



Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014

María Felipa Hernández, María de la Cruz Muradás y Miguel Sánchez

Resumen

En el presente trabajo se ofrece un panorama general actualizado sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil (MEF), en el marco de los derechos humanos, a partir de la reciente Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Al comparar sus resultados con la ENADID 2009, son evidentes los cambios de estos últimos cinco años en cuanto a la fecundidad, reflejando los avances o el estancamiento en los indicadores que dan cuenta del acceso que han tenido las mujeres a la información y al uso de métodos anticonceptivos en las diferentes etapas de su vida, por ejemplo, en el inicio de su vida sexual para prevenir un embarazo o una infección de transmisión sexual o bien en la etapa de la reproducción en la que buscan postergar el nacimiento del primer hijo, espaciar o limitar el nacimiento de más hijos. Asimismo, para observar los rezagos en salud reproductiva de algunos grupos de mujeres, éstas se diferencian por sus características sociodemográficas en cuanto a educación, edad, lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena.

Términos clave: salud sexual y reproductiva, fecundidad, adolescentes, lengua indígena, prevalencia anticonceptiva, necesidad insatisfecha, unidas y sexualmente activas.

Introducción

En el Programa Nacional de Población 2014-2018 se establece que la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental para el bienestar y la libertad de las personas, por lo que plantea necesario fortalecer acciones y aplicar nuevas políticas para enfrentar los rezagos existentes. Por ello, el objetivo de este artículo es brindar un panorama actualizado de la salud sexual y reproductiva en México, tratando de visibilizar las desigualdades que se presentan entre los grupos de mujeres en diferentes contextos geográficos, sociales y culturales, al ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Uno de los elementos indispensables para plasmar y hacer visibles las necesidades en salud sexual y reproductiva (SSR) de mujeres y hombres es contar con información estadística. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), que se ha levantado desde 1992 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), brinda información sobre fecundidad, migración y mortalidad, así como de una amplia gama de factores que influyen en las tendencias de los fenómenos demográficos. Para el tema de fecundidad se cuenta con un módulo destinado a entrevistar únicamente a mujeres entre 15 y 54 años, en el que se incluyen preguntas sobre preferencias reproductivas, anticoncepción, salud materno-infantil y nupcialidad.



La encuesta más reciente es la de 2014,¹ que hace posible actualizar los indicadores que permiten dar seguimiento a la SSR de las mujeres en edad fértil y compararlos con los obtenidos en encuestas anteriores, a fin de determinar el grado de avance en ciertos aspectos. En este trabajo solo se retomarán los resultados de la ENADID 2009.

Hace más de cuatro décadas, se presentó en nuestro país la necesidad de regular los fenómenos demográficos que afectaban el crecimiento de la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución dentro del territorio nacional, con la finalidad de que cada una de las personas participara de manera justa y equitativa de los beneficios del desarrollo económico y social (Welti, 2014). Para lograr ese objetivo, se llevaron a cabo acciones dirigidas principalmente a regular la fecundidad de las mujeres del país, por lo que, en 1974, se reformuló la Ley General de Población y se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como órgano rector de la planeación demográfica. Asimismo, para dar un mayor sustento a dicha Ley, se replanteó el Artículo 4º Constitucional, donde se estableció el derecho de hombres y mujeres a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

Estos instrumentos legislativos permitieron la elaboración del Plan Nacional de Planificación Familiar, bajo el cual se pusieron en marcha diversos programas que en pocos años alcanzaron una cobertura muy amplia (Zavala, 1992). Posteriormente, a nivel internacional México ratificó su compromiso de atender la SSR como un derecho, lo cual quedó suscrito en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 de El Cairo. A pesar de ello, los servicios de planificación familiar continuaron dirigidos solo a mujeres unidas, ya que éstas eran consideradas como las más expuestas al riesgo de tener hijos. Esta forma de promover el acceso al uso de métodos anticonceptivos ocasionó la segmentación tanto de los propios servicios, al ser únicamente el sector público el responsable

de brindar la atención, como de la población, al no considerar a las solteras y a los hombres.

Atender la SSR como un derecho va más allá del acceso a métodos anticonceptivos, implica garantizar el acceso universal a una SSR más sana y placentera tanto para las mujeres como para los hombres, a través de la prevención de embarazos no planeados o no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como evitar muertes maternas e infantiles. A través de este enfoque, se debe enfatizar en las necesidades de las personas, buscando la interacción entre los derechos humanos, las opciones de las que disponen socialmente y las decisiones de los individuos sobre su vida reproductiva (Szasz y Lerner, 2010).

En ese sentido, en el artículo se presentan los resultados obtenidos con la ENADID 2009 y 2014² respecto a la fecundidad y su calendario, el inicio de la vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, la prevalencia anticonceptiva y la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil,³ tanto unidas como sexualmente activas. Los indicadores se exponen a nivel nacional y por entidad federativa, así como para algunas características sociodemográficas seleccionadas, aunque en este caso solo para el ámbito nacional.

Fecundidad

Actualmente, en México habitan 121.0 millones de personas y se espera que en 2030 la población ascienda a 137.5 millones; para alcanzar esta cifra la tasa de crecimiento total debe disminuir de 1.06 a 0.67 por ciento (CONAPO, 2012). El cambio en el ritmo del crecimiento de la población se ha logrado principalmente por el descenso de la tasa global de fecundidad (TGF) y de los cambios a partir de la migración y la mortalidad. De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la ENADID 2014, se observa que la fecundidad continúa

¹ Para mayor referencia, consultar el documento *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Síntesis metodológica*, INEGI. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825075255>

² Dado que la estimación de los indicadores se realiza a nivel nacional y para el total de cada entidad federativa, no se presentaron problemas de tamaño de muestra insuficiente, por lo cual las proporciones son representativas.

³ Se consideran mujeres en edad fértil aquellas que tienen entre 15 y 49 años de edad.

Gráfica 1.
México. Tasa Global de Fecundidad, 1990-2012



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 1992, 1997, 2009 y 2014; y CONAPO, INEGI, SS e INSP (s/a), ENADID 2006.

en descenso, dado que, entre en 2009 y 2014, la TGF⁴ disminuyó en 1.3 por ciento, manteniéndose todavía por encima del nivel de reemplazo, de 2.1 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En cuanto a la estructura o calendario de la fecundidad, se aprecia que, entre 2007 y 2012, en la mayoría de los grupos de mujeres bajó el número de nacimientos y se mantuvo el patrón de reproducción temprano, debido a que las mujeres de 20 a 24 años continúan siendo las que más contribuyen a la fecundidad, con casi una tercera parte (29.2%), seguidas de aquellas entre 25 y 29 años, con una aportación de 24.5 por ciento, sin embargo, llama la atención que, en tan solo cinco años, el grupo de mujeres adolescentes (15 a 19 años de edad) aumentó su fecundidad⁵ en 11.3 por ciento (véase gráfica 2), colocándose ahora

como el tercer grupo que aporta más a la fecundidad total, con 19.2 por ciento de nacimientos.

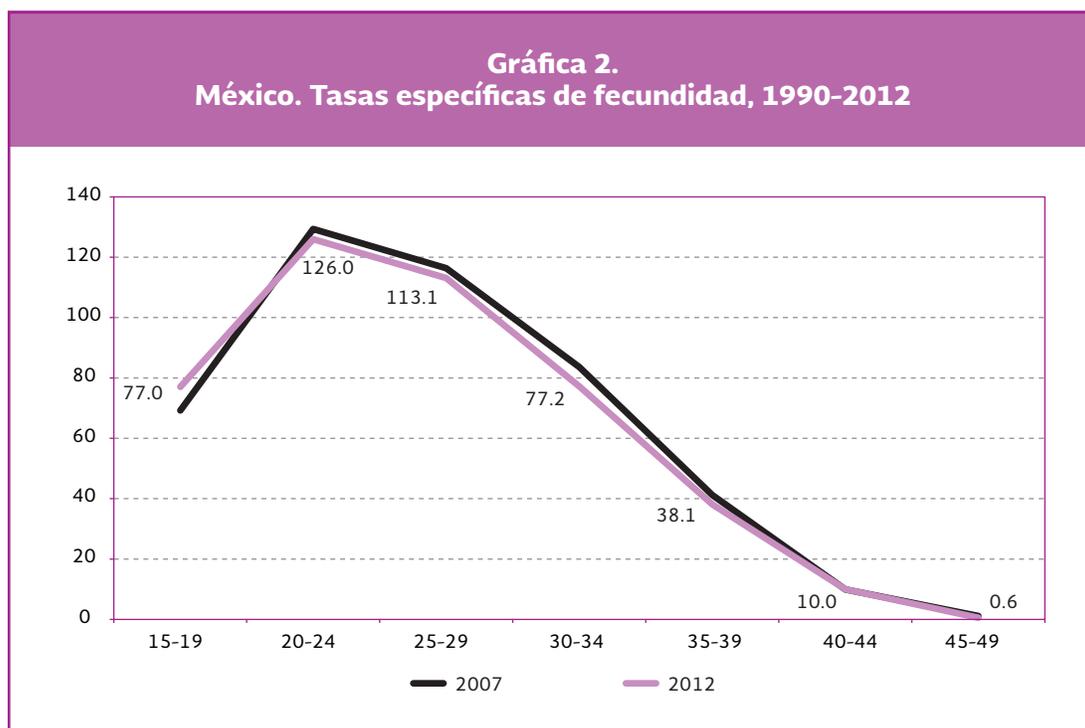
Conocer el deseo del embarazo actual o de los hijos nacidos vivos permite un acercamiento para saber qué tanto la fecundidad observada se reconoce como deseada o planeada y qué proporción sigue siendo un desafío para las acciones de información, orientación o consejería y acceso a los métodos anticonceptivos ante situaciones de fecundidad no planeada o no deseada⁶ (Villagómez *et al.*, 2011). Levantamientos anteriores de la ENADID incluyen preguntas sobre el deseo y planeación del embarazo actual, sin embargo, no se había indagado sobre el deseo del último hijo nacido vivo (UHNV). En 2014, además de conservar la pregunta sobre deseo del embarazo actual, se incluye el deseo del UHNV,⁷ la cual proporciona más elementos para determinar el porcentaje de mujeres con problemas

⁴ Para la estimación de tasas específicas (TEF) y global de fecundidad a partir de la ENADID, se consideran periodos trianuales a fin de contar con un mayor tamaño de muestra, que permita tener una estimación confiable; dado que se obtiene el nivel de fecundidad de ese periodo, se ubica la TEF o TGF en el año intermedio.

⁵ El intervalo de confianza al 90 por ciento de la tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años oscila entre [74.1 – 80.0].

⁶ Se considera embarazo no planeado cuando las mujeres declaran que sí querían embarazarse, pero que deseaban esperar más tiempo para hacerlo, y no deseado cuando declaran que no querían embarazarse.

⁷ La inclusión de esta pregunta fue una solicitud consensuada por los representantes de las instituciones que conforman el Comité Técnico Especializado en Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD), que preside el CONAPO, y de representantes de la academia.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

de acceso al uso de métodos anticonceptivos y que, al analizarse con otras de sus características, brindan mayor certeza sobre quiénes integran el grupo de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

Al respecto, entre 2009 y 2014, del grupo de embarazadas al momento de la encuesta se puede inferir que hubo un aumento en el porcentaje de mujeres que no lo habían planeado y en las que no lo deseaban. La no planeación del embarazo se presentó principalmente entre las adolescentes y las jóvenes (entre 20 y 24 años) con 3.2 puntos y 2.4 puntos porcentuales más, respectivamente, y en las de 30 a 34 años, con 1.2 puntos más; mientras que las que no deseaban embarazarse se ubicaron en los tres primeros grupos de edad, destacando las adolescentes y las mujeres entre 25 y 29 años, con alrededor de cinco puntos porcentuales más, y las jóvenes, con 3.3 puntos. Tanto en 2009 como en 2014 la mayor proporción de embarazo no deseado se ubica en las mujeres de 35 años y más, no obstante, se observa un descenso de casi cinco puntos porcentuales entre ambas encuestas (véase cuadro 1).

