

# Perfiles de Salud Reproductiva

Chiapas



# **Perfiles de Salud Reproductiva Chiapas**

*Consejo Nacional de Población*

**Coordinadores:**

Paloma Villagómez Ornelas  
Jorge Armando Valencia Rodríguez

**Autores:**

Paloma Villagómez Ornelas  
Doroteo Mendoza Víctorino  
Jorge Armando Valencia Rodríguez

**Procesamiento de información:**

Miguel Sánchez Castillo  
María Felipa Hernández López

**Sistematización en cuadros y gráficas:**

Ma. Eulalia Mendoza García  
Nila Soledad Cortés Cruz

**Integración y revisión:**

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

**Corrección de estilo:**

Cristina Gil Villegas Montiel  
Liliana Velasco Díaz

**Diseño portada y formación:**

Maritza Santillán Moreno  
Myrna Muñoz del Valle  
Cristina del Águila

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

*Perfiles de salud reproductiva. Chiapas*

Primera edición: noviembre de 2011

ISBN: 978-607-427-157-7

ISBN: 978-607-427-182-9

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

# Consejo Nacional de Población

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

EMB. PATRICIA ESPINOSA CANTELLANO  
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

LIC. HERIBERTO FÉLIX GUERRA  
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. BRUNO FERRARI GARCÍA DE ALBA  
Secretario de Economía

LIC. ALONSO LUJAMBIO IRAZÁBAL  
Secretario de Educación Pública

MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG  
Secretario de Salud

LIC. JAVIER LOZANO ALARCÓN  
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. ABELARDO ESCOBAR PRIETO  
Secretario de la Reforma Agraria

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

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

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

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

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

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

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

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

# Secretaría de Gobernación

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO  
Secretario de Gobernación

LIC. OBDULIO ÁVILA MAYO  
Subsecretario de Gobierno

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

MTRO. RUBÉN ALFONSO FERNÁNDEZ ACEVES  
Subsecretario de Enlace Legislativo

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

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

LIC. ÁLVARO LUIS LOZANO GONZÁLEZ  
Subsecretario de Normatividad de Medios

LIC. JOSÉ OSCAR VEGA MARÍN  
Oficial Mayor

LIC. LAURA GURZA JAIDAR  
Coordinadora General de Protección Civil

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

# Secretaría General del Consejo Nacional de Población

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA  
Secretario General

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

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

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

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

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

MTRO. JORGE A. VALENCIA RODRÍGUEZ  
Director de Estudios Sociodemográficos

MTRO. RAFAEL LÓPEZ VEGA  
Director de Análisis Estadístico e Informática

LIC. MARÍA SILVIA GONZÁLEZ ARELLANO  
Directora de Cultura Demográfica

LIC. FLAVIO GUTIÉRREZ REYES  
Director de Administración



# Contenido

9	<b>Presentación</b>
11	<b>Introducción</b>
12	<b>Aspectos demográficos generales</b>
17	<b>1. Exposición al riesgo de embarazo</b>
17	1.1 Inicio de la vida sexual
18	1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos
19	1.3 Condiciones de vida sexual actual
22	1.4 Situación conyugal
23	<b>2. Patrones reproductivos</b>
23	2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
24	2.2 Intervalo protogenésico
25	2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos
25	<b>3. Los niveles y tendencias de la fecundidad</b>
29	<b>4. Preferencias reproductivas</b>
29	4.1 Ideal de hijos e hijas
33	4.2 Embarazo no planeado
34	<b>5. Anticoncepción</b>
34	5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
37	5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
38	5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
42	5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
43	5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
46	5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
47	5.7 Anticoncepción posparto
48	<b>6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)</b>
49	6.1 Nunca uso de anticonceptivos
52	6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
55	6.3 Demanda total de anticonceptivos

55	<b>7. Salud materna</b>
56	7.1 Mortalidad materna
56	7.2 Aborto
57	7.3 Atención prenatal
60	7.4 Atención del parto
61	7.5 Atención durante el puerperio
62	<b>8. Lactancia materna</b>
63	<b>9. Conclusiones</b>
65	<b>Bibliografía</b>
67	<b>Anexo</b>

## Presentación

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

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

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

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

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

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

Félix Vélez Fernández Varela  
Secretario General  
Consejo Nacional de Población



## Introducción

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

El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica a Chiapas en el 31° sitio del *ranking* estatal (CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 32° en prevalencia anticonceptiva; en el 26° en cuanto al porcentaje de las usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 32° en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural; en el 24° respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 30° por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 32° por su tasa global de fecundidad; y en el 27° sitio por exhibir una cifra relativamente elevada de razón de mortalidad materna.

Ese perfil ubica a Chiapas, junto con Guerrero, Puebla y Oaxaca, en el patrón de estados en una *situación muy desfavorable de salud reproductiva*.

El marco de referencia que define a los indicadores utilizados en este *Perfil de Salud Reproductiva* se determinó atendiendo a tres consideraciones importantes: a) que formen parte de la evaluación del objetivo estratégico de “Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción” establecido en el Programa Nacional de Población (PNP) 2008-2012 (CONAPO, 2008, p.99); b) estén vinculados con las metas respectivas del Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 (SSA, 2007a), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA) (SSA, 2007b), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA) (SSA, 2008a) y del Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida (PAPV) (SSA, 2008b); y/o c) constituyan indicadores relevantes asociados con los procesos reproductivos, y que por ello hayan formado parte de los *Cuadernos de Salud Reproductiva*.

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

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

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

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

## Aspectos demográficos generales

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

En 2010, la población de Chiapas alcanzó cerca de 4.8 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (50.9%). Acorde con el incremento del volumen actual de la población del estado, que representa 49.4 por ciento más del observado en 1990 (3.21 millones), la velocidad a la que crece aumenta lentamente. Entre 1990 y 2000, la población total se incrementó a un ritmo de 2.0 por cada cien, manteniéndose entre 2000 y 2010 este mismo ritmo de crecimiento (véase gráfica 1).

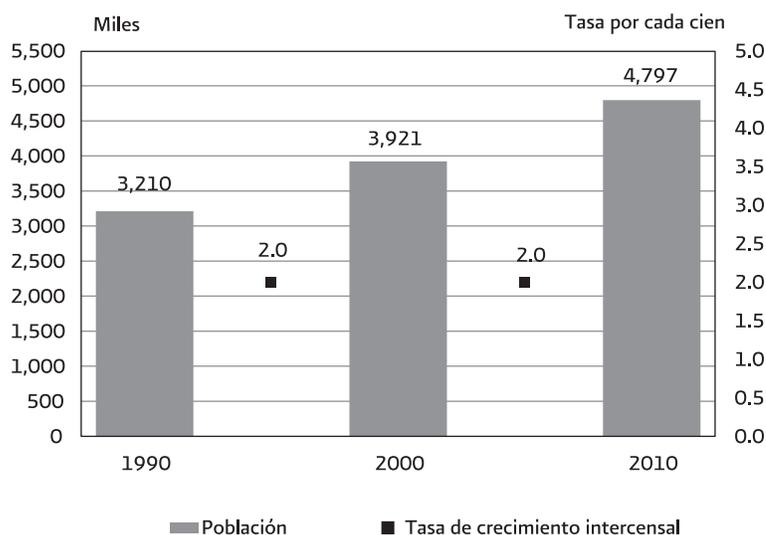
Al analizar varios aspectos de la dinámica demográfica de la entidad, tales como el comportamiento de la natalidad, la mortalidad —en particular la mortalidad infantil—, la esperanza de vida al naci-

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

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

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

**Gráfica 1.**  
Chiapas. Población total y tasa de crecimiento intercensal, 1990, 2000 y 2010



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

miento y la razón de dependencia demográfica, se observa que Chiapas se encuentra en fase *media* de la transición demográfica.<sup>3</sup>

De acuerdo con los datos observados, en 2010 poco más de la tercera parte de la población de Chiapas es menor de 15 años (1.67 millones; 34.8%) y la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (974,253; 20.3%). Si bien en conjunto suman más de la mitad de la población total, su peso específico en la estructura por edad de la población empieza a estabilizarse o a disminuir, mientras que los grupos de adultos jóvenes (25 a 44 años), adultos maduros (45 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más) crecen en el tiempo, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que experimenta el país (véase tabla 1).

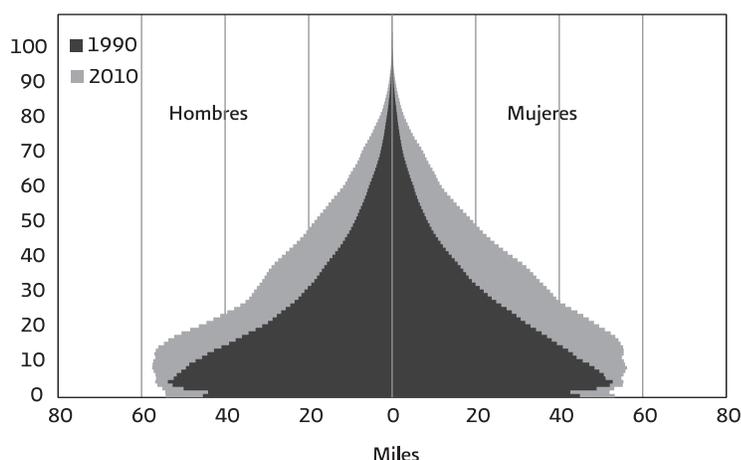
**Tabla 1.**  
Chiapas. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1990, 2000 y 2010

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	44.4	39.6	34.8
15-24	20.7	21.1	20.3
25-44	22.9	25.0	26.7
45-59	7.6	8.9	11.0
60 y más	4.4	5.4	7.2
80 y más	0.7	0.7	1.0

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

<sup>3</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 en la estructura por edad de la población.

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



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

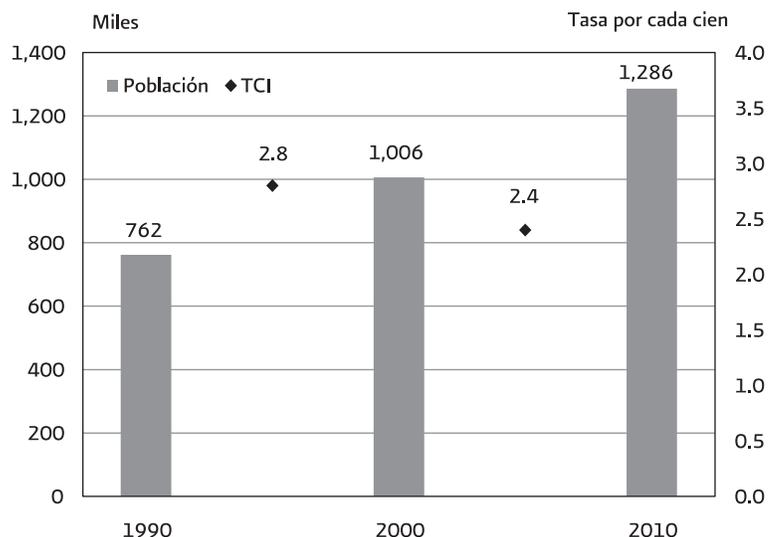
En la pirámide de población es posible observar el cambio de la estructura por edad entre hombres y mujeres a lo largo de 20 años. En 2010, la población infantil comienza a presentarse más estrecha en relación con la población de edades subsecuentes, mientras que la población adolescente, en edad reproductiva y los adultos mayores se incrementan constantemente. Esta dinámica se refleja en el gradual ensanchamiento de la parte central de la pirámide, donde se concentra parte de la población adolescente y adulta. En la punta, que corresponde a la población adulta mayor, es notable el aumento en su volumen, en relación con la década de 1990, no obstante la intensidad a la que crece es menor conforme la edad aumenta. Un factor a resaltar es que en Chiapas, tanto en 1990 como en 2010, la población femenina, en comparación con la masculina, se vuelve más numerosa a partir de los 15 años de edad (véase gráfica 2).

Actualmente, la distribución por edad de la población presenta una estructura no tan favorable en términos de la relación de dependencia, es decir, del número de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto a la población en edad de trabajar (entre los 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 90.0 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay poco más de un proveedor potencial (1.52) por cada dos personas tentativamente dependientes. Asimismo, en 1990 el 93.7 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil (dependencia juvenil); en 2010 representa 87.5 por ciento, dado el peso que gana de manera gradual la dependencia por parte de los adultos mayores (dependencia por vejez).

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

Así, en 2010, en Chiapas hay poco menos de 1.29 millones de mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 52.6 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 762 mil, 47.5 por ciento

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



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

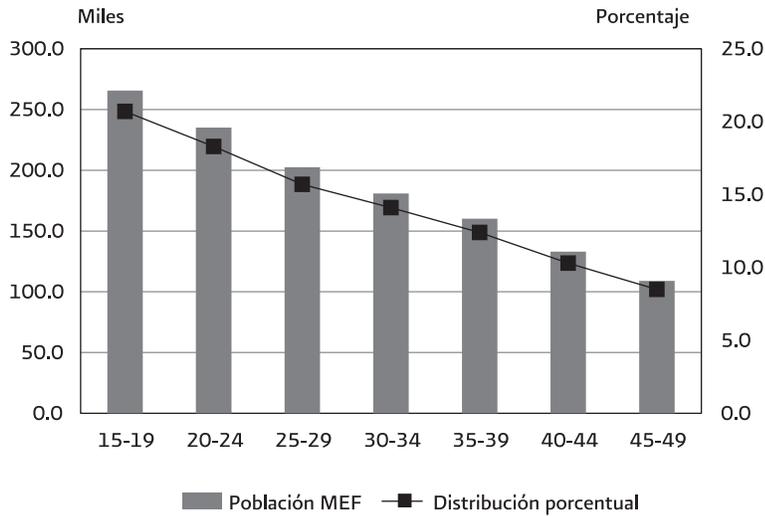
del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años la población femenina en edades fértiles creció 68.8 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF creció a una tasa de 2.8 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 2.4 por cada cien (véase gráfica 3).

Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, ya que las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada. Así, en Chiapas, 20.7 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años. Las mujeres adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín y Villagómez, 2010). Como se analizará en los respectivos apartados, actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad.

El 34.0 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.1%) tiende a ser mayor. De esta manera, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de especial importancia en este periodo.

Por último, los grupos que menos contribuyen a la fecundidad son las mujeres de 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años, que concentran 12.4, 10.3 y 8.5 por ciento de la población en edad reproductiva, respectivamente (véase gráfica 4). Las necesidades en materia de salud reproductiva entre esta población tienden hacia la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas

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

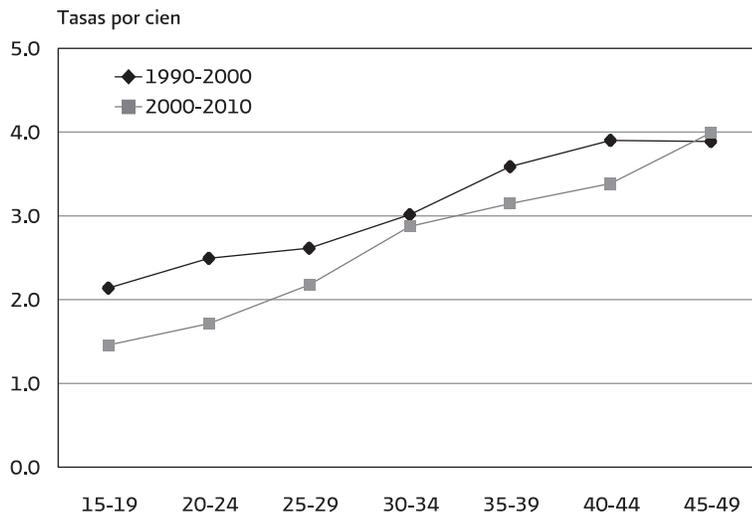


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

relacionadas con el sistema reproductivo, como cáncer de mama y cérvico-uterino, y la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

La gráfica 5 muestra cómo en los últimos 20 años se ha desacelerado el ritmo de crecimiento de todos los grupos de edad entre las MEF, excepto en el grupo de 45 a 49 años. El crecimiento de las mujeres adolescentes descendió de 2.1 a 1.5 por cada cien, siendo este grupo de población el que muestra la tasa de crecimiento más baja en el periodo 2000-2010.

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



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

Destaca también que, en ambos periodos analizados, las tasas de crecimiento aumentan de manera constante hasta el final de la vida reproductiva, mientras que entre 1990-2000, la tasa se mantuvo al mismo nivel en los dos últimos grupos de edad. Este comportamiento confirma la aceleración en el crecimiento de la población en edades más avanzadas, en consonancia con el proceso de envejecimiento demográfico que experimenta el país.

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

## 1. Exposición al riesgo de embarazo

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

### 1.1 Inicio de la vida sexual

#### Indicador:

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

La ENADID 2009 muestra que en Chiapas la cuarta parte (25% o primer cuartil) del total de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 15.8 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo había hecho un poco antes de cumplir la mayoría de edad, esto es, a los 17.7 años; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) tuvieron esa relación sexual al cumplir los 20.0 años (véase cuadro 1). El inicio de la actividad sexual de las mujeres de la entidad es parecido al del contexto

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	15.8	17.7	20.0
35-49	15.6	17.6	20.2

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

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

nacional, cuya mediana es de 18.0 años. Estos resultados son sin duda muy importantes de tomar en cuenta para acciones de política y programáticas, primordialmente para aquellas encaminadas a prevenir el primer embarazo.

