mujeres rurales la diferencia en la edad mediana es de aproximadamente medio año entre las más jóvenes y las de mayor edad: 19.1 y 19.7 años, respectivamente. Se advierte que, como resultado del rejuvenecimiento de la maternidad entre las residentes de entornos urbanos, la brecha entre las mujeres rurales y urbanas en las dos generaciones ha disminuido considerablemente, ya que en la generación de mujeres mayores la diferencia entre estos dos grupos era de 1.4 años, mientras que en la generación de jóvenes esta diferencia se estrechó 0.7 años.

La condición de habla de lengua indígena muestra que las no hablantes presentan una edad mediana mayor al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a), comparado con las hablantes de lengua indígena en ambas generaciones. Así entre la generación más adulta de las mujeres que no hablan alguna lengua indígena, la edad mediana fue de 20.9 años, mientras que en la generación más joven fue casi un año menos (19.7 años), lo

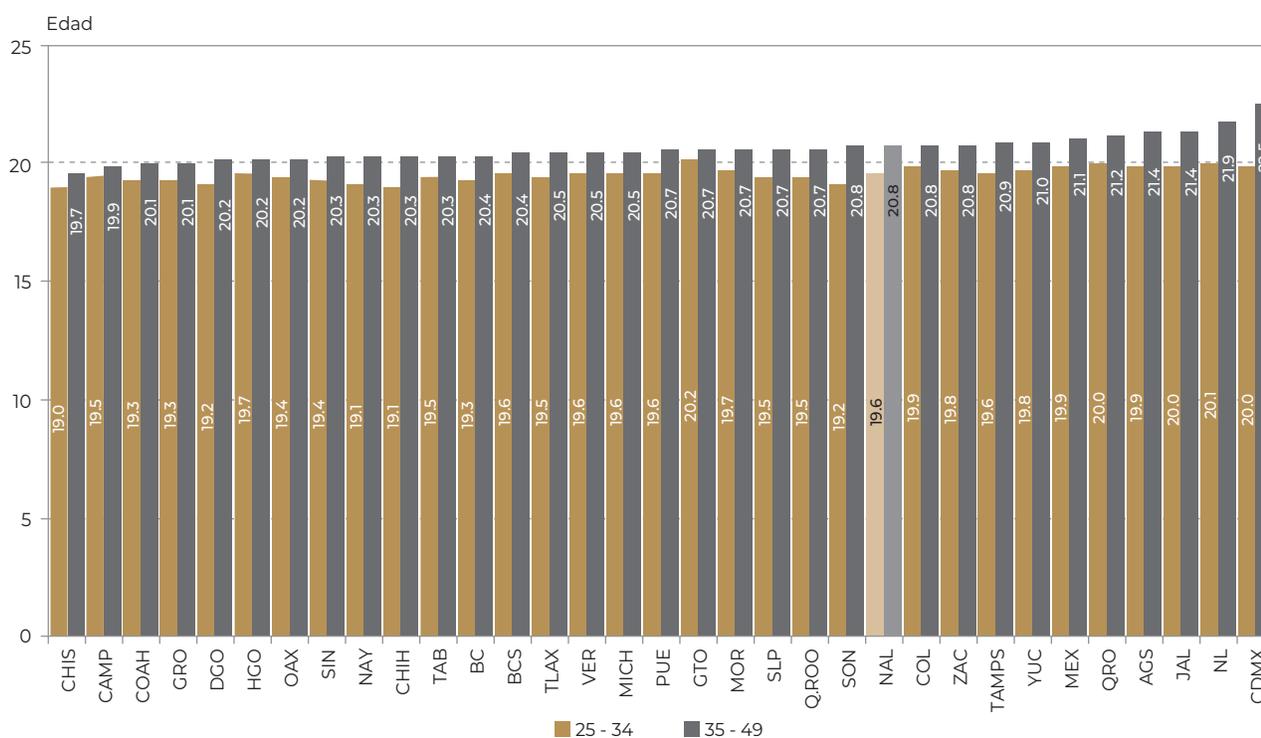
que representa un descenso importante (1.2 años) entre las dos generaciones de mujeres. En tanto que, entre las mujeres hablantes de la generación más adulta, la edad mediana fue a los 19.5 años en la generación joven fue a los 18.8 años o menos. Por lo que el rejuvenecimiento de la edad es menor entre las generaciones de mujeres hablantes de lengua indígena que entre las que no hablan lengua indígena.

Por entidad federativa se observa que, Guanajuato es la entidad con la mayor edad mediana al inicio de la maternidad en la generación de mujeres más jóvenes con 20.2 años, seguida por Nuevo León (20.1 años) y Ciudad de México (20.0 años), ésto como resultado de condiciones socioeconómicas más favorables, una mayor escolaridad en las mujeres, mayores oportunidades de inserción laboral, es decir, mejores condiciones en general. De forma contraria las entidades con la menor edad mediana al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) son: Chiapas (19.0 años), Durango (19.2 años) y Coahuila (19.3 años), véase gráfica 5.1.

En todas las entidades se observa un adelantamiento importante de la maternidad en la generación más joven respecto a la generación de mujeres más adultas, pero es notorio que es en las entidades con la mayor edad mediana donde se observa más este efecto, por ejemplo: en la Ciudad de México la edad mediana a este evento disminuyó en mayor medida, pasando de 22.5 a 20.0 años, en Nuevo León de 21.9 a 20.1, y en Jalisco de 21.4 a 20.0 años.

Sobre este aspecto, es posible advertir que estas entidades son aquéllas mayormente urbanizadas, por lo que es posible pensar que en estos ámbitos las y los adolescentes están más expuestos(as) a información a través de medios televisivos y musicales, publicaciones periódicas, videojuegos, internet, en los que se induce a la iniciación temprana de relaciones afectivas y sexuales; la mayoría de las veces sin la información adecuada sobre salud sexual y reproductiva, por parte del entorno familiar más cercano, así como de instituciones de salud o educativas, que promuevan el sentido de responsabilidad en el derecho al ejercicio libre de la sexualidad (Delpino, 2015).

**Gráfica 5.1.** Edad mediana al nacimiento del primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018



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

En lo que respecta a las entidades con las menores edades medianas al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) se observan diferenciales entre las dos generaciones pero son menos marcados, ya que en Chiapas la edad mediana en las mujeres adultas es de 19.7 años y en la generación más joven disminuyó a 19.0 años, mientras que en Durango pasó de 20.2 a 19.2 y en Coahuila de 20.1 a 19.3 años.

### 5.1.1 Probabilidad acumulada de tener al(a) primer(a) hijo(a)

La probabilidad acumulada permite ubicar en que etapas de la vida hay más mujeres que inician la maternidad, por ejemplo durante la adolescencia o juventud, por lo cual se divide entre aquellas mujeres que tuvieron a su primer(a) hijo(a) antes de los 18, 20 y 25 años; se calcula mediante tabla de vida<sup>41</sup> el porcentaje de mujeres que se convier-

ten en madres para dos generaciones, de 25 a 34 años y de 35 a 49 años al momento de la encuesta (CONAPO, 2011). El indicador se interpreta como porcentaje de mujeres que antes de cumplir, por ejemplo 18 años, ya habían tenido a su primer(a) hijo(a) (CONAPO, 2016).

La probabilidad acumulada de tener el (la) primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) antes de cumplir 25 años fue más alta (63.6%) entre las mujeres de 35 a 49 años que entre las más jóvenes (62.6%), lo que refleja una ligera disminución en la probabilidad de convertirse en madres en las mujeres nacidas entre 1984 y 1993. Asimismo, la probabilidad de las mujeres de 35 a 49 y de 25 a 34 años que tuvieron un(a) hijo(a) antes de los 20 años, pasó de 30.2 a 32.2 por ciento, respectivamente, mostrando un aumento en el porcentaje de mujeres de la generación más joven que se convirtieron en madres antes de cumplir 20 años;

<sup>41</sup> La estimación de la probabilidad acumulada con tabla de vida, permite incluir a todas las mujeres, es decir, considera a

las que ya experimentaron el evento como a las que no lo han experimentado.

es decir, en la adolescencia. De igual forma, al analizar el porcentaje de mujeres que iniciaron la maternidad antes de los 18 años, entre la generación mayor (1969-1983) fue de 14.0 por ciento, en tanto que para la generación más joven (1984-1993) este porcentaje aumentó a 15.7 por ciento (véase cuadro 5.2).

Los resultados son divergentes, ya que si bien muestran que ha habido una ligera postergación

de la maternidad después de los 25 años entre algunas mujeres de la generación más joven, también señalan de forma persistente que existe una mayor concentración de nacimientos durante la adolescencia en la generación más joven, por lo que es necesario redoblar esfuerzos para proporcionar a los y las adolescentes servicios de salud e información acorde a sus edades que les permita evitar embarazos no planeados y no deseados.

**Cuadro 5.2.**  
República Mexicana. Probabilidad acumulada de tener el(la) primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) antes de edades seleccionadas para dos generaciones de mujeres, 2018

Generación	Probabilidad acumulada	
25 a 34	Antes de los 18	15.7
	Antes de los 20	32.2
	Antes de los 25	62.6
35 a 49	Antes de los 18	14.0
	Antes de los 20	30.2
	Antes de los 25	63.6

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

### 5.1.2 Tasas Específicas y Globales de Fecundidad

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

En este sentido, en el país la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico en 1961, cuando

registró una tasa global de fecundidad (TGF) de 6.99 hijos(as) en promedio por mujer.<sup>42</sup> Como resultado del impacto de los programas de planificación familiar, enfocados a difundir y proporcionar los medios para ejercer el control de la natalidad y del importante proceso de desarrollo socioeconómico, en el campo de la urbanización, la escolarización y la atención a la salud, además del avance social de la mujer en el campo laboral. En 1990, el número de hijos(as) que tuvieron las mujeres fue de 3.45 hijos(as), casi la mitad (Hernández *et al.* 2015; Gobierno de la República, 2016).

El descenso de la fecundidad continúa en el 2000 a un ritmo mucho menor respecto a los primeros años, alcanzando una tasa de 2.67 hijos(as) por mujer. En 2019, las mujeres tuvieron en promedio 2.08 hijos(as), logrando llegar a un nivel ligeramente menor que el reemplazo

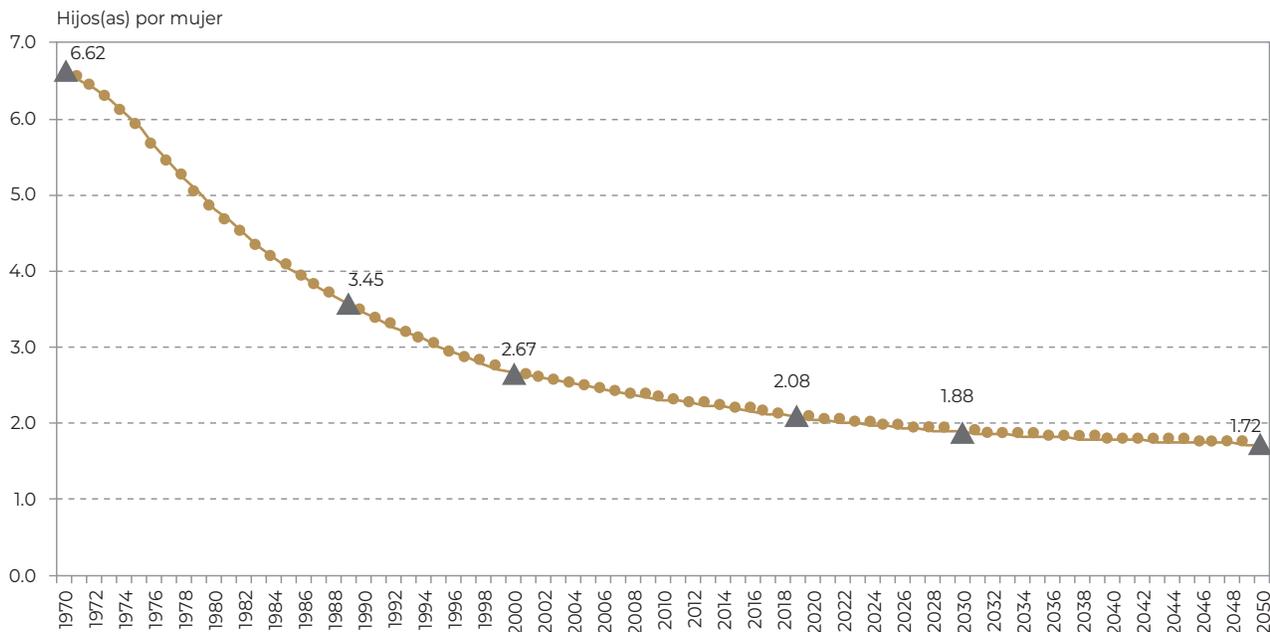
<sup>42</sup> De acuerdo con la Conciliación de Demografía de México, 1950-2015, se sugiere revisar este indicador en: <http://indicadores.conapo.gob.mx/>

generacional (2.1 hijos e hijas por mujer). Para 2030, se espera que, bajo las mismas condiciones, la tasa se ubique en 1.88 hijos(as) en promedio. Finalmente, en 2050, las mujeres tendrán en promedio 1.72 hijos(as), según estimaciones del CONAPO con base en las Proyecciones de la Población de México y de las entidades federativas 2016-2050 (véase gráfica 5.2).

A pesar de que, en México, en términos generales, se lograron avances brindando a la población elementos para ejercer su derecho a la elección sobre su reproducción, todavía coexisten grandes brechas sociales que limitan su ejercicio,

como las desigualdades de tipo económico, social, cultural y de género. Estos factores se encuentran presentes sobre todo en poblaciones vulnerables, como las personas, comunidades y pueblos indígenas, afrodescendientes, residentes de zonas rurales, y entre los que cuentan con baja escolaridad, afectando a gran parte de la población mexicana y, en específico, a las mujeres y niñas que viven en el círculo de la pobreza, marginación y en contextos de violencia en general con capacidades reducidas por la imposibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, que se manifiestan en tasas de fecundidad mayores entre estos grupos.

**Gráfica 5.2.** República Mexicana. Tasa Global de Fecundidad, 1970-2050

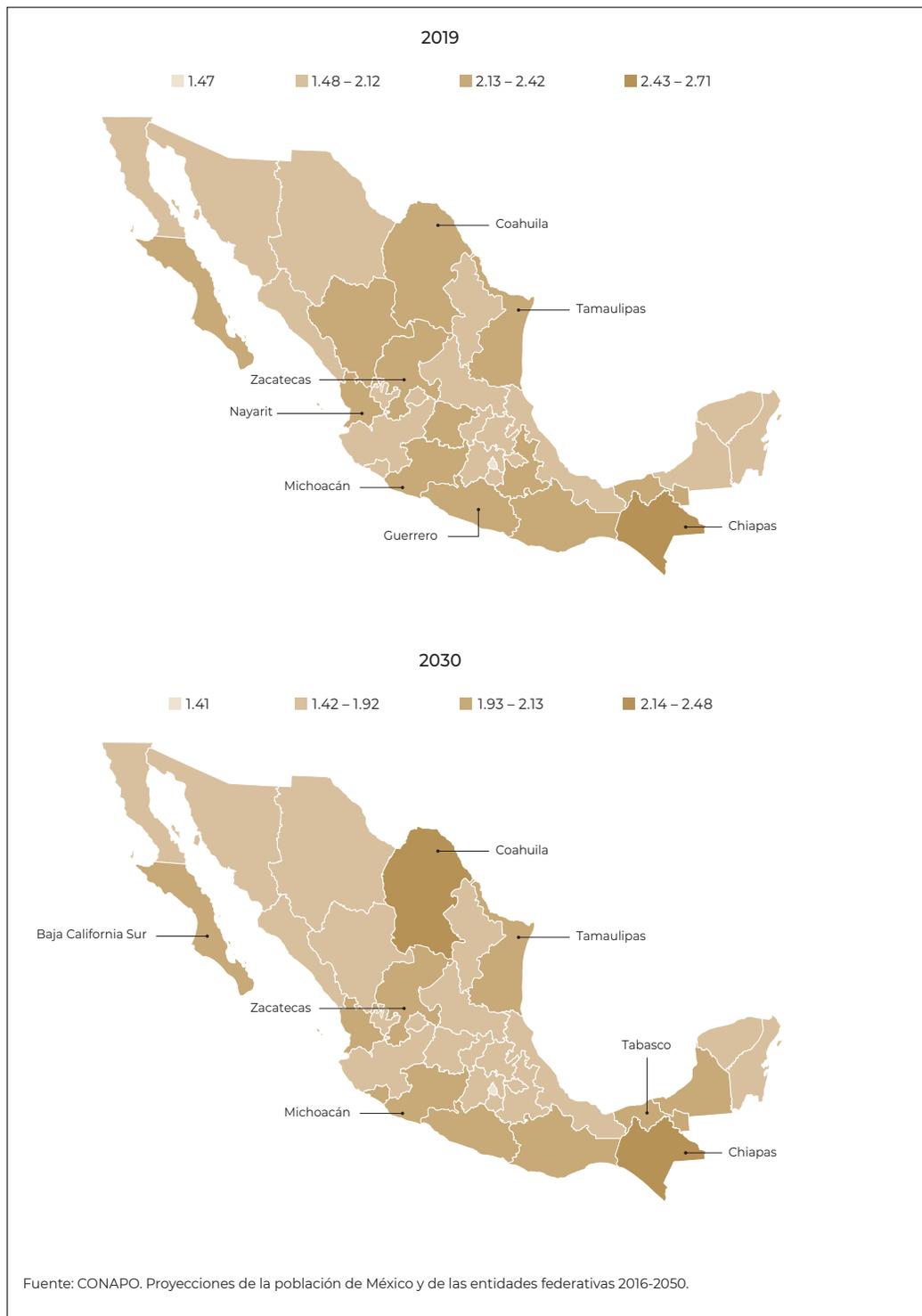


Fuente: CONAPO. Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

En este marco, resalta la heterogeneidad de niveles de fecundidad dentro del país, de modo que las entidades con alta tasa global de fecundidad en 2019, fueron: Chiapas (2.71 hijos(as) en promedio por mujer), Coahuila (2.42), Zacatecas (2.38), Michoacán (2.31) y Guerrero (2.30). Cabe destacar que a excepción de Coahuila, las demás entidades presentan bajos porcentajes de prevalencia anticonceptiva. Por otra parte las cinco entidades con baja TGF fueron, Quintana Roo (2.01), Baja California (1.94), el Estado de México (1.91), Yucatán (1.89) y la Ciudad de México (1.47).

Para 2030, se espera que las tasas más altas se presenten en Chiapas, Coahuila, Michoacán, Zacatecas, Tamaulipas, Tabasco y Baja California Sur, pues las mujeres presentarán una TGF de 2.48 a 2.16. Mientras que las tasas más bajas se ubicarán en la Ciudad de México, Baja California, el Estado de México, Yucatán, Quintana Roo, Aguascalientes, Jalisco y Chihuahua con un promedio entre 1.41 y 1.81 hijos(as) por mujer (véase mapas 5.1).

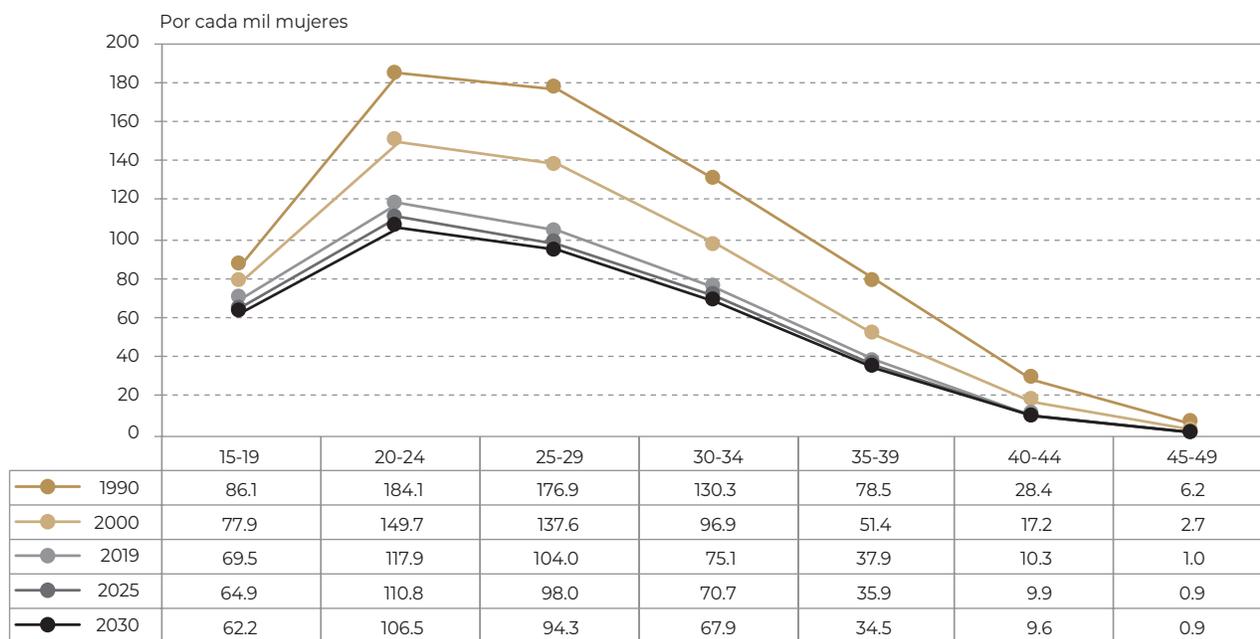
**Mapas 5.1.** Tasa Global de Fecundidad, 2019 y 2030



En cuanto a la estructura o calendario de la fecundidad se aprecia que, en general existe un descenso generalizado aunque de diferente magnitud en los distintos grupos de edad, pues las adolescentes (15 a 19 años de edad) presentan un lento descenso, sin embargo, las

mujeres de 20 a 24 años continúan siendo las que más contribuyen a la fecundidad, manteniendo el patrón de reproducción temprano, seguidas de aquéllas entre 25 y 34 años; y finalmente las mujeres de 35 o más años (véase gráfica 5.3).

**Gráfica 5.3.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, 1990-2030



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

En 1970, la fecundidad en adolescentes alcanzaba una tasa de 134.7 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, para 1990 logra disminuir en un 36.0 por ciento, ubicándose en 86.1 nacimientos, en el año 2000 las adolescentes presentaban un descenso de casi 10.0 por ciento con una tasa de 77.9 nacimientos por cada mil, no obstante para 2015 el avance fue de tan solo 4.5 por ciento en 15 años, ubicándose en 74.3 nacimientos por cada mil adolescentes.

Como resultado de esto, en 2015 se implementó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que tiene como meta para el año 2030, erradicar los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50 por ciento la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (Gobierno de la República, 2015).

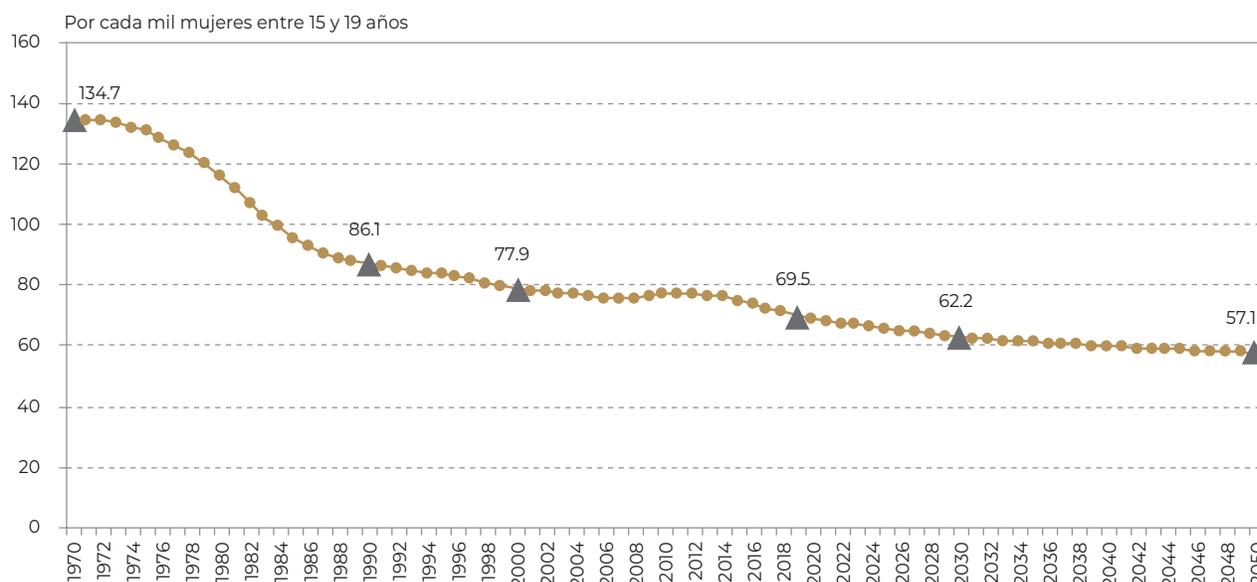
Esta es la primera ocasión en que se asume esta problemática y trata de solventarse a través de la articulación del trabajo de muchas de las dependencias que lo conforman. De igual modo, es la primera vez que no se señala como responsabilidad única del sector salud, sino que todos los sectores: educación,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

sean limitadas, lo cual redundará en una afectación a su potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía. Por ello, se considera al embarazo en las adolescentes como una situación compleja, que debe abordarse desde la óptica de los derechos humanos y debe implicar a todos los sectores del país (Gobierno de la República, 2015).

Desde el año de la implementación de la ENAPEA a 2019, la tasa de fecundidad adolescente se ha logrado ubicar en 69.5 nacimientos

por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, lo que implica un descenso de 6.6 por ciento respecto a 2015; descenso mucho más acelerado que entre 2000 a 2015, y para 2030 se espera a nivel nacional, considerando la ausencia de algún tipo de intervención como la ENAPEA, una tasa de 62.2 nacimientos por cada mil adolescentes (véase gráfica 5.4) por lo cual, es necesario continuar con las acciones establecidas en la Estrategias en cada uno de sus componentes<sup>43</sup> para lograr que la TFA se reduzca al 50 por ciento .

**Gráfica 5.4.** República Mexicana. Tasa de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años), 1970-2050



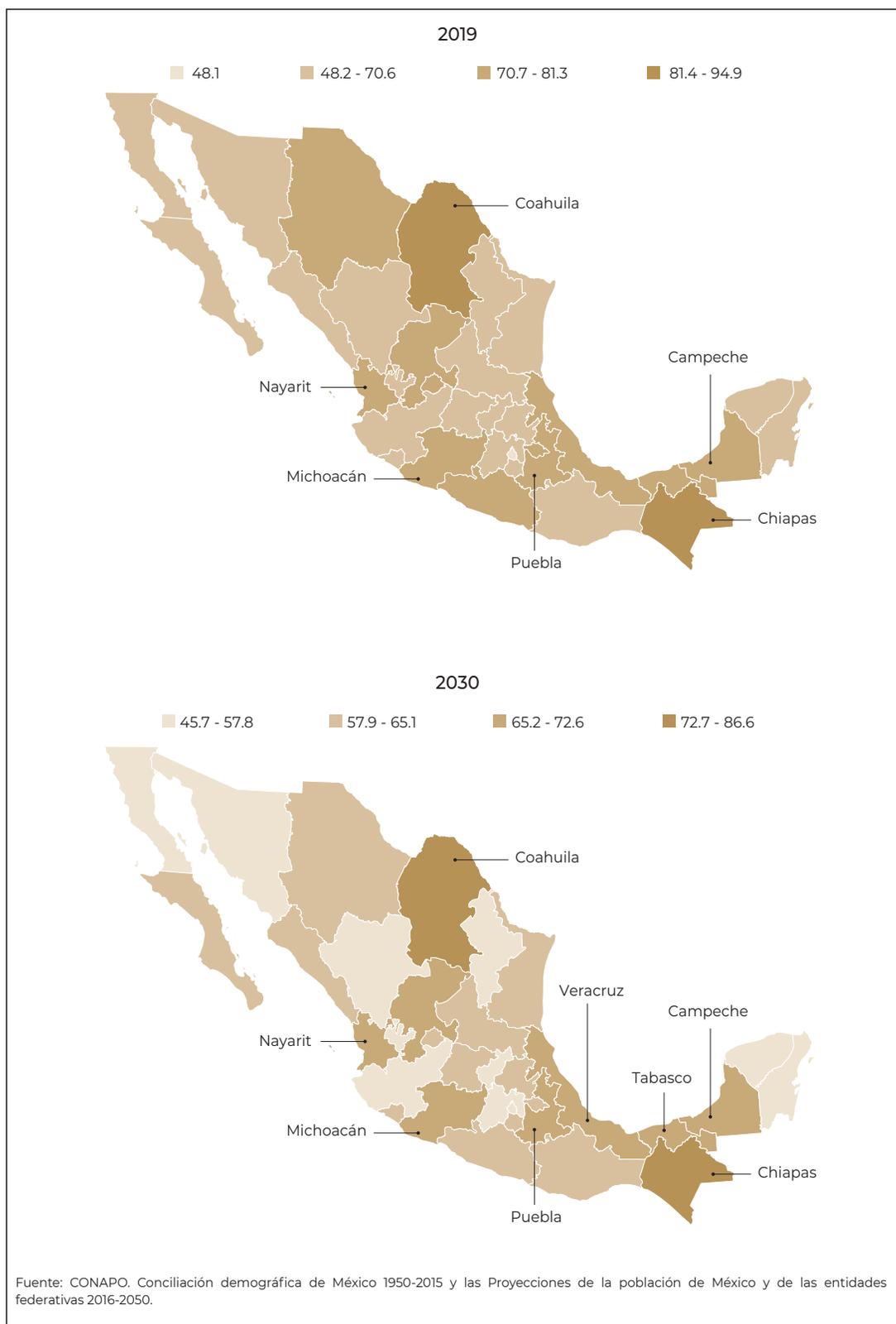
Fuente: CONAPO. Conciliación demográfica de México 1950-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

La fecundidad en adolescentes al interior de la República también tiene un comportamiento heterogéneo, tal es el caso de las altas tasas que actualmente se ubican en: Coahuila, Chiapas, Nayarit, Campeche, Puebla y Michoacán, que oscilan entre 94.9 y 77.9 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, en caso contrario se encuentra la Ciudad de México, Querétaro, Yucatán, el Estado de México, Nuevo León, Sonora, Baja California y Jalisco, al presentar las tasas más bajas, se encuentran entre 48.1 y 64.9 nacimientos por cada mil adolescentes. Para 2030, bajo las mismas condiciones, es decir sin la aplicación de la ENAPEA, se espera que las tasas más

altas se ubiquen por ejemplo en, Coahuila (86.6), Chiapas (77.4), Campeche (72.6), Michoacán (70.9) y Nayarit (70.1), y las tasas más bajas en la Ciudad de México (45.7), Querétaro (54.0), Jalisco (55.0), Sonora (55.3) y Baja California (55.4), véase mapa 5.2.

<sup>43</sup> La ENAPEA se diseñó a partir de la metodología de Marco Lógico en el que se establecieron seis componentes con los cuales se logrará alcanzar las metas los cuales son: C1. Educación inclusiva, integral y flexible, C2. Educación Integral en Sexualidad progresiva e inclusiva, C3. Oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades, C4. Entorno habilitante, C5. Servicios de salud amigables, resolutivos, inclusivos y versátiles, C6. Detección Temprana y Atención de la Violencia Sexual contra niñas, niños y adolescentes.

**Mapas 5.2.** Tasa de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años), 2019 y 2030



En este sentido, cobra relevancia la ejecución de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo que se contemplan en la Guía Operacional,<sup>44</sup> en específico en su medida número 14, así como en la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como parte de la Agenda 2030, en las que se establece empoderar a las mujeres y las niñas, dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro (CEPAL, 2015).

Asimismo, resulta esencial sumar esfuerzos para continuar con las acciones de la ENAPEA, entre las que destacan: que exista una oferta educativa de calidad que desarrolle habilidades para la vida y promueva la participación social, además de brindar educación integral en sexualidad y, acceso a información, servicios y suministros de salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos modernos. Es primordial asegurar la existencia de suficientes oportunidades laborales para que las y los adolescentes en edad de trabajar puedan acceder a un ingreso suficiente y aquéllos que necesitan estudiar y trabajar puedan mantenerse en la escuela y generar expectativas de vida distintas al embarazo. Este abordaje debe ocurrir en un entorno legal, social y regulatorio habilitante, esto es, que por un lado proteja los derechos de las personas en general, y en particular en la infancia y adolescencia, y a la vez promueva relaciones saludables e igualitarias. Finalmente, deben fortalecerse las acciones para la prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, eliminando cualquier tipo de restricción y encarar la desigualdad multidimensional en todos sus frentes (Gobierno de la República, 2015).

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

Se ha identificado que los factores determinantes del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años son complejos, provienen de muchas direcciones, tienen diversas dimensiones y varían considerablemente entre regiones del país,

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

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

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

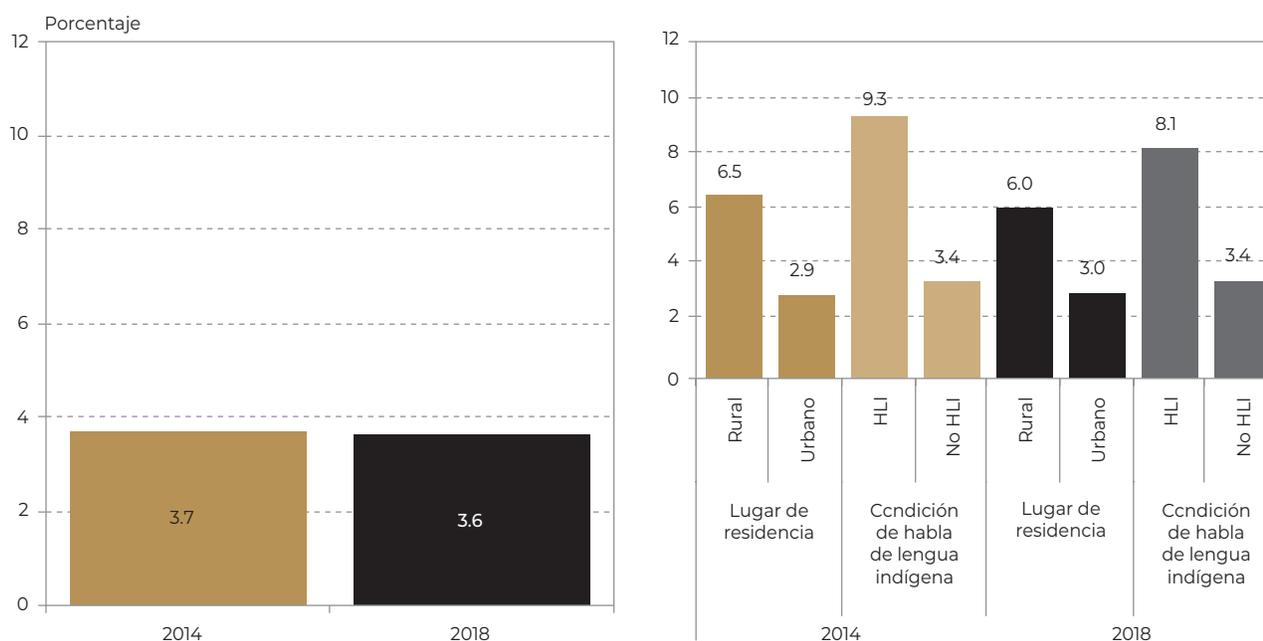
En la gráfica 5.5 se observa que, el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que declaran haberse casado o unido antes de los 15 años de edad prácticamente no ha cambiado entre 2014 y 2018, ubicándose en 3.7 y 3.6 por ciento, respectivamente. En 2018, en el medio rural es prácticamente el doble que en el urbano (6.0% vs 3.0%). Asimismo el porcentaje tanto para el ámbito rural

<sup>44</sup> Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf)

como urbano no presenta grandes cambios entre ambas encuestas. En lo que respecta a las poblaciones hablantes de lengua indígena, aunque se observa una disminución de 9.3 a 8.1 por ciento en el porcentaje de matrimonios o uniones

antes de los 15 años entre las dos encuestas analizadas, en las no hablantes de lengua indígena el porcentaje se ha mantenido en 3.4 por ciento, generándose una brecha entre ambos grupos de 4.7 puntos porcentuales.

**Gráfica 5.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 15 años por características seleccionadas, 2014 y 2018



Nota: La muestra es insuficiente para estimar el evento antes de los 15 años por entidad federativa.

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

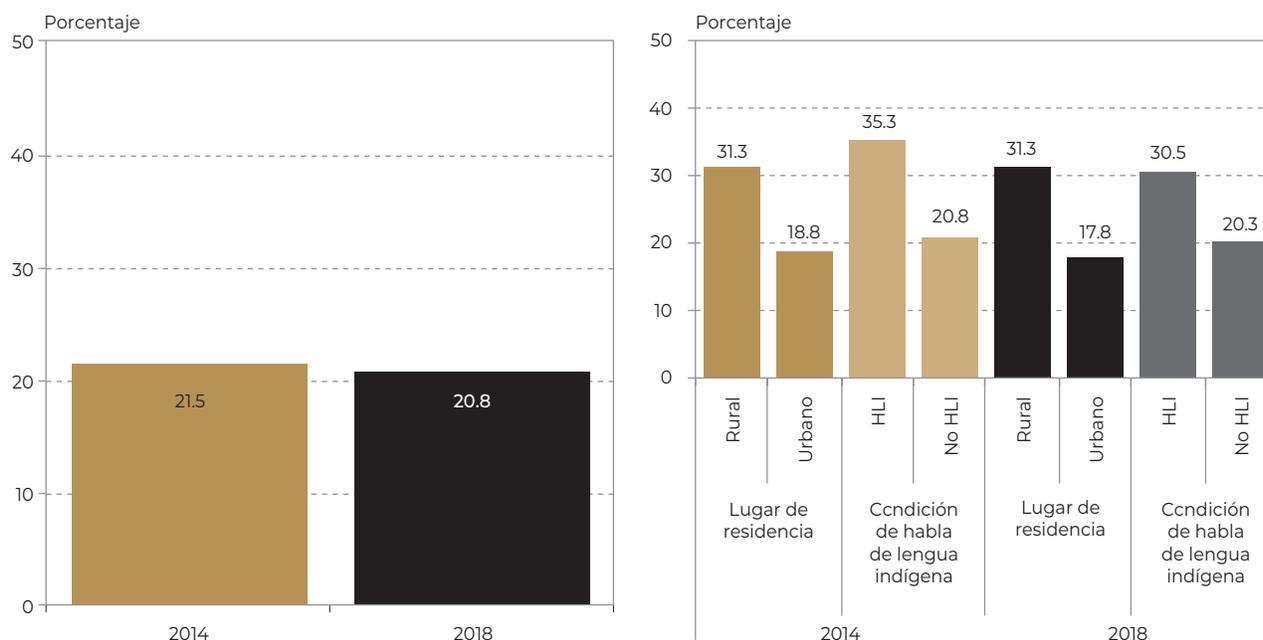
En lo que refiere a las mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de los 18 años, este porcentaje tampoco presenta cambios significativos, pasando de 21.5 en 2014 a 20.8 por ciento en 2018, cabe mencionar que el dato es también mayor en el ámbito rural y se ha mantenido constante (31.3%), a diferencia del medio urbano que presentó una disminución entre las dos encuestas analizadas (18.8% vs 17.8%). Asimismo, en las hablantes de lengua indígena se observa una disminución importante en este porcentaje entre 2014 y 2018, al pasar de 35.3 a 30.5 por ciento; sin embargo, es casi diez puntos porcentuales mayor que en las no hablantes de lengua indígena, (vease gráfica 5.6).

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

de Baja California se encontraba pendiente de eliminar las excepciones o dispensas, mientras que el Código Civil Federal continuaba permitiendo el matrimonio entre personas menores de 18 años (Gobierno de México, 2020).

En junio de 2019 el Código Civil Federal fue ajustado, estableciendo como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años (DOF, 2019); únicamente Baja California sigue manteniendo las dispensas.

**Gráfica 5.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 18 años por características seleccionadas, 2014 y 2018



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

Asimismo, otro de los elementos clave que se han destacado como factores explicativos de la maternidad en niñas menores de 15 años es el abuso sexual. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 revela que un 9.4 por ciento de las mujeres de 15 años o más sufrieron violencia sexual en su infancia y que entre los principales agresores se encuentran los tíos (19.7%), alguien que no es familiar o un vecino (16.0%) y los primos (14.2%) (INEGI, 2017). Es muy probable que estos abusos sexuales den como resultado un embarazo, la mayoría de las veces, perpetrados por familiares cercanos, por lo que en la generalidad de las ocasiones no son denunciados (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

Los embarazos en edades tempranas, así como los matrimonios o uniones infantiles, no solo violan los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes, sino que también se han calificado como una violación de sus derechos humanos porque repercuten negativamente sobre su desarrollo, obstaculizando el derecho a la vida, la dignidad personal, la salud, la integridad física, la educación y la protección contra situaciones que ponen en riesgo el desarrollo físico y emocional (Carmona, 2013).

Como un acercamiento a esta problemática, la SGCONAPO estima el número de nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años de edad, el cual advierte en general, una tendencia creciente en la ocurrencia de nacimientos en las menores

de 15 años. La medida de fecundidad para niñas y adolescentes de 10 a 14 años se denomina razón de fecundidad, debido a que incluye en el denominador un universo poblacional donde no todas las niñas se encuentran en riesgo de embarazo, ya que la mayoría de las niñas de 10 y 11 años no han tenido su primera menstruación, por tal motivo, la tasa de fecundidad se acota a únicamente a las edades de 12 a 14 años, donde la mayoría de las niñas tiene una alta probabilidad de quedar embarazadas pues ya han presentado su primera menstruación.

En este marco, la razón de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México ha aumentado de manera importante, ya que en 1990 fue de 1.6 y de 1.8 en 2018. Este indicador es heterogéneo al interior de la República Mexicana, aunque en la mayoría de las entidades se observó un incremento entre 1990 y 2018. Las entidades federativas con alta razón de fecundidad en 2018, fueron Chiapas (3.8), Guerrero (2.8), Durango (2.6), Tamaulipas (2.4), Michoacán (2.4), Nayarit (2.4) y Campeche (2.4), (véase mapas 5.3).

Por su parte, la tasa de fecundidad en niñas y adolescentes entre 12 y 14 años a nivel nacional, también se ha incrementado en los últimos 15 años, al pasar de 2.2 hijos(as) por cada mil menores de 12 a 14 años en 2003 a 2.9 en 2018. Se constata que en 2018, las entidades con mayor tasa de fecundidad de 12 a 14 años son Chiapas (6.3), Guerrero (4.7), Durango (4.3), Tamaulipas (4.0), Michoacán (4.0), Campeche (4.0) y Nayarit (4.0), mientras que la Ciudad de México (1.6), el Estado de México (1.7), Guanajuato (1.7), Jalisco (1.8), Querétaro (1.9) y Quintana Roo (2.1) son las que presentan los menores niveles en este indicador.

Asimismo, en 2018, la razón de fecundidad entre las niñas y adolescentes de 10 a 14 años residentes en áreas rurales es mayor, con 1.8 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes, mientras que en urbanas es de 1.7 por cada mil. Por su parte, la tasa de fecundidad de 12 a 14 años

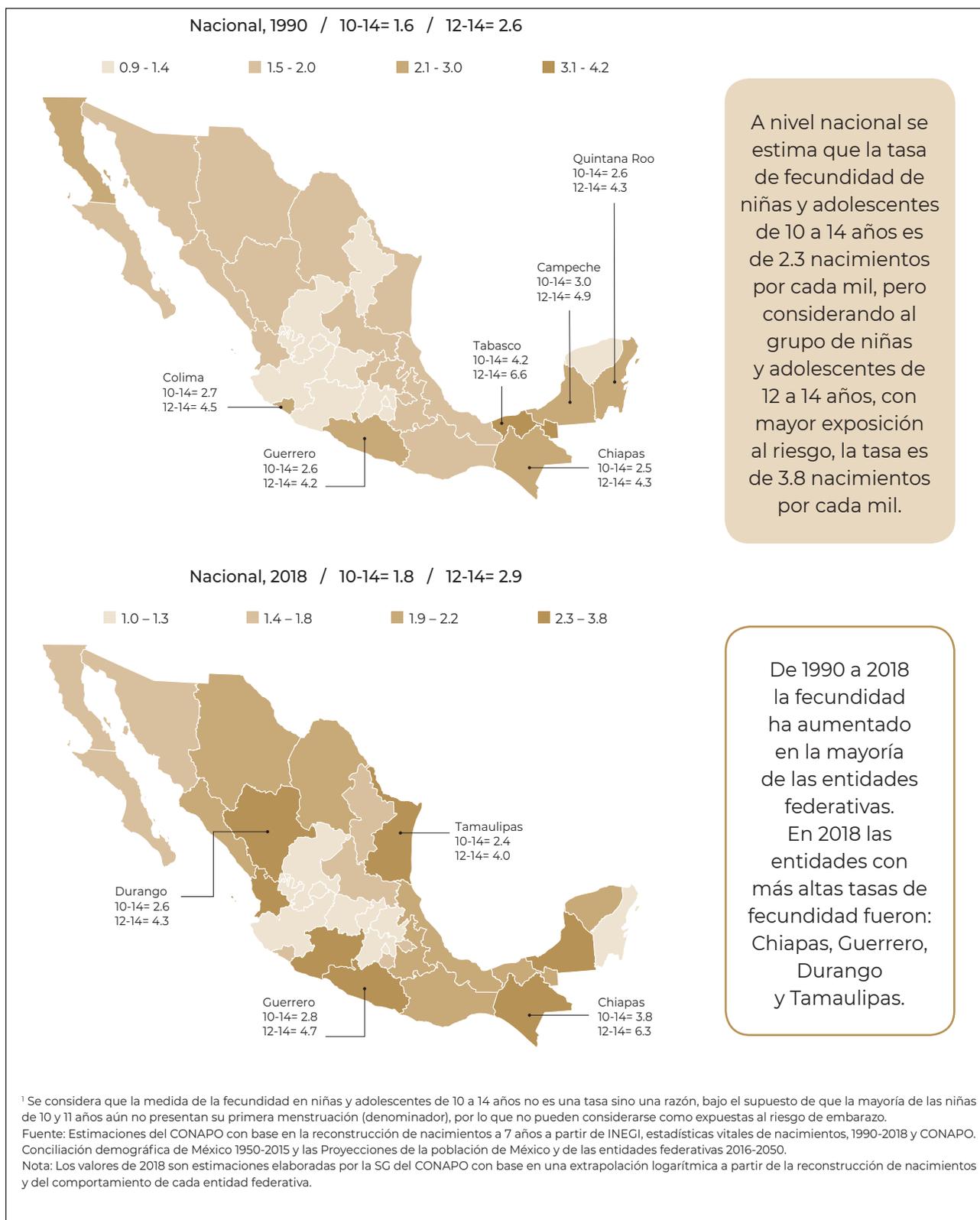
de niñas y adolescentes en zonas rurales se estima en 2.9 nacimientos por cada mil, mientras que en zonas urbanas es ligeramente menor (2.7 nacimientos por mil). Cabe destacar que, aunque ambos indicadores son mayores en contextos rurales la brecha entre ambos lugares de residencia no es tan amplia.

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

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

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

**Mapas 5.3.** Tasa y razón de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años,<sup>1</sup> 1990 y 2018



### 5.3. Preferencias reproductivas

Durante más de 40 años de planificación familiar en México, el acceso a métodos anticonceptivos ha permitido a las mujeres planear, espaciar y limitar el número de hijos(as) y reducir su descendencia. Sin embargo, aún existe un elevado número de embarazos no deseados y no planeados, así como de abortos inducidos, como resultado de factores que no permiten a las mujeres cumplir con sus expectativas de fecundidad (Juárez y Gayet, 2014).

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

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

#### 5.3.1. Intervalos protogenésicos e intergenésicos

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

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

En términos sociales el espaciamiento de los(as) hijos(as), mediante prácticas anticonceptivas modernas y eficaces, puede favorecer el acceso a oportunidades de educación, empleo y participación comunitaria, lo cual particularmente para las mujeres, les otorga mayores oportunidades de desarrollo al poder planear el momento más idóneo para la reproducción (ss, 2002).

La forma de estudiar el espaciamiento de los nacimientos es a partir del intervalo protogenésico, que se refiere al tiempo que transcurre entre la unión<sup>45</sup> y el nacimiento de él o la primer(a) hijo(a), mientras que el intervalo intergenésico es el lapso entre nacimientos sucesivos. A ambos tipos de intervalos se les conoce como intervalos genésicos (CONAPO, 2012).

Entre 2014 y 2018 no se observan grandes cambios en los intervalos protogenésicos experimentados por las mujeres en edad fértil unidas. En este sentido, se observa que si bien el porcentaje de mujeres que tuvieron a su primer(a) hijo(a) antes del primer año después de la unión o matrimonio, es el más frecuente, ya que en ambos años de análisis es muy cercano al 50.0 por ciento (48.9% y 47.0%, respectivamente), se presentó una disminución en 2018 de 1.9 puntos porcentuales, lo cual es favorable, ya que puede indicar que existe una mayor planeación de la llegada del(a) primer(a) hijo(a) mientras que, en intervalos protogenésicos en

<sup>45</sup> El término unión en esta sección incluye a mujeres unidas o en matrimonio.

los que transcurrieron de uno a menos de dos años y de dos a menos de cuatro años después de la unión, no presentan cambios significativos (véase cuadro 5.3).

Asimismo, se observa una mayor concentración de mujeres que esperaron cuatro y más años después de la unión hasta la llegada de su

primer(a) hijo(a), pasando de 7.2 a 9.2 entre 2014 y 2018. Aunque debe recalcarse que en su mayoría la maternidad ocurre antes del primer año de unión y el porcentaje de mujeres va disminuyendo conforme avanza la amplitud del intervalo hasta que éste se refiere a cuatro años o más, donde se concentra la menor proporción.

**Cuadro 5.3.**  
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo protogenésico, 2014 y 2018

Característica	2014	2018
Total	100.0	100.0
Menos de 1 año	48.9	47.0
De 1 a menos de 2	28.1	28.0
De 2 a menos de 4	15.7	15.9
4 y más años	7.2	9.2

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

En lo que respecta a los intervalos intergenésicos,<sup>46</sup> se puede observar que ha habido una planeación más favorable para la salud de las mujeres y de sus hijos(as), ya que el porcentaje de mujeres que esperaron menos del tiempo establecido por la OMS, es decir, menos de dos años entre su primer(a) y segundo(a) hijo(a) disminuyó de 28.7

a 24.3 por ciento entre las dos encuestas, esto se traduce en un decremento de 4.4 puntos porcentuales en apenas cuatro años. El mismo descenso se identifica para el espaciamiento del nacimiento entre él o la segundo(a) y tercer(a) hijo(a) (segundo intervalo intergenésico) que pasó de 26.1 a 23.0 por ciento (véase cuadro 5.4).

**Cuadro 5.4.**  
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del primer y segundo intervalo intergenésico, 2014 y 2018

Característica	2014		2018	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 2 años	28.7	26.1	24.3	23.0
De 2 a menos de 4	36.2	34.6	35.3	32.7
4 y más años	35.1	39.4	40.4	44.4

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

<sup>46</sup> El primer intervalo intergenésico se refiere al tiempo que transcurre entre el primer nacimiento y el segundo(a) hijo(a), mientras que el segundo intervalo intergenésico se define como el lapso entre el nacimiento del segundo(a) hijo(a) y el tercero(a).

Asimismo, para los intervalos entre nacimientos sucesivos de hijos(as), el intervalo de dos a menos de cuatro años entre el primer(a) y segundo(a) hijo(a) también disminuyó ligeramente (de 36.2% a 35.3%); mientras que el porcentaje de mujeres que esperan más de cuatro años aumentó de manera importante (de 35.1% a 40.4%). Este mismo comportamiento se observa en los segundos intervalos intergenésicos. Igualmente, para el segundo intervalo intergenésico hubo un descenso en el porcentaje de mujeres en edad fértil que esperaron de dos a menos de cuatro años (34.6% a 32.7%) y un aumento en el porcentaje de mujeres en edad fértil que esperaron cuatro años o más (39.4% a 44.4%).

Lo anterior muestra una mayor planeación del(a) primer(a) hijo(a) después de la unión, así como del espaciamiento entre el primero, segundo y tercer hijo(a). La desvinculación de las relaciones sexuales y la reproducción a través del uso de métodos anticonceptivos modernos es sin duda la intervención más revolucionaria en la salud sexual y reproductiva del siglo pasado, lo cual como se ha podido ver, ha permitido a las parejas elegir el número y espaciamiento de sus hijos(as), aunque de manera gradual, cada vez más eficiente (Starrs *et al.*, 2018). Asimismo, implica la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, que no necesariamente estén vinculadas con la reproducción. Para alcanzar y mantener la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos (Starrs *et al.*, 2018).

Ante los avances observados es importante también reflexionar que todavía una quinta parte de las mujeres unidas continúan teniendo intervalos protogenésicos menores a dos años, lo cual las pone en riesgo de sufrir complicaciones durante la gestación o bien de mortalidad materna, así como a sus hijos(as) de sufrir condiciones negativas asociadas a una gestación temprana. Para lograr intervalos genésicos adecuados a favor de la salud de la mujer y de

sus hijos(as), sigue siendo un desafío continuar con la expansión en general de la cobertura anticonceptiva para mujeres y hombres antes de la unión, en el caso de los intervalos protogenésicos; y de manera específica, la atención de la demanda de anticoncepción post evento obstétrico, es una intervención que permite aumentar los intervalos intergenésicos (ss, 2002).

Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción posparto y posaborto, especialmente entre las y los adolescentes, así como en las mujeres que habitan en las comunidades rurales o que hablan alguna lengua indígena, entre otros (ss, 2002).

Por ello, es necesaria la prestación de los servicios de anticoncepción post evento obstétrico, por personal capacitado que garantice el respeto a la libre decisión y el desarrollo de los procedimientos médicos con calidad apegados a las normas oficiales vigentes de salud, así como información y servicios de salud que brinden una atención integral y con calidad en anticoncepción posparto, con especial atención a las adolescentes embarazadas, que permita la prevención de los embarazos no planeados y no deseados, del aborto y sus complicaciones y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

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

### 5.3.2. Ideal de hijos(as)

El número ideal de hijos(as) se refiere al tamaño promedio de descendencia que le gustaría tener a las mujeres a lo largo de su vida (CONAPO, 2012). Entre 2014 y 2018, el número ideal de descendencia entre las mujeres en edad fértil no se ha modificado substancialmente al pasar de 2.6 a 2.4 hijos(as) en promedio. Por grupos de edad, se observa de manera general, que a edades más jóvenes, menor es el promedio de descendencia deseado en ambas encuestas. Asimismo, las mujeres que más han modificado sus preferencias reproductivas en

este sentido son las adolescentes de 15 a 19 años que redujeron su número ideal de hijos(as) de 2.3 a 2.0 en promedio (véase cuadro 5.5).

De acuerdo a la escolaridad, a mayor nivel menor es el número promedio de hijos(as) deseados(as), por lo que, en 2018, entre las mujeres que cuentan con primaria incompleta o menos es de 3.3 hijos(as) mientras que en las de preparatoria o más es de 2.1. Por lugar de residencia, en las mujeres urbanas existe un ideal de descendencia menor (2.3) que en las rurales (2.8), al igual que las hablantes de lengua indígena (3.1) respecto a las no hablantes de lengua indígena (2.4).

**Cuadro 5.5.**  
República Mexicana. Promedio del número ideal de hijos(as) de mujeres en edad fértil por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	2014	2018
Total	2.6	2.4
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	2.3	2.0
20-24	2.2	2.1
25-29	2.4	2.2
30-34	2.5	2.4
35-39	2.7	2.6
40-44	2.9	2.8
45-49	3.2	3.0
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad y primaria incompleta	3.5	3.3
Primaria completa	3.0	3.0
Secundaria	2.6	2.6
Preparatoria y más	2.2	2.1
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	3.0	2.8
Urbano	2.5	2.3
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla lengua indígena	3.2	3.1
No habla lengua indígena	2.5	2.4

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

En lo que refiere al grado en que las mujeres pueden cumplir sus preferencias reproductivas, en los cuadros 5.6 y 5.7 se muestra la distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por paridez según número ideal de hijos(as) en 2014 y 2018, respectivamente. Se identifica que entre

las dos encuestas ha habido un avance importante en el cumplimiento de las expectativas reproductivas de las mujeres, ya que en 2018 se observa que aumentó el porcentaje de mujeres que lograron cumplir el ideal de hijos(as) deseados, al menos hasta el momento de la encuesta.

**Cuadro 5.6.**  
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según ideal de hijos(as), 2014

Paridez	Número ideal hijos(as)					
	0	1	2	3	3	5 y más
0	10.5	15.0	48.4	18.4	5.0	2.6
1	2.2	22.6	46.5	22.8	4.0	1.8
2	1.3	5.5	53.6	26.4	9.7	3.6
3	1.0	5.5	14.3	55.0	14.5	9.6
4	1.2	3.3	21.4	10.6	48.1	15.4
5 y más	1.1	1.6	14.7	19.5	9.4	53.8

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

**Cuadro 5.7.**  
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según ideal de hijos(as), 2018

Paridez	Número ideal hijos(as)					
	0	1	2	3	3	5 y más
0	14.9	17.3	48.1	14.3	3.7	1.6
1	3.6	29.4	42.5	18.5	4.2	1.7
2	2.3	6.0	57.0	22.5	8.9	3.4
3	1.7	5.5	14.3	56.5	12.7	9.3
4	1.5	3.7	20.7	10.3	49.7	14.1
5 y más	1.6	2.0	14.0	17.8	8.5	56.0

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

En este marco las mujeres con paridez cero y este mismo ideal de descendencia aumentaron de 10.5 a 14.9 por ciento, mientras que es de resaltar que las que al momento de la encuesta, tenían y deseaban un(a) hijo(o) aumentaron casi siete puntos porcentuales al pasar de 22.6 a 29.4 por ciento. A partir de este número de hijos(as),

los avances son menores en cuanto al logro del ideal de hijos(as). Sin embargo, es importante reconocerlos como un efecto de las políticas públicas que se han llevado a cabo en un lapso corto de cuatro años y que seguramente tendrá también un impacto en la fecundidad a mediano plazo de continuar a este ritmo.

En la encuesta de 2018, se observa que entre más alta es la paridez de las mujeres al momento de la encuesta, mayor es el porcentaje de mujeres que deseaban un número menor de descendencia. Por ejemplo, de las mujeres con paridez uno, sólo 3.6 por ciento deseaban no haber tenido hijos(as), en tanto que, para aquéllas de cinco y más hijos(as), el porcentaje cuyo ideal era menor al alcanzado en ese momento era de 44.0 por ciento. No obstante, en todos los casos existe un porcentaje importante de mujeres que tuvieron un número mayor de descendencia del que esperaban.

En el otro extremo, se encuentran aquellas mujeres que al momento de la encuesta de 2018 tienen una paridez menor que la deseada; es decir, que aún no han logrado cumplir su ideal, ya sea porque se encuentran en una etapa temprana de la vida reproductiva y desean esperar más tiempo para hacerlo, o bien porque existe algún factor que se los impide como puede ser la infertilidad o la falta de medios económicos para lograrlo.

En este caso, se encuentran las mujeres sin hijos(as) al momento de la encuesta y de las cuales el 85.1 por ciento desea tener un hijo(a) o más, por su parte aquéllas con un hijo(a), 67.0 por ciento desea tener más descendencia, y este porcentaje disminuye conforme aumenta el número de hijos(as). Cabe destacar que, entre las mujeres con tres hijos(as) se ubica el mayor porcentaje de mujeres (56.5%) que cumplió con su ideal de hijos(as) hasta el momento de la encuesta.

Lo anterior remarca la importancia de continuar mejorando el acceso a métodos anticonceptivos modernos que permitan a las mujeres y sus parejas tener el número de hijos(as) que desean, y en el momento que consideren oportuno, y así poder evitar embarazos no deseados o no planeados y abortos. Asimismo, las altas tasas de discontinuación, de cambio y de falla en el uso de anticonceptivos representan un riesgo para cumplir con la descendencia deseada; por lo tanto, los servicios anticonceptivos deben enfocarse no sólo en atraer nuevas personas usuarias, sino también en mejorar las tasas de continuación y alentar a las personas usuarias que los hayan abandonado y que aún deseen evitar embarazos para reanudar el uso (Starrs *et al.*, 2018).

### **5.3.3. Planeación y deseo del último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)**

Desde la versión 2014 de la ENADID se incluyó la pregunta de la planeación y deseo del(a) último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) (UHNV), esto sirve como insumo, para dar cuenta de la proporción de mujeres que tienen su demanda satisfecha de métodos anticonceptivos. Asimismo, queda implícita la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales consensuales, el uso de anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, pues es clave para su empoderamiento y el pleno ejercicio de sus derechos no sólo reproductivos, sino también sus derechos sexuales (UNFPA, 2019).

En este sentido, el cuadro 5.8 muestra que poco más de 6 de cada 10 mujeres (61.6%) planearon y desearon tener ese(a) último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a). Sin embargo, 2 de cada 10 (20.0%) no lo consideraba entre sus planes (no deseado) y 18.4 por ciento de las entrevistadas sí querían tenerlo(a), pero deseaban esperar más tiempo (no planeado).

Por grupos de edad, es predecible que las adolescentes sean quienes menos planean el evento, con 49.7 por ciento, por ende tienen los porcentajes más altos en la no planeación y no deseo de ese(a) UHNV, al sumar en conjunto 50.3 por ciento, contrario a las mujeres de 30 a 34 años, quienes presentan el porcentaje más alto (67.9%) de planeación, y el más bajo (32.1%) en no planeación y deseo. Asimismo, 65.8 por ciento de las mujeres de 35 años y más, contemplaban el evento, mientras que el 25.0 por ciento de las mujeres embarazadas en ese mismo grupo de edad ya habían dado por cerrado su ciclo reproductivo.

Al analizar por escolaridad, se observa que la mayor planeación del evento se sitúa en las mujeres más escolarizadas; es decir, las que cuentan con preparatoria o más, al presentar un porcentaje de 63.2, seguidas de las que tienen la primaria completa, con 62.3 por ciento; mientras que las mujeres con secundaria, sin escolaridad y primaria incompleta coinciden con el 59.7 por ciento de planeación del UHNV. Por su parte, el porcentaje de él o la último(a) hijo(a) nacido(a)

vivo(a) no deseado(a) es menor en las mujeres más escolarizadas, en tanto que, el porcentaje más alto de no deseo se ubica entre las mujeres sin instrucción académica.