En cuanto al deseo del UHNV, se estima que alrededor de una de cada dos mujeres deseaba o planeaba tener ese último hijo, pero aproximadamente una de cada cinco no lo había planeado o no lo quería tener (véase cuadro 2). Cabe subrayar que la no planeación del UHNV correspondió más a las jóvenes y a las adolescentes, así como a aquellas entre 25 y 29 años. En lo que respecta a las mujeres que no deseaban tener ese hijo, el comportamiento de los datos por edad indica que entre las jóvenes (15-29 años) las adolescentes exhiben el mayor porcentaje de mujeres que no deseaban ese UHNV, lo que muestra un comportamiento descendente hasta aquellas de 25 a 29 años. A partir de este grupo se distingue un punto de inflexión en los datos, dado que desde el grupo de 30 a 34 años comienza a aumentar nuevamente el porcentaje de mujeres que no deseaban el UHNV, alcanzando su máximo entre las de 45 a 49 años. Tales resultados sugieren que la gran variedad de normas sociales y culturales, así como las pocas oportunidades de acceso a la información y uso de métodos anticonceptivos, pueden

Cuadro 1.
México. Distribución porcentual de mujeres actualmente embarazadas por grupos de edad, según planeación, no planeación y no deseado del embarazo, 2009 y 2014

Grupos de edad	Planeado		No planeado		No deseado	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	66.6	63.6	20.1	21.0	13.3	15.5
15-19	59.6	51.5	27.5	30.6	12.9	17.8
20-24	67.4	61.7	23.4	25.8	9.3	12.6
25-29	71.1	68.3	18.9	16.7	10.0	15.1
30-34	71.0	73.1	14.7	15.9	14.3	10.9
35 y más	62.7	68.8	5.2	3.8	32.1	27.4

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

Cuadro 2.
México. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por grupos de edad, según planeación, no planeación y no deseado del último hijo nacido vivo, 2014

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado
Total	59.6	18.5	21.9
15-19	50.1	25.6	24.3
20-24	52.9	26.7	20.4
25-29	59.9	20.8	19.3
30-34	63.9	14.7	21.5
35-39	67.6	9.0	23.4
40-44	62.4	5.6	32.0
45-49	55.0	5.5	39.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

propiciar realidades diferentes a las que en un principio se plantean las mujeres sobre el número y espaciamiento de su descendencia (Campero *et al.*, 2013).

Inicio de la vida sexual y uso de métodos anticonceptivos

El inicio de la vida sexual es el momento en que una persona comienza a exponerse al riesgo de tener un embarazo o a contraer infecciones de transmisión sexual –ITS– (Di Cesare, 2007). A fin de contar con una mejor aproximación sobre la edad a la que se tiene la primera relación sexual, se considera a una generación de mujeres que haya pasado por la etapa de la adoles-

encia para así poder diferenciar en la medición a las que sí tuvieron la primera relación sexual en esa etapa y a las que iniciaron más tarde. De este modo, en ambas encuestas se contempla a las mujeres entre 25 y 34 años, lo que brinda la posibilidad de comparar el comportamiento de dos generaciones de mujeres a la misma edad. En el caso de la ENADID 2009, se toma en cuenta a las nacidas entre 1975 y 1984, con las cuales se estimó que el 50 por ciento había experimentado su primera relación sexual a los 18.0 años, mientras que en 2014 se observa que la mitad de las nacidas entre 1980 y 1989 tuvo su primer encuentro sexual a los 17.7 años, lo cual indica que dicha generación tendrá un periodo más amplio de exposición al riesgo de tener algún embarazo o de adquirir alguna ITS.

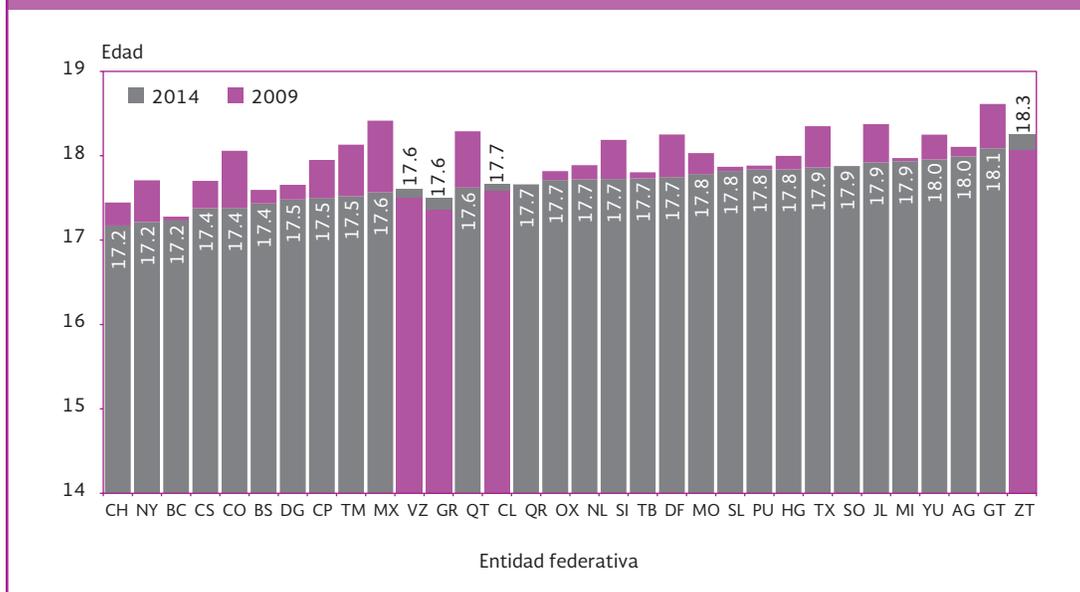
El inicio de las relaciones sexuales a una edad más temprana se presenta en mayoría de las entidades federativas del país (véase gráfica 3). Sin embargo, en entidades como Baja California, Michoacán, Puebla, Quintana Roo y Sonora, en 2014, el 50 por ciento de las mujeres, tuvo su primer encuentro a la misma edad que en 2009; mientras que en Veracruz, Guerrero, Coahuila y Zacatecas tiende a retrasarse.

Estos resultados evidencian que si no hay un acompañamiento de orientación y acceso al uso de métodos anticonceptivos, existe una mayor posibilidad de que las mujeres tengan un embarazo en la adolescencia. De acuerdo con los resultados de la ENADID, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual se incrementó en 75.7 por ciento, al pasar de 19.9 a 34.3 por ciento entre 2009 y 2014. Llama la atención que en los grupos femeninos sin escolaridad o

que residen en zonas rurales o que son hablantes de lengua indígena se duplicó el porcentaje de las que hicieron uso de algún método, aunque continúa siendo muy bajo (véase cuadro 3). Cabe señalar que, en 2014, al igual que en 2009, las adolescentes fueron las que hicieron un mayor uso de métodos comparadas con el resto de mujeres en edades jóvenes y adultas, sin embargo, todavía cerca de la mitad estuvo expuesta al riesgo de embarazo no planeado o de adquirir una ITS.

Asimismo, se advierte que el nivel de escolaridad marca la diferencia en hacer o no uso de métodos en la primera relación sexual, ya que en las mujeres con primaria o menos la proporción que empleó métodos es muy baja con relación a las que cuentan con secundaria o más. De igual modo, las mujeres residentes en zonas rurales y las hablantes de lengua indígena presentan porcentajes de uso muy bajos, lo cual podría

Gráfica 3.
Edad a la primera relación sexual de las mujeres entre 25 y 34 años por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

Cuadro 3.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, por características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	2009	2014
Total	19.5	34.3
Grupos de edad		
15-19	37.6	54.8
20-24	33.2	54.0
25-29	24.6	45.1
30-34	18.7	34.5
35-39	14.9	27.4
40-44	11.0	21.2
45-49	9.1	17.1
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	2.2	4.1
Primaria incompleta	3.6	7.7
Primaria completa	6.3	13.1
Secundaria y más	26.0	41.7
Lugar de residencia		
Rural	8.0	16.9
Urbano	22.5	39.0
Condición de habla de lengua indígena		
Hablante	4.9	11.8
No Hablante	20.4	35.7

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

explicarse porque el aspecto cultural determina la forma y algunas condiciones bajo las cuales las mujeres inician su vida sexual, aunado a la falta de acceso a información y a servicios de salud.

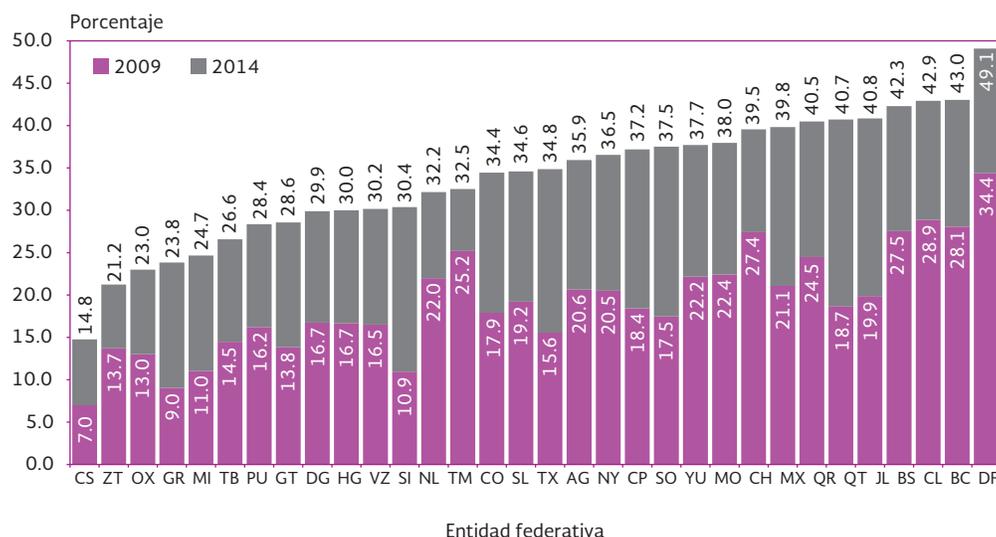
En 2014, en todas las entidades federativas aumentó el porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de algún *método anticonceptivo en la primera relación sexual*; en diez entidades, el porcentaje fue dos veces más que el reportado en 2009 (véase gráfica 4). Cabe señalar que en el caso de Chiapas y Guerrero, si bien duplicaron el porcentaje de mujeres en esta condición, continúan estando entre las entidades donde la población femenina tiene menos prevención y protección anticonceptiva; por el contrario, el Distrito Federal y Baja California, desde 2009, son las entidades donde las mujeres hacen un mayor uso.

En cuanto al tipo de método empleado por las mujeres en edad fértil en la primera relación sexual, se distingue que, al igual que en 2009, el condón masculino es el más frecuente y su uso se incrementó en once por ciento en 2014, al pasar de 76.1 a 84.5 el porcentaje de mujeres que lo usaron. En tanto, se reducen en 48 por ciento las usuarias de métodos hormonales (de 16.0 a 8.3%) y en diez por ciento las que recurrieron a otro tipo de métodos (de 7.9 a 7.1%).⁸

Conocer las razones por las cuales las mujeres no se protegieron en la primera relación sexual permite implementar acciones que atiendan sus necesidades reales; por ello, en la ENADID de 2014 se incluyó la pregunta sobre los motivos por los que las MEF no hicieron

⁸ Incluye métodos tradicionales (ritmo y retiro o abstinencia periódica) y de barrera o locales (óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas).

Gráfica 4.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que hicieron uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

uso de métodos anticonceptivos, corroborando que una de las principales razones es el desconocimiento y la falta de información sobre cómo deben usarse y dónde pueden obtener los métodos anticonceptivos (véase gráfica 5). En segundo lugar fue por su deseo de embarazarse y en tercero, porque no planeaban tener relaciones sexuales, y, no menos importante, porque creían que no iban a embarazarse; en tanto que la oposición de la pareja o que la propia mujer no está dispuesta a hacer uso de anticonceptivos tiene menos peso al presentarse como la última razón que explica por qué no recurrieron a los métodos anticonceptivos.

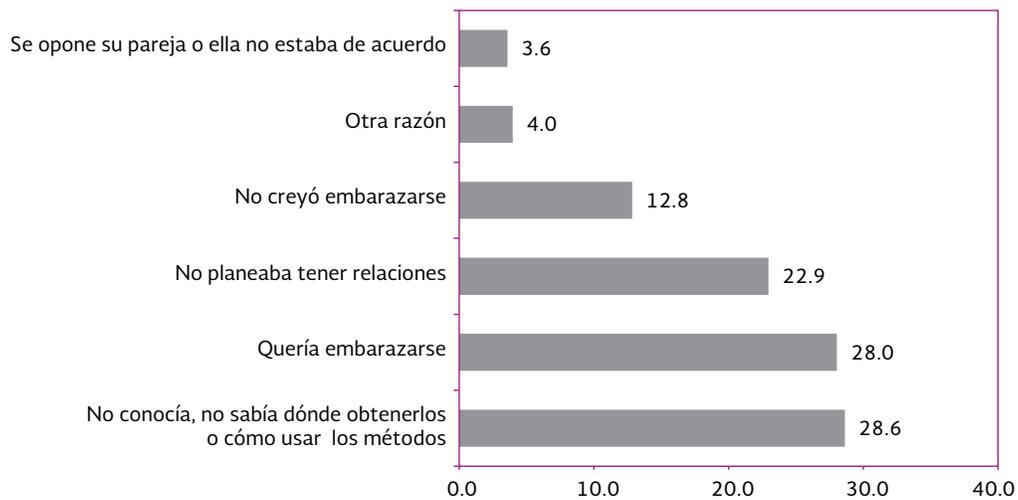
Al analizar las razones de no uso de métodos anticonceptivos de adolescentes y hablantes de lengua indígena que, por sus características y condiciones sociales, son las que menos se han beneficiado de la atención en salud sexual y reproductiva, se advierte que entre las adolescentes que no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual el motivo fue que el inicio de la vida sexual no es algo que tengan planeado —ya que una tercera parte experimentó este suceso sin haberlo decidido previamente— querían

embarazarse, pensaban que no podían embarazarse, lo que denota desconocimiento de las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección; y porque no sabían dónde conseguir y cómo usar los métodos anticonceptivos (véase gráfica 6). En el caso de las mujeres hablantes de lengua indígena se debe principalmente a dos razones: al desconocimiento de dónde obtener y cómo usar los anticonceptivos y porque deseaban embarazarse.