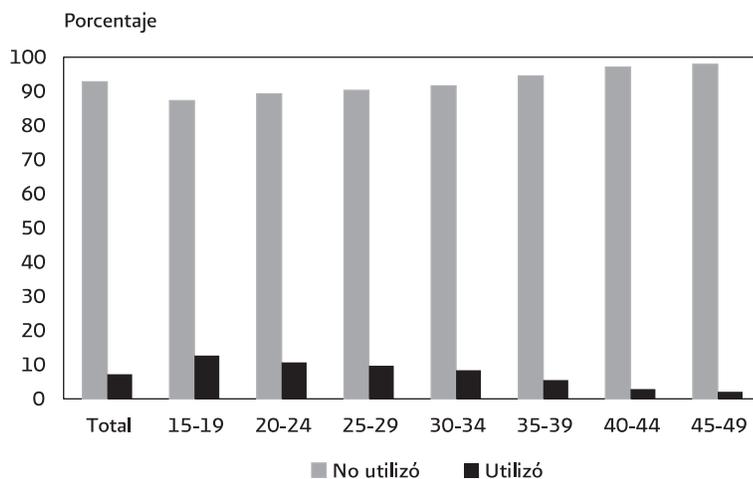
## 1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos

### Indicador:

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

En Chiapas, menos de una décima parte (7.2%) de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, dato que es menor al observado a nivel nacional, de 19.9 por ciento. Las generaciones más jóvenes han optado cada vez más por usar anticonceptivos al inicio de su vida sexual (véase gráfica 6). De esta forma, mientras 2.9 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años manifestó usar anticonceptivos, aumenta a 8.4 por ciento en las de 30 a 34, y se incrementa de forma significativa a 12.7 por ciento en las de 15 a 19 (véase cuadro A.1 del Anexo).

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

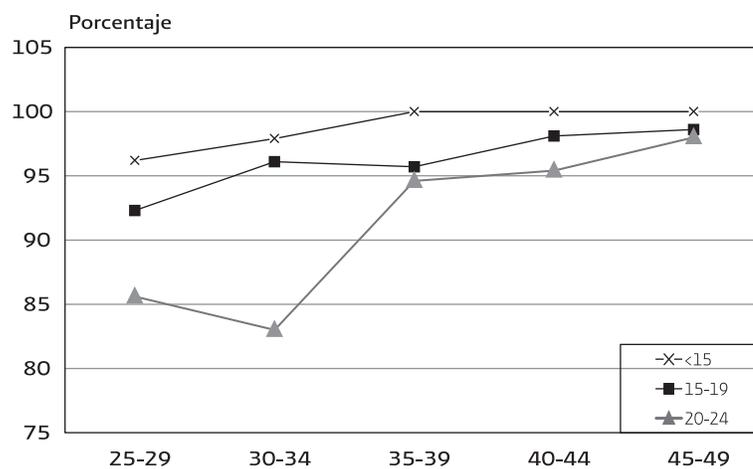


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Las mujeres de Chiapas de generaciones más recientes reportan mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones anteriores. Por ejemplo, entre las de 40 a 44 años, el 1.9 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia y un 4.6 por ciento en la juventud (20 a 24), comparado con las de 25 a 29 años, que emplearon anticonceptivos al inicio de su vida sexual, 7.7 por ciento cuando eran adolescentes y 14.4 por ciento cuando eran jóvenes (véase cuadro A.2 del Anexo).

Visto de otra forma, la gráfica 7 ilustra que a medida que se consideran grupos de mujeres con menor edad, disminuyen los porcentajes de no uso de anticonceptivos en el primer encuentro sexual. No obstante, esa misma gráfica muestra que la no protección anticonceptiva aumenta si el inicio de la actividad sexual ocurre a una edad cada vez menor en la vida de la mujer. Por ejemplo, en las mujeres de 25 a 29 años al momento de la encuesta, 96.2 por ciento no usó anticonceptivos cuando la relación sexual fue antes de los 15 años de edad, comparado con el 92.3 por ciento de no uso si la relación sexual fue entre los 15 y 19 años, y 85.6 por ciento cuando ese acontecimiento se presentó entre los 20 y 24 años.

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



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

### 1.3 Condiciones de vida sexual actual

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

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

#### Conceptos:

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

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

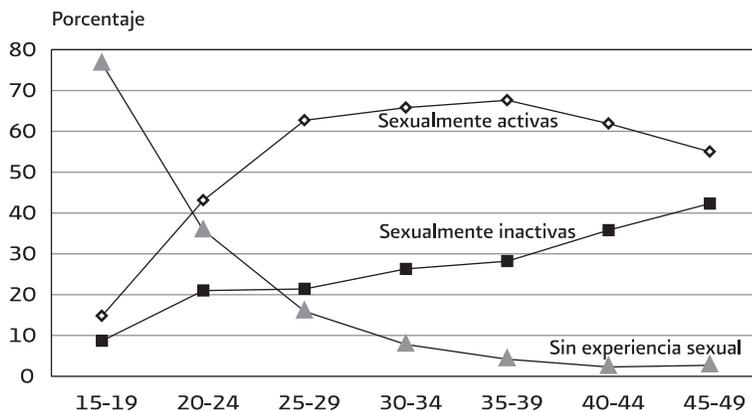
- *Mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI)*. Abarca a las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, esto es, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.
- *Mujeres en edad fértil sin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

El 48.6 por ciento de las MEF de Chiapas se clasifica en sexualmente activas, 23.5 por ciento como sexualmente inactivas, y 27.9 por ciento sin relaciones sexuales, datos parecidos al contexto del país, de 52.9, 23.2 y 23.9 por ciento, respectivamente. En esta medida, 72.1 por ciento de las mujeres en edad fértil estarían expuestas potencialmente a un embarazo por el ejercicio de su sexualidad (véase cuadro A.3 del Anexo).

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. Las MEFSA inician con un 14.8 por ciento en las adolescentes, crecen con la edad hasta 67.6 por ciento en 35 a 39, para descender en los últimos grupos; en cambio, las MEFSI aumentan de forma consistente, partiendo de 8.7 por ciento en las adolescentes y alcanzando 42.3 por ciento en las de 45 a 49. En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, iniciando en 76.6 en las adolescentes, hasta valores mínimos de 2.3 y 2.7 en las mujeres mayores que pasaron el periodo fértil (véase gráfica 8A).

Desde esta perspectiva, una apreciación global relevante para las acciones de política y programáticas es que 23.4 por ciento de las adolescentes y 64.2 por ciento de las jóvenes están en riesgo potencial de embarazo por presentar una vida sexual activa o inactiva.

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



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

El análisis por situación conyugal muestra, obviamente, que el mayor porcentaje de MEFSAs se encuentra en las mujeres unidas, con 80.1. Al mismo tiempo, este dato resulta revelador, ya que antes se suponía que el 100 por ciento de las MEFUs estaba expuesta a un embarazo. Bajo el concepto de las MEFSAs, resulta que 19.9 por ciento de las MEFUs no es sexualmente activa, sino más bien sexualmente inactiva.

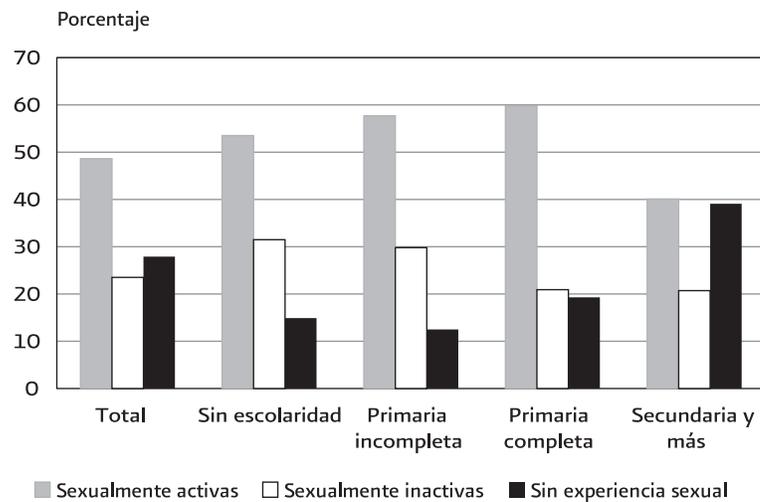
Por otra parte, tanto las alguna vez unidas como las solteras no entraban en el grupo de exposición en el concepto tradicional. Ahora sabemos que 6.7 por ciento de las primeras y 3.8 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 93.3 y 11.4 por ciento, respectivamente, son sexualmente inactivas.

El número de hijos nacidos vivos por mujer, indicador que en términos demográficos se conoce también como paridad o paridez, muestra una relación positiva con el número de las MEFSAs hasta la paridad tres. De hecho, las mujeres con ese número de hijos son las que presentan el más alto porcentaje de vida sexual activa de todos los subgrupos analizados, ya que 72.1 por ciento se encuentra en esta situación en comparación con los otros niveles de paridad.

Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por su relación con la prevención del primer embarazo. El 19.5 por ciento de las mujeres sin hijos se declara como sexualmente activa o inactiva, grupo en el que habría que enfatizar acciones de información, educación y comunicación en relación con la planificación familiar y protección anticonceptiva.

El nivel de escolaridad en Chiapas, por su parte, guarda una relación positiva con la ausencia de relaciones sexuales e inversa con la vida sexual inactiva (véase gráfica 8B). Las mujeres con algún grado de escolaridad o con primaria completa pueden ser consideradas como población objetivo de programas de salud reproductiva, dado su alto grado de exposición al riesgo de embarazo.

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



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

Por lugar de residencia, 50.8 por ciento de las mujeres rurales y 46.7 por ciento de las urbanas se clasifican con vida sexual activa, así como 20.3 y 26.1 por ciento con vida sexual inactiva, respectivamente.

#### 1.4 Situación conyugal

##### Indicador:

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

La ENADID 1997 reportó que una cuarta parte de las MEF de 25 a 34 se había unido por primera vez apenas cumplidos los 14.8 años, la mitad antes de cumplir la mayoría de edad, esto es, a los 16.9 años, y tres cuartas partes a los 19.6. La encuesta de 2009 revela que 12 años después el evento del primer matrimonio o unión parece haberse desplazado en Chiapas, con 16.4 años para el primer cuartil, y 18.8 y 21.7 años para la mediana y el tercer cuartil, respectivamente (véase cuadro 2). La primera unión ocurre a una edad relativa más temprana cuando se compara con el ámbito nacional, cuyo primero, segundo y tercer cuartil fueron de 17.4, 19.8 y 22.9 años, de forma respectiva.

Al comparar la edad a la primera relación sexual, se deduce que la primera unión en las mujeres de Chiapas ocurre después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a todas las MEF de 25 a 34 encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual se da a los 17.7 años, mientras que la primera unión se presenta a los 18.8, lo que separa a ambos eventos en un poco más de un año. Así, en esta dimensión se obviaba el inicio de la exposición al riesgo potencial de embarazo, al considerar sólo el matrimonio como evento condicionante.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
<b>1997</b>			
25-34	14.8	16.9	19.6
35-49	14.8	17.4	20.2
<b>2009</b>			
25-34	16.4	18.8	21.7
35-49	16.6	18.7	22.2

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

## 2. Patrones reproductivos

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

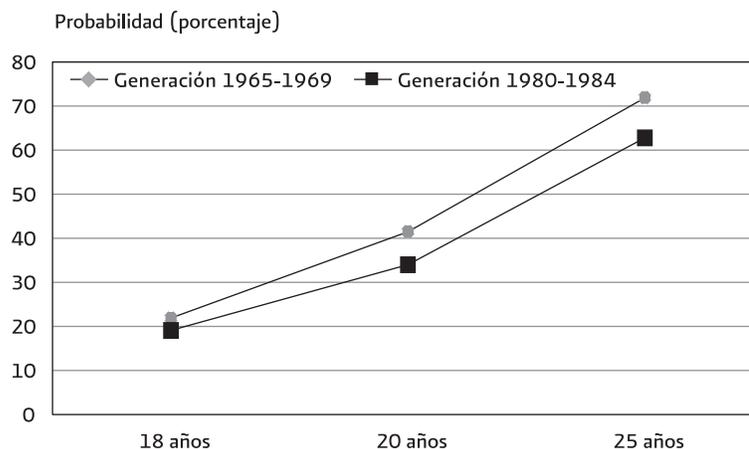
### 2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

#### Indicador:

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

La probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue de 71.9 por ciento para la generación nacida en 1965-1969, pero con la generación 15 años más joven, 1980-1984, pasó a 62.8 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Según parece, en Chiapas ha disminuido la probabilidad de que las mujeres antes de los 25 años se conviertan en madres (véase gráfica 9).

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



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

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

De la misma forma, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años pasó de 41.5 a 34.0 por ciento para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, mostrando también un descenso en el porcentaje de mujeres que antes de los 20 años ya era madre. La probabilidad de la generación más reciente es mayor que la del promedio de estados en *situación muy desfavorable*, y mayor al dato del país, de 31.4 por ciento (CONAPO, 2011).

La probabilidad de que una mujer antes de cumplir la mayoría de edad ya tenga un hijo también evidencia una disminución entre las dos generaciones, de 21.9 a 19.1 por ciento, respectivamente. Este cambio en la frecuencia con que las mujeres de Chiapas se convierten en madres antes de cumplir 18 años no se observa en el ámbito nacional, en donde permaneció estable con 15.2 y 15.4 por ciento para las generaciones analizadas.

## 2.2 Intervalo protogenésico

### Indicador:

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

En 2009, el 37.5 por ciento de las mujeres de Chiapas tuvo a su primer hijo en un lapso muy corto posterior a la unión, con una duración menor a un año, doce años antes este dato era de 32.9 por ciento. Por otro lado, 39.0 por ciento espera entre uno y menos de dos años, lo que indica que la gran mayoría de las mujeres de la entidad (76.5%) espacia muy poco la llegada del primer hijo. No obstante, en 2009 se observa un aumento en el porcentaje de mujeres cuyo intervalo protogenésico es de cuatro años o más (véase cuadro 3).

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

Años	1997	2009
Menos de 1 año	32.9	37.5
De 1 a < 2	47.3	39.0
De 2 a < 4	15.4	17.3
4 y más	4.4	6.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

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

## 2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos

### Indicador:

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

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

Bajo esta perspectiva, en 2009 se observa un incremento en los dos primeros intervalos intergenésicos con respecto a 1997, esto es, una menor concentración de mujeres en una duración menor a dos años, al tiempo de una mayor concentración en la categoría de cuatro años de espaciamiento entre hijos (véase cuadro 4). Así, según la última encuesta, la gran mayoría de las mujeres (66.4%) tuvo a su segundo y tercer hijo en condiciones de espaciamientos potencialmente adecuadas o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los mismos. Este comportamiento reproductivo observado en Chiapas es también equivalente al registrado en el país.

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

Años	1997		2009	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Menos de 2 años	43.6	35.9	33.4	33.6
De 2 a < 4	39.8	44.8	43.2	40.5
4 y más	16.6	19.3	23.4	25.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

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

## 3. Los niveles y tendencias de la fecundidad

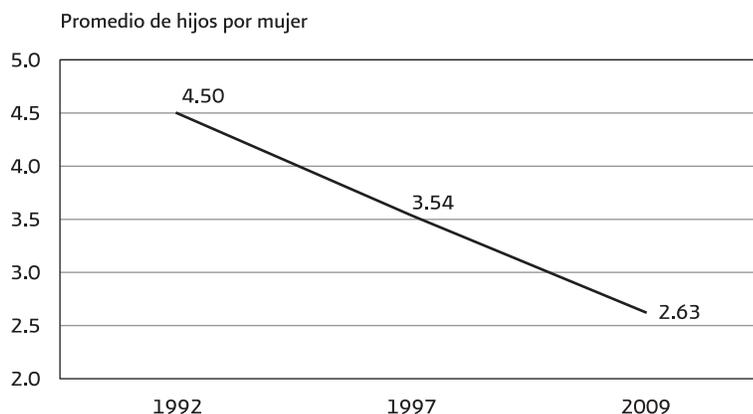
En México, el artículo 4° de la Constitución Política estipula, entre otros aspectos, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la disminución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

## Indicadores:

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

En Chiapas la fecundidad ha experimentado un descenso acelerado desde mediados de la década de los setenta y durante los últimos años. En 1992, la tasa de nacimientos se redujo a 4.50 hijos y a 2.63 en 2009 (véase gráfica 10). Sin duda, uno de los determinantes de este descenso ha sido el uso de la tecnología anticonceptiva.

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

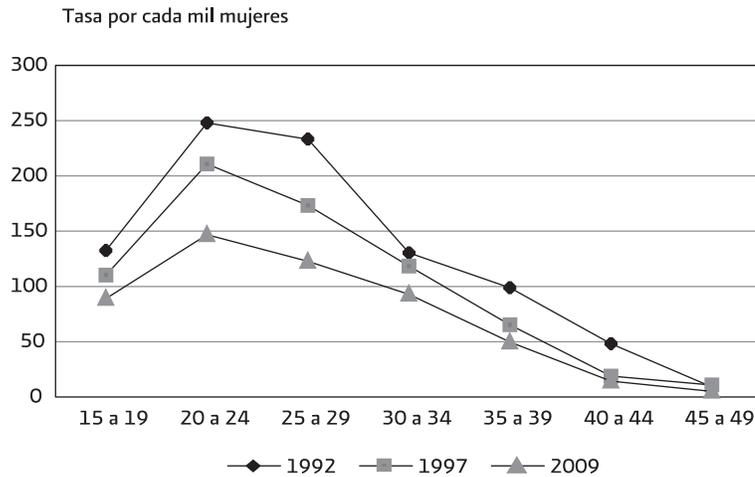


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

La estructura por edad de la fecundidad en Chiapas muestra actualmente un patrón de fecundidad temprano, en virtud de que la cúspide de la fecundidad se encuentra entre los 20 y 24 años de edad; aunque parece que el patrón de los nacimientos con respecto a 1992 y 1997 no ha cambiado de forma, ha disminuido su intensidad (véase gráfica 11).

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

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



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

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

La gran heterogeneidad de escenarios que existe al interior del país se refleja en la evolución de la fecundidad en cada entidad federativa. En el transcurso de las últimas décadas, la mayor disminución de la TGF ocurrió en las entidades con niveles superiores a la media nacional. Así, entre 1992 y 2009, Chiapas redujo la TGF en 41.7 por ciento.