Por lugar de residencia, el 38.9 por ciento de las mujeres que habitan en zonas urbanas declararon que no querían embarazarse, o que él o la UHNV fue concebido(a) a pesar de querer

esperar más tiempo, por otro lado, sus contrapartes, las mujeres que habitan en áreas rurales, se ubican 2.0 puntos porcentuales abajo, es decir 36.9 por ciento. Las mujeres hablantes de alguna lengua indígena, son las que declaran en mayor porcentaje que planean él o la UHNV, con 62.3 por ciento respecto al 61.6 por ciento de las mujeres no hablantes.

**Cuadro 5.8.**  
República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según planeación y deseo del(a) último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a), 2018

<i>Características seleccionadas</i>	<i>Planeado</i>	<i>No planeado</i>	<i>No deseado</i>
<b>Total</b>	<b>61.6</b>	<b>18.4</b>	<b>20.0</b>
<b>Grupos de edad</b>			
15-19	49.7	27.4	22.9
20-24	55.0	26.0	18.9
25-29	62.5	20.1	17.4
30-34	67.9	13.5	18.6
35 y más	65.8	9.2	25.0
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Sin escolaridad y primaria incompleta	59.7	14.2	26.1
Primaria completa	62.3	16.5	21.2
Secundaria	59.7	18.8	21.5
Preparatoria y más	63.2	19.0	17.8
<b>Lugar de residencia</b>			
Rural	63.1	18.7	18.2
Urbano	61.1	18.2	20.7
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>			
Habla lengua indígena	62.3	17.7	19.9
No habla lengua indígena	61.6	18.4	20.0

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

Los datos anteriores muestran que existe una importante proporción de no planeación y no deseo del último hijo(a) nacido(a) vivo(a), como resultado del todavía importante nivel de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, ya que entre estas dos variables se observa

una relación positiva (véase capítulo 7). Asimismo, la falla de estos métodos como resultado de un uso inadecuado o inconsistente, o bien por el uso de métodos de baja efectividad como el ritmo y el retiro tienen una alta incidencia aún en los nacimientos no planeados o deseados. Por lo

que, si bien la mejora en el acceso a anticonceptivos modernos y una mejor asesoría sobre éstos son acciones prioritarias, también lo es el fortalecimiento de la educación integral en sexualidad que proporcione a las personas la oportunidad de desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos con relación a aspectos de la sexualidad y reproducción, a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. Estas herramientas permitirán a las personas planear el mejor momento para la llegada de su descendencia, establecer relaciones más igualitarias en las que sea posible negociar el número y espaciamiento de la descendencia, o bien evitarla en caso de que así lo consideren conveniente.

#### 5.4. Aborto

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

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

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

Un punto de partida para garantizar el derecho a la atención del aborto seguro es que los servicios estén disponibles y que su acceso sea total, al menos hasta donde la ley lo permita. Asimismo, es necesario que existan servicios para atender las complicaciones derivadas de interrupciones inseguras, que éstos sean integrales y de alta calidad, y que las mujeres que se someten a un aborto o las personas que los practican no sean castigadas. A largo plazo, se deben buscar las condiciones para promulgar reformas legales que amplíen los criterios bajo los cuales se permite las interrupciones de embarazos (Starrs *et al.*, 2018).

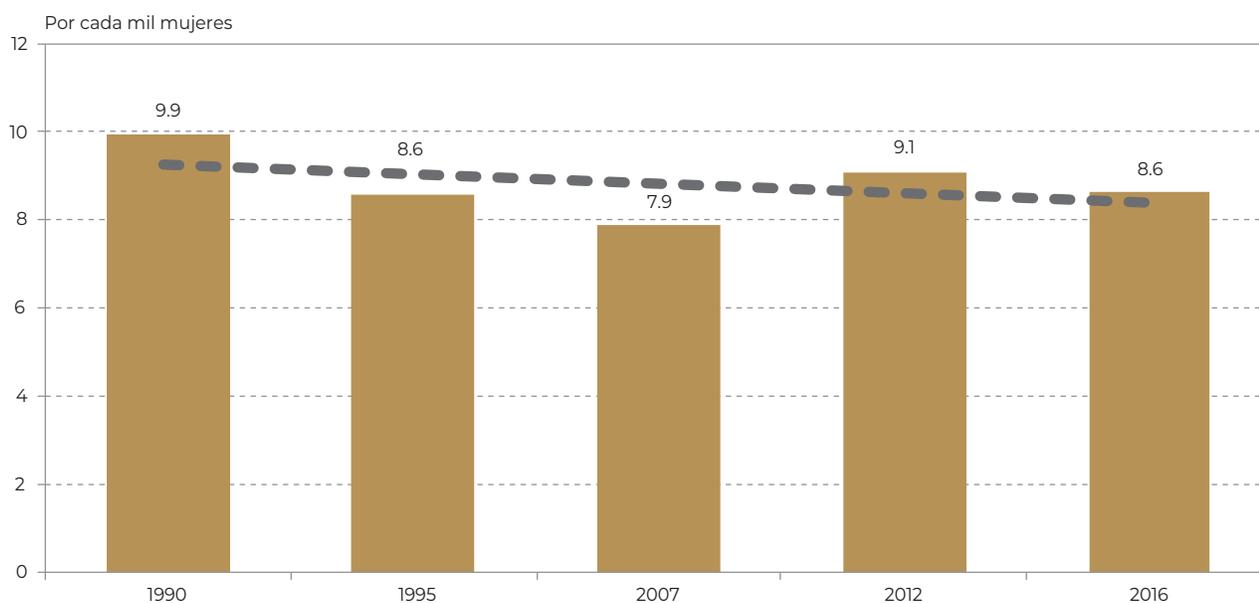
Aunque la ENADID indaga directamente a las mujeres en edad fértil sobre su historia de embarazos y cuántos de ellos culminaron en un aborto, entre otras características, en general es difícil conocer con precisión la información referente a este tema, ya que justamente por la estigmatización que pueden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

En términos absolutos, con la encuesta se estima un total de 202 877 abortos durante 1990, en 1995 el monto se mantuvo casi constante en 202 612, para 2007 aumentó a 268 017, en 2012 se estima una cifra de 298 661 eventos, lo que representó un aumento de 30 644; y finalmente para

2016, la cifra se mantuvo casi constante en 301 620 abortos. Es preciso señalar que estos datos muestran grandes diferencias con algunas otras estimaciones, como la de Juárez *et al.* (2013) que señalan cerca de un millón de abortos en 2009. Si bien, los datos brutos de la ENADID están subestimados, la metodología empleada por Juárez *et al.* (2013) tiene una limitación (reconocida por los autores) en la medición cualitativa al considerar la estimación con base en las percepciones de los profesionales de la salud y no solo en datos empíricos, lo cual podría representar una sobreestimación al número real de abortos.

Por su parte, las tasas de aborto<sup>47</sup> estimadas con base en la ENADID en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años muestran en general que ha habido una disminución entre 1990 y 2016, pues este indicador pasó de 9.9 a 8.6 abortos por cada mil mujeres en edad fértil, aunque destaca 2012 con un aumento, ya señalado en los datos absolutos, que rompe esta tendencia al alcanzar un nivel de 9.1 abortos por mil (véase gráfica 5.7). Es probable que este aumento se deba a una mayor declaración de los eventos, o bien, a un incremento real por diversas causas en el contexto social económico o de servicios de salud.

**Gráfica 5.7.** República Mexicana. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990-2016



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

En México, el aborto se regula a nivel de cada entidad federativa y es considerado un delito con excluyentes de responsabilidad penal o causales de no punibilidad, es decir, hay circunstancias bajo las cuales no se castiga o no se considera como un delito. En la última década, algunas entidades federativas han ampliado el número de causales legales contempladas en su legislación penal, haciéndolas más permisivas. Destaca en particular la inclusión de la causal de riesgo

a la salud en los casos de Colima (2011), Guerrero (2014) y Coahuila (2017), así como la exclusión de responsabilidad por situación económica precaria en el caso de Michoacán (2016) (CIRE, 2018).

<sup>47</sup> Se refiere a tasas específicas de aborto trianuales que son la relación del agregado de los abortos en el año  $t-1$ ,  $t$ ,  $t+1$  y el agregado de la población femenina del grupo quinquenal de referencia en los mismos tres años, a modo de evitar en la medida de lo posible fluctuaciones de la información. De este modo, las tasas están centradas y por tanto se refieren al año  $t$ .

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

Dichas restricciones han representado un obstáculo para las mujeres que solicitan servicios de aborto en instituciones de salud federales, incluso en entidades cuya legislación local contempla un mayor número de causales legales. En contraste, la Ciudad de México a partir de 2007 permite el aborto por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación (Ipas, 2020).

Por entidad federativa, las tasas reflejan un comportamiento similar al observado a nivel nacional, ya que entre 1990 y 2007 en la mayoría de ellas se identifica una tendencia a la baja. Sin embargo, para 2012 existe un aumento importante en 25 entidades, respecto a la encuesta anterior. Por ejemplo, entre los estados con mayor alza en este indicador en el periodo se encuentra Baja California Sur, donde hubo un aumento de 4.8 puntos porcentuales entre la tasa de aborto estimada en 2007 respecto a 2012, al pasar de 8.0 a 12.9 abortos por cada mil mujeres en edad fértil; asimismo, Nayarit pasó de 7.4 a 11.9 abortos por cada mil MEF lo que representa una diferencia de 4.6 puntos porcentuales; mientras que Michoacán registró un aumento de 4.1 puntos, al pasar de 9.3 a 13.4 abortos por cada mil MEF, entre otras entidades (véanse mapas 5.4.).

Destaca también el caso de la Ciudad de México, que entre 2007 y 2012 se observa un aumento de un poco menos de un punto porcentual, probablemente asociado a la aprobación de la interrupción legal del embarazo en 2007, lo que puede ocasionar que se declare más el evento, ya que para 2016 el nivel de la tasa se

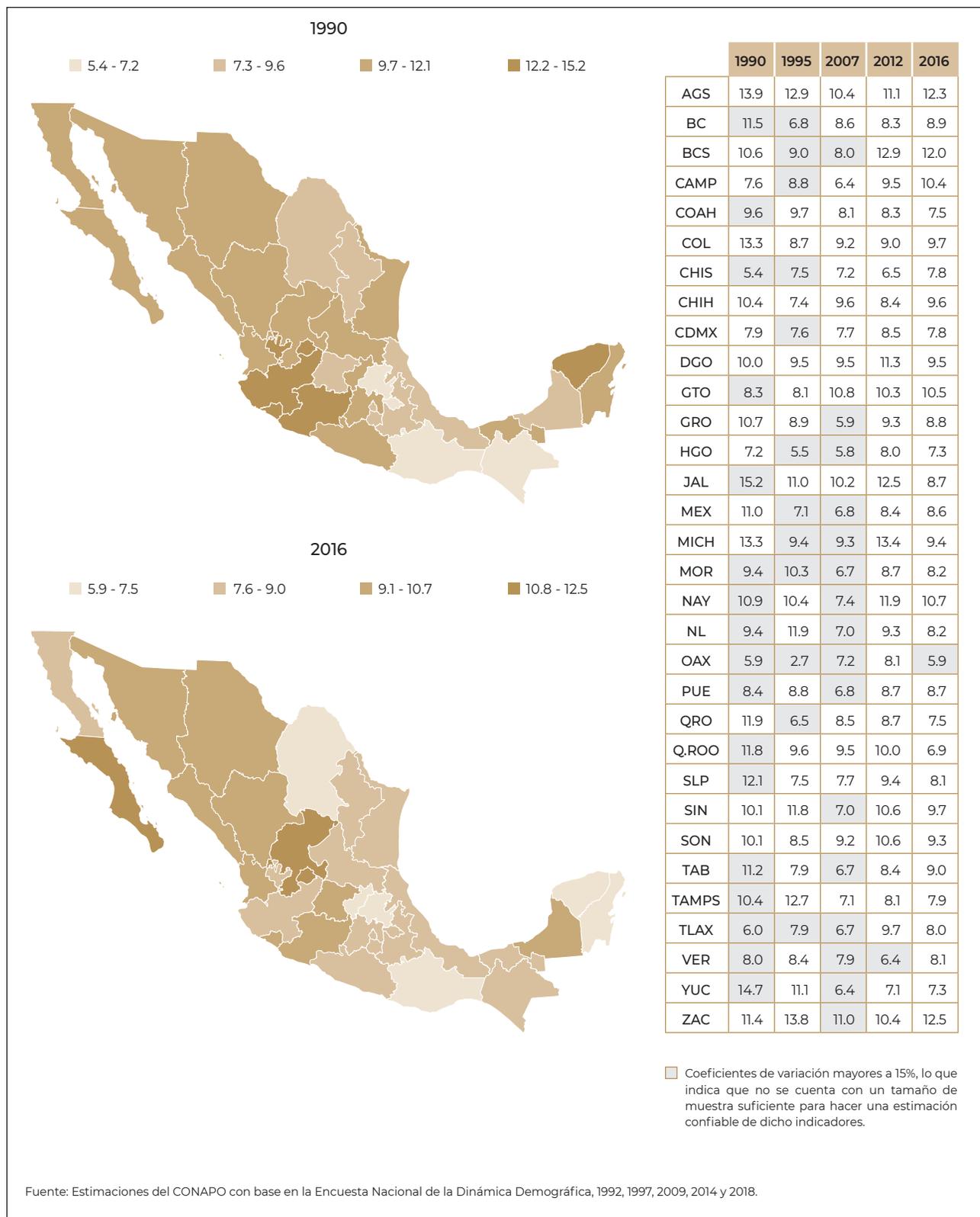
vuelve a estabilizar muy cerca a lo que había mostrado desde 1990.

Por su parte, para 2016 en 25 entidades se observa una tendencia a la baja, sobresaliendo entre ellas, nuevamente Michoacán al presentar una tasa de 9.4 abortos por mil MEF, llegando casi al mismo nivel que en 2007; en tanto que, Jalisco tuvo un descenso de casi cuatro puntos porcentuales pasando de 12.5 a 8.7 eventos por mil MEF, mientras que Oaxaca pasó de 8.1 a 5.9 abortos por mil MEF, lo que implica un descenso de cerca de dos puntos porcentuales. En lo que refiere a entidades que han mostrado un aumento en este lapso, sobresale Zacatecas con el mayor cambio ascendente que pasó de 10.4 a 12.5 eventos por mil. Este aumento la sitúa, también, como la entidad con la mayor tasa en este año, seguida por Aguascalientes (12.3), Baja California Sur (12.0) y Nayarit (10.7); mientras que con las menores tasas se encuentran Quintana Roo (6.9), Yucatán (7.3), Hidalgo (7.3), Querétaro (7.5) y Coahuila (7.5), entre otras.

Si bien no es posible establecer una relación entre el nivel de las tasas de fecundidad y el nivel de uso de métodos anticonceptivos, o de accesibilidad al aborto en las entidades federativas, esto puede deberse a que la encuesta capta los eventos por lugar de residencia habitual de las mujeres y no por el lugar de atención del procedimiento. Asimismo, como ya se mencionó, es posible que las mujeres no declaren en su totalidad los procedimientos a los cuales se han sometido, por lo que no se cuenta con la totalidad de los casos, lo que puede derivar en una imprecisión en las correlaciones que se desearían establecer.

En lo que refiere a las tasas de aborto por grupos quinquenales de edad, en la gráfica 5.8 se observa que, si bien la fecundidad en México alcanza su máximo en el grupo de mujeres de 20 a 24 años, los mayores niveles de tasas de aborto se encuentran en las mujeres de 25 a 29 años, incluso es posible apreciar que en este grupo se ha mantenido en aumento la tasa de abortos en los últimos 10 años, seguido por el grupo de 20 a 24, 30 a 34 y 35 a 39 años. En lo que tiene que ver con las adolescentes, se observa que sus tasas ocupan el quinto lugar de mayor a menor, después de las mujeres de 35 a 39 años. Asimismo,

**Mapas 5.4. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990-2016**

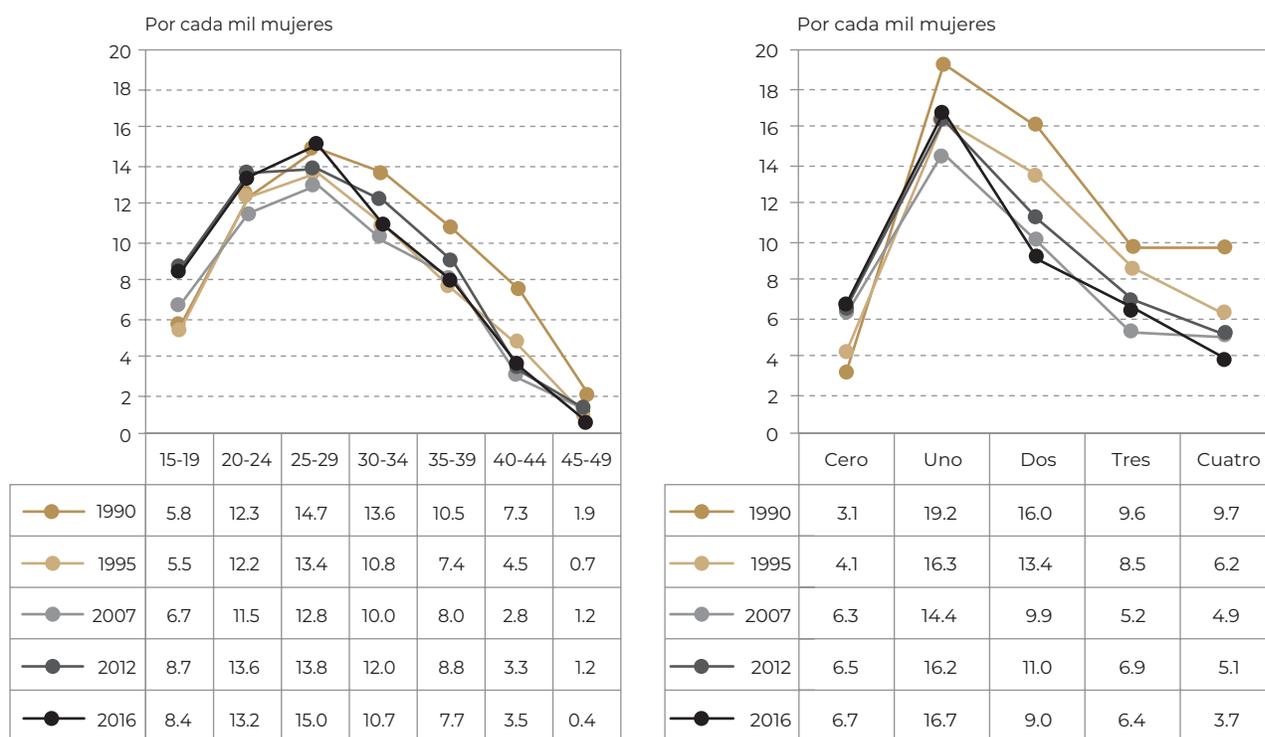


es perceptible un incremento en el indicador de las adolescentes de 1990 a 2012, mientras que para 2016 se mantuvo casi constante con 8.4 eventos por cada mil mujeres en este grupo de edad.

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

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

**Gráfica 5.8.** República Mexicana. Tasas específicas de aborto por grupos quinquenales de edad y paridez, 1990-2016



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

Es posible que las adolescentes presenten una subdeclaración importante en la encuesta, como resultado de un mayor estigma social al declarar abortos que en otros grupos de edad, ya que otros estudios (Juárez *et al.*, 2013) las señalan como el segundo grupo con las mayores tasas de aborto, lo cual parece plausible, ya que son las que presentan la más alta necesidad insatisfecha de anticoncepción y el mayor porcentaje

de embarazo no planeado y no deseado (véase capítulo 7). Las adolescentes enfrentan mayores obstáculos para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y un trato negativo que podrían recibir de los proveedores de servicios de salud al no estar informadas de su derecho a la atención, la carencia de información precisa sobre métodos anticonceptivos, así como la falta de autonomía y por consiguiente la incapacidad

para negociar el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas. Por lo que es posible que en muchos casos, la consecuencia de dichos obstáculos sea un aborto inducido (Juárez *et al.*, 2013).

Las tasas de aborto por número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) al momento de la entrevista, muestran que las mujeres que en ese momento se encontraban sin hijos(as) son las que presentan las menores tasas, mientras que las mujeres que al momento de la encuesta tenían un(a) hijo(a) son las que tienen mayores tasas de aborto, que llegan hasta 16.7 eventos por cada mil mujeres en 2016, y se observa una relación negativa a partir de esta paridez; es decir, a mayor número de hijos(as) menor tasa de aborto, pues las que tienen cuatro o más hijos(as) presentan un tasa de 3.7 por cada mil en 2016, lo que representa cerca de 5 veces menos que en las que ya han tenido un(a) hijo(a).

En la actualidad, las normas culturales alientan a las parejas a consolidar su unión y tener descendencia inmediatamente después del matrimonio o unión, de modo que la mayoría de las mujeres en México comienzan a usar métodos anticonceptivos sólo después del nacimiento de su primer(a) hijo(a) (Quilodrán y Juárez, 2009). De esta forma, con la ENADID 2018, apenas la mitad (50.0%) de las mujeres en edad fértil sexualmente activas sin hijos(as) usaban métodos anticonceptivos modernos, mientras que las que tenían un(a) hijo(a) representaban 59.9 por ciento y sólo a partir de aquéllas que tienen dos hijos(as) el uso de anticonceptivos modernos supera el setenta por ciento (véase capítulo 7).

Lo anterior señala que es probable que las mujeres en edad fértil sexualmente activas; es decir, las expuestas al riesgo de un embarazo, encuentren mayores obstáculos para espaciar o limitar la llegada del segundo(a) hijo(a), pues si bien la mezcla de métodos que usan aquéllas que ya han tenido un(a) hijo(a), está compuesta principalmente por métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) de mayor efectividad como: DIU (32.9%), parche (1.4%) e implante (14.6%), también un alto porcentaje de ellas usa métodos como pastillas (5.7%), inyecciones (8.3%), condón masculino (21.0%) y métodos tradicionales (6.4%), en los que la tasa de

falla por uso incorrecto e inconsistente es mayor, por lo que podrían enfrentar más fácilmente un embarazo no intencional y recurrir a un aborto. Asimismo, conforme avanza la paridez, la tasa de abortos disminuye como resultado de un mayor uso de métodos modernos y cada vez más efectivos como la OTB y el DIU (véase capítulo 7). Lo que hace necesario garantizar la anticoncepción y asesoría post evento obstétrico, que permita a las mujeres elegir el momento más adecuado para la maternidad y evitar problemas a su salud asociados a un evento de este tipo.

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

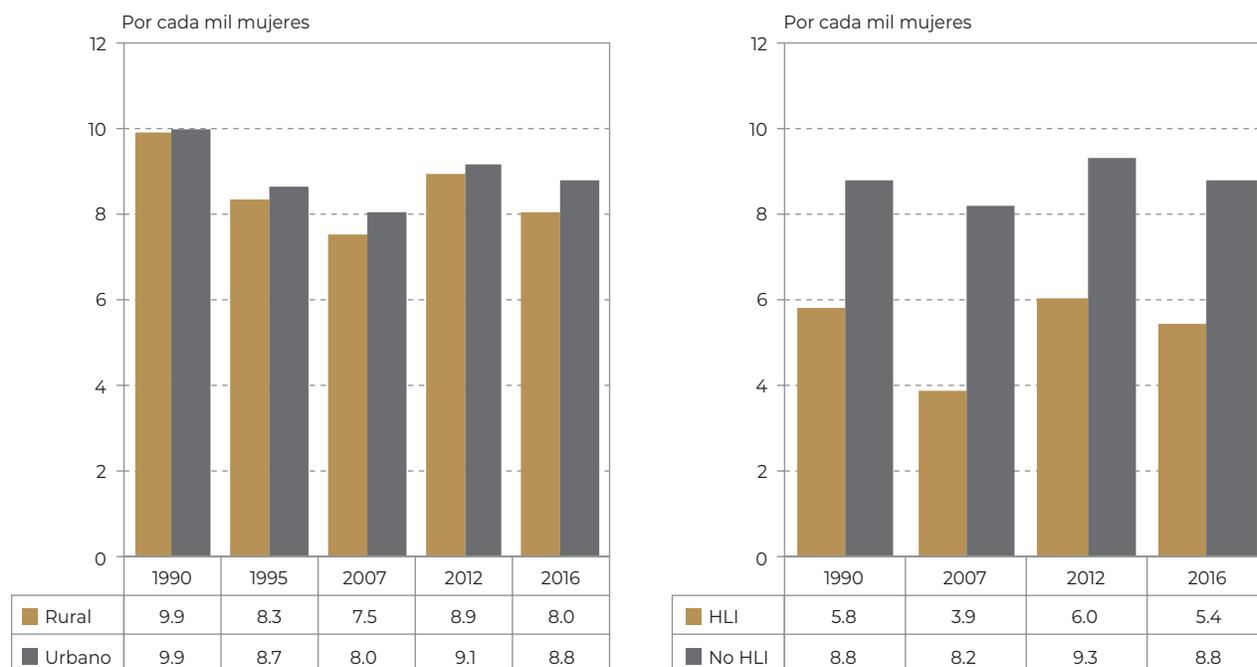
A nivel mundial las regiones más urbanizadas de un país tienden a presentar tasas de abortos más altas (Singh *et al.*, 2010; Moore *et al.*, 2016). Las mujeres y sus parejas en estas áreas generalmente desean familias más pequeñas y están mucho más motivadas para evitar embarazos no planeados o deseados que las mujeres que viven en áreas rurales con menor desarrollo y menores recursos y acceso para interrumpir un embarazo (Juárez *et al.*, 2013). En México, los datos de la ENADID, no muestran grandes diferencias entre ambas áreas de residencia, únicamente las tasas para 2016 muestran una divergencia que no rebasa el punto porcentual, pues en el ámbito rural la tasa es de 8.0 y en el urbano de 8.8 abortos por cada mil MEF (véase gráfica 5.9).

Sin embargo, en lo que refiere a la población indígena se observa que sí existen brechas importantes en los niveles de las tasas respecto a las mujeres no hablantes de lengua indígena. Así, en 2007 se identifica la mayor diferencia entre ambos grupos, ya que las mujeres hablantes tuvieron una tasa de 3.9 abortos por cada mil, mientras que las no hablantes de 8.2. Para 2016, esa diferencia

se ha reducido al presentar una tasa de 5.4 y 8.8 abortos, respectivamente (véase gráfica 5.9). Las brechas que se observan en este grupo posiblemente están relacionadas con una mayor capacidad y acceso para llevar a cabo un aborto entre

las mujeres no indígenas que en las indígenas, así como con una menor motivación entre estas últimas para tener familias pequeñas derivado de un contexto cultural en el que la maternidad tiene una valoración más significativa.

**Gráfica 5.9.** República Mexicana. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 1990-2016



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

## Conclusiones

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

El acceso a este derecho es aún paulatino, ya que se observa que la edad media al nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) es cada vez

menor y ésta se ubica durante la adolescencia, y se combina con un alto porcentaje de mujeres que manifiestan el no deseo y la no planeación de éstos. Asimismo, estos indicadores aumentan persistentemente entre las mujeres más vulnerables: adolescentes, hablantes de lengua indígena, y residentes en zonas rurales, lo que se ve materializado en mayores tasas globales y específicas de fecundidad. Si bien las tasas de aborto entre las mujeres indígenas y que habitan en localidades rurales, son menores que en sus contrapartes, estos es un reflejo también de un menor acceso a servicios de salud por motivos que van desde lo geográfico hasta lo económico.

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

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

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

Como lo señala GIRE (2018), mientras que el aborto se siga considerando un delito en lugar de un servicio de salud, las mujeres seguirán enfrentando violaciones a sus derechos reproductivos, incluso cuando busquen acceder a interrupciones bajo circunstancias contempladas en la ley. La despenalización del aborto voluntario es una deuda que el Estado tiene con las mujeres en México, en particular aquéllas que enfrentan mayores condiciones de marginalidad,

quienes también sufren de manera más frecuente las consecuencias no tener acceso a este procedimiento.

## Bibliografía

- Bongaarts, J. (1990). The Measurement of Wanted Fertility. *Population and Development Review*, 16(3), 487-506. <https://doi.org/10.2307/1972833>
- Casterline, J., El-Zanatay, F. y El-Zeini, L. (2004). Unmet Need and Unintended Fertility: Longitudinal Evidence from Upper Egypt. *International family planning perspectives*. <https://www.guttmacher.org/journals/ip-srh/2003/11/unmet-need-and-unintended-fertility-longitudinal-evidence-upper-egypt>
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] (2015). Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, 6 a 9 de octubre de 2015. Ciudad de México. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf)
- CEPAL-UNICEF [Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia] (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35990-maternidad-adolescente-america-latina-caribe-tendencias-problemas-desafios>
- Chandomí, P. J. (2016). "Matrimonios forzados en Chiapas: cuando los usos y costumbres se imponen a la Constitución". [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2017-05/2dolugarReportajeEscrito2016\\_0.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2017-05/2dolugarReportajeEscrito2016_0.pdf)
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011). Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana, México, 2011. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/perfiles-de-salud-reproductiva-2011>
- (2012). ¿Qué se hizo en México en Educación en Población? En ¿Qué es CONAPO?

- Quehacer Institucional. [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Que\\_se\\_hizo\\_en\\_Mexico\\_en\\_educacion\\_en\\_poblacion](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Que_se_hizo_en_Mexico_en_educacion_en_poblacion)
- (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva - República Mexicana, México, 2016. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)
- Delpino, M. A. (2015). Encrucijadas de la sexualidad femenina en la adolescencia. En *Eros y Anteros. Visiones sobre la Sexualidad Femenina. Patrimonio femenino*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Pág. 64-71. <http://www.ibermuseum.org/wp-content/uploads/2015/09/Eros.pdf#page=64>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2019). Código Civil Federal. Artículo 148, reformado DOF 14-03-1973, 23-12-1974, 09-04-2012, 03-06-2019. [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5561717&fecha=03/06/2019](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561717&fecha=03/06/2019)
- García, R. y Escoto, C. A. (2018). El deseo individual de (más) hijos y su concordancia en el interior de los núcleos conyugales en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 33, núm. 3 (99), 2018, pp. 559-599. [https://www.researchgate.net/publication/327035942\\_El\\_deseo\\_individual\\_de\\_mas\\_hijos\\_y\\_su\\_concordancia\\_en\\_el\\_interior\\_de\\_los\\_nucleos\\_conyugales\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/327035942_El_deseo_individual_de_mas_hijos_y_su_concordancia_en_el_interior_de_los_nucleos_conyugales_en_Mexico)
- GIRE [Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.] (2018). La pieza faltante Justicia reproductiva. Embarazo adolescente, penalización del aborto, violencia obstétrica, muerte materna, seguridad social incompleta. <https://justiciareproductiva.gire.org.mx/assets/pdf/JusticiaReproductiva.pdf>
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
- (2016). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe Ejecutivo 2016. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218156/Informe\\_2015\\_GIPEA.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218156/Informe_2015_GIPEA.pdf)
- (2018). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). Informe de los indicadores para monitoreo y evaluación de la ENAPEA. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/primer-informe-de-indicadores-2017?idiom=es>
- Gobierno de México (2020). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA). Informe de los indicadores para monitoreo y evaluación de la ENAPEA. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segundo-informe-de-indicadores-2018?idiom=es>
- Gómez, P. I., Molina, R. y Zamberlein, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1228>
- Hernández, M. F., Tapia, G., Alarcón, X. y Muradás, M. (2015). "Aproximaciones al nivel de la fecundidad en México 1990-2014", La Situación demográfica de México 2015, Ciudad de México. [https://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones\\_al\\_nivel\\_de\\_la\\_fecundidad\\_en\\_Mexico\\_1990-2014](https://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aproximaciones_al_nivel_de_la_fecundidad_en_Mexico_1990-2014)
- Hernández, M. F., Muradás, M. y Sánchez, M. (2015). Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014 en La situación demográfica de México 2015. CONAPO. [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2695/1/images/03\\_panorama.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2695/1/images/03_panorama.pdf)
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Ipas (2020). Causales de aborto legal. Ipas México. <https://blog.ipasmexico.org/causales-de-aborto-legal/>
- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. y Wulf, D. (2013). Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias, México, Guttmacher Institute y el Colegio de México. <https://www.guttmacher.org/>

- sites/default/files/factsheet/fb-aborto-en-mexico\_1.pdf
- Juárez, F. y Gayet, C. (2014). Transiciones a la Vida Adulta en Países en Desarrollo. *Annual Review of Sociology*. 40. S-1. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145709>
- Juárez, F., Bankole, A. y Palma, J. L. (2019). Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *PLoS ONE* 14 (12): e0226522. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0226522>
- Meneses, E. y Ramírez, M. (2018). Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres. En CONAPO. La situación demográfica de México 2017. México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344287/03\\_Meneses\\_Ram\\_rez.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344287/03_Meneses_Ram_rez.pdf)
- Moore, A., Gebrehiwot, Y., Fetters, T. et al. (2016). The Estimated Incidence of Induced Abortion in Ethiopia, 2014: Changes in the Provision of Services Since 2008. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(3), 111-120. <https://doi.org/10.1363/42e1816>
- Mona Lisa (2013). *El matrimonio infantil en México y sus implicaciones en las niñas y adolescentes*. Mención Especial Ensayo 2013 por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, Biblioteca Virtual de la SCJN. [http://www.equidad.SCJN.gob.mx/biblioteca\\_virtual/concursos/2013-01-05.pdf](http://www.equidad.SCJN.gob.mx/biblioteca_virtual/concursos/2013-01-05.pdf)
- Ortega, N. C. (2016). La mirada distraída. Los matrimonios forzados en las comunidades indígenas de México: ¿tradicción cultural o violencia de género? <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2017-05/2dolugarEnsayo2016.pdf>
- OMS [Organización mundial de la Salud] (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/es/>
- Pantelides, E. A. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12759>
- Quilodrán, J. y Juárez, F. (2009). "Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo desde sus propios relatos", *Notas de Población*, Año XXXV. Núm. 87:63-94. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12841?locale-attribute=en>
- Regules, R. (2014). Sí quiero... y no puedo... Migración y el imaginario reproductivo. Tesis doctoral. México: El Colegio de México, A.C., Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. [https://repositorio.colmex.mx/catalog?f%5Bresource\\_type\\_sim%5D%5B%5D=Tesis+de+Doctorado&f%5Bsubject\\_sim%5D%5B%5D=Fecundidad+h+umana&locale=es&per\\_page=100&search\\_field=unit\\_tesim&sort=date\\_created\\_sim+desc](https://repositorio.colmex.mx/catalog?f%5Bresource_type_sim%5D%5B%5D=Tesis+de+Doctorado&f%5Bsubject_sim%5D%5B%5D=Fecundidad+h+umana&locale=es&per_page=100&search_field=unit_tesim&sort=date_created_sim+desc)
- SEGOB [Secretaría de Gobernación] (2018). Análisis de causalidades del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. CDMX. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis\\_de\\_Causalidades\\_final\\_04\\_04\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis_de_Causalidades_final_04_04_2019.pdf)
- Singh S., Prada, E. y Juárez, F. (2010). *The abortion incidence complications method: a quantitative technique*, en: Singh S, Remez L y Tartaglione A, (eds.), *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: IUSSP, 2010, pp. 71-97. [https://www.researchgate.net/publication/285237361\\_The\\_abortion\\_incidence\\_complications\\_method\\_A\\_quantitative\\_technique](https://www.researchgate.net/publication/285237361_The_abortion_incidence_complications_method_A_quantitative_technique)
- SS [Secretaría de Salud] (2002). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto (Primera Ed). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
- Szasz, I. y Lerner, S. (2010). "Salud reproductiva y desigualdades de la población", en: García, Brígida y Ordorica, Manuel (Coords.), *Los grandes problemas de México, Tomo I: Población*, El Colegio de México.

- Starrs, A. M., Ezeh A. C., Barker G. *et al.* (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. En *Estado de la Población Mundial 2013*. Nueva York. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013.pdf>
- (2019). Un asunto pendiente la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2019\\_ES\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)
- Westoff, C. y Cross, A. R. (2006). The Stall in the Fertility Transition in Kenya. *DHS Analytical Studies No. 9*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro. <https://dhsprogram.com/publications/publication-as9-analytical-studies.cfm>
- Westoff, C. (1990). *Reproductive Intentions and Fertility Rates*. *International Family Planning Perspectives*, 16(3), 84-89. <https://doi.org/10.2307/2133304>



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

# 6

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

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

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

### 6.1 Abandono escolar y causas

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



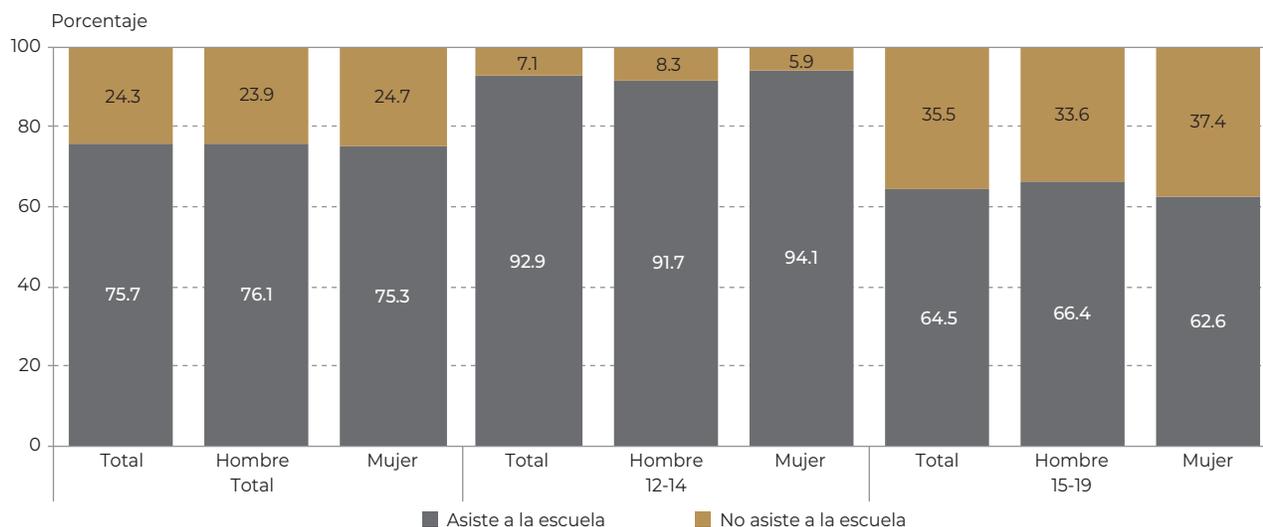
a que se dispone y dispondrán de una fuerza laboral menos competente y más difícil de calificar, porque cuando las personas no alcanzan los niveles mínimos de educación no les es posible aprovechar los beneficios de los programas de capacitación ofrecidos por los Gobiernos o por las Empresas Privadas. Asimismo, representan un costo social porque es mayor el gasto para financiar programas sociales y de transferencias a los sectores que no logran generar sus propios recursos (Hopenhayn, 2002).<sup>48</sup>

En la etapa de la adolescencia es indispensable el desarrollo de capacidades y habilidades por medio de la educación formal, por lo que interrumpirlos se traduce en una pérdida de años de estudio e ingresos que en un futuro las y los adolescentes estarían recibiendo (INSP, 2015). Asimismo, que las y los adolescentes alcancen un nivel educativo alto les permitirá que en el futuro, en el caso de las mujeres puedan acceder a una mejor atención médica y de orientación sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva, a posponer la edad al primer hijo(a) y a decidir tener menos hijos(as);

mientras que para los hombres implica que tengan una mayor disponibilidad en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, en la participación del cuidado infantil y en los roles de convivencia familiar; con lo que además se estaría alcanzando la igualdad de género (Starrs et al., 2018).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) 2017,<sup>49</sup> 24.3 por ciento de la población de 12 a 19 años no asiste a la escuela, mientras que el grupo de las y los adolescentes de entre 15 y 19 años presenta mayor deserción escolar con 35.5 por ciento, mientras que 7.1 por ciento de niñas y niños de 12 y 14 años no asiste a la escuela. En cuanto al sexo, el porcentaje de mujeres de 12 a 19 años que abandonó la escuela (24.7%) es mayor al de hombres (23.9%), por grupos de edad, el 5.9 de las niñas de entre 12 y 14 años no asiste a clases, contra un 8.3 por ciento de niños de la misma edad. Sin embargo, entre el grupo de edad de 15 a 19 años, son las mujeres (37.4%) quienes presentan una mayor inasistencia, en comparación a los hombres de este grupo de edad (33.6%), véase grafica 6.1.

**Gráfica 6.1.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años por sexo y grupos de edad según condición de asistencia escolar, 2017



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Discriminación, 2017.

<sup>48</sup> La Revista Iberoamericana de Educación es una publicación monográfica cuatrimestral editada por la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI, 2002).

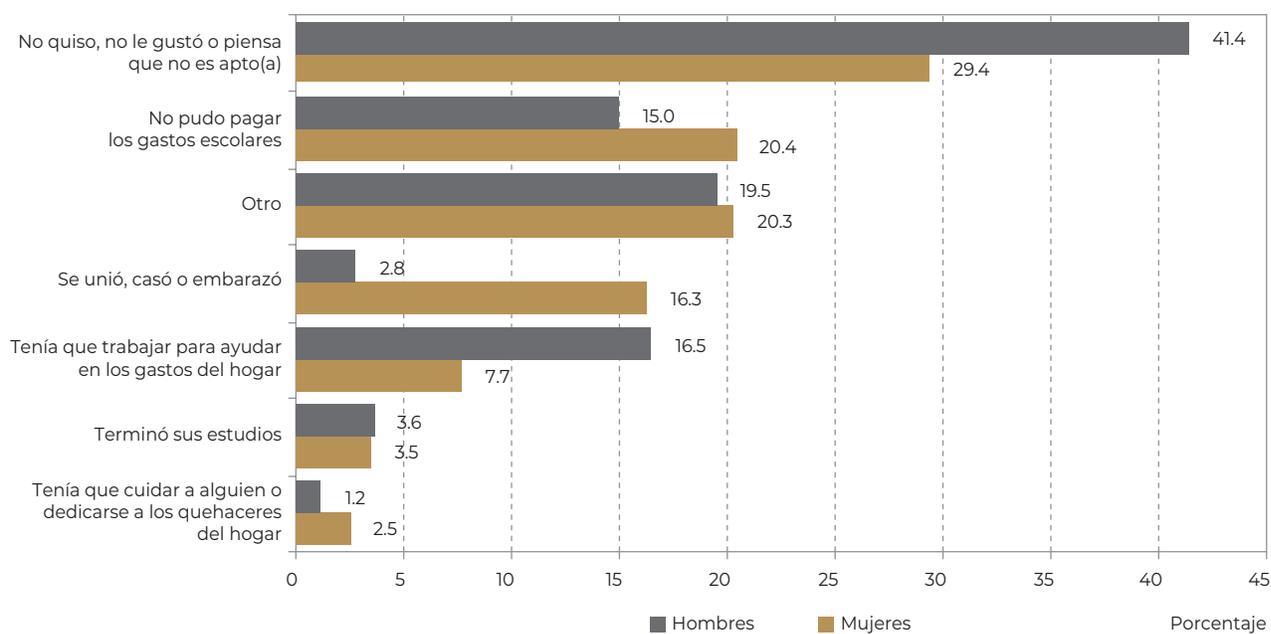
<sup>49</sup> La ENADID incluye la información sobre causa de abandono escolar; sin embargo, no es posible desagregarla por sexo, por lo que para poder visibilizar diferencias entre mujeres y hombres y proporcionar información para atenderlas, en este apartado se usa información de la ENADIS 2017.

Hasta hace algunos años, el abandono escolar se percibía como un problema atribuible, sobre todo, a causas relacionadas con la economía de los hogares (Climent, 2002; Tuirán y Hernández, 2015). En contraste, hoy se sabe que es un fenómeno multicausal. Los factores que se asocian a éste no solo tienen que ver con la economía de los hogares o con su condición social, sino también con factores “anclados” en la escuela, como el clima escolar, las estrategias y metodologías de enseñanza —que contribuyen a determinar el logro escolar de los y las jóvenes— así como las políticas escolares de atención a la reprobación, entre otros (Tuirán y Hernández, 2015). Asimismo, la falta de interés en las clases, la reprobación o el ausentismo derivado de lo expuesto anteriormente, son factores detonadores del abandono escolar (Tuirán y Hernández, 2015). Asimismo, se observan diferencias importantes por sexo que están vinculadas a la desigualdad de género, en específico a roles de género socialmente aprendidos.

Por ejemplo, entre las principales razones de abandono identificadas entre los adoles-

centes hombres de 12 a 19 años, se encuentra que no le gustaba o pensaba que no eran aptos para la escuela, con 41.4 por ciento, aunque esta causa también fue la principal para las mujeres, un porcentaje menor (29.4%), abriendo una brecha de 40.8 por ciento. Para ambos sexos, el hecho de no haber podido pagar los gastos escolares apareció como otra de las principales razones; sin embargo, en las mujeres el porcentaje era mayor (20.4%) que en los hombres (15.0%). Asimismo, la razón de abandono por haberse embarazado, en las mujeres alcanzó 16.3 por ciento, mientras que en los hombres fue mínimo (2.8%). Contrario a esto, los hombres declararon haber abandonado la escuela en mayor medida porque tenían que trabajar y ayudar en los gastos del hogar (16.5%), que las mujeres (7.7%). Finalmente, un porcentaje pequeño de mujeres señaló que abandonaron la escuela porque tenían que cuidar de alguien o dedicarse a los quehaceres del hogar (2.5%), mientras que entre los hombres esta proporción es casi la mitad (1.2%), véase gráfica 6.2.

**Gráfica 6.2.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años por sexo y razones de abandono escolar, 2017



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Discriminación, 2017.

Después de la familia, la escuela es el contexto de mayor influencia en la vida de la población joven (Blum *et al.*, 2014). La asistencia al sistema escolarizado permite, de manera particular a las niñas y adolescentes, adquirir los conocimientos y capacidades para desarrollarse en un futuro; en particular al asistir a la escuela es más probable que reciban EIS y capacitación en habilidades para la vida, situación que facilita el aprendizaje sobre el cuerpo y las relaciones de poder y de género y les permite evitar embarazos e ITS durante la adolescencia (UNFPA, 2017). Además, en la escuela usualmente se adquieren competencias para la vida en materia de comunicación y negociación; al no obtenerlas, las mujeres se sitúan en mayor desventaja durante la adolescencia y al llegar a la edad adulta (UNFPA, 2017).

Aunque está bien documentada la relación entre embarazo y abandono escolar (Molina *et al.*, 2004; Binstock y Näslund, 2013), la dirección de causalidad y la secuencia siguen siendo objeto de debate. En muchos países, el abandono escolar se atribuye al embarazo en adolescentes. Sin embargo, es más probable que el embarazo y el matrimonio antes de los 20 años sean consecuencias y no causas del abandono escolar, ya que una vez que las adolescentes dejan la escuela, es posible que siga un embarazo o matrimonio en poco tiempo (Lloyd y Young, 2009). Como se mencionó, según la ENADIS, el abandono escolar por haberse embarazado, en las mujeres alcanza el 16.3 por ciento mientras que, en los hombres, sólo el 2.8 por ciento. Sin embargo, es necesario considerar que el abandono escolar, por alguna de las causas restantes pueden llevar a un embarazo en la adolescencia, con sus respectivas implicaciones en términos de salud y bienestar.

Al analizar por lugar de residencia, se encontró que, en el ámbito rural, también, 49.6 por ciento de los hombres y 33.9 por ciento de las mujeres de 12 a 19 años abandonó la escuela porque no le gustaba, no quería estudiar o pensaba que no era apto(a), lo mismo ocurre entre las y los habitantes de áreas urbanas cuyos porcentajes son de 36.6 y 26.6 por ciento, respectivamente. El segundo lugar, se debe a que no podían pagar los gastos escolares, con 18.5 por ciento de los hombres adolescentes rurales y 12.8 de los

urbanos, este porcentaje se incrementa en las mujeres, con 22.6 por ciento en las zonas rurales y 19.1 por ciento en las urbanas.

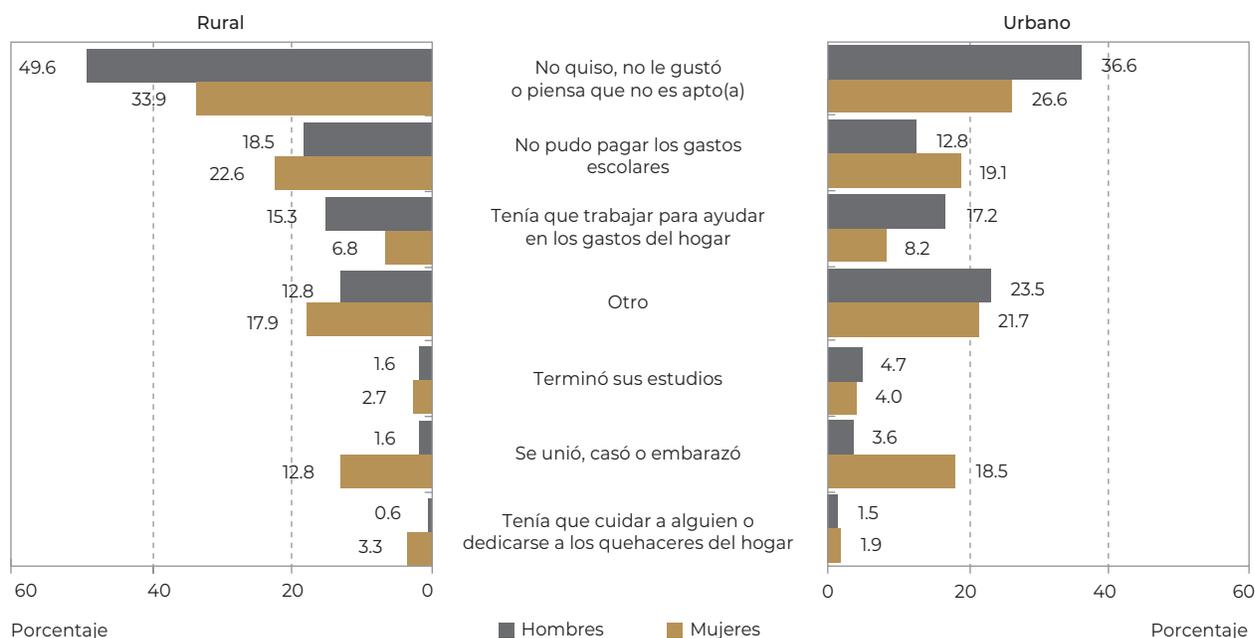
Finalmente, muy pocos hombres han abandonado los estudios por cuidar a alguien o dedicarse a los quehaceres del hogar, tanto en áreas rurales como en urbanas (0.6% y 1.5%, respectivamente); y en caso de las mujeres, estos porcentajes aumentan a 3.3 en zonas rurales y a 1.9 en urbanas. Por haberse unido, casado o embarazado es mayor el porcentaje entre las mujeres urbanas (18.5%) que entre las rurales (12.8%) y, en hombres ocurre el mismo comportamiento, aunque en porcentajes muy bajos (3.6% en urbanas y 1.6% en rurales), véase gráfica 6.3.

Estos resultados muestran, a grandes rasgos, los problemas que enfrenta el sistema educativo para retener a las niñas, niños y adolescentes en la secundaria y preparatoria. De esta forma los efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores con mayores niveles de pobreza y marginación (Molina *et al.*, 2004; Binstock y Näslund, 2013)

Considerando la condición de habla de lengua indígena de las y los adolescentes entre 12 a 19 años, se observa que también abandonan la escuela porque no querían, no les gustaba o pensaban que no eran aptos(as), con 37.6 por ciento de los hombres hablantes y el 41.8 de los no hablantes de lengua indígena, presentándose la misma situación entre las mujeres, aunque en menor porcentaje, 21.9 entre las hablantes y 30.1 entre las no hablantes (véase gráfica 6.4).

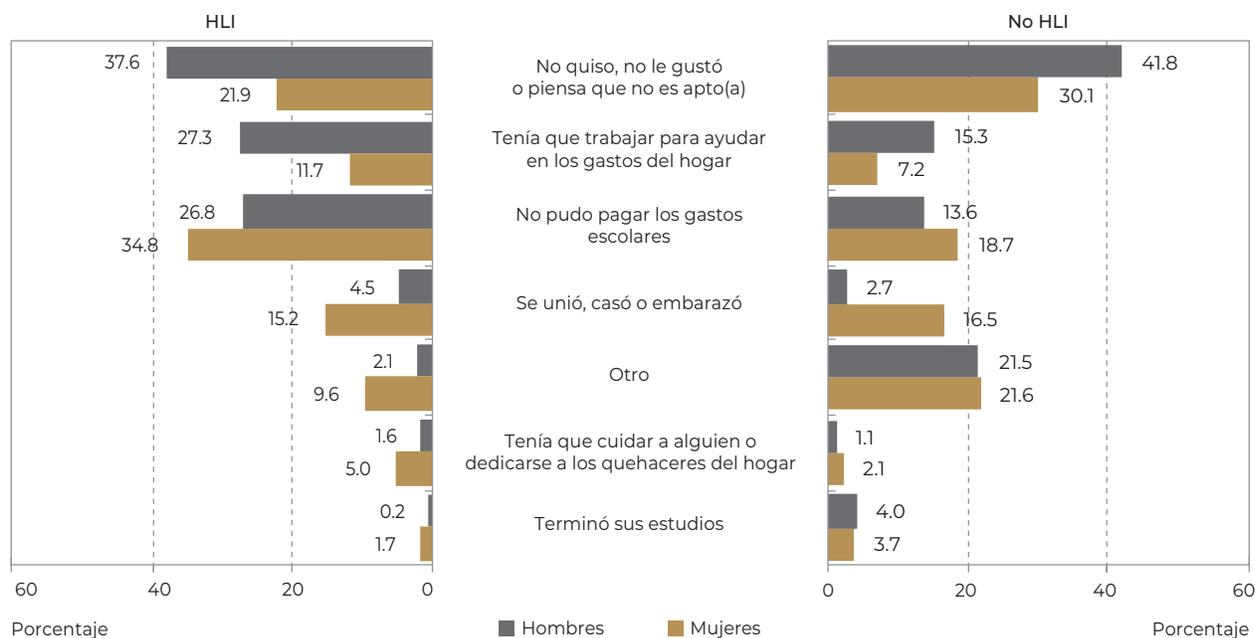
Entre la población indígena la segunda causa de que las y los adolescentes abandonen la escuela es porque no podían pagar los gastos escolares, 26.8 por ciento de hombres y 34.8 por ciento en mujeres; para los(as) no indígenas también es la segunda causa, pero en porcentajes mucho más bajos 13.6 y 18.7 por ciento, respectivamente. Asimismo, en tercer lugar, entre las y los hablantes de lengua indígena la razón fue porque tenían que trabajar para ayudar en los gastos del hogar (27.3% de hombres y 11.7% de mujeres), y en las y los no hablantes por este motivo, el porcentaje es de 15.3 y 7.2 por ciento, respectivamente.

**Gráfica 6.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes por sexo y razones de abandono escolar según lugar de residencia, 2017



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Discriminación, 2017.

**Gráfica 6.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes por sexo y razones de abandono escolar según condición de habla de lengua indígena, 2017



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Discriminación, 2017.

Como se puede observar en la población hablante de lengua indígena se exacerban las limitaciones económicas como causas principales de abandono escolar, por lo que además de las diferentes condiciones de marginación que enfrenta este grupo, su derecho a la educación, al desarrollo y por consiguiente a la educación integral en sexualidad y a la salud sexual y reproductiva se ven violentados, ya que la educación es relevante para la persona, no solo en términos de conocimientos, sino también respecto a la capacidad para procesar información, tomar decisiones y actuar de frente a una circunstancia determinada. Ello implica el desarrollo de competencias y habilidades socio-emocionales para llevar a cabo dichas tareas de la mejor forma posible.

El abandono escolar por unión o matrimonio y embarazo o la llegada de un(a) hijo(a), representa el 15.2 por ciento entre las mujeres hablantes y el 16.5 para las no hablantes, el bajo porcentaje probablemente se debe a que la mayoría de las adolescentes hablantes de lengua indígena, ya habían abandonado la escuela antes de quedar embarazadas (véase grafica 6.4); mientras que los hombres declaran la misma razón en una menor proporción, 4.5 y 2.7 por ciento de la población hablante y no hablante, respectivamente. Asimismo, lo anterior muestra que prevalecen roles de género en los que las mujeres siguen siendo las principales responsables de un embarazo, lo cual les impide continuar con sus estudios.

Llama la atención que entre niñas, niños y adolescentes declaren la falta de interés en la escuela, porque no querían, no les gustaba o que no se consideraban aptos(as) para estudiar, como la principal causa de abandono, lo que implica que se deben adecuar los currículos escolares, de modo que los contenidos resulten atractivos para las y los adolescentes, y que les permita ver un costo-beneficio al continuar con sus estudios, lo cual es una acción que ya se está llevando a cabo por la SEP (Gobierno de México, 2020).

Asimismo, continúa prevaleciendo la carencia económica como segunda causa, lo que lleva a dar continuidad a la entrega de becas escolares y procurar la oportuna dispersión de los recursos, consolidando sistemas de apoyo para estudiantes más propensos a dejar la escuela, focalizando

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

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

Con el objetivo de que las niñas, niños y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, el Gobierno tiene la obligación de realizar campañas informativas, tal y como lo señala el artículo 68 de la ley General de Salud: "...los servicios de planificación familiar incluyen la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de planificación familiar y educación sexual, la atención y vigilancia de los usuarios, la asesoría, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios, el apoyo y fomento de la investigación, la existencia de los métodos anticonceptivos y de otros insumos necesarios, y la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas".

Asimismo, la SCONAPO tiene entre sus atribuciones "elaborar y difundir programas de información, educación y comunicación en materia de población". Bajo este marco, la SCONAPO ha tenido un papel relevante en el desarrollo de estrategias de comunicación para mantener informada a la población y promover la modificación de comportamientos y actitudes en torno al tamaño de las familias y los ideales reproductivos (Gobierno de la República, 2015). Una parte importante de estas estrategias comprende el desa-

rrollo de campañas de comunicación social, entre las que destacan “Vámonos haciendo menos”, “La familia pequeña vive mejor” y “Planifica, es cuestión de querer” (Gobierno de México, 2020).

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

La Línea de Acción 3 de la ENAPEA, del Objetivo 2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, menciona la necesidad de “Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia” (Gobierno de México, 2020).

Atendiendo los objetivos de la ENAPEA y dando continuidad a las estrategias de comunicación que ha realizado la SGCONAPO a lo largo de su historia, desde el año 2014 se han realizado y difundido campañas de comunicación social con el objetivo de contribuir a que las y los adolescentes y jóvenes tomen decisiones informadas que les permitan disminuir los riesgos de un embarazo no planeado favoreciendo el desarrollo de un mejor proyecto de vida (Gobierno de México, 2020).

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

Las distintas versiones de la campaña se han difundido en medios de comunicación como televisión, radio, periódicos, revistas, espectaculares y medios digitales, incluso a través de activaciones

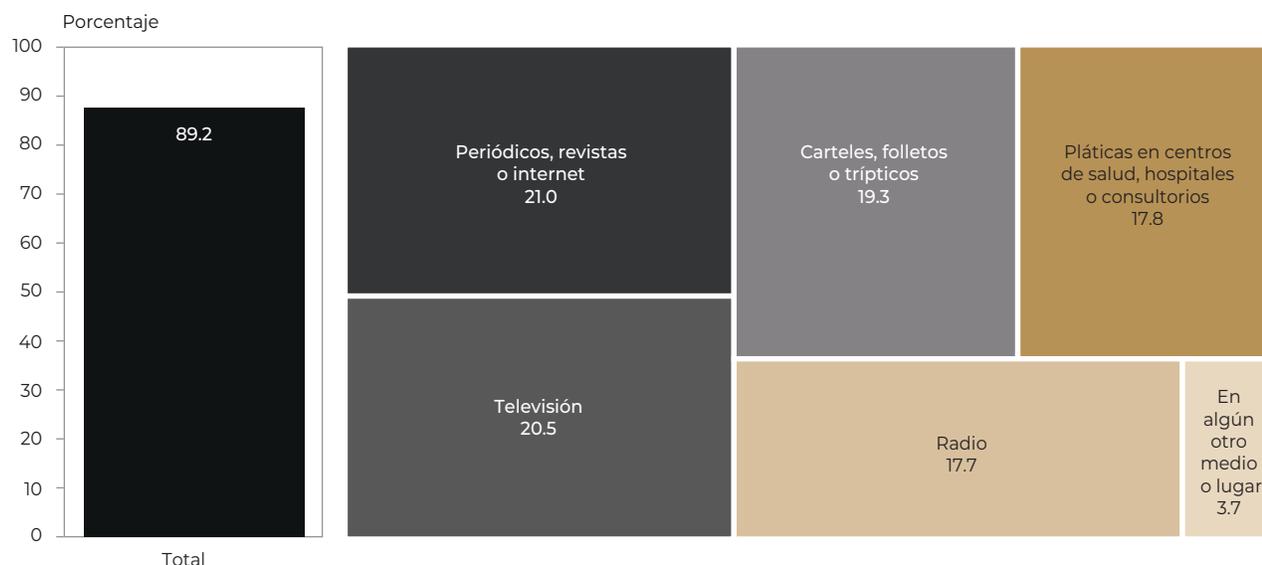
en puntos de encuentro, para poder brindar información de primera mano y de forma amigable a las y los adolescentes y jóvenes. De esta manera, a través de estos años, en la SGCONAPO se han desarrollado diversas estrategias integrales de comunicación para llevar el mensaje de prevención del embarazo en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

En el año 2014, se difundió la campaña “¡Infórmate es tu derecho!”, en 2015 “Proyecto de vida”, en 2016 “Construye tu proyecto de vida” y, finalmente durante 2018, “Prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual”. Estas campañas han tenido el objetivo de incidir en las causas de embarazo en personas menores de 20 años, y fueron difundidas por primera vez durante el Gobierno de la República (Gobierno de México, 2020).

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

En este sentido se vuelve relevante la información sobre difusión de información que recolectó por primera vez la ENADID 2018, en la que se indaga si en los últimos 12 meses las MEF han escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos, en diversos medios. Esta información revela que del total de MEF a nivel nacional, el 89.2 por ciento escuchó información de este tipo en el año anterior a la encuesta. Asimismo, el medio en el que más han visto esta información es en periódicos, revistas o internet (21.0%), seguido de televisión (20.5%), carteles, folletos o trípticos (19.3%), radio y pláticas en centros de salud, hospitales y consultorios (17.8%) y en algún otro medio o lugar (3.7%), véase gráfica 6.5.