Conocimiento funcional sobre el uso de métodos anticonceptivos

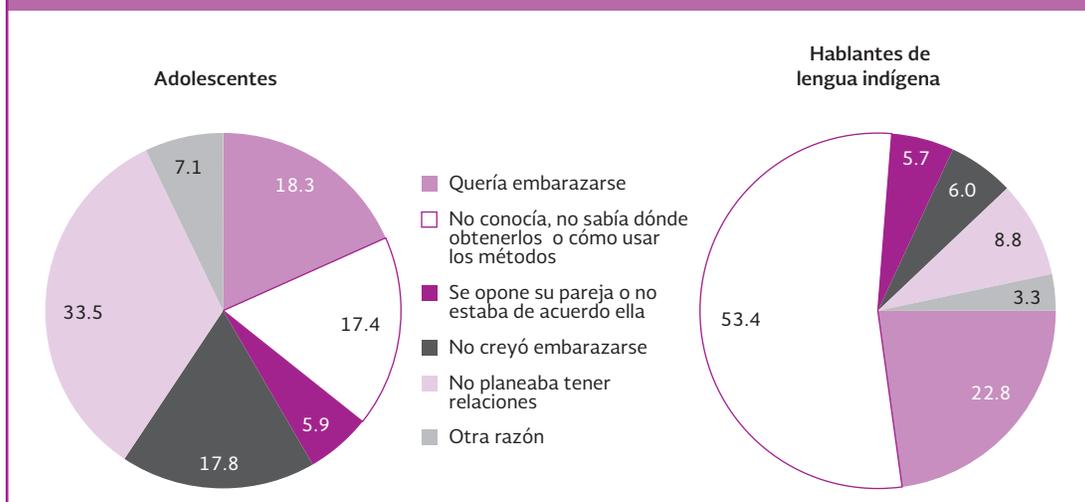
La primera condición para que la población pueda recurrir a la anticoncepción como medio para regular su fecundidad o para evitar contraer alguna infección de transmisión sexual es que posea el conocimiento sobre la existencia de la gama de métodos anticonceptivos, pero, además, lo más importante es que conozca cómo usarlos (Mendoza *et al.*, 2009). En

Gráfica 5.
México. Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

Gráfica 6.
México. Distribución porcentual de las mujeres adolescentes y de hablantes de lengua indígena por razones de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

resultados de últimas encuestas se ha observado que el porcentaje de MEF que conocen la existencia de al menos un método anticonceptivo es muy cercano al cien por ciento, pero llama la atención que la proporción de mujeres que hace uso de alguno de ellos es relativamente baja en general. En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003⁹ se indagó en cuanto al conocimiento de las mujeres sobre la forma de uso o colocación del anticonceptivo, obteniéndose una aproximación más cercana al conocimiento “real” y se encontró que desde esta perspectiva el nivel de conocimiento disminuye considerablemente.

Bajo esa premisa se planteó la necesidad de identificar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre cómo deben usar un método anticonceptivo. En la ENADID 2014 se incluyeron preguntas¹⁰ que permiten determinar si la mujer posee un conocimiento “funcional” adecuado; en algunos métodos anticonceptivos pueden ser hasta tres preguntas, por ejemplo, en el caso del condón masculino o femenino se pregunta si ha visto alguna vez el condón o preservativo, si sabe dónde se coloca y cuántas veces debe utilizarlo. A fin de precisar si la mujer tiene el conocimiento funcional del método, se consideró a aquellas que contestaron correctamente a todas las preguntas sobre cada uno de los métodos anticonceptivos investigados.

Entre los resultados destaca que, a nivel nacional, entre 2009 y 2014, se incrementó el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocían al menos un método anticonceptivo (véase cuadro 4). Asimismo, entre 2003 y 2014 aumentó en 6.3 por ciento la proporción de mujeres con conocimiento funcional de al menos un método anticonceptivo, lo que muestra que 3.9 por ciento de las que dicen conocer al menos un método anticonceptivo no sabe cómo se usa o dónde se colocan algunos de éstos. Cabe señalar que en los grupos de adolescentes, de paridez cero, con primaria

completa o menos, las que residen en lugares rurales o que son hablantes de lengua indígena, es donde se percibe un mayor aumento en el porcentaje de mujeres con conocimiento sobre la existencia, así como del conocimiento funcional, pero aún se quedan por debajo del porcentaje reportado a nivel nacional.

En la mayoría de las entidades federativas se aprecia que el porcentaje de mujeres que conoce la existencia de al menos un método anticonceptivo es muy cercano al cien por ciento, excepto en Chiapas cuyo porcentaje es de 90; pero sobresale que en casi todas las entidades, al indagar sobre el conocimiento funcional, disminuye la proporción de mujeres que realmente sabe usar al menos un método anticonceptivo. Los estados en que más se reduce dicho conocimiento son Chiapas, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Yucatán y Veracruz (véase gráfica 7).

Al comparar el porcentaje de las MEF que conocen la existencia de cada método anticonceptivo junto con el porcentaje de mujeres con conocimiento “real”,¹¹ se corrobora que no hay una relación directa entre el conocimiento de la existencia y el conocimiento funcional. Por ejemplo, las pastillas anticonceptivas constituyen el método más conocido pero 72.6 por ciento no sabe cómo usarlas correctamente;¹² lo mismo sucede con el parche anticonceptivo que es el quinto método más conocido, aunque del total que dice conocerlo, 81.6 por ciento ignora cómo emplearlo; en el caso del condón masculino, que es el segundo método más conocido, se observa que es menor el porcentaje de mujeres que no sabe cómo se usa (12.7%); en cuanto a las inyecciones, que es el tercer método más conocido, una tercera parte (35.0%) no conoce su forma de uso. También llama la atención que en el caso del DIU, cuyo uso requiere el acudir a los centros de salud, el porcentaje de las que desconocen cómo usarlo (14.7%) es más bajo que, con excepción del condón masculino, el resto de métodos que no necesariamente dependen de la intervención de otro tipo de agentes para adquirirlos y suministrarlos (véase gráfica 8).

⁹ En la ENSAR 2003, levantada por la Secretaría de Salud y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, con representatividad nacional y para ocho de las 32 entidades federativas, se preguntó por primera vez sobre el conocimiento funcional.

¹⁰ Para mayor referencia consultar el cuestionario “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Módulo de la mujer”. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825075255>

¹¹ Los resultados de esta gráfica no corresponden precisamente con el método que las mujeres reportan estar utilizando, solo se refieren a conocimiento real y funcional de cualquier método.

¹² Los porcentajes no suman cien por ciento de las mujeres que conocen la existencia del método anticonceptivo, dado que hay un porcentaje que no especifica su conocimiento sobre cómo usarlos.

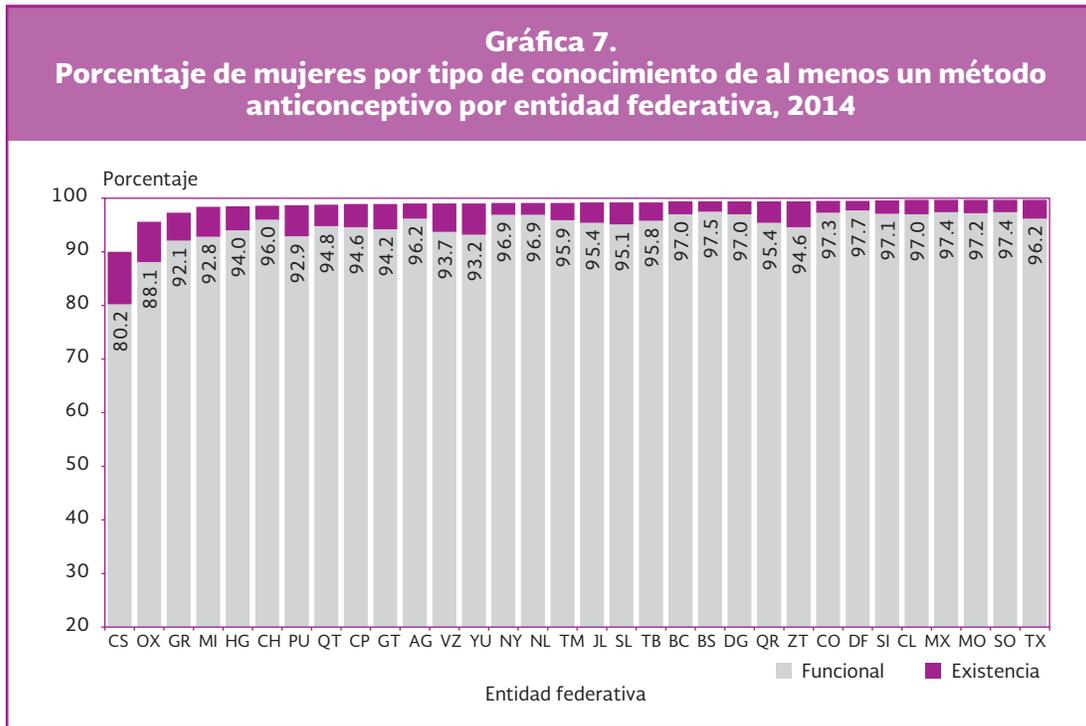
Cuadro 4.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil por conocimiento de existencia y conocimiento funcional de métodos anticonceptivos, por características seleccionadas, 2003, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Conocimiento			
	Existencia		Funcional	
	2009	2014	2003	2014
Total	97.9	98.7	89.2	94.8
Grupos de edad				
15-19	96.9	98.2	81.2	91.3
20-24	97.8	98.8	89.7	95.8
25-29	98.1	99.0	92.3	96.4
30-34	98.4	99.1	94.4	96.4
35-39	98.4	99.0	93.5	96.2
40-44	98.2	98.6	89.0	95.0
45-49	97.8	98.0	84.9	92.6
Paridez				
0	96.7	97.6	82.4	91.4
1	98.5	99.2	92.9	97.1
2	99.2	99.5	95.3	97.7
3	99.3	99.6	95.4	97.1
4 y más	96.7	98.0	87.5	92.6
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad	82.2	85.4	64.6	69.1
Primaria incompleta	93.7	94.8	77.6	83.9
Primaria completa	96.2	96.9	84.9	89.5
Secundaria y más	99.4	99.6	94.7	97.2
Lugar de residencia				
Rural	93.4	96.5	79.1	88.4
Urbano	99.1	99.3	92.2	96.5
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	84.6	89.3	57.7	75.3
No habla	98.7	99.2	91.5	95.9