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

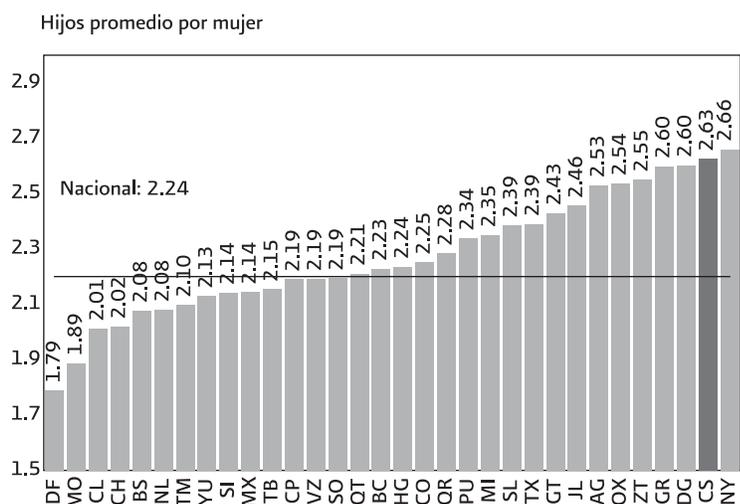
En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas casi cuatro décadas, el indicador es proporcionalmente menor al observado en otras edades. En 1992 la tasa de fecundidad adolescente era de 132.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 tuvo lugar otra disminución (32.7%), pasando a 89.1 nacimientos ocurridos entre mujeres adolescentes por cada mil de ellas.

El aporte relativo de los nacimientos ocurridos en mujeres menores de 20 años no ha variado de manera notable a lo largo del tiempo a nivel nacional. Por su parte, en Chiapas, entre 1990 y 2005<sup>6,7</sup> la parti-

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

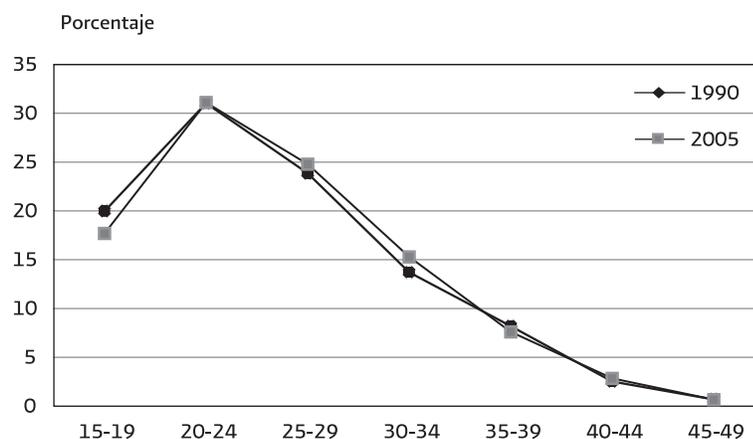
<sup>7</sup> Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee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

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



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

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



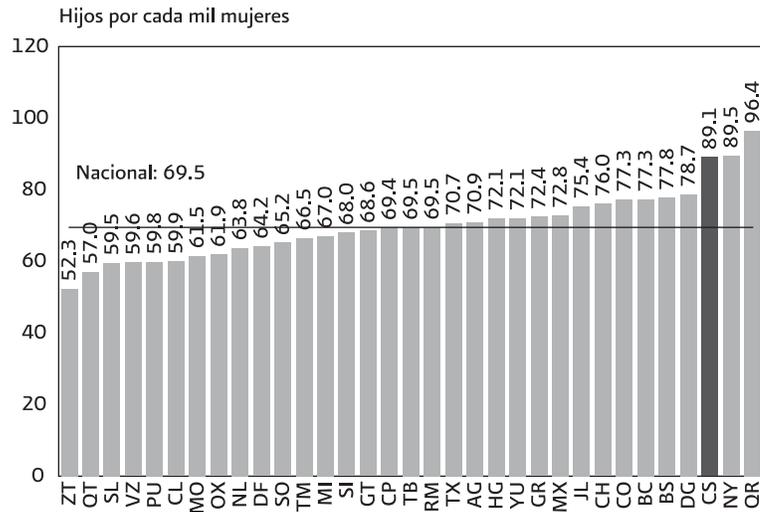
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en estadísticas vitales de nacimientos del INEGI.

cipación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes sufrió una disminución de 20.0 a 17.7. En este periodo, poco menos de una tercera parte de los nacimientos proviene de mujeres entre 20 y 24 años de edad. Las variaciones más notorias se observan en las mujeres entre 15 y 19 y en las de 30 y 34 años; el cambio en la participación para el segundo grupo fue de 13.7 a 15.3 por ciento (véase gráfica 13).

La fecundidad adolescente presenta un comportamiento diferenciado del conjunto de la fecundidad en las entidades federativas. Como se aprecia en la gráfica 14, las mayores tasas de fecundidad ado-

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

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



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

Sin duda, la fecundidad es un componente crítico del cambio demográfico, en la medida en que, junto con la mortalidad y la migración, determina el volumen y la estructura por edad de la población. Sin embargo, en virtud del vínculo intrínseco que sostiene con la sexualidad, la fecundidad entraña factores particularmente íntimos y complejos. Éstos, a su vez, guardan una estrecha asociación con elementos sociales, económicos y culturales, los cuales contribuyen a perfilar las preferencias reproductivas de la población.

#### 4. Preferencias reproductivas

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

##### 4.1 Ideal de hijos e hijas

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

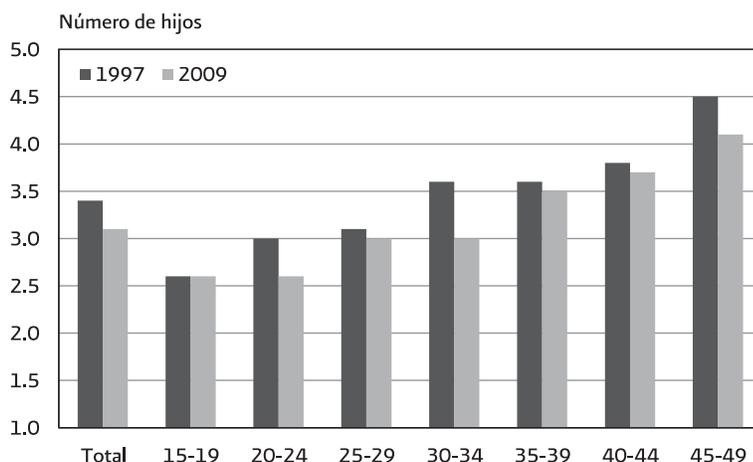
## Indicador:

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

De acuerdo con el cuadro A.5 del Anexo, el número ideal de hijas e hijos en 1997 era de 3.4 en Chiapas, comparado con 3.2 del país; y bajó a 3.1 en 2009 versus 2.7 del dato nacional. El número ideal de hijos aumenta considerablemente con la edad de las mujeres entrevistadas, situación que se observa en ambas encuestas: mientras las adolescentes de Chiapas tienen preferencia por un número de hijos de 2.6, según la ENADID 2009, las mujeres del extremo inferior del periodo fértil reportaron como ideal 4.1 hijos promedio, esto es, una diferencia de 1.6 hijos entre ambas expectativas reproductivas. Sin embargo, entre 1997 y 2009, destaca una reducción en la descendencia final deseada en todos los grupos de edad salvo en las adolescentes (véase gráfica 15A).

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia de manera consistente con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que más discrimina la expectativa reproductiva de las parejas de Chiapas, con una diferencia de 1.7 hijos entre las categorías de los extremos, es decir, en tanto las que no poseen grado escolar alguno se inclinan por 4.1 hijos, según la encuesta de 2009, las de secundaria y más tienen como ideal 2.5 (véase gráfica 15B).

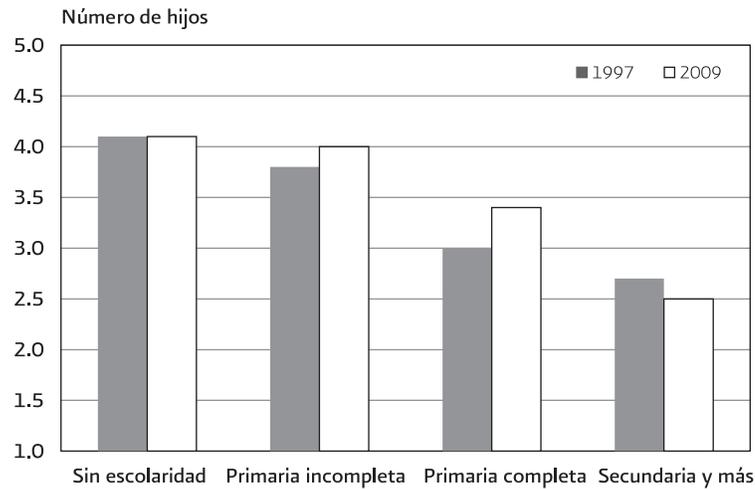
Gráfica 15A.  
Chiapas. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



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

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

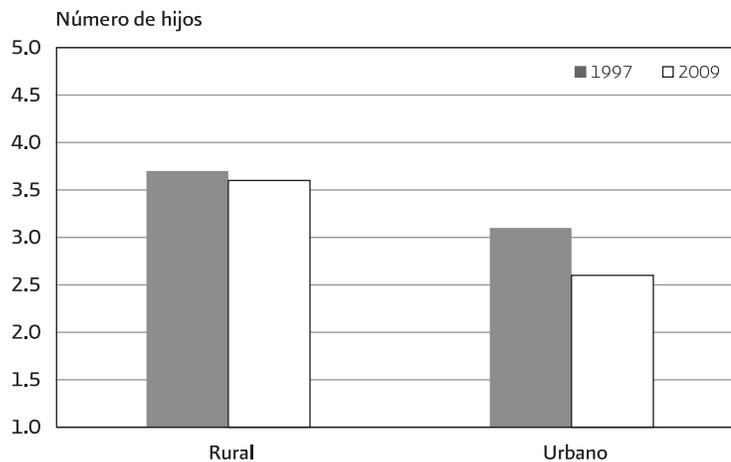
**Gráfica 15B.**  
**Chiapas. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 1997 y 2009**



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

Por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, las preferencias reproductivas ocurren de forma diferente en Chiapas (véanse gráficas 15C y 15D). Las mujeres rurales prefieren recientemente 3.6 hijos, y las hablantes de lengua indígena, 4.2 hijos, mientras que las urbanas se inclinan por 2.6 hijos y las no hablantes de lengua indígena, por 2.8 hijos.

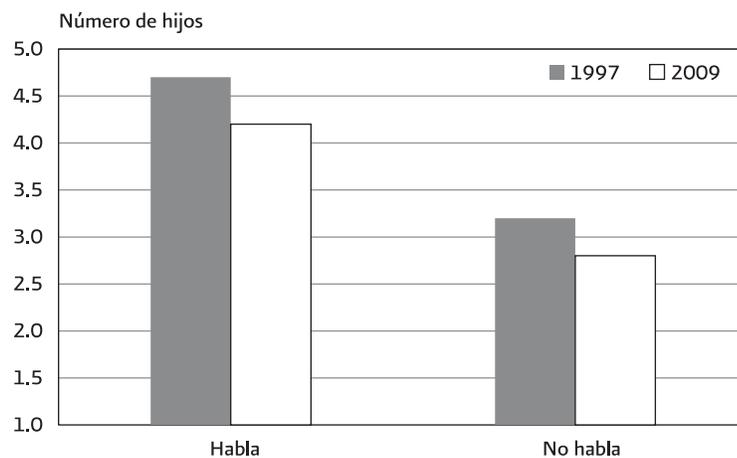
**Gráfica 15C.**  
**Chiapas. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009**



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

Respecto a la paridad, se aprecia el siguiente comportamiento. En 1997, 53.7 por ciento de las mujeres sin hijos deseaba un número máximo de dos hijos, porcentaje que aumentó a 66.5 en 2009; y ese mismo ideal de hijos en las mujeres que tenían un hijo pasó de 69.5 a 59.7 (véanse cuadros 5 y 6).

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



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

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	2.9	6.2	44.6	27.5	10.4	8.3
1	2.2	6.4	60.9	23.2	4.2	3.2
2	1.3	1.9	42.8	33.6	16.5	3.8
3	2.6	5.4	15.2	49.6	17.3	9.7
4	1.6	1.3	15.1	14.0	50.1	18.0
5 y más	4.4	0.7	11.9	19.6	18.7	44.7

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

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	6.8	9.4	50.3	21.5	7.0	5.0
1	1.7	13.5	44.5	26.5	8.8	5.0
2	1.9	1.7	47.8	30.0	14.0	4.6
3	1.0	2.3	12.0	56.3	14.5	13.8
4	0.3	0.7	9.8	10.0	55.4	23.8
5 y más	0.6	0.2	8.1	7.7	11.4	72.1

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

Asimismo, es importante destacar que se ha dado una mayor concordancia entre el número de hijos nacidos vivos y el número ideal de hijos. Por ejemplo, en las de paridad dos, el 42.8 por ciento reportó como ideal ese mismo número de hijos en 1997, dato que aumentó a 47.8 por ciento en 2009; de igual forma, las que tenían tres hijos nacidos vivos y que se inclinan por ese mismo número de hijos, pasó de 49.6 a 56.3 por ciento; en las de paridad cuatro, en 1997 el 50.1 por ciento escogió ese mismo número como ideal de hijos, mientras que en 2009 aumentó a 55.4 por ciento. En las de paridad cinco y más, 44.7 por ciento prefiere ese mismo ideal de hijos, porcentaje que se incrementa a 72.1 en 2009.

#### 4.2 Embarazo no planeado

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

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

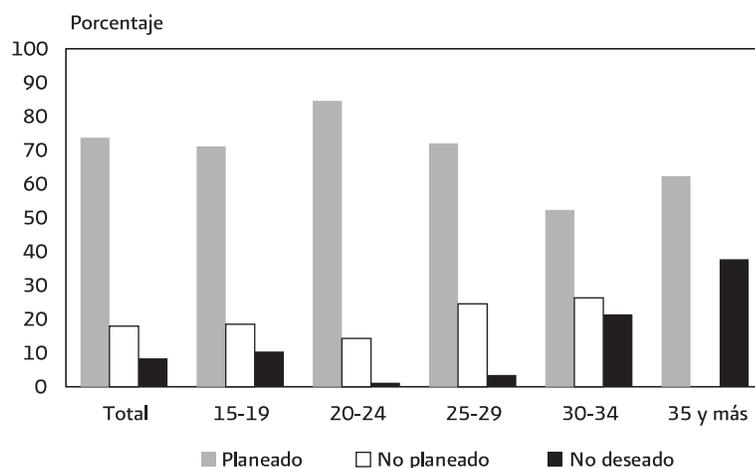
##### Indicadores:

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

En Chiapas, el 73.7 por ciento de las MEF que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 17.9 por ciento como embarazo no planeado y 8.4 por ciento como embarazo no deseado, según la ENADID 2009 (véase cuadro A.6 del Anexo). A nivel nacional se observó menor porcentaje de embarazos planeados (66.6), mayor en el de no planeados (20.0) y en el de no deseados (13.4).

Pero el porcentaje más alto de embarazo no planeado se ubica en el grupo de 30 a 34 de Chiapas, con 26.3, y en el de 25 a 29, con 24.5, este último dato es mayor al nacional, de 18.7. En tanto, el mayor índice de embarazo no deseado se localiza en el grupo de 35 y más años, con 37.7 por ciento. La tendencia general esperada es que el embarazo no planeado debe disminuir con la edad de la mujer, comportamiento asociado primordialmente con la necesidad de anticoncepción temporal, mientras que el embarazo no deseado debería incrementarse con la edad, como reflejo de la demanda de anticoncepción definitiva. En la gráfica 16 se ilustra dicho comportamiento con algunas irregularidades en los datos, debido a problemas en los tamaños de la muestra.

**Gráfica 16.**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil actualmente embarazadas por grupos de edad según planeación y deseo del embarazo, 2009**



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

## 5. Anticoncepción

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

### 5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

#### Indicadores:

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

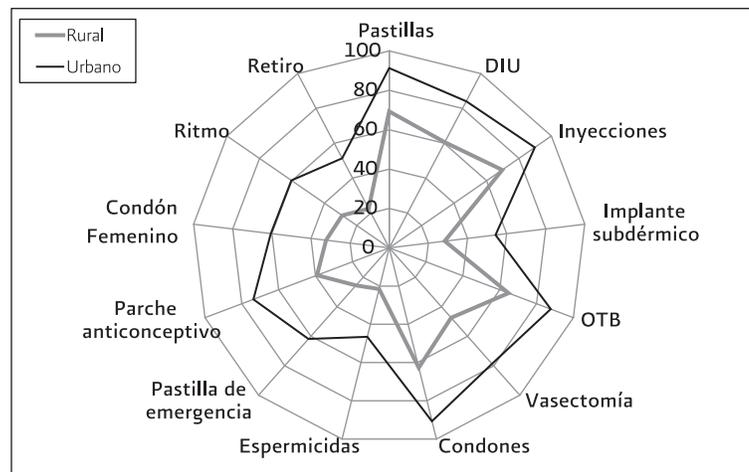
<sup>9</sup> Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 para las mujeres de habla de lengua indígena.

Entre 1997 y 2009 se observa un aumento en el conocimiento espontáneo y con ayuda de todos los métodos. Según la encuesta de 2009, entre el 70 y 80 por ciento o más de las MEF en Chiapas reconocen el condón masculino, la oclusión tubaria bilateral (OTB), el DIU, las pastillas y las inyecciones (véase cuadro A.7 del Anexo); estos niveles de conocimiento son menores a los registrados en el país.

En un segundo plano, se ubica la vasectomía con 64.3 por ciento y el parche anticonceptivo con 57.8 por ciento, y con porcentajes aún menores de conocimiento, por abajo de 50, aparece el condón femenino, los métodos tradicionales, la pastilla de emergencia (PAE) y el implante subdérmico.

Según el lugar de residencia de las mujeres, sea en área rural o urbana, se aprecia también una disminución en el conocimiento de anticonceptivos, tales como las pastillas, el DIU, las inyecciones y la OTB. Esta dinámica ha redundado en un aumento de la brecha rural-urbana, entre 1997 y 2009, en la gran mayoría de los métodos (véanse cuadro A.8 del Anexo y gráfica 17). No obstante, llama la atención una mayor tendencia hacia el conocimiento de la vasectomía y del condón masculino en los dos ámbitos.