**Gráfica 6.5.** República Mexicana. Porcentaje y distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que han escuchado o visto información de métodos anticonceptivos total y por tipo de medio de comunicación, 2018



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

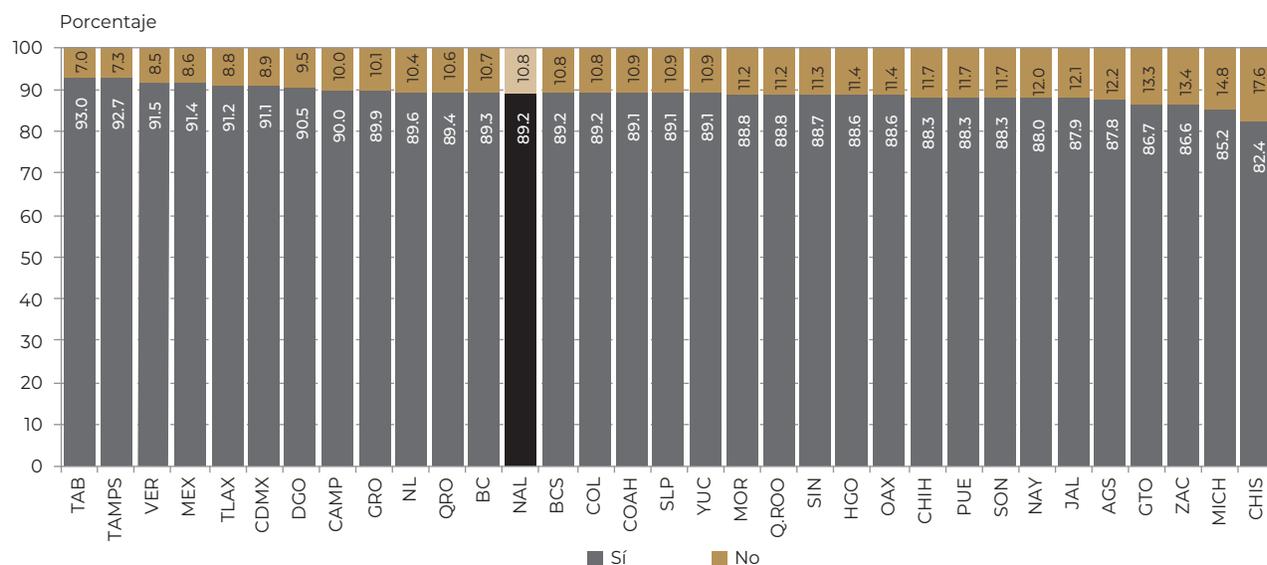
Por entidad federativa llama la atención que Tabasco y Tamaulipas sobresalgan con los mayores porcentajes (93.0% y 92.7%, respectivamente) de MEF que en el último año escucharon sobre métodos anticonceptivos, seguidas de Veracruz (91.5%), el Estado de México (91.4%), Tlaxcala (91.2%) y la Ciudad de México (91.1%). En el otro extremo, se encuentran cuatro entidades cuyo porcentaje no supera el 90.0 por ciento: Chiapas, con el menor porcentaje (82.4%), Michoacán (85.2%), Zacatecas (86.6%) y Guanajuato (86.7%), véase gráfica 6.6.

Los resultados anteriores muestran la aún existente heterogeneidad geográfica en la difusión y recepción de la información, que puede estar determinada por diversos factores entre los que se encuentran: el acceso a medios (radio, televisión, revistas e internet) con los que cuenta la población en general, la ubicación geográfica de las personas en las entidades federativas, que puede imposibilitar el acceso a centros de salud, hospitales o consultorios y a la información que éstos proporcionan sobre salud sexual y reproductiva.

Es importante señalar que los niveles de MEF que reportan haber escuchado información por estos medios se ubica arriba del 80.0 por ciento,

tanto a nivel nacional como por entidad federativa. Sin embargo, se debe dar seguimiento y ampliar la cobertura a la difusión de materiales audiovisuales y gráficos en radio, televisión, medios digitales y medios complementarios de la campaña “Prevención del embarazo en adolescentes”, así como continuar mejorando los servicios de salud amigables para adolescentes en los que se garanticen los servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población de 10 a 19 años, en apego a la normatividad; además se debe buscar incrementar la demanda, fomentando la participación social y asegurando el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP) para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad (INSP, 2015), así como los servicios de salud sexual y reproductiva para la población en general que permita informar a más personas sobre estos temas priorizando, a poblaciones en situación de vulnerabilidad, como mujeres residentes de zonas rurales, muchas veces aisladas y con difícil o nulo acceso a medios de comunicación.

**Gráfica 6.6.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que han escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2018



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

### 6.3 Conocimiento funcional de métodos anticonceptivos

La primera condición para que la población pueda recurrir a la anticoncepción para regular su fecundidad y prevenir alguna ITS es el conocimiento de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el sector salud público o privado, pero lo más importante es que conozca cómo usarlos (Mendoza *et al.*, 2009; CONAPO, 2016a).

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

De acuerdo con la ENADID 2014, el 98.7 por ciento de las MEF conocía al menos un método anticonceptivo, y el 94.8 por ciento sabía cómo usar al menos uno, para 2018 el porcentaje de las MEF que conoce al menos un anticonceptivo no cambió (98.6%) pero el 95.6 por ciento sabe cómo

usarlo, lo que implica un ligero aumento respecto a 2014. Al hacer la distinción en grupos de edad quinquenal en 2018, el 99.2 por ciento de las mujeres de entre 25 y 29 años conocían al menos un anticonceptivo y el 97.5 por ciento conocía su funcionalidad, siendo así, el grupo con mayor porcentaje de mujeres con estos conocimientos, mientras que entre las adolescentes (15 a 19 años), 98.1 por ciento conocía al menos un método y 92.4 contaba con conocimiento funcional, lo que las ubica como, el grupo de mujeres que menos saben cómo usar un método anticonceptivo (véase cuadro 6.1).

En general, en 2018, existe un ligero descenso en el porcentaje de MEF que identifican al menos un método anticonceptivo, en comparación al 2014, pero se da un aumento en el porcentaje de MEF que reconocen cómo utilizar al menos un método anticonceptivo. Sin embargo al ser más específicos, es evidente que las mujeres con 2 o 3 hijos(as), las más escolarizadas, las residentes de áreas urbanas, no hablantes de lengua indígena y sin alguna discapacidad sean las que presenten los mayores porcentajes, no solo en el conocimiento de la existencia de algún método, sino también, en el entendimiento de su función.

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

Características seleccionadas	Conocimiento			
	Existencia		Funcional	
	2014	2018	2014	2018
<b>Total</b>	<b>98.7</b>	<b>98.6</b>	<b>94.8</b>	<b>95.6</b>
<b>Nivel de escolaridad</b>				
15-19	98.2	98.1	91.3	92.4
20-24	98.8	98.9	95.8	96.5
25-29	99.0	99.2	96.4	97.5
30-34	99.1	98.9	96.4	97.1
35-39	99.0	98.6	96.2	96.1
40-44	98.6	98.6	95.0	95.9
45-49	98.0	98.2	92.6	94.1
<b>Paridez</b>				
0	97.6	97.7	91.4	92.6
1	99.2	99.2	97.1	97.3
2	99.5	99.5	97.7	97.9
3	99.6	99.6	97.1	97.6
4 y más	98.0	97.6	92.6	93.9
<b>Nivel de escolaridad</b>				
Sin escolaridad y primaria incompleta	92.5	90.7	80.2	79.2
Primaria completa	96.9	96.5	89.5	90.2
Secundaria	99.4	99.1	95.0	95.5
Preparatoria y más	99.8	99.7	98.7	98.6
<b>Lugar de residencia</b>				
Rural	96.5	96.7	88.4	90.6
Urbano	99.3	99.2	96.5	97.0
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>				
Habla lengua indígena	89.3	90.5	75.3	78.1
No habla lengua indígena	99.2	99.1	95.9	96.6
<b>Discapacidad</b>				
Con discapacidad	95.2	94.2	89.9	87.9
Con limitación	98.8	98.7	95.2	95.6
Sin discapacidad	98.8	98.8	94.9	95.8

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

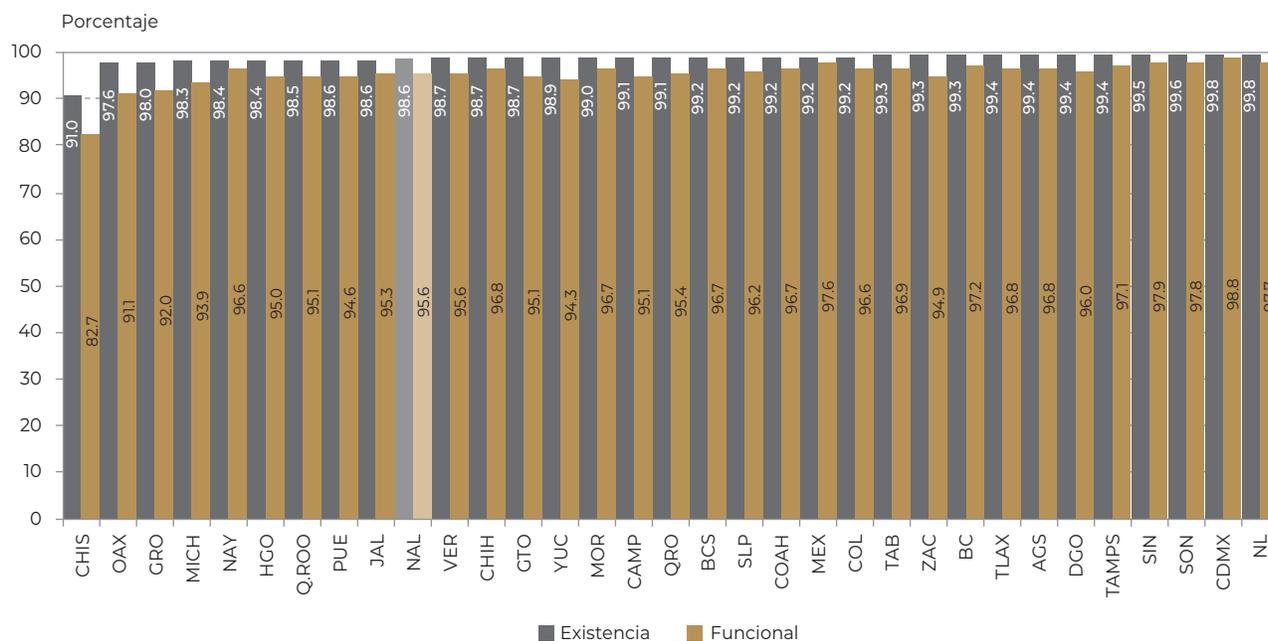
Lo anterior permite exponer las desigualdades existentes en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, derivadas de múltiples factores como lo es, el nivel económico, social, cultural y de género que limita su ejercicio. En este sentido, es necesario visibilizar las necesidades de atención de poblaciones vulnerables, como las y los adolescentes, la población residente de zonas rurales, las menos escolarizadas, la población indígena y hablante de lengua indígena, con discapacidad y afrodescendientes, para la cual en primera instancia es indispensable contar con fuentes de información confiables y apropiadas.

Al interior de la República, se observa que Nuevo León y la Ciudad de México con 99.8 por ciento, Sonora (99.6%), Sinaloa (99.5%) y Tamaulipas (99.4%) son los estados con mayor proporción de mujeres que conocen al menos un método anticonceptivo. En contraparte, Chiapas (91.0%),

Oaxaca (97.6%), Guerrero (98.0%), Michoacán (98.3%) y Nayarit (98.4%) son las entidades con menor porcentaje de mujeres que saben de la existencia de un método anticonceptivo. Al indagar sobre el conocimiento funcional de un método previamente identificado, la proporción de mujeres que sabe usar los métodos anticonceptivos disminuye, siendo Chiapas (82.7%) el estado con la proporción más baja (véase gráfica 6.7).

Se observa que, más del 90.0 por ciento de las MEF saben sobre la existencia de al menos un método anticonceptivo, pero no todas tienen conocimiento funcional, lo cual puede provocar un mal uso o que decidan no adquirirlos o utilizarlos, por lo cual deben de reforzarse los programas de salud, como los servicios amigables, tanto en abastecimiento de anticonceptivos y capacitar constantemente a los y las prestadores(as) del servicio y a los(as) usuarios(as), tanto a mujeres y hombres sobre su uso.

**Gráfica 6.7.** Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo según entidad federativa, 2018



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

## 6.4 Conocimiento funcional por tipo de método anticonceptivo

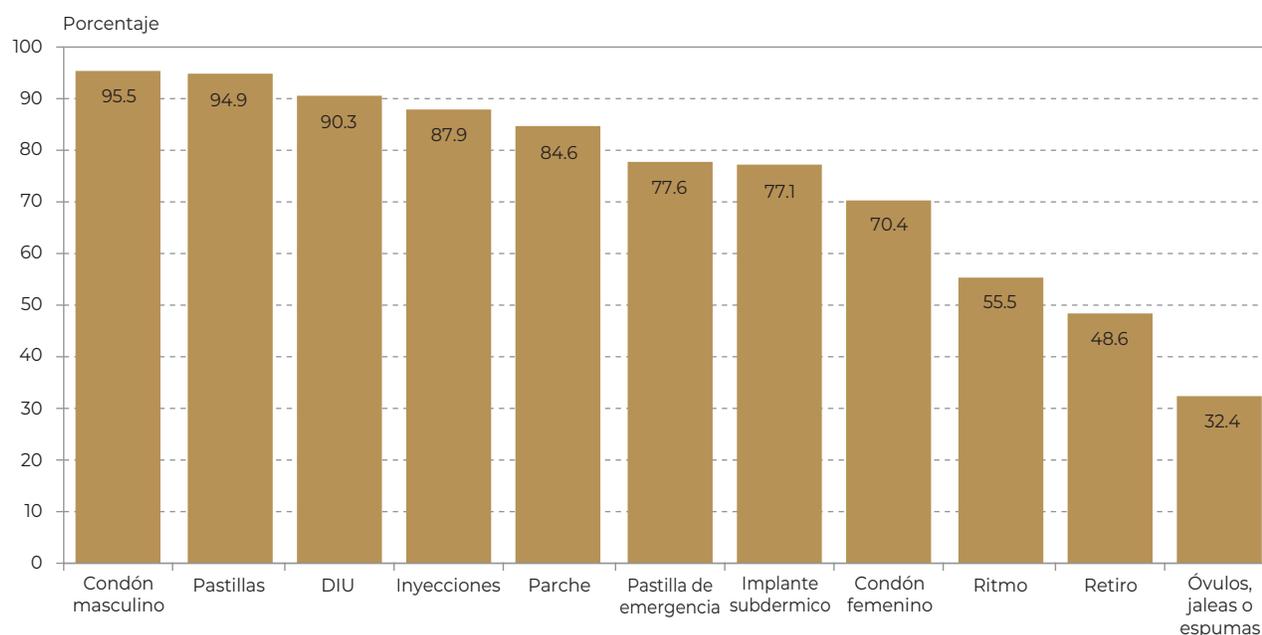
El conocer y saber usar un método anticonceptivo permite que la persona pueda disfrutar de su vida sexual plena y saludablemente, sin preocupaciones de un embarazo no deseado o de contraer una ITS. Las personas pueden y deben decidir cuándo y cuántos hijos(as) quieren tener, además de que, los embarazos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

De acuerdo a la información extraída de la ENADID, ésta permite confirmar que el condón masculino y las pastillas anticonceptivas son los métodos más conocidos por las MEF (95.5% y 94.9%). Sin embargo, se ha observado que no

existe una relación directa entre el conocer la existencia de un método anticonceptivo y el conocimiento funcional de éste, porque mientras el condón masculino es uno de los métodos que más se sabe usar (89.5%), no sucede lo mismo con las pastillas anticonceptivas, ya que, un bajo porcentaje de mujeres (27.5%) tiene conocimiento funcional, lo cual puede asociarse a la complejidad y periodicidad con la que deben tomarse. Por otro lado, se encontró que, los óvulos, jaleas y espumas son los métodos menos conocidos.

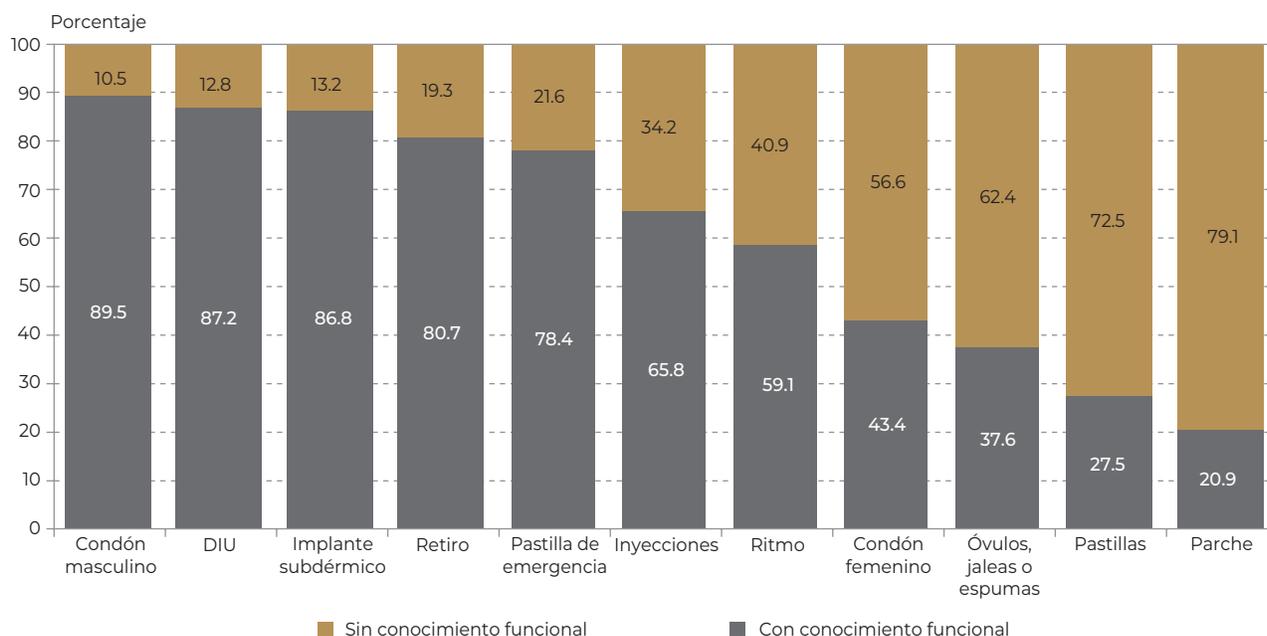
Asimismo, se observó que, 84.6 por ciento de las MEF conoce el parche anticonceptivo, pero un bajo porcentaje (20.9%) de mujeres saben cómo se utiliza. En el caso de las inyecciones, 87.9 por ciento de las MEF lo reconocen y dos terceras partes (65.8%) sabe cada cuándo debe aplicarse. Mientras que, algunos métodos como el DIU y el implante subdérmico, que son identificados por nueve de cada diez MEF (90.3%) y cerca de ocho de cada diez mujeres (77.1%), respectivamente, son los anticonceptivos que se encuentran con una alta proporción de mujeres que saben usarlo, 87.2 y 86.8 por ciento (véanse gráficas 6.8 y 6.9).

**Gráfica 6.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimiento de existencia de cada tipo de método anticonceptivo, 2018



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

**Gráfica 6.9.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por condición de conocimiento funcional de cada método anticonceptivo, 2018



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

Por grupos quinquenales de edad de las MEF, también se observa que la relación entre conocer un anticonceptivo y saber el uso del mismo no tienen una asociación directa (véase cuadro 6.2). Entre las adolescentes (15 a 19 años) los métodos más conocidos son el condón masculino (95.8%) y las pastillas anticonceptivas (93.3%), seguido por el parche y el DIU con más del 80.0 por ciento, pero al cuestionarles sobre cómo deben utilizar cada uno de los métodos, el porcentaje de mujeres disminuye, tal es el caso de las pastillas anticonceptivas y el parche, pues no más del 16.0 por ciento de las adolescentes sabe qué hacer si se suspenden las pastillas por un día o cada cuándo deben tomarse, en el caso del parche, en qué parte del cuerpo se coloca o cuándo deberá sustituirlo, mientras que el condón masculino, aun siendo el más popular y más comercializado, no más del 85.0 por ciento de las adolescentes saben cómo se usa. Un caso particular es el DIU, porque siendo uno de los métodos otorgados por el Sistema de Salud, solo el 72.9 por ciento conoce su funcionalidad.

En los grupos de edad 20 a 24 y 25 a 29 años, más del 90.0 por ciento conocen el condón

masculino, las pastillas anticonceptivas y el DIU. Asimismo más del 80.0 por ciento conocen el parche, las inyecciones, el implante subdérmico y la pastilla de emergencia. Los métodos que más saben usar son el condón masculino, el DIU y el implante, en ambos grupos quinquenales de edad. Sin embargo, alrededor de una de cada cuatro mujeres de estos grupos de edad sabe usar las pastillas o el parche, ya sea porque no saben qué día deben tomarse y colocarse o que hacer si se interrumpe el método.

En las mujeres de entre 30 a 34 y 35 a 39 años, más del 90.0 por ciento identifica las pastillas, el condón masculino, el DIU, las inyecciones y arriba de 80.0 por ciento el parche e implante subdérmico. En estos grupos se identifica un bajo porcentaje de mujeres que saben cómo deben suministrar las pastillas (alrededor de 30.0%) y, lo mismo ocurre con el parche anticonceptivo, del cual alrededor de 25.0 por ciento sabe cómo utilizarlos. En tanto que, alrededor de 90.0 por ciento de las mujeres de estos dos grupos de edad tienen conocimiento funcional, del condón, el DIU y el implante subdérmico.

**Cuadro 6.2.**  
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad según tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2018

Grupo de edad	Condón masculino	Pastillas	Inyecciones	DIU	Parche	Pastilla de emergencia	Implante subdérmico	Condón femenino	Ritmo	Retiro	Óvulos, jaleas o espumas
<b>15 - 19</b>											
Existencia	95.8	93.3	76.3	81.1	81.6	79.5	65.8	78.5	41.6	38.3	25.2
Funcional	84.9	15.2	43.4	72.9	16.8	75.0	76.5	49.8	48.0	67.6	30.7
<b>20 - 24</b>											
Existencia	96.5	95.1	87.9	91.6	87.9	83.7	81.6	77.7	52.2	51.1	31.2
Funcional	91.3	25.7	65.8	86.7	23.1	83.2	88.8	51.2	58.5	80.7	37.1
<b>25 - 29</b>											
Existencia	96.9	96.0	90.9	93.5	88.5	81.8	84.7	73.7	56.9	52.7	32.2
Funcional	92.0	29.8	71.7	90.0	24.8	84.0	91.1	46.3	61.1	85.0	37.4
<b>30 - 34</b>											
Existencia	95.9	96.1	91.9	93.0	87.5	79.2	83.4	70.5	60.1	53.9	33.4
Funcional	92.0	30.2	71.9	90.7	24.4	80.7	90.5	42.7	62.1	85.1	37.7
<b>35 - 39</b>											
Existencia	95.0	95.1	90.5	91.8	84.9	75.1	79.2	66.6	59.8	51.2	35.0
Funcional	90.4	30.3	71.0	90.7	22.2	77.9	89.1	39.1	61.2	82.2	38.2
<b>40 - 44</b>											
Existencia	94.7	94.9	91.0	92.2	82.9	73.3	75.5	63.5	61.4	49.6	35.1
Funcional	89.6	31.7	70.3	90.7	19.0	75.4	86.9	36.3	60.9	81.8	41.4
<b>45 - 49</b>											
Existencia	93.1	94.1	89.2	90.9	79.0	68.9	71.0	59.1	60.0	45.0	36.3
Funcional	86.4	32.1	67.1	89.6	15.1	70.6	83.4	31.2	60.2	80.8	39.7

■ Porcentajes con conocimiento de existencia alto (>80.0%) y conocimiento funcional por arriba del 80.0 por ciento

■ Porcentajes que se encuentran por arriba del 80.0 por ciento

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

Por último, en los grupos de entre 40 a 44 y 45 a 49 años, los métodos más conocidos son las pastillas, el condón masculino, el DIU y las inyecciones. Sin embargo, los métodos anticonceptivos que menos saben utilizar son las pastillas (alrededor de 30.0%) y las inyecciones (cerca de 70.0%), mientras que el condón masculino sigue siendo uno de los métodos que más se sabe usar, pero el porcentaje de mujeres es menor a 90.0 por ciento. Además se identifica que, 9 de cada 10 mujeres en estos grupos de edad, afirmó haber escuchado del DIU y saben dónde se coloca y quién está capacitado para implantarlo.

Al analizar el conocimiento de existencia y funcionalidad de los métodos anticonceptivos que tienen las MEF de acuerdo a su paridez<sup>50</sup> (Véase cuadro 6.3), se observa que en general, el condón masculino y las pastillas anticonceptivas son los métodos anticonceptivos más conocidos o identificados por las mujeres, con un porcentaje por encima del 90.0 por ciento, pero, como se ha ido detectando en el caso de las pastillas, no más del 30.0 por ciento conoce como se deben suministrar o que hacer en caso de olvidar tomarla, en

<sup>50</sup> Número de hijos(as).

**Cuadro 6.3.**  
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por paridez según tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2018

Paridez	Condón masculino	Pastillas	Inyecciones	DIU	Parche	Pastilla de emergencia	Implante subdérmico	Condón femenino	Ritmo	Retiro	Óvulos, jaleas o espumas
<b>Sin hijos(as)</b>											
Existencia	95.5	93.6	80.0	84.1	84.0	82.6	69.2	77.4	53.6	50.6	33.2
Funcional	88.4	24.3	51.0	79.7	21.2	81.5	81.3	51.4	56.5	80.1	40.8
<b>Un(a) hijo(a)</b>											
Existencia	96.3	95.7	91.6	93.9	88.0	81.6	83.9	73.0	58.4	54.2	35.2
Funcional	92.1	28.5	69.5	90.5	23.9	82.7	90.2	46.1	61.6	83.4	39.0
<b>Dos hijos(as)</b>											
Existencia	96.7	96.5	92.6	95.0	87.1	79.0	82.0	69.7	60.6	51.9	34.7
Funcional	91.8	30.0	72.2	91.5	21.9	78.4	90.1	39.3	61.8	82.7	37.1
<b>Tres hijos(as)</b>											
Existencia	96.1	96.3	93.0	94.2	84.8	73.6	80.5	63.8	57.2	44.8	30.2
Funcional	90.2	29.7	73.5	91.2	18.9	73.0	88.5	34.2	58.9	79.7	33.9
<b>Cuatro o más hijos(as)</b>											
Existencia	90.1	92.1	89.4	88.6	75.3	57.5	75.4	55.1	43.3	31.6	23.2
Funcional	82.0	27.0	76.3	87.6	14.6	64.3	86.4	29.3	56.6	71.0	27.7

■ Porcentajes con conocimiento de existencia alto (>80.0%) y conocimiento funcional por arriba del 80.0 por ciento

■ Porcentajes que se encuentran por arriba del 80.0 por ciento

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

cambio el condón más del 80.0 por ciento sabe dónde y cuántas veces se usa. Asimismo, se observa que entre las mujeres con un hijo(a) o más, el DIU es el segundo método anticonceptivo del que tienen mayor conocimiento funcional, con alrededor de 90.0 por ciento, y lo mismo ocurre con el implante subdérmico del cual también cerca del 90.0 por ciento sabe cómo se utiliza, aunque es más bajo el porcentaje de quienes saben de su existencia, que es alrededor del 80.0 por ciento.

Al considerar el nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil (ver cuadro 6.4), se observa una relación directamente proporcional entre el nivel de estudios y el porcentaje de MEF que conocen y además saben cómo se utilizan los métodos anticonceptivos. La ENADID 2018, muestra que entre las mujeres sin escolaridad, no más del 80.0 por ciento conoce la existencia de las pastillas (77.9%), el condón masculino (76.3%) y las inyecciones (74.5%), pero al cuestionarles sobre cómo deben usarse, el porcentaje de mujeres disminuye notablemente, casi menos de

dos terceras partes sabe cómo utilizar el condón masculino y las inyecciones (64.8% y 64.9%) y un porcentaje muy bajo (17.7%) sabe cómo se suministran las pastillas anticonceptivas.

Las MEF con primaria terminada identifican a las pastillas (89.2%), seguidas por el condón masculino (88.9%), las inyecciones (84.5%) y el DIU (81.4%). Sin embargo, solo 80.0 por ciento de las mujeres tienen conocimiento funcional del DIU y 21.3 por ciento de las pastillas. Es de destacar que el condón, siendo de los métodos más populares, apenas tres cuartas partes (77.7%) de las mujeres con primaria terminada conocen cómo es que debe ser utilizado.

Por otro lado, los métodos más conocidos por las MEF que tienen secundaria terminada son el condón masculino y las pastillas, con más del 90.0 por ciento, seguidos por el DIU (89.1%), las inyecciones (88.2%) y los parches (82.1%), pero como en otros casos, el condón masculino es el que la mayoría de este grupo de mujeres sabe usar (87.4%), le siguen las que saben cómo deben aplicarse las

inyecciones (66.5%) y, el porcentaje baja aún más entre las que saben cómo usar las pastillas y los parches, 23.0 y 16.9 por ciento, respectivamente.

Cabe destacar que entre las mujeres con preparatoria o más, más del 80.0 por ciento, identificaron ocho métodos anticonceptivos, el condón masculino, las pastillas, el DIU, el parche, la pastilla de emergencia, las inyecciones, condón femenino y el implante subdérmico. Este es el grupo con mayor paridad de mujeres en

saber el uso correcto de cada uno de los métodos anticonceptivos cuestionados, el 95.1 por ciento sabe utilizar el condón correctamente, el 89.7 por ciento conoce el procedimiento de colocación del DIU, sin embargo, como en todos los casos anteriores, las pastillas y los parches son de los métodos más conocidos y al parecer también son los más complejos, por el bajo porcentaje de mujeres que pueden afirmar cómo deben ser utilizados (32.3 y 25.3%).

**Cuadro 6.4.**

República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por nivel de escolaridad según tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2018

Nivel de escolaridad	Condón masculino	Pastillas	Inyecciones	DIU	Parche	Pastilla de emergencia	Implante subdérmico	Condón femenino	Ritmo	Retiro	Óvulos, jaleas o espumas
<b>Sin escolaridad y primaria incompleta</b>											
Existencia	76.3	77.9	74.5	68.2	55.8	31.7	59.0	37.5	18.5	14.3	13.7
Funcional	64.8	17.7	64.9	75.9	9.9	47.3	79.3	18.2	45.0	52.9	14.1
<b>Primaria completa</b>											
Existencia	88.9	89.2	84.5	81.4	70.7	51.4	69.8	50.3	30.2	21.6	16.7
Funcional	77.7	21.3	66.8	82.0	11.9	56.3	82.3	23.4	51.5	59.3	18.1
<b>Secundaria</b>											
Existencia	95.9	95.0	88.2	89.1	82.1	73.8	75.8	64.2	46.1	36.6	24.1
Funcional	87.4	23.0	66.5	86.0	16.9	69.8	85.7	34.1	53.7	70.5	26.9
<b>Preparatoria y más</b>											
Existencia	98.8	98.0	90.0	95.5	92.4	90.6	81.5	82.2	71.0	65.6	42.9
Funcional	95.1	32.3	65.4	89.7	25.3	86.7	88.9	51.9	62.4	86.5	43.8

■ Porcentajes con conocimiento de existencia alto (>80.0%) y conocimiento funcional por arriba del 80.0 por ciento

■ Porcentajes que se encuentran por arriba del 80.0 por ciento

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

En cuanto a los resultados obtenidos por el lugar de residencia de las mujeres en edad fértil (véase cuadro 6.5), entre las mujeres que residen en zonas rurales, los métodos más conocidos por más del 80.0 por ciento fueron las pastillas, el condón masculino, las inyecciones y el DIU. De esos métodos anticonceptivos, el más alto porcentaje de mujeres residentes en zonas rurales que sabe cómo se usan, fue el DIU con 80.9 por ciento, seguido por las que saben dónde se coloca y cuántas veces se usa un condón (79.9%). Llama la atención que el conocimiento funcional

de los métodos anticonceptivos es muy bajo, pese a que, en el caso del DIU, este grupo de mujeres acuden a los centros de salud para que se los coloque personal médico, y del condón se puede asociar a que son los hombres quienes los utilizan y acuden a comprarlos, por lo que, las mujeres en zonas rurales, al parecer, permanecen al margen de saber cómo utilizarlo.

Mientras que, en las áreas urbanizadas, más del 90.0 por ciento de las mujeres identifican tres métodos anticonceptivos, el condón masculino (97.0%), las pastillas (96.1%) y el DIU (92.3%), y

**Cuadro 6.5.**  
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo según lugar de residencia, 2018

Tipo de método anticonceptivo	Rural		Urbano	
	Conocimiento			
	Existencia	Funcional	Existencia	Funcional
Condón masculino	90.1	79.9	97.0	92.0
Pastillas	90.7	20.7	96.1	29.3
Inyecciones	86.8	66.8	88.2	65.6
DIU	83.4	80.9	92.3	88.8
Parche	76.7	14.7	86.8	22.4
Pastilla de emergencia	59.6	65.7	82.6	81.0
Implante subdérmico	75.9	84.2	77.4	87.5
Condón femenino	60.5	33.4	73.2	45.8
Ritmo	39.6	55.9	60.0	59.7
Retiro	31.1	66.0	53.5	83.1
Óvulos, jaleas o espumas	22.3	22.1	35.2	40.3

■ Porcentajes con conocimiento de existencia alto (>80.0%) y conocimiento funcional por arriba del 80.0 por ciento

■ Porcentajes que se encuentran por arriba del 80.0 por ciento

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

otra proporción, entre 80.0 y 90.0 por ciento, otros tres métodos, las inyecciones (88.2%), el parche (86.8%) y la pastilla de emergencia (82.6%), 92.0 por ciento de las mujeres sabe cómo usar el condón masculino, pero en el caso de las pastillas y los parches, el porcentaje de mujeres que tienen conocimiento funcional baja considerablemente (29.3 y 22.4%, respectivamente).

Al analizar los resultados por MEF de acuerdo a su condición de habla de lengua indígena, se observa que el porcentaje de MEF que hablan lengua indígena que reconocen al menos un método anticonceptivo es inferior al 80.0 por ciento. En general, las pastillas son el método más conocido por 77.6 por ciento de las mujeres que hablan lengua indígena, las inyecciones por 75.6 por ciento y el condón masculino por 74.8 por ciento; pero el porcentaje de mujeres hablantes de lengua indígena con conocimiento funcional de esos métodos anticonceptivos que más identifican, baja a 15.4 por ciento en pastillas, a 63.6 por ciento en inyecciones y a 66.5 por ciento en el caso del condón masculino; pero llama la atención que un menor

porcentaje identificó el DIU (69.8%) y el implante subdérmico (60.9%), pero en ambos casos el porcentaje de mujeres hablantes de lengua indígena con conocimiento funcional es de 74.9 y 78.6 por ciento, respectivamente (véase cuadro 6.6).

En tanto que, en el caso de MEF no hablantes de lengua indígena más del 80.0 por ciento, conoce seis tipos de métodos anticonceptivos, destacándose el condón masculino (96.7%), las pastillas (95.9%) y el DIU (91.6%), de los cuales, el porcentaje de mujeres que sabe cómo utilizarlos es alto en el caso del condón masculino (90.5%) y el DIU (87.7%) y muy bajo en pastillas (28.1%). Asimismo, se encontró que un menor porcentaje de este grupo de mujeres identificó el implante subdérmico (78.1%) pero el porcentaje de quienes saben utilizarlos es de 87.2 por ciento.

Los resultados demuestran que el método que más saben utilizar es el condón masculino, lo cual puede deberse al fácil acceso que tienen hombres y mujeres a este método, al encontrarlo en diversas instituciones públicas, incluidas las de salud o adquirirlo en farmacias o tiendas de

autoservicio y, aunque el método anticonceptivo más identificado son las pastillas, un alto porcentaje de MEF en general no sabe cómo suministrarlas debidamente, ya sea porque no saben cada cuánto se toman o qué hacer en el caso de que se le olvide tomarla y finalmente, se observa que aunque un bajo porcentaje identifica el implante subdérmico, un alto porcentaje sabe cómo y dónde se coloca, lo que indica que las mujeres que deciden utilizarlo en su mayoría lo harán de la forma correcta.

Los métodos que no sobresalen en ninguna de las desagregaciones son los óvulos, jaleas o espumas, el ritmo y retiro, pero en este último, el 80.0 por ciento de las mujeres que lo identifican saben de qué se trata. Las mujeres en condiciones de vulnerabilidad no conocen más de tres métodos anticonceptivos y al momento de cuestionarlas sobre su funcionamiento el porcentaje que afirma saber sobre su uso disminuye, y en algunos casos es muy significativa esta reducción, como el caso de las pastillas.

**Cuadro 6.6.**  
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo según condición de habla de lengua indígena, 2018

Tipo de método anticonceptivo	Habla lengua indígena		No habla lengua indígena	
	Conocimiento			
	Existencia	Funcional	Existencia	Funcional
Condón masculino	74.8	66.5	96.7	90.5
Pastillas	77.6	15.4	95.9	28.1
Inyecciones	75.6	63.6	88.6	66.0
DIU	69.8	74.9	91.6	87.7
Parche	57.6	11.6	86.2	21.2
Pastilla de emergencia	35.7	58.1	80.0	78.9
Implante subdérmico	60.9	78.6	78.1	87.2
Condón femenino	43.9	28.5	71.9	44.0
Ritmo	22.9	47.3	57.4	59.4
Retiro	21.1	58.0	50.2	81.3
Óvulos, jaleas o espumas	15.8	19.2	33.3	38.1

■ Porcentajes con conocimiento de existencia alto (>75.0%) y conocimiento funcional por arriba del 75.0 por ciento

■ Porcentajes que se encuentran por arriba del 75.0 por ciento

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

## 6.5 Uso de métodos anticonceptivos y conocimiento funcional

Los métodos anticonceptivos con el uso correcto y sistemático por el o la usuario(a) suelen tener como consecuencia tasas de fecundidad bajas, pero con uso incorrecto se obtienen tasas más elevadas. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre pares (ss, 2002). Como se mostró en la sección anterior, el conocer un método anticonceptivo, no asegura que las personas tengan conocimiento funcional de éste, por lo tanto, no es

garantía que el total de mujeres que usan un método anticonceptivo lo empleen del modo correcto. Por lo que, de parte de los sistemas de salud, cada que otorgan un método anticonceptivo deben dar una amplia explicación sobre su uso correcto, tal es el caso del DIU que es aplicado en una unidad médica, sin embargo, las usuarias pueden desconocer en cuánto tiempo deben regresar para hacerse una revisión.

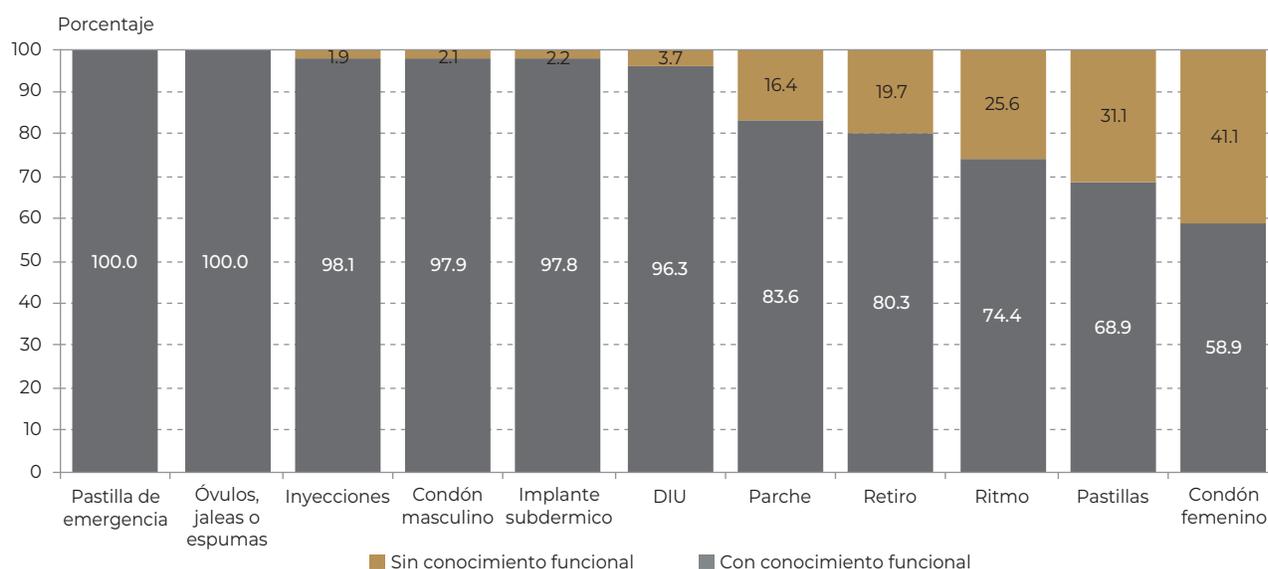
A continuación, se analizarán los datos de uso de métodos anticonceptivos de acuerdo al conocimiento funcional que tienen las mujeres en edad fértil. En la gráfica 6.10, se observa que

las usuarias del condón femenino son las que más desconocimiento funcional tienen de este método (41.1%), seguidas por las usuarias de pastillas con 31.1 por ciento y de las que usan el ritmo, retiro y parche, donde una de cada cuatro (25.6%), una de cada cinco (19.7%) y una de cada seis (16.4%) respectivamente, no cuentan con conocimiento funcional.

Mientras que en el caso de usuarias de la pastilla de emergencia y de óvulos, jaleas o espumas, todas (100.0%) saben utilizarlos. Cabe

mencionar que en 2014, se identificaba un bajo porcentaje (2.7%) de usuarias de espermicidas que sabía en qué momento se aplicaban (CONAPO, 2016). En 2018, entre usuarias de métodos anticonceptivos, los métodos que más son identificados, como es el caso de las inyecciones, el condón masculino, implante subdérmico y DIU, todavía una proporción de las usuarias no saben cómo se utilizan (1.9% en inyecciones, 2.1% en condón masculino, 2.2% en implante subdérmico y 3.7% en DIU).

**Gráfica 6.10.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según condición de conocimiento funcional, 2018



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

En este sentido, con el objetivo de visualizar cuál es el impacto en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) por falta del conocimiento funcional de cada uno de los métodos que usan, se contrastan los resultados de la prevalencia anticonceptiva total con la estimación de prevalencia efectiva,<sup>51</sup> es decir con la prevalencia anticonceptiva ahora solo considerando a las MEFSA que realmente saben utilizar el método anticonceptivo que actualmente usan (véase gráfica 6.11).

De esta forma se obtiene que la mayor diferencia se da entre las MEFSA usuarias de pastillas, ya que, 2.2 por ciento las está utilizando de manera correcta respecto al 3.1 por ciento que las usa, abriendo una brecha de 29.0 por ciento de mujeres usuarias de pastillas expuestas al riesgo de un embarazo no planeado o no deseado. Asimismo, se observa que en general, alrededor de 3.5 por ciento de las usuarias de otros métodos anticonceptivos modernos se encuentran expuestas por desconocimiento funcional.

Entonces si se considera la prevalencia de todos los métodos anticonceptivos que utilizan las MEFSA, es decir, se incluye el porcentaje de

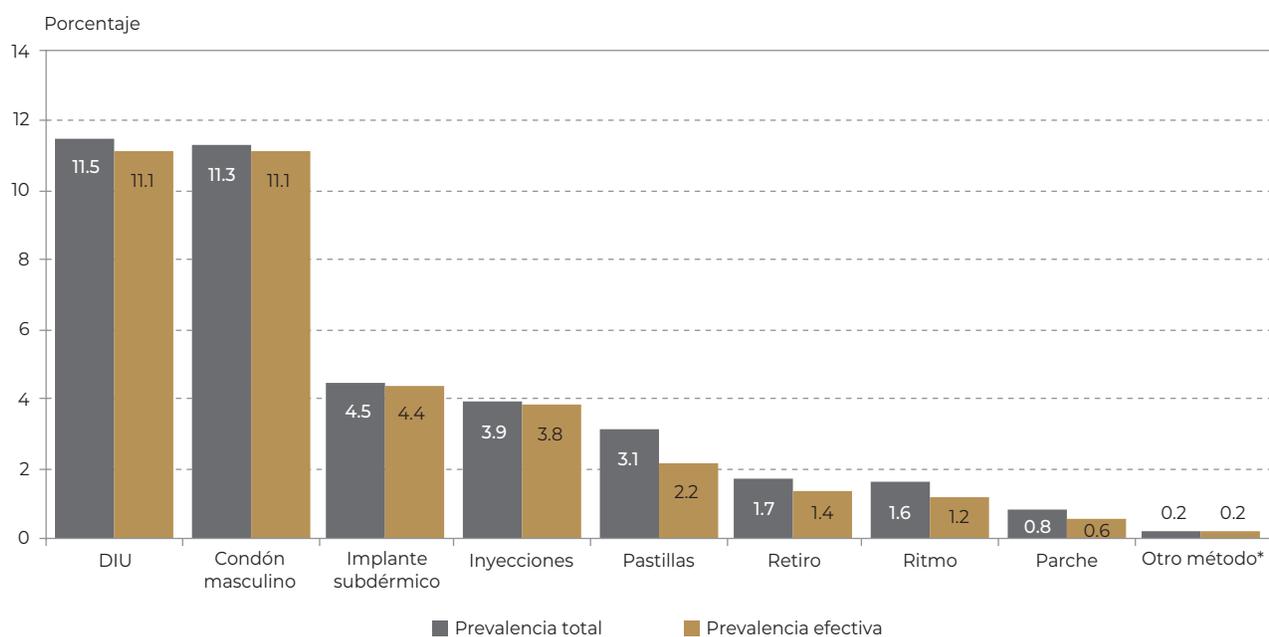
<sup>51</sup> Cabe aclarar que en este indicador no se considera el porcentaje de efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos.

usuarias de OTB (34.6%) y de vasectomía (2.2%), se obtiene que la suma de la prevalencia por método anticonceptivo es 75.5 por ciento en 2018, pero si la suma se realiza con los resultados de la prevalencia anticonceptiva efectiva de cada método anticonceptivo se encuentra que es de 72.9 por ciento, lo que indica que 3.4 por ciento de las MEFSA, que están utilizando métodos anticonceptivos, se encuentran expuestas a un embarazo no planeado o no deseado, o a contraer alguna ITS por no utilizar el anticonceptivo de forma correcta. Es importante mencionar que, en 2014 el porcentaje de MEFSA usuarias expuestas al riesgo por no contar con conocimiento funcional era de 4.1 por ciento, lo cual muestra que en 2018 hubo una mejora

en la orientación e información que se proporciona sobre el uso de métodos anticonceptivos.

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

**Gráfica 6.11.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva total y efectiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método, 2018



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

\*Otros incluye a condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas, píldora del día siguiente y otros métodos.

## 6.6 Razones de no uso

Como se mencionó en los primeros párrafos de este capítulo, los y las mexicanos(as) tienen derecho a elegir sobre su vida sexual, por lo cual el elegir no usar métodos anticonceptivos es válido, siempre y cuando se le haya brindado la información completa y, no sea obligado u obligada por

terceros(as) a no usarlos, es decir, que no sean violentados sus derechos humanos, en específico, el derecho de acceso a la información y al libre albedrío (Starrs *et al.*, 2018).

Sin embargo, para lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, es necesario conocer las causas que obliga a que las mujeres no hagan uso de

métodos anticonceptivos. A nivel nacional en 2018, se identifica que la principal razón de las mujeres en edad fértil para no usar anticonceptivos es porque estaban o deseaban estar embarazadas (35.9%), la segunda es por motivos de salud (16.6%), en tercer lugar, por encontrarse en la menopausia o estaban dando pecho (13.1%). Sin embargo, salvo el deseo de embarazarse, estos motivos no son impedimentos para usar algún tipo de anticonceptivo (Buitrón *et al.*, 2014; OMS, 2014). Asimismo, 8.8 por ciento de las MEF no usaba anticonceptivos porque dijo no tener relaciones sexuales; pero llama la atención que todavía 7.7 por ciento de las MEF, respondieron que su pareja es quien no permitía o no está de acuerdo con el uso de métodos; y, una minoría del 2.1 por ciento no usaba por desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos (véase cuadro 6.7).

Al identificar las causas de no uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad de las MEF, se encontró que entre las adolescentes (15 a 19 años) es más alto el porcentaje de no uso debido a que estaban o querían embarazarse (55.4%), seguidas por las mujeres de 20 a 24 años, con 48.8 por ciento, cabe señalar que dicho porcentaje disminuye conforme avanza la edad de las mujeres; la segunda causa es por razones de salud cuyo porcentaje es bajo entre las adolescentes (9.0%), pero éste aumenta conforme avanza la edad hasta alcanzar el máximo entre las mujeres de 35 a 39 años (20.6%) y en tercer lugar por estar en la menopausia o dando pecho, con porcentajes bajos entre las mujeres en los grupos de edad más jóvenes y un alto porcentaje en las de 45 a 49 años, con 34.0 por ciento.

De acuerdo a la paridez de las MEF, se observa que también la principal causa es porque estaban o querían embarazarse, con el más alto porcentaje entre las que no tenían hijos(as) (63.0%) que desciende conforme aumenta el número de hijas(os); en segundo lugar es por razones de salud que también el porcentaje aumenta conforme a la paridez, pasando de 7.7 por ciento entre las que no tenían hijos(as) a 20.0 por ciento cuando tenían cuatro o más hijos(as); y como tercera causa, se identifica que estaban en la menopausia o dando pecho, cuyo porcentaje aumenta de 8.0 por ciento en mujeres sin hijos(as) a 19.1 por ciento entre las que tenían cuatro hijos(as) o más.

Al analizar las razones de no uso de las MEF por nivel de escolaridad se encontró que, estaba o quería embarazarse es la razón principal y el porcentaje se incrementa conforme tienen mayor nivel de escolaridad, ubicándose el más bajo porcentaje entre las que no tenían escolaridad y primaria incompleta (19.4%) y el más alto entre las de preparatoria o más (44.1%); por razones de salud, el mayor porcentaje se ubica entre las de primaria completa (18.5%) y con menor porcentaje entre las de preparatoria o más (14.8%), y por estar en menopausia o dando pecho, con un porcentaje de 14.7 entre las que no tenían escolaridad y con primaria incompleta y, que disminuye a 12.8 entre las de secundaria y las de preparatoria o más. Cabe señalar que entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, un importante porcentaje (9.0%) no usó métodos anticonceptivos por desconocimiento, por lo que es importante impulsar programas que brinden información a este grupo de mujeres.

Por lugar de residencia de las MEF, también se destaca que las razones de no uso es porque estaban o querían embarazarse, con mayor porcentaje entre las urbanas (37.3%) que en rurales (32.5%), por salud con casi el mismo porcentaje, 16.8 en rurales y 16.6 en urbanas y por estar en la menopausia o dando pecho con mayor porcentaje entre urbanas (13.3%) que en rurales (12.6%). Cabe señalar que entre las MEF que residían en zonas rurales, 11.2 por ciento no usó por no tener actividad sexual, pero 9.2 por ciento por oposición de la pareja o que ella no estaba de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. En el caso de las residentes de zonas urbanas, estas dos últimas razones presentan porcentajes de 7.8 y 7.0, por lo que es importante realizar campañas de sensibilización sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos, y que aunque no sean sexualmente activas consideren la posibilidad de disponer de algún anticonceptivo.

Las razones de no uso entre las MEF por condición de habla de lengua indígena no difieren mucho. Sin embargo, llama la atención que el porcentaje de hablantes que no usó por estar o querer embarazarse es menor (23.3%) a lo presentado por las no hablantes de lengua indígena (37.3%), en tanto que por razones de salud en las

indígenas el porcentaje es mayor (20.2%) que entre no indígenas (16.2%), al igual que por estar en la menopausia o dando pecho (15.8% en indígenas y 12.8% en no indígenas). Asimismo, llama la atención que la oposición de la pareja o que no estaba de acuerdo en usar métodos anticonceptivos, entre las hablantes de lengua indígena es mayor

(11.8%) que entre no hablantes (7.2%), lo cual indica la necesidad de fortalecer acciones de sensibilización sobre el uso de métodos anticonceptivos, para así también terminar con el desconocimiento que además presentan las mujeres hablantes de lengua indígenas sobre los métodos, ya que 8.8 por ciento no los utilizó por dicha razón.

**Cuadro 6.7.**  
República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos según características seleccionadas, 2018

Características seleccionadas	Razón de no uso						
	Está o quiere embarazarse	Sin actividad sexual	Salud	Está en la menopausia o dando pecho	Se opone su pareja o no está de acuerdo con el uso de métodos	Otra razón	Desconocimiento
<b>Total</b>	35.9	8.8	16.6	13.1	7.7	15.8	2.1
<b>Grupos de edad</b>							
15-19	55.4	6.5	9.0	9.3	6.3	10.5	3.1
20-24	48.8	9.2	14.8	7.8	5.2	13.2	1.1
25-29	47.2	9.3	15.0	7.2	6.5	13.2	1.6
30-34	45.6	7.7	17.7	6.7	7.1	13.5	1.7
35-39	34.1	8.1	20.6	9.7	8.5	16.6	2.5
40-44	15.3	10.7	19.8	19.4	10.8	21.6	2.4
45-49	6.3	9.1	16.5	34.0	9.7	21.3	3.1
<b>Paridez</b>							
0	63.0	5.5	7.7	8.0	3.9	10.8	1.1
1	41.4	8.9	16.3	12.3	6.3	13.6	1.2
2	24.3	10.2	21.1	14.5	9.3	18.7	1.9
3	15.8	10.6	21.3	16.8	10.8	22.2	2.4
4 y más	11.3	9.8	20.8	19.1	12.8	18.8	7.3
<b>Nivel de escolaridad</b>							
Sin escolaridad y primaria incompleta	19.4	8.1	17.5	14.7	14.3	17.0	9.0
Primaria completa	28.4	10.5	18.5	13.9	9.2	16.5	3.1
Secundaria	33.9	9.1	17.8	12.8	8.0	16.9	1.6
Preparatoria y más	44.1	8.1	14.8	12.8	5.3	14.4	0.5
<b>Lugar de residencia</b>							
Rural	32.5	11.2	16.8	12.6	9.2	14.1	3.6
Urbano	37.3	7.8	16.6	13.3	7.0	16.5	1.4
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>							
Habla lengua indígena	23.3	7.5	20.2	15.8	11.8	12.7	8.8
No habla lengua indígena	37.3	8.9	16.2	12.8	7.2	16.2	1.4
<b>Discapacidad</b>							
Con discapacidad	26.6	9.6	17.8	17.7	6.3	20.2	1.7
Con limitación	26.9	10.3	16.6	17.6	7.0	19.5	2.0
Sin discapacidad	37.3	8.6	16.6	12.4	7.8	15.2	2.1

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

Finalmente, entre las razones que declaran las MEF por condición de discapacidad, se encuentran también en primer lugar, el deseo de embarazarse o estar embarazada, con un alto porcentaje entre las mujeres sin discapacidad (37.3%) y con porcentajes no muy diferentes entre las que tienen alguna limitación o que tienen discapacidad (26.9% y 26.6%, respectivamente). En segundo lugar, se encuentran los motivos de salud, con un mayor porcentaje entre las MEF con discapacidad (17.8%) y con menor porcentaje entre las mujeres con limitaciones o sin discapacidad (16.6% en ambos casos). Como tercer lugar, el 17.7 por ciento de las MEF con discapacidad, el 17.6 de las que presentan alguna limitación y 12.4 de las que no tienen ninguna discapacidad, declararon estar en la menopausia o dando pecho. Finalmente, es de resaltar que la decisión de no uso esté sujeta a violencia, debido a que la oposición de la pareja tiene un comportamiento relativamente homogéneo entre los tres grupos de mujeres, con porcentajes de 7.8, 7.0 y 6.3 por ciento, respectivamente.

Es de suma importancia hacer énfasis en que, a pesar de que la oposición o desacuerdo de la pareja en el uso de métodos anticonceptivos, no figura entre las principales razones, continúa siendo visible en mujeres con ciertas características sociodemográficas, como lo son las mujeres de 35 años y más, las que tienen dos o más hijos(as), las menos escolarizadas, las residentes de áreas rurales, las hablantes de lengua indígena y las mujeres sin discapacidad o con alguna limitación, lo que muestra la persistente prevalencia de violencia contra la mujer debido a actitudes y creencias que la perpetúan. En este sentido, se deben sumar esfuerzos para promover la igualdad de género e impulsar el diálogo sobre la violencia de la pareja en contextos de alta marginación y pobreza, con el fin de garantizar los derechos humanos de todas las mujeres.

## **Conclusiones**

Como se pudo observar, aún prevalecen desigualdades de género que marcan importantes diferencias respecto a las contrapartes masculinas. Es de vital importancia sumar esfuerzos y

trabajar conjuntamente para continuar y fortalecer las políticas públicas que buscan disminuir dichas desigualdades y que logren que las mujeres se planteen opciones distintas o complementarias a la maternidad para alcanzar su pleno desarrollo. En este sentido, se debe fortalecer la educación integral en sexualidad por medio de la capacitación a maestros(as), padres, madres y agentes de salud mediante cursos presenciales o virtuales. Por lo anterior, es necesario enfatizar en los derechos sexuales y reproductivos de la población joven y en la responsabilidad de todos los actores sobre la educación de los y las adolescentes para trazar un plan de vida que les permita adquirir conocimientos y habilidades para la vida en este tema, para contribuir a su pleno desarrollo personal y profesional.

Asimismo, la responsabilidad del sector salud es continuar expandiendo los servicios amigables por todo el país y, seguir capacitando a su personal médico de manera continua y en cumplimiento con la NOM-047, que establece el acceso y la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva al grupo etario de 10 a 19 años.

De esta manera, el ejercicio de los derechos humanos, específicamente, el “Derecho a contar con información y acceso a servicios de salud sexual”, se cumple de forma parcial, debido a que, las mujeres en condición de vulnerabilidad, las adolescentes, las que tienen baja o nula escolaridad, las que residen en zonas rurales, las que son hablantes de lengua indígena o que tienen alguna discapacidad, son las que continúan careciendo de información y acceso a los servicios sexuales y reproductivos, de tal forma que no les es posible elegir un método anticonceptivo y por consiguiente, no saben utilizarlo de manera adecuada. Asimismo la falta de información hace que muchas de ellas no estén de acuerdo en el uso de métodos anticonceptivos. En ese sentido, juega un papel importante las campañas de comunicación, pero éstas deben diseñarse considerando las limitaciones tecnológicas en las que se encuentran las mujeres y la población en general en las diferentes regiones del país.