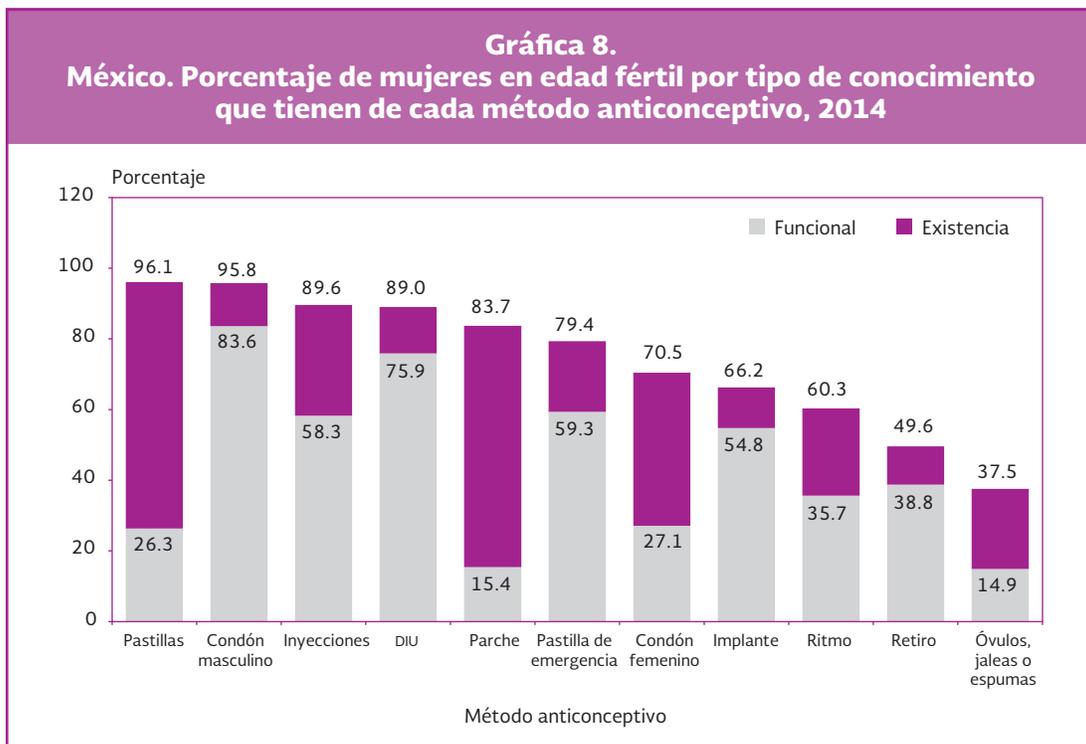
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la SS y la UNAM, ENSAR 2003; y el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

En el caso de las adolescentes, se distingue que, en general, es menor el porcentaje que conoce la existencia y el porcentaje con conocimiento funcional de cada método anticonceptivo respecto a lo que declaran todas las MEF (véase cuadro 5). A su vez, ellas identifican más la existencia del condón masculino, las pastillas, el parche anticonceptivo y la pastilla de emergencia y, en un porcentaje ligeramente menor a 80, las inyecciones y el condón femenino; sin embargo, al preguntarles sobre el conocimiento funcional baja

drásticamente la proporción de adolescentes que realmente conocen y podrían hacer uso efectivo de dichos métodos, por ejemplo, a partir del conocimiento reportado se pensaría que en principio utilizarán el condón masculino, sin embargo, un 17.3 por ciento no sabrá cómo usarlo; en segundo lugar, si recurren al uso de pastillas, 85.3 por ciento ignora cuándo debe tomarlas o qué debería hacer cuando se le olvide tomar alguna, pero si se decide por un parche anticonceptivo, 85.6 por ciento no sabrá en qué parte del cuerpo se coloca,



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

cada cuándo deberá sustituirlo; lo mismo ocurre con la pastilla de emergencia, aunque el porcentaje que no sabe cómo tomarla es menor (26.0).

Asimismo, para las mujeres en edad fértil hablantes de lengua indígena se estima que el porcentaje de quienes conocen y saben usar algún tipo de método anticonceptivo se reduce significativamente, ya que menos del 80 por ciento identifica cada uno de los métodos. Entre las hablantes de lengua indígena las pastillas son las más conocidas, no obstante, 83.7 por ciento ignora cómo usarlas; el segundo método más conocido son las inyecciones,

aunque una tercera parte (35.2%) no conoce con qué frecuencia deben aplicarse, y en tercer lugar está el condón masculino que, a diferencia de lo reportado por las adolescentes, un mayor porcentaje (36.6) no sabe dónde se coloca y cuántas veces puede usarlo. Los resultados expuestos tanto de adolescentes como de mujeres hablantes de lengua indígena denotan que es preciso realizar mayores esfuerzos y un trabajo intenso en cuanto a difusión de la información sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, así como para el acceso a los mismos, acompañados de consejería e información confiable al respecto.

Cuadro 5.
México. Porcentaje de adolescentes o hablantes de lengua indígena por tipo de conocimiento que tienen de cada método anticonceptivo, 2014

Tipo de método anticonceptivo	Adolescentes		Habla ntes de lengua indígena	
	Conocimiento			
	Existencia	Funcional	Existencia	Funcional
Pastillas	94.9	14.0	78.6	12.8
Inyecciones	79.9	35.1	76.6	49.6
Implante	54.0	38.5	47.7	33.6
Parche	81.2	11.7	55.4	5.4
DIU	77.9	55.1	67.8	49.5
Condón masculino	96.1	79.5	75.6	48.0
Condón femenino	79.0	36.6	43.4	9.7
Óvulos, jaleas o espumas	33.3	10.6	17.4	3.8
Ritmo	47.5	22.6	25.3	12.6
Retiro	42.4	27.2	22.3	11.8
Pastilla de emergencia	81.0	60.0	35.4	19.0

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

Prevalencia anticonceptiva en mujeres en edad fértil unidas

En México, el uso de métodos anticonceptivos ha estado muy orientado a la planificación familiar, bajo la premisa de que las mujeres que se encuentran en unión o casadas tienen mayor riesgo de embarazo. El uso de métodos anticonceptivos por este grupo de mujeres ha sido esencial, logrando un mayor bienestar y autonomía al permitirles la opción de decidir en qué momento desean embarazarse, cuántos hijos tener y el tiempo que desean esperar entre un hijo y otro, con lo

cual han tenido mayores oportunidades para permanecer en la educación formal e integrarse a la vida pública a través de trabajos remunerados, beneficiando así a sus propias familias y, por ende, al desarrollo del país.

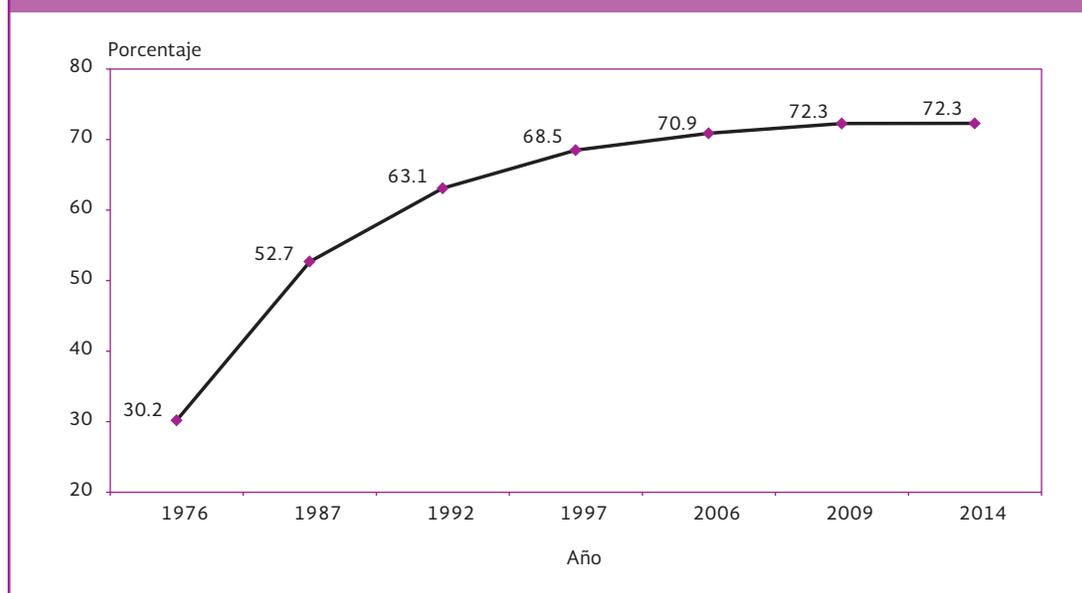
De igual manera, otro de los grandes beneficios del acceso a los métodos anticonceptivos se ha ubicado en el ámbito de la salud, al evitar embarazos en edades tempranas que ponen en riesgo la salud de la madre y el recién nacido y al ampliar los intervalos

intergenésicos,¹³ ambos factores de riesgo que pueden ocasionar muertes maternas e infantiles, además de la prevención del contagio de ITS.¹⁴

En los últimos 41 años, a partir de la implementación de la nueva política de población, la adopción de métodos anticonceptivos se mantuvo en ascenso hasta 2009, al registrarse una prevalencia anticonceptiva de 72.3 por ciento, sin embargo, cinco años después datos de la ENADID 2014 muestran un estancamiento al reportar el mismo porcentaje de prevalencia anticonceptiva (véase gráfica 9). Cabe resaltar que en los primeros diez años de implementación de los programas se tuvo un avance de 74.5 por ciento de cobertura y cinco años después todavía el in-

cremento fue de 19.7 por ciento, no obstante, en la década de 1990 se hace visible que comienza a reducirse drásticamente el aumento de dicha cobertura, que puede deberse a que algunos grupos de población quedaron excluidos de los programas de planificación familiar, ya sea por barreras institucionales o características propias de las mujeres, propiciadas, la mayoría de las veces, por condiciones heterogéneas como el lugar de residencia, la pertenencia étnica, la baja escolaridad y la edad, además de que una vez estabilizado y controlado el crecimiento poblacional, la planificación familiar comienza a perder relevancia en la planeación estratégica a favor de la población y el desarrollo (Cleland, 2006).

Gráfica 9.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas usuarias de métodos anticonceptivos, 1976-2014



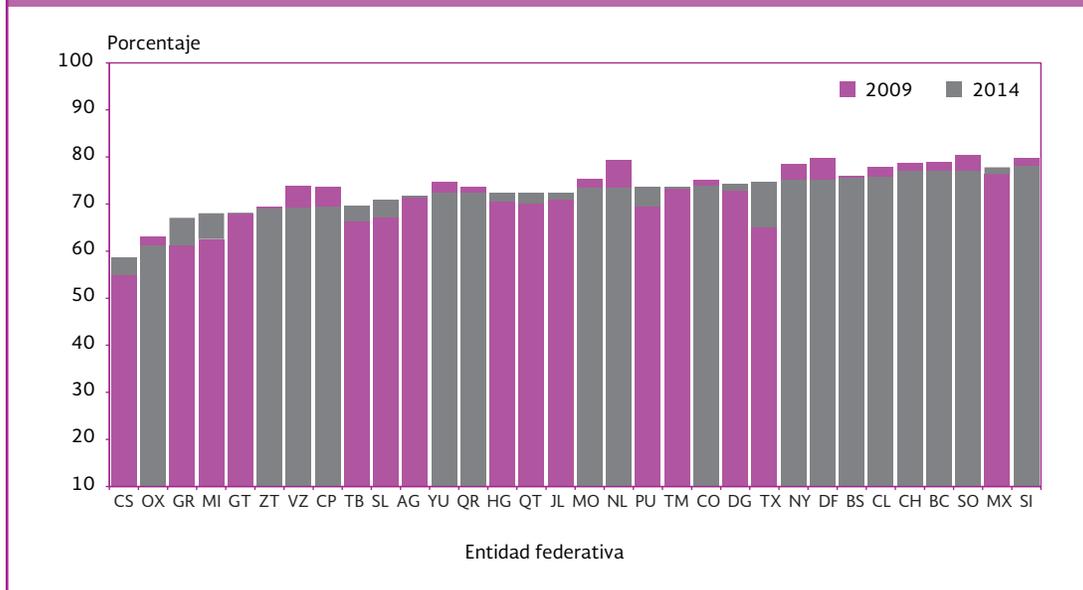
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la CGSNI-SPP (s/a), Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976; DGPF-ss (s/a), Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987; INEGI (s/a), ENADID 1992, 1997, 2009 y 2014; y CONAPO, INEGI, SS e INSP (s/a), enadid 2006.

¹³ En las mujeres múltiparas, el riesgo de presentar complicaciones, tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer, aumenta si el intervalo intergenésico es menor a 24 meses, independientemente de otras variables como la edad (Domínguez y Vigil, 2005).

Es una variable estrechamente relacionada con la sobrevida de un(a) recién nacido(a) (Conde *et al.*, 2001).

¹⁴ Planificación Familiar. Nota descriptiva N°351 oms, mayo de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Gráfica 10.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

La insuficiente instrumentación de programas sobre planificación familiar en los estados se refleja en el descenso, en 17 de las 32 entidades federativas, del porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) que son usuarias de métodos anticonceptivos, destacando Nuevo León, Veracruz y Distrito Federal, con una reducción en promedio de 5.0 puntos porcentuales (véase gráfica 10). Las MEFU residentes en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Michoacán son las que menos prevalencia anticonceptiva tienen, entidades que reportan un aumento entre 2009 y 2014 (Chiapas pasó de 54.8 a 58.6%, Guerrero, de 61.2 a 67.1%, y Michoacán, de 62.6 a 68.1%), excepto en Oaxaca, que disminuyó de 63.1 a 61.2 por ciento. En tanto, las residentes de Sinaloa, Estado de México, Sonora, Baja California y Chihuahua exponen una mayor prevalencia anticonceptiva, aunque, en cuatro de estas entidades descendió el porcentaje de usuarias actuales, sobre todo en Sonora al pasar de 80.3 a 77.1 por ciento, mientras que en el Estado de México subió de 76.3 a 77.8 por ciento.