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



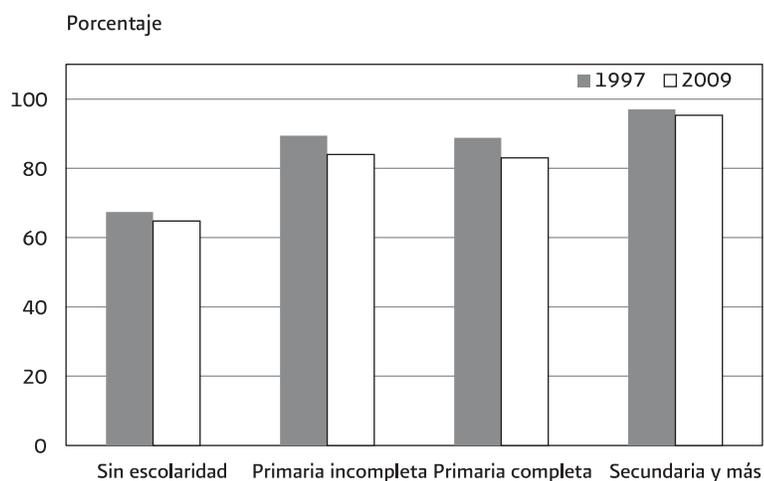
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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

Por otra parte, el porcentaje de las MEF que conoce de forma espontánea y con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, es un indicador que por su propia construcción aumenta el nivel de conocimiento, en este caso, de 87.2 en 1997 a 87.4 en 2009. Pero su principal utilidad radica en que mediante un solo dato permite observar diferencias según subgrupos de la población.

Se constata que en Chiapas la gran mayoría de las mujeres ya conocía al menos un método anticonceptivo desde 1997, independientemente del grupo de pertenencia, según la edad, situación conyugal, número de hijos nacidos vivos, escolaridad, lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena (véase cuadro A.9 del Anexo).

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



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

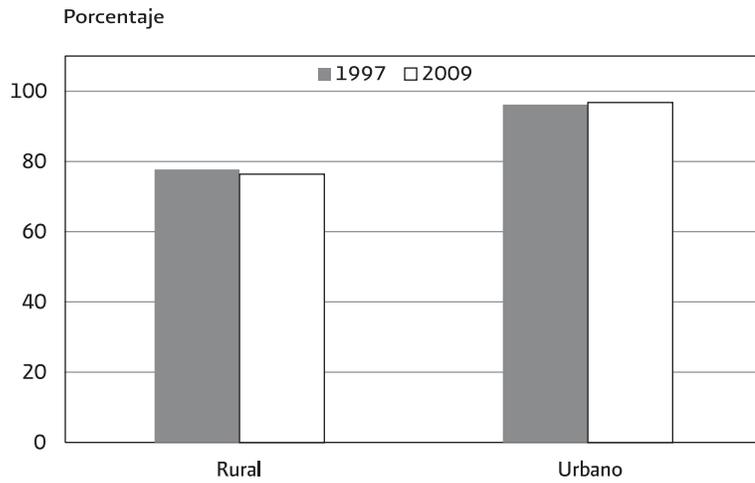
Sin embargo, por nivel escolar, llama la atención que en las mujeres sin escolaridad, en 2009, se haya registrado un nivel de conocimiento de anticonceptivos de 64.8 por ciento, menor al de 1997, de 67.4 por ciento (véase gráfica 18A).

Por lugar de residencia, la encuesta de 2009 corrobora lo ya evidenciado en 1997: el conocimiento de la anticoncepción era prácticamente total en zonas urbanas, lo que contrasta con el 76.4 por ciento de las rurales (véase gráfica 18B).

Mientras casi la totalidad de las mujeres que no hablan lengua indígena identifica al menos un anticonceptivo, el 50.6 por ciento de las hablantes de lengua indígena lo hace en 2009. No obstante, hubo un aumento en el conocimiento en ambos grupos (véase gráfica 18C).

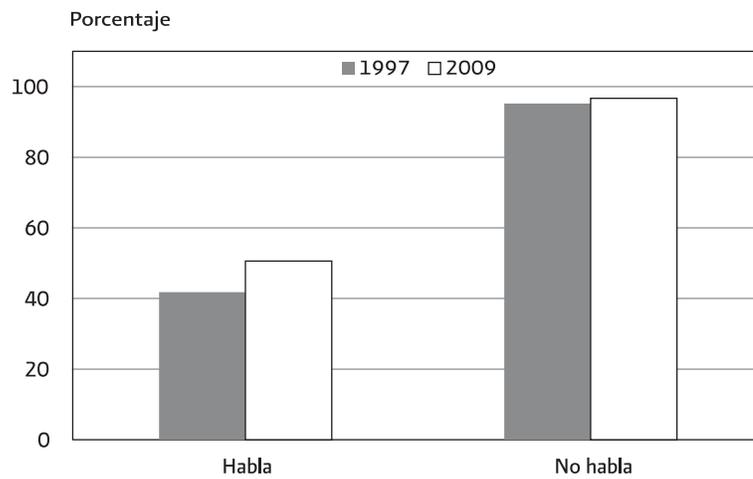
En consecuencia, la contraparte del conocimiento de al menos un anticonceptivo, es decir, el porcentaje de MEF que no conoce método alguno, permaneció estable en Chiapas, 12.8 en 1997 y 12.6 en 2009. Asimismo, no se observa un comportamiento uniforme en la mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.10 del Anexo). Se hace notar que 35.2 por ciento de las mujeres sin escolaridad, no conoce método alguno de anticoncepción, lo mismo que 23.6 por ciento de las rurales y 49.4 por ciento de las mujeres hablantes de lengua indígena.

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



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

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



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

## 5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos

### Indicador:

- *Uso del primer método anticonceptivo.* Se calcula con los datos de encuestas, las cuales incluyen preguntas sobre la fecha en que se inició el uso actual de anticonceptivos; en caso de haberlos usado anteriormente se utiliza la información de la fecha de uso anterior o, en su caso, la fecha de uso por primera vez. Con este dato, más la fecha de nacimiento de la mujer,

es posible estimar la edad de inicio de la práctica anticonceptiva. Se puede calcular la media aritmética de esa edad, sin embargo, para evitar el efecto de la variabilidad en la medición, se sugiere calcular la edad mediana e incluso la distribución cuartil.

En las mujeres de 25 a 34 y en las adultas de 35 a 49 se muestra un retraso en la edad mediana al primer uso de métodos anticonceptivos: en 1997 fue de 23.3 para las primeras y 27.5 para las segundas; en 2009, estas edades aumentaron a 25.2 y 31.1, de manera respectiva (véase cuadro 7). En general, el comportamiento en torno al inicio de la práctica anticonceptiva en Chiapas se presenta un poco más tarde en la vida de la mujer, al compararlo con el registrado en el contexto nacional, que fue de 24.0 años entre las mujeres de 25 a 34 en 2009.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
<b>1997</b>			
25-34	20.6	23.3	25.8
35-49	23.5	27.5	31.8
<b>2009</b>			
25-34	22.1	25.2	28.2
35-49	23.8	31.1	38.8

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

### 5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

#### Indicadores:

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

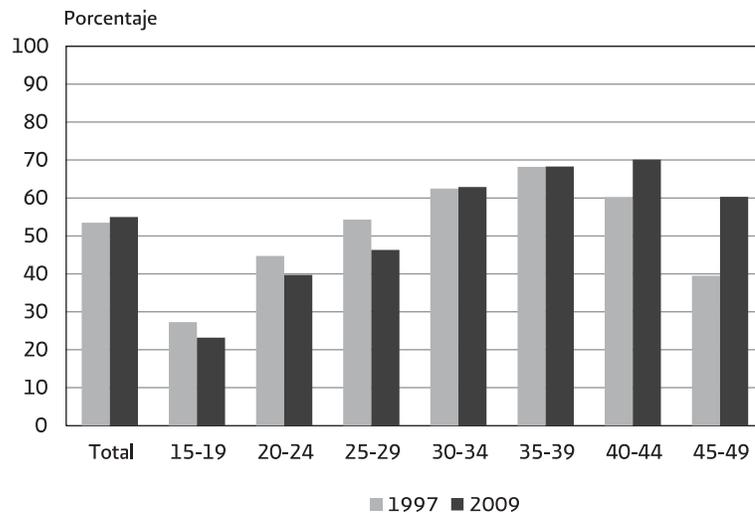
La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población, y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar. En Chiapas, dicha cobertura se estimó en 53.5 por ciento para 1997 y en 55.0 por ciento para 2009. Este último dato es menor al del promedio del grupo de entidades en *situación muy desfavorable* (al que pertenece), que es de 62.4 por ciento; y también

<sup>10</sup> Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012.

al registrado a nivel nacional (72.5%), pero menor a la meta establecida en el PNP para el 2012, de 75.0 por ciento.

La evolución de la prevalencia anticonceptiva se relaciona con una distinta participación de las mujeres, según el grupo de pertenencia, en función de características sociodemográficas presentes, que las condiciona de forma diferente para acceder al uso de los anticonceptivos (véase cuadro A.11 del Anexo). Según la edad, por ejemplo, el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009 disminuyó en las adolescentes, de 27.3 a 23.2 por ciento, y a un ritmo mayor en las jóvenes, de 44.7 a 39.7 por ciento. En contraparte, el uso se incrementó en algunos de los grupos de edad entre 1997 y 2009 (véase gráfica 19A).

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



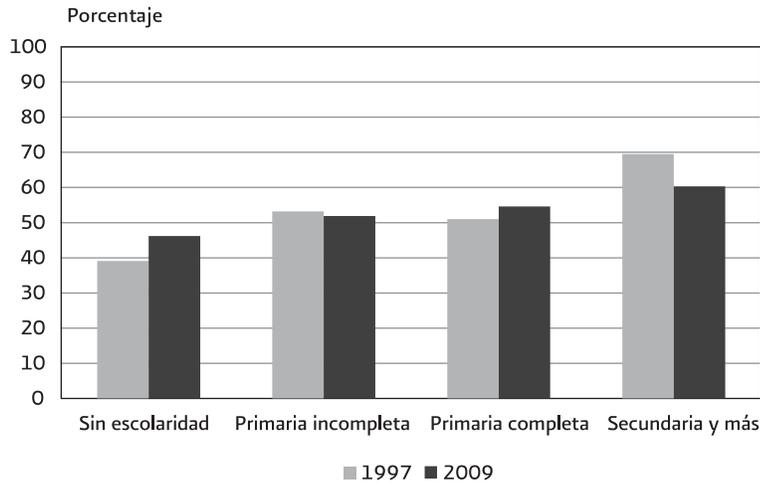
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferencias importantes en el uso de métodos. Las mujeres unidas con paridad cero tendieron a aumentar su cobertura, de 9.4 por ciento en 1997 a 20.5 por ciento en 2009, y su nivel es muy bajo, lo cual indica una baja prevención de la llegada del primer hijo.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos disminuyó en el lapso de los 12 años, con cifras de 42.2 y 40.3 por ciento en las dos encuestas; en la paridad dos aumentó de 62.3 a 63.2 por ciento. Sin embargo, en la paridad tres, el uso de la anticoncepción se incrementa de forma contundente, al grado de que alcanza el valor más alto de todos los grupos, con 75.3 por ciento en 2009. Es muy probable que dicha situación esté asociada con expectativas reproductivas de paridad satisfecha, que se vincula con el uso de anticonceptivos.

Respecto al nivel escolar, el uso de métodos anticonceptivos se incrementó en las mujeres sin escolaridad, así como en aquellas con primaria completa (véase gráfica 19B).

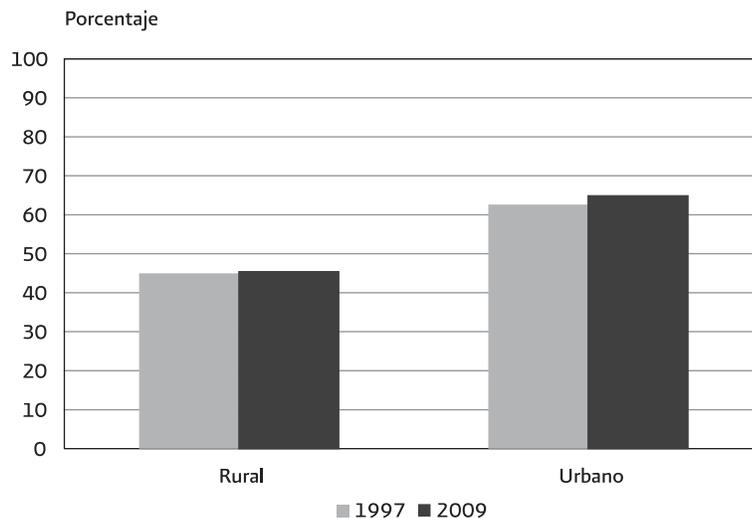
**Gráfica 19B.**  
**Chiapas. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 1997 y 2009**



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

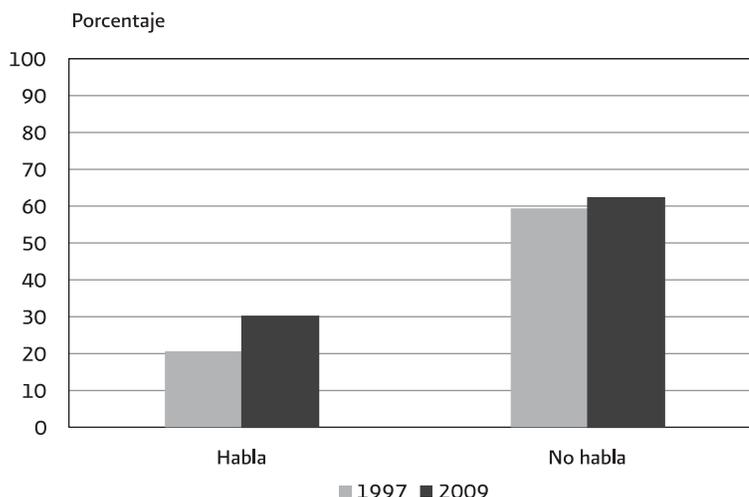
Además de la edad, el lugar de residencia es también una variable estratégica de las acciones de salud reproductiva. Concretamente, se busca acortar la distancia en la cobertura anticonceptiva entre zonas rurales y urbanas. Así, entre 1997 y 2009, el uso de métodos se mantuvo estable en las áreas rurales, de 45.0 a 45.4 por ciento, y aumentó de 62.6 a 64.9 por ciento en las urbanas (véase gráfica 19C). En consecuencia, la brecha entre ambas se incrementó de 17.5 a 19.5 puntos porcentuales, según la última encuesta.

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



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

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



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

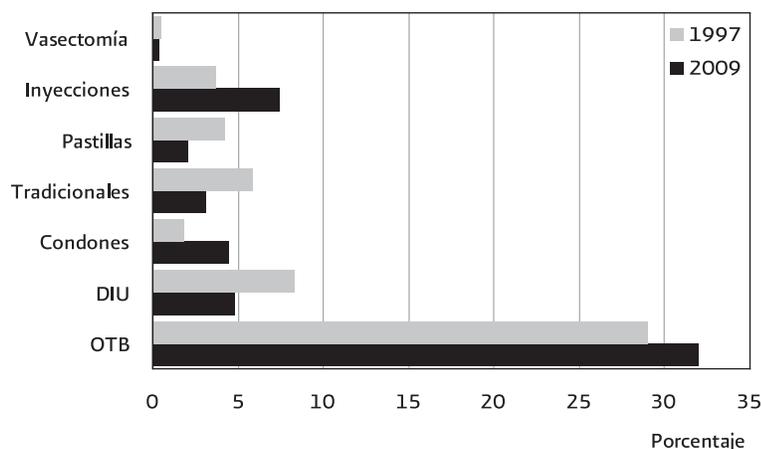
Y lo mismo sucedió entre las mujeres hablantes de lengua indígena que aumentaron su prevalencia de 20.6 a 30.1 por ciento, mientras que en las no hablantes la evolución del uso de anticonceptivos pasó de 59.4 a 62.3 por ciento, generando una disminución de 38.8 a 32.2 puntos porcentuales de distancia entre ambas categorías (véase gráfica 19D).

Ha sido costumbre examinar la cobertura o prevalencia anticonceptiva de forma conjunta para todos los anticonceptivos, obviando el indicador específico para cada método por separado. Revisar este tipo de coberturas permite disponer de una aproximación al conocimiento de la preferencia en la adopción de ciertos métodos por parte de las mujeres unidas y la no preferencia por otros, datos que bien pueden orientar las acciones programáticas y de política pública.

Resulta interesante analizar el comportamiento de los componentes de la cobertura global y las coberturas específicas por cada método (véase cuadro A.12 del Anexo). Una característica distintiva de dichas coberturas en Chiapas es la creciente preferencia por la adopción de la OTB: mientras que en 1997 representaba 29.0 por ciento de las mujeres unidas, o sea, menos de la mitad de la cobertura global, en 2009 se incrementó a 32.0 por ciento. De esta forma, ahora la OTB cubre más de la mitad de la prevalencia anticonceptiva total, que es de 55.0 por ciento.

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

**Gráfica 20.**  
**Chiapas. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009**



Nota: Los siguientes valores no aparecen por ser imperceptibles en la gráfica: métodos locales (0.1 en 1997 y 0.0% en 2009), Implante subdérmico (0.0 y 0.3%, respectivamente). Por otra parte, la anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino no cuentan con información para 1997.

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

Por último, en 2009 se observa la presencia de “nuevos” métodos como opciones anticonceptivas de planificación familiar, por ejemplo, el implante subdérmico y el parche anticonceptivo aparecen con una prevalencia de 0.3 por ciento.