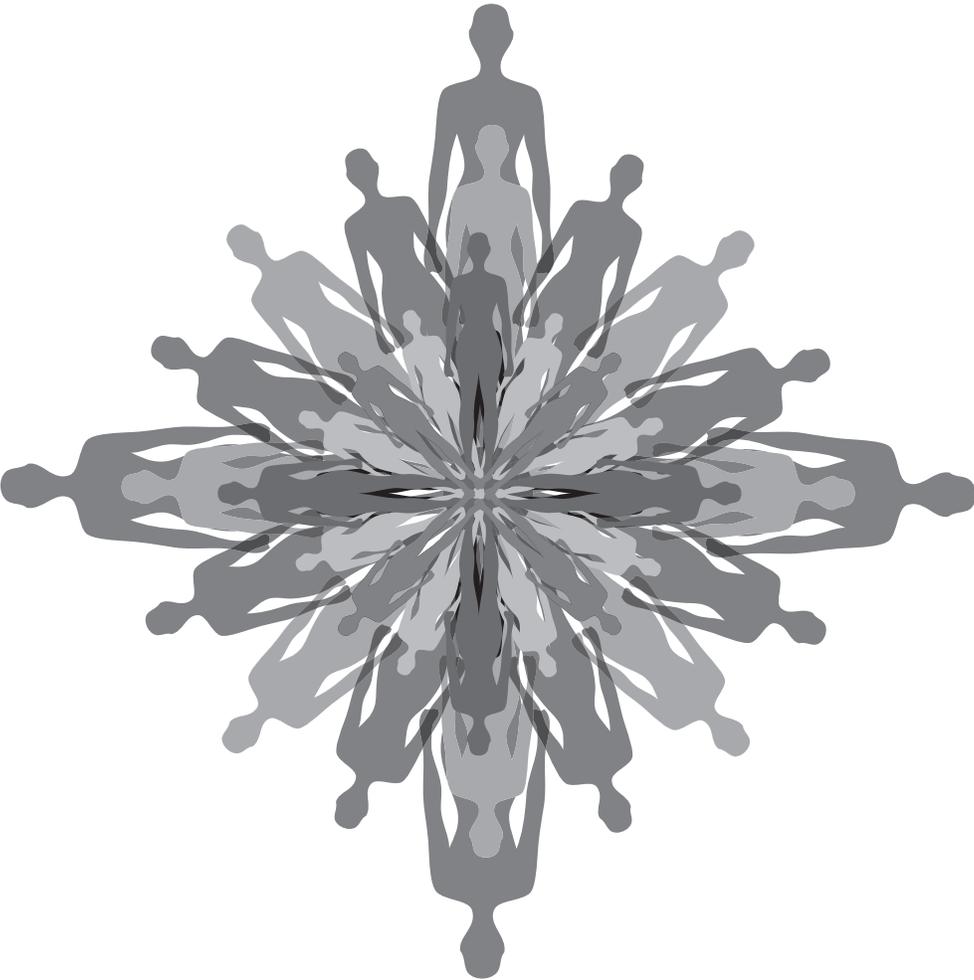
Finalmente, es importante que las mujeres que buscan usar un método anticonceptivo reciban orientación de calidad sobre planificación

familiar, que involucre además la oferta y dotación de métodos anticonceptivos, evitando de esta forma los embarazos no planeados, no deseados y con un alto riesgo de muertes maternas o infantiles. Aunado a lo anterior, se debe trabajar en un mayor involucramiento de las parejas en la atención de la salud sexual y reproductiva, de tal forma que los hombres, por ejemplo, obtengan mayor información y se involucren, y de esta forma prevenir la violencia ejercida a las mujeres en cuanto a decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos. Es por ello que, además resulta indispensable sensibilizar a la población y, sobre todo a los hombres sobre la corresponsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

## Bibliografía

- Bertrand, J., Magnani, R.J. y Knowles, J.C. (1994). *Handbook of indicators for family planning program evaluation*, Chapel Hill, NC, The Evaluation Project Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Blum, R.W., Astone, N.M., Decker, M.R. y Mouli, V.C. (2014). "A conceptual framework for early adolescence: A platform for research", en *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3): 321-331. <https://www.degruyter.com/view/journals/ijamh/26/3/article-p321.xml>
- Binstock, G. y Näslund-Hadley, E. (2013). "Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay", en *Papeles de Población*, 19(78): 15-40. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-742520-13000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-742520-13000400003)
- Buitrón García-Figueroa R, Malanco-Hernández L.M, Lara-Ricalde R., (2014). "Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales", en *Ginecología y Obstetricia de México*. 2014; 82 (08): 547-551. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51854>
- Climont, G. (2002). "El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires", en *La Ventana*, 2(15): 313-355. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202247>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*. República Mexicana. Primera edición. México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)
- (2016a). *Salud sexual y reproductiva de las 32 entidades federativas, 2014. Resúmenes infográficos*. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/salud-sexual-y-reproductiva-de-las-32-entidades-federativas-2014-resumenes-infograficos>
- Gobierno de la República (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
- Gobierno de México (2020). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Segundo informe de los indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA, 2018. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/segundo-informe-de-indicadores-2018?idiom=es>
- Hopenhayn, M. (2002). *Educación para la sociedad de la información y de la comunicación: una perspectiva latinoamericana*, en *Revista Ibero Americana*. Educación y conocimiento: una nueva mirada, núm. 30. CEPAL. <https://rieoei.org/RIE/article/view/946>
- INSP [Instituto de Salud Pública] (2015). *Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Documento 3 Diseño del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). <https://www.gob.mx/conapo/documentos/2-evaluacion-de-la-estrategia>
- Lloyd, C. y Young, J. (2009). *New lessons: The power of educating adolescent girls*, Nueva York: Population Council. [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2009PGY\\_NewLessons.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2009PGY_NewLessons.pdf)

- Mendoza, D. V., Sánchez, C. M., Hernández, L. M. y Mendoza, G. M. (2009). "35 años de la planificación Familiar en México", en La situación demográfica de México 2009, CONAPO. [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2009](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2009)
- Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R. et al. (2004). "Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar", en Revista Médica de Chile, 132(1): 65-70. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000100010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010)
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2014). Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/es/)
- OEI [Organización de Estados Iberoamericanos] (2002). Educación y conocimiento: una nueva mirada / Educação e conhecimento: um novo olhar. Septiembre-Diciembre 2002 / Setembro-Dezembro 2002, Número 30. <https://rieoei.org/historico/documentos/rie30f.htm>
- SEP [Secretaría de Educación Pública] (2016). Agenda Sectorial para la educación integral en sexualidad con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes. Avances. Líneas de Acción de la ENAPEA. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8\\_Acciones\\_SEP\\_Dra\\_Silvia\\_Ramirez.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8_Acciones_SEP_Dra_Silvia_Ramirez.pdf)
- SS [Secretaría de Salud] (2015). Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). México, DF. <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
- (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Segunda Edición, México, D.F. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
- Starrs, A. M., Ezeh A. C., Barker G. et al. (2018). *Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- Tuirán, R. y Hernández, D. (2015). El abandono escolar en el bachillerato, Este País. <https://anterior.estepais.com/articulo.php?id=197&t=el-abandono-escolaren-el-bachillerato>
- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (2018). Por qué es importante la educación integral en sexualidad. <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2017). *Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. Estado de la población mundial 2017*, Nueva York. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_ES\\_SWOP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)



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

# 7

Los métodos anticonceptivos modernos son, sin duda, la intervención más revolucionaria para la atención de la salud sexual y reproductiva del siglo xx, ya que facilita la desvinculación de las relaciones sexuales y la reproducción, y permite a las parejas elegir el número y espaciamiento de sus hijos e hijas. Contar con una amplia gama de anticonceptivos modernos, permite que las mujeres o las parejas tengan el número de hijas e hijos que deseen y cuando los(as) deseen, evitando de esta forma embarazos no deseados o no planeados y abortos; pero además también son necesarios para que mujeres y hombres se protejan de ITS, incluido el VIH (Starrs *et al.*, 2018).

La anticoncepción también representa para las mujeres una dimensión clave de derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y acceso a otros derechos como a la educación, a una mayor participación en la vida pública y económica, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar, contribuyendo de esta forma a su bienestar y autonomía, que al mismo tiempo permite el desarrollo de la comunidad en la que vive y del país (OMS, 2018).

### 7.1. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas y de unidas

Para que las personas puedan tener el número de hijos o hijas que desean y determinar el intervalo entre embarazos, es necesario que hagan uso de métodos anticonceptivos, con los cuales se evitará por ejemplo, que la mujer o el o la recién nacido(a) tengan riesgos de muerte o de enfermarse; también se pueden proteger de ser infectadas de ITS incluido el VIH; y, en la etapa de la adolescencia se pueden prevenir elevadas tasas de mortalidad neonatal y materna, así como las consecuencias a largo plazo en el desarrollo personal para ellas, sus familias y su comunidad. Además, usar métodos anticonceptivos es un factor clave para aminorar el crecimiento de la población, junto con los efectos negativos que esto, acarrea sobre la economía y el medio ambiente (OMS, 2018).



De acuerdo a la ENADID, la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA),<sup>52</sup> entre 2014 y 2018 casi se mantuvo sin cambios (75.6 y 75.5%, respectivamente); en el caso de las mujeres en edad fértil unidas (MEFU)<sup>53</sup> se observa que, hay un ligero aumento, al pasar de 72.3 por ciento en 2014 a 73.1 por ciento en 2018.

En ambos grupos de mujeres, la prevalencia anticonceptiva se encuentra determinada principalmente por la aplicación del método definitivo Oclusión Tubaria Bilateral (OTB),<sup>54</sup> que además aumentaron su uso entre las MEFSA durante el periodo de estudio, al pasar de 33.6 a 34.6 por ciento y también entre las MEFU con 36.1 y 37.1 por ciento (véase gráfica 7.1 y 7.2).

El segundo método anticonceptivo más utilizado tanto por las MEFSA como por las MEFU es el DIU, aunque el porcentaje de usuarias entre 2014 y 2018 disminuyó en ambos casos, pasó de 12.6 a 11.5 en MEFSA y de 12.0 a 11.4 en MEFU; como tercer método se ubica al condón masculino que, entre las MEFSA casi se mantiene el mismo porcentaje (11.4% en 2014 y 11.3% en 2018) y entre las MEFU bajó la prevalencia de 8.1 a 7.6 por ciento.

El resto de los métodos anticonceptivos (implante subdérmico, inyecciones, métodos anticonceptivos tradicionales, pastillas, vasectomía, parche anticonceptivo y otros), tanto en MEFSA como en MEFU la prevalencia de uso

es inferior al cinco por ciento. Sin embargo, entre 2014 y 2018 destaca que, en ambos grupos de mujeres aumenta el uso del implante subdérmico (de 2.8 a 4.5% en MEFSA y de 2.6 a 4.4% en MEFU).

Otro aspecto importante a destacar es el descenso del porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos tradicionales<sup>55</sup> (Ritmo, Calendario, Billings o Abstinencia periódica y Retiro) durante el periodo de estudio; en MEFSA baja de 4.3 a 3.4 por ciento y en MEFU de 3.9 a 3.2 por ciento. Estos resultados se traducen en que, del total de usuarias actuales, solo 4.4 por ciento, tanto de MEFSA como de MEFU, emplean este tipo de métodos anticonceptivos.

En este sentido, se puede advertir que ésta proporción de usuarias de métodos anticonceptivos tradicionales (4.4%), tienen una alta probabilidad de quedar embarazada, dado que son métodos anticonceptivos de baja efectividad (70 a 80%) de acuerdo a la NOM-005-SSA2-1993, por lo que, es necesario continuar con esfuerzos para evitar obstáculos económicos, sociales, culturales y hasta institucionales para que las mujeres tengan acceso a la información y a métodos anticonceptivos modernos y a los servicios de planificación familiar, además de educación sobre ellos (UNFPA, 2012).

Los resultados que se obtienen por entidad federativa, muestran que la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas entre 2014 y 2018 descendió en 18 entidades, de las cuales Puebla es la entidad con la mayor reducción de usuarias en 5.9 puntos porcentuales, seguido por Aguascalientes con 4.0 puntos y Yucatán con 3.6 puntos. Caso contrario, de las 14 entidades donde aumenta el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos, destaca Veracruz con 3.8 puntos porcentuales, Sonora con 3.6 y Guanajuato con 3.5.

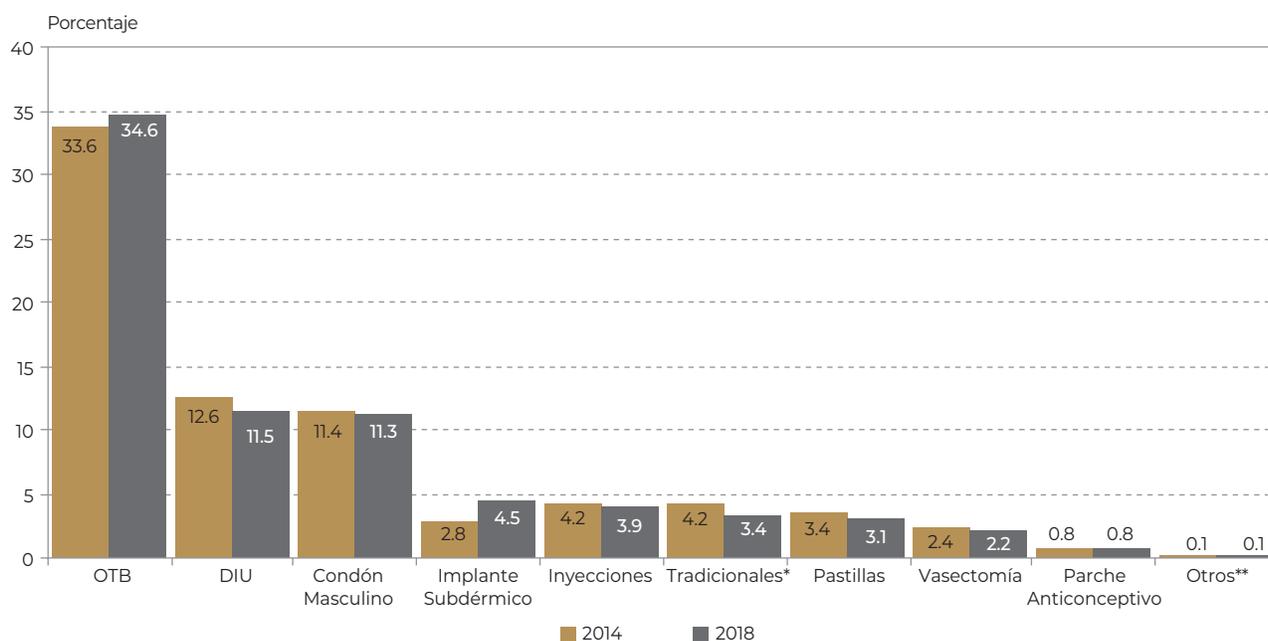
<sup>52</sup> La prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas un mes previo al levantamiento de la encuesta que declaran estar haciendo uso de cualquier método anticonceptivos, al momento de la encuesta (CONAPO, 2016).

<sup>53</sup> La prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas se refiere al porcentaje de mujeres de 15 a 49 años cuya situación conyugal era en unión libre o casada al momento de la encuesta y que declaran estar haciendo uso de cualquier método anticonceptivos (CONAPO, 2016).

<sup>54</sup> La Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos(as) deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

<sup>55</sup> Los métodos tradicionales o naturales son aquellos que requieren la participación activa de la pareja, a fin de que la práctica de estos métodos sea más eficaz, engloban el método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus, el método de la temperatura, método del moco cervical o de Billings, el método sintotérmico y el retiro o coito interrumpido (DOF, 1994 y Jiménez *et al.*, 2011).

**Gráfica 7.1.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo, 2014 y 2018

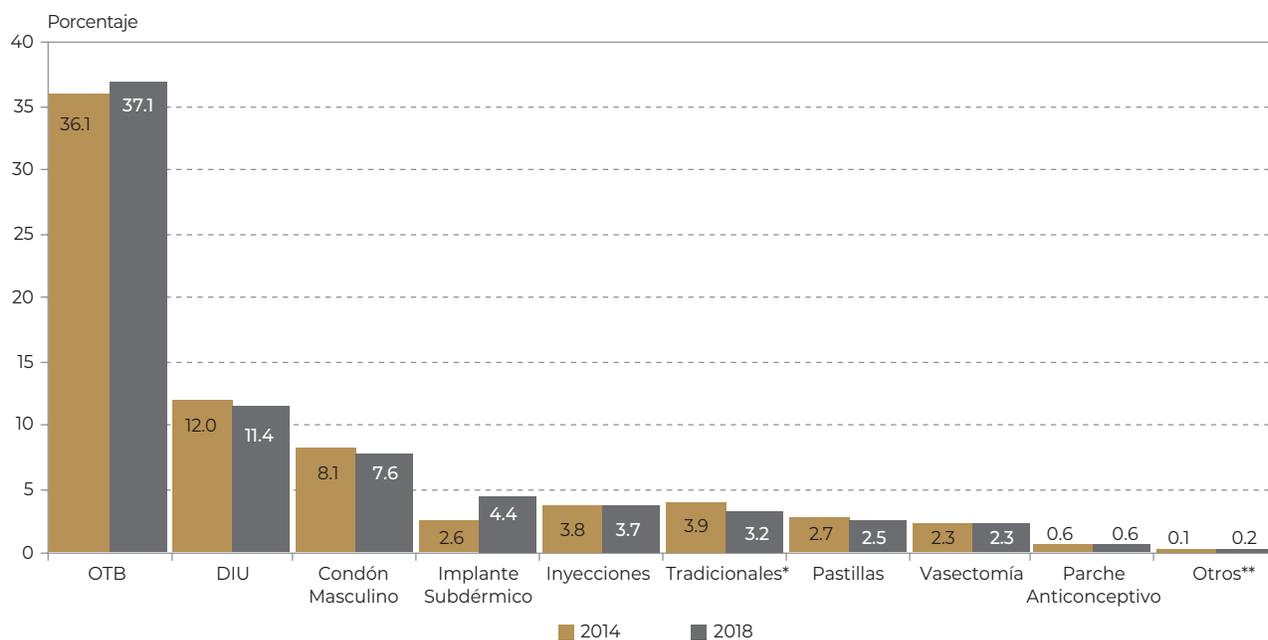


\*Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica y retiro.

\*\*Otros: Condón femenino, pastillas de emergencia, óvulos, jaleas o espumas y otros.

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

**Gráfica 7.2.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018



\*Métodos anticonceptivos tradicionales: Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica y retiro.

\*\*Otros: Condón femenino, pastillas de emergencia y otros.

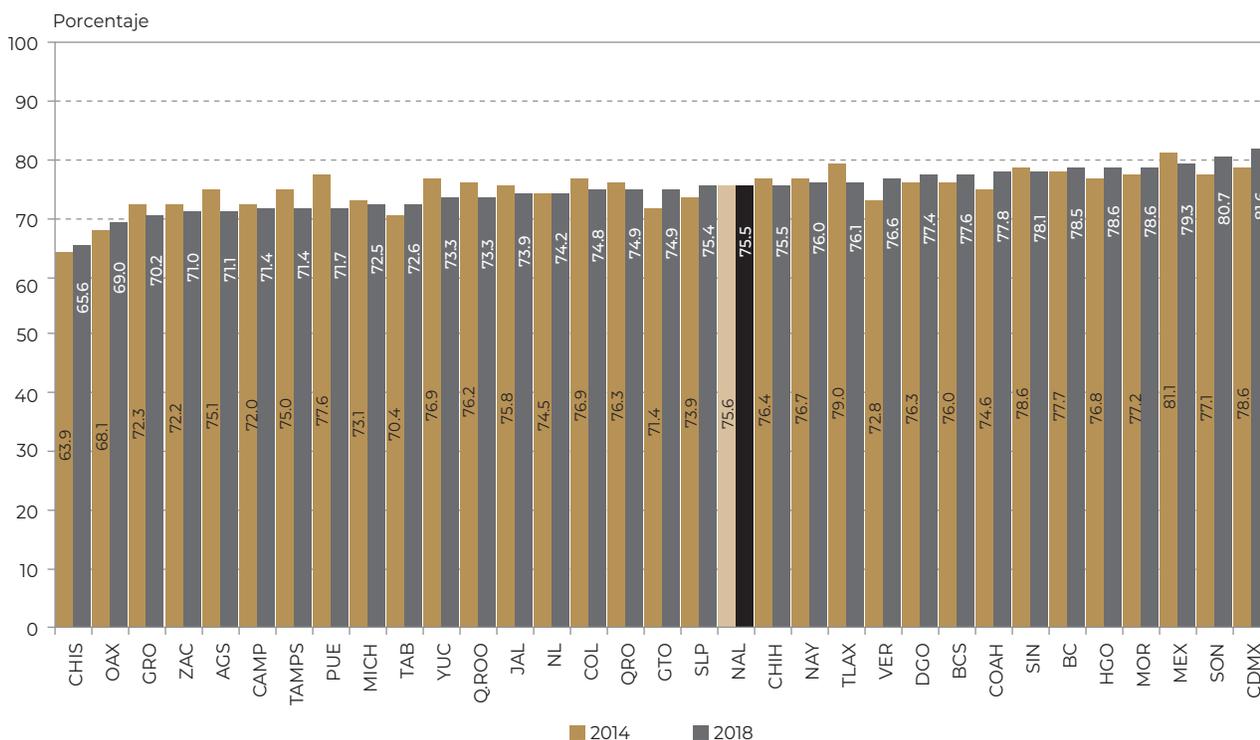
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

De esta manera en 2018, las entidades con el más bajo porcentaje de usuarias continúan siendo Chiapas (65.6%), Oaxaca (69.0%) y Guerrero (70.2%); mientras que la Ciudad de México (81.6%), Sonora (80.7%) y el Estado de México (79.3%) son las que tienen la más alta prevalencia anticonceptiva (véase gráfica 7.3).

En el caso de las MEFU se obtuvo que entre 2014 y 2018, el descenso de la prevalencia anticonceptiva se presentó en 13 entidades federativas, de las cuales, en Puebla disminuyen en 4.4 puntos porcentuales, en Tamaulipas en 3.4 puntos y en Colima en 2.6 puntos menos. Por otro lado, entre las 19 entidades donde aumentó el porcentaje de usuarias sobresale Veracruz con 5.3 puntos porcentuales más, seguida de Guanajuato y Oaxaca con 4.2 y 3.8 puntos más, respectivamente. En 2018, se ubica a Chiapas (61.6%), Oaxaca (65.0%) y Guerrero (67.2%) como las entidades con la más baja prevalencia y, a Sonora (80.3%), Baja California (78.5%) y la Ciudad de México (78.2%) con la más alta prevalencia de uso anticonceptivos entre las MEFU (véase gráfica 7.4).

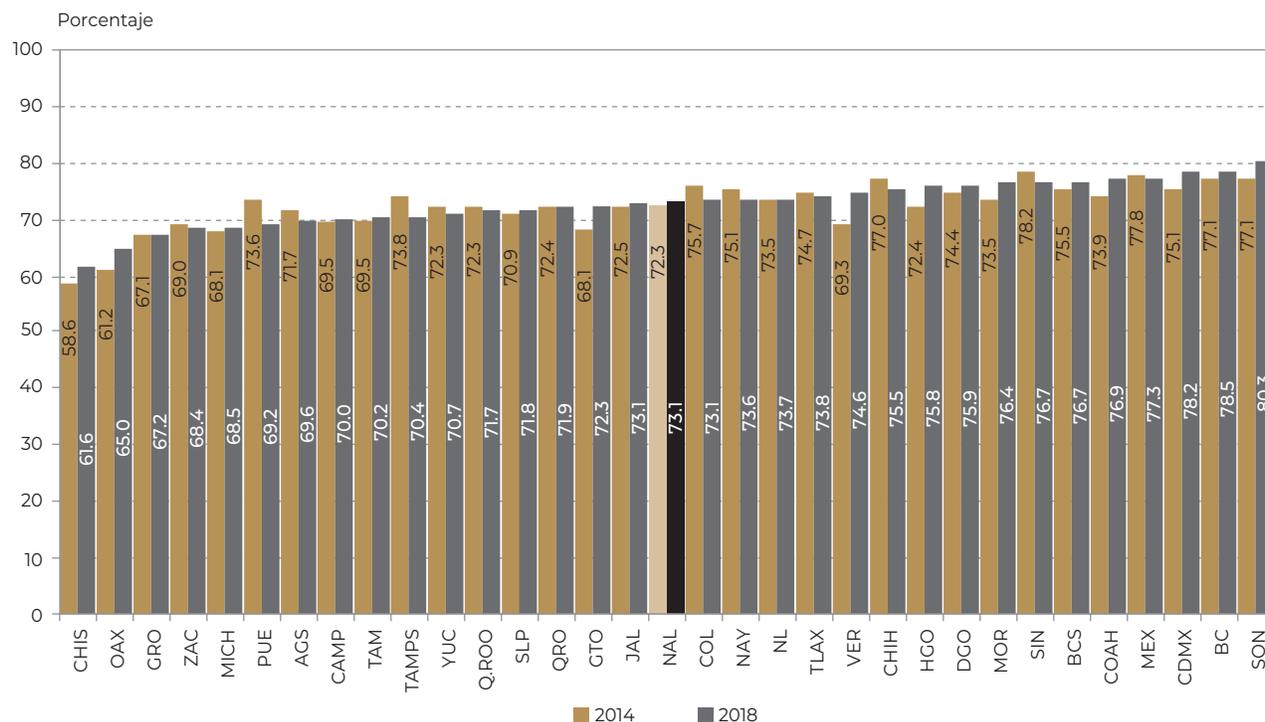
A pesar del avance en México en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, la estructura de la fecundidad sigue siendo temprana, centrándose entre las mujeres de 20 a 24 años de edad, aunado a un lento descenso en la fecundidad entre las adolescentes (véase capítulo 5). Asimismo, nuevamente se muestra que las entidades federativas con los mayores rezagos (Chiapas, Oaxaca y Guerrero) son las que continúan con bajo acceso al uso de métodos anticonceptivos. Cabe señalar que en estos resultados se debe reconocer que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva incluida la planificación familiar es multidimensional, es decir, se conjugan diferentes factores relacionados a los individuos, la comunidad, los prestadores de servicios, el lugar geográfico donde se presta el servicio y la normatividad legislativa (UNFPA, 2019). Sin embargo, es necesario insistir y continuar con la adecuación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población.

**Gráfica 7.3.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018



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

**Gráfica 7.4. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018**



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

## 7.2. Prevalencia anticonceptiva de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil sexualmente activas y de unidas

El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos(as) y espaciamiento entre los nacimientos, faculta a que las mujeres tengan acceso a todos los medios seguros y eficaces para controlar su fecundidad (Centro de Derechos Reproductivos, 2018). De esta forma, el aseguramiento de insumos para la salud sexual y reproductiva se logra cuando todas las personas pueden tener acceso a insumos asequibles y de calidad, incluido el método anticonceptivo moderno<sup>56</sup> de su elección, siempre que lo necesiten (UNFPA, 2019).

<sup>56</sup> Se denominan métodos anticonceptivos modernos a aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basa en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (DOF, 1994). Los métodos anticonceptivos modernos son considerados más eficaces e incluyen la esterilización femenina y masculina, las píldoras hormonales orales, el dispositivo intrauterino (DIU), el condón masculino, inyecciones hormonales, implantes de progesterona (incluyendo Norplant), métodos vaginales de barrera, el condón femenino y anticoncepción de emergencia (Jiménez *et al.*, 2011).

Las últimas estimaciones realizadas con la ENADID 2018, muestran que la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos entre las MEFSAs, tuvo un aumento de 0.7 puntos porcentuales alcanzando una cobertura de 72.0 por ciento respecto a 2014, cuya prevalencia fue de 71.3 por ciento. Este comportamiento también se observa entre las MEFUs cuyo porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos aumentó en 1.5 puntos porcentuales, al pasar de 68.3 por ciento en 2014 a 69.8 por ciento en 2018 (véase cuadro 7.1).

Sin embargo, se observa que al desagregar por características sociodemográficas de las mujeres, la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos puede alcanzar valores bajos entre ciertos subgrupos de la población, visibilizándose de esta forma, las desigualdades de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que aún persisten no solo por lo que respecta a las preocupaciones tradicionales relativas a la planificación familiar, sino también, por la calidad y el alcance de los sistemas de salud, las leyes y políticas, las normas sociales

**Cuadro 7.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas que usan métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	MEFSA		MEFU	
	2014	2018	2014	2018
Total	71.3	72.0	68.3	69.8
<b>Grupos de edad</b>				
15-19	56.0	57.3	49.5	51.2
20-24	63.9	64.3	57.7	58.4
25-29	68.4	68.4	63.3	65.1
30-34	71.7	72.3	69.1	70.1
35-39	75.6	77.0	73.5	74.6
40-44	77.3	77.9	75.4	76.4
45-49	75.0	75.7	71.6	74.1
<b>Escolaridad</b>				
Sin escolaridad y primaria incompleta	68.5	68.1	64.3	64.7
Primaria completa	70.3	71.3	66.9	68.5
Secundaria	72.4	72.7	69.7	70.8
Preparatoria y más	71.3	72.2	68.8	70.1
<b>Paridez</b>				
0	44.6	50.0	25.3	31.9
1	59.1	59.9	54.3	56.1
2	75.8	76.8	72.4	74.4
3	85.6	85.9	83.0	84.1
4 y más	81.5	82.8	76.7	79.5
<b>Lugar de Residencia</b>				
Rural	67.3	68.3	63.5	65.2
Urbano	72.3	73.1	69.8	71.3
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>				
Habla	60.4	61.1	56.1	57.4
No habla	71.8	72.6	69.2	70.6
<b>Condición de discapacidad</b>				
Con discapacidad	75.7	71.7	72.1	70.9
Con limitación	74.4	74.0	71.8	72.1
Sin discapacidad	70.8	71.8	67.7	69.4

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

y culturales, y la exposición de las personas a la educación integral en sexualidad (UNFPA, 2018).

De esta manera, aunque entre 2014 y 2018 se observa que, por grupos de edad de las mujeres, en general hubo un aumento en el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos, también en 2018, se identifica a las adolescentes con la menor prevalencia (57.3% de MEFSAs y 51.2% de MEFUs) respecto a las demás mujeres en el resto de los grupos de edad. Dicho porcentaje aumenta conforme avanza la edad, alcanzando el más alto porcentaje, entre las mujeres de 40 a 44 años, con 77.9 por ciento entre MEFSAs y 76.4 por ciento entre MEFUs.

De acuerdo al nivel de escolaridad de las MEFSAs, entre 2014 y 2018, el cambio en el porcentaje de usuarias fue mínimo manteniéndose los más altos porcentajes entre las más escolarizadas, aunque destaca que las MEFSAs con secundaria completa son quienes presentan el mayor porcentaje de usuarias (72.4% en 2014 y 72.7% en 2018) seguidas por las de preparatoria o más (71.3% en 2014 y 72.2% en 2018). Asimismo, la brecha entre el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos modernos que presentaron las MEFSAs sin escolaridad y primaria incompleta respecto a las MEFSAs con preparatoria o más, aumentó, de 2.8 puntos porcentuales en 2014 a 4.1 puntos porcentuales en 2018.

En el caso de las MEFUs el comportamiento es muy similar, dado que el más alto porcentaje de usuarias de métodos modernos continúa presentándose entre las mujeres con secundaria completa (69.7% en 2014 y 70.8% en 2018) y entre las de preparatoria y más (68.8% en 2014 y 70.1% en 2018); generándose también la ampliación de la brecha entre las menos y más escolarizadas, es decir, de las que no tienen escolaridad o cuentan con primaria incompleta con respecto a las que tienen preparatoria o más. En 2014, dicha brecha era de 4.5 puntos porcentuales y, para 2018 aumentó a 5.4 puntos porcentuales.

Considerando la paridez de las MEFSAs, se observa que también entre 2014 y 2018 hubo un ligero incremento de usuarias de métodos anticonceptivos modernos, ubicándose la menor

prevalencia entre las que no tienen hijos(as) (44.6% en 2014 y 50.0% en 2018) y la mayor entre las que tienen tres hijos o hijas (85.6% en 2014 y 85.9% en 2018). En el caso de las MEFUs, también aumentó la prevalencia durante el periodo de estudio, encontrándose que la menor prevalencia se ubica entre las que no tienen hijos(as), aunque en menor porcentaje, 25.3 en 2014 y de 31.9 en 2018, y el más alto porcentaje entre las que tienen tres hijos(as), 83.0 por ciento en 2014 y 84.1 por ciento en 2018.

De acuerdo al lugar de residencia, se encuentra que el porcentaje de MEFSAs habitantes de zonas rurales usuarias actuales de métodos anticonceptivos modernos pasó de 67.3 por ciento en 2014 a 68.3 por ciento en 2018; mientras, que entre las residentes de zonas urbanas incrementó de 72.3 por ciento en 2014 a 73.1 por ciento en 2018, reduciéndose la brecha de 5.0 a 4.8 puntos porcentuales durante el periodo de estudio. Entre las MEFUs rurales, el porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos, aumentó de 63.5 a 65.2 por ciento durante el mismo periodo y, entre las urbanas de 69.8 a 71.3 por ciento; con una tendencia a cerrarse la brecha de 6.3 a 6.1 puntos porcentuales.

La condición de habla de lengua indígena es otra de las características de las mujeres que permite visibilizar las barreras que existen para que puedan acceder a los métodos anticonceptivos modernos, ya que es de los grupos de mujeres con la menor prevalencia anticonceptiva. Por ejemplo, entre las MEFSAs hablantes de lengua indígena, la prevalencia en 2014 era de 60.4 por ciento y, para 2018, apenas alcanza 61.1 por ciento; mientras que entre no hablantes de lengua indígena los porcentajes que presentan son muy similares a lo estimado a nivel nacional e incluso en 2018, es mayor, (71.8% en 2014 y 72.6% en 2018); lo que implica, que la brecha entre hablantes y no hablantes de lengua indígena se mantuviera en 11.5 puntos porcentuales en 2018.

Entre las MEFUs hablantes de lengua indígena, la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos también se encuentra entre las más bajas, pasando de 56.1 por ciento en 2014 a 57.4 por ciento en 2018; mientras que entre no hablantes incrementa de 69.2 a 70.6 por ciento,

respectivamente; presentándose una brecha de 13.1 puntos porcentuales en 2014 y de 13.2 puntos porcentuales en 2018, entre ambos grupos de MEFU.

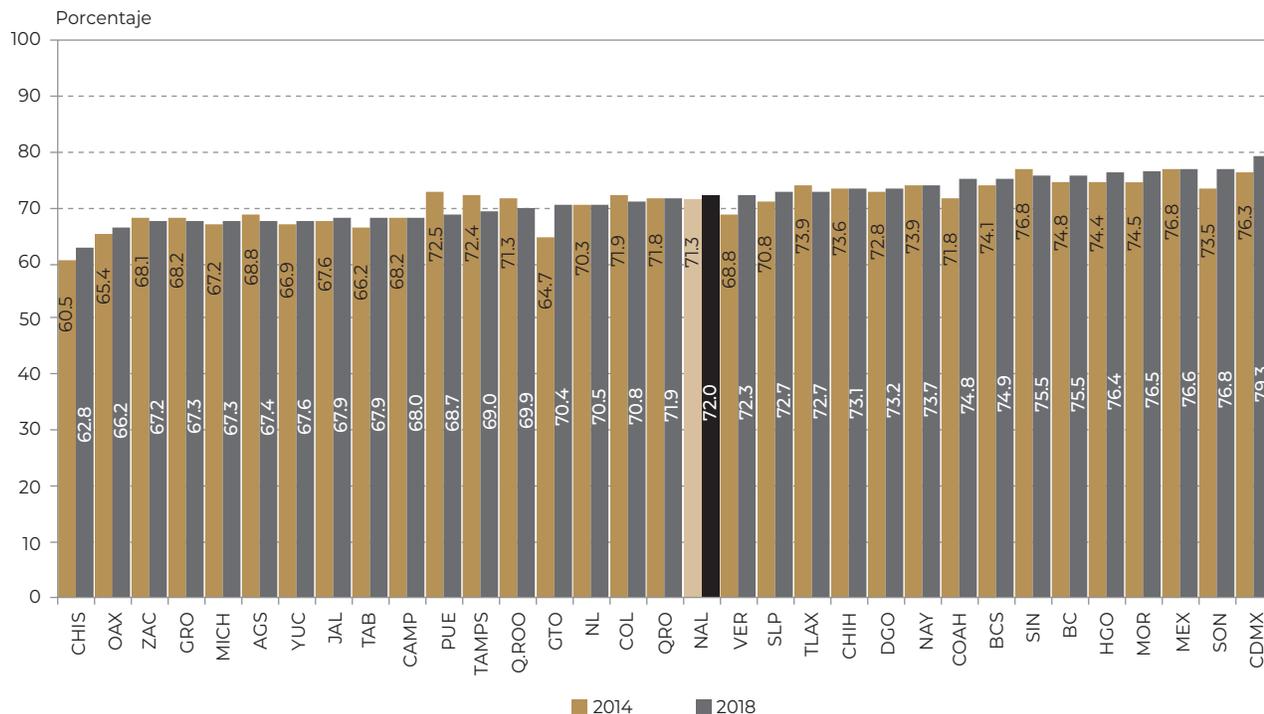
Al considerar la condición de discapacidad, se observa lo siguiente, a pesar de que entre las MEFSA que viven con discapacidad, la prevalencia en el uso de anticonceptivos modernos disminuyó entre 2014 y 2018, al pasar de 75.7 a 71.7 por ciento, y entre las que tienen alguna limitación, también bajó de 74.4 a 74.0 por ciento, los porcentajes en 2018 de ambos grupos están muy cercanos o incluso son mayores a lo presentado a nivel nacional (72.0%). Mientras que, entre las que no tienen discapacidad la prevalencia aumentó de 70.8 a 71.8 por ciento, en ambos años el porcentaje de mujeres usuarias también es cercano a lo estimado a nivel nacional.

En el caso de las MEFU, se muestra que hay un descenso entre las usuarias que viven con discapacidad, pasando de 72.1 por ciento en 2014 a 70.9 por ciento en 2018; mientras que entre las mujeres con alguna limitación

aumenta de 71.8 a 72.1 por ciento entre 2014 y 2018, respectivamente y, lo mismo ocurre con las mujeres que no tienen discapacidad, se incrementa de 67.7 a 69.4 por ciento, durante el periodo. Cabe destacar que todavía en 2018, el porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos entre MEFU que viven con discapacidad y con limitaciones, es mayor a lo estimado a nivel nacional (69.8%).

Al analizar la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos en MEFSA de acuerdo a su entidad de residencia, se encontró que en 13 de las 32 entidades federativas descendió la prevalencia entre 2014 y 2018, siendo en Puebla donde se dio el mayor descenso, con 3.8 puntos porcentuales, al pasar de 72.5 a 68.7 por ciento, seguida por Tamaulipas con 3.4 puntos porcentuales menos, al disminuir de 72.4 a 69.0; Quintana Roo, que bajó de 71.3 a 69.9 por ciento, y Aguascalientes, que cayó de 68.8 a 67.4 por ciento, estos dos últimos estados disminuyendo en 1.4 puntos porcentuales entre 2014 y 2018 (véase gráfica 7.5).

**Gráfica 7.5.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018



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

Por otro lado, entre las entidades donde aumentó el porcentaje de MEFSA usuarias de métodos anticonceptivos modernos, destacan Guanajuato con 5.7 puntos porcentuales, al pasar de 64.7 por ciento en 2014 a 70.4 por ciento en 2018, seguida por Veracruz con 3.5 puntos porcentuales más, pasando de 68.8 a 72.3 por ciento, y por Chiapas con 2.3 puntos porcentuales, al pasar de 60.5 a 62.8 por ciento. Sin embargo, en 2018 se observa que las entidades con el más alto porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos son la Ciudad de México (79.3%), Sonora (76.8%) y el Estado de México (76.6%), y las entidades donde fue menor el porcentaje de MEFSA usuarias de métodos modernos fueron Chiapas (62.8%), Oaxaca (66.2%) y Zacatecas (67.2%).

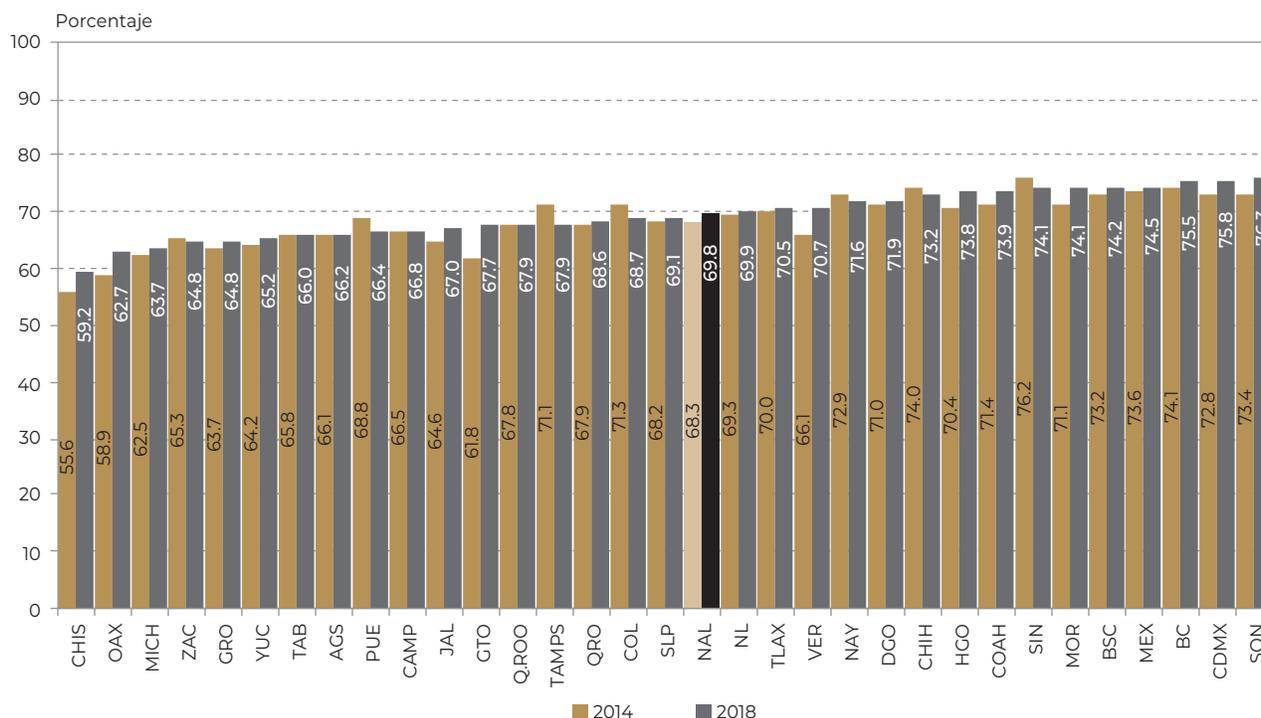
En el caso de las MEFU, se obtuvo que, durante el periodo de estudio, en siete entidades federativas, disminuyó el porcentaje de usuarias de este tipo de anticonceptivos, destacándose Tamaulipas con un descenso de 3.2 puntos porcentuales, pasando de 71.1 a 67.9 por ciento,

seguida por Colima con 2.6 puntos porcentuales menos, al disminuir de 71.3 a 68.7 por ciento, y de Puebla con 2.4 puntos porcentuales, al descender de 68.8 a 66.4 por ciento. Caso contrario, las entidades donde ascendió más el porcentaje de MEFU usuarias de métodos modernos fueron Guanajuato con 5.9 puntos porcentuales, incrementando de 61.8 a 67.7 por ciento, Veracruz con 4.6 puntos porcentuales más, pasando de 66.1 a 70.7 por ciento y Oaxaca con 3.8 puntos porcentuales, al aumentar de 58.9 a 62.7 por ciento (véase gráfica 7.6).

Finalmente, las entidades donde se ubica el mayor porcentaje de MEFU usuarias de métodos anticonceptivos modernos en 2018 son Sonora (76.3%), la Ciudad de México (75.8%) y Baja California (75.5%). En contraste, las de menor porcentaje son Chiapas (59.2%), Oaxaca (62.7%) y Michoacán (63.7%).

Estos resultados muestran que, en general, aumentó el porcentaje de mujeres que hacen uso de métodos anticonceptivos modernos de acuerdo a cada una de las características

**Gráfica 7.6.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018



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

sociodemográficas seleccionadas. Sin embargo, es evidente que las adolescentes y las mujeres hablantes de lengua indígena son las que menos acceso tienen al uso de métodos anticonceptivos modernos, en ese sentido, las entidades federativas con predominancia de población indígena y muy alto grado de marginación, como es el caso de Chiapas y Oaxaca que presentan también niveles bajos de prevalencia anticonceptiva de métodos modernos. Asimismo, se obtiene que el no tener hijos(as) o solo uno(a) influye en que sea menor el uso, lo cual, seguramente se relaciona con alcanzar la paridez deseada. No obstante, también puede deberse a la falta de decisión de las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos, al contraer matrimonio a una edad temprana, como lo es la adolescencia.

### **7.3. Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil sexualmente activas y en unidas**

La demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos (DSAM) es un indicador con el que se busca medir el progreso hacia el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para 2030. Este indicador visibiliza el acceso que tienen las mujeres a los programas y servicios de salud sexual y reproductiva incluida la planificación familiar, evaluando a su vez la cobertura del sector salud respecto a la oferta de métodos anticonceptivos.

Es un indicador compuesto que cuenta con mayor precisión al involucrar en su medición a componentes como la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, en el numerador, y a la demanda total de métodos anticonceptivos, en el denominador. Esta última se deriva de sumar la proporción de usuarias de cualquier método anticonceptivo más el porcentaje de mujeres con Necesidad Insatisfecha de Métodos Anticonceptivos (NIA), véase anexo metodológico. La DSAM es de fácil interpretación; por ejemplo, si todas las mujeres que quisieran evitar o espaciar el embarazo usaran anticonceptivos modernos, la demanda satisfecha alcanzaría 100% (Starrs *et al.*, 2018).

De esta forma, se observa que a nivel nacional tanto en 2014 como en 2018, las mujeres en edad fértil sexualmente activas presentaron una prevalencia anticonceptiva de 75.6 y 75.5 por ciento con una necesidad insatisfecha de 10.9 y 11.1 por ciento, lo que resultó en una demanda total de métodos anticonceptivos de 86.5 por ciento en ambos años, de la cual, el porcentaje de DSAM en 2014 fue de 82.5 por ciento y para 2018 aumentó a 83.3 por ciento, lo que indica que alrededor de 17.0 por ciento de la demanda total, no está accediendo a los métodos anticonceptivos modernos, por lo que, se encuentran expuestas a embarazos no planeados o no deseados (véase gráfica 7.7).

En el caso de MEFU se encontró que en 2014 el porcentaje de usuarias de cualquier método anticonceptivo era de 72.3 por ciento y el porcentaje de mujeres con NIA de 11.4 por ciento, lo que generó una demanda total de 83.7 por ciento; situación que no presentó grandes cambios para 2018, ya que la prevalencia anticonceptiva de cualquier método anticonceptivo aunque aumentó a 73.1 por ciento y disminuyó la NIA a 10.8 por ciento, la demanda total fue de 83.9 por ciento. Sin embargo, dado el aumento en el porcentaje de MEFU usuarias de métodos anticonceptivos modernos entre 2014 y 2018 al pasar de 68.3 a 69.8 por ciento, la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos aumentó de 81.6 a 83.1 por ciento, disminuyendo ligeramente el porcentaje de mujeres que no tienen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (véase gráfica 7.8).

Esto muestra que, en el contexto general, se han logrado avances en el acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos, particularmente entre MEFU, ya que al regular su fecundidad, permitirá impulsar a que una buena parte de las mujeres en edad fértil sean partícipes de la vida pública, sobre todo con una mayor participación en el trabajo remunerado (UNFPA, 2019).

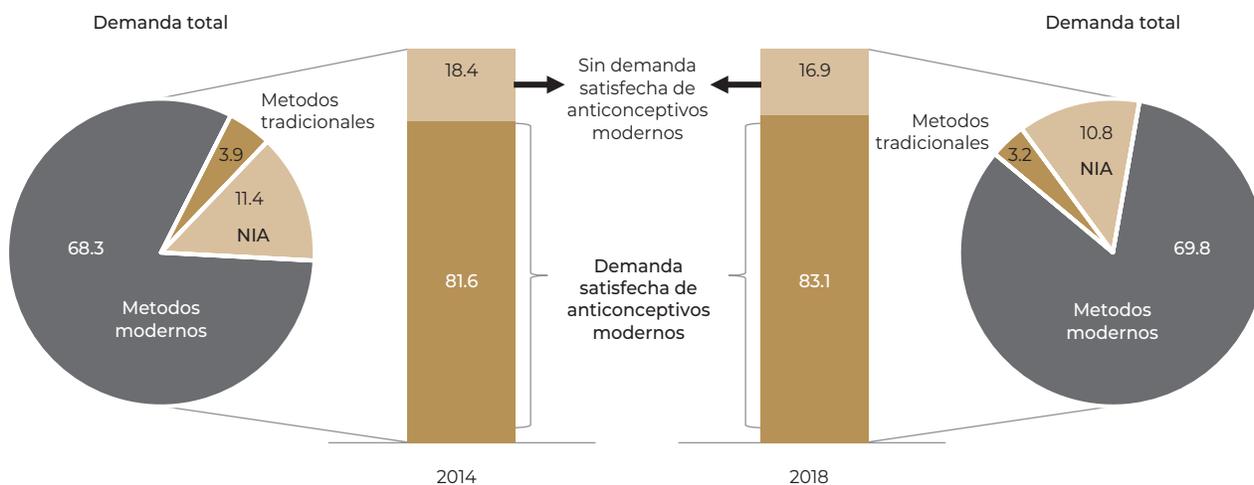
Al analizar por el grupo de edad de las MEFSA, se observa que, en general entre 2014 y 2018, se incrementó la DSAM, la cual aumenta conforme avanza la edad. Sin embargo, en el grupo de 25 a 29 años, descendió de 79.6 a 78.6

**Gráfica 7.7.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018



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

**Gráfica 7.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018

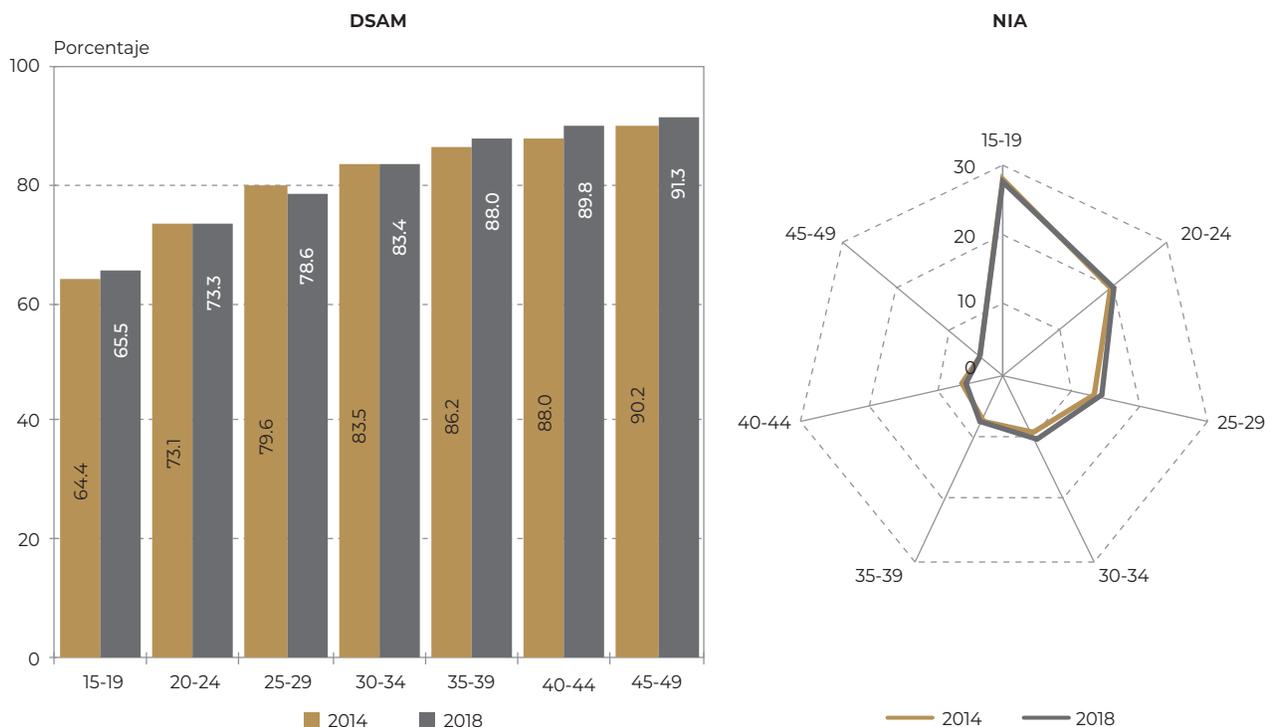


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

por ciento, identificándose que se debe al incremento en la NIA, la cual pasó de 13.5 a 14.5 por ciento entre 2014 y 2018, respectivamente y al bajo uso de métodos anticonceptivos modernos que se mantuvo en 68.4 por ciento durante el periodo de estudio (véase gráfica 7.9 y cuadro 1 del Anexo 1).

Asimismo, se encontró que las adolescentes sexualmente activas (15 a 19 años) son quienes tienen el más bajo porcentaje de DSAM (64.4% en 2014 y 65.5% en 2018), esto como resultado del porcentaje de NIA que se ha mantenido en los últimos años, en aproximadamente 28.0 por ciento, además de que son

**Gráfica 7.9.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos, 2014 y 2018



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

quienes presentan el más bajo uso de métodos anticonceptivos modernos, 56.0 por ciento en 2014 y de 57.3 por ciento en 2018 ; seguidas por las mujeres de 20 a 24 años cuya DSAM aumenta pero se mantuvo sin cambios entre 2014 y 2018 con 73.1 y 73.3 por ciento, respectivamente, este resultado también se asocia a un alto porcentaje de mujeres con NIA que se ubicó en alrededor de 20.0 por ciento en ambos años y también no hubo cambios importantes en el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos modernos (63.9 y 64.3%). Esta situación refleja que las adolescentes y jóvenes siguen enfrentando barreras, sobre todo para obtener métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos, que fue de 22.7 por ciento en 2014 y de 22.2 por ciento en 2018, y entre MEFSAs de 20 a 24 de 14.6 por ciento en 2014 y de 14.8 por ciento en 2018. Además, en este último grupo de mujeres, se encontró que la NIA para limitar la descendencia aumentó de 5.0% en 2014 a 5.5% en 2018.

A partir del grupo de MEFSAs de 30 a 34 años, la DSAM aumenta a alrededor de 83.0 por ciento en ambos años hasta alcanzar un porcentaje de poco más de 90.0 por ciento en el grupo de 45 a 49 años, debido a que, en estos grupos de mujeres, la NIA es casi tres veces menor a lo que presentan las adolescentes, además de que optan por métodos anticonceptivos modernos, de larga duración o definitivos, aumentando su prevalencia a más de 70.0 por ciento.

En el caso de las MEFUs, se visibiliza que entre 2014 y 2018 se incrementó la DSAM en todos los grupos quinquenales de edad, siendo las mujeres de 35 a 39 las que más aumentaron su demanda satisfecha en 2.1 puntos porcentuales, al pasar de 85.0 a 87.1 por ciento en el periodo de estudio, en tanto que, las que menos aumentan la DSAM y presentaron el porcentaje más bajo, fueron también las mujeres de 15 a 19 años con 62.1 por ciento en 2014 y 62.6 por ciento en 2018. Este resultado se asocia a la alta prevalencia de la NIA en este grupo de edad,

que desde 2014 se mantiene en alrededor de 28 por ciento, además de que también presentaron muy bajo uso de métodos anticonceptivos modernos de 49.5 por ciento en 2014 y 51.2 por ciento en 2018 (véase gráfica 7.10 y cuadro 3 del Anexo 1).

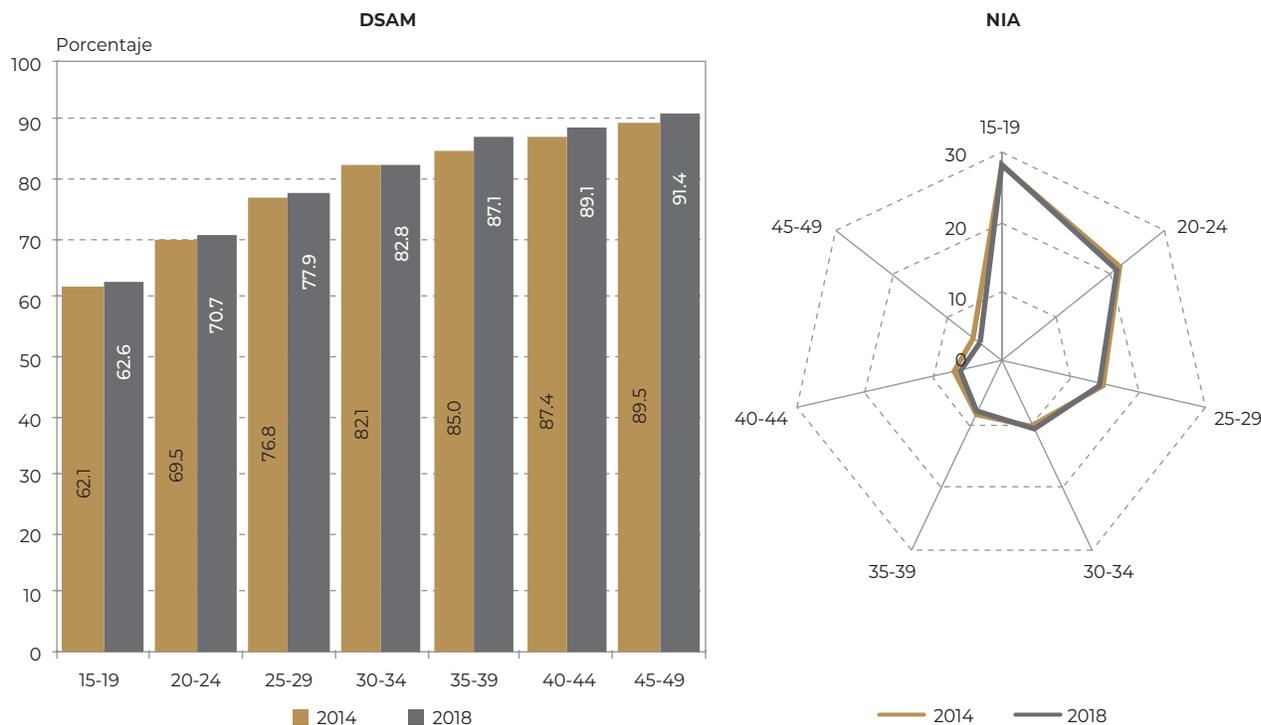
Asimismo, las mujeres de 20 a 24 años unidas, son el segundo grupo con la más baja DSAM, aunque ésta pasó de 69.5 por ciento en 2014 a 70.7 por ciento en 2018. Cabe señalar que, en este grupo de edad, todavía las mujeres presentan una NIA alta, aunque disminuyó de 21.7 a 21.2 por ciento durante el periodo, además del bajo uso de métodos anticonceptivos modernos de 57.7 por ciento en 2014 y de 58.4 por ciento en 2018; identificándose la falta de acceso a métodos anticonceptivos para espaciar la descendencia (15.3% en 2014 y 15.1% en 2018) y para limitar, que descendió de 6.4 por ciento en 2014 a 6.1 por ciento en 2018.

Finalmente, a partir del grupo de MEFU de 25 a 29 años, la DSAM, oscila en porcentajes cercanos a 80.0 por ciento, hasta alcanzar 90.0

por ciento en los dos últimos grupos de edad. En 2018, entre las mujeres de 25 a 29 años la NIA desciende a la mitad de la que presentan las adolescentes (14.4%), la cual disminuye conforme avanza la edad, hasta bajar a porcentajes menores a cinco por ciento, y la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos aumenta de 60.0 por ciento hasta alcanzar poco más de 70.0 por ciento.

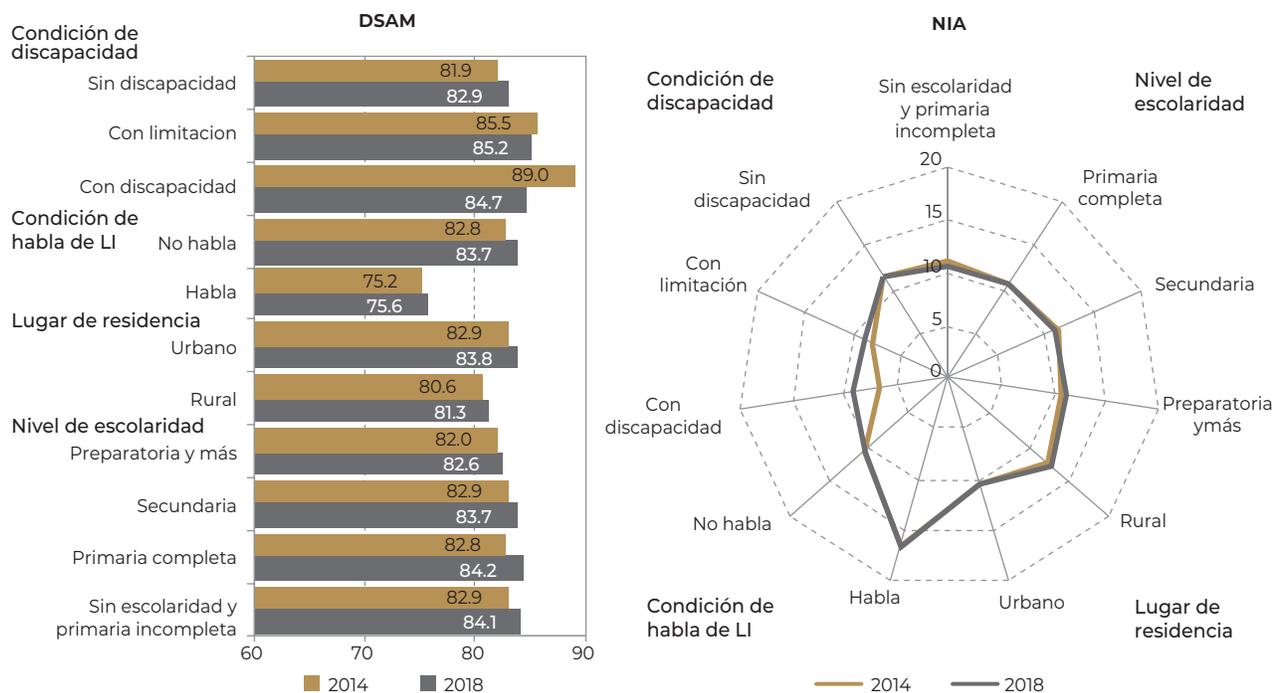
Al analizar la proporción de DSAM de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a su nivel de escolaridad, se observa que entre 2014 y 2018 se incrementó el porcentaje de mujeres con demanda satisfecha en todos los niveles de escolaridad, siendo las que cuentan con primaria incompleta o que no tienen escolaridad alguna y las que cuentan con secundaria, las que presentan el mayor porcentaje en 2014 (82.9% en ambos casos) y en 2018, las que cuentan con primaria completa (84.2%), mientras que las que cuentan con preparatoria o más, presentan las cifras más bajas (82.0% en 2014 y 82.6% en 2018) véase gráfica 7.11.

**Gráfica 7.10.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos, 2014 y 2018



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

**Gráfica 7.11. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos por características seleccionadas, 2014 y 2018**



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

Este comportamiento se debe a que las mujeres menos escolarizadas en 2018, es decir, las mujeres con primaria incompleta o menos, parten de una demanda total más baja (80.9%), respecto a las demás MEFSAs en los otros niveles de escolaridad, debido a que el porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos tanto en 2014 como en 2018 es menor con respecto a las demás mujeres con otro nivel de escolaridad, además de que disminuyó de 71.5 a 70.3 por ciento durante el periodo de estudio, asimismo presentaron una NIA de 11.1 y 10.6 por ciento que no difiere mucho de lo presentado por las demás mujeres con mayor nivel de escolaridad; y aunque la prevalencia anticonceptiva de métodos anticonceptivos modernos también es menor (68.1%) se está cubriendo el 84.1 por ciento de esa demanda total, esto indica que hay una menor demanda de uso de métodos anticonceptivos posiblemente porque en este grupo se trata de mujeres en edades más adultas y que ya ha optado por métodos anticonceptivos definitivos o que

consideran no necesitar usar métodos anticonceptivos (véase cuadro 1 del Anexo 1).

En el caso de las mujeres con mayor escolaridad alcanzan una demanda total de 87.5 por ciento en 2018, y aunque el porcentaje de las que usan métodos anticonceptivos modernos es más alto (72.2%), solo 82.6 por ciento tiene su demanda satisfecha, lo cual puede relacionarse a que en este grupo de mujeres con preparatoria o más hay un mayor número de adolescentes y jóvenes que de alguna forma no han logrado acceder a los métodos anticonceptivos, aunque son más conscientes de que deben realizar acciones para prevenir embarazos no planeados o no deseados e ITS, que se refleja en una NIA más alta (11.2%) respecto a las mujeres de primaria incompleta o menos (10.6%).