Por otra parte, en Nuevo León, Veracruz y Campeche, que en 2009 habían alcanzado una pre-

valencia anticonceptiva mayor al nivel nacional (79.3, 73.9 y 73.7%, respectivamente), en 2014, dos de ellas (Veracruz con 69.3 y Campeche con 69.5%) se ubican dentro de las diez entidades con menor prevalencia anticonceptiva, y Nuevo León, con 73.5 por ciento, deja de ser el estado con la mayor prevalencia.

De acuerdo con las características sociodemográficas de la población femenina, llama la atención que en los grupos de mujeres unidas menos favorecidas en el acceso al uso a métodos anticonceptivos se logra, entre 2009 y 2014, un incremento de la prevalencia (véase cuadro 6), aunque se mantienen con porcentajes bajos respecto a los demás grupos, resaltando las adolescentes con un aumento de 15.9 por ciento, seguidas por las residentes en zonas rurales, con 4.8, las que cuentan con primaria incompleta o menos, con alrededor de un 3.0 por ciento, y, finalmente, las hablantes de lengua indígena, con 1.4. Por el contrario, en los grupos de mujeres donde se da un descenso se distinguen aquellas entre 35 y 39 años y las que no tienen hijos, con 2.5 por ciento, seguidas por las jóvenes (20 a 24 años), con 2.2 por ciento, y

Cuadro 6.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos, métodos modernos y participación masculina según características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Prevalencia anticonceptiva					
	Total		Métodos modernos		Participación masculina	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	72.3	72.3	67.2	68.3	14.5	14.4
Grupos de edad						
15-19	44.4	51.5	41.0	49.5	13.8	14.3
20-24	62.7	61.3	57.4	57.6	17.9	15.0
25-29	66.2	67.3	60.1	63.3	17.1	15.5
30-34	73.0	73.9	66.8	69.1	15.8	16.0
35-39	80.1	78.1	74.5	73.5	15.2	15.3
40-44	80.8	79.4	76.2	75.4	12.3	13.3
45-49	74.6	74.9	71.4	71.6	9.0	10.9
Paridez						
0	29.6	28.9	25.8	25.2	14.5	15.7
1	59.1	59.5	52.6	54.3	19.6	19.0
2	78.1	77.3	71.3	72.4	18.8	17.4
3	84.6	85.9	81.0	83.0	10.8	11.1
4 y más	77.5	79.6	73.7	76.7	8.2	7.9
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	60.2	62.2	57.0	60.2	6.1	6.1
Primaria incompleta	67.0	68.7	62.4	65.7	9.0	7.3
Primaria completa	71.0	70.3	66.0	66.9	12.0	10.2
Secundaria y más	74.2	73.5	68.9	69.2	16.6	16.4
Lugar de residencia						
Rural	63.7	66.7	59.1	63.5	10.5	10.1
Urbano	74.9	74.1	69.6	69.8	15.6	15.7
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	57.9	58.7	51.9	56.1	10.1	7.2
No habla	73.3	73.3	68.2	69.2	14.8	14.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

las de 40 a 44 años, con 1.8; las mujeres con primaria completa y secundaria y más, así como las residentes de zonas urbanas evidencian un decremento de alrededor de uno por ciento.

Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos modernos¹⁵ da cuenta del acceso de las MEFU a toda la gama de métodos anticonceptivos en los servicios

de planificación familiar y de salud reproductiva en los centros de salud, por ello, la medición de la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos da una aproximación a la cobertura del sector salud respecto a la oferta de éstos. Entre 2009 y 2014 aumentó en 1.7 por ciento en el porcentaje de MEFU usuarias de métodos modernos. De igual manera, es claro que las adolescentes son quienes más recurrieron al uso de este tipo de métodos, al incrementarse en 20.7 por ciento, le siguen las hablantes de lengua indíge-

¹⁵ Se denominan métodos anticonceptivos modernos aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basan en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (ss, 1994).

na, con un aumento de 8.1 por ciento, las residentes de zonas rurales, con 7.4 por ciento, y las mujeres con primaria incompleta o menos, con 5.4 por ciento. Solo en tres grupos de mujeres disminuye el uso de anticonceptivos modernos, que son: las que no han tenido hijos (paridez cero), con 2.2 por ciento; las de 35 a 39 años, con 1.4 por ciento, y las de 40 a 44 años, con 1.1 por ciento.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994) se endosó la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva, a fin de promover una alianza entre mujeres y hombres para decidir en conjunto y alcanzar metas comunes en salud sexual y reproductiva (FNUAP, 2000). Actualmente, en el país existe poca información sobre el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de los hombres; por lo general, las encuestas se dirigen a las mujeres dado que éstas, hasta la fecha, se han considerado como la población objetivo en los diferentes programas de planificación familiar o de salud sexual y reproductiva a los cuales se les debe evaluar y dar seguimiento. A partir de la información que aportan las mujeres en la ENADID sobre el uso actual de métodos anticonceptivos, se puede inferir, aunque sea de forma indirecta, cuál es la participación de los hombres en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil unidas.

En el cuadro 6, se puede apreciar que, tanto en 2009 como en 2014, solo una de cada siete mujeres reporta estar usando métodos anticonceptivos porque su pareja se hizo la vasectomía o usa el condón masculino o porque recurren a métodos tradicionales.¹⁶ En general, en casi todos los grupos de población femenina hay un descenso de la participación masculina, destacando las hablantes de lengua indígena, con 28.7 por ciento menos, las mujeres con primaria incompleta, con 18.5, las jóvenes, con 15.9, y las de primaria completa, con 15.3.

Por otra parte, la disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos favorece la prevalencia anticonceptiva siempre y cuando se satisfagan las necesidades de los individuos; de igual manera, la dis-

tribución de la prevalencia anticonceptiva por el tipo de método permite conocer tanto la variedad de métodos ofertados, como la preferencia de las parejas por cada tipo de método (Meneses, 2014). Más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva de las MEFU está determinada por los métodos quirúrgicos: la oclusión tubaria bilateral (OTB), con 50.0 por ciento, y la vasectomía, con 3.2 por ciento, ya que ambos procedimientos son de tipo irreversible, con una efectividad cercana a cien por ciento¹⁷ para evitar más embarazos. El resto de la prevalencia está dada por el uso de anticonceptivos que son reversibles y que, para lograr la efectividad deseada, es necesario que la mujer posea el conocimiento sobre cómo o con qué periodicidad aplicar o revisar y a dónde debe acudir para adquirir el anticonceptivo; de ese conocimiento funcional dependerá el nivel de riesgo de experimentar una falla de método que derive en embarazos no planeados o no deseados o en la adquisición de una ITS.

Con la finalidad de verificar en qué medida las MEFU que son usuarias actuales de métodos anticonceptivos se están previniendo de manera “efectiva”, se hará un análisis sobre su conocimiento funcional de acuerdo al tipo de método anticonceptivo que están utilizando. En ese sentido, los cinco métodos anticonceptivos más empleados por las MEFU, aparte de los quirúrgicos, son el DIU, el condón masculino, las inyecciones, las pastillas y el implante subdérmico, cuyo desconocimiento funcional por parte de las mujeres que los usan en general es muy bajo (véase gráfica 11), pero llama la atención que en el caso de quienes usan las pastillas, una tercera parte no sabe cómo se deben administrar.

En el grupo de adolescentes unidas se detecta que principalmente hacen uso del DIU y del condón masculino (véase gráfica 12), de las cuales 1.8 y 2.1 por ciento, respectivamente, no saben cómo se utilizan, lo que implica que solo 34.0 y 21.7 por ciento están haciendo una prevención efectiva para evitar embarazos o el contagio de una ITS. Además, una de cada siete mujeres usa el implante subdérmico o inyecciones, donde se perciben porcentajes muy bajos de desconocimiento; pero en el caso de las usuarias de

¹⁶ Se clasifican como métodos tradicionales el ritmo, calendario, *Billings* o abstinencia periódica, y retiro o coito interrumpido.

¹⁷ Para consultar información sobre el tipo de método, eficacia y cómo se usa se sugiere visitar la siguiente dirección electrónica: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

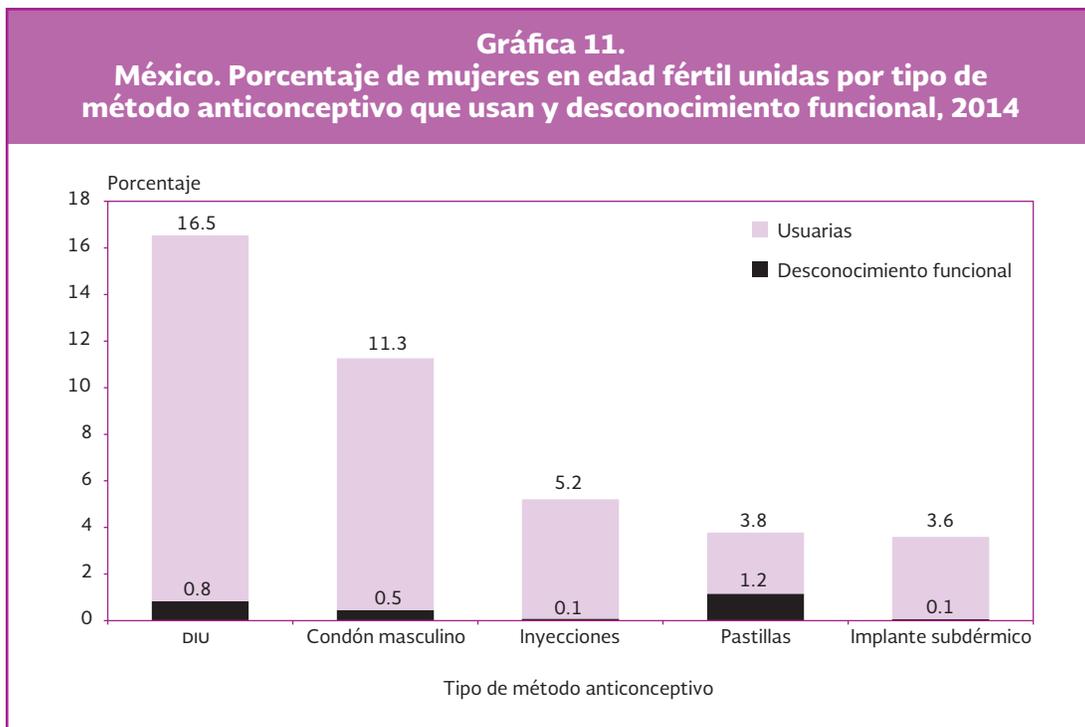
pastillas, aunque la proporción que las usa es baja realmente, solo un 2.9 obtendrá los beneficios de la protección que con éstas se tiene.

Con respecto a las MEFU hablantes de lengua indígena unidas, la mayoría, 55.9 por ciento, usa la OTB, el resto utiliza métodos anticonceptivos como el DIU, pero al verificar qué porcentaje de mujeres sabe en qué parte del cuerpo se coloca y quién debe colocarlo, la prevención efectiva se reduce a 13.0 por ciento. Cabe subrayar que casi todas las usuarias de inyecciones conoce cómo usarlas; de igual manera, se distingue que todavía el uso del condón es bajo en esta población y tal parece que acepta mejor el uso del implante subdérmico, ya que el porcentaje de conocimiento funcional es de 4.9, lo que a su vez desplaza al uso de pastillas a una quinta opción.