#### 5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

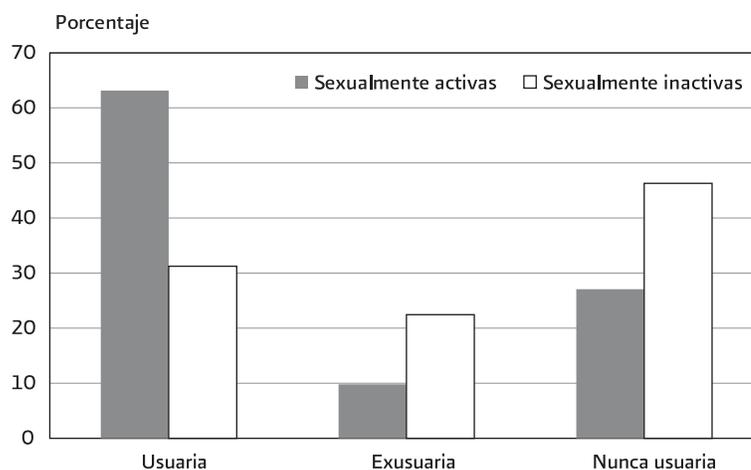
La ENADID 2009 permite estimar las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos según condición de actividad sexual, lo cual hace posible tener una aproximación más cercana a la exposición al riesgo de embarazo de las mujeres.

En Chiapas, la cobertura anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) que tuvieron relaciones en el último mes fue de 63.1 por ciento, dato inferior al nacional, de 76.6 por ciento. El complemento de la condición de uso de anticonceptivos para las MEFSA es de 9.8 por ciento usuarias que discontinuaron el uso y 27.1 por ciento nunca usuarias de métodos (véase cuadro A.13 del Anexo).

En las mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI) que tuvieron relaciones sexuales hace más de un mes la prevalencia de uso disminuye a 31.2 por ciento, aumenta a 22.4 por ciento en usuarias que discontinuaron el uso y aumenta a 46.3 por ciento en las nunca usuarias (véase gráfica 21).

El grupo de las MEFSI conjunta diferentes frecuencias de relaciones sexuales, que pueden ir desde cada dos o tres meses o muy esporádicas, cada seis meses, o incluso menos frecuentes. Esa consideración es particularmente importante para las mujeres adolescentes y jóvenes, que se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad en las MEFSA, con prevalencias de 31.6 y 46.7 por ciento, respectivamente; las MEFSI que recurren menos a la anticoncepción, con una prevalencia de 3.0

**Gráfica 21.**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas, según condición de uso de métodos anticonceptivos, 2009**



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

por ciento, son las adolescentes. De esta manera, se percibe un relativo bajo uso de la anticoncepción en situaciones de vida sexual inactiva en la mayoría de los subgrupos de mujeres, según las categorías de variables sociodemográficas a las que pertenecen (véase cuadro A.14 del Anexo).

### 5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos

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

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

#### Indicadores:

- *Distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos.* Se identifica la importancia relativa de cada método anticonceptivo en relación con el total de las usuarias actuales.
- *Efectividad anticonceptiva promedio con que se usa la anticoncepción en una determinada población.*<sup>11</sup> Se calcula con los valores estándar de efectividad para cada método, por su peso relativo.

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

- *Aportación masculina en el uso de anticonceptivos.* Se estima el aporte relativo de métodos anticonceptivos en cuyo uso interviene el hombre: la vasectomía, condón masculino y métodos tradicionales (ritmo y retiro).<sup>12</sup>

En 1997, los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres en edad fértil en Chiapas fueron: la OTB, el DIU, los métodos tradicionales, las pastillas y las inyecciones, eran los más importantes en términos relativos y comprendían al 95.3 por ciento de las usuarias. En 2009, los cinco más importantes fueron: la OTB, las inyecciones, el condón masculino, el DIU y los métodos tradicionales, representando el 94.2 por ciento (véase cuadro A.15 del Anexo). Nótese que el DIU pasó del segundo al cuarto lugar; las inyecciones, del quinto al segundo sitio, y el condón masculino se posicionó en tercer lugar.

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes es síntoma de que se ha ampliado la gama de anticonceptivos en 2009 respecto de 12 años atrás. Ahora, por ejemplo, el implante subdérmico y el parche anticonceptivo aparecen con una importancia relativa no despreciable (0.6%), así como el condón femenino, con 0.2 por ciento. Desde esta perspectiva, puede interpretarse como una mejora en cuanto al acceso a una mayor variedad de anticonceptivos.

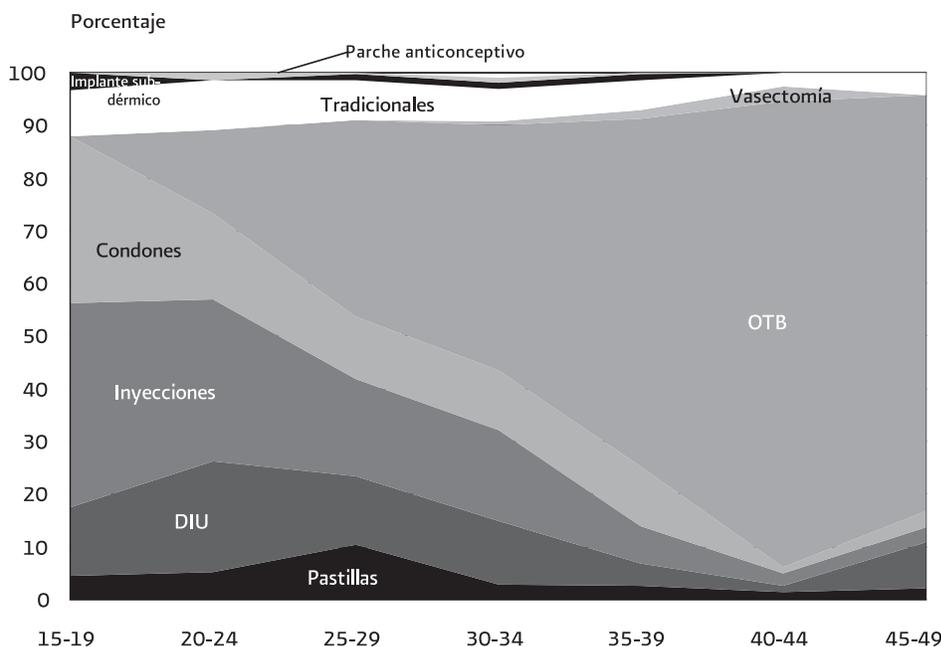
La evolución en la mezcla de métodos se acompañó de un aumento relativo de la OTB, representando 60.1 por ciento de las usuarias, pero también incrementaron su participación las inyecciones y el condón masculino, mientras que disminuyeron su importancia el DIU, los métodos tradicionales, las pastillas y la vasectomía. Esta transición motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 96.2 por ciento en 1997 a 97.4 por ciento en 2009, y una leve disminución en la participación masculina en la planificación familiar, de 14.9 a 14.0 por ciento.

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

En las mujeres sexualmente activas, la estructura de métodos cambia según la edad. Mientras que en las adolescentes de 15 a 19 sexualmente activas las inyecciones son las más importantes en términos relativos, seguidas del condón masculino, que en conjunto conforman 70.5 por ciento de las usuarias, en las jóvenes de 20 a 24 son las inyecciones y el DIU y en ese orden constituyen 51.8 por ciento; en tanto, en las de 25 a 29 años la mezcla de métodos está determinada fundamentalmente por la OTB, las inyecciones, el DIU y el condón masculino, que en conjunto representan 80.5 por ciento. A partir de los 35 a 39 más de la mitad de las usuarias utiliza la OTB, cuyo peso relativo crece de forma rápida para representar 66.0 por ciento en 35 a 39, 88.5 por ciento en 40 a 44, y 79.1 por ciento en 45 a 49 (véanse cuadro A.16 del Anexo y gráfica 22).

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

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



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

Mientras tanto el escenario de la mezcla de métodos que usan las mujeres en edad fértil según la paridad o número de hijos nacidos vivos también muestra alguna modificación en su evolución, principalmente por el cambio en el papel de los métodos tradicionales, que en 1997 ocupaba el primer lugar en importancia relativa en las usuarias con paridad cero y el segundo sitio en aquellas con paridad uno y cuatro y más. Al cabo de 12 años, los métodos tradicionales ya no aparecen en importancia relativa de primer lugar para las usuarias con paridad cero. Actualmente, la estructura de los métodos está determinada en primer término por el condón masculino en las de paridad cero, las inyecciones en las usuarias con paridad uno, y en las de paridad dos, tres, cuatro y más la OTB predomina con 51.7, 79.0 y 75.6 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.17 del Anexo).

Por lugar de residencia, entre 1997 y 2009, la estructura en el uso de los anticonceptivos evolucionó de forma equivalente a lo descrito previamente para el estado, es decir, en áreas rurales se observa un aumento en la importancia relativa de las inyecciones y del condón masculino, y en las urbanas, de la OTB, el condón masculino y las inyecciones, así como una disminución en el peso relativo del DIU, las pastillas, los métodos tradicionales y la vasectomía en los dos ámbitos. El efecto de esos cambios es que, actualmente, en las áreas rurales la OTB y las inyecciones integran 76.8 por ciento de las usuarias, mientras que en las urbanas la OTB y el condón masculino constituyen 68.8 por ciento de la mezcla (véase cuadro A.18 del Anexo).

## 5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

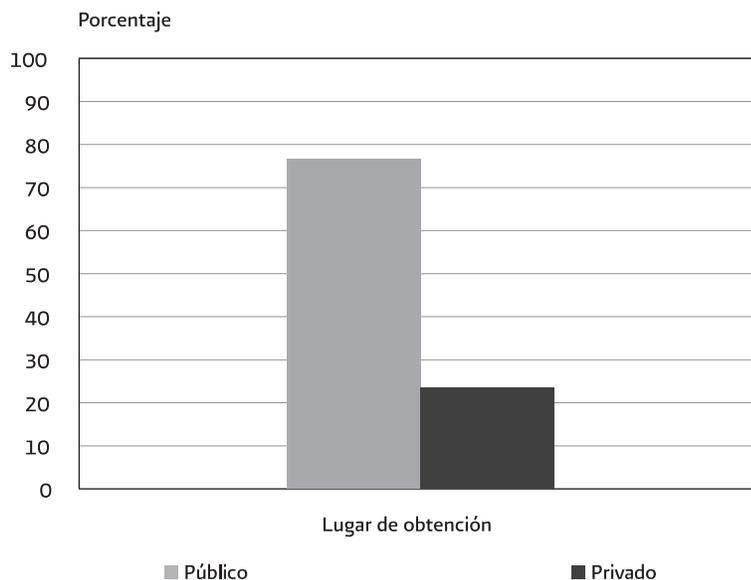
### Indicador:

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

El 76.5 por ciento de las usuarias sexualmente activas del estado de Chiapas se provee de anticonceptivos en el sector público, según la ENADID de 2009, comparado con el 65.9 por ciento del ámbito nacional (véanse cuadro A.19 del Anexo y gráfica 23A). Chiapas ocupa el quinto lugar de mayor a menor participación del sector público como fuente proveedora de anticonceptivos, sin embargo, aún 23.5 por ciento de las usuarias acude al sector privado.

Al analizar los datos por método específico, si bien la mayoría de las usuarias recurre al sector público para conseguir los métodos quirúrgicos, el implante subdérmico, el DIU, las inyecciones y las pastillas, todavía un 57.2 por ciento de las usuarias de este último método acude al sector privado, lo mismo que 49.4 por ciento de usuarias del parche anticonceptivo y 26.9 por ciento de las inyecciones. La mayoría que utiliza el implante subdérmico, el parche anticonceptivo y el condón femenino y masculino los obtiene en el sector privado (véanse cuadro A.20 del Anexo y gráfica 23B).

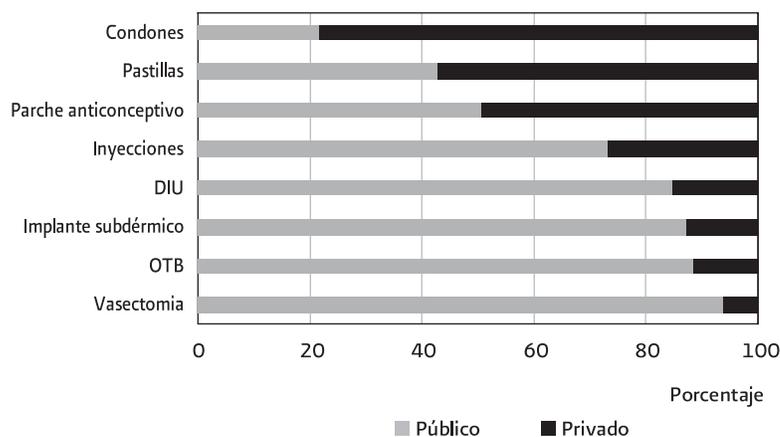
**Gráfica 23A.**  
Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 2009



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

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

**Gráfica 23B.**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009**



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

### 5.7 Anticoncepción posparto

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

#### Indicadores:

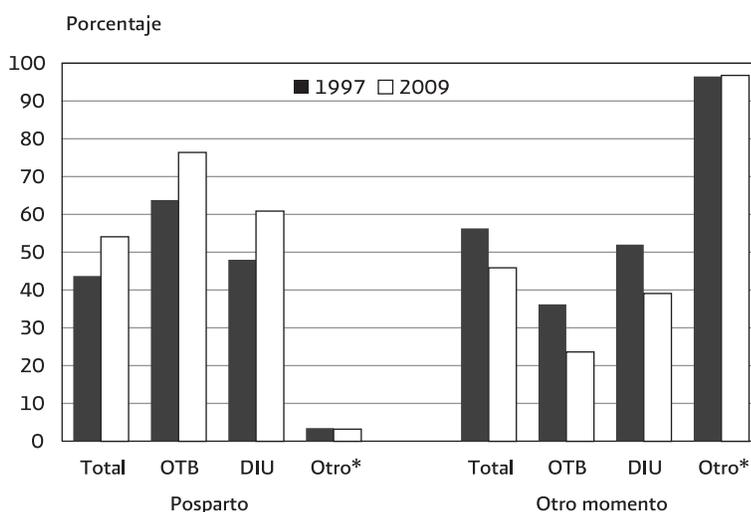
- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en el posparto.* Se considera que una mujer adoptó un método en el posparto, cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.
- *Porcentaje de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

El momento de adopción de la anticoncepción ha cambiado en las mujeres de Chiapas en los últimos 12 años. En 1997, el 43.7 por ciento de las usuarias adoptaba el método en el posparto y 56.3 por ciento lo hacía en otro momento, asociado con los intervalos protogenésico e intergenésicos. En tanto, en 2009 la relación se invierte, 54.1 por ciento de las usuarias inició el uso del anticonceptivo en el posparto y 45.9 por ciento, en otro momento. Con este escenario, Chiapas presenta una menor

cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto, comparada con el promedio de los estados del patrón al que corresponde (*situación muy desfavorable*), que fue de 56.7 por ciento, y con el registrado en el país, de 58.7 por ciento.

De la misma forma, se observa un incremento del uso en el posparto al considerar los métodos específicos, y una disminución en el inicio de uso en otro momento. Este cambio ha llevado a que, en 2009, el 76.4 por ciento de las usuarias de OTB, 60.9 por ciento de las de DIU y 3.2 por ciento de otros métodos adoptaran el uso en el posparto (véanse cuadro A.21 del Anexo y gráfica 24).

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



Nota: \* Pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.

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

## 6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)

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

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

## 6.1 Nunca uso de anticonceptivos

### Indicadores:

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

El nivel de nunca uso de anticonceptivos en las MEFU de Chiapas pasó de 33.2 por ciento en 1997 a 33.4 por ciento en 2009, aumentando ligeramente en 0.2 puntos porcentuales. El uso se incrementó en 1.6 puntos en ese periodo, mientras que la discontinuidad de métodos anticonceptivos<sup>14</sup> se redujo en 1.9 puntos.

El nunca uso ha evolucionado de forma diferente en el lapso de 12 años, según el grupo de pertenencia de las mujeres, en función de las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.22 del Anexo). En las adolescentes, por ejemplo, disminuyó en 3.0 puntos porcentuales, al pasar de 62.5 a 59.5 por ciento, y como el uso de anticonceptivos se redujo en 4.1 puntos, entonces, la discontinuidad se incrementó en 7.1 puntos porcentuales.

Los mayores niveles de no uso prevalecen en las mujeres unidas con paridad cero (64.0%) y en las adolescentes (59.5%), asociado probablemente al deseo de hijos, pero también en las que no tienen escolaridad (48.9%). En estos grupos es posible que el nunca uso se explique por falta de acceso a los anticonceptivos.

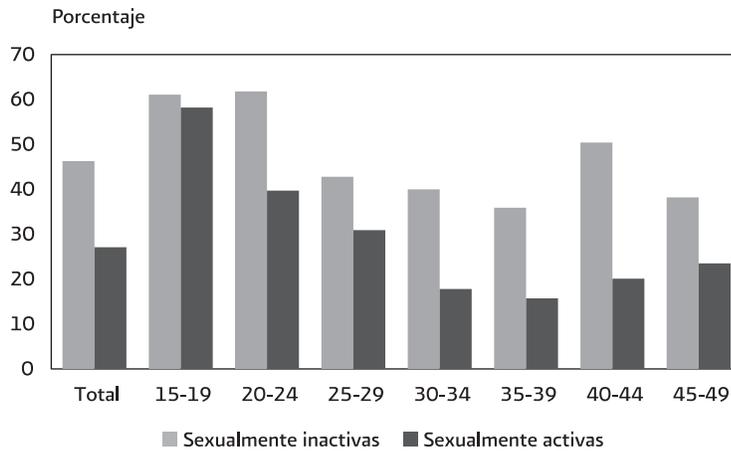
Con la intención de ofrecer información más cercana sobre el grado de exposición al riesgo de embarazo por la falta de protección anticonceptiva, se estimaron los porcentajes de nunca uso según la frecuencia de relaciones sexuales de las mujeres (véase cuadro A.23 del Anexo). Según la ENADID 2009, 27.1 por ciento de las mujeres sexualmente activas nunca ha usado anticonceptivos, porcentaje que aumenta a 46.3 en las que han tenido relaciones sexuales, pero no en el último mes.