Ahora, al analizar la DSAM de MEFSAs por nivel de escolaridad, se observó que entre 2014 y 2018, el porcentaje de mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta que tienen satisfecha la demanda de métodos anticonceptivos aumentó

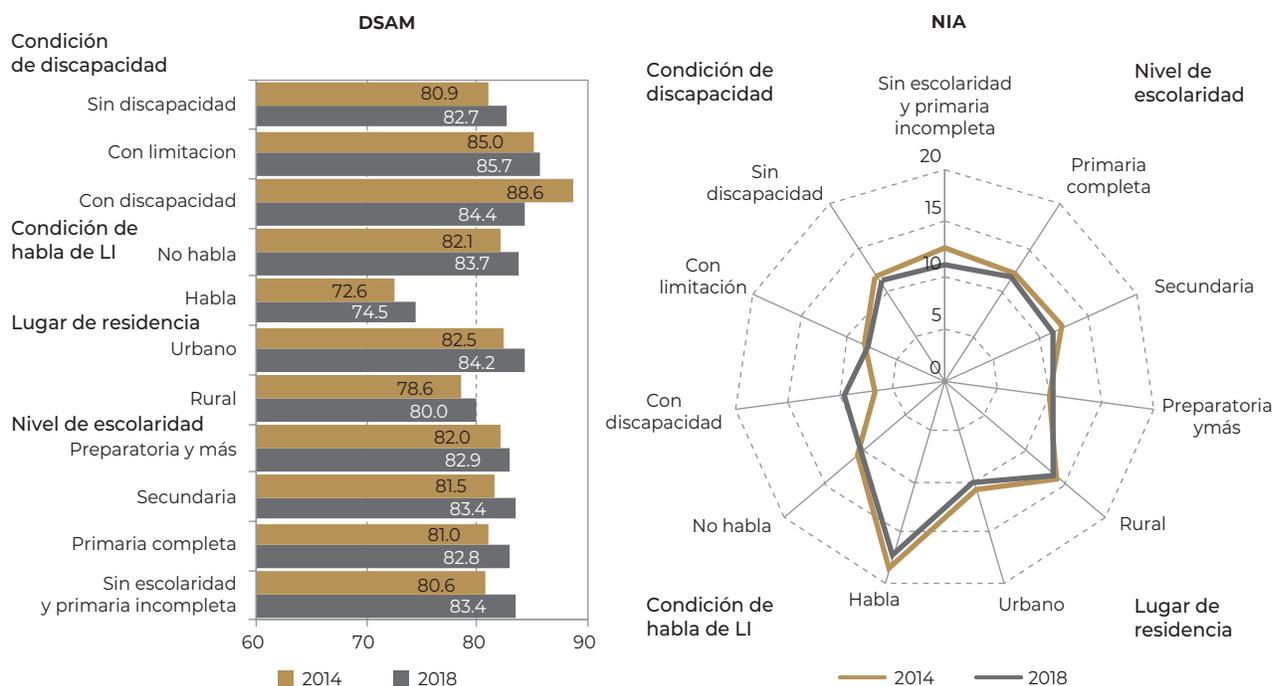
de 80.6 a 83.4 por ciento. Asimismo, el porcentaje de DSAM de mujeres con baja escolaridad no difiere mucho del porcentaje presentado por las mujeres que tienen mayor escolaridad, ya que entre las que tienen preparatoria y más el porcentaje fue de 82.0 por ciento en 2014 y de 82.9 por ciento en 2018 (véase gráfica 7.12).

Estos resultados muestran que, también las MEFU con baja o nula escolaridad tuvieron una demanda total de uso de métodos anticonceptivos más baja, que incluso entre 2014 y 2018 disminuye de 79.8 a 77.6 por ciento, respecto a las mujeres con preparatoria o más, cuya demanda total aumento de 83.8 a 84.5 por ciento, respectivamente, y aunque el uso de métodos anticonceptivos modernos es mayor (68.8% y 70.1%) en este grupo de mujeres respecto a las menos escolarizadas (64.3% y 64.7%) la diferencia no es alta, lo que resulta en una DSAM más baja entre las MEFU con preparatoria y más. Nuevamente, se percibe el efecto de la edad, dejándose con menor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a las más

jóvenes, aunque cuenten con mayores niveles de escolaridad (véase cuadro 3 del Anexo 1).

Por otra parte, debe destacarse que tanto en MEFSAs que residen en zonas rurales como en urbanas, se incrementó la DSAM entre 2014 y 2018, pasó de 80.6 a 81.3 por ciento en rurales y de 82.9 a 83.8 en urbanas, aunque la brecha tiende a abrirse de 2.3 a 2.5 puntos porcentuales. Estos resultados se asocian, en parte a que la NIA presentó un mayor peso relativo y aumentó durante el periodo de estudio entre las residentes de zonas rurales, al pasar, de 12.3 a 12.6 por ciento, mientras que entre residentes de zonas urbanas, casi no tuvo cambios, quedando en 10.5 por ciento en 2014 y 10.6 por ciento en 2018, pero además, se observó que en ambos ámbitos de residencia se incrementó el uso de métodos anticonceptivos modernos, pasó de 67.3 a 68.3 por ciento en rurales y de 72.3 a 73.1 por ciento en urbanas, respectivamente. Lo que refleja que las mujeres residentes de zonas rurales están avanzando al aumentar su demanda total de 83.5 a 84.0 por ciento y que las urbanas se estancaron en 87.2 por ciento.

**Gráfica 7.12. República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos por características seleccionadas, 2014 y 2018**



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

En el caso de las MEFU, también se encuentra que la DSAM entre 2014 y 2018, incrementó de 78.6 a 80.0 por ciento entre las residentes de zonas rurales, y de 82.5 a 84.2 por ciento entre las residentes de zonas urbanas, manteniéndose la brecha en alrededor de 4.0 puntos porcentuales entre ambos años. En cuanto al porcentaje de MEFU con NIA, también disminuye de 14.1 a 13.6 por ciento en residentes de localidades rurales, y de 10.6 a 9.9 por ciento en las que viven en áreas urbanas.

Entre las residentes de zonas rurales, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en 2018, se debe tanto para espaciar como para limitar (6.9% y 6.7%, respectivamente), mientras que entre las urbanas principalmente fueron para limitar (5.7%) aunque la diferencia con las que requieren para espaciar es menor (4.2%). De esta forma el porcentaje de las mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos entre las MEFU rurales aumentó de 63.5 a 65.2 por ciento y en las residentes de zonas urbanas de 69.8 a 71.3 por ciento durante el periodo.

Lo mismo ocurre entre las MEFSAs hablantes de lengua indígena, donde la proporción de DSAM pasó de 75.2 por ciento en 2014 a 75.6 por ciento en 2018 y entre no hablantes de lengua indígena de 82.8 a 83.7 por ciento, respectivamente. Sin embargo, en estos grupos la brecha es amplia y continúa ensanchándose, al pasar de 7.6 puntos porcentuales en 2014 a 8.1 puntos porcentuales en 2018. Cabe señalar que, la NIA entre MEFSAs hablantes de lengua indígena y no hablantes de lengua indígena se mantuvo sin cambios importantes entre 2014 y 2018, (16.6% y 16.7% en HLI y 10.6 %y 10.7% en NoHLI), manteniéndose la brecha en 6.0 puntos porcentuales.

En 2018, entre las MEFSAs hablantes de lengua indígena, los porcentajes de mujeres que quieren espaciar no dista mucho de las que quieren limitar, aunque este último es ligeramente mayor (8.1% y 8.6%, respectivamente) y entre no hablantes de lengua indígena ocurre lo mismo pero en porcentajes más bajos (5.3% y 5.5%, respectivamente). Estos resultados se reflejan en el bajo uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de las MEFSAs que hablan lengua indígena que pasó de 60.4 a 61.1

por ciento respecto a las MEFSAs no hablantes de lengua indígena que también aumentaron de 71.8 a 72.6 por ciento.

Entre las MEFU hablantes de lengua indígena, los resultados de DSAM entre 2014 y 2018, siguen siendo poco favorables, pese a que aumentó de 72.6 a 74.5 por ciento, respectivamente, ya que, las que no eran hablantes de lengua indígena presentan porcentajes de demanda satisfecha de alrededor de 9.0 puntos porcentuales más, pasando en el mismo periodo de 82.5 a 84.2 por ciento. Asimismo, se obtuvo que, la NIA de HLI desciende, de 18.5 a 17.2 por ciento, y que se encontraba determinada principalmente por la falta de acceso a métodos anticonceptivos para limitar (9.4%) y, aunque es menor el porcentaje de las que necesitaban espaciar, éste no deja de ser importante (7.7%); en tanto que, entre no hablantes de lengua indígena, el porcentaje de NIA descendió a de 10.9 a 10.3 por ciento, también con mayor porcentaje de las que deseaban limitar (5.7%) que las que querían espaciar los nacimientos (4.6%). De esta forma el porcentaje de MEFU usuarias de métodos anticonceptivos modernos aumentó de 56.1 a 57.4 por ciento y entre no hablantes de lengua indígena de 69.2 a 70.6 por ciento.

Caso contrario ocurre con las MEFSAs de acuerdo a su condición de discapacidad, dado que las más vulnerables, es decir las que viven con discapacidad o que tienen alguna limitación, presentaron la más alta proporción de DSAM, aunque entre 2014 y 2018, disminuyó de 89.0 a 84.7 por ciento y, de 85.5 a 85.2 por ciento entre las que viven con alguna limitación, mientras que entre las mujeres sin discapacidad aumentó de 81.9 a 82.9 por ciento.

De acuerdo a resultados de la NIA, se encontró que entre 2014 y 2018, hubo un aumento entre las que viven con discapacidad, incrementando de 6.6 a 9.2 por ciento y en las que tienen alguna limitación, de 8.0 a 8.9 por ciento, mientras que entre las que no tienen discapacidad se mantuvieron en 11.4 por ciento. Asimismo, entre mujeres con discapacidad y con alguna limitación, la NIA aumenta para limitar su descendencia en 2018 a 6.1 y 4.8 por ciento, respectivamente, mientras que entre

las que no tienen discapacidad ni limitación, la NIA fue tanto para espaciar como para limitar, con 5.7 por ciento en ambos casos.

Esta falta de acceso a métodos anticonceptivos se ve reflejado en el descenso en el porcentaje de MEFSAs que viven con alguna discapacidad usuarias de métodos anticonceptivos modernos al pasar de 75.7 a 71.7 por ciento entre 2014 y 2018, mientras que entre las MEFSAs con alguna limitación, la proporción de usuarias se mantuvo en 74.0 por ciento y entre las MEFSAs sin discapacidad aumento de 70.8 a 71.8 por ciento.

Respecto a la DSAM entre las MEFUs por condición de discapacidad, se obtuvo que, el porcentaje de mujeres con discapacidad disminuyó entre 2014 y 2018, de 88.6 a 84.4 por ciento, colocándolas entre las mujeres con la menor demanda satisfecha respecto a las que tienen alguna limitación, que aumentaron de 85.0 a 85.7 por ciento y de las que no tienen discapacidad, que también incrementaron su demanda al pasar de 80.9 a 82.7 por ciento.

En cuanto a la NIA durante el periodo de estudio, se incrementa en 2.8 puntos porcentuales entre las mujeres que viven con discapacidad, al pasar de 6.8 a 9.6 por ciento, mientras que entre las que tienen limitación desciende de 8.5 a 8.1 por ciento, y entre las que no tienen discapacidad, de 11.9 a 11.2 por ciento. Lo que se refiere al porcentaje de MEFUs que vive con alguna discapacidad que usa métodos anticonceptivos modernos disminuyó de 72.1 a 70.9 por ciento entre 2014 y 2018, mientras que, entre las MEFUs que viven con alguna limitación aumentó de 71.8 a 72.1 por ciento y entre las que no tienen discapacidad de 67.7 a 69.4 por ciento.

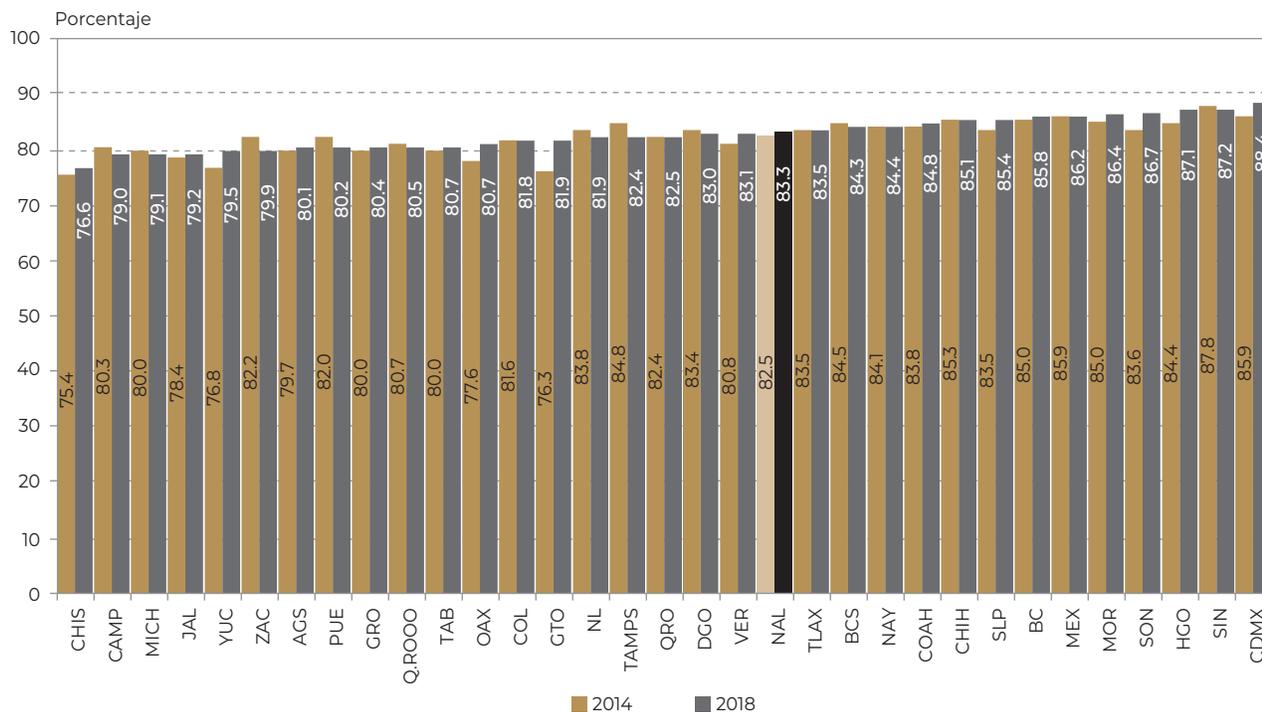
Estos datos visibilizan que la caracterización sociodemográfica juega un papel importante en la detección de grupos de mujeres que aún continúan al margen del acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva, como son las mujeres adolescentes y jóvenes, las menos escolarizadas e incluso las que cuentan con preparatoria o más, las residentes de localidades rurales y las que hablan alguna lengua indígena, lo cual también influye en la identificación de las entidades federativas en las que

las mujeres tienen un mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

De esta forma, el porcentaje de MEFSAs con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de acuerdo a la entidad federativa de residencia aumentó entre 2014 y 2018 en la mayoría de las entidades federativas (20 entidades), de las cuales, el mayor incremento se visibilizó en Guanajuato con 5.6 puntos porcentuales, pasando de 76.3 a 81.9 por ciento, respectivamente, seguida de Sonora y Oaxaca con 3.1 puntos porcentuales (83.6% a 86.7% y 77.6% a 80.7%, respectivamente) e Hidalgo y Yucatán con 2.7 puntos porcentuales (84.4% a 87.1% y 76.8% a 79.5%, respectivamente); mientras que las entidades donde el porcentaje disminuyó (11 entidades), se identifica a Tamaulipas con 2.4 puntos menos (84.8% a 82.4%), Zacatecas con 2.3 puntos porcentuales (82.2% a 79.9%) y a Nuevo León y Puebla con 1.9 y 1.8 puntos menos (83.8% a 81.9% y 82.0% a 80.2%, respectivamente), mientras tanto Tlaxcala mantuvo una demanda de 83.5 por ciento durante el periodo (véase gráfica 7.13 y cuadro 2 del Anexo 1).

Así, las entidades federativas con el más alto porcentaje de MEFSAs con DSAM en 2018, fueron la Ciudad de México (88.4%), Sinaloa (87.2%) e Hidalgo (87.1%), en las que solo una de cada diez mujeres tiene problemas de acceso a la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, lo cual se corrobora con la baja necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos que presentaron en 2018 (8.1% en la Ciudad de México, 8.4% en Sinaloa y 9.2% en Hidalgo) respecto a lo estimado a nivel nacional (11.1%).

En el caso de las MEFUs se encontró que entre 2014 y 2018, en la mayoría de las entidades federativas (23 entidades) se incrementó el porcentaje de mujeres con DSAM, destacándose Oaxaca con 5.8 puntos porcentuales más, incrementando de 74.7 a 80.5 por ciento, seguida por Guanajuato con 5.6 puntos más, al pasar de 75.2 a 80.8 por ciento y Chiapas con 3.5 puntos porcentuales, aumentando de 72.1 a 75.6 por ciento. En el caso contrario se identifica a Tamaulipas, que disminuye en 2.3 puntos porcentuales, al pasar de 85.0 a 82.7

**Gráfica 7.13.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

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

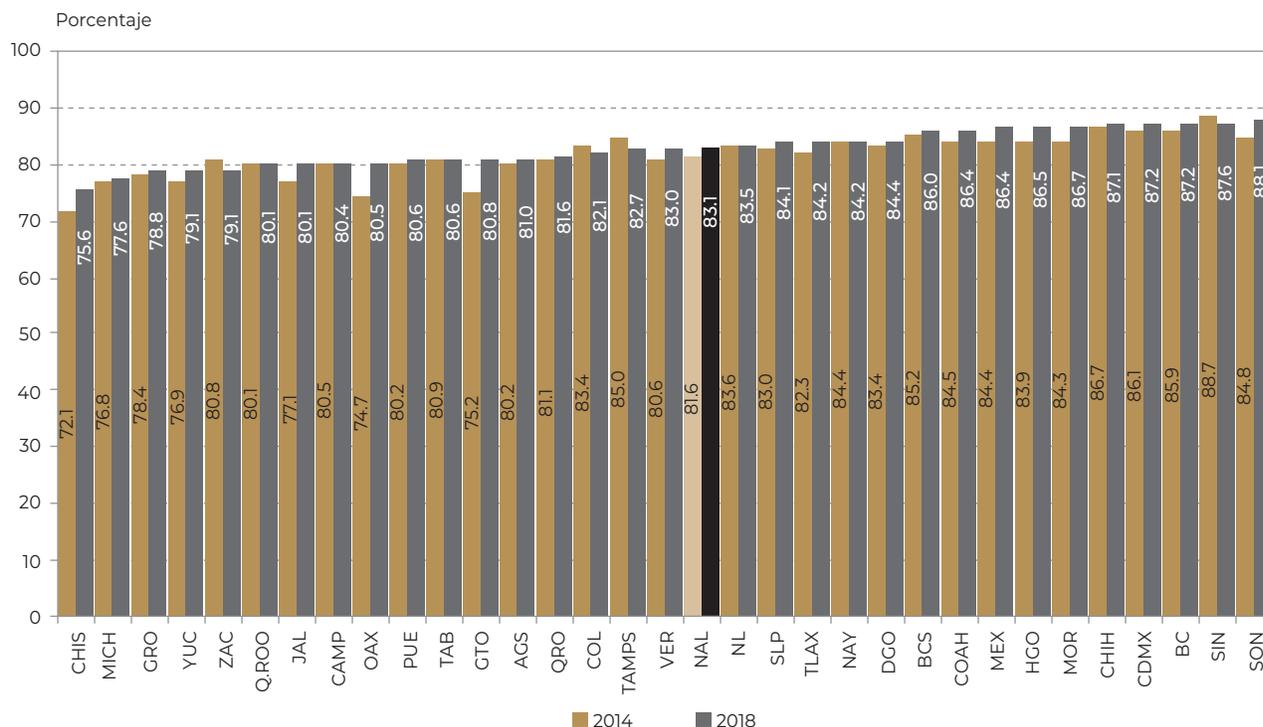
por ciento, a Zacatecas, con 1.7 puntos porcentuales menos, bajando de 80.8 a 79.1 por ciento, y Colima, con una reducción de 1.3 puntos porcentuales, pasando de 83.4 a 82.1 por ciento (véase gráfica 7.14).

Asimismo, para este grupo de mujeres unidas en 2018 se observó que, las entidades con el más alto porcentaje de DSAM, fueron Sonora con 88.1 por ciento, Sinaloa con 87.6 por ciento, Baja California y la Ciudad de México con 87.2 por ciento. En estas entidades federativas, el porcentaje de MEFU con NIA en ese mismo año es menor al nivel nacional (10.8%). Por ejemplo, en Sonora el porcentaje es de 6.2 por ciento, principalmente, por la necesidad de acceder a métodos para limitar (3.5%) que para espaciar (2.7%); en Sinaloa y Baja California, se presenta la misma situación, pero en porcentajes más altos dado que la NIA se estima en 7.9 por ciento, con 4.1 por ciento para limitar y 3.8 por ciento para espaciar; y en 8.1 por ciento, con 4.9 por ciento para limitar y 3.1 por ciento para espaciar, respectivamente. Mientras que la

Ciudad de México presenta una NIA de 8.6 por ciento, identificándose una mayor brecha en la falta de acceso a métodos anticonceptivos para limitar (6.3%) la descendencia que para espaciarla (2.3%), véase cuadro 4 del Anexo 1.

En 2018, las entidades con el menor porcentaje de MEFU con DSAM, fueron Chiapas con 75.6 por ciento, Michoacán con 77.6 por ciento y Guerrero con 78.8 por ciento, en las que la proporción de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos es mayor respecto al porcentaje nacional, ubicándose a Chiapas con una NIA de 16.8 por ciento y a Guerrero con 15.1 por ciento. En ambas entidades, la falta de acceso a anticonceptivos para espaciar o limitar está presente, (8.0% y 8.9% en Chiapas; 7.7% y 7.4% en Guerrero) mientras que en Michoacán la NIA fue de 13.5 y está determinada mayormente por la falta de acceso para limitar los nacimientos, con 7.6 por ciento, que para espaciarlos (5.9%).

Estos resultados muestran que se han logrado avances importantes en el acceso a

**Gráfica 7.14.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

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

métodos anticonceptivos modernos, dado que en la mayoría de las entidades federativas se incrementa el porcentaje, sobre todo cuando se trata de evaluar considerando solo a mujeres en edad fértil unidas, pero nuevamente se corrobora que las entidades que se caracterizan por contar con población indígena y con más localidades rurales, como Campeche, Chiapas, Michoacán y Guerrero continúan siendo las que, no han logrado ofertar suficientes servicios de salud sexual y reproductiva incluida la planificación familiar.

## Conclusiones

La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume los diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que las mujeres y los hombres usan los métodos anticonceptivos y, además se asocia con la eficiencia de los programas de salud sexual y reproductiva para que sean utilizados como medio de prevención de embarazos no planeados o no deseados

y de ITS, con lo cual permita a las personas ejercer su derecho a tener una vida sexual plena (CONAPO, 2016).

Asimismo, de acuerdo al derecho establecido en el artículo 4to. Constitucional, los usuarios de los servicios de planificación familiar deberían poder exigir un servicio de atención de calidad, incluido el derecho a la información, al acceso a los servicios, a una amplia gama de métodos anticonceptivos, a la seguridad, a la privacidad, a la confidencialidad, al mantenimiento de la dignidad, a la comodidad, a la continuidad y a la expresión de opiniones (UNFPA, 2019).

Sin embargo, en México se observa que, la prevalencia anticonceptiva se encuentra determinada por solo tres métodos anticonceptivos, la OTB, el DIU y el condón masculino, los cuales acumulan 57.4 por ciento de la prevalencia anticonceptiva entre MEFSa y 56.1 por ciento en MEFU. Cabe señalar que una tercera parte de las usuarias utiliza un método definitivo, la OTB, y métodos de larga duración como el DIU.

De esta forma, los resultados que se obtienen en 2018, sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos muestran también las desigualdades que persisten en el acceso a métodos anticonceptivos y, en materia de salud sexual y reproductiva, en grupos específicos de mujeres, como son las adolescentes, las mujeres que cuentan con baja o nula escolaridad, las hablantes de lengua indígena, y las residentes de zonas rurales, las cuales se encuentran profundamente afectadas por la desigualdad de ingresos, la calidad y el alcance de los sistemas de salud, por las leyes y políticas, las normas sociales y culturales, y por la exposición de las personas a la educación sexual (UNFPA, 2019).

Esta situación, también se refleja en las entidades federativas en las que residen las mujeres, es decir, continúan con desventaja en el acceso a métodos anticonceptivos las residentes de entidades con rezago socioeconómico y con población predominantemente indígena, como por ejemplo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, donde la ubicación e instrumentación de los servicios continúa siendo insuficiente, así como la falta de adecuación de los servicios considerando las características culturales de la población y la falta de difusión y sensibilización con mensajes acordes al lenguaje de la población.

Finalmente, el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, corrobora la emergente necesidad de generar o fortalecer las acciones que garanticen el acceso efectivo a la gama de métodos anticonceptivos a los grupos de mujeres que se encuentran en desventaja socioeconómica y cultural, que además continúe impulsando la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad con su participación en el uso de métodos anticonceptivos, lo cual pone de manifiesto que toda la población reciba educación integral en sexualidad.

De acuerdo a estos resultados se observa que el **Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos**, se cumple parcialmente, dado que no

se ha logrado acercar a toda la población los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, lo que ha llevado a continuar con brechas entre los diferentes grupos de mujeres en el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

No obstante, se debe señalar que actualmente se han llevado a cabo acciones con las que se busca reforzar programas o estrategias para lograr que la población acceda al uso de métodos anticonceptivos modernos. Por ejemplo, se cuenta con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), con la cual se busca incrementar la oferta y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para niñas, niños y adolescentes, de conformidad a lo establecido en la NOM-047, asegurando el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos y enfatizando la doble protección, para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de la sexualidad (Gobierno de la República, 2015).

Asimismo, en 2018 se reportó la operación de 2 605 Servicios Amigables y 3 693 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), alcanzando una cobertura de 85.9 por ciento de los municipios con al menos un servicio amigable o CARA. Otro aspecto importante es la inclusión de la educación integral en sexualidad en la Ley General de Educación con la que se espera que se favorezca la adquisición gradual de habilidades y actitudes apropiadas que les permita a niñas, niños y adolescentes vivir de manera plena y saludable, así como reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos, y que sea implementada en todos los niveles educativos en el ámbito público como privado (INSP, 2015a).

En tanto, para la atención de mujeres que ya dejaron la etapa de la adolescencia se cuenta con programas de atención a la planificación familiar que se enfocan en brindar información y otorgar métodos anticonceptivos que permita a las mujeres controlar su paridez para alcanzar sus expectativas reproductivas.

## Bibliografía

- Centro de Derechos Reproductivos (2018). Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal. <https://reproductiverights.org/document/losderechos-reproductivos-a-la-vanguardia>
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (1994). Norma Oficial Mexicana, NOM-005-ssa2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar, México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>
- Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento oficial. México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf)
- INSP [Instituto Nacional de Salud Pública] (2015a). Diseño del Plan de Monitoreo y del Esquema General de Evaluación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Documento 1. México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98256/Evaluacion\\_del\\_dise\\_o.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98256/Evaluacion_del_dise_o.pdf)
- Jiménez, M. A., Aliaga, L. y Rodríguez, V. J. (2011). “Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva”, en UNFPA, Serie Población y desarrollo, 2011, Chile, p. 24. <https://digitallibrary.un.org/record/725946>
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2018). Planificación Familiar. <https://digitallibrary.un.org/record/725946?ln=es>
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. et al. (2018). Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet Commissions, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2012). Informe Estado de la Población Mundial. Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo, págs. II, 1. 3. Artículo 16. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP\\_SWOP2012\\_Report.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_SWOP2012_Report.pdf)
- (2018). Estado de la Población Mundial 2018. El poder de decidir, Derechos Reproductivos y Transición demográfica. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2018\\_ES\\_SWP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)
- (2019). Informe Estado de la Población Mundial. Un asunto pendiente la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2019\\_ES\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)

## Anexo 1. Demanda satisfecha de MEFSA y MEFU

**Cuadro 1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	MEFSA													
	Demanda Satisfecha		Prevalencia de métodos modernos		Demanda Total		NIA						Prevalencia Total	
							Total			Espaciar				
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2014	2014	2018	2018	2018	2014	2018
<b>Total</b>	82.5	83.3	71.3	72.0	86.5	86.5	10.9	5.5	5.4	11.1	5.4	5.6	75.6	75.5
<b>Grupos de edad</b>														
15-19	64.4	65.5	56.0	57.3	87.0	87.5	28.0	22.7	5.3	27.6	22.2	5.4	59.0	59.9
20-24	73.1	73.3	63.9	64.3	87.3	87.7	19.6	14.6	5.0	20.2	14.8	5.5	67.7	67.5
25-29	79.6	78.6	68.4	68.4	86.0	87.0	13.5	8.3	5.2	14.5	8.5	5.9	72.5	72.5
30-34	83.5	83.4	71.7	72.3	85.9	86.7	9.3	3.7	5.6	10.4	4.0	6.4	76.6	76.3
35-39	86.2	88.0	75.6	77.0	87.7	87.5	7.3	1.2	6.1	7.4	1.2	6.2	80.4	80.1
40-44	88.0	89.8	77.3	77.9	87.8	86.7	6.2	0.4	5.8	5.6	0.3	5.3	81.5	81.1
45-49	90.2	91.3	75.0	75.7	83.1	83.0	4.3	0.1	4.2	4.2	0.0	4.2	78.8	78.7
<b>Nivel de escolaridad</b>														
Sin escolaridad y primaria incompleta	82.9	84.1	68.5	68.1	82.7	80.9	11.1	3.5	7.6	10.6	2.8	7.8	71.5	70.3
Primaria completa	82.8	84.2	70.3	71.3	84.9	84.8	10.6	3.8	6.8	10.6	3.9	6.7	74.3	74.2
Secundaria	82.9	83.7	72.4	72.7	87.3	86.8	11.2	5.7	5.4	11.1	5.2	5.9	76.2	75.7
Preparatoria y más	82.0	82.6	71.3	72.2	87.0	87.5	10.7	6.2	4.5	11.2	6.3	4.9	76.2	76.2
<b>Lugar de residencia</b>														
Rural	80.6	81.3	67.3	68.3	83.5	84.0	12.3	6.6	5.8	12.6	6.7	5.9	71.2	71.4
Urbano	82.9	83.8	72.3	73.1	87.2	87.2	10.5	5.2	5.3	10.6	5.1	5.5	76.7	76.6
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>														
Habla	75.2	75.6	60.4	61.1	80.3	80.8	16.6	8.8	7.8	16.7	8.1	8.6	63.7	64.2
No habla	82.8	83.7	71.8	72.6	86.8	86.8	10.6	5.3	5.3	10.7	5.3	5.5	76.2	76.1
<b>Condición de discapacidad</b>														
Con discapacidad	89.0	84.7	75.7	71.7	85.0	84.6	6.6	3.1	3.5	9.2	3.1	6.1	78.4	75.4
Con limitación	85.5	85.2	74.4	74.0	87.1	86.8	8.0	3.7	4.3	8.9	4.1	4.8	79.1	77.9
Sin discapacidad	81.9	82.9	70.8	71.8	86.4	86.5	11.4	5.8	5.6	11.4	5.7	5.7	75.1	75.1

Se consideran mujeres en edad fértil sexualmente activas a aquellas que tienen entre 15 y 49 años y declararon haber tenido al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta.

Usuarías actuales: Dentro del conjunto de mujeres que declararon estar usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, se incluyeron a las que no desean tener hijos(as); están esterilizadas o que declararon que "no pueden embarazarse a pesar de desear más hijos(as) en el futuro". Todas las demás que usan métodos anticonceptivos=usan para espaciar.

No usuarias actuales: Embarazadas o en amenorrea posparto (no ha vuelto a tener la menstruación desde el último(a) hijo(a) vivo(a) en los dos últimos años) o no están embarazadas ni en amenorrea posparto.

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

**Cuadro 2.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Entidad Federativa	MEFSA													
	Demanda Satisfecha		Prevalencia de métodos modernos		Demanda Total		NIA						Prevalencia Total	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	2014	2018
República Mexicana	82.5	83.3	71.3	72.0	86.5	86.5	10.9	5.5	5.4	11.1	5.4	5.6	75.6	75.5
Aguascalientes	79.7	80.1	68.8	67.4	86.3	84.2	11.2	6.4	4.8	13.1	6.7	6.3	75.1	71.1
Baja California	85.0	85.8	74.8	75.5	87.9	88.0	10.3	5.3	4.9	9.4	4.2	5.2	77.7	78.5
Baja California Sur	84.5	84.3	74.1	74.9	87.6	88.9	11.7	6.0	5.7	11.3	6.1	5.1	76.0	77.6
Campeche	80.3	79.0	68.2	68.0	85.0	86.1	12.9	7.6	5.3	14.7	8.4	6.4	72.0	71.4
Coahuila	83.8	84.8	71.8	74.8	85.6	88.2	11.0	6.3	4.7	10.4	5.4	5.0	74.6	77.8
Colima	81.6	81.8	71.9	70.8	88.1	86.6	11.2	6.4	4.7	11.9	5.6	6.2	76.9	74.8
Chiapas	75.4	76.6	60.5	62.8	80.2	81.9	16.3	8.2	8.1	16.3	8.1	8.2	63.9	65.6
Chihuahua	85.3	85.1	73.6	73.1	86.3	85.9	9.8	5.5	4.4	10.4	5.9	4.5	76.4	75.5
Ciudad de México	85.9	88.4	76.3	79.3	88.8	89.7	10.2	4.7	5.4	8.1	3.3	4.8	78.6	81.6
Durango	83.4	83.0	72.8	73.2	87.3	88.2	11.0	6.1	4.9	10.9	5.7	5.1	76.3	77.4
Guanajuato	76.3	81.9	64.7	70.4	84.8	86.0	13.4	6.6	6.8	11.1	5.6	5.6	71.4	74.9
Guerrero	80.0	80.4	68.2	67.3	85.3	83.7	13.1	8.2	4.8	13.4	7.3	6.1	72.3	70.2
Hidalgo	84.4	87.1	74.4	76.4	88.1	87.7	11.3	5.7	5.6	9.2	4.7	4.5	76.8	78.6
Jalisco	78.4	79.2	67.6	67.9	86.2	85.7	10.4	5.2	5.2	11.8	5.7	6.1	75.8	73.9
México	85.9	86.2	76.8	76.6	89.5	88.8	8.4	3.5	4.9	9.5	3.6	5.9	81.1	79.3
Michoacán	80.0	79.1	67.2	67.3	84.0	85.1	10.9	5.3	5.6	12.5	5.6	6.9	73.1	72.5
Morelos	85.0	86.4	74.5	76.5	87.6	88.5	10.3	4.9	5.5	9.9	5.0	4.9	77.2	78.6
Nayarit	84.1	84.4	73.9	73.7	87.9	87.4	11.2	6.1	5.1	11.4	5.9	5.5	76.7	76.0
Nuevo León	83.8	81.9	70.3	70.5	83.9	86.1	9.4	5.1	4.3	11.9	6.2	5.7	74.5	74.2
Oaxaca	77.6	80.7	65.4	66.2	84.2	82.1	16.1	8.2	8.0	13.1	6.9	6.2	68.1	69.0
Puebla	82.0	80.2	72.5	68.7	88.4	85.6	10.8	5.3	5.5	13.9	7.0	6.9	77.6	71.7
Querétaro	82.4	82.5	71.8	71.9	87.2	87.1	10.9	5.5	5.4	12.3	6.7	5.6	76.3	74.9
Quintana Roo	80.7	80.5	71.3	69.9	88.4	86.9	12.1	6.4	5.7	13.5	6.8	6.8	76.2	73.3
San Luis Potosí	83.5	85.4	70.8	72.7	84.8	85.1	10.9	5.1	5.8	9.7	5.2	4.5	73.9	75.4
Sinaloa	87.8	87.2	76.8	75.5	87.5	86.5	8.9	4.6	4.3	8.4	5.0	3.4	78.6	78.1
Sonora	83.6	86.7	73.5	76.8	87.8	88.6	10.8	6.4	4.4	7.8	4.2	3.6	77.1	80.7
Tabasco	80.0	80.7	66.2	67.9	82.8	84.2	12.3	7.8	4.5	11.7	6.5	5.2	70.4	72.6
Tamaulipas	84.8	82.4	72.4	69.0	85.4	83.7	10.4	4.6	5.8	12.3	6.3	6.0	75.0	71.4
Tlaxcala	83.5	83.5	73.9	72.7	88.6	87.1	9.6	5.2	4.3	11.0	5.4	5.6	79.0	76.1
Veracruz	80.8	83.1	68.8	72.3	85.1	86.9	12.3	5.9	6.4	10.3	5.5	4.8	72.8	76.6
Yucatán	76.8	79.5	66.9	67.6	87.0	85.1	10.2	5.7	4.4	11.8	6.1	5.8	76.9	73.3
Zacatecas	82.2	79.9	68.1	67.2	82.8	84.2	10.6	5.9	4.7	13.1	6.9	6.3	72.2	71.0

Se consideran mujeres en edad fértil sexualmente activas a aquellas que tienen entre 15 y 49 años y declararon haber tenido al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta.

Usuarías actuales: Dentro del conjunto de mujeres que declararon estar usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, se incluyeron a las que no desean tener hijos(as); están esterilizadas o que declararon que "no pueden embarazarse a pesar de desear más hijos(as) en el futuro". Todas las demás que usan métodos anticonceptivos=usan para espaciar.

No usuarias actuales: Embarazadas o en amenorrea posparto (no ha vuelto a tener la menstruación desde el último(a) hijo(a) vivo(a) en los dos últimos años) o no están embarazadas ni en amenorrea posparto.

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

**Cuadro 3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	MEFU													
	Demanda Satisfecha		Prevalencia de métodos modernos		Demanda Total		NIA						Prevalencia Total	
							Total			Espaciar				
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2014	2014	2018	2018	2018	2014	2018
<b>Total</b>	81.6	83.1	68.3	69.8	83.7	83.9	11.4	5.1	6.4	10.8	4.8	6.0	72.3	73.1
<b>Grupos de edad</b>														
15-19	62.1	62.6	49.5	51.2	79.6	81.7	28.1	21.9	6.2	28.2	22.4	5.8	51.5	53.5
20-24	69.5	70.7	57.7	58.4	83.1	82.6	21.7	15.3	6.4	21.2	15.1	6.1	61.3	61.4
25-29	76.8	77.9	63.3	65.1	82.4	83.6	15.1	8.6	6.5	14.4	8.0	6.4	67.3	69.2
30-34	82.1	82.8	69.1	70.1	84.2	84.7	10.3	3.7	6.7	10.7	3.9	6.8	73.9	74.0
35-39	85.0	87.1	73.5	74.6	86.5	85.6	8.5	1.6	6.9	7.9	1.2	6.7	78.1	77.7
40-44	87.4	89.1	75.4	76.4	86.2	85.7	6.9	0.4	6.5	6.0	0.3	5.7	79.4	79.7
45-49	89.5	91.4	71.6	74.1	80.0	81.1	5.1	0.1	5.1	4.1	0.0	4.1	74.9	77.0
<b>Nivel de escolaridad</b>														
Sin escolaridad y primaria incompleta	80.6	83.4	64.3	64.7	79.8	77.6	12.6	3.4	9.3	11.0	2.5	8.5	67.1	66.6
Primaria completa	81.0	82.8	66.9	68.5	82.5	82.7	12.2	4.3	7.9	11.6	4.3	7.3	70.3	71.2
Secundaria	81.5	83.4	69.7	70.8	85.4	84.9	12.2	5.9	6.3	11.1	5.2	6.0	73.2	73.8
Preparatoria y más	82.0	82.9	68.8	70.1	83.8	84.5	10.1	5.1	5.0	10.3	5.2	5.1	73.8	74.3
<b>Lugar de residencia</b>														
Rural	78.6	80.0	63.5	65.2	80.8	81.5	14.1	6.9	7.2	13.6	6.9	6.7	66.7	67.9
Urbano	82.5	84.2	69.8	71.3	84.7	84.7	10.6	4.5	6.1	9.9	4.2	5.7	74.1	74.8
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>														
Habla	72.6	74.5	56.1	57.4	77.3	77.0	18.5	8.0	10.5	17.2	7.7	9.4	58.7	59.9
No habla	82.1	83.7	69.2	70.6	84.2	84.4	10.9	4.9	6.1	10.3	4.6	5.7	73.3	74.1
<b>Condición de discapacidad</b>														
Con discapacidad	88.6	84.4	72.1	70.9	81.4	84.0	6.8	2.5	4.3	9.6	2.7	6.9	74.6	74.4
Con limitación	85.0	85.7	71.8	72.1	84.5	84.0	8.5	3.2	5.3	8.1	3.1	4.9	75.9	76.0
Sin discapacidad	80.9	82.7	67.7	69.4	83.7	83.9	11.9	5.4	6.5	11.2	5.2	6.1	71.8	72.6

Usuarías actuales: Dentro del conjunto de mujeres que declararon estar usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, se incluyeron a las que no desean tener hijos(as); están esterilizadas o que declararon que "no pueden embarazarse a pesar de desear más hijos(as) en el futuro". Todas las demás que usan métodos anticonceptivos=usan para espaciar.  
No usuarias actuales: Embarazadas o en amenorrea posparto (no ha vuelto a tener la menstruación desde el último(a) hijo(a) vivo(a) en los dos últimos años) o no están embarazadas ni en amenorrea posparto.

**Cuadro 4.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

Entidad Federativa	MEFU													
	Demanda Satisfecha		Prevalencia de métodos modernos		Demanda Total		NIA						Prevalencia Total	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	2014	2018
							2014	2014	2014	2018	2018	2018		
República Mexicana	81.6	83.1	68.3	69.8	83.7	83.9	11.4	5.1	6.4	10.8	4.8	6.0	72.3	73.1
Aguascalientes	79.7	80.1	66.1	66.2	82.4	81.7	10.6	5.2	5.4	12.1	5.8	6.3	71.7	69.6
Baja California	85.0	85.8	74.1	75.5	86.3	86.6	9.2	3.7	5.5	8.1	3.1	4.9	77.1	78.5
Baja California Sur	84.5	84.3	73.2	74.2	85.9	86.3	10.4	4.9	5.5	9.6	4.6	5.0	75.5	76.7
Campeche	80.3	79.0	66.5	66.8	82.5	83.1	13.0	6.8	6.2	13.2	6.8	6.4	69.5	70.0
Coahuila	83.8	84.8	71.4	73.9	84.6	85.5	10.6	5.5	5.1	8.7	4.0	4.7	73.9	76.9
Colima	81.6	81.8	71.3	68.7	85.4	83.7	9.7	4.5	5.2	10.5	4.4	6.1	75.7	73.1
Chiapas	75.4	76.6	55.6	59.2	77.1	78.4	18.5	8.7	9.8	16.8	8.0	8.9	58.6	61.6
Chihuahua	85.3	85.1	74.0	73.2	85.4	84.0	8.3	4.3	4.1	8.5	3.9	4.6	77.0	75.5
Ciudad de México	85.9	88.4	72.8	75.8	84.6	86.8	9.5	3.7	5.8	8.6	2.3	6.3	75.1	78.2
Durango	83.4	83.0	71.0	71.9	85.1	85.3	10.7	5.0	5.8	9.4	3.9	5.4	74.4	75.9
Guanajuato	76.3	81.9	61.8	67.7	82.1	83.8	13.9	6.4	7.5	11.6	5.3	6.2	68.1	72.3
Guerrero	80.0	80.4	63.7	64.8	81.2	82.3	14.1	7.7	6.4	15.1	7.7	7.4	67.1	67.2
Hidalgo	84.4	87.1	70.4	73.8	84.0	85.3	11.6	4.5	7.0	9.5	4.4	5.1	72.4	75.8
Jalisco	78.4	79.2	64.6	67.0	83.8	83.7	11.3	4.8	6.5	10.6	5.0	5.6	72.5	73.1
México	85.9	86.2	73.6	74.5	87.2	86.1	9.4	3.3	6.0	8.9	3.3	5.5	77.8	77.3
Michoacán	80.0	79.1	62.5	63.7	81.4	82.0	13.3	6.0	7.3	13.5	5.9	7.6	68.1	68.5
Morelos	85.0	86.4	71.1	74.1	84.4	85.5	10.9	5.2	5.7	9.1	4.3	4.8	73.5	76.4
Nayarit	84.1	84.4	72.9	71.6	86.3	85.0	11.2	5.2	6.0	11.4	5.4	6.0	75.1	73.6
Nuevo León	83.8	81.9	69.3	69.9	82.9	83.8	9.4	4.5	4.9	10.1	3.8	6.3	73.5	73.7
Oaxaca	77.6	80.7	58.9	62.7	78.8	77.9	17.7	8.3	9.4	12.9	6.3	6.7	61.2	65.0
Puebla	82.0	80.2	68.8	66.4	85.7	82.3	12.1	5.4	6.7	13.1	6.1	7.0	73.6	69.2
Querétaro	82.4	82.5	67.9	68.6	83.8	84.1	11.4	5.5	5.8	12.2	5.5	6.7	72.4	71.9
Quintana Roo	80.7	80.5	67.8	67.9	84.6	84.8	12.3	6.2	6.0	13.1	6.6	6.5	72.3	71.7
San Luis Potosí	83.5	85.4	68.2	69.1	82.1	82.2	11.2	5.1	6.1	10.3	5.1	5.2	70.9	71.8
Sinaloa	87.8	87.2	76.2	74.1	85.9	84.6	7.8	3.5	4.2	7.9	3.8	4.1	78.2	76.7
Sonora	83.6	86.7	73.4	76.3	86.5	86.6	9.4	4.9	4.5	6.2	2.7	3.5	77.1	80.3
Tabasco	80.0	80.7	65.8	66.0	81.3	81.9	11.7	6.5	5.3	11.6	6.2	5.4	69.5	70.2
Tamaulipas	84.8	82.4	71.1	67.9	83.7	82.2	9.9	3.7	6.2	11.7	5.2	6.5	73.8	70.4
Tlaxcala	83.5	83.5	70.0	70.5	85.0	83.8	10.3	4.8	5.5	10.0	4.4	5.6	74.7	73.8
Veracruz	80.8	83.1	66.1	70.7	82.0	85.2	12.7	4.7	8.0	10.7	5.4	5.2	69.3	74.6
Yucatán	76.8	79.5	64.2	65.2	83.5	82.4	11.2	6.3	4.9	11.7	5.7	6.0	72.3	70.7
Zacatecas	82.2	79.9	65.3	64.8	80.8	81.8	11.8	5.5	6.3	13.4	6.5	6.9	69.0	68.4

Se consideran mujeres en edad fértil sexualmente activas a aquellas que tienen entre 15 y 49 años y declararon haber tenido al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta.

Usuarías actuales: Dentro del conjunto de mujeres que declararon estar usando métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, se incluyeron a las que no desean tener hijos(as); están esterilizadas o que declararon que "no pueden embarazarse a pesar de desear más hijos(as) en el futuro". Todas las demás que usan métodos anticonceptivos usan para espaciar.

No usuarias actuales: Embarazadas o en amenorrea posparto (no ha vuelto a tener la menstruación desde el último(a) hijo(a) vivo(a) en los dos últimos años) o no están embarazadas ni en amenorrea posparto.

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

## Anexo metodológico

### ***Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil sexualmente activas<sup>57</sup> (MEFSA)***

El porcentaje de demanda satisfecha de anticoncepción, permite evaluar los niveles generales de cobertura de los programas y servicios sobre planificación familiar; por tanto, es un indicador que visibiliza el acceso que tienen las mujeres a los servicios de planificación familiar y anticoncepción, que permite dar cuenta de la cobertura del sector salud respecto a la oferta de métodos anticonceptivos.<sup>58</sup>

#### ***Forma de cálculo del indicador***

##### **1. Porcentaje de mujeres sexualmente activas en edad fértil (15 a 49 años) con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos.**

$$DSMAM\_MEFSA^t_{(15-49)} = \frac{Prevmetmod\_MEFSA^t_{(15-49)}}{DTA\_MEFSA^t_{(15-49)}} \times 100$$

Donde:

$DSMAM\_MEFSA^t_{(15-49)}$ : **Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos** en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$Prevmetmod\_MEFSA^t_{(15-49)}$ : **Prevalencia de uso de métodos** modernos en mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años en el momento t.

$DTA\_MEFSA^t_{(15-49)}$ : **Demanda total de anticoncepción** en mujeres sexualmente activas en edad fértil (15 a 49 años) en el momento t.

#### ***Numerador:***

**1. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos de mujeres sexualmente activas en el momento t**, se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos.

$$Prevmod\_MEFSA^t_{(15-49)} = \frac{MEFSA\_UMAmo^t_{(15-49)}}{MEFSA^t_{(15-49)}} \times 100$$

Donde:

$Prevmod\_MEFSA^t_{(15-49)}$  = Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$MEFSA\_UMAmo^t_{(15-49)}$  = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos en tiempo t.

<sup>57</sup> Se consideran mujeres sexualmente activas a aquéllas que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta.

<sup>58</sup> Population Division, Department of Economic and Social Affairs (DESA) of United Nations Population Fund (UNFPA) (2018). Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf>

$MEFSA_{(15-49)}^t$  = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

**Denominador:**

**2. Demanda total de anticoncepción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t**, que es la suma de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas y el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

- **Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo de mujeres en edad fértil sexualmente activas:** Total de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos y tradicionales.

$$Prev\_MEFSA_{(15-49)}^t = \frac{MEFSA\_UMA_{(15-49)}^t}{MEFSA_{(15-49)}^t} \times 100$$

Donde:

$Prev\_MEFSA_{(15-49)}^t$ : Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$MEFSA\_UMA_{(15-49)}^t$ : Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

$MEFSA_{(15-49)}^t$ : Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

- **Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas en el momento t:** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas (15 a 49 años), expuestas al riesgo de embarazarse en un momento determinado, que refieren su deseo de limitar o espaciar su descendencia, pero no usan métodos anticonceptivos.

$$NIA\_MEFSA_{(15-49)}^t = \left( \frac{NIA\_MEFSAesp_{(15-49)}^t + NIA\_MEFSAlim_{(15-49)}^t}{MEFSA_{(15-49)}^t} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA\_MEFSA_{(15-49)}^t$ : Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas que en el momento t desean espaciar o limitar el nacimiento de próximos hijos(as), pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA\_MEFSAesp_{(15-49)}^t$ : Número de mujeres en edad fértil sexualmente activas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA\_MEFSAlim_{(15-49)}^t$ : Número de mujeres en edad fértil sexualmente activas que en el momento t no desean tener más hijos o hijas, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$MEFSA_{(15-49)}^t$ : Mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

A continuación, se detallará el cálculo de cada uno de los componentes de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, con la finalidad de que la información que se obtenga sea igual que la reportada en las fuentes de información oficiales. El principal objetivo es visualizar la complejidad del cálculo de dicho indicador por lo cual se muestra a continuación cada uno de los pasos a seguir para obtener la NIA en mujeres en edad fértil sexualmente activas.

Este indicador permite evaluar y monitorear el logro de las metas en planes y programas en materia de salud sexual y reproductiva, debido a que cuantifica lo que queda por hacer en cuanto a la promoción y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular a la oferta de métodos anticonceptivos.

Actualmente Naciones Unidas avala una metodología propuesta y revisada para el cálculo de la NIA por un grupo de personas técnicas y expertas en el tema, del Fondo de Población de Naciones Unidas, USAID y miembros del proyecto MEASURE DHS (Monitoring and Evaluation to Assess and use Results Demographic and Health Surveys) que permite obtener una medida comparable entre países de distintos continentes y a lo largo del tiempo, (Bradley *et al.*, 2012).

En este sentido, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO) como integrante y coordinador del Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD), y apegada a las Reglas para la integración, difusión y administración del Catálogo Nacional de Indicadores (CNI), es responsable del cálculo, integración y reporte de los Indicadores Clave abajo señalados y que forman parte del CNI, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.<sup>59</sup>

### Forma de cálculo del indicador

$$NIA\_MEFSA^t_{(15-49)} = \left( \frac{NIA\_MEFSAesp^t_{(15-49)} + NIA\_MEFSAlim^t_{(15-49)}}{MEFSA^t_{(15-49)}} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA\_MEFSA^t_{(15-49)}$ : Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas en el momento t.

$NIA\_MEFSAesp^t_{(15-49)}$ : Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA\_MEFSAlim^t_{(15-49)}$ : Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas que en el momento t no desean tener más hijos o hijas, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$MEFSA^t_{(15-49)}$ : Mujeres en edad fértil (15 a 19 años) sexualmente activas, usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

<sup>59</sup> Para mayor información consultar los siguientes vínculos:

- <https://www.snieg.mx/cni/>
- <https://www.snieg.mx/cni/infometadato.aspx?idOrden=1&ind=6207081417&porDetalle=no&gen=13035&d=n>
- <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>

Asimismo, en este marco la SGCONAPO pone a disposición de las y los usuarios la sintaxis para aplicarla en el paquete estadístico SPSS para el cálculo del indicador: “Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos, 2018.”<sup>60</sup>

**Programa para calcular la Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos 2018 en mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)**

New file.

GET

FILE='D:\ENADID 2018\base\_datos\_enadid18\_sav\Mujer 2018.sav'.

\*\*\*\* Filtro: Mujeres de 15-49 años \*\*\*\*.

Select if (p5\_2\_1 <= 49).

\*\*\*\* Mujeres unidas \*\*\*\*.

Recode p10\_1 (1 7=1) (2 thru 6=2) (8=3) Into Unida.

Recode p10\_1 (1 7=1) (2 thru 6=2) (8=2) Into Unida1.

\*\*\*\* Mujeres sexualmente activas \*\*\*\*.

If (00 <= p8\_41\_1 & p8\_41\_1 <= 30) SexAct=1.

If (00 <= p8\_41\_2 & p8\_41\_2 <= 04) SexAct=1.

If (00 <= p8\_41\_3 & p8\_41\_3 <= 01) SexAct=1.

If (02 <= p8\_41\_3 & p8\_41\_3 <= 11) SexAct=2.

If (01 <= p8\_41\_4 & p8\_41\_4 <= 40) SexAct=2.

If (p8\_21 = 04) SexAct=3.

If (p8\_38 = 88) SexAct=3.

If (p8\_38 = 99) SexAct=9.

If (p8\_41\_1 = 99) SexAct=9.

\*\*\*\*\*.

\*\*\*\* Filtro: Mujeres Sexualmente activas \*\*\*\*.

Select if (SexAct = 1).

\*\*\*\*\*.

\*\*\*\* Conocimiento de métodos \*\*\*\*.

Count x=p8\_1\_01 p8\_1\_02 p8\_1\_03 p8\_1\_04 p8\_1\_05 p8\_1\_06 p8\_1\_07 p8\_1\_08 p8\_1\_09  
p8\_1\_10 p8\_1\_11 p8\_1\_12 p8\_1\_13 p8\_1\_14 (1 2).

\*\*\*\* Uso de métodos \*\*\*\*.

Do if (p8\_4\_01 <> 1).

Count x1=p8\_4\_01 p8\_4\_02 p8\_4\_03 p8\_4\_04 p8\_4\_05 p8\_4\_06 p8\_4\_07 p8\_4\_08 p8\_4\_09  
p8\_4\_10 p8\_4\_11 p8\_4\_12 p8\_4\_13 p8\_4\_14 (1).

End if.

\*p8\_4\_01.

<sup>60</sup> Se solicita de la manera más atenta citar las estimaciones realizadas con esta metodología de la siguiente forma: Estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2018.

```
Do if (x = 0).
  Compute Uso=3.
  Do if (p8_10 <= 2).
    Compute Uso=1.
  Else.
    Do if (p8_10 = 3).
      Compute Uso=3.
    Else.
      Do if (p8_10 = 9).
        Compute Uso=9.
      Else.
        Compute Uso=98.
      End if.
    End if.
  End if.
End if.

Do if (sys(Uso) & p8_3 = 2).
  Do if (p8_10 <= 2).
    Compute Uso=1.
  Else.
    Do if (p8_10 = 3).
      Compute Uso=3.
    Else.
      If (p8_10 = 9) Uso=9.
    End if.
  End if.
End if.
If (sys(Uso) & p8_4_01 = 1) Uso=1.

DO if (sys(Uso)).
  Do if (p8_9 = 1).
    Compute Uso=1.
  Else.
    Do if (p8_9 = 9).
      Compute Uso=9.
    Else.
      Do if (p8_10 <= 2).
        Compute Uso=1.
      Else.
        Do if (p8_10 = 3).
          Compute Uso=2.
        Else.
          Compute Uso=9.
        End if.
      End if.
    End if.
  End if.
End if.
```

End if.

End if.

\*\*\*\* Usuarías de métodos Anticonceptivos GRUPO 1 \*\*\*\*.

Do if (Uso = 1).

\*\*\*\* Caja 2 \*\*\*\*.

    Compute ULimEsp=2.

\*\*\*\* Caja 1 \*\*\*\*.

    If (p7\_7 = 3) ULimEsp=1.

    If (p7\_11 = 3) ULimEsp=1.

    If (Any(p7\_9,2,4,5)) ULimEsp=1.

    If (Any(p7\_13,2,4,5)) ULimEsp=1.

    If (p8\_11a <= 2) ULimEsp=1.

End if.

\*\*\*\* No Usuarías de métodos \*\*\*\*.

\*\*\*\* Tiempo a la última menstruación en meses \*\*\*\*.

If (0 <= p8\_43\_1\_1 & p8\_43\_1\_1 <= 30) TUMes=0.

If (0 <= p8\_43\_1\_2 & p8\_43\_1\_2 <= 3) TUMes=0.

If (0 <= p8\_43\_1\_3 & p8\_43\_1\_3 <= 11) TUMes=p8\_43\_1\_3\*1.

If (0 <= p8\_43\_1\_4 & p8\_43\_1\_4 <= 99) TUMes=p8\_43\_1\_4\*12.

\*\*\*\* Tiempo al Ultimo HNV \*\*\*\*.

Vector

    REmb=resemb.1 to resemb.17

    /MNNii=p5\_17\_1.1 to p5\_17\_1.17

    /ANNii=p5\_17\_2.1 to p5\_17\_2.17

.

    Compute Ban=0.

    Compute i=17.

    Loop If (Ban = 0 & 0 < i).

        Do if (REmb(i) <= 2).

            Compute MNNi1=MNNii(i).

            Compute ANNi1=ANNii(i).

            If (MNNi1 = 99) MNNi1=6.

            Compute OrdNac=i.

            Compute Ban=1.

        End if.

        Compute i=i-1.

    End loop.

    If (ANNi1 <> 9999) TNNi=(2018-ANNi1)\*12+(Mes\_Lev-MNNi1).

Do If (Uso <> 1).

    Compute EmbAmeno=3.

    If (p7\_1 = 1) EmbAmeno=1.

    If (EmbAmeno = 3 & TNNi < 24 & TNNi < TUMes) EmbAmeno=2.

End if.

```
* GRUPO 2 *.
Do if (EmbAmeno <= 2).
* Embarazadas *.
  Do if (EmbAmeno = 1).
    If (p7_2 = 3) Deseo=1.
    If (p7_2 = 2) Deseo=2.
    If (p7_2 = 1) Deseo=3.
    If (p7_2 = 9) Deseo=9.
  End if.
* Amenorreicas *.
  Do if (embAmeno = 2).
    If (p9_32 = 3) Deseo=1.
    If (p9_32 = 2) Deseo=2.
    If (p9_32 = 1) Deseo=3.
    If (p9_32 = 9) Deseo=9.
  End if.
  If (sys(Deseo)) Deseo=9.
End if.

**** GRUPO 3 ****.
Do if (~sys(p10_6_1) & ~sys(p10_6_2)).
  Compute MMat=p10_6_1.
  Compute AMat=p10_6_2.
Else.
  Compute MMat=p10_3_1.
  Compute AMat=p10_3_2.
End if.
If (MMat = 99) MMat=6.
If (AMat <> 9999) TMat=(2018-AMat)*12+(Mes_Lev-MMat).

Count x1=ResEmb.1 to ResEmb.17 (1 2 3 4).
Do If (X1 > 0).
  Compute MNNi=p5_17_1.1.
  Compute ANNi=p5_17_2.1.
  if (MNNi = 99) MNNi=6.
  If (ANNi <> 9999) TNac=((2018-ANNi)*12+(Mes_Lev-MNNi)).
End if.

Do If (EmbAmeno = 3).
  Compute Infecun=2.
  If (Unida = 1 & TMat >= 60 & TNNi >= 60 & Uso = 3) Infecun=1.
  If (Unida = 1 & TMat >= 60 & X1 = 0 & Uso = 3) Infecun=1.
  If (p7_7 = 2) Infecun=1.
  If (p7_11 = 2) Infecun=1.
  If (p8_21 = 5) Infecun=1.
  If (TNNi >= 60 & TUMes >= 6) Infecun=1.
  If (p8_43_1_1 = 88) Infecun=1.
```

```
If (Any(p8_43_2,1,2)) Infecun=1.  
If (TNNi > 60 & TUMes > TNNi) Infecun=1.  
**** Para cuadro ****  
Compute Infe13=7.  
If (Unida = 1 & TMat >= 60 & TNNi >= 60 & Uso = 3) Infe13=1.  
If (Unida = 1 & TMat >= 60 & X1 = 0 & Uso = 3) Infe13=1.  
If (p7_7 = 2) Infe13=2.  
If (p7_11 = 2) Infe13=2.  
If (p8_21 = 5) Infe13=3.  
If (TNNi >= 60 & TUMes >= 6) Infe13=4.  
If (p8_43_1_1 = 88) Infe13=5.  
If (Any(p8_43_2,1,2)) Infe13=5.  
If (TNNi > 60 & TUMes > TNNi) Infe13=6.  
End if.
```

```
**** GRUPO 4 ****  
Do if (Infecun = 2).  
* Sin hijos *  
If (p7_7 = 1 & p7_8 < 2) GTH=3.  
If (p7_11 = 1 & p7_12 < 2) GTH=3.  
If (p7_7 = 3) GTH=1.  
If (p7_11 = 3) GTH=1.  
If (p7_7 = 1 & 2 <= p7_8 & p7_8 < 99) GTH=2.  
If (p7_11 = 1 & 2 <= p7_12 & p7_12 < 99) GTH=2.  
If (p7_7 = 9) GTH=9.  
If (p7_11 = 9) GTH=9.  
If (sys(GTH)) GTH=4.  
** Para cuadro **  
If (p7_7 = 1 & p7_8 < 2) GTH13=1.  
If (p7_11 = 1 & p7_12 < 2) GTH13=1.  
If (p7_7 = 3) GTH13=2.  
If (p7_11 = 3) GTH13=2.  
If (p7_7 = 1 & 2 <= p7_8 & p7_8 < 99) GTH13=3.  
If (p7_11 = 1 & 2 <= p7_12 & p7_12 < 99) GTH13=3.  
If (p7_7 = 9) GTH13=4.  
If (p7_11 = 9) GTH13=4.  
If (sys(GTH)) GTH13=5.  
End if.
```

```
Compute Dem14=8.  
If (ULimEsp = 1) Dem14=1.  
If (ULimEsp = 2) Dem14=2.  
If (Deseo = 2) Dem14=3.  
If (Deseo = 1) Dem14=4.  
If (Deseo = 3) Dem14=5.  
If (Deseo = 9) Dem14=9.  
If (GTH = 2) Dem14=3.
```

```
If (GTH = 1) Dem14=4.  
If (GTH = 3) Dem14=5.  
If (Infecun = 1) Dem14=6.  
If (Deseo = 4) Dem14=7.  
If (GTH = 4) Dem14=9.  
If (GTH = 9) Dem14=9.  
Compute Dem14.1=Dem14.  
If (Dem14 = 4) Dem14.1=3.
```

```
*****  
*****Variable para cruces *****
```

```
**** Grupos de edad ****  
Compute Edadq=TRUNC(p5_2_1/5)-2.
```

```
*****
```

```
Variable labels
```

```
Uso 'Condición de uso'  
/ULimEsp 'Uso para espaciar o limitar'  
/TUMes 'Tiempo a la última menstruación'  
/TNNi 'Tiempo al nacimiento del último HNV'  
/Deseo 'Deseo del embarazo o último HNV'  
/Dem14 'NIA 2018'  
/Dem14.1 'NIA 2018'
```

```
Value labels
```

```
Uso  
 1 'Usuaría'  
 2 'Exusuaría'  
 3 'Nunca usuaria'  
/ULimEsp  
 1 'Limitar'  
 2 'Espaciar'  
/Deseo  
 1 'Espaciar'  
 2 'Limitar'  
 3 'No necesita'  
 4 'Sin clasificar'  
 9 'Dato perdido'  
/Infecun  
 1 'Infecundas'  
 2 'Fecundas'  
/Dem14  
 1 'Uso limitar'  
 2 'Uso espaciar'  
 3 'Demanda espaciar'  
 4 'Demanda limitar'  
 5 'No necesita'
```

6 'Infecundas'  
9 'N.E.'  
/Dem14.1  
1 'Uso limitar'  
2 'Uso espaciar'  
3 'Demanda total'  
5 'No necesita'  
6 'Infecundas'  
9 'N.E.'  
/Edadq  
1 '15-19'  
2 '20-24'  
3 '25-29'  
4 '30-34'  
5 '35-39'  
6 '40-44'  
7 '45-49'

WEIGHT BY fac\_per.