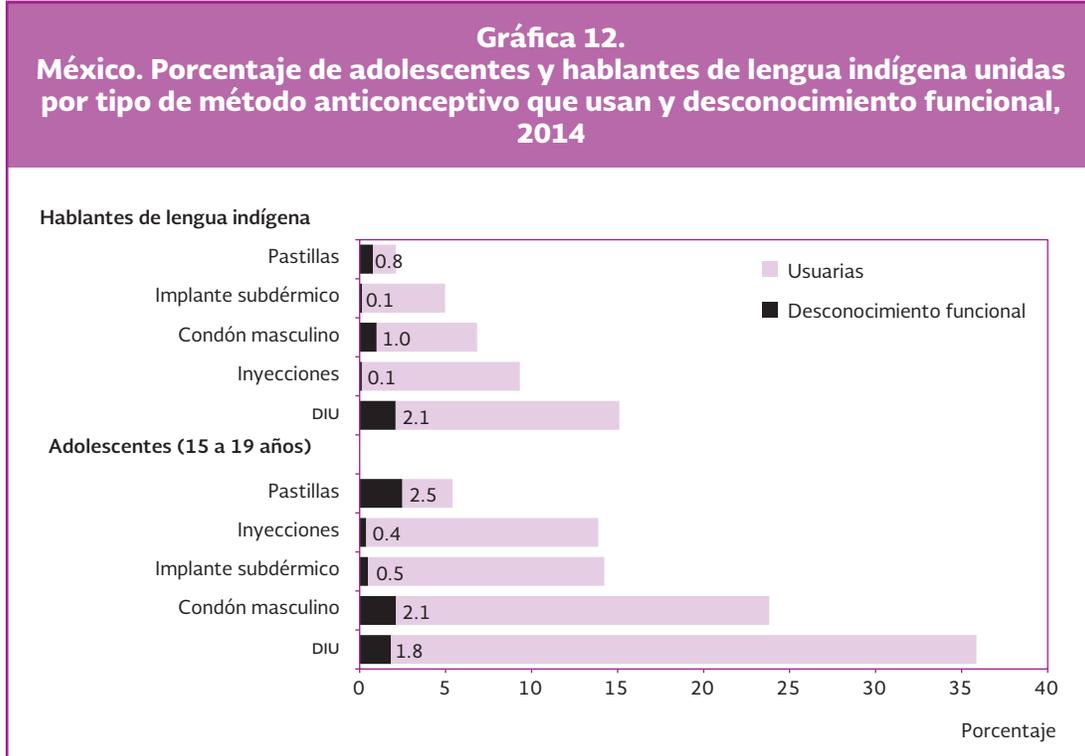
Los resultados anteriores muestran que la prevalencia del uso actual de métodos anticonceptivos se encuentra afectada por el desconocimiento funcional de las mujeres respecto al método que están utilizando, lo cual implica que se reduzca el porcentaje de naci-

mientos planeados o bien la prevención de alguna ITS de manera efectiva; por ejemplo, en el caso del total de MEFU, la prevalencia anticonceptiva baja de 72.3 a 69.7 por ciento al considerar el conocimiento funcional de cada método anticonceptivo que están empleando.

Asimismo, se evidencia que tanto en adolescentes como en hablantes de lengua indígena aumenta el desconocimiento funcional, sobre todo cuando se trata de anticonceptivos donde la intervención de terceros actores es fundamental, como en el caso del DIU, que debe ser colocado por un médico especializado, el condón masculino, donde las mujeres seguramente esperan que su pareja sepa utilizarlo, y, dado que el uso de las pastillas es más complejo en ambos grupos, el desconocimiento es mayor. Al igual que en el total de MEFU, la prevalencia actual de adolescentes y de las hablantes de lengua indígena se ve afectada por el desconocimiento funcional del método anticonceptivo que utilizan, aunque en mayor medida en las adolescentes, al bajar el porcentaje de 51.5 a 44.2, y en las hablantes de lengua indígena, de 58.7 a 54.6.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas

El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos¹⁸ (NIA) es un indicador que da cuenta de la falta de cobertura en cuanto a la información y la oferta de métodos anticonceptivos a mujeres que desean regular su fecundidad, pero que no usan métodos anticonceptivos. En la ENADID de 2014 se incluyeron preguntas que permiten aplicar la metodología que utiliza la Organización de las Naciones Unidas (ONU),¹⁹ por lo que los resultados expuestos no son comparables con los obtenidos en

encuestas anteriores. La diferencia radica en que hay una mejor distribución de las mujeres en cuanto al deseo del embarazo actual y del último hijo nacido vivo en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta, así como la inclusión de variables que hacen posible identificar a aquellas en amenorrea postparto, a las mujeres infértiles²⁰ y las razones por las que no necesitan usar métodos anticonceptivos.

En 2014, el porcentaje de MEFU con necesidad insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos es de 4.9 por ciento, entre las cuales se aprecia un mayor porcentaje con una NIA para limitar los nacimientos que para espaciarlos (véase gráfica 13). Por entidad

¹⁸ La Necesidad Insatisfecha de Métodos Anticonceptivos se define como la medida para aquellas mujeres que de forma expresa desean espaciar o limitar el nacimiento de un primer o siguiente hijo(a), pero que no hacen uso de métodos anticonceptivos.

¹⁹ Metodología que utiliza la ONU para estimar la Necesidad Insatisfecha de Métodos Anticonceptivos con base en las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) y que está descrita en el documento de Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel y Charles F. Westoff (2012).

²⁰ La ENADID 2014 permitió identificar de manera más precisa a las mujeres infértiles, ya que en encuestas anteriores solo se podía hacer a través de las diferentes combinaciones de tiempo transcurrido (cinco años o más), por ejemplo, sin usar métodos anticonceptivos y la fecha del último hijo, o la fecha de la unión y no tener hijos; en esta ocasión, aparte de considerar el tiempo transcurrido entre diferentes eventos, la encuesta incluyó dos preguntas sobre el motivo por el cual no puede tener hijos, mismas que también ayudaron a definir al grupo de mujeres infértiles que representó seis por ciento del total de mujeres entre 15 y 49 años de edad.

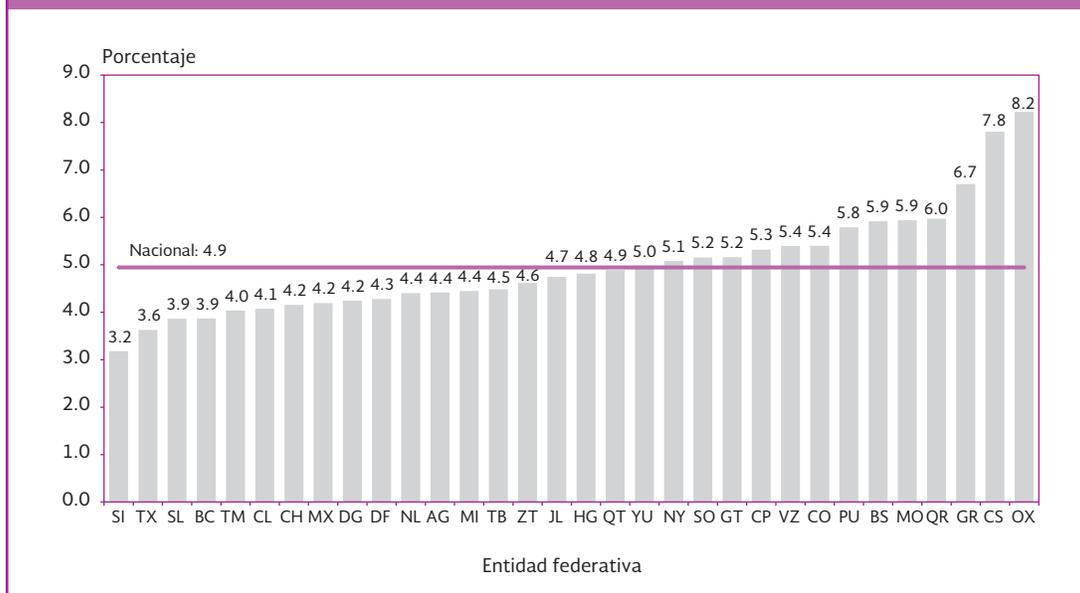
federativa se advierte que más de la mitad tiene una NIA menor a lo reportado a nivel nacional, destacando Sinaloa con el menor porcentaje de mujeres con NIA; por otra parte, se distingue que las entidades con mayor rezago como Oaxaca, Chiapas y Guerrero tienen el mayor porcentaje de mujeres con NIA.

De acuerdo al grupo de edad, son las adolescentes y las jóvenes (20 a 29 años) quienes más necesitan tener acceso al uso de métodos anticonceptivos, sobre todo para espaciar sus nacimientos; conforme avanza la edad de las mujeres, la NIA desciende y va más orientada a limitar los nacimientos (véase cuadro 7). Con relación a la NIA de las MEFU clasificadas de acuerdo a la paridez declarada al momento de la encuesta, el grupo con acceso más limitado al uso de métodos anticonceptivos es el que no tiene hijos, sobre todo para retrasar el nacimiento del primer hijo(a); en tanto que por nivel educativo, las mujeres sin escolaridad

son las que muestran la mayor NIA sobre todo para limitar su descendencia; esto podría ser un indicio de que es un problema de las mujeres adultas, ya que en generaciones pasadas la asistencia a la escuela por parte de las mujeres era menor comparada con la de los varones, mientras que en aquellas que cuentan con secundaria o más la NIA baja y la necesitan tanto para espaciar como para limitar.

Por lugar de residencia de las MEFU, la diferencia es de un punto porcentual, siendo mayor en el caso de las mujeres que habitan en contextos rurales, pero, al igual que las residentes en áreas urbanas, tienen necesidad de limitar los nacimientos. Mientras que por condición de habla de lengua indígena la brecha indica que la NIA es dos veces mayor en las hablantes de lengua indígena que en las no hablantes, y en ambos casos requieren de acceso al uso de métodos anticonceptivos para limitar.

Gráfica 13.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

Cuadro 7.
México. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas, según características seleccionadas, 2014

Características seleccionadas	2014		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	4.9	2.2	2.7
Grupos de edad			
15-19	13.5	9.8	3.7
20-24	9.8	6.7	3.0
25-29	6.6	3.6	3.0
30-34	4.3	1.6	2.7
35-39	3.3	0.6	2.7
40-44	3.0	0.2	2.8
45-49	2.1	0.0	2.1
Paridez			
0	10.5	7.6	2.9
1	6.6	3.9	2.7
2	4.2	1.6	2.6
3	2.8	0.7	2.0
4 y más	4.8	0.9	3.9
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	7.7	1.0	6.7
Primaria incompleta	5.5	1.6	3.8
Primaria completa	5.3	1.9	3.4
Secundaria y más	4.7	2.4	2.3
Lugar de residencia			
Rural	5.7	2.7	3.0
Urbano	4.7	2.1	2.6
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	8.9	3.7	5.2
No habla	4.7	2.1	2.6

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

Prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas

Desde el inicio de la atención a la salud sexual y reproductiva se ha privilegiado más el conocimiento sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de los derechos (Juárez *et al.*, 2010). Sin embargo, el ingreso y permanencia de las mujeres en el desarrollo social y económico a partir del ejercicio de la planificación familiar y la

anticoncepción ha propiciado su empoderamiento en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos al permitir ejercerlos de manera libre y autónoma, propiciando así la transformación de comportamientos sociales en condiciones de mayor equidad para las mujeres, por lo cual surge la necesidad de considerar indicadores que faciliten un mayor acercamiento al comportamiento actual de la sociedad mexicana.

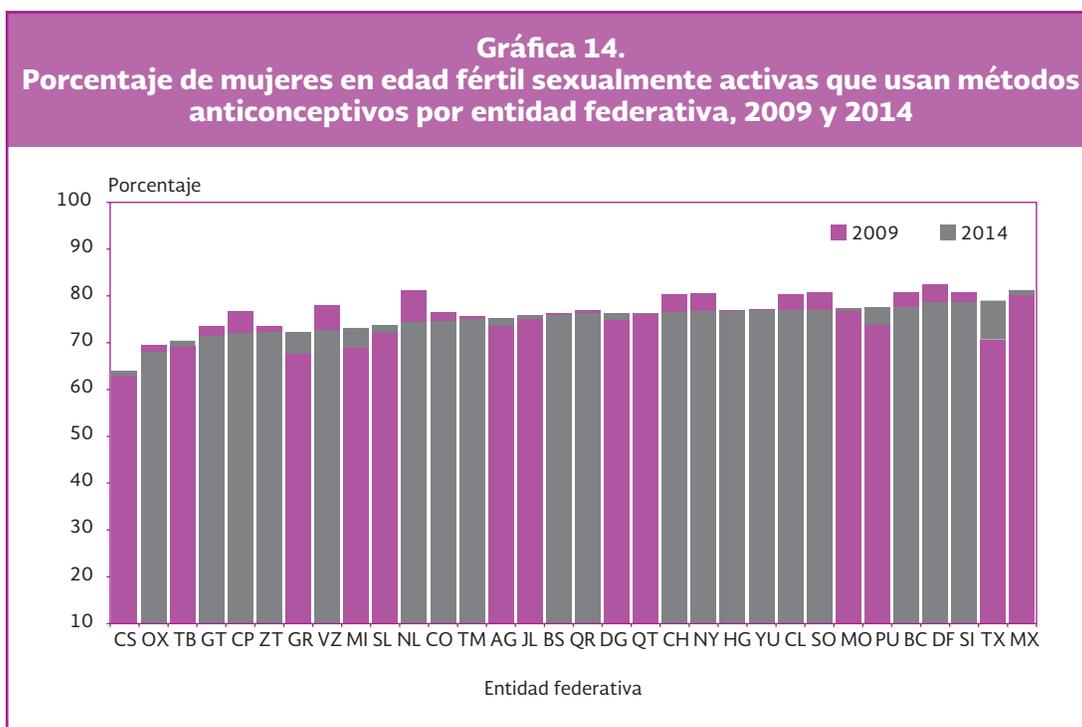
En los dos últimos levantamientos de la ENADID (2009 y 2014) se incluyen, en sus respectivos cuestionarios, preguntas que dan cuenta de la condición de

la actividad sexual de las mujeres en meses previos al levantamiento de la encuesta, lo cual permite determinar al grupo de mujeres sexualmente activas (MEFSA), definiéndolas como aquellas que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento.