No obstante, existen diferencias importantes según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad, en especial cuando se trata de mujeres sexualmente activas (véase gráfica 25A). Dada la exposición latente al riesgo de embarazos, particularmente no deseados y no planeados, preocupa el hecho de que en las sexualmente activas 58.2 por ciento de las adolescentes nunca ha utilizado anticonceptivos.

Es la misma situación para el grupo de las que tienen relaciones sexuales, pero no en el último mes. En este grupo, 61.8 por ciento de las jóvenes nunca ha utilizado anticonceptivos. De hecho, los

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

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

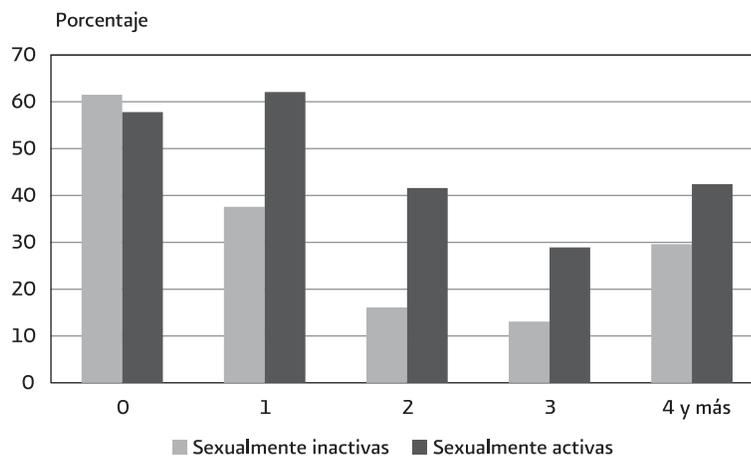


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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

El comportamiento del nunca uso según la paridad es parecido al observado según la edad, dado que estas variables se correlacionan de forma directa, de modo que a mayor número de hijos disminuye el nunca uso (véase gráfica 25B). Aquí los datos más altos se aprecian en la categoría de mujeres sexualmente activas con paridad cero (61.5%), así como en las de paridad cero y uno entre las MEFSI

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



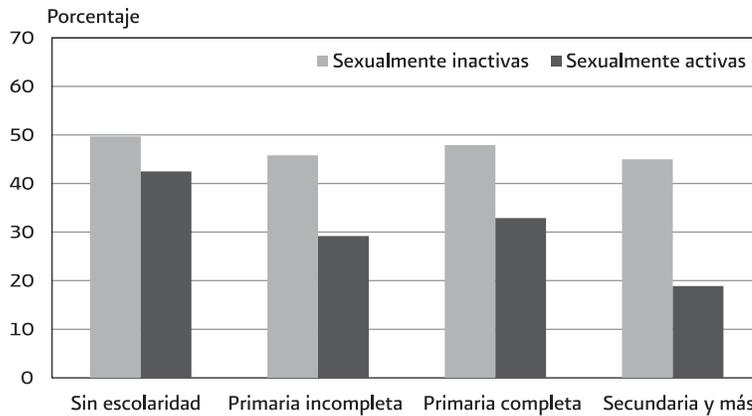
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

(57.8 y 62.1%, respectivamente). Estos niveles de nunca uso bien pudieran ser reflejo de condiciones de deseo del primogénito o incluso de un segundo hijo.

El nivel de escolaridad de las mujeres hasta el momento de la encuesta se asocia con menores porcentajes de nunca uso de la anticoncepción (véase gráfica 25C), en particular cuando se trata de mujeres sexualmente activas. Mientras que 42.5 por ciento de las sexualmente activas, sin escolaridad, nunca ha usado métodos, en las de secundaria y más es de 18.9 por ciento. Destaca el porcentaje considerable de nunca uso en las MEFSI, independientemente del nivel de escolaridad.

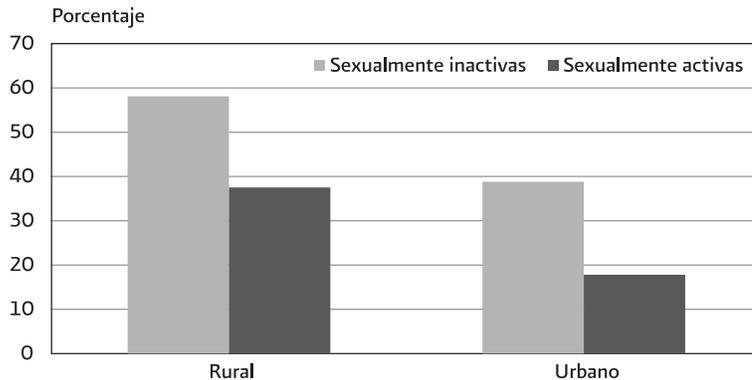
Por lugar de residencia, las diferencias en el nunca uso de métodos anticonceptivos son menores, 37.5 por ciento de las mujeres en edad fértil sexualmente activas que vive en áreas rurales y 17.8 por ciento, en urbanas. Pero en las que tienen relaciones sexuales temporales se observa un mayor nivel de nunca uso en las áreas rurales con respecto de las urbanas, 58.1 por ciento *versus* 38.8 por ciento, respectivamente (véase gráfica 25D).

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



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

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



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

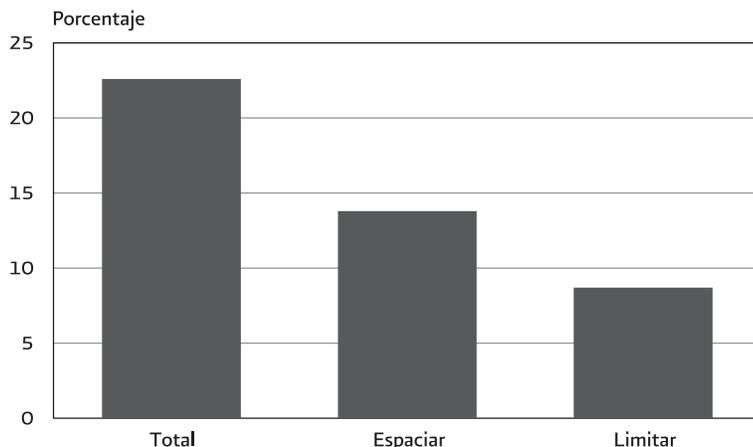
## 6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos

### Indicador:

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

La NIA en Chiapas alcanzó un nivel de 22.6 por ciento en 2009,<sup>17</sup> siendo mayor a la del país, de 9.8 por ciento, y está por arriba del promedio de estados en *situación muy desfavorable*, que es de 17.2 por ciento, debido fundamentalmente a la demanda para espaciar, de 13.8 por ciento (véase gráfica 26).

Gráfica 26.  
Chiapas. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tipo de necesidad insatisfecha, 2009



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

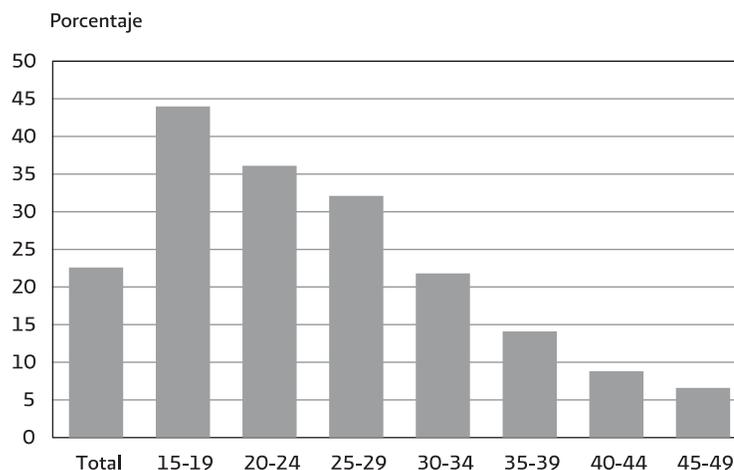
Las mayores necesidades insatisfechas prevalecen entre los 15 y 29 años, sobre todo para espaciar los embarazos. En las adolescentes, por ejemplo, en 2009, la NIA alcanzó un 44.0 por ciento, convirtiéndose en la más elevada de todos los subgrupos, mayor que la registrada en 30 a 34 años, de 21.8 por ciento (véase gráfica 27A). En 2009, la NIA de adolescentes de Chiapas fue mayor a la del promedio del patrón de los estados en *situación muy desfavorable*, de 36.0 por ciento, y mayor al nivel observado en el contexto del país, de 24.6 por ciento. En general, la NIA disminuye conforme aumenta la edad de la mujer, comportamiento que presentan los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años con niveles todavía elevados de demanda insatisfecha, de 36.1 y 32.1 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.24).

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

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

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

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

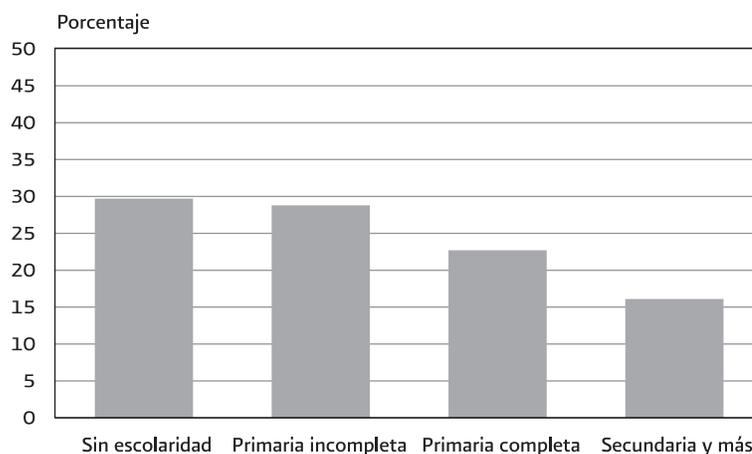


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

Con respecto a la paridez, en 2009, la NIA entre el grupo de mujeres que no ha tenido hijos era de 11.1 por ciento y en aquellas con un hijo, de 33.4 por ciento; en este último grupo el reto es disminuir la necesidad insatisfecha de la anticoncepción para espaciar la llegada del segundo hijo.

Con excepción de las mujeres sin escolaridad, la NIA se incrementó en las categorías de niveles escolares, lo cual generó que la distancia entre las categorías de los extremos disminuyera en 13.7 puntos en 2009 (véase gráfica 27B). Pero el grupo de secundaria y más fue el de menor demanda insatisfecha con 13.6 por ciento en 2009 —particularmente para espaciar—, seguido de las mujeres con primaria completa.

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

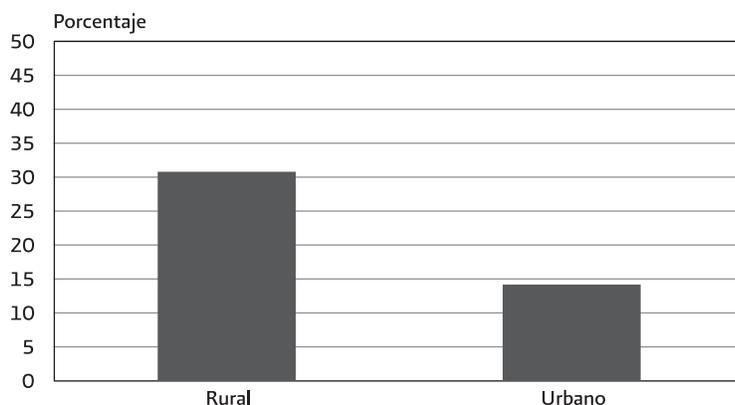


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

En 2009, en la zona rural la NIA fue de 30.8 por ciento y en la zona urbana, de 14.2 por ciento, generándose una brecha de 16.6 puntos porcentuales entre ambas (véase gráfica 27C). En este sentido, el reto de las acciones programáticas de salud reproductiva es disminuir tanto la NIA para espaciar, como para limitar el número de hijos en las localidades menores de 2 500 habitantes de Chiapas.

La NIA rural de 2009 de esta entidad federativa es mayor al promedio de los estados en *situación muy desfavorable* de salud reproductiva, que es de 22.7 por ciento, y mayor al conjunto nacional, de 15.9 por ciento.

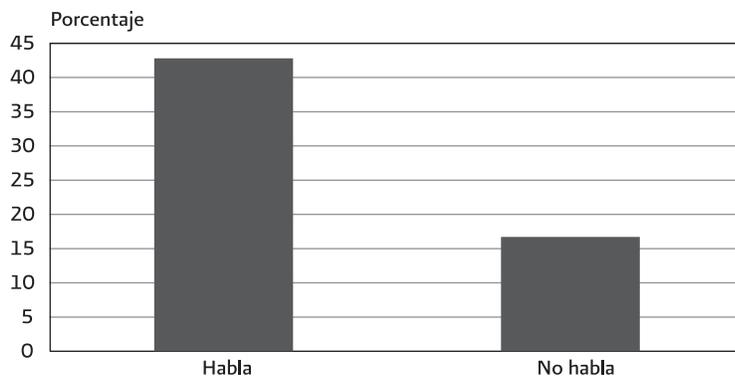
**Gráfica 27C.**  
Chiapas. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 2009



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

Por otra parte, en 2009, en las mujeres que no hablan lengua indígena la NIA fue de 16.7 por ciento y en las hablantes de lengua indígena, de 42.8 por ciento (véase gráfica 27D).

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



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

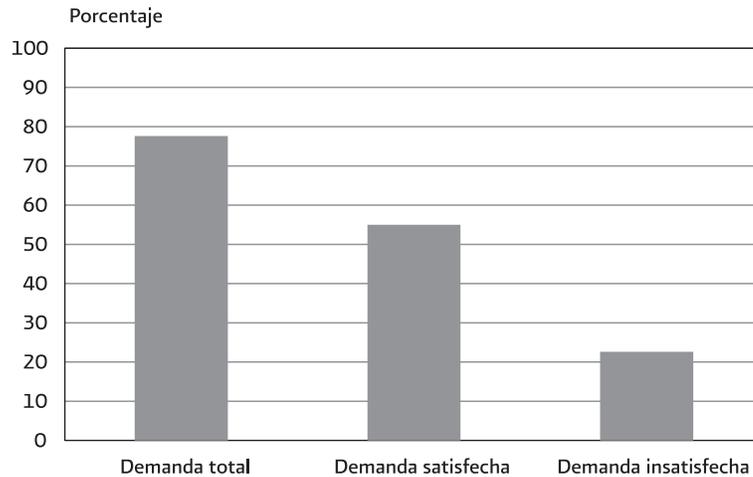
### 6.3 Demanda total de anticonceptivos

#### Indicadores:

- *Demanda total de anticonceptivos.* Se define como la suma de la demanda satisfecha y la demanda insatisfecha.
- *Demanda satisfecha de anticonceptivos.* También denominada demanda efectiva, se refiere a la prevalencia anticonceptiva.

La demanda total de anticonceptivos es el resultado del balance de la demanda satisfecha o demanda efectiva y la demanda insatisfecha. En 2009, como resultado de la demanda insatisfecha y el simultáneo decremento en la prevalencia anticonceptiva, la demanda total ascendió a 77.6 por ciento (véase gráfica 28).

Gráfica 28.  
Chiapas. Demanda total, demanda satisfecha y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas, 2009



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

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

### 7. Salud materna

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

## 7.1 Mortalidad materna

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

### Indicador:

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

En 2009, en Chiapas, la RMM alcanzó el valor de 72.9 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados, que está por debajo del promedio de los estados con patrón en *situación muy desfavorable* de salud reproductiva, con 87.3, y mayor al promedio nacional, con 62.2 defunciones maternas por cada cien mil nacimientos.

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

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

## 7.2 Aborto

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

### Indicador:

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

Entre 1997 y 2009, este indicador disminuyó en Chiapas en 2.0 puntos porcentuales, al pasar de 13.9 a 11.9 por ciento (véase cuadro 8). Desde esta perspectiva, el dato de la entidad para 2009 es menor al del país, que fue de 17.7 por ciento.

<sup>18</sup> Es un indicador del PNS 2007-2012 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

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

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

Año	Con al menos un aborto
1997	13.9
2009	11.9

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

### 7.3 Atención prenatal

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

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

#### Indicadores:

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

La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 70.3 a 82.4 por ciento en Chiapas entre 1997 y 2009, niveles que son menores a los del país, de 74.5 y 86.2 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, determinado por la edad de la madre al nacimiento del hijo, el nivel de escolaridad y el lugar de residencia (véase cuadro A.25 del Anexo). Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presenten actualmente niveles de atención prenatal de forma oportuna.

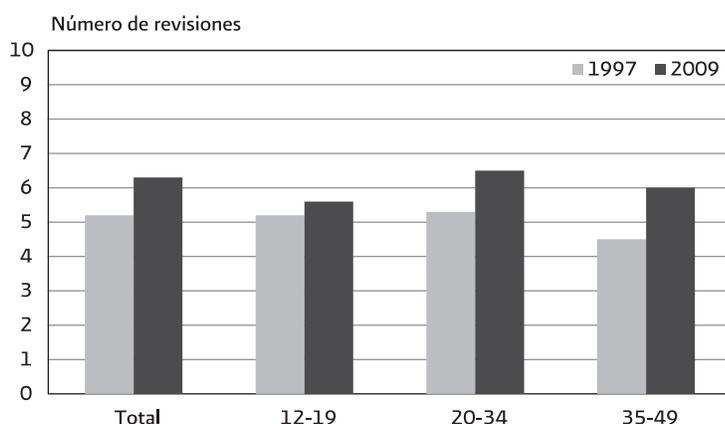
Con respecto al número de revisiones prenatales, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En el contexto del estado en su conjunto, el indicador aumentó de 5.2 a 6.3 consultas promedio entre 1997 y 2009, cifras que son menores a las del país, de 6.5 y 7.8, respectivamente.