\* Tablas personalizadas.

```
CTABLES  
/VLABELS VARIABLES=Edadq Dem14 DISPLAY=DEFAULT  
/TABLE Edadq [C][UCOUNT F40.0, COUNT F40.0, ROWPCT.COUNT PCT40.1] BY Dem14 [C]  
/CATEGORIES VARIABLES=Edadq ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE TOTAL=YES  
POSITION=BEFORE  
/CATEGORIES VARIABLES=Dem14 ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.
```

```
CTABLES  
/VLABELS VARIABLES=Edadq Dem14.1 DISPLAY=DEFAULT  
/TABLE Edadq [C][UCOUNT F40.0, COUNT F40.0, ROWPCT.COUNT PCT40.1] BY Dem14.1 [C]  
/CATEGORIES VARIABLES=Edadq ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE TOTAL=YES  
POSITION=BEFORE  
/CATEGORIES VARIABLES=Dem14.1 ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.
```

## ***Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil unidas<sup>61</sup> (MEFU)***

El porcentaje de demanda satisfecha de anticoncepción, permite evaluar los niveles generales de cobertura de los programas y servicios sobre planificación familiar; por tanto, es un indicador que visibiliza el acceso que tienen las mujeres a los servicios de planificación familiar, y permite dar cuenta de la cobertura del sector salud respecto a la oferta de métodos anticonceptivos.<sup>62</sup>

### ***Forma de cálculo del indicador***

- 1. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil (15 a 49 años) con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos.**

$$DSMAM\_MEFU_{(15-49)}^t = \frac{Prevmetmod\_MEFU_{(15-49)}^t}{DTA\_MEFU_{(15-49)}^t} \times 100$$

Donde:

$DSMAM\_MEFU_{(15-49)}^t$ : **Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos** en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

$Prevmetmod\_MEFU_{(15-49)}^t$ : **Prevalencia de uso de métodos modernos** en mujeres unidas de 15 a 49 años en el momento t.

$DTA\_MEFU_{(15-49)}^t$ : **Demanda total de anticoncepción** en mujeres unidas en edad fértil (15 a 49 años) en el momento t.

### ***Numerador:***

- 1. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos de mujeres unidas en el momento t,** se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) unidas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos.

$$Prevmod\_MEFU_{(15-49)}^t = \frac{MEFU\_UMAmo_{(15-49)}^t}{MEFU_{(15-49)}^t} \times 100$$

Donde:

$Prevmod\_MEFU_{(15-49)}^t$  = Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

<sup>61</sup> Se consideran mujeres unidas a aquéllas casadas o en unión libre.

<sup>62</sup> Population Division, Department of Economic and Social Affairs (DESA) of United Nations Population Fund (UNFPA) (2018). Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf>

$MEFU\_UMAm_{(15-49)}^t$  = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas usuarias de métodos anti-conceptivos modernos en tiempo t.

$MEFU_{(15-49)}^t$  = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

**Denominador:**

**2. Demanda total de anticoncepción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t**, que es la suma de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas y el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

- **Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo de mujeres en edad fértil unidas:** Total de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) unidas que declaran estar usando métodos anticonceptivos modernos y tradicionales.

$$Prev\_MEFU_{(15-49)}^t = \frac{MEFU\_UMAm_{(15-49)}^t}{MEFU_{(15-49)}^t} \times 100$$

Donde:

$Prev\_MEFU_{(15-49)}^t$ : Prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

$MEFU\_UMAm_{(15-49)}^t$ : Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

$MEFU_{(15-49)}^t$ : Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

- **Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas en el momento t:** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (15 a 49 años), expuestas al riesgo de embarazarse en un momento determinado, que refieren su deseo de limitar o espaciar su descendencia, pero no usan métodos anticonceptivos.

$$NIA\_MEFU_{(15-49)}^t = \left( \frac{NIA\_MEFUesp_{(15-49)}^t + NIA\_MEFUlim_{(15-49)}^t}{MEFU_{(15-49)}^t} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA\_MEFU_{(15-49)}^t$ : Proporción de mujeres en edad fértil unidas que en el momento t desean espaciar o limitar el nacimiento de próximos hijos(as), pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA\_MEFUesp_{(15-49)}^t$ : Número de mujeres en edad fértil unidas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA\_MEFULim^t_{(15-49)}$ : Número de mujeres en edad fértil unidas que en el momento t no desean tener más hijos (as), pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$MEFU^t_{(15-49)}$ : Mujeres en edad fértil unidas usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

A continuación, se detallará el cálculo de cada uno de los componentes de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, con la finalidad de que la información que se obtenga sea igual que la reportada en las fuentes de información oficiales. El principal objetivo es visualizar la complejidad del cálculo de dicho indicador por lo cual se muestra a continuación cada uno de los pasos a seguir para obtener la NIA en mujeres en edad fértil unidas.

Este indicador permite evaluar y monitorear el logro de las metas en planes y programas en materia de salud sexual y reproductiva, debido a que cuantifica lo que queda por hacer en cuanto a la promoción y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en particular a la oferta de métodos anticonceptivos.

Actualmente Naciones Unidas avala una metodología propuesta y revisada para el cálculo de la NIA por un grupo de personas técnicas expertas en el tema, del Fondo de Población de Naciones Unidas, USAID y miembros del proyecto MEASURE DHS (Monitoring and Evaluation to Assess and use Results Demographic and Health Surveys) que permite obtener una medida comparable entre países de distintos continentes y a lo largo del tiempo (Bradley *et al.*, 2012).

En este sentido, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SCCONAPO) como integrante y coordinador del Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD), y apegada a las Reglas para la integración, difusión y administración del Catálogo Nacional de Indicadores (CNI), es responsable del cálculo, integración y reporte de los Indicadores Clave abajo señalados y que forman parte del CNI, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.<sup>63</sup>

### Forma de cálculo del indicador

$$NIA\_MEFU^t_{(15-49)} = \left( \frac{NIA\_MEFUesp^t_{(15-49)} + NIA\_MEFULim^t_{(15-49)}}{MEFU^t_{(15-49)}} \right) \times 100$$

Donde:

$NIA\_MEFU^t_{(15-49)}$ : Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas en el momento t.

$NIA\_MEFUesp^t_{(15-49)}$ : Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas que en el momento t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

$NIA\_MEFULim^t_{(15-49)}$ : Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas que en el momento t no desean tener más hijos o hijas, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno.

<sup>63</sup> Para mayor información consultar los siguientes vínculos:

- <https://www.snieg.mx/cni/>
- <https://www.snieg.mx/cni/infometadato.aspx?idOrden=1.1&ind=6207081417&porDetalle=no&gen=13035&d=n>
- <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>

$MEFU_{(15-49)}^t$ : Mujeres en edad fértil (15 a 19 años) unidas, usuarias de cualquier método anticonceptivo en el momento t.

Asimismo, en este marco la SGCONAPO pone a disposición de las y los usuarios la sintaxis para aplicarla en el paquete estadístico SPSS para el cálculo del indicador: "Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos, 2018."<sup>64</sup>

### **Programa para calcular la Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos 2018 en mujeres en edad fértil unidas (MEFU)**

```
New file.
GET
FILE='D:\ENADID 2018\base_datos_enadid18_sav\Mujer 2018.sav'.

**** Filtro: Mujeres de 15-19 años ****.
Select if (p5_2_1 <= 49).

**** Mujeres unidas ****.
Recode p10_1 (1 7=1) (2 3 4 5 6=2) (8=3) Into Unida.

**** Filtro: Mujeres unidas ****.
Select if (Unida = 1).

**** Conocimiento de métodos ****.
Count x=p8_1_01 p8_1_02 p8_1_03 p8_1_04 p8_1_05 p8_1_06 p8_1_07 p8_1_08 p8_1_09
p8_1_10 p8_1_11 p8_1_12 p8_1_13 p8_1_14 (1 2).

**** Uso de métodos ****.
Do if (p8_4_01 <> 1).
Count x1=p8_4_01 p8_4_02 p8_4_03 p8_4_04 p8_4_05 p8_4_06 p8_4_07 p8_4_08 p8_4_09
p8_4_10 p8_4_11 p8_4_12 p8_4_13 p8_4_14 (1).
End if.
*p8_4_01.

Do if (x = 0).
  Compute Uso=3.
  Do if (p8_10 <= 2).
    Compute Uso=1.
  Else.
    Do if (p8_10 = 3).
      Compute Uso=3.
    Else.
      Do if (p8_10 = 9).
        Compute Uso=9.
```

<sup>64</sup> Se solicita de la manera más atenta citar las estimaciones realizadas con esta metodología de la siguiente forma: Estimaciones de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2018.

```
Else.  
  Compute Uso=98.  
End if.  
End if.  
End if.  
End if.  
  
Do if (sys(Uso) & p8_3 = 2).  
  Do if (p8_10 <= 2).  
    Compute Uso=1.  
  Else.  
    Do if (p8_10 = 3).  
      Compute Uso=3.  
    Else.  
      If (p8_10 = 9) Uso=9.  
    End if.  
  End if.  
End if.  
If (sys(Uso) & p8_4_01 = 1) Uso=1.
```

```
DO if (sys(Uso)).  
  Do if (p8_9 = 1).  
    Compute Uso=1.  
  Else.  
    Do if (p8_9 = 9).  
      Compute Uso=9.  
    Else.  
      Do if (p8_10 <= 2).  
        Compute Uso=1.  
      Else.  
        Do if (p8_10 = 3).  
          Compute Uso=2.  
        Else.  
          Compute Uso=9.  
        End if.  
      End if.  
    End if.  
  End if.  
End if.
```

```
**** Usuarías de métodos Anticonceptivos GRUPO 1 ****.  
Do if (Uso = 1).  
**** Caja 2 ****.  
  Compute ULimEsp=2.  
**** Caja 1****.  
  If (p7_7 = 3) ULimEsp=1.  
  If (p7_11 = 3) ULimEsp=1.
```

```
If (Any(p7_9,2,4,5)) ULimEsp=1.  
If (Any(p7_13,2,4,5)) ULimEsp=1.  
If (p8_11a <= 02) ULimEsp=1.  
End if.
```

```
**** No Usuaris de métodos ****.  
If (0 <= p8_43_1_1 & p8_43_1_1 <= 30) TUMes=0.  
If (0 <= p8_43_1_2 & p8_43_1_2 <= 3) TUMes=0.  
If (0 <= p8_43_1_3 & p8_43_1_3 <= 11) TUMes=p8_43_1_3*1.  
If (0 <= p8_43_1_4 & p8_43_1_4 <= 99) TUMes=p8_43_1_4*12.
```

```
**** Tiempo al último HNV ****.  
Vector  
REmb=resemb.1 to resemb.17  
/MNNii=p5_17_1.1 to p5_17_1.17  
/ANNii=p5_17_2.1 to p5_17_2.17  
.  
Compute Ban=0.  
Compute i=17.  
Loop If (Ban = 0 & 0 < i).  
  Do if (REmb(i) <= 2).  
    Compute MNNi1=MNNii(i).  
    Compute ANNi1=ANNii(i).  
    If (MNNi1 = 99) MNNi1=6.  
    Compute OrdNac=i.  
    Compute Ban=1.  
  End if.  
  Compute i=i-1.  
End loop.  
If (ANNi1 <> 9999) TNNi=(2018-ANNi1)*12+(Mes_Lev-MNNi1).
```

```
Do If (Uso <> 1).  
  Compute EmbAmeno=3.  
  If (p7_1 = 1) EmbAmeno=1.  
  If (EmbAmeno = 3 & TNNi < 24 & TNNi < TUMes) EmbAmeno=2.  
End if.
```

```
* GRUPO 2 *.  
Do if (EmbAmeno <= 2).  
* Embarazadas *.  
  Do if (EmbAmeno = 1).  
    If (p7_2 = 3) Deseo=1.  
    If (p7_2 = 2) Deseo=2.  
    If (p7_2 = 1) Deseo=3.  
    If (p7_2 = 9) Deseo=9.  
  End if.  
* Amenorreicas *.  
  Do if (embAmeno = 2).
```

```
If (p9_32 = 3) Deseo=1.  
If (p9_32 = 2) Deseo=2.  
If (p9_32 = 1) Deseo=3.  
If (p9_32 = 9) Deseo=9.  
End if.  
If (sys(Deseo)) Deseo=9.  
End if.
```

\*\*\*\* GRUPO 3 \*\*\*\*.

```
Do if (~sys(p10_6_1) & ~sys(p10_6_2)).  
  Compute MMat=p10_6_1.  
  Compute AMat=p10_6_2.  
Else.  
  Compute MMat=p10_3_1.  
  Compute AMat=p10_3_2.  
End if.  
If (MMat = 99) MMat=6.  
If (AMat <> 9999) TMat=(2018-AMat)*12+(Mes_Lev-MMat).
```

Count x1=ResEmb.1 to ResEmb.17 (1 2 3 4).

```
Do If (X1 > 0).  
  Compute MNNi=p5_17_1.1.  
  Compute ANNi=p5_17_2.1.  
  if (MNNi = 99) MNNi=6.  
  If (ANNi <> 9999) TNac=(2018-ANNi)*12+(Mes_Lev-MNNi).  
End if.
```

```
Do If (EmbAmeno = 3).  
  Compute Infecun=2.  
  If (TMat >= 60 & TNNi >= 60 & Uso = 3) Infecun=1.  
  If (TMat >= 60 & X1 = 0 & Uso = 3) Infecun=1.  
  If (p7_7 = 2) Infecun=1.  
  If (p7_11 = 2) Infecun=1.  
  If (p8_21 = 5) Infecun=1.  
  If (TNNi >= 60 & TUMes >= 6) Infecun=1.  
  If (p8_43_1_1 = 88) Infecun=1.  
  If (Any(p8_43_2,1,2)) Infecun=1.  
  If (TNNi > 60 & TUMes > TNNi) Infecun=1.
```

\*\*\*\* Para cuadro \*\*\*\*.

```
Compute Infe13=7.  
If (TMat >= 60 & TNNi >= 60 & Uso = 3) Infe13=1.  
If (TMat >= 60 & X1 = 0 & Uso = 3) Infe13=1.  
If (p7_7 = 2) Infe13=2.  
If (p7_11 = 2) Infe13=2.  
If (p8_21 = 05) Infe13=3.  
If (TNNi >= 60 & TUMes >= 6) Infe13=4.
```

```
If (p8_43_1_1 = 88) Infe13=5.  
If (Any(p8_43_2,1,2)) Infe13=5.  
If (TNNi > 60 & TUMes > TNNi) Infe13=6.  
End if.
```

```
**** GRUPO 4 ****.
```

```
Do if (Infecun = 2).
```

```
* Sin hijos *.
```

```
If (p7_7 = 1 & p7_8 < 2) GTH=3.  
If (p7_11 = 1 & p7_12 < 2) GTH=3.  
If (p7_7 = 3) GTH=1.  
If (p7_11 = 3) GTH=1.  
If (p7_7 = 1 & 2 <= p7_8 & p7_8 < 99) GTH=2.  
If (p7_11 = 1 & 2 <= p7_12 & p7_12 < 99) GTH=2.  
If (p7_7 = 9) GTH=9.  
If (p7_11 = 9) GTH=9.  
If (sys(GTH)) GTH=4.
```

```
** Para cuadro ***.
```

```
If (p7_7 = 1 & p7_8 < 02) GTH13=1.  
If (p7_11 = 1 & p7_12 < 02) GTH13=1.  
If (p7_7 = 3) GTH13=2.  
If (p7_11 = 3) GTH13=2.  
If (p7_7 = 1 & 02 <= p7_8 & p7_8 < 99) GTH13=3.  
If (p7_11 = 1 & 02 <= p7_12 & p7_12 < 99) GTH13=3.  
If (p7_7 = 9) GTH13=4.  
If (p7_11 = 9) GTH13=4.  
If (sys(GTH)) GTH13=5.
```

```
End if.
```

```
Compute Dem14=8.
```

```
If (ULimEsp = 1) Dem14=1.  
If (ULimEsp = 2) Dem14=2.  
If (Deseo = 2) Dem14=3.  
If (Deseo = 1) Dem14=4.  
If (Deseo = 3) Dem14=5.  
If (Deseo = 9) Dem14=9.  
If (GTH = 2) Dem14=3.  
If (GTH = 1) Dem14=4.  
If (GTH = 3) Dem14=5.  
If (Infecun = 1) Dem14=6.  
If (Deseo = 4) Dem14=7.  
If (GTH = 4) Dem14=10.  
If (GTH = 9) Dem14=9.  
Compute Dem14.1=Dem14.  
If (Dem14 = 4) Dem14.1=3.
```

```
**** Grupos de edad ****.
```

Compute Edadq=TRUNC(p5\_2\_1/5)-2.

\*\*\*\*\*

Variable labels

Uso 'Condición de uso'  
/ULimEsp 'Uso para espaciar o limitar'  
/TUMes 'Tiempo a la última menstruación'  
/TNNi 'Tiempo al nacimiento del último HNV'  
/Deseo 'Deseo del embarazo o último HNV'  
/Dem14 'NIA 2018'  
/Edadq 'Grupos de edad'

Value labels

Uso  
1 'Usuaría'  
2 'Exusuaría'  
3 'Nunca usuaria'  
/ULimEsp  
1 'Limitar'  
2 'Espaciar'  
/Deseo  
1 'Espaciar'  
2 'Limitar'  
3 'No necesita'  
4 'Sin clasificar'  
9 'Dato perdido'  
/Infecun  
1 'Infecundas'  
2 'Fecundas'  
/Dem14  
1 'Uso limitar'  
2 'Uso espaciar'  
3 'Demanda espaciar'  
4 'Demanda limitar'  
5 'No necesita'  
6 'Infecundas'  
9 'N.E.'  
/Dem14.1  
1 'Uso limitar'  
2 'Uso espaciar'  
3 'Demanda total'  
5 'No necesita'  
6 'Infecundas'  
9 'N.E.'  
/Edadq  
1 '15-19'  
2 '20-24'

3 '25-29'  
4 '30-34'  
5 '35-39'  
6 '40-44'  
7 '45-49'

WEIGHT BY fac\_per.

\* Tablas personalizadas.

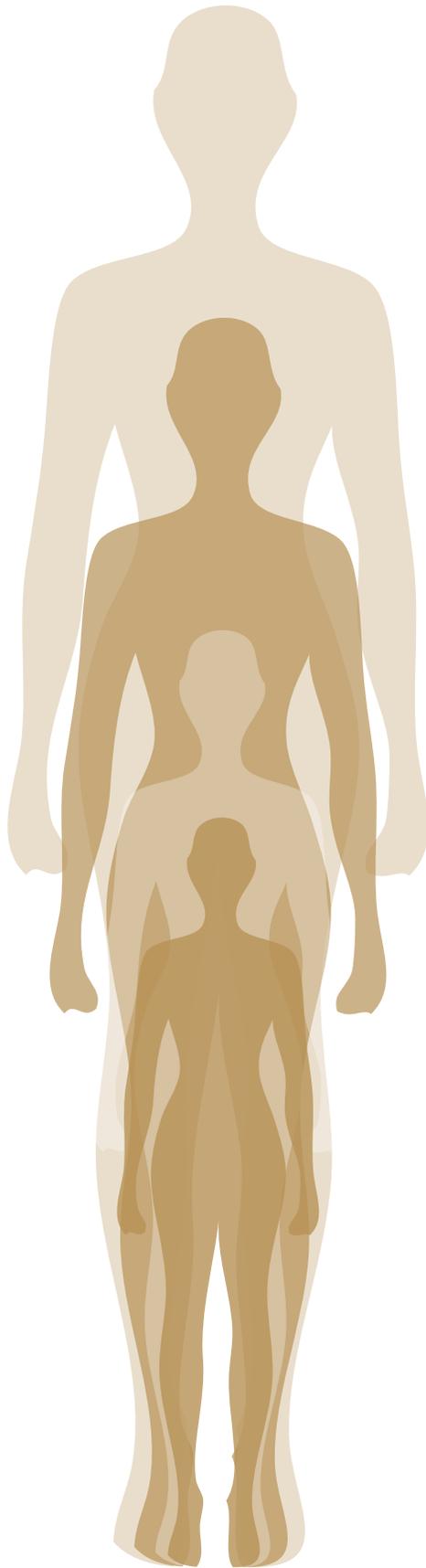
```
CTABLES  
/VLABELS VARIABLES=Edadq Dem14 DISPLAY=DEFAULT  
/TABLE Edadq [C][UCOUNT F40.0, COUNT F40.0, ROWPCT.COUNT PCT40.1] BY Dem14 [C]  
/CATEGORIES VARIABLES=Edadq ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE TOTAL=YES  
POSITION=BEFORE  
/CATEGORIES VARIABLES=Dem14 ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.
```

\* Tablas personalizadas.

```
CTABLES  
/VLABELS VARIABLES=Edadq Dem14.1 DISPLAY=DEFAULT  
/TABLE Edadq [C][UCOUNT F40.0, COUNT F40.0, ROWPCT.COUNT PCT40.1] BY Dem14.1 [C]  
/CATEGORIES VARIABLES=Edadq ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE TOTAL=YES  
POSITION=BEFORE  
/CATEGORIES VARIABLES=Dem14.1 ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.
```

## Bibliografía

Bradley, S., Croft, T., Fishel, J. y Westoff, C. (2012). *Revising unmet need for family planning*. DHS Analytical Studies, núm. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>



**E**n esta publicación, de manera reiterada, se ha mencionado la importancia de la participación y corresponsabilidad masculina en las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como en los resultados benéficos de ésta, debido a que fortalece el derecho a la igualdad de la contribución de mujeres y hombres en esta responsabilidad.

Hoy en día, a 25 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo y los compromisos establecidos en su Programa de Acción, así como a otros instrumentos acordados posteriormente,<sup>65</sup> como los suscritos en la más reciente CIPD de Nairobi, son grandes las brechas que prevalecen entre hombres y mujeres y muchos los aspectos que se deben mejorar en cuanto a la vida sexual y reproductiva, entre ellos la comunicación, la comprensión de las responsabilidades conjuntas y la igualdad que debe existir en la vida privada y pública entre mujeres y hombres. Por ello, se hace necesario que se redefinan la masculinidad y la femineidad por medio de educación integral en sexualidad, el combate a la violencia y la promoción de comportamientos más saludables e igualitarios comenzando desde edades tempranas (Starrs *et al.*, 2018).

En nuestro país, los programas de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar y anticoncepción, y de igualdad, establecidos por los diferentes gobiernos en la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES),<sup>66</sup> respectivamente, han incluido acciones para promover la participación del hombre en la toma de decisiones relacionada con la vida sexual y reproductiva, así como en la paternidad responsable y elegida. Sin embargo, no se ha logrado un gran avance en este aspecto.

<sup>65</sup> En el capítulo 3 de esta publicación se presenta una descripción detallada de las conferencias y consensos internacionales en materia de población, desarrollo y salud sexual y reproductiva, por lo que se sugiere su lectura.

<sup>66</sup> Se refiere al Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018 (SS-CNEGSR, 2014) y el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no discriminación contra las mujeres, 2013-2018 (PROIGUALDAD), (DOF, 30/08/2013) pueden consultarse en las direcciones electrónicas de ambas dependencias: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-2013-2018-10072> y <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/64/2019/abr/Inmujeres-20190423.pdf>, respectivamente.



De tal manera que, es imprescindible continuar impulsando transformaciones estructurales que modifiquen las instituciones mismas, así como el lugar que ocupan las personas en éstas, para que se dé un reacomodo de poderes en los espacios público y privado y se generen y fortalezcan nuevas formas de relación (Guevara, 2003).

Es por ello que, no basta con que se reconozcan los derechos sexuales y reproductivos de las personas, es muy importante que se den las condiciones sociales para que puedan ejercerse y garantizarse (Figueroa, 2001). Por tal motivo, en este capítulo se examinan los avances que se observan en la igualdad de participación entre mujeres y hombres en la práctica de la salud sexual y reproductiva considerando algunas condiciones sociales (escolaridad, ámbito de residencia, condición de habla de alguna lengua indígena, entre otras) para proponer acciones que puedan incidir en ésta, de tal forma que se logre un mayor involucramiento de los hombres en ambos aspectos de la salud y pueda aspirarse al cumplimiento de los derechos mencionados.

## **8.1 Participación masculina en la práctica anticonceptiva de las mujeres sexualmente activas y las unidas**

A pesar de haberse establecido en 1994 la responsabilidad compartida en materia de salud sexual y reproductiva entre hombres y mujeres, se han mantenido los roles de género asociados a cada sexo debido a cuestiones culturales y sociales. A las mujeres se les sigue considerando las proveedoras de cuidados y de crianza de su descendencia y quiénes deben usar métodos de anticoncepción, es decir, deben ser las que asuman, en la gran mayoría de los casos, la responsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos, para evitar embarazos no planeados o no deseados, así como ITS o VIH.

La escasez de políticas públicas adecuadas, así como cuestiones de género que se han perpetuado y siguen siendo vigentes, han contribuido a que se mantenga la poca participación masculina en la vida sexual y

reproductiva y, sea la mujer la que asuma los riesgos y responsabilidades, a sabiendas que, tanto hombres como mujeres son responsables y copartícipes de la reproducción y sexualidad (Guevara, 2003).

Asimismo, la falta de empoderamiento de las mujeres restringe su habilidad para tomar decisiones acerca de su práctica anticonceptiva, así como para tener una discusión abierta con su pareja sobre ello (Do y Kurimoto, 2012). De acuerdo con Guevara, las asimetrías de poder se reflejan en el momento de negociar sobre la sexualidad y la reproducción, y con frecuencia son los hombres los que deciden qué es lo que se negocia. El empoderamiento de la mujer en este tema está ligado a su estatus conyugal, la calidad del vínculo amoroso y a sus propias posibilidades de autonomía. De ahí que sea relevante fortalecer con información y educación integral en sexualidad a hombres y mujeres para facilitar la comunicación entre ambos, para que puedan acordar y asumir compromisos en esta materia.

En un estudio realizado a hombres, se indagó sobre algunas normas sociales que se contradicen en torno a la toma de decisiones en salud sexual y la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, las cuales minan las relaciones sexuales igualitarias entre la población. La mayoría de los hombres entrevistados coincidieron en que la responsabilidad de la toma de decisiones sobre salud sexual debe compartirse con las mujeres y también consideran que son ellas las que deben tener poder sobre sus propios cuerpos y su salud sexual. Sin embargo, la coexistencia de ambas normas da lugar a contradicciones, debido a que, aunque los hombres dicen que las decisiones sobre salud sexual deben tomarse de manera igualitaria, no siempre participan en éstas. Así, en su mayoría, los hombres dejan la decisión de usar anticonceptivos a las mujeres. Los autores concluyen que la negociación de los hombres respecto a estas normas incompatibles refuerza el poder desigual y la desigualdad en las relaciones sexuales (James-Hawkins, 2019). De ahí que tome fuerza el argumento de diseñar o bien mejorar las políticas públicas para

involucrar en una mejor y mayor medida a los hombres para que de manera asertiva se comprometan en este aspecto.

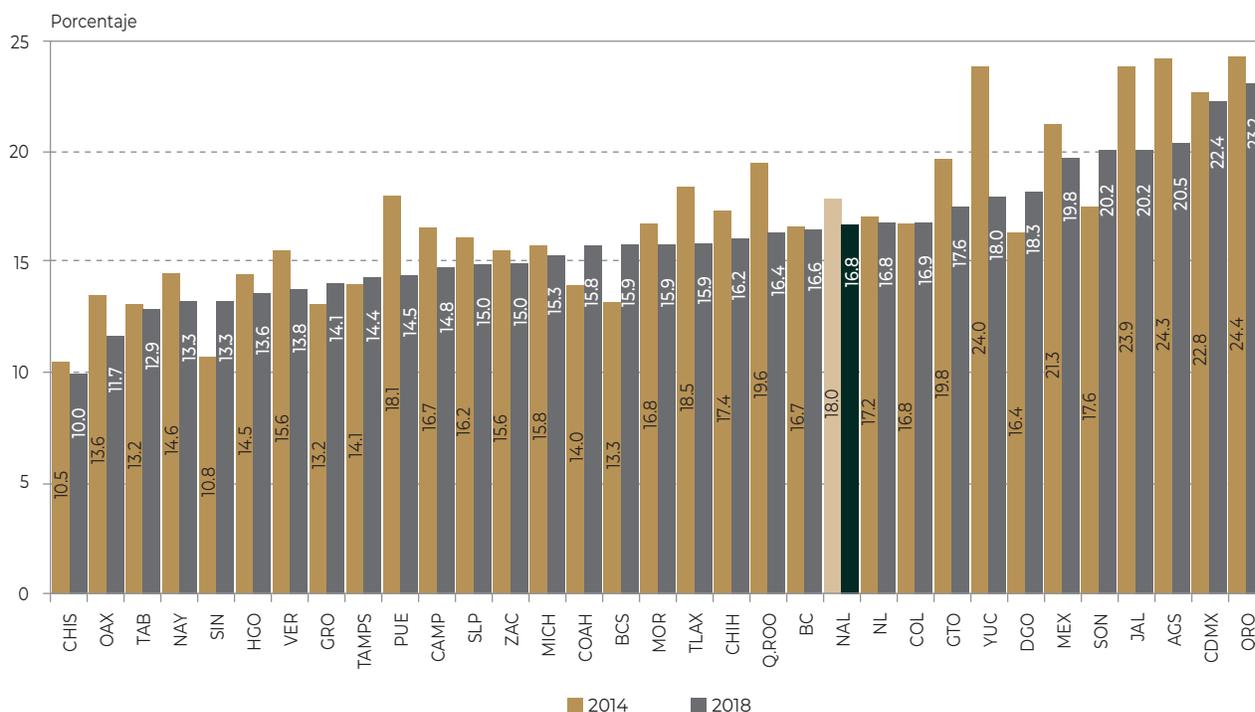
Una manera de aproximarse a la medición de la participación de los hombres en la práctica anticonceptiva es a través de las preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos realizadas a las mujeres en las encuestas, en este caso, la ENADID y, en las que la respuesta a los cuestionamientos, se involucra a los hombres, es decir, ellas responden que utilizan algún método que requiere la participación activa de ellos, tales como la vasectomía, el condón, el retiro u otro método tradicional.<sup>67</sup>

Tanto entre las mujeres sexualmente activas como entre las unidas, la proporción declarada por éstas, de hombres que usan algún método anticonceptivo, conocida también como prevalencia de uso de métodos anticonceptivos con participación masculina, disminuyó entre 2014 y 2018, casi en los mismos puntos porcentuales;

en las mujeres unidas, pasó de 14.4 a 13.1 por ciento (menos 1.3 puntos porcentuales) y, en las mujeres sexualmente activas el decremento fue de 1.2 puntos porcentuales (pasó de 18.0 a 16.8%). Es de llamar la atención la caída que se observa en este indicador entre las MEFSAs en entidades como Yucatán, Aguascalientes, Jalisco, Puebla y Quintana Roo, con decrementos de más de tres puntos porcentuales; sólo presentaron incremento y, ninguno de estos de más de 2.6 puntos porcentuales, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Durango, Coahuila, Guerrero, Tamaulipas y Colima (véase gráfica 8.1).

En las mujeres unidas, las entidades de Puebla, Jalisco, Yucatán, Tlaxcala, Chihuahua, el Estado de México y Guanajuato son las que presentan una mayor disminución en la participación masculina, con un descenso cercano a tres puntos porcentuales; mientras que únicamente ocho entidades federativas: Sonora, Baja California Sur, Coahuila, Sinaloa, Hidalgo,

**Gráfica 8.1.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018



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

<sup>67</sup> Ver la definición de método anticonceptivo tradicional en el capítulo 7.

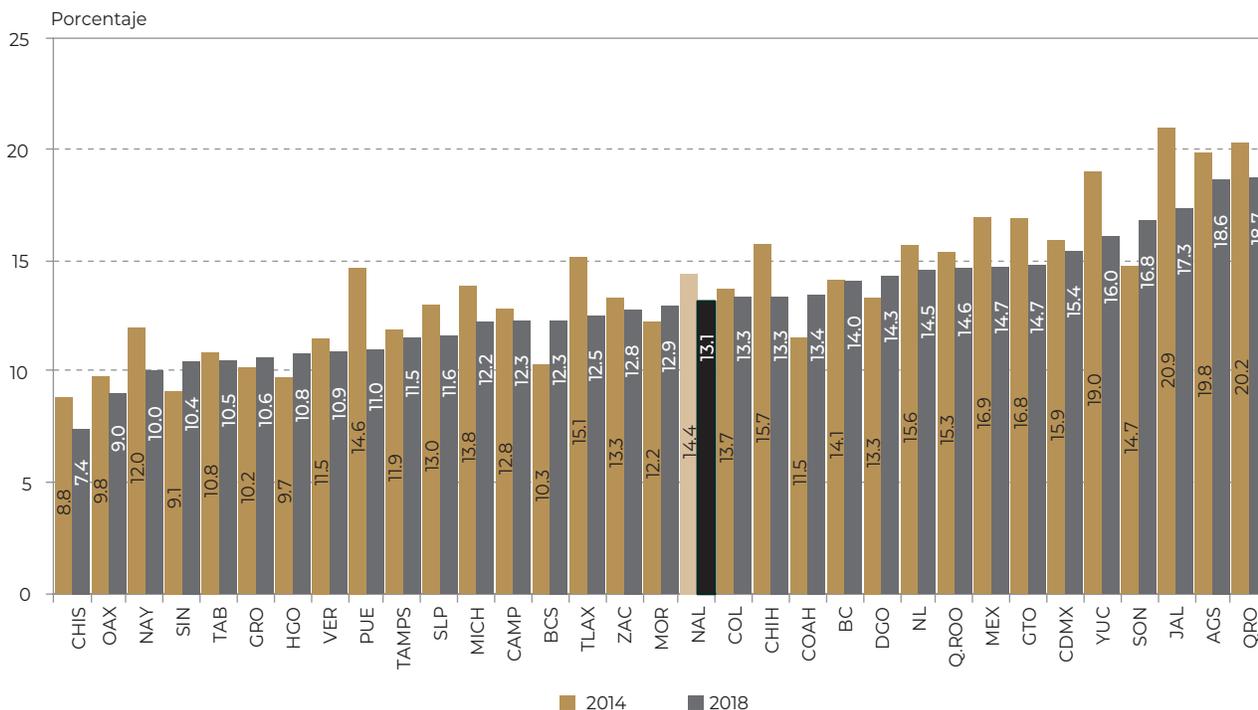
Durango, Morelos y Guerrero, aumentan el valor de este indicador, aunque ninguna en más de dos puntos porcentuales (véase gráfica 8.2).

En síntesis, con relación a este indicador por entidad federativa, se puede decir que los decrementos prevalecieron en los estados, independiente a la condición conyugal o de actividad sexual de la mujer, con decrementos importantes y significativos en Yucatán, Jalisco y Puebla.

La capacidad de negociación entre hombres y mujeres, podría pensarse que mejora conforme avanzan la edad (Evans, 2000). Sin embargo, el resultado de los grupos quinquenales de edades mayores de esta encuesta, responde a cohortes en las que el entorno social no favorecía la igualdad de género, lo cual no propiciaba que se procuraran relaciones equitativas y mujeres empoderadas para exigir y negociar la participación masculina en la vida reproductiva, lo que favoreció dejar en ellas toda la responsabilidad reproductiva, como ya se

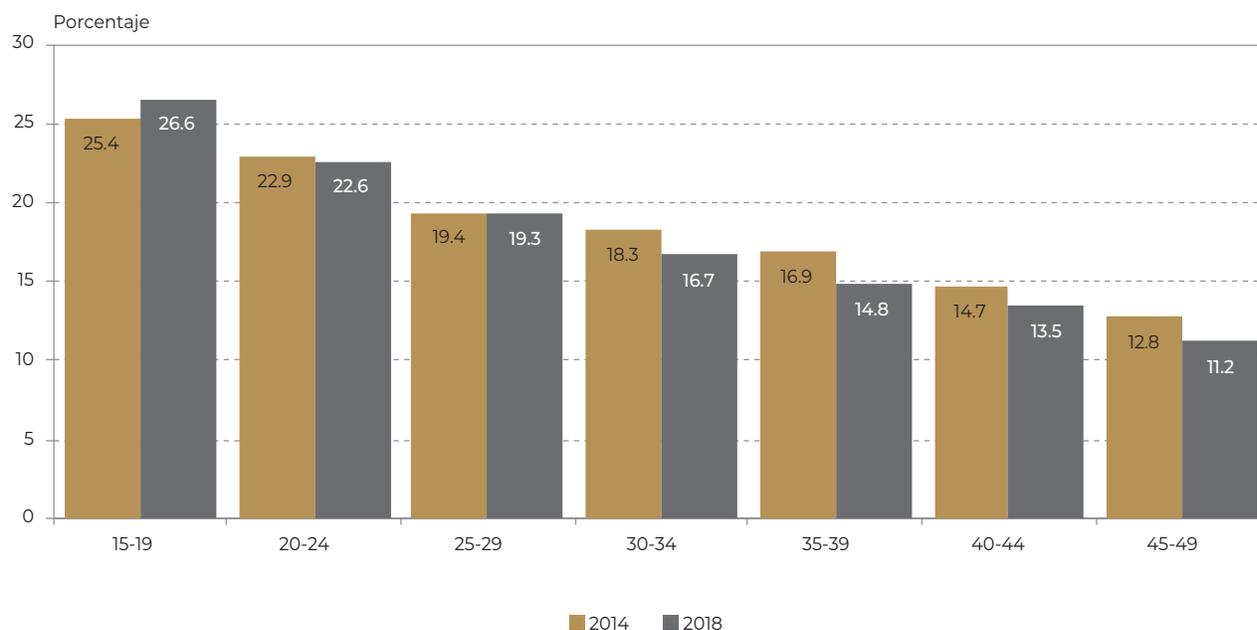
ha mencionado. Esto podría explicar que uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en las mujeres mayores de 30 años sea la OTB (véase capítulo 7), además de que en la mayoría de los casos de mujeres en esas edades y pertenecientes a esas generaciones, ya tendrían la descendencia deseada y por ello optarían por este método definitivo. La prevalencia de uso de este método en 2018, es de poco más de un tercio en las mujeres unidas (37.1%), al igual que en las mujeres sexualmente activas (34.6%), la misma aumenta con la edad hasta alcanzar valores cercanos a 59.0 por ciento, en ambos grupos de mujeres. Por tal motivo, se reduce sensiblemente la posibilidad de participación de los hombres en la anticoncepción al ser las mujeres las que asumen y en las que se delega esta responsabilidad, pudiendo ellos haber optado por la vasectomía, por ejemplo; de ahí que en las gráficas 8.3 y 8.4 los valores de menor participación masculina se observen entre las mujeres que tienen más edad.

**Gráfica 8.2.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018



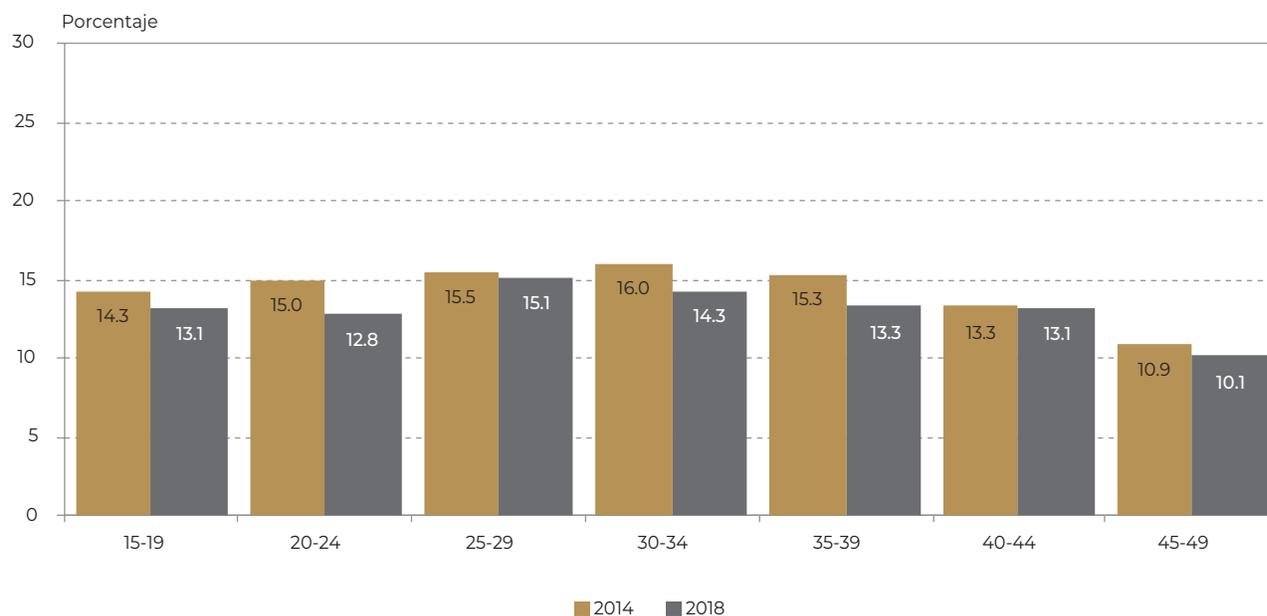
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014 y 2018.

**Gráfica 8.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2014 y 2018



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

**Gráfica 8.4.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2014 y 2018



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

De esta forma, son las adolescentes las que presentan el mayor valor en lo que respecta a la participación masculina y es el único grupo de edad que incrementó dicha proporción, aunque sólo en un punto porcentual, entre una encuesta

y otra (2014 y 2018). Esto pudiera indicar una mejor capacidad o habilidad de estas generaciones más jóvenes, para negociar con su pareja y hablar de su vida sexual y reproductiva de manera más abierta, siempre y cuando no estén en unión.

Es notorio que, entre las mujeres unidas, la proporción de participación masculina en ningún grupo de edad supera 16 por ciento, además de ello, para el año más reciente, 2018, estos valores son menores en todas las edades, respecto a 2014. El comportamiento de este indicador es totalmente diferente en caso de que las mujeres estén unidas. Son las mujeres entre 25 y 34 años las que presentan una mayor proporción de uso de métodos con participación masculina y, las mayores junto con las adolescentes y jóvenes de 20 a 24, las que presentan una menor proporción, y responde hasta lo ahora probado por diferentes estudios (Weisman et al., 1991; Szasz, 1995 y Evans, 2000), que indican que la condición conyugal toma un papel relevante en la participación masculina cuando se analiza por edad.

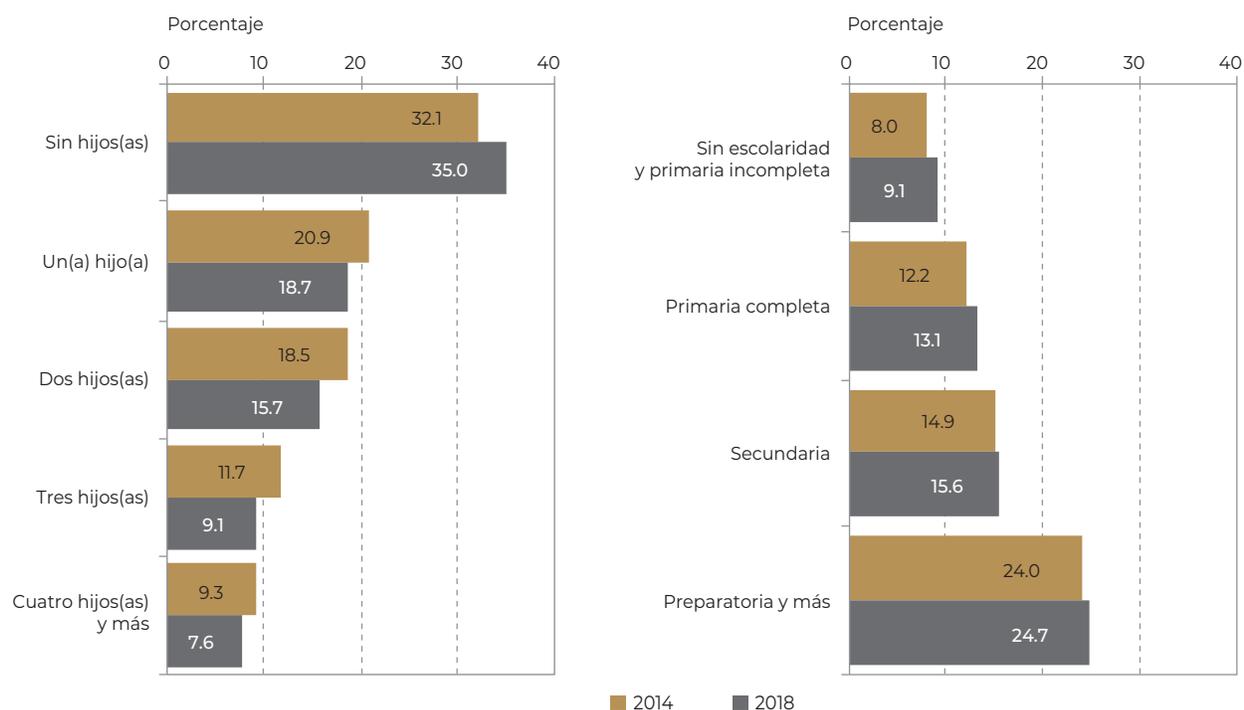
A partir de esto podría decirse que la situación conyugal estaría determinando la colaboración de los varones en este aspecto de la vida en pareja, tal como se mencionó en la introducción

de este apartado, además de la edad, que conforme ésta aumenta en mujeres unidas, suele disminuir la participación del hombre en el uso de métodos anticonceptivos.

Así como la edad o la situación conyugal pueden tener un papel determinante en la colaboración masculina en la vida sexual y reproductiva, de acuerdo con el tamaño de la descendencia, tanto en las MEFU como en las MEFSa, también se observan diferentes comportamientos, la participación masculina disminuye conforme aumenta el número de hijos(as). Sin embargo, se presentan diferencias importantes entre ambos grupos de mujeres considerando la paridez, hasta de 15.4 puntos porcentuales entre aquéllas que no tienen hijos(as), pero después de haber sido madres, se asemejan mucho las proporciones entre unas mujeres y otras de acuerdo al tamaño de su descendencia (véanse gráficas 8.5 y 8.6).

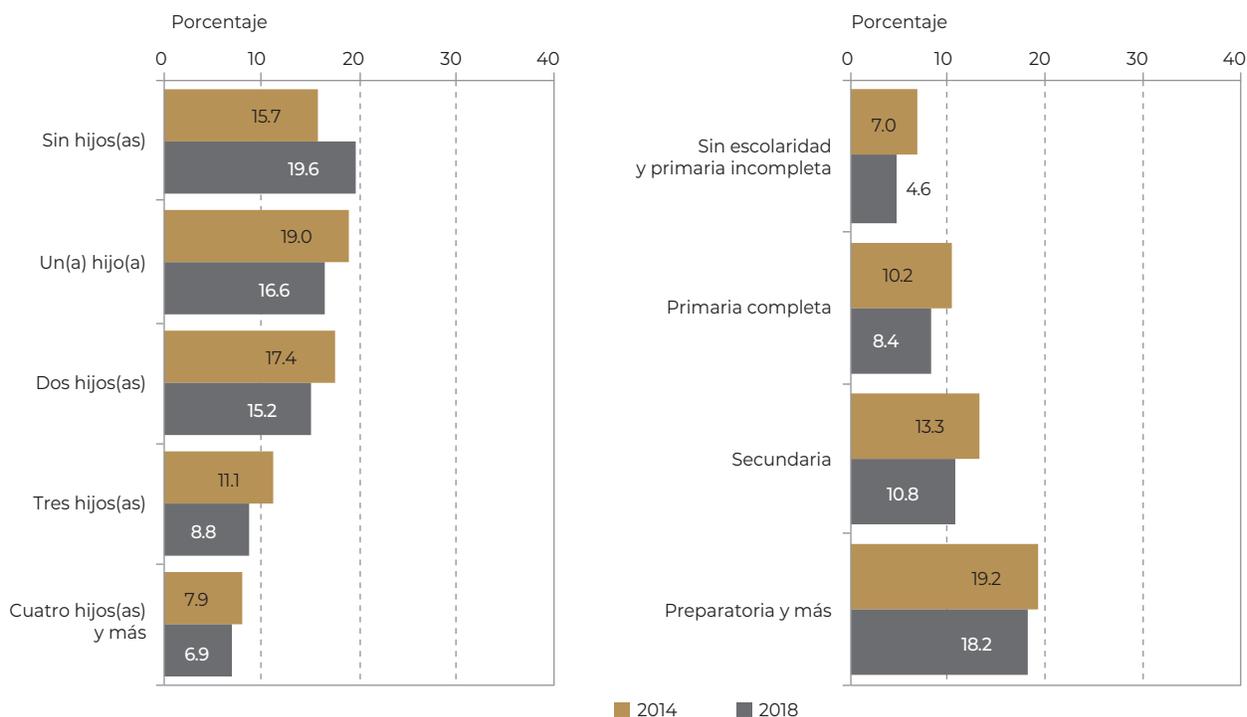
Como es sabido, la escolaridad es un factor que favorece el uso de métodos anticonceptivos

**Gráfica 8.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por paridez y nivel de escolaridad, 2014 y 2018



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

**Gráfica 8.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por paridez y nivel de escolaridad, 2014 y 2018



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

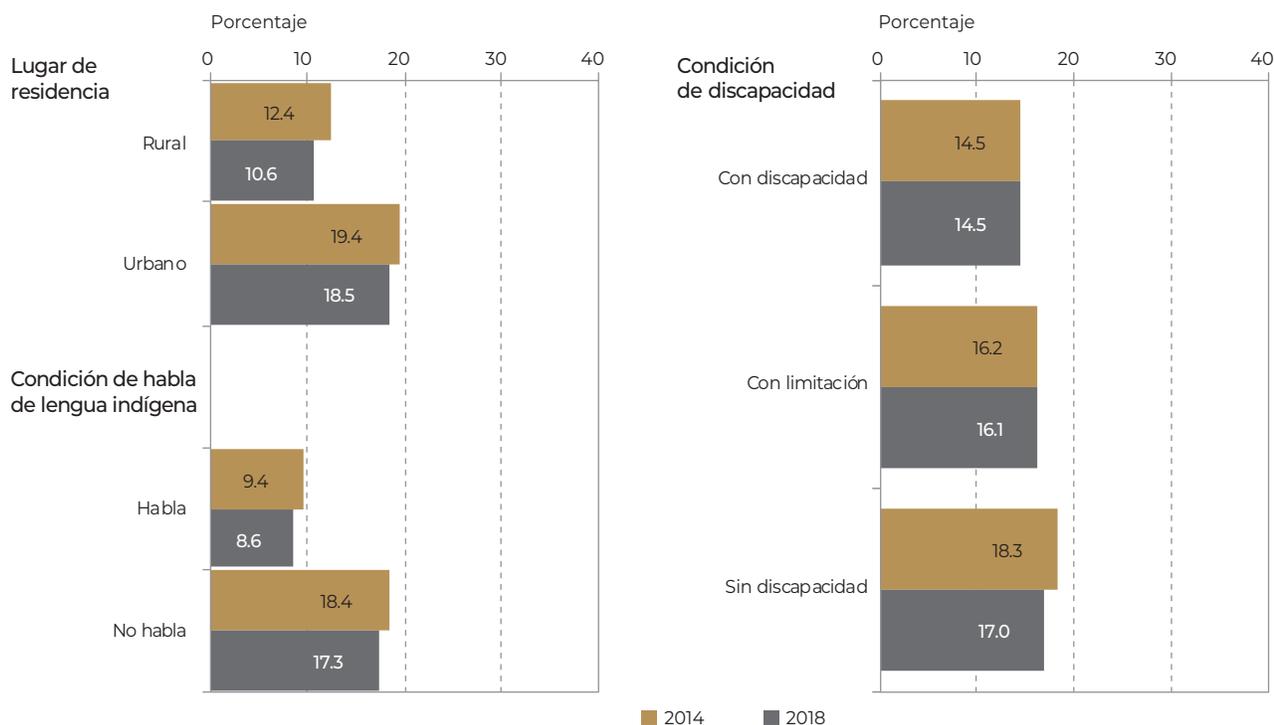
y además otorga elementos que permiten una negociación más eficiente con relación a la responsabilidad reproductiva, ya sea en pareja o sin considerar la situación conyugal, únicamente tomando en cuenta la actividad sexual. Las mujeres con preparatoria y más presentan una mayor contribución de los hombres en el uso de algún anticonceptivo masculino, entre MEFSa y MEFU, aunque es mucho menor ésta entre las mujeres unidas. No obstante, es importante mencionar que entre éstas últimas, se observa un decremento en este indicador en todos los niveles de escolaridad respecto a 2014, lo cual no sucede entre las mujeres sexualmente activas, en las cuales se observa un aumento para todos los niveles educativos.

Otros factores que podrían determinar o influir en la colaboración de los hombres en la práctica anticonceptiva son el lugar de residencia, si la mujer habla alguna lengua indígena y si vive con alguna condición de discapacidad o limitación. En las gráficas que aparecen a continuación (gráficas 8.7 y 8.8), se observa que en ambos grupos de mujeres, MEFSa y MEFU, con

relación a 2014, este indicador disminuye en cualquier entorno (urbano o rural), si hablan o no alguna lengua indígena o de acuerdo a alguna condición de discapacidad, aunque es importante señalar que tanto las mujeres que viven con discapacidad como aquellas que presentan alguna limitación son las que muestran estabilidad en el indicador, de hecho, entre las MEFU que viven con alguna discapacidad aumentó ligeramente la participación masculina.

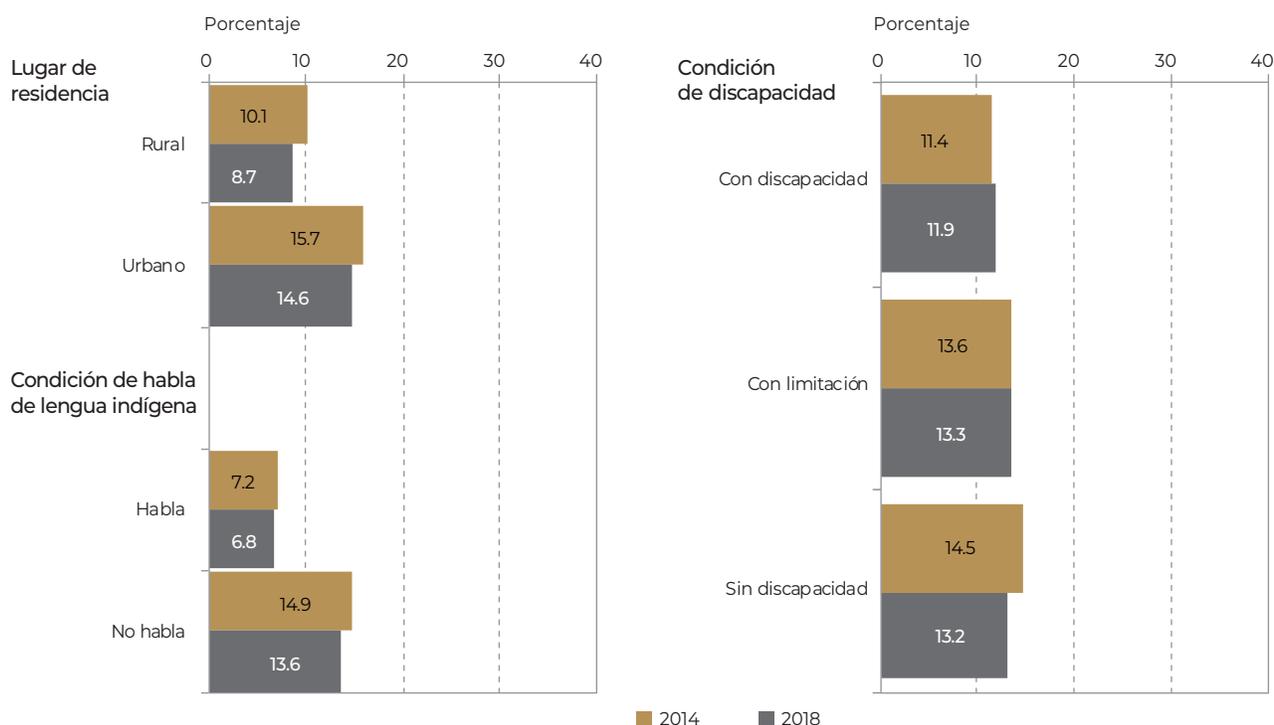
El método anticonceptivo masculino más utilizado sigue siendo el condón o preservativo (11.3 y 7.6% en las MEFSa y MEFU, respectivamente), a pesar de las actividades de promoción y prestación de servicios que ha realizado la Secretaría de Salud con relación a la vasectomía en años recientes, que solo alcanza 2.2 y 2.3 por ciento entre las mujeres sexualmente activas y las unidas, respectivamente (véanse gráficas 8.9 y 8.10); por ejemplo, México se sumó por primera vez en 2016 a la conmemoración del Día Mundial de la Vasectomía, realizando 3 000 vasectomías en solo cinco días, en 2017 fue el país sede de este evento y se hicieron más del

**Gráfica 8.7.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2014 y 2018



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

**Gráfica 8.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2014 y 2018



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

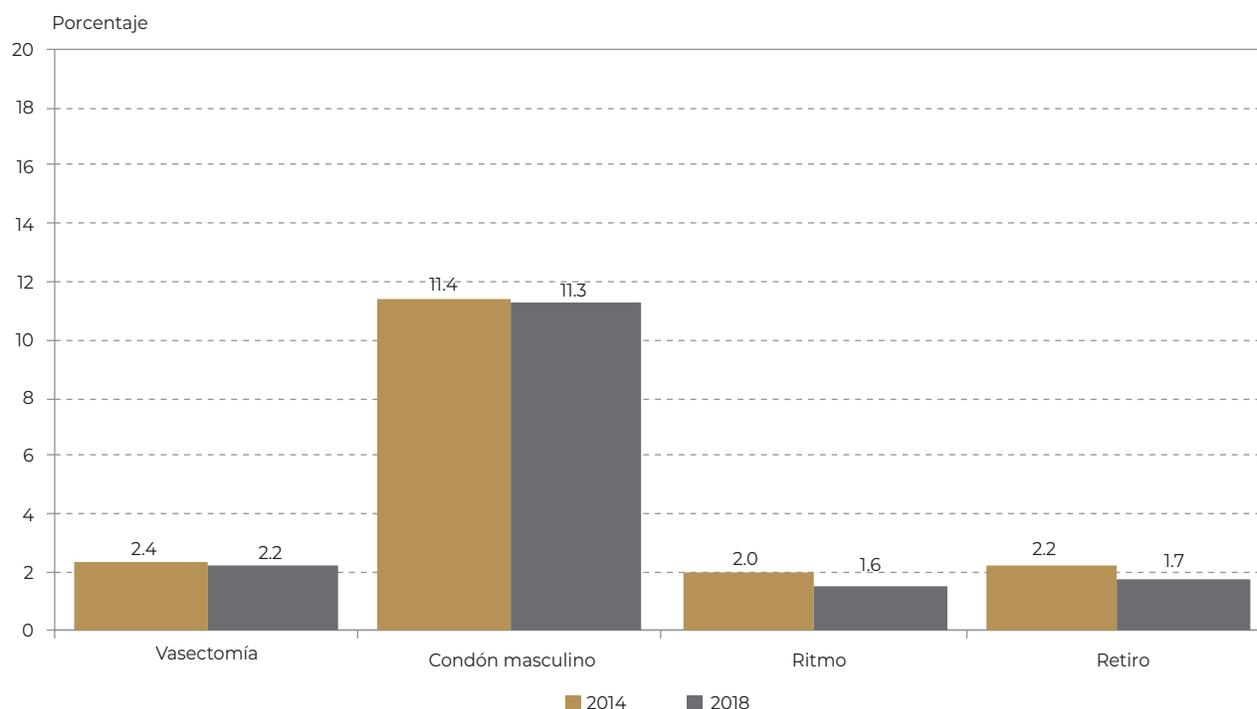
doble de procedimientos (6 500 vasectomías), aunque en esa ocasión también se contó con la participación del IMSS y el ISSSTE. Este tipo de acciones abonan en favor de la promoción y uso de este método. Sin embargo, se requiere llevar a cabo otro tipo de actividades y cambios estructurales en la sociedad que involucren en mayor medida a los hombres en la vida reproductiva y que asuman su responsabilidad ante ésta. Cabe resaltar que el uso de métodos tradicionales (ritmo y retiro), en los cuales se requiere la participación de los hombres, suma una prevalencia superior a tres por ciento. No obstante, este tipo de métodos abonan muy poco a la protección de embarazos no deseados y no planeados y a la prevención de ITS y VIH (WHO/RHR, 2018).