El determinar la población objetivo a partir de la actividad sexual, independientemente de su situación conyugal, hace posible incluir a todas las mujeres que demandan atención en salud sexual y reproductiva y que están en riesgo de tener un embarazo no planificado o de contraer una infección de transmisión sexual. De acuerdo con la ENADID, en este grupo descendió el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos de 76.5 a 75.6 entre 2009 y 2014. Asimismo, en 19 de las 32 entidades federativas disminuye dicha prevalencia, siendo Nuevo León, Veracruz y Campeche las que presentan una mayor reducción con seis puntos porcentuales en promedio (véase gráfica 14). Aunque, entre 2009 y 2014, en Chiapas aumenta la prevalencia anticonceptiva de las MEFSA de 63.0 a 63.9 y en Tabasco, de 69.2 a 70.4 por ciento, y junto con

Oaxaca, que en ese periodo disminuye de 69.4 a 68.5 por ciento, son las entidades con menor prevalencia anticonceptiva; en el lado opuesto, aquellas con mayor prevalencia son: México, que pasa de 80.2 a 81.1 por ciento, Tlaxcala, de 70.7 a 79.0 por ciento, y Sinaloa, que disminuye de 80.8 a 78.6 por ciento.

En general, disminuye el porcentaje de mujeres sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos de acuerdo a diferentes características; solo las adolescentes reportan un aumento de 8.1 por ciento, pero continúa manteniéndose como el grupo de mujeres que hace menor uso de métodos anticonceptivos respecto a las mujeres en los grupos de edad restantes. En cuanto al porcentaje de usuarias de métodos modernos, nuevamente es en las adolescentes donde se incrementa en 11.2 por ciento, seguidas por las residentes de zonas rurales, que ascienden en 4.4 por ciento, así como de las mujeres con primaria incompleta y de las hablantes de lengua indígena, con un 4.0 por ciento (véase cuadro 8).



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

Cuadro 8.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas que usan métodos anticonceptivos, métodos modernos y participación masculina, según características seleccionadas, 2009 y 2014

Características seleccionadas	Prevalencia anticonceptiva					
	Total		Métodos modernos		Participación masculina	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	76.5	75.6	71.0	71.3	17.8	18.0
Grupos de edad						
15-19	54.6	59.0	50.3	55.9	25.6	25.4
20-24	70.3	67.7	64.7	63.7	25.5	22.9
25-29	72.6	72.5	66.1	68.4	20.7	19.4
30-34	77.5	76.6	71.0	71.7	17.9	18.3
35-39	83.0	80.4	77.3	75.6	16.7	16.9
40-44	83.1	81.5	78.3	77.3	13.0	14.7
45-49	77.9	78.8	74.3	75.0	10.3	12.8
Situación conyugal						
Unidas	76.9	76.0	71.2	71.5	16.2	16.0
Exunidas	76.7	77.9	74.6	76.4	10.5	11.8
Solteras	71.4	70.0	67.1	66.0	39.4	41.7
Paridad						
0	50.1	48.4	45.7	44.4	30.1	32.1
1	66.0	64.7	59.2	59.1	22.0	20.9
2	81.8	80.9	74.8	75.8	19.8	18.5
3	88.1	88.5	84.1	85.6	11.9	11.7
4 y más	83.1	84.8	78.7	81.5	9.3	9.3
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	66.7	66.2	63.1	64.2	7.1	7.8
Primaria incompleta	72.6	73.0	67.0	69.7	11.3	8.0
Primaria completa	75.3	74.3	69.8	70.3	13.5	12.2
Secundaria y más	77.7	76.2	72.2	71.7	20.3	20.0
Lugar de residencia						
Rural	69.8	71.2	64.4	67.2	12.8	12.4
Urbano	78.2	76.7	72.7	72.3	19.1	19.4
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	65.5	63.7	58.1	60.4	13.0	9.4
No habla	77.1	76.2	71.7	71.8	18.1	18.4

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2009 y 2014.

Es preciso resaltar que la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de este grupo de mujeres se eleva. De acuerdo con el grupo de edad de la población femenina, se percibe que existe una disminución de la participación de los hombres cuando las mujeres se ubican en los grupos de edad más jóve-

nes, comienza a aumentar a partir del grupo de mujeres de 30 a 34, incrementándose conforme avanza la edad, en tanto que por situación conyugal hay menos participación en los grupos de mujeres unidas y exunidas y una mayor participación en las solteras. Según la paridez, la mayor participación se concentra en

aquellas sin hijos y son quienes presentan una mayor prevalencia determinada por los hombres en relación con las que ya tienen al menos un hijo.

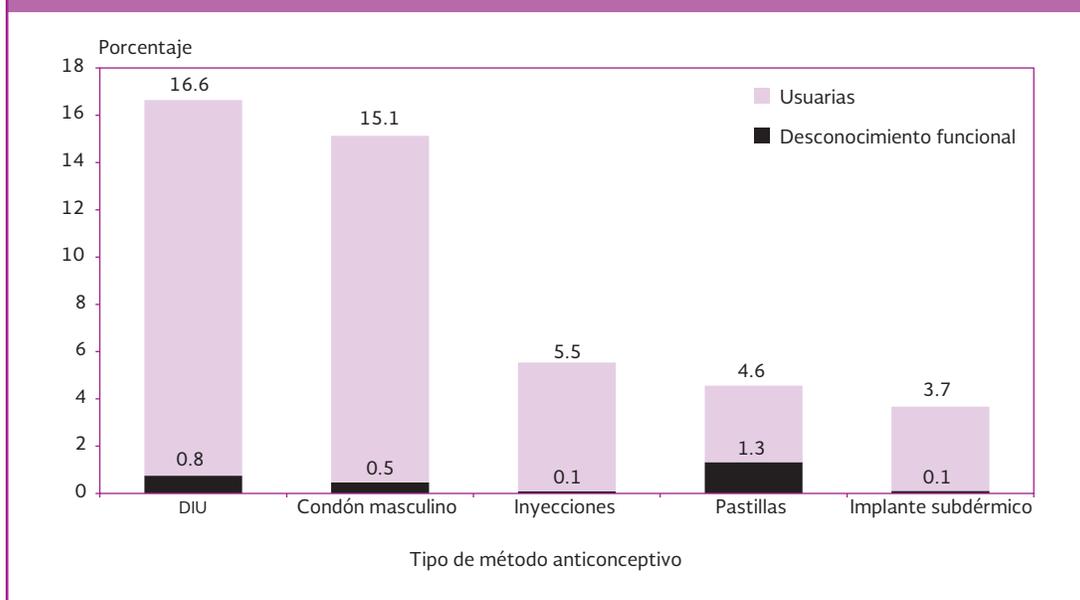
Por otra parte, por nivel de escolaridad de las mujeres sexualmente activas, la participación masculina es mayor si tienen primaria completa y secundaria o más. Asimismo, en las residentes de lugares rurales hay un descenso y en lugares urbanos aumenta, generándose una brecha de 7.1 puntos porcentuales, mientras que en hablantes de lengua indígena comparadas con las no hablantes de lengua indígena se da el mismo comportamiento e incluso se amplía la brecha de 5.1 a 9.0 puntos porcentuales.

Entre las MEPSA es notable que 44.5 por ciento se ha realizado la OTB y 3.1 por ciento declara que sus parejas se practicaron la vasectomía, lo que significa que 47.7 por ciento de las usuarias actuales ha optado por métodos definitivos. En tanto que, en el resto de las usuarias, una mayor proporción hace uso del

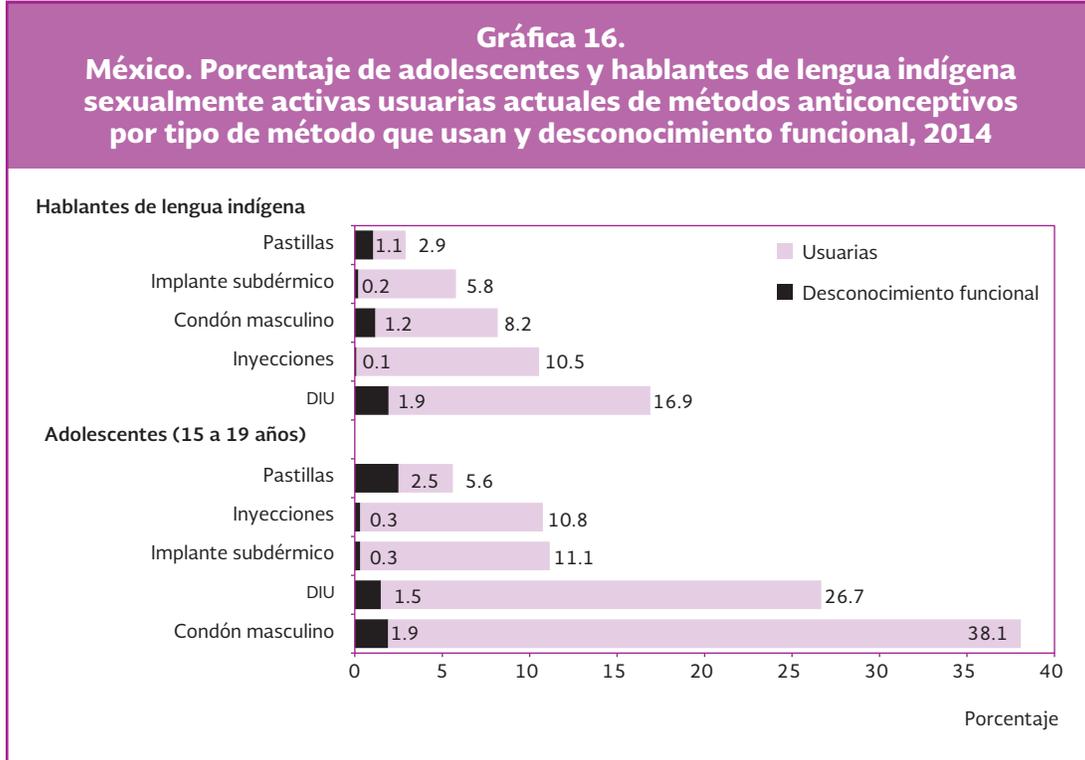
DIU, seguido por el condón masculino, donde se observa que el porcentaje de mujeres que desconoce cómo utilizarlos es muy bajo; por último, con un menor porcentaje de usuarias se ubican las inyecciones, las pastillas y el implante subdérmico, siendo mayor el desconocimiento en las usuarias de pastillas, 29.0 por ciento (véase gráfica 15).

En el caso de las adolescentes sexualmente activas, los métodos más utilizados son el condón masculino y el DIU, respecto de los cuales 1.9 y 1.5 por ciento, respectivamente, no saben cómo deben usarlos. A diferencia de lo expuesto por el total de MEPSA, las adolescentes recurren en tercer lugar al implante subdérmico y en cuarto lugar a las inyecciones; en ambos casos los niveles de desconocimiento son muy bajos; por último, recurren a las pastillas, donde 44.7 por ciento declara ignorar cómo usarlas (véase gráfica 16). Por otra parte, en el grupo de hablantes de lengua indígena identificadas como sexualmente activas,

Gráfica 15.
México. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias actuales de métodos anticonceptivos por tipo de método que usan y desconocimiento funcional, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (S/a), ENADID 2014.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (S/a), ENADID 2014.

el porcentaje de usuarias de OTB fue de 48.8 y solo 1.3 de las mujeres reportó que su pareja se hizo la vasectomía. El método más utilizado por este grupo después de la OTB es el DIU, del cual 1.9 por ciento dice no saber cómo debe usarlo, en segundo lugar emplean las inyecciones, que prácticamente todas conocen cómo se usan, en tercer lugar acuden al condón masculino, seguido por el implante subdérmico y las pastillas, donde se detecta que 1.2 por ciento de las usuarias de condón y 1.1 por ciento de usuarias de pastillas desconocen cómo se utilizan.