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

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

El número de revisiones prenatales en el lapso estudiado aumenta a mayor escolaridad, cumpliéndose ampliamente con el criterio de la Norma, esto no sucede entre las mujeres con mayor paridad, sin escolaridad y las hablantes de lengua indígena las cuales presentan menor número promedio de revisiones que sugiere la Norma (véase gráfica 29B).

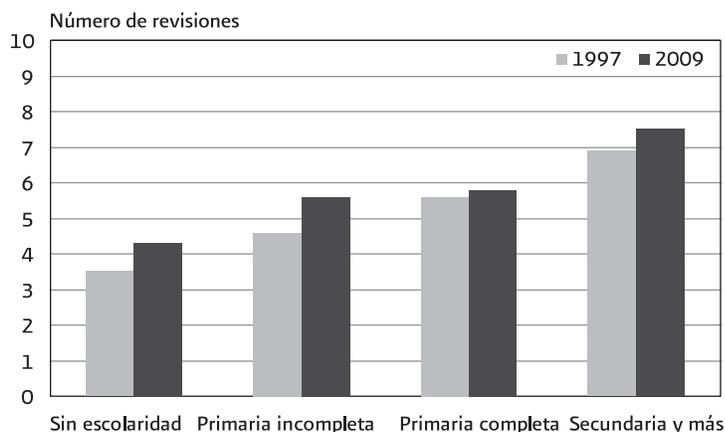
**Gráfica 29A.**  
Chiapas. Número promedio de revisiones prenatales\* por grupos de edad de la madre, 1997 y 2009



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

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

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

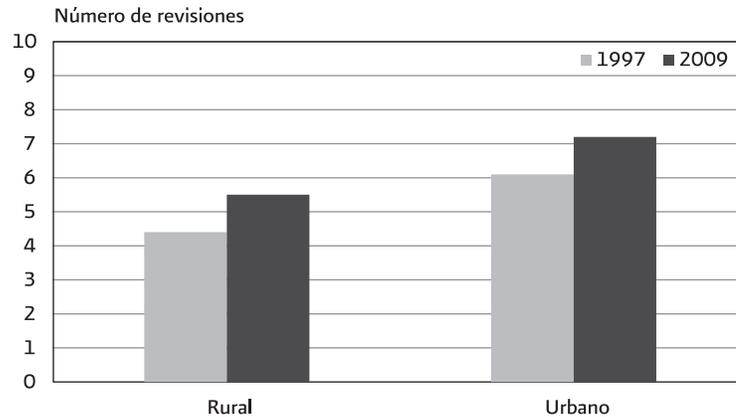


Nota: \* Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

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

De forma similar, se confirma el aumento del número de revisiones del embarazo en los últimos 12 años entre las mujeres rurales, así como en aquellas que hablan lengua indígena; se estima que actualmente acuden a revisiones prenatales cinco y seis veces en promedio, comparado con siete veces de las mujeres urbanas o que no hablan lengua indígena (véanse gráficas 29C y 29D).

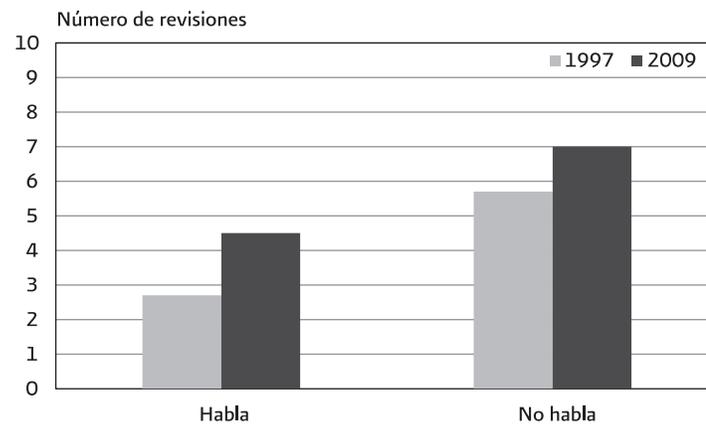
**Gráfica 29C.**  
Chiapas. Número promedio de revisiones prenatales\* por lugar de residencia de la madre, 1997 y 2009



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

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

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



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

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

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

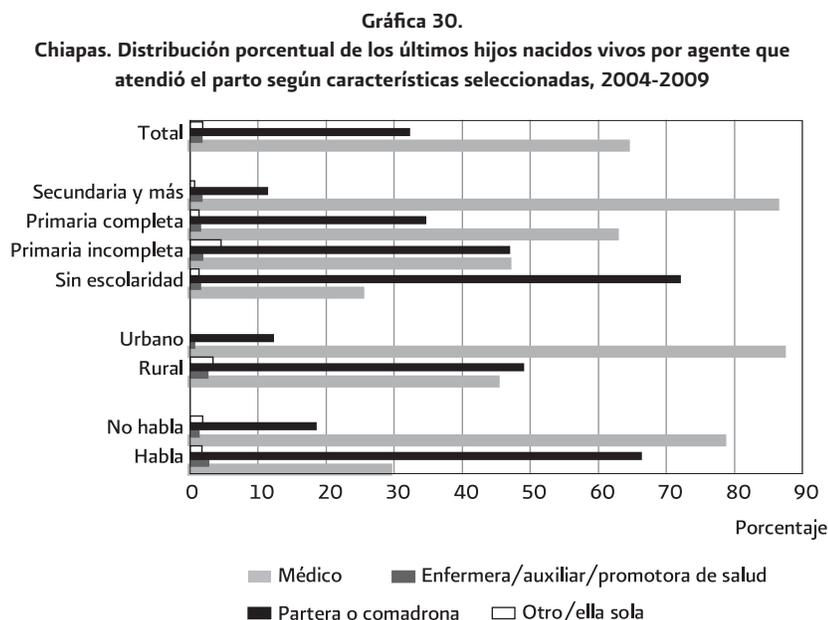
## 7.4 Atención del parto

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

### Indicadores:

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

En Chiapas, la atención del parto por el médico pasó de 49.7 por ciento en 1997 a 64.3 por ciento en 2009, datos inferiores a los registrados en el país, que fueron de 84.2 y 94.0 por ciento, respectivamente (véanse cuadro A.27 del Anexo y gráfica 30). Por otra parte, se observa que el número



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

de partos atendidos por parteras es menor respecto al periodo 1994-1997, sin embargo, las mujeres que recurren a este tipo de atención siguen siendo las que no tienen escolaridad con 72.0 por ciento, las que hablan lengua indígena, con 66.3 por ciento, las que tienen cuatro o más hijos, con 62.4 por ciento, y las que residen en áreas rurales, con 49.0 por ciento.

Otro indicador que también provee de información a través de las encuestas es el tipo de parto, sea normal o por cesárea. Con respecto a esta última, cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal no debe exceder el 20 por ciento. Si bien entre 1994 y 1997 esa disposición normativa sí se cumplía, ya que para el estado en su conjunto era de 12.5 por ciento para los nacidos vivos, dejó de hacerlo en el periodo 2004-2009, cuando subió a 26.4 por ciento. No obstante, tales porcentajes siguen siendo menores a los del contexto del país, de 28.4 y 43.0, respectivamente (véase cuadro 9). La operación cesárea se incrementó en los diferentes grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo y también según el lugar de residencia. Por mencionar algunos datos: en 2009, a 19.3 por ciento de las adolescentes se les practicó cesárea, comparado con 29.5 por ciento en las edades de 20 a 34 años, y 40.8 por ciento si la mujer vive en áreas urbanas. También se encontró que en el ámbito rural este tipo de intervención se duplicó en el lapso estudiado, al pasar de 5.7 a 14.3 por ciento.<sup>21</sup>

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

Características seleccionadas	1994-1997		2004-2009	
	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
<b>Total</b>	<b>87.5</b>	<b>12.5</b>	<b>73.6</b>	<b>26.4</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>				
12-19	85.2	14.8	80.7	19.3
20-34	88.2	11.8	70.5	29.5
35-49	86.4	13.6	80.4	19.6
<b>Lugar de residencia</b>				
Rural	94.3	5.7	85.7	14.3
Urbano	79.5	20.5	59.2	40.8

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

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

## 7.5 Atención durante el puerperio

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

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

### Indicador:

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

La atención del puerperio se incrementó en Chiapas en once puntos, al pasar de 52.6 por ciento en 1997 a 63.6 por ciento en 2009, datos menores a los del país, de 57.5 y 81.7 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se observó en todos los grupos poblacionales determinados por categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.28 del Anexo); incluso en el caso de las mujeres sin escolaridad, que en 1997 presentaban el porcentaje más bajo, de 41.4, y en las hablantes de lengua indígena, de 48.7. En contraste, se observan bajos niveles de atención en las hablantes de lengua indígena (39.7%), y en las que no cuentan con algún nivel de instrucción (38.4%).

## 8. Lactancia materna

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

### Indicadores:

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

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

El porcentaje de niños que inició el proceso de amamantamiento mostraba una incidencia de 91.6 en Chiapas, comparada con 90.0 del ámbito nacional, según la ENADID 1997. Y se observa que dicha incidencia era alta en la mayoría de los grupos poblacionales (véase cuadro 10). Tal parece que esa estrategia tuvo éxito y permeó en la estructura social de la entidad como una verdadera cultura de la alimentación al seno materno en aquella época.

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia se mantuvo constante en Chiapas, con 94.2, según la ENADID 2009, que sigue siendo mayor al nacional, de 90.8. En cuanto a la tendencia, tanto

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

Características seleccionadas	1994-1997	2004-2009
<b>Total</b>	<b>91.6</b>	<b>94.2</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>		
12-19	90.3	94.4
20-34	92.7	94.4
35-49	86.7	92.4
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	92.1	95.0
Primaria Incompleta	92.2	98.5
Primaria Completa	92.4	94.3
Secundaria y más	89.8	91.4
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	94.3	96.7
Urbano	88.6	91.1
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	97.1	95.7
No habla	90.4	93.6

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

en Chiapas como en el país, también se aprecia un leve aumento en algunos grupos poblacionales analizados.

En Chiapas se observa un incremento en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 10.4 a 11.2 meses y la mediana de 8.9 a 10.0 entre 1997 y 2009 (véanse cuadros A.29 y A.30 del Anexo). Estos datos son mayores a los observados a nivel nacional donde en 2009 la media fue de 8.3 y la mediana de 6.2 meses.

Asimismo, destaca la diferencia rural-urbana. Aunque parece que el proceso del amamantamiento ha disminuido en las áreas rurales, todavía los niños que viven en ese tipo de localidades en Chiapas lactan por periodos mayores, de 11.3 meses, comparado con los que residen en zonas urbanas, que lo hacen por 7.4 meses.

## 9. Conclusiones

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

Esta entidad federativa exhibe una situación de salud reproductiva en clara desventaja en comparación con el contexto nacional en su conjunto en todos los indicadores analizados. De hecho, se clasifica en

el último patrón estatal que corresponde a una *situación muy desfavorable*. En cinco de nueve indicadores ocupa el último lugar del ranking estatal, que son: la tasa global de fecundidad, la necesidad insatisfecha global, rural y de adolescentes, y la cobertura anticonceptiva; en los otros cuatro se sitúa entre los estados con mayor rezago. Así, la mejora de tales indicadores es uno de los principales retos para las acciones institucionales de la entidad.

Es evidente el avance incipiente en la salud reproductiva de Chiapas en la última década. Más aún, los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido tradicionalmente menos favorecidos, todavía presentan las mayores necesidades. En este sentido, los grupos con menores niveles escolares, así como los indígenas y aquellos residentes en áreas rurales con menos de 2 500 habitantes, son sin duda los que merecen mayor atención de las acciones preventivas de orientación, educación y servicios de salud reproductiva.

Si bien destaca el avance logrado en el trabajo con los adolescentes, una conclusión de este documento es la necesidad de continuar enfocando acciones hacia la salud sexual y reproductiva vinculada con los periodos de la adolescencia y la juventud. Basta mencionar que se constata un inicio de la actividad sexual altamente desprotegido de la anticoncepción; una elevada frecuencia en el inicio de la maternidad durante la adolescencia y la juventud; y una prevalencia anticonceptiva en adolescentes a niveles bajos y en disminución, a la vez que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos se incrementó y es la más alta de todos los grupos poblacionales analizados en el estado.

Se manifiesta un cambio en las preferencias reproductivas hacia una disminución en el número ideal de hijas e hijos en las diferentes generaciones y según subgrupos poblacionales, lo que sugiere cierta motivación de las mujeres por tener un número menor de hijos.

El patrón en la estructura de los anticonceptivos es característico de un perfil con *predominio de la OTB*, con elevada efectividad anticonceptiva promedio.

Se registra un incremento en los indicadores relacionados con la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, atención médica del parto y del puerperio en todos los grupos poblacionales, sin embargo, persisten todavía porcentajes muy bajos en 2009, que corresponden con el nivel de la mortalidad materna. Esto lleva al cuestionamiento sobre la calidad en los procesos de atención y/o la presencia de otros factores determinantes. Se requiere de otro tipo de información, proveniente de los propios servicios institucionales públicos y privados, a fin de disponer de una apreciación más cercana para la evaluación de esos procesos.

La participación de la partera tradicional en la atención del parto es todavía mayoritaria en circunstancias de mayor vulnerabilidad socioeconómica, por lo que se enfatiza la necesidad de fortalecer acciones encaminadas al reconocimiento, capacitación e incentivo de este tipo de personal.

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

## Bibliografía

- Colín, Yeimi y Paloma Villagómez, 2010. "Evolución de la maternidad adolescente en México: 1974-2009" en *La Situación Demográfica de México 2010*. México: CONAPO, Pp. 37-53.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2008. *Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo*. México: Secretaría de Gobernación/CONAPO.
- Langer A., 2005. "Atención calificada en el embarazo, parto y puerperio: ¿Qué desafíos enfrenta México?" en *A lo largo del camino*. María del Carmen Elú y Elsa Santos: Editoras. Publicación financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Family Care International y Population Council. Primera edición, México, D.F., abril.
- Mendoza, Doroteo et al., 2010. *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en México*. México: CONAPO. Documento disponible en línea:  
[http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=460&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=460&Itemid=15)
- Romo Viramontes, Raúl y Miguel Sánchez Castillo, 2009. "El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población" en *La Situación Demográfica de México 2009*. México: CONAPO, Pp. 23-38.
- Secretaría de Salud (SS). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008a. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: SS.
- 2008b. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción*. México: SS.
- Secretaría de Salud (SS), 2007a. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SS.
- 2007b. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida*. México: SS.
- Zúñiga, Elena et al., 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. México: CONAPO.



## **Anexo**



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

Grupos de edad	No utilizó	Utilizó
<b>Total</b>	<b>92.8</b>	<b>7.2</b>
15-19	87.3	12.7
20-24	89.3	10.7
25-29	90.3	9.7
30-34	91.6	8.4
35-39	94.5	5.5
40-44	97.1	2.9
45-49	97.9	2.1

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

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

Edad actual	Edad a la primera relación sexual	Utilizó	No utilizó	Total
<b>25-29</b>	<b>&lt;15</b>	<b>3.8</b>	<b>96.2</b>	<b>100.0</b>
	15-19	7.7	92.3	100.0
	20-24	14.4	85.6	100.0
	25-29	13.5	86.5	100.0
<b>30-34</b>	<b>&lt;15</b>	<b>2.1</b>	<b>97.9</b>	<b>100.0</b>
	15-19	3.9	96.1	100.0
	20-24	17.0	83.0	100.0
	25-29	16.9	83.1	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
<b>35-39</b>	<b>&lt;15</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
	15-19	4.3	95.7	100.0
	20-24	5.4	94.6	100.0
	25-29	22.2	77.8	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0
<b>40-44</b>	<b>&lt;15</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
	15-19	1.9	98.1	100.0
	20-24	4.6	95.4	100.0
	25-29	7.9	92.1	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
	35 y más	10.8	89.2	100.0
<b>45-49</b>	<b>&lt;15</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
	15-19	1.4	98.6	100.0
	20-24	2.1	98.0	100.0
	25-29	11.1	88.9	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0

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

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas <sup>1</sup>	Sexualmente inactivas <sup>2</sup>	Sin experiencia sexual
<b>Total</b>	<b>47.2</b>	<b>21.7</b>	<b>31.1</b>
<b>Grupos de edad</b>			
15-19	14.8	8.7	76.6
20-24	43.1	21.0	35.8
25-29	62.7	21.4	15.9
30-34	65.8	26.3	7.8
35-39	67.6	28.2	4.2
40-44	61.9	35.8	2.3
45-49	55.0	42.3	2.7
<b>Situación conyugal</b>			
Unidas	80.1	19.9	0.0
Alguna vez unidas	6.7	93.3	0.0
Solteras	3.8	11.4	84.9
<b>Paridad</b>			
0	12.4	7.1	80.5
1	62.5	37.5	0.0
2	70.0	30.0	0.0
3	72.1	27.9	0.0
4 y más	66.7	33.3	0.0
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Sin escolaridad	53.5	31.5	14.9
Primaria incompleta	57.7	29.8	12.5
Primaria completa	59.8	20.9	19.3
Secundaria y más	40.1	20.7	39.1
<b>Lugar de residencia</b>			
Rural	50.8	20.3	28.9
Urbana	46.7	26.1	27.1

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

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

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

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

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

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
<b>Total</b>	<b>3.4</b>	<b>3.1</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	2.6	2.6
20-24	3.0	2.6
25-29	3.1	3.0
30-34	3.6	3.0
35-39	3.6	3.5
40-44	3.8	3.7
45-49	4.5	4.1
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	4.1	4.1
Primaria incompleta	3.8	4.0
Primaria completa	3.0	3.4
Secundaria y más	2.7	2.5
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	3.7	3.6
Urbano	3.1	2.6
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	4.7	4.2
No habla	3.2	2.8

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

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

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado	Total
<b>Total</b>	<b>73.7</b>	<b>17.9</b>	<b>8.4</b>	<b>100.0</b>
15-19	71.1	18.5	10.4	100.0
20-24	84.6	14.3	1.2	100.0
25-29	72.0	24.5	3.5	100.0
30-34	52.3	26.3	21.4	100.0
35 y más	62.3	0.0	37.7	100.0