La baja proporción de uso de la vasectomía está relacionada con ciertas actitudes en las que se asume que la mujer es la responsable de la planificación familiar y anticoncepción, la falta de información sobre las nuevas técnicas para realizar la vasectomía, además

de la renuencia de algunos programas o políticas públicas para ofrecer ésta como método anticonceptivo (The Alan Guttmacher Institute, 2004). Es por ello que, los programas de Salud Sexual y Reproductiva deberían establecer acciones con las que se fomentara que los hombres fueran un mejor y mayor apoyo para sus parejas, además de proteger la autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres, asimismo, deberían intentar comprometerlos de manera proactiva en el momento que acuden a los servicios en busca de métodos anticonceptivos, para pruebas o tratamientos de ITS y VIH o como apoyo para su pareja en el uso de estos servicios.

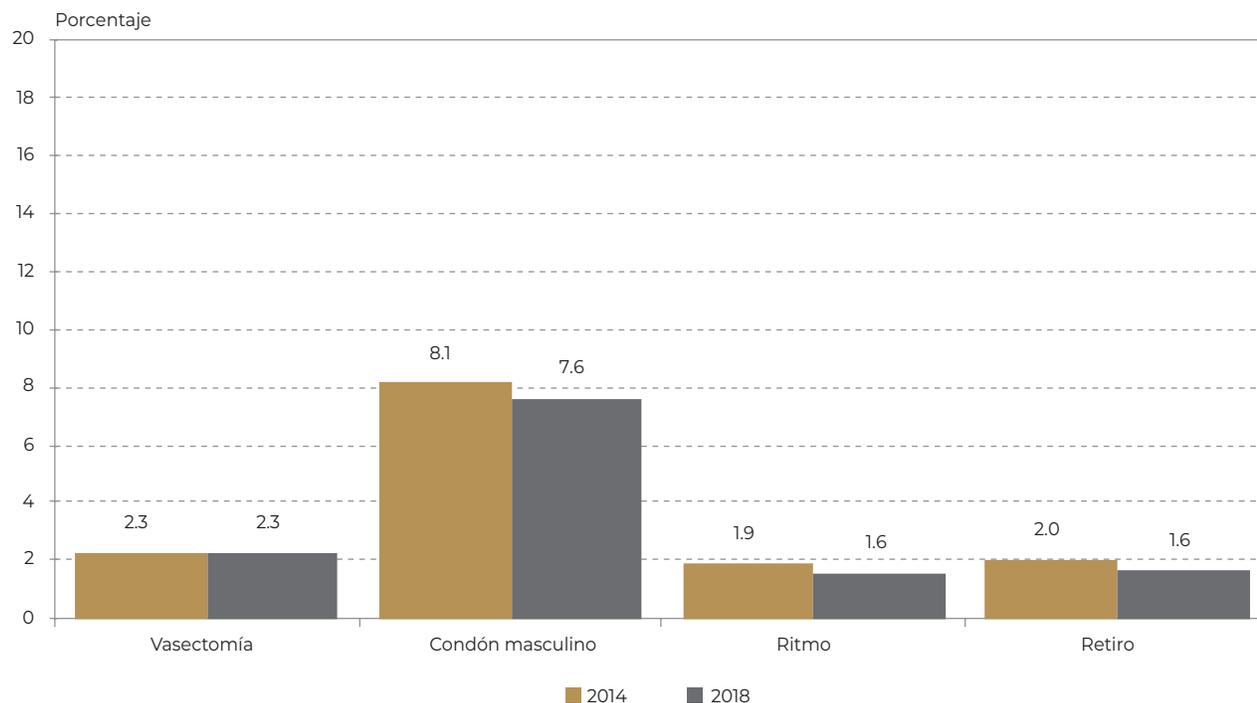
Las intervenciones dirigidas a aumentar el uso de anticonceptivos entre los hombres, pueden requerir el uso de diferentes enfoques, entre ellos la promoción del diálogo en las parejas sobre las preferencias reproductivas y el uso de métodos para lograrlo, así como el desarrollo y mejora de la eficacia personal de las mujeres para negociar la actividad sexual (Do y Kurimoto, 2012).

**Gráfica 8.9.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por tipo de método, 2014 y 2018



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

**Gráfica 8.10.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por tipo de método, 2014 y 2018



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

Existen estudios que demuestran que el uso de anticoncepción aumenta cuando las mujeres aseguran tener una fácil comunicación con su pareja y en el caso contrario, en relaciones de poder y dominio, el uso disminuye (Raine *et al.*, 2010). Es por ello que, tal como es mencionado en Starrs *et al.*, (2018) deben diseñarse o en su caso, fortalecerse políticas públicas dirigidas a mejorar la comunicación entre hombres y mujeres que conduzcan a relaciones igualitarias y de abierto diálogo y discusión.

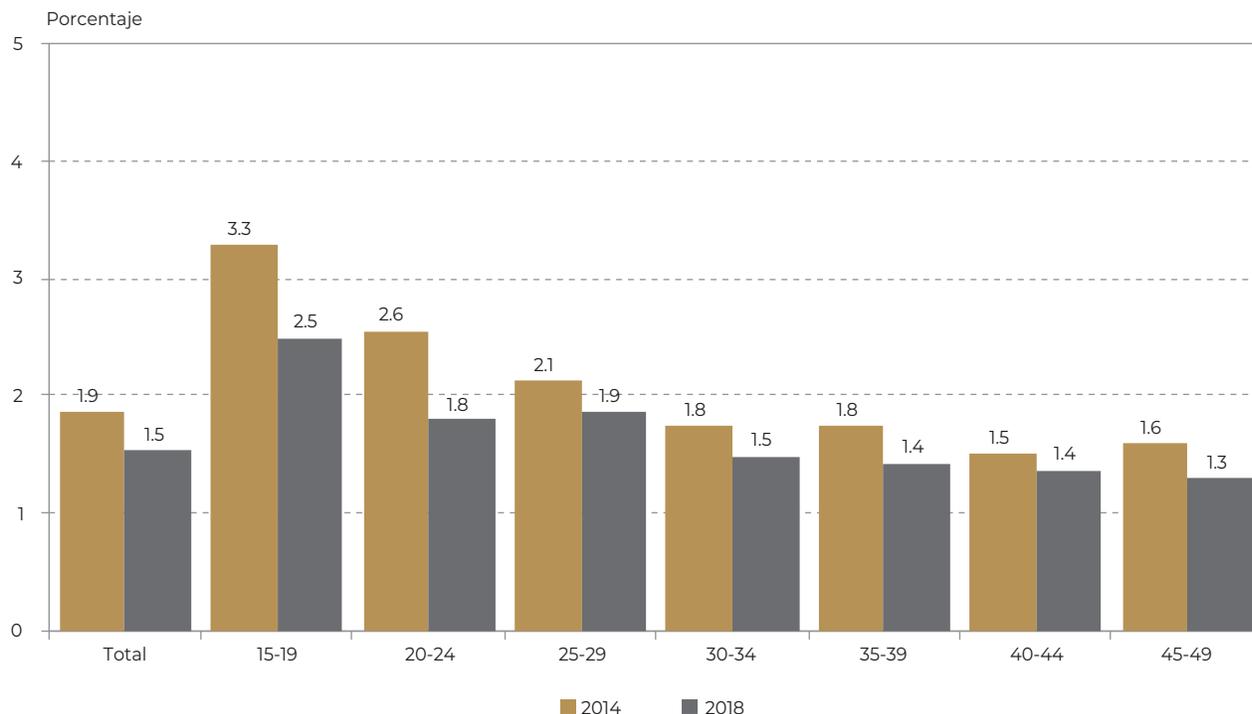
Algunos estudios sugieren que es más bien la falta de motivación entre los hombres, y no su falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, lo que explica el bajo uso de los mismos dentro del matrimonio (Hulton y Falkingham, 1996). Los hombres no suelen comentar o discutir sobre sus problemas de salud sexual y reproductiva, por lo tanto, evitan buscar ayuda y cuidado por miedo o por parecer débiles o vulnerables (Starrs *et al.*, 2018).

Por tales motivos, es necesario un mejor entendimiento de la masculinidad; la educación integral en sexualidad, la información y otras

actividades educativas pueden ayudar a redefinir tanto la feminidad como la masculinidad, combatir la violencia y promover conductas y comportamientos más equitativos que inician a edades tempranas. De la misma manera, se debería incrementar la inversión en el desarrollo y promoción de métodos anticonceptivos masculinos, para aumentar la responsabilidad compartida en la prevención del embarazo y contagio de alguna ITS o VIH (Starrs *et al.*, 2018).

## 8.2 Autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas

La capacidad de las mujeres de asumir su sexualidad y las condiciones y opciones de su vida reproductiva, en ocasiones se ve mermada por la falta de educación integral en sexualidad, independencia económica, así como otros factores y herramientas que le faciliten la toma de decisiones y el sostén de éstas, lo mismo que la capacidad de negociación con su pareja sobre el momento de tener relaciones sexuales, el tamaño de la descendencia y el espaciamiento de ésta.

**Gráfica 8.11.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres que declararon como causa de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual la oposición de la pareja por grupos de edad, 2014 y 2018

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

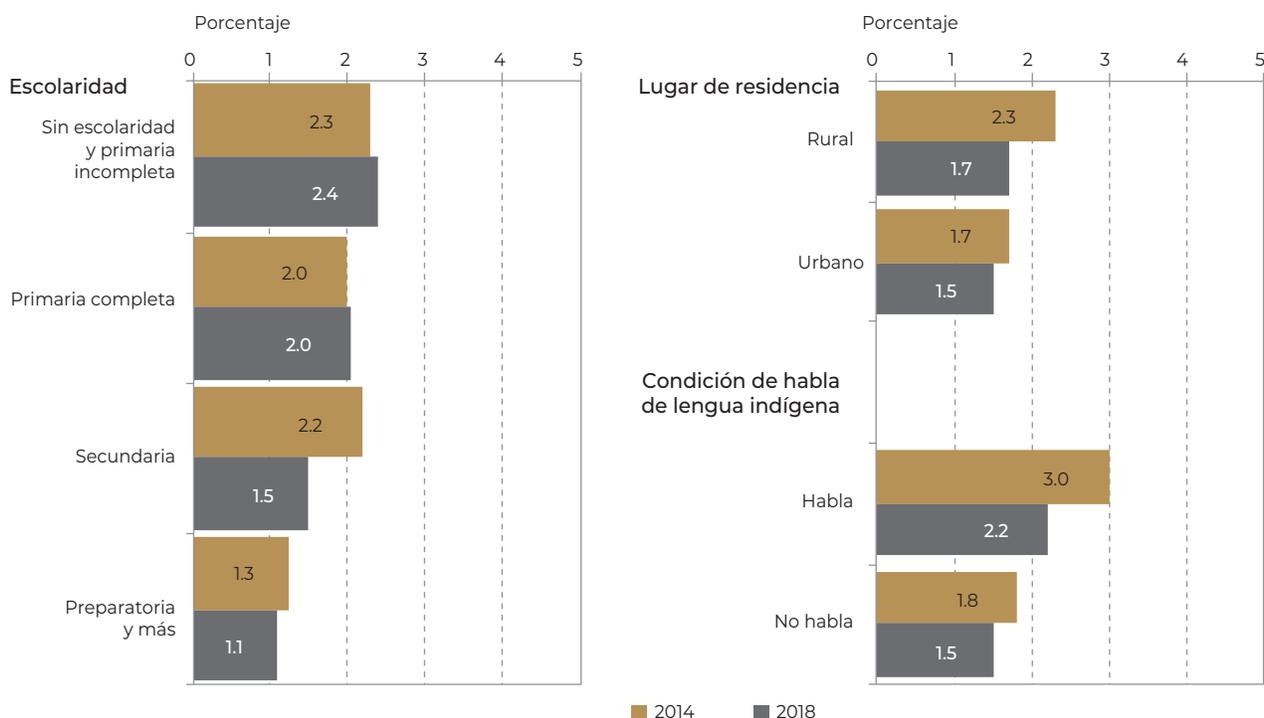
En síntesis, el empoderamiento de la mujer está asociado con el uso y la elección del método anticonceptivo, así como la asistencia a servicios de salud sexual y reproductiva (Do y Kurimoto, 2012) que en consecuencia tendrán resultados exitosos y apegados a sus preferencias reproductivas y con una vida sexual segura y placentera.

Estimaciones con base en la ENADID 2018, tal como puede observarse en la gráfica 8.11, indican que la oposición de la pareja en el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual disminuyó y, si el análisis se realiza por grupo de edad, es notable la disminución entre las adolescentes y las mujeres jóvenes de 20 a 24 años de edad, lo que podría reforzar el resultado de la participación masculina en las adolescentes y jóvenes sexualmente activas; aunque en el resto de los grupos quinquenales se verifica también un decremento, este es menor. Sin embargo, esto no necesariamente podría estar indicando un mayor involucramiento de los hombres en las decisiones reproductivas, sino más bien que delegan la responsabilidad por completo en sus parejas.

Las mujeres cuyo nivel educativo es de secundaria son las que sus parejas mostraron una mayor disminución en cuanto a la negación del uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, es decir, las que tuvieron un mayor involucramiento de ellos. Cabe destacar que las mujeres que no hablan lengua indígena tienen un menor porcentaje, aunque el decremento es mayor entre las de habla de lengua indígena no obstante ni siquiera alcanza un punto porcentual, por lo que habrá de tenerse cautela con la interpretación que pueda hacerse de este indicador. Estos resultados muestran que, las no hablantes de lengua indígena son las que, en mayor medida, presentan una menor oposición de su pareja en el inicio de su vida sexual a utilizar un método, (véase gráfica 8.12).

En el siguiente cuadro (8.1) se presenta la suspensión o abandono de uso del método anticonceptivo que utilizaban por causa de la pareja. Las proporciones que se observan en 2018, de acuerdo a diversas características, ninguna supera tres por ciento, es decir, que el no uso actual de algún método debido al impedimento

**Gráfica 8.12. República Mexicana. Porcentaje de mujeres que declararon como causa de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual la oposición de la pareja por características seleccionadas, 2014 y 2018**



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

de la pareja es bajo, se podría decir que no hay una oposición real de los hombres a que su pareja utilice algún método, lo que sí existe es la reticencia por parte de ellos a utilizar un método anticonceptivo masculino, tal como se constató con el indicador de participación masculina. Sin embargo, es entre las mujeres sin escolaridad o con educación básica incompleta que, tanto en 2014 como en 2018, se observa la mayor proporción de la oposición de la pareja para usar algún método anticonceptivo, asimismo entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y aquellas con edades superiores a los 35 años.

Algunos estudios sugieren que una de las principales razones de no uso de métodos anticonceptivos, así como la baja prevalencia y la falta de continuidad en su uso, se debe a la oposición del hombre debido al desconocimiento de los métodos y su funcionamiento (Thummalachetty *et al.*, 2017), de ahí que sea muy relevante que se incluya a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva

con la finalidad de mejorar su conocimiento, apertura y acceso al uso de los métodos.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el número 5 “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas” se especifica la meta “5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus revisiones”, la cual se mide por medio del indicador “Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos”; a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) levantada en 2016, es posible aproximarse<sup>68</sup> a la medición de la autonomía

<sup>68</sup> Es una aproximación debido a que existe la limitación que la estimación actual del indicador no incluye el

**Cuadro 8.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres que declararon como causa de suspensión o no uso actual de métodos anticonceptivos la oposición de la pareja, por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	No uso actual	
	2014	2018
<b>Total</b>	1.0	0.8
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	0.4	0.2
20-24	0.8	0.7
25-29	0.9	0.9
30-34	1.4	1.2
35-39	1.3	1.3
40-44	2.1	1.8
45-49	1.6	1.2
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad y primaria incompleta	2.8	2.8
Primaria completa	2.5	1.7
Secundaria	1.1	1.0
Preparatoria y más	0.4	0.4
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	1.5	1.3
Urbano	0.8	0.7
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla lengua indígena	3.3	1.5
No habla lengua indígena	0.8	0.8

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

de las mujeres en la toma de decisiones con relación a cuándo tener relaciones sexuales y al uso de métodos anticonceptivos.<sup>69</sup>

componente de autonomía en las decisiones sobre el cuidado de la salud reproductiva de la mujer, cuestión que sí se considera en la metodología propuesta por Naciones Unidas para este indicador, ya que en la ENDIREH 2016 no se realiza esta pregunta.

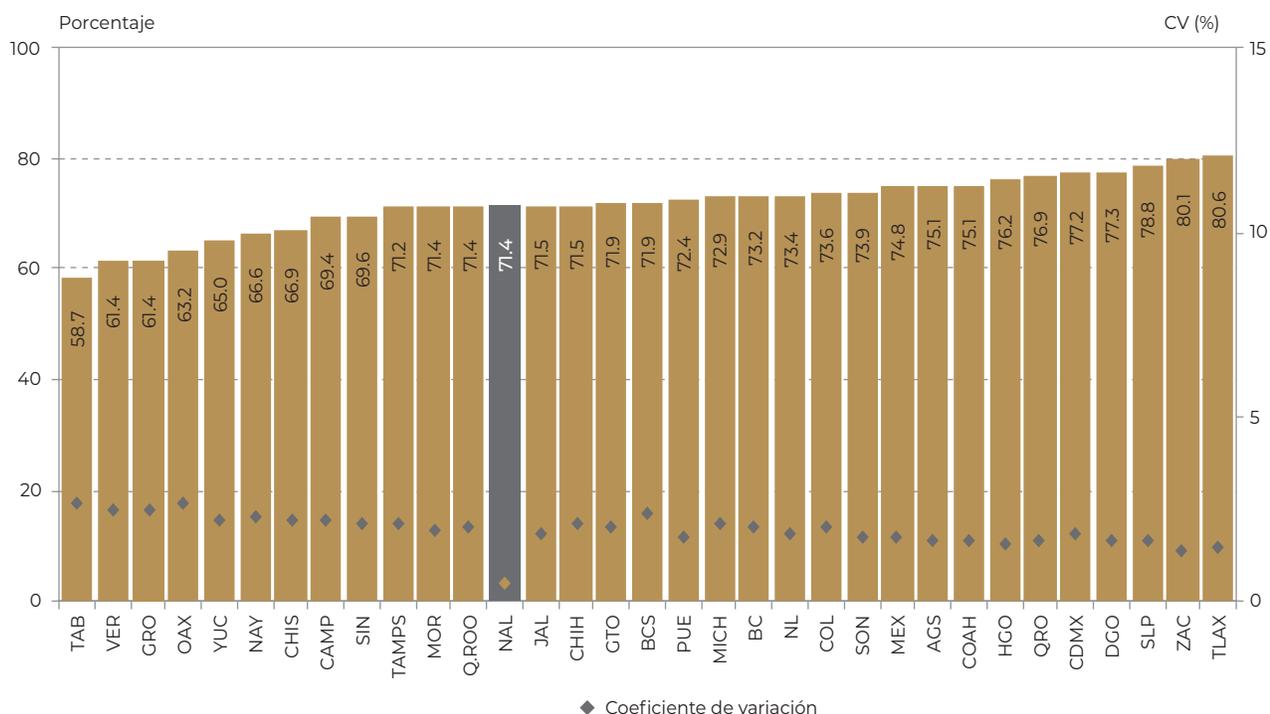
<sup>69</sup> En el cuestionario de mujeres casadas o unidas de la ENDIREH 2016 hay una sección (sección XIV) dedicada a las decisiones y libertad personal, en la que se indaga sobre diferentes aspectos sobre la vida en pareja y quién es la persona responsable de tomar la decisión (pregunta 14.1AB). Las opciones de respuesta son: “solo usted (la entrevistada)”; “solo su esposo o pareja”; “entre los dos, pero él un poco más”; “entre los dos, pero usted un poco más”; “entre los dos por igual”; “otras personas” y; “no aplica”. Para construir este indicador se han considerado aquellas mujeres que respondieron que ellas deciden, las que lo hacen con su pareja, pero ellas un poco más y las que respondieron los dos por igual. Si se quiere conocer con mayor detalle el cuestionario de la encuesta se sugiere visitar la

En el país, casi tres cuartas partes (71.4%) de las mujeres casadas o unidas de 15 años y más, acordaron con su pareja el momento de tener relaciones sexuales y si usaban algún método anticonceptivo. Las mujeres unidas de Tlaxcala, Zacatecas y San Luis Potosí son las que deciden, en mayor medida, con sus parejas sobre ambos aspectos con proporciones de 80.6, 80.1 y 78.8 por ciento, respectivamente; mientras que, en Tabasco, Veracruz y Guerrero las decisiones sobre estos aspectos, en una menor frecuencia, se toman de manera conjunta 58.7, 61.4 y 61.4 por ciento, respectivamente (véase gráfica 8.13).

Si estas mismas preguntas se analizan, pero únicamente considerando las respuestas “solo

siguiente dirección electrónica: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

**Gráfica 8.13.** Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (en conjunto con la pareja) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

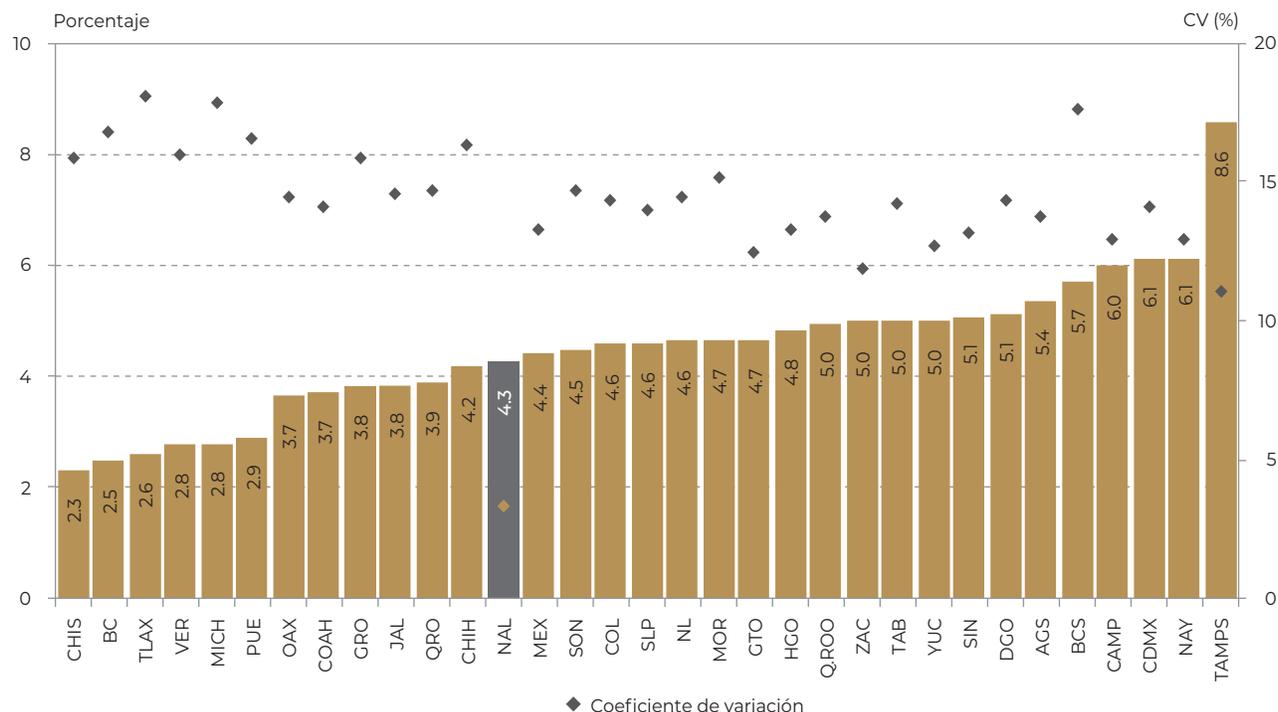
Nota 1: La decisión de uso de métodos anticonceptivos se pregunta a todas las MEFU, ya que en el cuestionario para mujer casada o unida, no existe una pregunta para mujeres usuarias actuales de métodos anticonceptivos, por lo que las preguntas sobre las decisiones y libertad personal, se formulan a las mujeres sin tener un conocimiento previo de que actualmente usan anticonceptivos.

Nota 2: Las estimaciones obtenidas tienen representatividad suficiente a nivel nacional, sin embargo en algunas entidades federativas, el coeficiente de variación supera el 15%, por lo que requiere un uso cauteloso de la estimación en el que se analicen las causas de la alta variabilidad y se consideren otros indicadores de precisión y confiabilidad, como el intervalo de confianza.

usted (la entrevistada)” y “entre los dos, pero usted un poco más”, para construir el indicador podemos aproximarnos a la toma de decisiones propia, es decir, que las mujeres son las que deciden sobre estos temas. Únicamente 4.3 por ciento de las mujeres unidas en el país toman estas decisiones de manera autónoma o en pareja, pero con mayor peso su opinión. En la gráfica 8.14 se presenta este indicador para todas las entidades federativas, sin embargo, habrá que considerar con cautela la estimación para las entidades de Baja California,

Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Michoacán, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Veracruz, debido a que el coeficiente de variación de este indicador es superior a 15 por ciento, lo cual pone en duda su confiabilidad. Sin embargo, en el caso de Tamaulipas, que presenta el mayor porcentaje (8.6%) de mujeres unidas que toman decisiones sexuales y reproductivas de manera autónoma, el coeficiente de variación es el menor de todas las entidades y ligeramente superior a 11.0 por ciento, por lo que resulta confiable esta proporción.

**Gráfica 8.14.** Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (solo ellas) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016



Fuente: Estimaciones de la SG del CONAPO, con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

Nota 1: La decisión de uso de métodos anticonceptivos se pregunta a todas las MEFU, ya que en el cuestionario para mujer casada o unida, no existe una pregunta para mujeres usuarias actuales de métodos anticonceptivos, por lo que las preguntas sobre las decisiones y libertad personal, se formulan a las mujeres sin tener un conocimiento previo de que actualmente usan anticonceptivos.

Nota 2: Las estimaciones obtenidas tienen representatividad suficiente a nivel nacional, sin embargo en algunas entidades federativas, el coeficiente de variación supera el 15%, por lo que requiere un uso cauteloso de la estimación en el que se analicen las causas de la alta variabilidad y se consideren otros indicadores de precisión y confiabilidad, como el intervalo de confianza.

## Conclusiones

Este capítulo abordó el derecho a la igualdad en la participación de la vida sexual y reproductiva, con relación a que hombres y mujeres acuerden el uso de métodos considerando sus preferencias reproductivas, para evitar ITS y disfrutar de su sexualidad de manera segura y placentera.

Por medio de indicadores que dan cuenta del nivel de la participación del hombre, de manera indirecta, se ha valorado como ha evolucionado su compromiso y colaboración en este aspecto. Sin embargo, son varios los estudios que documentan que, a pesar de no desear tener descendencia en algún momento y de querer evitar contraer alguna ITS, no son proactivos ni consecuentes con ello, ya que es poca su participación y no siempre consistente, debido a que en la mayoría de las ocasiones delegan esta responsabilidad a las mujeres (Campbell, Turok y White, 2019).

Para incrementar la participación de los hombres en el uso de métodos anticonceptivos es importante que desde el nivel macro, es decir, en las políticas públicas se les considere, tal como lo señalan *Starrs et al.*, (2018) las acciones y programas de salud deben comprometer, de manera proactiva a los hombres, esto puede hacerse en el momento que acuden a los servicios en busca de métodos anticonceptivos, para pruebas o tratamientos de ITS y VIH o como apoyo para su pareja en el uso de estos servicios. Asimismo, como se señala en ese mismo estudio, se debe trabajar para mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en temas de salud sexual y reproductiva y el entendimiento de sus responsabilidades compartidas, de tal manera, que sea claro que tanto hombres como mujeres tienen la misma responsabilidad en la vida pública y privada.

Sobre esto mismo, Do y Kurimoto (2012), de manera específica, sugieren que las intervenciones dirigidas a aumentar el uso de anticonceptivos pueden requerir diferentes enfoques, entre ellos la promoción del diálogo en las parejas sobre las preferencias de fecundidad y el uso de la planificación familiar, el mejoramiento de la eficacia personal de las mujeres para negociar la actividad sexual y la procuración de su independencia económica. El mismo estudio señala que cuando existe comunicación y diálogo, se pueden establecer acuerdos sobre el tamaño de la descendencia deseada, lo que facilita el uso de algún tipo método anticonceptivo dependiendo de si quieren limitar o espaciar el número de hijos e hijas.

Para incidir en el incremento de la participación masculina en la vida sexual y reproductiva, así como en las labores de cuidados y crianza y que los programas o políticas públicas diseñados para ello tengan éxito, se requiere que la población reciba educación integral en sexualidad, información y otras actividades educativas que colaboren a redefinir la feminidad y la masculinidad, combatir la violencia y promover conductas y comportamientos más equitativos iniciando a edades tempranas. Asimismo, los gobiernos deberían incrementar la inversión en el desarrollo y promoción de métodos anticonceptivos masculinos, para aumentar la responsabilidad compartida en la prevención de embarazos no intencionados y de ITS y VIH (Starrs *et al.*, 2018).

La autonomía de las mujeres en las decisiones sexuales y reproductivas debería plantearse en los programas de salud sexual y reproductiva, para que fortalezcan acciones que favorezcan ésta, es decir, deberían impulsar la educación integral en sexualidad, la igualdad de género y promover la educación, en general de las mujeres, para que todo ello impacte en una independencia económica, le otorgue elementos y herramientas que le faciliten la toma de decisiones, así como la capacidad de negociación con la pareja sobre el método más adecuado y el momento propicio para ejercer su sexualidad y su reproducción. De la misma manera, deben promocionarse

acciones que propicien que los hombres sean un mejor y mayor apoyo para sus parejas, además de proteger y respetar la autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas de ellas.

Hoy en día se cuenta con instrumentos internacionales, a los cuales México se ha adherido, como el Consenso de Montevideo, en el que se promueve la participación activa de los hombres en las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva por medio de medidas prioritarias que impulsan su colaboración; sin embargo, también se registra un avance de los fundamentalismos religiosos, un creciente poder que han obtenido posturas conservadoras y en contra de los derechos, hacen prever condiciones más adversas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y apuntan a restringir cada vez más los espacios que hacen posible la libertad de elección (Guevara, 2003). Por lo cual, habrá que cuidar que las acciones y políticas públicas que se emprendan para que la población ejerza su sexualidad y reproducción de manera informada, libre, segura y placentera sean respetadas y que en estas se considere por igual la participación e involucramiento de hombres y mujeres con la finalidad de asegurar relaciones igualitarias y que promuevan una mejor comunicación en pareja.

## Bibliografía

- Blanc, A. (2001). "The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence". *Studies in Family Planning*. Volume 32, Number 3, September 2001, pp. 189-213. <https://www.jstor.org/stable/2696304?seq=1>
- Campbell, A., Turok, D. y White K. (2019). Fertility Intentions and Perspectives on Contraceptive Involvement Among Low-Income Men Aged 25 to 55, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2019, 51(3):125-133. <https://doi.org/10.1363/psrh.12115>
- Do, M. y Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Mar; 38(1):23-33. <https://www.guttmacher.org>

- org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3802312.pdf
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2013). Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres. Proigualdad, 2013-2018. [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013)
- Evans, A. (2000). "Power and negotiation: young women's choices about sex and contraception", *Journal of Population Research*, Vol. 17, No. 2 (November 2000), pp. 143-162. <https://www.jstor.org/stable/41110700>
- Figueroa, J. G. (2001). Varones, reproducción y derechos. ¿Podemos combinar esos términos? [https://www.researchgate.net/publication/320610849\\_Varones\\_reproduccion\\_y\\_derechos\\_Podemos\\_combinar\\_estos\\_terminos](https://www.researchgate.net/publication/320610849_Varones_reproduccion_y_derechos_Podemos_combinar_estos_terminos)
- Guevara, E. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. [https://www.researchgate.net/publication/237809278\\_Los\\_derechos\\_reproductivos\\_y\\_los\\_hombres\\_El\\_debate\\_pendiente](https://www.researchgate.net/publication/237809278_Los_derechos_reproductivos_y_los_hombres_El_debate_pendiente)
- Hulton, L. y Falkingham, J. (1996). "Male Contraceptive Knowledge and Practice: What Do We Know?" *Reproductive Health Matters*, Vol. 4, No. 7, Men (May, 1996), pp. 90-100, Published by: Taylor & Francis, Ltd. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2896%2990009-9?needAccess=true>
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- James-Hawkins, L., Dalessandro, C., y Sennott, C. (2019). "Conflicting contraceptive norms for men: equal responsibility versus women's bodily autonomy". *Culture, health & sexuality*, 21(3), 263-277. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1464209>
- Raine, T., Gard, J. C., Boyer, C. *et al.* (2010). Contraceptive Decision-Making in Sexual Relationships: Young Men's Experiences, Attitudes, and Values. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854868/>
- SS-CNEGSR [Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva] (2014). Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-2013-2018>
- (2014a). Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/programa-de-planificacion-familiar-y-anticoncepcion>
- Starrs, A., Ezeh, A., Barker, G. *et al.* (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- Szasz, I. (1995). "Prioridades de investigación en salud reproductiva y sexualidad" en Stern, C. (coord.), *Prioridades de investigación y apoyo para proyectos en salud reproductiva, Reflexiones: Sexualidad, salud y reproducción*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México, núm. 5.
- The Alan Guttmacher Institute (2004). "Sex, Marriage and Fathering: A Profile of Latin American and Caribbean Men". <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/summaries/SMF-regional-summ.pdf>
- Thummalachetty, N., Mathur, S., Mullinax, M. *et al.* (2017). Contraceptive knowledge, perceptions, and concerns among men in Uganda, *BioMed Central. Public Health* 17, 792 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4815-5>
- UN [Naciones Unidas] (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100039.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf)

Weisman, C. S., Plichta, S., Nathanson, C. A. et al. (1991). "Adolescent women's contraceptive decision making". *Journal of health and social behavior*, 32(2), 130-144.

WHO/RHR [World Health Organization Department of Reproductive Health and Research/ Johns Hopkins Bloomberg

School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project] (2018). *Family Planning. A global handbook for providers. Evidence-based guidance developed.* Baltimore and Geneva: CCP and WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>

**E**l ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos impactan en la salud materna e infantil, en la medida que se combinan factores de riesgo, entre ellos, la ocurrencia de embarazos no planeados o no deseados a edades tempranas, con desventaja socioeconómica y no contar con el apoyo de la pareja, lo que puede provocar trastornos mentales durante y después del embarazo, afectando también el cuidado de la salud de los(as) neonatos(as), por lo que, se debe contar con una adecuada instrumentación de los servicios de salud para brindar acceso a la atención con calidad y asequible a las mujeres durante el embarazo, el parto y después del parto (Starrs *et al.*, 2018).

Al garantizar a las mujeres el acceso a servicios de salud pre y post natales, permite salvaguardar la vida de las mujeres y los(as) niños(as) al llevar un embarazo más seguro y protegido. Los servicios que se proporcionen deben ser de calidad, por ello, se debe reconocer que las y los prestadores(as) de servicios tienen sus propias necesidades y se les proporciona capacitación, insumos, orientación, apoyo (Huezo y Díaz, 1993), para que brinden una atención con perspectiva de género e interculturalidad, eliminando todo acto discriminatorio o de coerción (OPS, 2016). Otro elemento fundamental para la adecuada atención es la accesibilidad a los servicios de salud, es decir, las grandes distancias pueden dificultarla, ya sea porque las opciones de transporte asequibles son limitadas o porque el precio que deben pagar las mujeres pobres es demasiado alto, ya que deben abandonar su hogar o su medio de vida. Pero la distancia constituye solo una parte del problema, a veces, los servicios se encuentran literalmente a la vuelta de la esquina, pero aun así son inaccesibles (UNFPA, 2019).

### 9.1. Atención prenatal

La importancia del cuidado prenatal durante el embarazo y el parto representan la oportunidad de brindar atención necesaria para identificar los primeros signos de advertencia de complicaciones del embarazo, incluyendo los partos prematuros. La atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones



de atención de la salud como la promoción de la salud, el cribado,<sup>70</sup> y el diagnóstico y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno las prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas, ya que incluye, la promoción de un modo de vida sano, una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (OMS, 2016).

Cabe destacar que en México por disposición de la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) vigente para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (DOF, 1993), la atención prenatal debería comenzar, incluso antes de la concepción, con el fin de promover y evaluar la salud de la mujer y de su descendencia, identificando condiciones de riesgo y de ser el caso llevar a cabo medidas preventivas.

De esta forma se observa que, a nivel nacional se incrementó el porcentaje de mujeres en edad fértil<sup>71</sup> (MEF) que acudieron a atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, entre 2014 y 2018 pasó de 86.9 a 88.5 por ciento. Al analizar por grupos de edad de las MEF, se observa que en general aumentó el porcentaje de quienes asistieron a revisiones prenatales desde el primer trimestre del embarazo, siendo las adolescentes (15 a 19 años) las que presentan el más bajo porcentaje tanto en 2014 como en 2018, 78.4 y 81.5 por ciento, respectivamente (véase cuadro 9.1). En 2014 y 2018, el grupo de mujeres con el más alto porcentaje de quienes acudieron a revisión prenatal en el primer trimestre se ubicó entre las de 30 a 34 años con 89.4 y 90.8 por ciento, respectivamente. En el último año, también asistió el mismo porcentaje de mujeres de 35 a 39 años (90.8%) que las de 30 a 34 años.

Considerando el nivel de escolaridad de las MEF, se observa que entre las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta disminuyó el porcentaje de las que asistieron a revisiones prenatales, durante el periodo de estudio, pasando de 78.1 a 76.6 por ciento. Cabe señalar que dicho comportamiento puede estar asociado a que las mujeres que cuentan con estos niveles de escolaridad son, en su mayoría, mujeres en edades adultas, es decir, que se encuentran en los últimos grupos de edad fértil; posiblemente lo mismo ocurre con las mujeres con primaria completa en las que, el porcentaje apenas se movió de 82.6 a 83.4 por ciento. En tanto que entre las MEF con secundaria y preparatoria o más, al tratarse de mujeres en edades jóvenes, la presencia relativa pasó de 85.7 a 87.3 por ciento y de 91.2 a 91.9 por ciento, respectivamente.

De acuerdo al lugar de residencia, se obtuvo que tanto en las zonas rurales como urbanas aumentó el porcentaje de las mujeres que asistieron a revisiones prenatales, y se redujo la brecha, al pasar de 3.9 a 2.5 puntos porcentuales, alcanzando en 2018 un porcentaje de mujeres que acuden a revisión en el primer trimestre de 86.7 por ciento en zonas rurales y de 89.2 por ciento en urbanas. Por condición de habla de lengua indígena de las MEF, sucede lo mismo, entre 2014 y 2018, el porcentaje de mujeres hablantes de lengua que asistieron a revisión en el primer trimestre del embarazo pasó de 77.8 a 79.6 por ciento, mientras que entre no hablantes de lengua indígena pasó de 87.6 a 89.1 por ciento, manteniéndose la brecha casi sin cambios, de 9.8 a 9.5 puntos porcentuales.

Asimismo en 2018, se identificó que las entidades federativas mostraron un comportamiento homogéneo, aunque es importante focalizar la atención en Chiapas (83.1%), Puebla (84.7%), Guerrero (84.8%) y Quintana Roo (85.6%), las cuales presentaron los porcentajes más bajos de mujeres que asisten a revisión prenatal en el primer trimestre, mientras que Jalisco (92.7%), Sinaloa (91.4%), Nuevo León (90.9%) y Baja California Sur (90.7%), se ubican con el mayor porcentaje de mujeres que acuden a atención prenatal durante el primer trimestre de embarazo (véase gráfica 9.1).

<sup>70</sup> Se refiere a una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.

<sup>71</sup> Se define como el porcentaje de mujeres con últimos hijos(as) nacidos(as) vivos(as) en los cinco años previos a la encuesta, y que recibieron atención prenatal por personal de salud durante el primer trimestre del embarazo (CONAPO, 2011).

**Cuadro 9.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	Porcentaje	
	2014	2018
<b>Total</b>	<b>86.9</b>	<b>88.5</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	78.4	81.5
20-24	84.8	86.7
25-29	87.9	88.5
30-34	89.4	90.8
35-39	89.3	90.8
40-44	87.3	90.7
45-49	83.2	86.2
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad y primaria incompleta	78.1	76.6
Primaria completa	82.6	83.4
Secundaria	85.7	87.3
Preparatoria y más	91.2	91.9
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	84.0	86.7
Urbano	87.9	89.2
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla lengua indígena	77.8	79.6
No habla lengua indígena	87.6	89.1

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

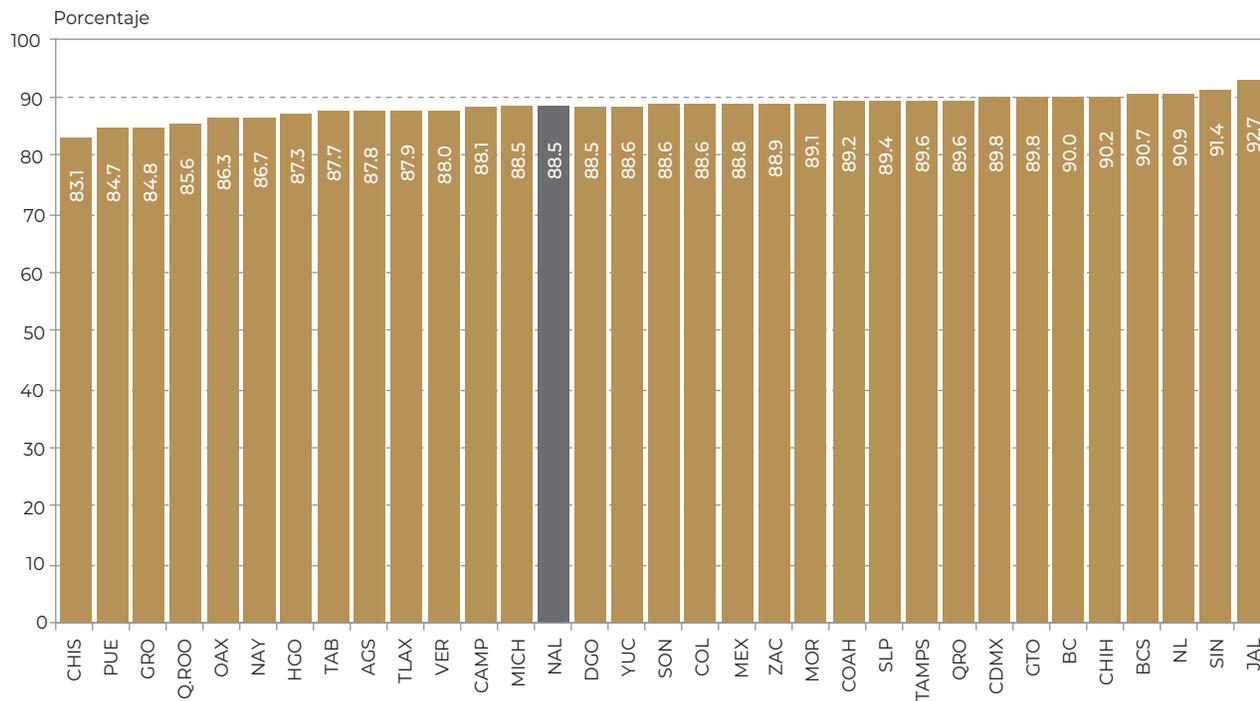
El modelo internacional de atención prenatal de la OMS fija ocho “contactos”<sup>72</sup> como mínimo para garantizar un seguimiento seguro del embarazo. En el país de acuerdo a la NOM-007-SSA2-2016, se establece como mínimo cinco visitas prenatales. En este marco, a nivel nacional en 2018, las mujeres embarazadas acudieron en promedio a 9.4 revisiones, superando no solo la recomendación nacional, sino también la internacional. Asimismo, todas las entidades a excepción de Puebla con 7.6 consultas en promedio, cumplen con la meta internacional, incluso hay entidades como Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa y Jalisco que la superan, con diez contactos a lo largo

del embarazo. Sin embargo ahora, es importante transitar hacia vigilar que se garantice el adecuado ejercicio del derecho a recibir atención de calidad, respetuosa, individualizada, centrada en la persona, con la aplicación de prácticas clínicas eficaces (intervenciones y pruebas) y la provisión de información pertinente y oportuna, de apoyo psicosocial y emocional por parte de profesionales con buenas aptitudes clínicas e interpersonales y, en el marco de un sistema de salud que funcione bien (OPS, 2018), véase gráfica 9.2.

La NOM-007 establece que para una consulta prenatal efectiva y periódica, los y las prestadores(as) de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca los factores de riesgo,

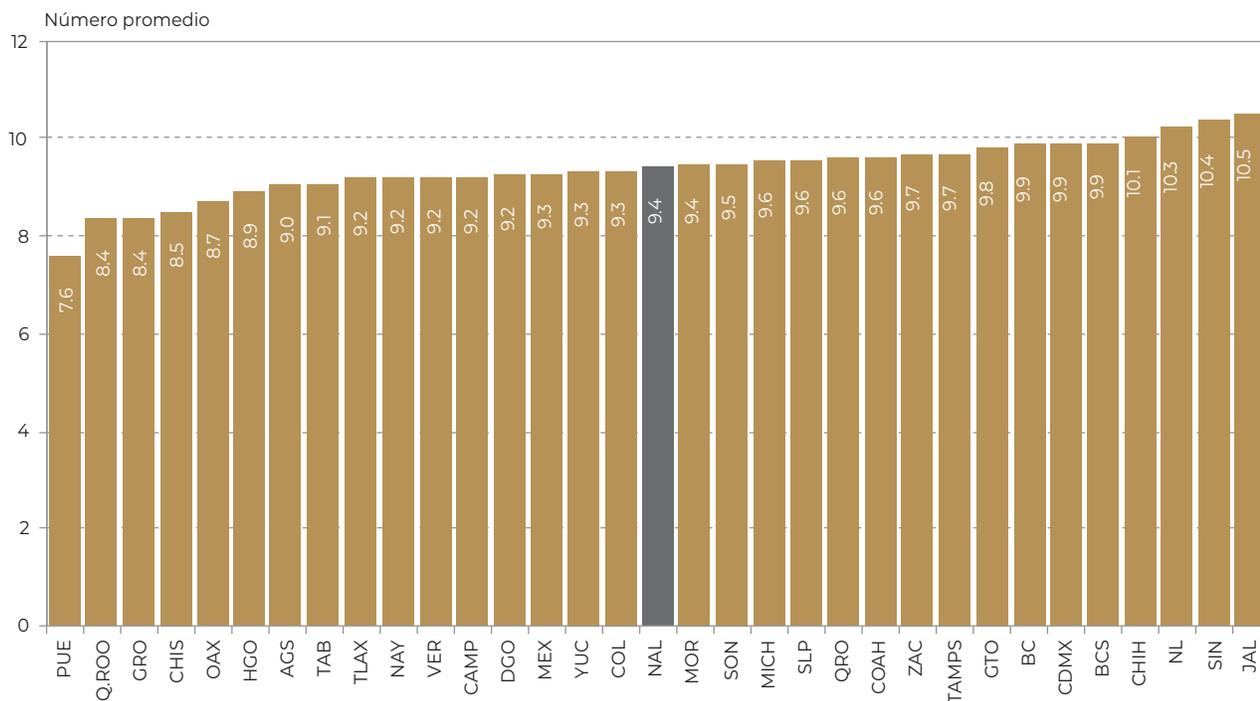
<sup>72</sup> La OMS establece el uso de la palabra “contacto” en lugar de “visita”, dado que implica una conexión activa entre la embarazada y el(la) proveedor(a) de atención de salud que no está implícita en la palabra “visita” (OPS, 2018).

**Gráfica 9.1.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por entidad federativa, 2018



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

**Gráfica 9.2.** Número promedio de revisiones prenatales de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta por entidad federativa, 2018



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

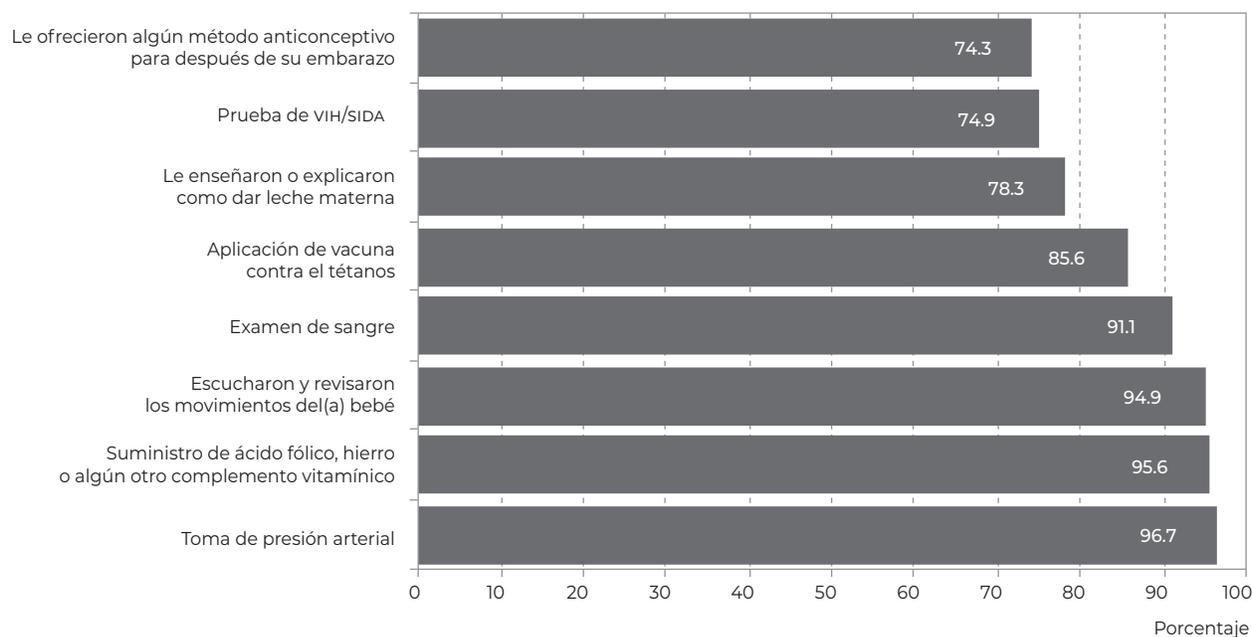
estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

Por ello, es importante conocer el tipo de revisión que las y los profesionales de la salud realizaron durante las consultas prenatales. De acuerdo a los resultados obtenidos con la ENADID 2018, a 96.7 por ciento de las mujeres se les tomó la presión arterial, con la cual se previene o controla la aparición de la preclamsia durante el embarazo; a 95.6 por ciento se le proporcionó ácido fólico, hierro o algún otro complemento alimenticio esencial para el desarrollo del(a) niño(a), antes y durante el embarazo y en las mujeres, a prevenir una particular forma de anemia, denominada “megaloblástica”; a 94.9 por ciento escucharon y revisaron los movimientos del(a) niño(a) en el vientre de la madre y a 91.1 por ciento les realizaron exámenes de sangre, (véase gráfica 9.3).

Sin embargo, es importante destacar, que se toman pocas previsiones ante una posible intervención quirúrgica u otros tipos de riesgos, por

ejemplo, la aplicación de la vacuna contra el tétanos que cumple el doble objetivo de proteger a la futura madre durante largos años y al recién nacido(a) durante las primeras semanas de vida, ya que el tétanos maternal y neonatal representa una causa importante de enfermedad y de muerte, en este caso, se suministró la vacuna a 85.6 por ciento de las que acudieron a revisiones prenatales, y a 74.9 por ciento les realizaron la prueba de VIH/SIDA, con lo que se evitaría la transmisión vertical del VIH, es decir, de madre a hijo(a), al proporcionarle a la mujer los medicamentos anti-retrovirales necesarios para evitar el contagio durante la gestación, el parto y/o la lactancia (Lenzer, 2016); también a un bajo porcentaje de mujeres (78.3%) le explicaron la importancia de darle leche materna al recién nacido(a), y finalmente a 74.3 por ciento le ofrecieron un método anticonceptivo, lo cual dificulta que las mujeres puedan hacer una programación del siguiente embarazo, o que conozcan métodos anticonceptivos que les permita, incluso limitar su descendencia si así lo desean.

**Gráfica 9.3. República Mexicana. Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta según tipo de revisión que le realizaron en las consultas prenatales, 2018**



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

## 9.2. Atención durante y después del parto

México, junto con otros países, aprobaron las medidas establecidas en El Consenso de Montevideo, con la finalidad de erradicar la pobreza, la exclusión y la desigualdad. En el Consenso se identifican dos medidas prioritarias dedicadas a la atención materna, la medida 40 con la que se busca eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y reproductiva, y la 45 dedicada a elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, mejorando la atención humanizada del parto, el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias. Mientras que, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el país debe realizar acciones para alcanzar la Meta 3.1.2 sobre la importancia de que los partos sean atendidos por personal sanitario especializado, con el fin de coadyuvar a reducir la tasa mundial de mortalidad materna (UN-CEPAL,2015; UN,2017).

Bajo estos marcos, se obtuvieron indicadores con base en la ENADID 2014 y 2018 que dan cuenta de la atención que reciben las mujeres durante el parto en el país. Los resultados muestran que a nivel nacional en los últimos cuatro años, aumentó el porcentaje de mujeres que durante el parto fueron atendidas por un(a) médico(a), pasó de 94.8 a 95.9 por ciento, descendiendo el porcentaje de quienes acudieron con una partera o comadrona de 2.9 a 2.2 por ciento, en tanto que se mantuvo el porcentaje en 1.5 de las que fueron atendidas por enfermera(o), auxiliar o promotor(a) de salud y, disminuyó el de mujeres que fueron atendidas por otra persona o por ellas mismas, de 0.7 a 0.4 por ciento (véase cuadro 9.2). Como puede observarse en 2018, alrededor de cuatro por ciento de las mujeres no fueron atendidas por personal especializado, ni tuvieron acceso a los centros de salud durante el parto. Sin embargo, debe destacarse que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la práctica de la partería permite generar espacios de atención de calidad con estricto apego a los derechos humanos, tanto para

las mujeres durante su vida sexual y reproductiva, en especial antes, durante y después del embarazo, como para él o la recién nacido(a).

Al analizar por el grupo de edad de las mujeres al momento del parto, se obtuvo que entre 2014 y 2018, aumentó en general la proporción de quienes fueron atendidas por un(a) médico(a) durante el parto, entre la mujeres adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), aumentó de 94.0 a 95.2 por ciento, en las jóvenes adultas (25 a 34 años) de 95.3 a 96.2 por ciento y en las adultas (35 años y más) de 95.2 a 96.5 por ciento. Asimismo, en 2018 se observa que el mayor descenso de la proporción de mujeres que fueron atendidas por una partera o comadrona se da entre las mujeres de 15 a 24 y de 25 a 34 años con 2.1 por ciento en ambos casos, siendo además el porcentaje también similar en 2014 (2.9% y 2.8%, respectivamente), y todavía son las adolescentes y jóvenes las que en mayor proporción fueron atendidas por una enfermera(o), auxiliar o promotor(a) de salud, aunque disminuye de 2.5 a 2.3 por ciento durante el periodo.

Es importante mencionar que el nivel de escolaridad es un factor importante en el acceso a atención calificada durante el parto. De esta forma, aunque entre 2014 y 2018 aumenta el porcentaje de mujeres que durante el parto son atendidas por personal médico, las que no tienen escolaridad o tienen primaria incompleta continúan presentando la más baja proporción (81.1% y 84.6%, respectivamente) mientras que, las de preparatoria o más, casi todas son atendidas por un(a) médico(a) (98.2% y 98.5%); y es entre las mujeres sin escolaridad y primaria incompleta donde se ubica el más alto porcentaje de las que acudieron a una partera para atender el parto, aunque baja de 14.3 por ciento en 2014 a 11.7 por ciento en 2018, seguidas de las mujeres con primaria completa cuyo porcentaje de mujeres atendidas por una partera se mantuvo durante el periodo de estudio (5.9% y 6.0%). Además, en estos grupos de mujeres aumentó el porcentaje de quienes fueron atendidas por un(a) enfermera(o), auxiliar o promotor(a) de salud, pasando de 2.6 a 2.9 por ciento entre mujeres sin escolaridad y primaria incompleta y de 2.0 a 3.1 por ciento entre mujeres con primaria completa.

De acuerdo al lugar de residencia de las mujeres se observa que, entre las mujeres de zonas

rurales aumentó el porcentaje de las que fueron atendidas por un(a) médico(a) durante el parto, incrementando de 89.3 a 91.7 por ciento, pero esta proporción es menor a lo que presentan las que viven en lugares urbanos, que además aumentó de 96.8 a 97.5 por ciento, aun así provocó que la brecha se cerrará de 7.5 a 5.8 puntos porcentuales. Asimismo, entre las mujeres rurales se ubica un mayor porcentaje de quienes se atendieron con una partera, aunque disminuyó de 7.6 por ciento en 2014 a 5.6 por ciento en 2018.

En el caso de las mujeres hablantes de lengua indígena se observa que es más bajo el porcentaje de las que fueron atendidas durante el parto por personal médico, aunque entre 2014 y 2018 aumentan de 73.0 a 79.0 por ciento, mientras que, entre las no hablantes de lengua indígena, los porcentajes de las atendidas por un(a) médico(a) son altos y pasaron de 96.4 a 97.2 por ciento, cerrándose la brecha de 23.4 a 18.2 puntos porcentuales; asimismo entre las hablantes

de lengua indígena se identifica el mayor porcentaje de las que son asistidas durante el parto por una partera, aunque durante el periodo de estudio disminuye de 21.0 a 16.6 por ciento, finalmente, se detecta que todavía en 2018, 3.3 por ciento son atendidas por un(a) enfermera(o), auxiliar o promotor(a) de la salud.

Estos resultados demuestran que en México se han realizado esfuerzos por brindar atención calificada a las mujeres durante el parto, en este caso que sea atendida por personal médico. Sin embargo, nuevamente se visibiliza que las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad continúan con barreras de acceso a esta asistencia médica durante el parto, y aunque una buena parte de ellas son atendidas por parteras, la situación es que no están cerca de centros de salud que cuenten con la instrumentación necesaria para dar respuesta inmediata en caso de una complicación.

De acuerdo a la OMS, la cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria.

**Cuadro 9.2.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta por tipo de agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	Médico(a)		Enfermero(a) / auxiliar / promotor(a) de la salud		Partera o comadrona		Otro/ella sola	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
<b>Total</b>	94.8	95.9	1.5	1.5	2.9	2.2	0.7	0.4
<b>Grupos de edad</b>								
15 a 24	94.0	95.2	2.5	2.3	2.9	2.1	0.7	0.4
25 a 34	95.3	96.2	1.2	1.2	2.8	2.1	0.7	0.5
35 y más	95.2	96.5	0.9	0.9	3.2	2.4	0.7	0.2*
<b>Nivel de escolaridad</b>								
Sin escolaridad y primaria incompleta	81.1	84.6	2.6	2.9	14.3	11.7	2.0	0.8
Primaria completa	90.7	90.4	2.0	3.1	5.9	6.0	1.4	0.5
Secundaria	95.7	96.0	1.9	1.8	1.8	1.8	0.6	0.5
Preparatoria y más	98.2	98.5	0.9	0.8	0.6	0.5	0.3	0.2
<b>Lugar de residencia</b>								
Rural	89.3	91.7	1.9	2.1	7.6	5.6	1.2	0.6
Urbano	96.8	97.5	1.4	1.3	1.2	0.9	0.5	0.3
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>								
Habla lengua indígena	73.0	79.0	3.0	3.3	21.0	16.6	3.0	1.1
No habla lengua indígena	96.4	97.2	1.4	1.4	1.6	1.0	0.5	0.3

\*Insuficiente número de casos para la estimación del indicador.

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

Aunque puede salvar vidas, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo, ya que la intervención quirúrgica aumenta la probabilidad de hemorragia, de infección, de extirpación de la matriz y de lesiones a órganos vecinos (OPS/OMS, 2015). En México, la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna, y esa complicación tiene una más alta relación con la cesárea que con el parto vaginal (CONEVAL, 2012).

En este sentido, a nivel nacional, en 2018, se obtuvo que poco más de la mitad (53.9%) de los partos fueron vía vaginal, y el resto (46.1%) por cesárea. Del total de mujeres cuyo parto fue por cesárea se estimó que 49.5 por ciento fue por una situación de emergencia y la otra mitad (50.5%) fue programada (véase gráfica 9.4). Esto datos contradicen a lo establecido en la NOM-007 a través del documento “Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea”, donde se enfatiza que la alta frecuencia de cesáreas se considera un problema de salud pública que se relaciona principalmente a la seguridad que ofrece una alta satisfacción entre él o la médico(a) y la paciente, asimismo también puede atribuirse a la poca experiencia en las y los obstetras jóvenes, temor a problemas medico legales, presión de la paciente al personal médico y causas fisiológicas de la mujer como la edad, el índice de masa corporal o incluso la violencia obstétrica ejercida sobre la mujer (CENETEC, 2014).