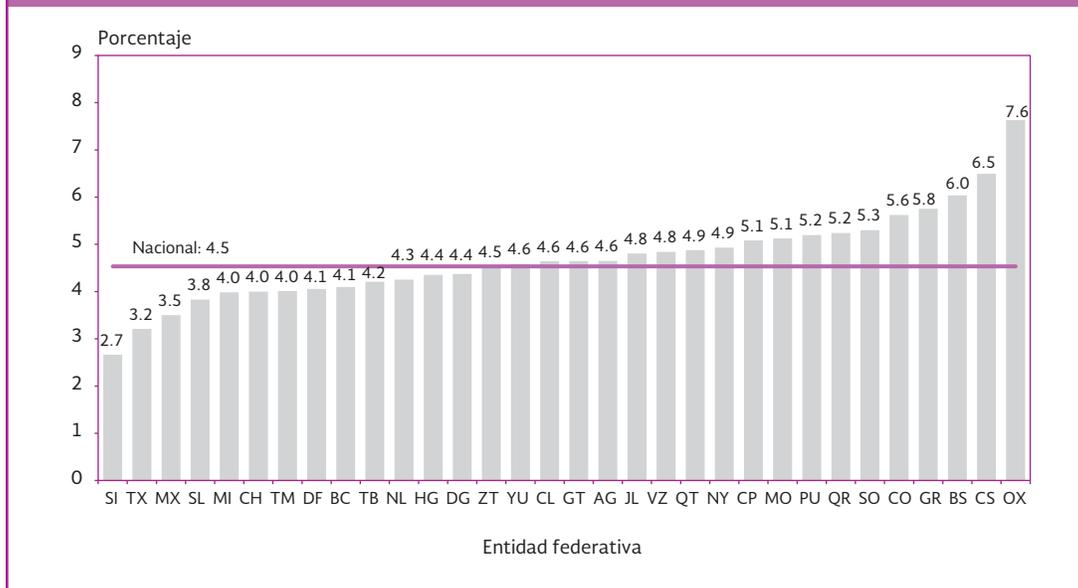
Ahora bien, si se excluye a las MEFSAs actualmente usuarias que declararon no saber usar el método anticonceptivo elegido, la prevalencia anticonceptiva de este grupo de mujeres bajaría de 75.6 a 72.8 por ciento; en las adolescentes sexualmente activas, de 59.0 a 52.4 por ciento; y, finalmente, en hablantes de lengua indígena, de 63.7 a 59.3 por ciento.

Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas

La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en las MEFSAs se estima en 4.5 por ciento, donde poco más de la mitad los necesita para limitar su descendencia. Por entidad de residencia de las MEFSAs, se registra que trece entidades federativas tienen una menor NIA respecto al nivel nacional, destacando Sinaloa, Tlaxcala y México, mientras que en las entidades con mayores rezagos, como Oaxaca y Chiapas, la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva deriva en una alta NIA; en tercer lugar se encuentra Baja California Sur, seguida por Guerrero (véase gráfica 17).

En las MEFSAs, de acuerdo con el grupo de edad, la mayor NIA corresponde a las adolescentes y las jóvenes, en ambos casos para espaciar el nacimiento de sus hijos(as), y conforme avanza la edad de este grupo, la NIA disminuye, siendo necesario el acceso para que estas mujeres puedan limitar su descendencia.

Gráfica 17.
Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

En cuanto a la paridez de las MEFSAs, la mayor NIA ocurre cuando no tienen descendencia y cuando tienen solo un hijo(a); en ambos casos la requieren principalmente para posponer el nacimiento ya sea del primer o del segundo hijo(a), según sea el caso, a partir del segundo hijo(a) la NIA se reporta sobre todo para limitar su descendencia (véase cuadro 9).

Asimismo, las MEFSAs sin escolaridad y con primaria incompleta reportan una mayor NIA para limitar los nacimientos incluso en las que tienen primaria completa, aunque en menor porcentaje; solo en las que tienen secundaria y más, la mitad indica que su necesidad es para espaciar. Al clasificar a las mujeres por lugar de residencia, la diferencia es baja (0.7 puntos porcentuales), si bien se observa que en las zonas rurales tienen la necesidad tanto para espaciar como para limitar, mientras que las residentes de zonas urbanas lo que desean es limitar su descendencia. Por condición de habla de lengua indígena, existe una brecha de 3.1 puntos porcentuales, siendo las hablantes las que concentran la mayor NIA, de la cual prácticamente la mitad es para espaciar y la otra para limitar.

Conclusiones

Los resultados expuestos a partir de la ENADID 2014 brindan un panorama amplio de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil, develando cambios de comportamiento y en las necesidades de los diferentes grupos de población femenina, que, por sus características continúan siendo focos de atención, debido a que aún se detectan efectos menores de los programas enfocados a la salud sexual y reproductiva.

Entre los principales resultados destaca el ligero descenso de la Tasa Global de Fecundidad, sin embargo, hay un repunte importante en la fecundidad de las adolescentes, convirtiéndose en el tercer grupo que más contribuye a la fecundidad total.

El decremento en la edad mediana a la primera relación sexual señala el rejuvenecimiento del inicio de la vida sexual de las mujeres en la mayoría de las entidades, aunque, aparentemente, se hace de manera más responsable, ya que se detecta un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, siendo las adolescentes quienes registran la

Cuadro 9.
México. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil sexualmente activas, según características seleccionadas, 2014

Características seleccionadas	2014		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	4.5	2.2	2.3
Grupos de edad			
15-19	11.5	8.8	2.7
20-24	8.1	5.6	2.5
25-29	5.6	3.3	2.4
30-34	3.7	1.5	2.2
35-39	3.0	0.5	2.5
40-44	2.8	0.4	2.4
45-49	1.9	0.1	1.8
Paridez			
0	8.8	6.7	2.1
1	5.9	3.2	2.7
2	3.6	1.3	2.3
3	2.4	0.6	1.7
4 y más	3.9	0.8	3.1
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	5.4	0.8	4.6
Primaria incompleta	5.3	1.6	3.7
Primaria completa	4.8	1.8	3.0
Secundaria y más	4.4	2.3	2.1
Lugar de residencia			
Rural	5.1	2.5	2.6
Urbano	4.4	2.1	2.3
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	7.5	3.7	3.8
No habla	4.4	2.1	2.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2014.

mayor proporción de uso. En contraste, las mujeres con condiciones menos favorables muestran porcentajes muy bajos de uso de métodos anticonceptivos en esa primera relación sexual, debido a que no conocían o no sabían dónde obtener o cómo usar dichos métodos.

Estos resultados evidencian que aún existe un gran reto en materia de política pública en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, ya que entre las razones más comentadas por las mujeres para no haber hecho uso de algún método en la primera relación sexual se identifica el desconocimiento sobre el lugar de obtención y la manera como deben utilizar-

se; esto podría estar indicando que es necesaria una mayor difusión de información, que sea de calidad, sobre las opciones que tienen hombres y mujeres para prevenir embarazos e ITS, a través del uso adecuado de los métodos anticonceptivos, además de los lugares donde es posible obtenerlos.

La inclusión de preguntas sobre conocimiento funcional de métodos anticonceptivos permite determinar si las mujeres en realidad saben cómo se utilizan aquellos que mencionan conocer; los resultados señalan que el conocimiento funcional es menor. Se detecta que existe una falta de orientación e información

sobre el funcionamiento del método anticonceptivo, lo cual podrían ocasionar que a pesar de estar utilizando un método altamente efectivo, al desconocer la forma correcta en que debe utilizarse, podría disminuir o anular la efectividad de dicho método.

Los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento y conocimiento funcional, tanto para las adolescentes como para las hablantes de lengua indígena, denotan que se requieren realizar mayores esfuerzos y un trabajo intenso en cuanto a difusión de la información sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, así como del acceso a los mismos, acompañados de consejería e información confiable al respecto.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se mantiene constante entre 2009 y 2014 en las mujeres en edad fértil unidas y, lo que resulta más preocupante, es que se registra un descenso en más de la mitad de las entidades federativas. Esto es un llamado de atención para redoblar esfuerzos en la implementación de los programas de planificación familiar y anticoncepción en el país, a fin de transitar a un mayor uso de métodos modernos y a la doble protección, que garanticen evitar los embarazos no planeados, así como el contagio de alguna ITS.

Otro indicador que no presenta avances es la participación masculina en el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil unidas, ya que se mantiene constante e incluso disminuye drásticamente en los grupos con mayores rezagos, lo cual evidencia que las acciones que se han realizado para involucrar a los hombres en las decisiones sexuales y reproductivas han sido insuficientes.

Entre las mujeres sexualmente activas es notable que la prevalencia anticonceptiva es mayor que entre las mujeres unidas, aunque decrece ligeramente en los últimos cinco años y en 19 de las 32 entidades federativas. De acuerdo con las características sociodemográficas, las que menos usan métodos anticonceptivos son las adolescentes, las solteras, las que no tienen hijos, aquellas sin escolaridad y las hablantes de lengua indígena. También, en este grupo se registra un aumento en la participación masculina entre 2009 y 2014 en la prevalencia de las adolescentes y las jóve-

nes, en las solteras, en las mujeres sin hijos, en las que tienen secundaria y más, en las residentes de zonas urbanas y en el grupo de no hablantes de lengua indígena. Esto último podría estar mostrando que entre las mujeres jóvenes, que tienen más estudios, que viven en ámbitos con mejor y mayor acceso a servicios de salud, se podrían estar estableciendo relaciones donde la participación de los varones en el ámbito sexual y reproductivo sea mayor y más equitativa.

Esta investigación presentó el panorama actual de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el país y a partir de dicho diagnóstico se han señalado algunos avances y retos en la materia. Es claro que el mayor desafío consiste en establecer condiciones de calidad, equidad y asequibilidad, así como de programas y acciones necesarias para que la población que continúa en desventaja en este aspecto reciba información, acceso y calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la atención y asesoría sobre métodos anticonceptivos de manera adecuada y de acuerdo a las necesidades de cada persona que así lo requiera.

Bibliografía

- Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel y Charles F. Westoff (2012), "Revising Unmet Need for Family Planning", en *DHS Analytical Studies*, núm. 25, ICF International, Calverton, Maryland, USA. Disponible en línea: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>
- Campero Lourdes, Erika E. Atienzo, Leticia Suárez, Bernardo Hernández y Aremis Villalobos (2013), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas", en *Gaceta Médica de México*, núm. 149:299-307.
- CGSNI-SPP [Coordinación General del Sistema Nacional de Información-Secretaría de Programación y Presupuesto] (s/a), Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976, México.
- Cleland John et al. (2006), "Family Planning: The unfinished agenda", en *The Lancet Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, núm. 9549, pp. 1810-1827, Series, octubre.

- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2012), *Proyecciones de la Población de México, 2010-2050*. Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- , INEGI, SS e INSP (s/a), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006*. Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Conde, Vinacur et al. (2001), “Intervalo interembarazo o intergenésico”, en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 20, núm 1, pp. 20-23. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91220105> ISSN 1514-9838. [Fecha de consulta: 14 de septiembre de 2015].
- DGPF-SS [Dirección General de Planificación Familiar] (s/a), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, México.
- Di Cesare, Mariachiara (2007), *Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe*, CELADE-CEPAL.
- Domínguez L. y P. Vigil-De Gracias (2005), “El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales”, en *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 32, núm.03, pp.122-126. Disponible en línea: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13076837&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=7&ty=125&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=7v32n03a13076837pdf001.pdf
- FNUAP [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2000), *Alianzas con los hombres: un enfoque nuevo en la salud sexual y reproductiva*, Informe Técnico núm. 3, Nueva York.
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (s/a), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, 1997, 2009 y 2014*. Disponibles en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/default.aspx>
- Juárez F., J. L. Palma, S. Singh y A. Bankole (2010), *Barreras para la maternidad segura en México*, Guttmacher Institute.
- Mendoza Doroteo, Miguel Sánchez, Felipa Hernández y Eulalia Mendoza (2009), “35 años de la planificación Familiar en México”, en CONAPO, *La situación demográfica de México 2009*.
- Meneses, Eloína (2014), *Análisis de la falla en el uso del primer método anticonceptivo en México en los periodos 1989-1997 y 2001-2009*. Tesis de Maestría en Demografía, COLMEX.
- ss [Secretaría de Salud] (1994), *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, México.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010), “Salud Reproductiva y Desigualdades en la Población”, en *Los grandes problemas de México*, El Colegio de México.
- Villagómez Paloma, Doroteo Mendoza y Jorge Valencia (2011), *Perfiles de Salud Reproductiva. República Mexicana*, Consejo Nacional de Población, México.
- Welti, Carlos (2014), “La institucionalización de una política explícita de población en México”, en *Papeles de Población*, núm. 81, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM.
- Zavala, María Eugenia (1992), *Cambios en la fecundidad en México y políticas de población*, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica/Economía Latinoamericana, 326 pp.