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	82.9	81.1
DIU	78.8	73.3
Inyecciones	81.9	80.5
Implante subdérmico	8.7	42.4
OTB	81.1	77.1
Vasectomía	60.1	64.3
Condomes	72.4	77.8
Espermicidas	43.7	34.9
Pastilla de emergencia	n.d.	45.0
Parche anticonceptivo	n.d.	57.8
Condón Femenino	n.d.	47.5
Ritmo	48.2	45.8
Retiro	34.8	38.1

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

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

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	82.9	72.6	92.7	81.1	69.3	91.3
DIU	78.8	66.8	90.2	73.3	60.6	84.1
Inyecciones	81.9	71.5	91.8	80.5	69.7	89.8
Implante subdérmico	8.7	4.0	13.2	42.4	28.4	54.4
OTB	81.1	69.7	92.0	77.1	64.8	87.7
Vasectomía	60.1	45.9	73.7	64.3	47.4	78.7
Condomes	72.4	57.4	86.6	77.8	62.7	90.7
Espermicidas	43.7	27.6	59.0	34.9	21.5	46.5
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	45.0	25.5	61.8
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	57.8	39.2	73.7
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	47.5	32.3	60.5
Ritmo	48.2	30.8	64.7	45.8	29.0	60.3
Retiro	34.8	19.8	49.1	38.1	22.5	51.4

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>87.2</b>	<b>87.4</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	80.9	80.4
20-24	86.0	86.8
25-29	89.7	89.0
30-34	89.0	92.2
35-39	92.5	88.7
40-44	92.2	90.2
45-49	84.2	89.7
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	90.2	88.6
Alguna vez unidas	91.8	90.2
Solteras	79.2	84.2
<b>Paridad</b>		
0	78.5	83.9
1	95.0	88.3
2	93.1	95.2
3	93.3	93.9
4 y más	88.2	81.1
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	67.4	64.8
Primaria incompleta	89.4	84.0
Primaria completa	88.8	83.0
Secundaria y más	97.0	95.3
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	77.7	76.4
Urbano	96.2	96.8
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	41.8	50.6
No habla	95.2	96.7

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>12.8</b>	<b>12.6</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	19.1	19.6
20-24	14.0	13.2
25-29	10.3	11.0
30-34	11.0	7.8
35-39	7.5	11.3
40-44	7.8	9.8
45-49	15.8	10.3
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	9.8	11.4
Alguna vez unidas	8.2	9.8
Solteras	20.8	15.8
<b>Paridad</b>		
0	21.5	16.1
1	5.0	11.7
2	6.9	4.8
3	6.7	6.1
4 y más	11.8	18.9
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	32.6	35.2
Primaria incompleta	10.6	16.0
Primaria completa	11.2	17.0
Secundaria y más	3.0	4.7
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	22.3	23.6
Urbano	3.8	3.2
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	58.2	49.4
No habla	4.8	3.3

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>53.5</b>	<b>55.0</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	27.3	23.2
20-24	44.7	39.7
25-29	54.3	46.3
30-34	62.5	62.9
35-39	68.2	68.3
40-44	60.2	70.1
45-49	39.5	60.3
<b>Paridad</b>		
0	9.4	20.5
1	42.2	40.3
2	62.3	63.2
3	67.2	75.3
4 y más	54.4	52.2
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	39.1	46.2
Primaria incompleta	53.2	51.9
Primaria completa	51.0	54.6
Secundaria y más	69.5	60.3
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	45.0	45.4
Urbano	62.6	64.9
<b>Condición de habla de lengua indígena*</b>		
Habla	20.6	30.1
No habla	59.4	62.3

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

\* Tamaño de muestra insuficiente.

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

Método	1997	2009
Pastillas	4.2	2.1
DIU	8.3	4.8
Inyecciones	3.7	7.4
Locales	0.1	0.0
Condomes	1.8	4.5
OTB	29.0	32.0
Vasectomía	0.5	0.4
Tradicional	5.8	3.1
Implante subdérmico	0.0	0.3
Pastilla de emergencia	n.d.	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	0.3
Condón Femenino	n.d.	0.1

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

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

Condición de actividad sexual	Usuaría	Exusuaría	Nunca usuaria	Total
Sexualmente activas	63.1	9.8	27.1	100.0
Sexualmente inactivas	31.2	22.4	46.3	100.0

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

Cuadro A.14

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
<b>Total</b>	<b>63.1</b>	<b>31.2</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	31.6	3.0
20-24	46.7	11.2
25-29	56.8	15.7
30-34	72.9	38.4
35-39	74.5	45.8
40-44	76.8	38.0
45-49	67.3	50.0
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	63.5	35.1
Alguna vez unidas	67.9	36.2
Solteras	47.4	8.7
<b>Paridad</b>		
0	23.8	8.9
1	48.1	7.6
2	72.5	31.4
3	81.9	56.5
4 y más	63.6	45.6
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	53.0	33.9
Primaria incompleta	61.6	43.6
Primaria completa	62.4	30.1
Secundaria y más	66.8	24.5
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	55.3	23.1
Urbano	70.1	36.4
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	38.8	20.5
No habla	68.2	33.3

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	7.4	3.8
DIU	15.3	8.1
Inyecciones	6.6	12.7
Locales	0.1	0.0
Condomes	3.7	8.2
OTB	55.7	60.1
Vasectomía	0.9	0.7
Tradicional	10.3	5.1
Implante subdérmico	n.d.	0.6
Pastilla de emergencia	n.d.	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	0.6
Condón Femenino	n.d.	0.2

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

**Cuadro A.16**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad según tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 2009**

Grupos de edad	Pastillas	DIU	Inyecciones	Condomes	OTB	Vasectomía	Tradicional	Implante subdérmico	Pastilla de emergencia	Parche anticonceptivo	Condón Femenino	Total
<b>Total</b>	<b>4.1</b>	<b>9.6</b>	<b>13.5</b>	<b>10.0</b>	<b>54.5</b>	<b>0.9</b>	<b>5.9</b>	<b>0.8</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
15-19	4.6	12.9	38.8	31.7	0.0	0.0	8.7	3.3	0.0	0.0	100.0	100.0
20-24	5.1	21.2	30.6	16.4	15.8	0.0	9.4	0.0	1.5	0.0	100.0	100.0
25-29	10.4	13.1	18.4	11.8	37.2	0.0	7.7	1.2	0.3	0.0	100.0	100.0
30-34	2.8	12.1	17.2	11.5	46.5	0.7	6.1	1.3	0.9	1.0	100.0	100.0
35-39	2.5	4.4	7.0	11.3	66.0	1.8	5.6	1.1	0.3	0.0	100.0	100.0
40-44	1.4	1.2	2.3	1.2	88.5	2.7	2.6	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
45-49	2.1	8.8	2.9	2.9	79.1	0.0	4.3	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0

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

**Cuadro A.17**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo que usan**  
**actualmente según paridez, 1997 y 2009**

Método	Paridez				
	0	1	2	3	4 y más
<b>1997</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Pastillas	30.2	14.1	9.6	3.6	5.7
DIU	11.6	40.2	25.0	11.1	6.1
Inyecciones	8.7	13.8	9.8	4.9	3.8
Locales	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
Condomes	18.3	11.8	5.5	2.4	0.7
OTB	0.0	1.0	37.6	71.0	73.4
Vasectomía	0.0	0.0	0.3	1.6	1.2
Tradicional	31.1	19.1	11.8	5.4	9.1
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>2009</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Pastillas	12.5	6.8	4.1	3.4	2.0
DIU	13.0	23.9	10.6	5.0	2.8
Inyecciones	12.3	35.0	14.8	5.2	9.7
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	26.8	17.9	12.0	3.8	1.9
OTB	3.1	4.0	51.7	79.0	75.6
Vasectomía	2.2	0.6	1.4	0.7	0.2
Tradicional	19.0	9.5	4.8	2.0	6.7
Implante subdérmico	5.3	1.0	0.3	0.2	0.5
Pastilla de emergencia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	5.8	1.3	0.4	0.7	0.0
Condón Femenino	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6

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

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

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	8.0	8.2	7.8	3.9	3.4	4.3
DIU	15.6	15.3	15.7	8.7	8.9	8.7
Inyecciones	6.9	6.4	7.3	13.4	18.4	9.9
Locales	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
Condomes	3.3	1.5	4.8	8.1	4.2	10.8
OTB	54.3	58.9	50.6	58.1	58.5	57.9
Vasectomía	1.0	0.6	1.3	0.8	0.4	1.1
Tradicional	10.9	9.0	12.3	5.6	5.7	5.5
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	0.5	0.3	0.7
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	0.6	0.4	0.8
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	0.2	0.0	0.3

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

**Cuadro A.19**  
**Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias**  
**de anticonceptivos modernos según lugar de obtención por entidad**  
**federativa, 2009**

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

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

**Cuadro A.20**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009**

Método empleado	Público	Privado	Total
Pastillas	42.8	57.2	100.0
DIU	84.8	15.2	100.0
Inyecciones	73.1	26.9	100.0
Condomes	21.7	78.3	100.0
OTB	88.5	11.5	100.0
Vasectomía	93.9	6.1	100.0
Implante subdérmico	87.3	12.7	100.0
Parche anticonceptivo	50.6	49.4	100.0
Condón femenino	0.0	100.0	100.0

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

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

Método	Posparto		Otro momento	
	1997	2009	1997	2009
<b>Total</b>	<b>43.7</b>	<b>54.1</b>	<b>56.3</b>	<b>45.9</b>
OTB	63.8	76.4	36.2	23.6
DIU	48.0	60.9	52.0	39.1
Otro*	3.5	3.2	96.5	96.8

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

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>33.2</b>	<b>33.4</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	62.5	59.5
20-24	38.8	45.7
25-29	30.8	36.8
30-34	26.1	25.0
35-39	20.1	23.8
40-44	27.0	27.0
45-49	46.4	30.0
<b>Paridad</b>		
0	84.2	64.0
1	37.6	41.4
2	22.3	22.0
3	20.4	17.9
4 y más	33.8	40.9
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	51.1	48.9
Primaria incompleta	32.9	38.4
Primaria completa	34.7	38.2
Secundaria y más	15.0	22.2
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	44.4	45.8
Urbano	21.0	20.9
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	68.8	65.4
No habla	26.7	24.1

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

**Cuadro A.23**  
**Chiapas. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas**  
**o sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos**  
**según características seleccionadas, 2009**

<b>Características seleccionadas</b>	<b>Sexualmente activas</b>	<b>Sexualmente inactivas</b>
<b>Total</b>	<b>27.1</b>	<b>46.3</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	58.2	61.1
20-24	39.7	61.8
25-29	30.9	42.8
30-34	17.8	40.0
35-39	15.7	35.9
40-44	20.1	50.4
45-49	23.5	38.2
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	26.9	42.3
Alguna vez unidas	17.3	41.4
Solteras	37.9	69.4
<b>Paridad</b>		
0	61.5	57.8
1	37.6	62.1
2	16.1	41.6
3	13.1	28.9
4 y más	29.6	42.4
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	42.5	49.7
Primaria incompleta	29.2	45.8
Primaria completa	32.9	47.9
Secundaria y más	18.9	45.0
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	37.5	58.1
Urbano	17.8	38.8

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

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

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
<b>Total</b>	<b>22.6</b>	<b>13.8</b>	<b>8.7</b>
<b>Grupos de edad</b>			
15-19	44.0	38.8	5.2
20-24	36.1	25.3	10.8
25-29	32.1	22.7	9.4
30-34	21.8	10.7	11.1
35-39	14.1	4.5	9.6
40-44	8.8	2.2	6.7
45-49	6.6	1.5	5.1
<b>Paridad</b>			
0	11.1	9.0	2.1
1	33.4	28.5	5.0
2	17.1	12.1	5.0
3	14.0	6.2	7.9
4 y más	28.8	12.5	16.2
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Sin escolaridad	29.7	10.5	19.2
Primaria incompleta	28.8	18.9	9.9
Primaria completa	22.7	14.7	8.0
Secundaria y más	16.1	11.2	4.8
<b>Lugar de residencia</b>			
Rural	30.8	18.8	12.0
Urbano	14.2	8.8	5.4
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>			
Habla	42.8	24.3	18.5
No habla	16.7	10.8	5.9

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

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

Características seleccionadas	1997			2009		
	1er.	2do.	3er.	1er.	2do.	3er.
<b>Total</b>	<b>70.3</b>	<b>24.5</b>	<b>5.3</b>	<b>82.4</b>	<b>16.1</b>	<b>1.5</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>						
12-19	68.8	24.3	6.8	74.5	22.6	2.9
20-34	71.4	24.2	4.3	84.7	14.2	1.1
35-49	64.0	26.4	9.6	80.9	17.5	1.6
<b>Nivel de escolaridad</b>						
Sin escolaridad	62.3	32.4	5.3	79.0	18.6	2.3
Primaria incompleta	59.5	30.5	10.0	76.9	21.6	1.4
Primaria completa	76.1	22.0	1.9	81.1	18.0	0.9
Secundaria y más	82.6	15.0	2.4	86.7	11.7	1.6
<b>Lugar de residencia</b>						
Rural	66.6	27.1	6.3	76.9	21.1	2.0
Urbano	73.9	21.8	4.3	88.5	10.6	0.9
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>						
Habla	54.7	34.9	10.3	70.9	27.6	1.5
No habla	72.6	22.9	4.5	86.3	12.3	1.5

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

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

**Cuadro A.26**  
**Chiapas. Número promedio de revisiones prenatales\*,**  
**1997 y 2009**

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>5.2</b>	<b>6.3</b>
<b>Grupos de edad</b>		
12-19	5.2	5.6
20-34	5.3	6.5
35-49	4.5	6.0
<b>Paridad</b>		
1	6.0	6.7
2	5.5	7.0
3	5.5	6.8
4 y más	4.2	4.7
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	3.5	4.3
Primaria incompleta	4.6	5.6
Primaria completa	5.6	5.8
Secundaria y más	6.9	7.5
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	4.4	5.5
Urbano	6.1	7.2
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	2.7	4.5
No habla	5.7	7.0

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

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

**Cuadro A.27**  
**Chiapas. Distribución porcentual de mujeres\* por tipo de agente que la atendió durante el parto según características seleccionadas, 1994-1997 y 2004-2009**

Características seleccionadas	1994-1997					2004-2009						
	Agente					Agente						
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o coma- drona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o coma- drona	Otro/ella sola
<b>Total</b>	<b>49.7</b>	<b>1.8</b>	<b>45.4</b>	<b>3.0</b>	<b>64.3</b>	<b>1.7</b>	<b>32.2</b>	<b>1.8</b>	<b>64.3</b>	<b>1.7</b>	<b>32.2</b>	<b>1.8</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>												
12-19	54.5	0.9	41.0	3.5	63.9	1.7	32.7	1.7	63.9	1.7	32.7	1.7
20-34	49.5	2.2	45.5	2.8	65.6	1.2	31.8	1.3	65.6	1.2	31.8	1.3
35-49	43.0	0.9	52.1	4.0	56.8	4.3	33.9	5.0	56.8	4.3	33.9	5.0
<b>Orden de nacimiento</b>												
1	76.2	1.5	21.2	1.1	77.6	1.1	20.0	1.3	77.6	1.1	20.0	1.3
2	53.7	2.6	36.9	6.7	73.8	1.7	23.5	1.0	73.8	1.7	23.5	1.0
3	52.1	0.6	47.3	0.0	76.9	0.7	22.5	0.0	76.9	0.7	22.5	0.0
4 o más	28.3	2.2	66.2	3.4	30.1	3.0	62.4	4.5	30.1	3.0	62.4	4.5
<b>Nivel de escolaridad</b>												
Sin escolaridad	23.2	1.7	71.6	3.5	25.2	1.5	72.0	1.3	25.2	1.5	72.0	1.3
Primaria incompleta	35.6	2.1	58.3	4.0	46.8	1.8	47.0	4.5	46.8	1.8	47.0	4.5
Primaria completa	58.6	3.5	34.1	3.7	62.6	1.5	34.6	1.3	62.6	1.5	34.6	1.3
Secundaria y más	84.0	0.4	14.6	0.9	86.2	1.7	11.4	0.7	86.2	1.7	11.4	0.7
<b>Lugar de residencia</b>												
Rural	33.2	2.4	60.1	4.2	45.1	2.6	49.0	3.3	45.1	2.6	49.0	3.3
Urbano	69.0	1.2	28.2	1.6	87.2	0.6	12.2	0.0	87.2	0.6	12.2	0.0
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>												
Habla	11.1	2.2	79.5	7.1	29.3	2.7	66.3	1.7	29.3	2.7	66.3	1.7
No habla	58.7	1.8	37.4	2.1	78.4	1.3	18.5	1.8	78.4	1.3	18.5	1.8

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

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>52.6</b>	<b>63.6</b>
<b>Paridad</b>		
1	56.9	70.4
2	54.7	70.2
3	55.6	65.2
4 y más	46.6	47.5
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	41.4	38.4
Primaria incompleta	49.7	51.3
Primaria completa	51.7	60.3
Secundaria y más	66.5	79.4
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	49.2	53.1
Urbano	56.6	76.1
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	48.7	39.7
No habla	53.4	73.3

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

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

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

<b>Duración de la lactancia</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>		
25%	2.5	4.3
50%	8.9	10.0
75%	15.4	13.0
<b>Rural</b>		
25%	4.3	5.5
50%	11.4	11.3
75%	17.9	17.0
<b>Urbano</b>		
25%	1.2	2.8
50%	5.4	7.4
75%	11.8	11.7

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

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

**Cuadro A.30**  
**Duración promedio de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos\*,**  
**nacional y por entidad federativa, 1997 y 2009**

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

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

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

**Perfiles de Salud Reproductiva  
Chiapas**

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



Vivir Mejor



UNFPA



CONAPO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO  
Y SALUD REPRODUCTIVA

SEGOB

GOBIERNO  
FEDERAL