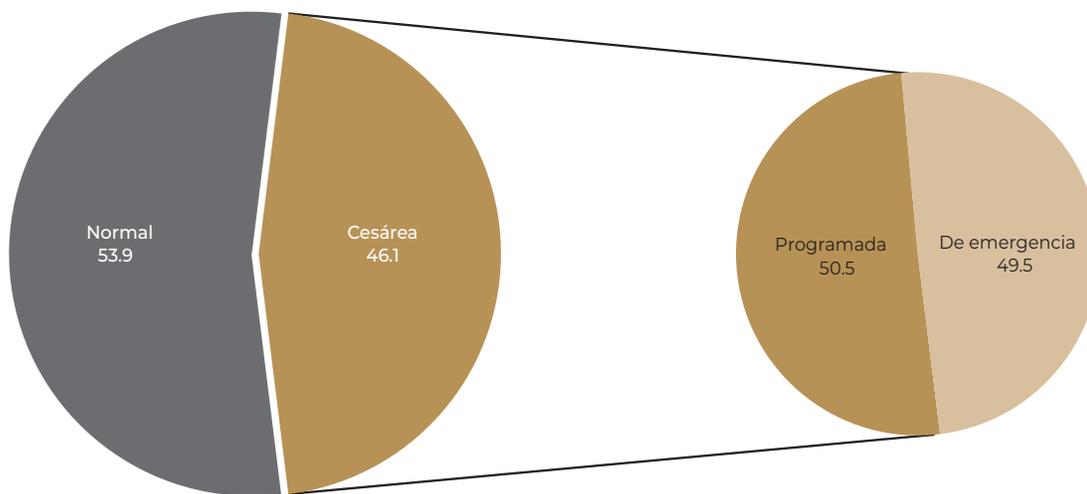
Otro aspecto no menos importante es la atención durante el puerperio. La NOM-007 establece que toda aquella o aquellas instituciones que proporcionen atención obstétrica también deberán brindar las atenciones necesarias durante el puerperio, como el inicio de la lactancia materna, proporcionar a la paciente y a su pareja información de calidad, oportuna y veraz sobre la identificación de signos y síntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental de él o la recién nacido(a) y la madre, así como el plan de alimentación a seguir por parte de la madre. El cuidado de la mujer durante el puerperio, permite identificar factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y atender las complicaciones de manera oportuna, involucrando a la mujer, su familia

y la comunidad para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y él o la neonato(a) (ss, 2014). En la NOM-007 se establece que, a lo largo del puerperio, se deberán proporcionar al menos dos consultas, la primera dentro de los 15 días posteriores al parto y la segunda al final del puerperio, durante el transcurso entre consultas se debe enfatizar sobre la importancia de vigilar la involución uterina, los loquios,<sup>73</sup> la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura, para la prevención y detección de complicaciones.

De acuerdo a resultados de la ENADID 2018 en México, siete de cada diez mujeres (73.6%) se atendieron durante el puerperio. En las entidades federativas, se observa que menos de la mitad (44.1%) de las mujeres de Chiapas continúan con la atención médica durante esta etapa, seguida por 58.4 por ciento de mujeres en Oaxaca y 63.7 por ciento en Sinaloa, mientras que las entidades con alto porcentaje son Hidalgo, con 86.6 por ciento, la Ciudad de México y San Luis Potosí con 85.6 por ciento (véase gráfica 9.5). Estos resultados indican que deben reforzarse las acciones que se están implementando para que las mujeres regresen después del parto a las revisiones durante el puerperio, debido a que incluso los porcentajes disminuyen respecto al porcentaje que asiste a las revisiones prenatales.

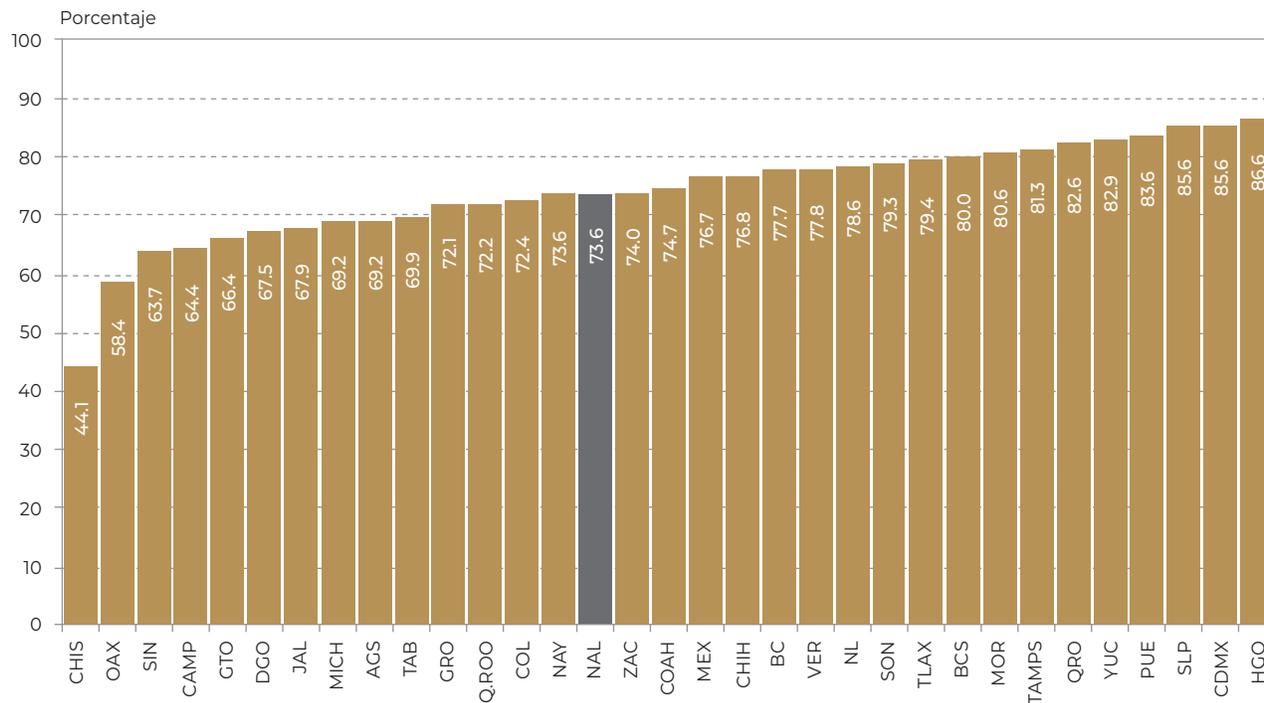
<sup>73</sup> Flujo sanguinolento que sale del aparato genital de la mujer en las dos primeras semanas después del parto y puede durar hasta un mes.

**Gráfica 9.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta según tipo de parto, 2018



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

**Gráfica 9.5.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que se atendieron durante el puerperio por entidad federativa, 2018



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

### 9.3. Anticoncepción posparto y lactancia materna

La normativa que el sector salud establece para la atención de las mujeres durante el puerperio contiene un plan de acción que incluye la consejería, priorizando mensajes de promoción y prevención con énfasis en lactancia materna exclusiva, uso de métodos anticonceptivos, y que puedan identificar síntomas que afecten su salud, cuidados del recién nacido(a), medidas de higiene para evitar infecciones, entre otras (Olivares, 2009).

La anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, contribuye a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo, al promover un espaciamiento intergenésico de al menos dos años, lo que favorece la planeación de las y los hijos(as) y contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que pueden concluir en abortos en condiciones de riesgo, asimismo los embarazos

con espaciamiento corto plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijos e hijas (ss, 2002).

La prestación de servicios de planificación familiar con calidad después del parto o de un aborto, permite que las mujeres elijan métodos anticonceptivos más seguros y eficaces, ya que la información y los servicios le son más accesibles. Las usuarias toman decisiones informadas y están más satisfechas, por ello, los y las prestadores de los servicios deben estar capacitados(as) para brindar información confiable y, en las instancias de salud deben disponer de toda la gama de métodos anticonceptivos de manera que se ofrezca el más adecuado a las necesidades de las mujeres (Starrs *et al.*, 2018).

En México aún no es universal el porcentaje de mujeres que adoptaron un método anticonceptivo después del parto para espaciar los nacimientos, aunque se observó que entre 2014 y 2018 aumentó de 51.8 a 54.5 por ciento (véase cuadro 9.3). Al analizar por grupos de edad de las mujeres en edad fértil (MEF) al momento del parto, se observa que las adolescentes (15 a 19 años) fueron

**Cuadro 9.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por características seleccionadas, 2014 y 2018

Características seleccionadas	2014	2018
Total	51.8	54.5
Grupos de edad		
15-19	46.6	53.7
20-24	42.6	45.1
25-29	45.4	46.1
30-34	49.6	52.5
35-39	54.3	56.4
40-44	57.9	60.2
45-49	57.3	60.4
Lugar de residencia		
Rural	50.9	53.6
Urbano	52.1	54.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla lengua indígena	53.5	55.8
No habla lengua indígena	51.7	54.4

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

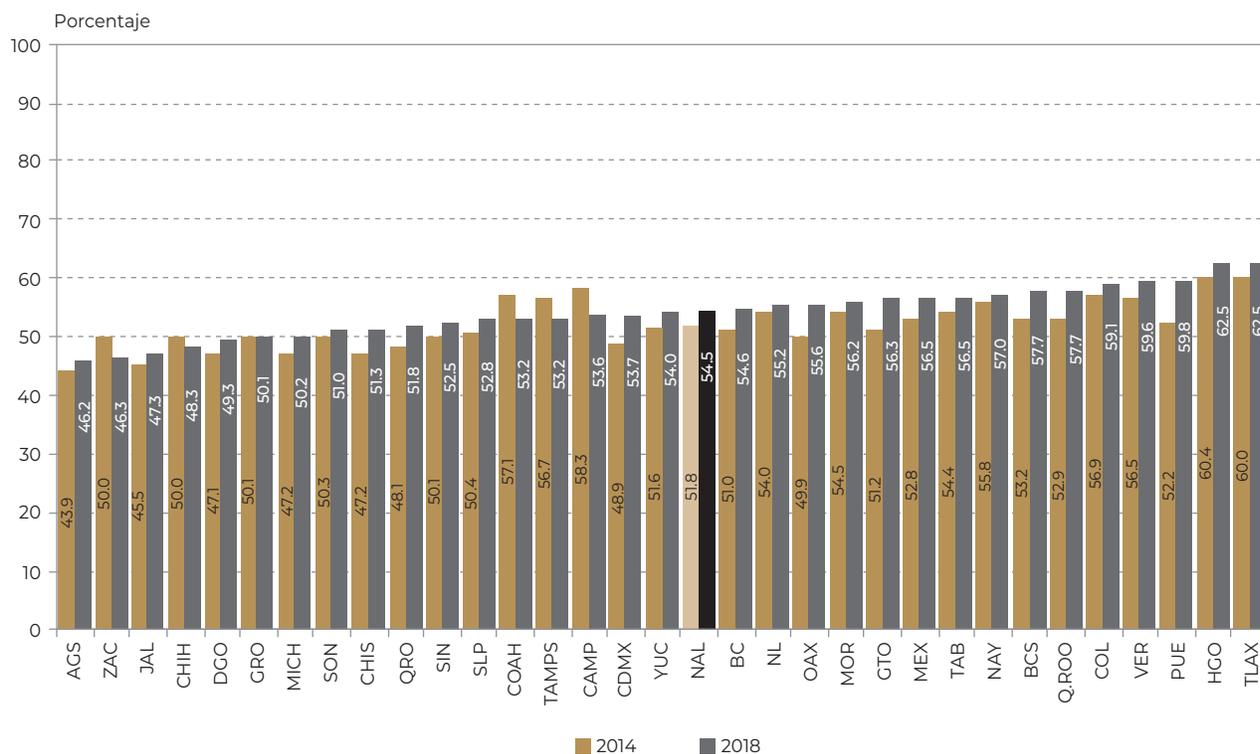
las que más incrementaron dicho porcentaje (7.1 puntos porcentuales) de 2014 a 2018, pasando de 46.6 a 53.7 por ciento. Asimismo, se observa que desde 2014 las mujeres entre 20 y 24 años y las de 25 a 29 años presentan los más bajos porcentajes de usuarias después del parto, aunque aumenta de 42.6 a 45.1 por ciento entre las de 20 a 24 años y de 45.4 a 46.1 entre las de 25 a 29 años. Los más altos porcentajes de usuarias tras un evento obstétrico se ubican entre las mujeres en los últimos grupos de edad (40 a 44 y de 45 a 49 años). Los datos indican que cerca de dos terceras partes de las mujeres en estos grupos de edad adoptaron un método anticonceptivo después del parto, al pasar de 57.9 a 60.2 por ciento y de 57.3 a 60.4 por ciento entre ambas encuestas, respectivamente.

Asimismo, se observa que, por lugar de residencia de la mujer, las diferencias de adopción de un método anticonceptivo después del parto desde 2014 todavía no son considerables y en ambas zonas de residencia se incrementó el porcentaje de usuarias, así en zonas rurales pasó de 50.9 a

53.6 por ciento y en urbanas de 52.1 a 54.7 por ciento, destacándose que solo la mitad de las mujeres después del parto están adoptando un método anticonceptivo, sin importar el lugar de residencia. En el caso de las hablantes de lengua indígena se obtuvo que el porcentaje de adopción del anticonceptivo aumentó de 53.5 a 55.8 por ciento entre 2014 y 2018, y lo mismo ocurrió entre mujeres no hablantes de lengua indígena (51.7% a 54.4%) pero llama la atención que tanto en 2014 como en 2018 estos porcentajes son menores a los que presentan las hablantes de lengua indígena.

Al considerar la entidad de residencia de las mujeres se obtuvo que, en la mayoría entre 2014 y 2018, se incrementó el porcentaje de mujeres que adoptaron un método anticonceptivo después del parto y solo en cinco entidades federativas disminuyó, las cuales fueron, Campeche con 4.7 puntos porcentuales menos, Coahuila con 3.9, Zacatecas con 3.7, Tamaulipas con 3.5 y Chihuahua con 1.7 puntos porcentuales menos (véase gráfica 9.6). Asimismo, se identificó que

**Gráfica 9.6.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2014 y 2018



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

las entidades con mayor incremento de usuarias después del parto fueron Puebla con 7.6 puntos porcentuales, Oaxaca con 5.7 puntos y Guanajuato con 5.1 puntos. Así en 2018 se identifica que las entidades que presentan el mayor porcentaje son Tlaxcala (62.5%), Hidalgo (62.5%) y Puebla (59.8%) y las entidades con el más bajo porcentaje fueron Aguascalientes (46.2%), Zacatecas (46.3%) y Jalisco (47.3%).

Estos resultados muestran que pese a los esfuerzos del sector salud con los programas dirigidos a la atención materna, solo la mitad de las mujeres después del parto adquieren un método anticonceptivo y lo que llama la atención, es que la falta de orientación y acceso a métodos anticonceptivos se presenta, tanto, en población con las mejores condiciones de desarrollo, como la que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad. Esto muestra una ventana de oportunidad en la atención del sector salud respecto a la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva, dado que afortunadamente se ha logrado que casi todas las mujeres sean atendidas durante el parto por personal calificado, lo que indica que la mayoría de las mujeres son población cautiva por lo menos durante el embarazo.

Como ya se mencionó, la lactancia materna exclusiva es otro de los aspectos sobre los cuales deben recibir información y orientación las mujeres en la etapa del puerperio. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a las y los niños(as) pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, por ello, la OMS (2017) la recomienda como modo exclusivo de alimentación durante los 6 primeros meses de vida; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

En México se obtuvo que en 2018, la mayoría (93.5%) de las mujeres lactaron a sus hijos(as), sin embargo el porcentaje cambia dependiendo de la entidad de residencia de las mujeres, por ejemplo, en Guerrero y Oaxaca los porcentajes aumentan 97.4 y 96.7 por ciento, respectivamente. Dichos resultados frecuentemente se asocian a las características culturales de ambas entidades por ser predominantemente indígenas,

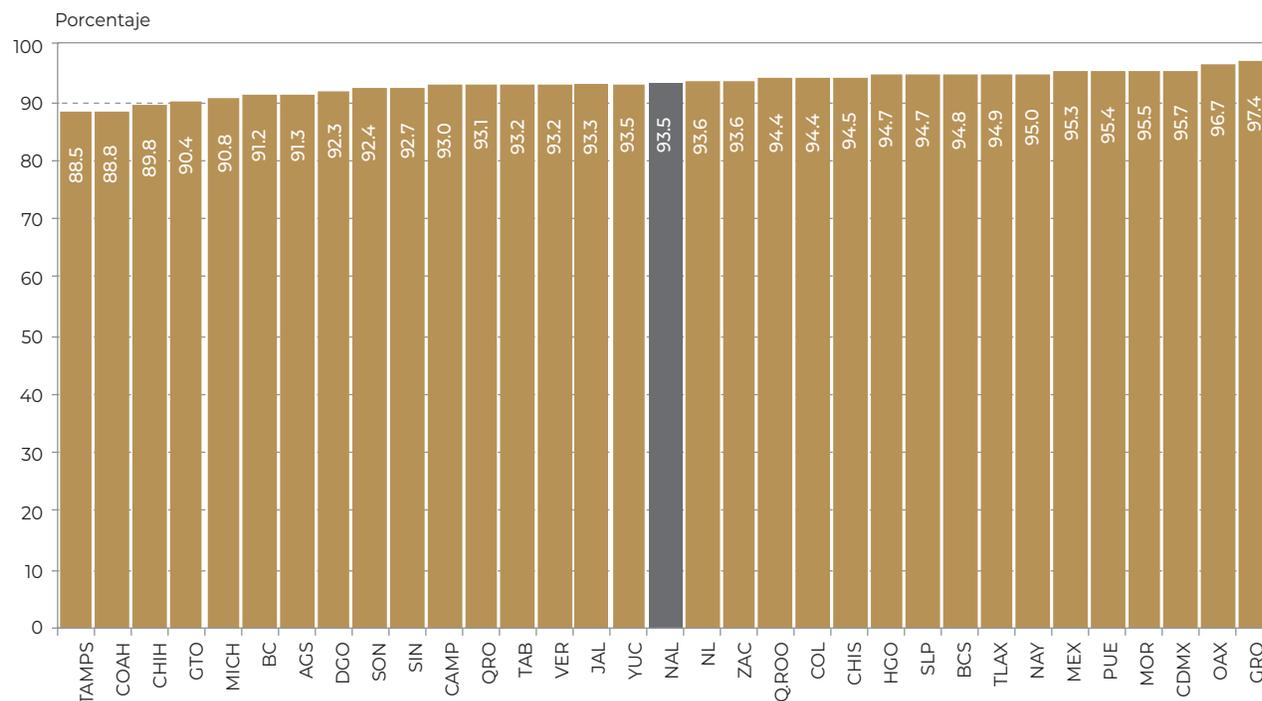
pero llama la atención que también la Ciudad de México<sup>74</sup> se ubica con alto porcentaje (95.7%) de mujeres que brindan lactancia exclusiva a sus hijos(as); mientras que las entidades con bajo porcentaje de mujeres que lactaron fueron Tamaulipas con 88.5 por ciento, Coahuila con 88.8 por ciento y Chihuahua con 89.8 por ciento, dichas entidades se caracterizan por ser más industrializadas, lo que posiblemente influye a que las mujeres deban incorporarse a los centros de trabajo dificultando la lactancia exclusiva (véase gráfica 9.7). De allí la importancia del apoyo e involucramiento familiar y de que en los ámbitos laborales se adopten medidas que favorezcan y faciliten la lactancia materna (OMS, 2017).

Asimismo, a nivel nacional en 2018 se encontró que el tiempo promedio de lactancia exclusiva es de 12.3 meses, la cual es mayor al tiempo sugerido por la OMS sobre lactancia exclusiva que, como se mencionó anteriormente es de 6 meses. Entre las entidades federativas de residencia de las mujeres, se observa que en Oaxaca, Campeche y Chiapas el tiempo promedio de lactancia aumenta a 15.3, 14.7 y 14.3 meses, respectivamente, mientras que, en Durango, Baja California y Nuevo León disminuye a 10.6 y 10.7 meses en promedio (véase gráfica 9.8). En este sentido, es necesario el reforzamiento de acciones que permitan sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de brindar lactancia a partir del nacimiento de sus hijos(as) con el fin de lograr una práctica universal, y ampliar el tiempo de lactancia a los dos primeros años de vida.

Para brindar una mejor orientación o generar acciones para impulsar la lactancia materna es necesario conocer cuáles son las razones que determinaron que una mujer no pueda amamantar a su hijo(a). De acuerdo a la ENADID 2018, se obtuvo que, 38.2 por ciento de las mujeres que no dieron leche materna al recién nacido(a), fue porque nunca tuvo leche; 22.5 por ciento debido a la enfermedad que ella o su hijo(a) padecían, 20.2 por ciento porque el niño o la niña la rechazó, 14.1 por ciento

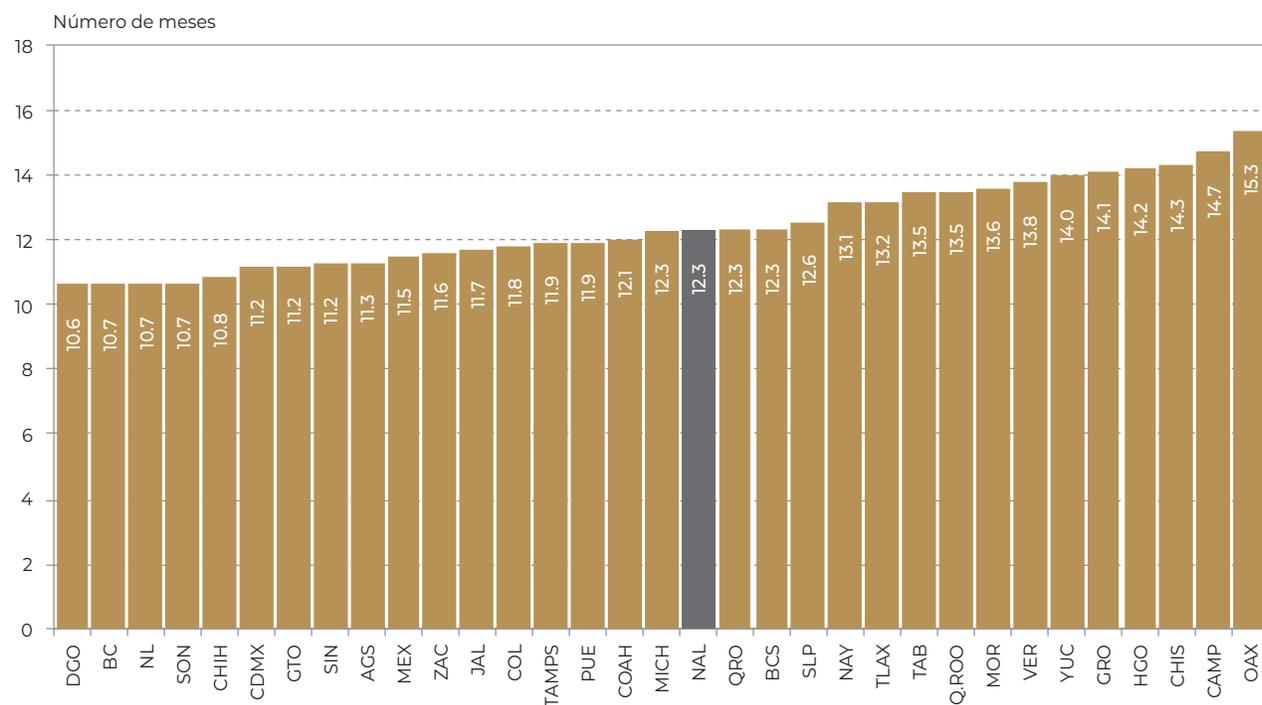
<sup>74</sup> Hay estudios que muestran la importancia para el desarrollo cognitivo y los efectos benéficos en la salud tanto para la madre como para los bebés en el corto y largo plazo. Estas mujeres residentes de la Ciudad de México pueden estar más informadas y por eso es tan alto. (Binns, 2016)

**Gráfica 9.7.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que dieron leche materna al recién nacido(a) por entidad federativa, 2018



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

**Gráfica 9.8.** Número de meses promedio que las mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta dieron leche materna al recién nacido(a) por entidad federativa, 2018

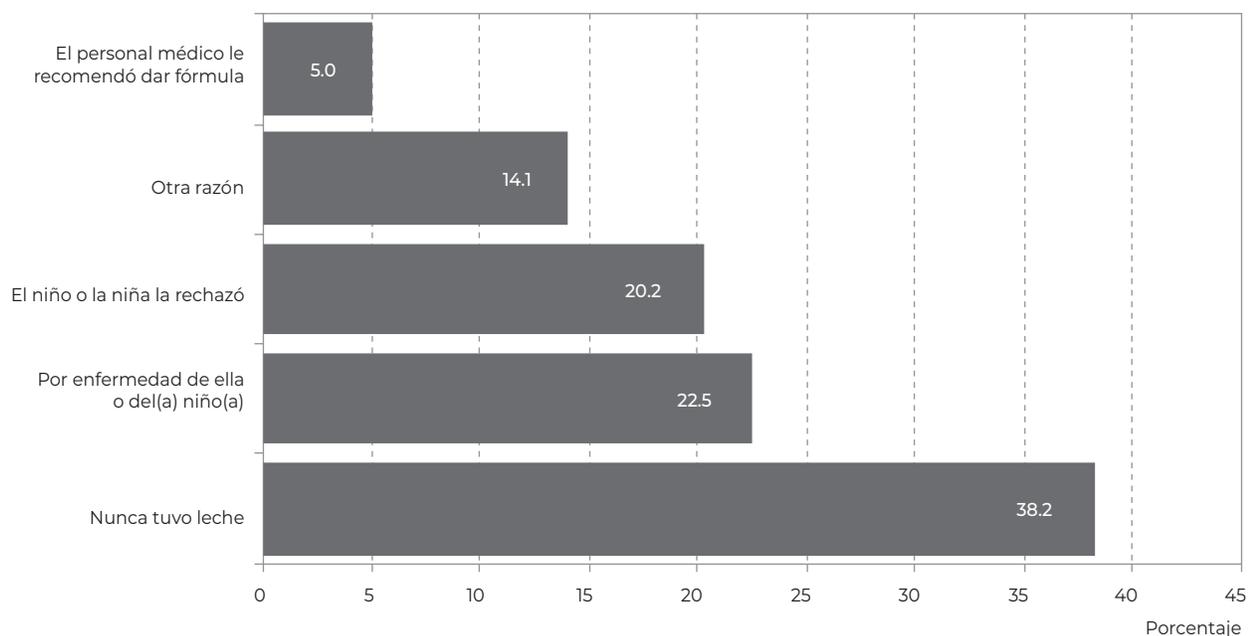


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

por otra razón y 5.0 por ciento porque el personal médico le recomendó fórmula (véase gráfica 9.9). Llama la atención que un alto porcentaje se concentre en otra razón y desafortunadamente no se pueda acceder a las diferentes respuestas, para

verificar si en realidad eran razones diferentes a las antes expuestas e identificar realmente otras que también contribuyan en el mejoramiento de acciones y programas para incentivar la lactancia materna.

**Gráfica 9.9.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta según razón de no amamantamiento, 2018



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

## 9.4 Razón de mortalidad materna

En México se han implementado y apoyado planes y prioridades en convenios internacionales, como son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el que se busca dar cumplimiento a cuatro de los objetivos establecidos para alcanzar la Meta 3.1 y Meta 3.2, en los que se dicta reducir la razón de mortalidad materna, a partir de aumentar la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado y disminuir la tasa de mortalidad infantil y, del cumplimiento de la meta 3.7 donde se propone garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (UNFPA, 2019). Asimismo, participa en la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y

la adolescencia 2016-2030, establecida por la OMS que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, las niñas y adolescentes, transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido(a), la madre y el niño o niña sobreviva y se desarrolle en un entorno que le permita prosperar (OMS, 2015).

En este sentido, la Agenda 2030 de los ODS establece que, México debe sumar esfuerzos para lograr reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos(as) vivos(as). De acuerdo con datos oficiales de la Secretaría de Salud, la razón de mortalidad materna (RMM),<sup>75</sup>

<sup>75</sup> La RMM deriva de dividir el número de muertes maternas (defunciones de mujeres mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención), en un determinado año, por cada 100 mil nacidos(as) vivos(as) en ese mismo año.

pasó de 89.3 defunciones de mujeres por cada cien mil nacidos(as) vivos(as) en 1990 a 75.4 defunciones para el año 2000, es decir en 10 años logró disminuir en 15.6 por ciento. Para el año 2018, la cifra bajó a 34.6 muertes por cada 100 000 nacidos(as) vivos(as), en este contexto se puede concluir que México ha alcanzado la meta a nivel internacional (véase gráfica 9.10).

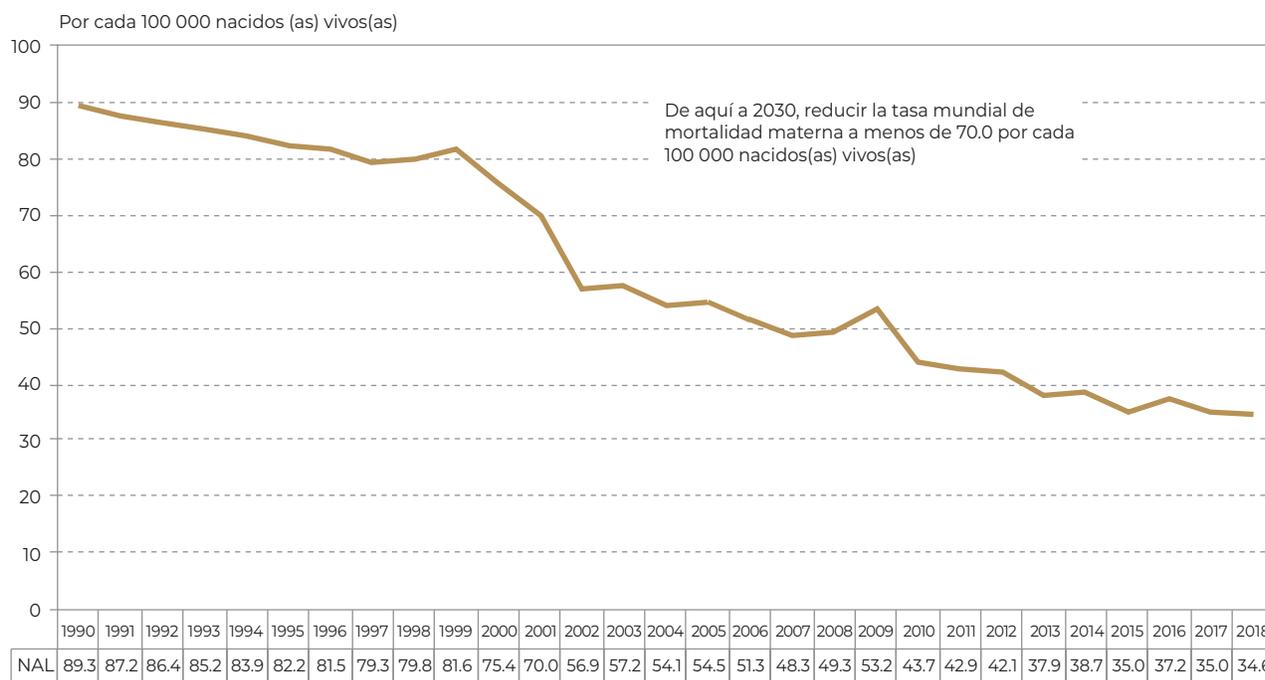
Sin embargo, el acceso diferenciado a los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel estatal es muy visible a pesar de que todas las entidades en 2018 superan la meta propuesta en los ods respecto a la razón de mortalidad materna, todavía Chiapas (62.3), Nayarit (57.7), Durango (53.4), Yucatán (52.6), Chihuahua (52.3) y Oaxaca (51.4), se encuentran por arriba de las 50 muertes por cada 100 000 nacidos(as) vivos(as); mientras que, Colima, San Luis Potosí y Guanajuato, presentan razones de muerte materna de 14.8, 15.2 y 20.8 muertes por cada cien mil.

Estos resultados muestran que, aún existen obstáculos que impiden que las mujeres accedan a los servicios, los cuales se relacionan a la atención

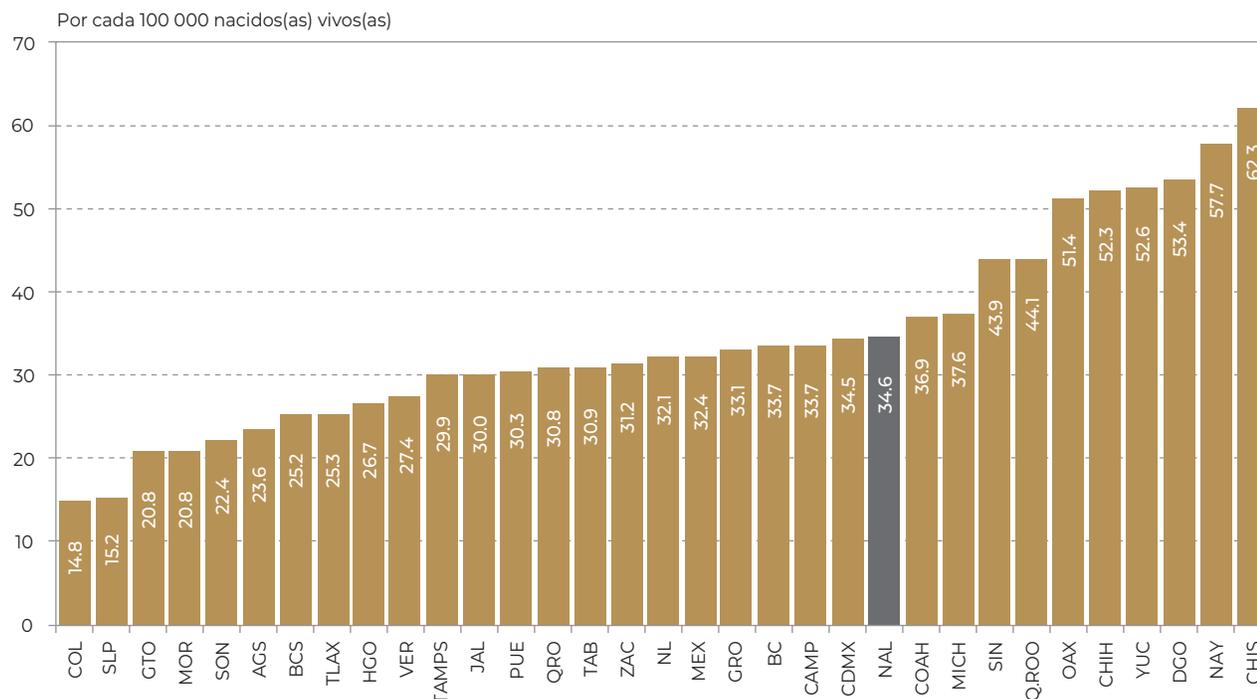
de baja calidad, la falta de instalaciones e insumos, las leyes discriminatorias y el tratamiento despectivo por parte de los(as) proveedores(as) de servicios, entre otros (UNFPA, 2019).

Incrementar la inversión en servicios de salud sexual y reproductiva incluida la anticoncepción y alcanzar la cobertura completa de servicios maternos y neonatales, implica la reducción de la mortalidad materna y la necesidad de recurrir al aborto (Riley, 2017). Pero además, la preparación de las y los prestadores(as) de servicios es relevante para ofrecer una atención adecuada y es un factor indispensable de la planificación familiar; de esta forma se espera que el prestador(a) de estos servicios pueda brindar orientación suficiente sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos; sobre las contraindicaciones, los efectos secundarios y dar el seguimiento apropiado, incluido el cambio de método; que ayude a afrontar cuestiones relacionadas con el contexto de uso y de las preocupaciones de la pareja para no obstaculizar el acceso a los anticonceptivos, su adopción y la continuación de uso de éstos (UNFPA, 2019).

**Gráfica 9.10. República Mexicana. Razón de mortalidad materna, 1990-2018**



Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.  
Fuente: SS. Base de datos del Subsistema de información sobre nacimientos. INEGI y SS. Bases de datos de mortalidad.

**Gráfica 9.11. Razón de mortalidad materna por entidad federativa, 2018**

Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.  
Fuente: SS. Base de datos del Subsistema de información sobre nacimientos. INEGI y SS. Bases de datos de mortalidad.

## 9.5 Mortalidad infantil

Otras de las implicaciones de la falta del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva es la mortalidad infantil, ya que, para evitar estas muertes son esenciales, un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Con la atención antes del parto, la madre puede mejorar las probabilidades de supervivencia y la salud de su hijo(a), por ello, debe acudir y acceder a las consultas de atención prenatal, recibir las vacunas que requiera y evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas (OMS, 2019).

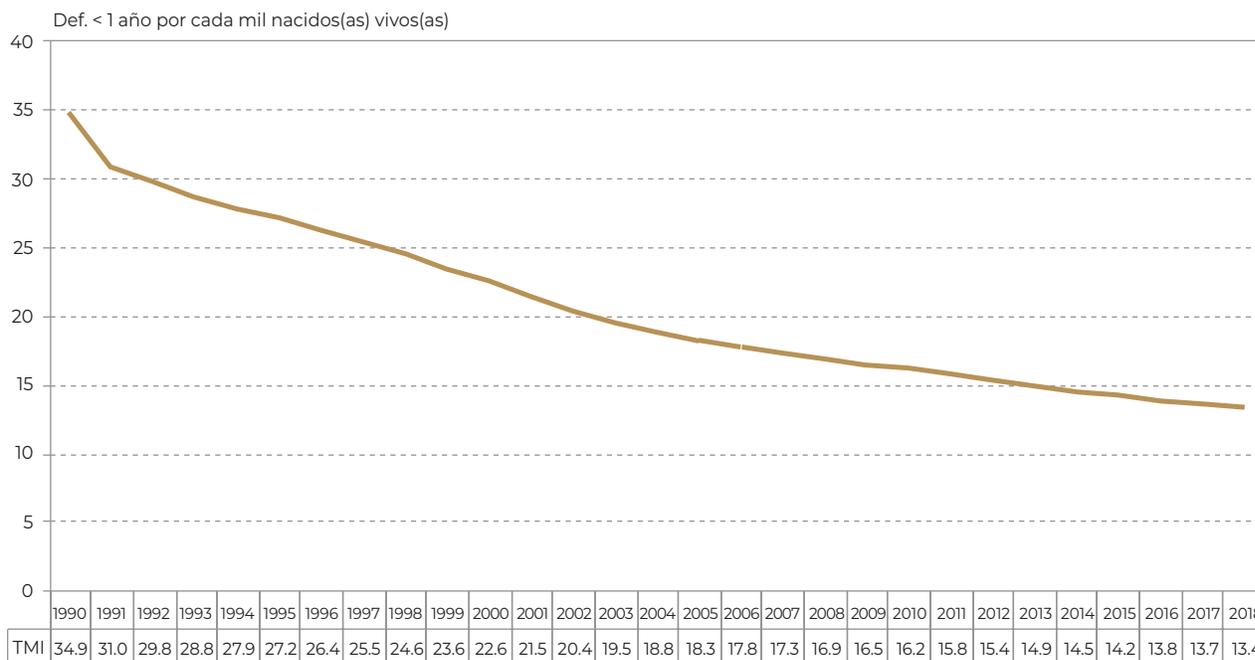
En el país, se ha detectado que la gran mayoría de muertes infantiles son prevenibles porque existe el conocimiento y la tecnología para que no sucedan y con frecuencia están relacionadas con la falta de acceso a una alimentación adecuada y servicios de salud de calidad. En tanto que las mujeres, niñas y niños que mueren viven en condiciones de pobreza, dichas muertes constituyen una violación al derecho a la salud y la alimentación, siendo el reflejo de una enorme y persistente desigualdad social. La desigualdad es un determinante de

particular relevancia en países de ingreso medio, como México, ya que a pesar de que las tasas de mortalidad materna e infantil no son tan elevadas como en África o Asia, éstas se concentran en un segmento muy concreto de la población: personas que viven en condiciones de pobreza en zonas rurales, zonas urbanas marginadas y en gran medida en poblaciones indígenas (Save the Children, 2015).

De acuerdo con resultados obtenidos por CONAPO (2018), se observa que la Tasa de Mortalidad Infantil<sup>76</sup> (TMI) ha descendido de forma constante de 1990 a 2018, aunque el ritmo de descenso es menor con el paso de los años. Entre 1990 y 2000, la TMI disminuyó en 35.2 por ciento, pasando de 34.9 a 22.6 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos(as) vivos(as); entre 2000 y 2010 baja en 28.3 por ciento, alcanzándose una tasa de 16.2 defunciones y entre 2010 y 2018 la tasa cae en 17.3 por ciento, ubicándose en 2018 con 13.4 decesos de menores un año (véase gráfica 9.12).

<sup>76</sup> Es el cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período y el total de nacidos(as) vivos(as) del mismo período, por mil.

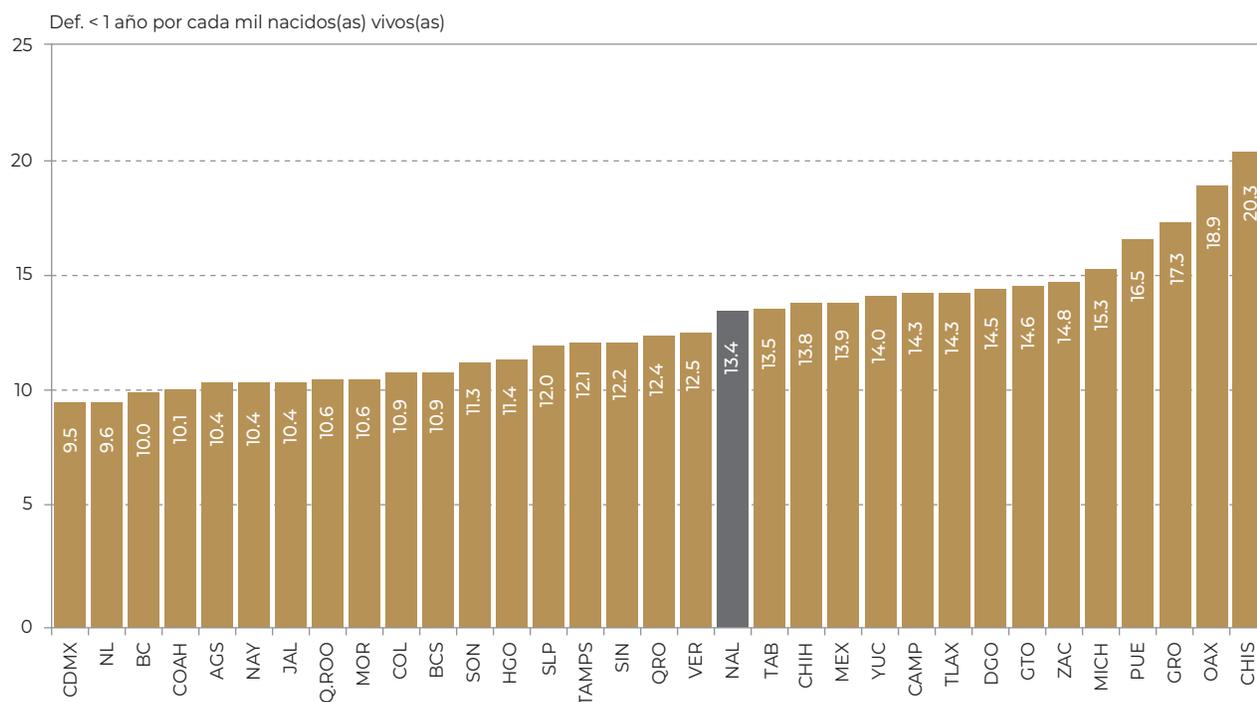
**Gráfica 9.12. República Mexicana. Tasa de Mortalidad Infantil, 1990-2018**



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

Al analizar el indicador por entidad federativa, se observa que efectivamente las altas tasas de mortalidad infantil se ubican en entidades con mayor rezago socioeconómico y de predominancia indígena (véase gráfica, 9.13), en Chiapas con 20.3 defunciones, Oaxaca con 18.9 y Guerrero con 17.3; mientras que las entidades con alto desarrollo son las que presentan las más bajas tasas, la Ciudad de México con 9.5, Nuevo León con 9.6 y Baja California con 10.0 defunciones por cada mil nacidos(as) vivos(as).

Finalmente, estos resultados demuestran la necesidad de trabajar la universalización de los servicios de salud sexual y reproductiva, ya que, para disminuir la mortalidad infantil, la Conferencia Económica de América Latina y El Caribe (CEPAL) recomienda mejorar las intervenciones en salud dirigidas a la mujer antes y durante el embarazo, incrementar la lactancia materna y mejorar las condiciones sanitarias (Duarte *et al*, 2015).

**Gráfica 9.13. Tasa de Mortalidad Infantil por entidad federativa, 2018**

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

## Conclusiones

Como se ha visto, en México se han logrado avances importantes en cuanto a la atención prenatal, la mayoría de las mujeres asiste a revisiones en el primer trimestre del embarazo y acuden por lo menos mes con mes a su revisión durante el embarazo, además de ser atendidas por personal especializado durante el parto. Sin embargo, se sigue identificando que todavía un porcentaje importante de mujeres que son adolescentes, que tienen baja o nula escolaridad, que residen en zonas rurales, y que son hablantes de lengua indígenas, siguen sin tener acceso a estos servicios durante el embarazo.

Asimismo se observa, que es importante reforzar la capacitación de las y los prestadores(as) de servicios que brindan la atención prenatal y posnatal, mientras que las instituciones de salud deben, con la instrumentación adecuada, realizar las pruebas necesarias durante la atención prenatal y con ello, prevenir y atender oportunamente las enfermedades tanto de la madre como de él o la recién nacido(a), en este caso una de

cada cuatro mujeres que acudieron a sus revisiones prenatales no les aplican la prueba del VIH y en esa misma proporción tampoco recibieron información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, información que es esencial para que las mujeres y sus parejas puedan planear el nacimiento del(a) siguiente hijo(a), o en su caso tomar la decisión informada de limitar su descendencia, lo que también favorece la salud y cuidados de sus hijos(as).

La falta de información y orientación sobre métodos anticonceptivos se ve reflejada en el moderado porcentaje de mujeres que adquieren un método anticonceptivo después del parto, en general solo la mitad de las mujeres cuenta con opciones de planificación y la otra mitad continúa expuesta a tener embarazos no planeado o no deseados o de contraer infecciones de transmisión sexual, poniendo en riesgo la estabilidad de la familia.

Por ello, es emergente que “Todos los sistemas de salud deben definir y proporcionar un paquete esencial de servicios de salud sexual y reproductiva universalmente disponibles,

integrados y de calidad en el ámbito de la atención primaria y la remisión”, estos paquetes deben incluir servicios de planificación familiar; servicios relacionados con el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y el aborto seguro cuando sea legal;<sup>77</sup> y servicios de remisión en el caso de cánceres del sistema reproductivo (UNFPA 2019).

Asimismo, es importante destacar que, actualmente en el país, la razón de mortalidad materna se encuentra por debajo de la razón de muerte establecida como meta en los ODS, 70 por cada 100 000 nacidos(as) vivos(as). Sin embargo, se identifica que sigue prevaleciendo en población en condiciones de vulnerabilidad. De igual forma, coincide que las altas tasas de mortalidad infantil, ocurran en ese tipo de poblaciones, en las que, además si se asocia a fecundidad adolescente, los(as) hijos(as) de adolescentes corren el mayor riesgo de mortalidad infantil y en la infancia, así como retraso en el crecimiento y anemia (UNFPA, 2019).

Finalmente, el “Derecho a los servicios de salud pre y post natales” en México, se han cumplido de manera parcial, debido a que no se ha logrado eliminar las desigualdades sociales económicas e interculturales que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud y educativos que les permitan a las mujeres y hombres tener conocimiento necesario para exigir su derecho a una atención de calidad y asequible, durante y después del embarazo. Asimismo, la OMS recomienda que, es importante reforzar las fuentes de información para detectar afecciones y cambios en la salud de la mujer embarazada y de su(s) recién nacidos(as) por violencia de pareja.

## Bibliografía

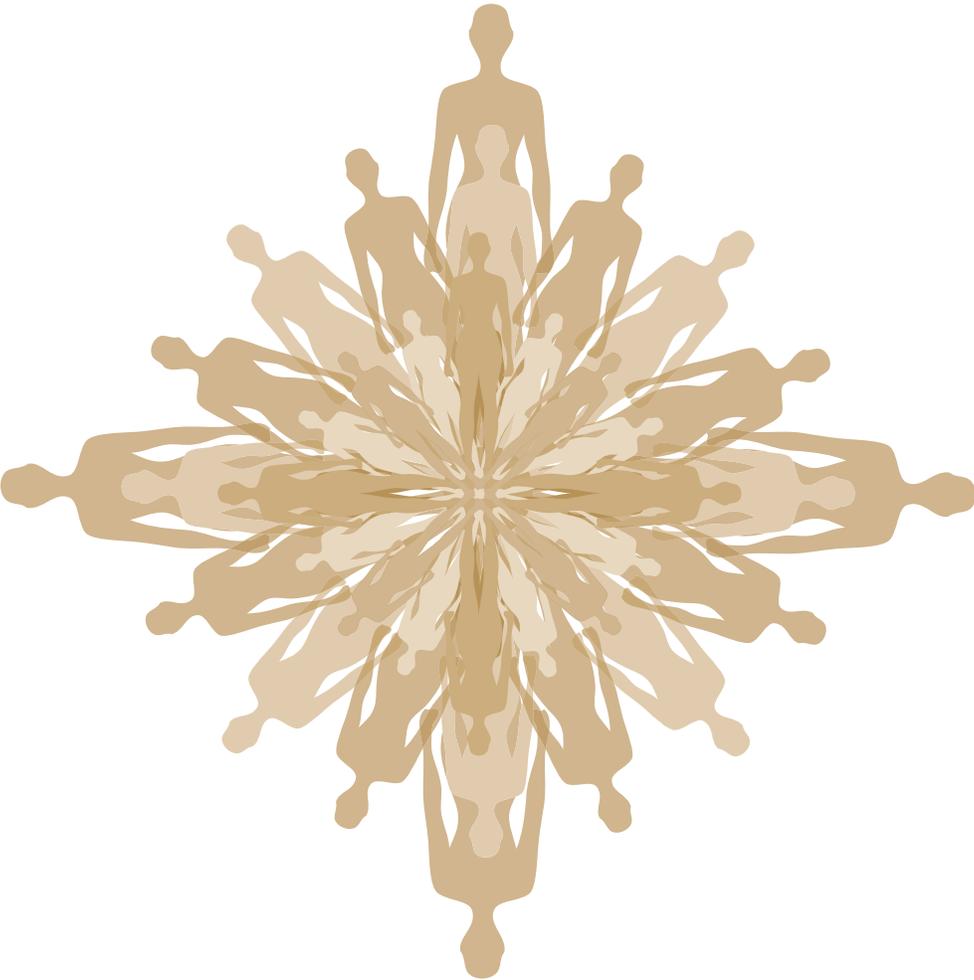
- Binns, C., MiKyung, L., Wah Yun, L. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. Revista de Asia Pacífico de Salud Pública. Volumen: 28 número: 1, páginas: 7-14. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1010539515624964>
- CENETEC [Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud] (2014). Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México. Instituto Mexicano de Seguro social. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048\\_GPC\\_Cesarea/IMSS\\_048\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf)
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011). Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/perfiles-de-salud-reproductiva-2011>
- (2018). Conciliación Demográfica de la Población, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México, 2016-2050. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-174962?idiom=es>
- CONEVAL [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social] (2012). Evaluación estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. [https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME\\_MORTALIDAD\\_MATERNA.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf)
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Duarte-Gómez, M., Núñez-Urquiza, R., Restrepo- Restrepo, J. y López-Collada, V. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 72(3), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.004>
- Huezo, C., y Diaz, S. (1993). Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. Advances in contraception: the

<sup>77</sup> El aborto solo es legal en la Ciudad de México y Oaxaca, véase capítulo 5.

- official journal of the Society for the Advancement of Contraception, 9(2). <https://doi.org/10.1007/BF01990143>
- Lenzer, J. (2016). How Cuba eliminated mother-to-child transmission of HIV and syphilis. *BMJ*. <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1619.full>
- Olivares, C. N. (2009). Factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos post parto en el Centro de Salud con camas “Bello Amanecer” Quilalí-Nueva Segovia Enero-junio, 2009. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2013). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Ginebra. [https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential\\_nutrition\\_actions/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/)
- (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=6CB007D1C0DC4793106A3EB66B778BE8?sequence=1>
- (2017). Semana mundial de la lactancia materna, Nota de prensa del 1-7 de agosto de 2017. <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
- (2019). Reducción de la mortalidad en la niñez. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334\\_spa.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1)
- OPS/OMS [Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud], (2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria Ginebra/ Washington, DC, 10 de abril de 2015. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-debe-ria-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-debe-ria-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es)
- Riley, T., Sully, E., Lince-Deroche, N. et al. (2019). Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Methodology Report. The Alan Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- Save the Children (2015). Salud infantil en México. Análisis exploratorio de la Política Pública y presupuestal 2000-2015. Marco de Desarrollo Post-2015 y los retos para la Supervivencia Infantil. <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/b3/b35e94f2-51c0-4740-9350-Odd5e9de10aa.pdf>
- SS [Secretaría de Salud] (2002). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
- (2014). Programa de Acción Específico. Salud Materna y perinatal, 2013-2018. [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf)
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G. et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, volumen 391, issue 10140, pp. 2642-2692, junio 30, 2018. Publicado en mayo de 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- UN [Naciones Unidas] (2017). “Asamblea General sobre la labor de la Comisión de Estadística relativa a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/71/313)”, 6 de julio de 2017. <https://undocs.org/A/RES/71/313>
- UN-CEPAL [Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina] (2015). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a

15 de agosto de 2013. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)

UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2019). Estado de la Población Mundial 2019. Un asunto pendiente: la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. <https://mexico.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblacion-mundial-2019-3>



# Índice de gráficos y cuadros

## Capítulo 1

- Gráfica 1.1.** República Mexicana. Porcentaje de entrevistas completas, incompletas y tasa de no respuesta en las viviendas al final del levantamiento de la ENADID 2014 y 2018 por coordinación estatal
- Gráfica 1.2.** República Mexicana. Pirámides de población con base en diversas fuentes, 2014, 2015 y 2018
- Gráfica 1.3.** República Mexicana. Diferencia porcentual entre la población estimada con base en la ENADID 2018 y las proyecciones de población
- Cuadro 1.1.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, tasa global y sus precisiones estadísticas, 2012 y 2016
- Gráfica 1.4.** Tasas de fecundidad específicas y precisiones estadísticas, 2012 y 2016
- Gráfica 1.5.** Tasa global de fecundidad y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2012 y 2016
- Cuadro 1.2.** República Mexicana. Prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil sexualmente activas y sus precisiones estadísticas, 2014 y 2018
- Gráfica 1.6.** Prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 1.7.** Prevalencias anticonceptivas en mujeres en edad fértil sexualmente activas y precisiones estadísticas por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 1.8.** Correlación entre la tasa global de fecundidad (TGF) y la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil sexualmente activas por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 1.9.** Correlación entre la tasa de fecundidad adolescente (TFA) y la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en adolescentes sexualmente activas por entidad federativa, 2014 y 2018

## Capítulo 2

- Gráfica 2.1.** República Mexicana. Pirámides de población 1990, 2019 y 2030
- Gráfica 2.2.** República Mexicana. Volumen y tasa de crecimiento anual de las mujeres y hombres en edad fértil, 1990-2030
- Gráfica 2.3.** República Mexicana. Número y distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil por grupos quinquenales de edad, 2019 y 2030
- Mapa 2.1.** Porcentaje de mujeres y hombres en edad fértil, 2019
- Mapa 2.2.** Porcentaje de mujeres y hombres adolescentes (15 a 19 años), 2019
- Cuadro 2.1.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres y hombres en edad fértil, según características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 2.2.** República Mexicana. Mujeres en edad fértil por condición de actividad sexual según características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 2.3.** República Mexicana. Mujeres en edad fértil por condición de unión según características seleccionadas, 2014 y 2018

## Capítulo 4

- Gráfica 4.1.** República Mexicana. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por nivel de escolaridad, 2018
- Gráfica 4.2.** República Mexicana. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2018
- Gráfica 4.3.** República Mexicana. Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por condición de discapacidad, 2018

- Gráfica 4.4.** Edad mediana a la primera relación sexual para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018
- Gráfica 4.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por grupos de edad, 2014 y 2018
- Gráfica 4.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por nivel de escolaridad, 2014 y 2018
- Gráfica 4.7.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2014 y 2018
- Gráfica 4.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por condición de discapacidad, 2014 y 2018
- Gráfica 4.9.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 4.10.** Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 4.11.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que utilizaron en la primera relación sexual, 2018
- Cuadro 4.1.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que utilizaron en la primera relación sexual según características seleccionadas, 2018
- Gráfica 4.12.** Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual según entidad federativa, 2018
- Gráfica 4.13.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, total y por grupos de edad, 2018
- Gráfica 4.14.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2018
- Gráfica 4.15.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por características seleccionadas, 2018
- Gráfica 4.16.** Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por entidad federativa, 2018

## Capítulo 5

- Cuadro 5.1.** República Mexicana. Edad mediana al nacimiento del primer hijo(a) por características seleccionadas según generación de nacimiento de las mujeres, 2018
- Gráfica 5.1.** Edad mediana al nacimiento del primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) para dos generaciones de mujeres por entidad federativa, 2018
- Cuadro 5.2.** República Mexicana. Probabilidad acumulada de tener el(la) primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) antes de edades seleccionadas para dos generaciones de mujeres, 2018
- Gráfica 5.2.** República Mexicana. Tasa Global de Fecundidad, 1970-2050
- Mapas 5.1.** Tasa Global de Fecundidad, 2019 y 2030
- Gráfica 5.3.** República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad, 1990-2030
- Gráfica 5.4.** República Mexicana. Tasa de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años), 1970-2050
- Mapas 5.2.** Tasa de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años), 2019 y 2030
- Gráfica 5.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 15 años por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 5.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 18 años por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Mapas 5.3.** Tasa y razón de fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, 1990 y 2018
- Cuadro 5.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del intervalo protogenésico, 2014 y 2018

- Cuadro 5.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por duración del primer y segundo intervalo intergenésico, 2014 y 2018
- Cuadro 5.5.** República Mexicana. Promedio del número ideal de hijos(as) de mujeres en edad fértil por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 5.6.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según ideal de hijos(as), 2014
- Cuadro 5.7.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por paridez según ideal de hijos(as), 2018
- Cuadro 5.8.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por características seleccionadas según planeación y deseo del(a) último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a), 2018
- Gráfica 5.7.** República Mexicana. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990-2016
- Mapas 5.4** Tasa de aborto en mujeres en edad fértil, 1990-2016
- Gráfica 5.8.** República Mexicana. Tasas específicas de aborto por grupos quinquenales de edad y paridez, 1990-2016
- Gráfica 5.9.** República Mexicana. Tasa de aborto en mujeres en edad fértil por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 1990-2016

## Capítulo 6

- Gráfica 6.1.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años por sexo y grupos de edad según condición de asistencia escolar, 2017
- Gráfica 6.2.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes de 12 a 19 años por sexo y razones de abandono escolar, 2017
- Gráfica 6.3.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes por sexo y razones de abandono escolar según lugar de residencia, 2017
- Gráfica 6.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de niñas, niños y adolescentes por sexo y razones de abandono escolar según condición de habla de lengua indígena, 2017
- Gráfica 6.5.** República Mexicana. Porcentaje y distribución porcentual de las mujeres en edad fértil que han escuchado o visto información de métodos anticonceptivos total y por tipo de medio de comunicación, 2018
- Gráfica 6.6.** Porcentaje de mujeres en edad fértil que han escuchado o visto información sobre métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2018
- Cuadro 6.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo según características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 6.7.** Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento de al menos un método anticonceptivo según entidad federativa, 2018
- Gráfica 6.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimiento de existencia de cada tipo de método anticonceptivo, 2018
- Gráfica 6.9.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por condición de conocimiento funcional de cada método anticonceptivo, 2018
- Cuadro 6.2.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad según tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2018
- Cuadro 6.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por paridez según tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2018
- Cuadro 6.4.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por nivel de escolaridad según tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2018
- Cuadro 6.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo según lugar de residencia, 2018
- Cuadro 6.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo según condición de habla de lengua indígena, 2018

- Gráfica 6.10.** República Mexicana. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por tipo de método según condición de conocimiento funcional, 2018
- Gráfica 6.11.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva total y efectiva en mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método, 2018
- Cuadro 6.7.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos según características seleccionadas, 2018

## Capítulo 7

- Gráfica 7.1.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo, 2014 y 2018
- Gráfica 7.2.** República Mexicana. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.3.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.4.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Cuadro 7.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y unidas que usan métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 7.5.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.6.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 7.7.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos, prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.9.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.10.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos, 2014 y 2018
- Gráfica 7.11.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 7.12.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos y con necesidad insatisfecha de anticonceptivos por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 7.13.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

## Anexo 1

- Cuadro 1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 2.** Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018
- Cuadro 3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 4.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a los indicadores que permiten determinar la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por entidad federativa, 2014 y 2018

## Capítulo 8

- Gráfica 8.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 8.2.** Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 8.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2014 y 2018
- Gráfica 8.4.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por grupos de edad, 2014 y 2018
- Gráfica 8.5.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por paridez y nivel de escolaridad, 2014 y 2018
- Gráfica 8.6.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por paridez y nivel de escolaridad, 2014 y 2018
- Gráfica 8.7.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 8.8.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 8.9.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por tipo de método, 2014 y 2018
- Gráfica 8.10.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos con participación masculina por tipo de método, 2014 y 2018
- Gráfica 8.11.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres que declararon como causa de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual la oposición de la pareja por grupos de edad, 2014 y 2018
- Gráfica 8.12.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres que declararon como causa de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual la oposición de la pareja por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Cuadro 8.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres que declararon como causa de suspensión o no uso actual de métodos anticonceptivos la oposición de la pareja, por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 8.13.** Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (en conjunto con la pareja) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016
- Gráfica 8.14.** Proporción de mujeres en edad fértil unidas que toman decisiones propias (solo ellas) informadas sobre cuándo tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2016

## Capítulo 9

- Cuadro 9.1.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 9.1.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que acudieron a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.2.** Número promedio de revisiones prenatales de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta según tipo de revisión que le realizaron en las consultas prenatales, 2018
- Cuadro 9.2.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta por tipo de agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 9.4.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta según tipo de parto, 2018
- Gráfica 9.5.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que se atendieron durante el puerperio por entidad federativa, 2018
- Cuadro 9.3.** República Mexicana. Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por características seleccionadas, 2014 y 2018
- Gráfica 9.6.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que adoptaron el método anticonceptivo después del parto por entidad federativa, 2014 y 2018
- Gráfica 9.7.** Porcentaje de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta que dieron leche materna al recién nacido(a) por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.8.** Número de meses promedio que las mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta dieron leche materna al recién nacido(a) por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.9.** República Mexicana. Distribución porcentual de mujeres con último(a) nacido(a) vivo(a) cinco años previos a la encuesta según razón de no amamantamiento, 2018
- Gráfica 9.10.** República Mexicana. Razón de mortalidad materna, 1990-2018
- Gráfica 9.11.** Razón de mortalidad materna por entidad federativa, 2018
- Gráfica 9.12.** República Mexicana. Tasa de Mortalidad Infantil, 1990-2018
- Gráfica 9.13.** Tasa de Mortalidad Infantil por entidad federativa, 2018





**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**GOBERNACIÓN**  
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



**CONAPO**  
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN



Fondo de Población de las Naciones Unidas

