

Perfiles de Salud Reproductiva

Querétaro



Perfiles de Salud Reproductiva Querétaro

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. Querétaro

Primera edición: noviembre de 2011

ISBN: 978-607-427-157-7

ISBN: 978-607-427-197-3

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

Consejo Nacional de Población

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

EMB. PATRICIA ESPINOSA CANTELLANO
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

LIC. HERIBERTO FÉLIX GUERRA
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. BRUNO FERRARI GARCÍA DE ALBA
Secretario de Economía

LIC. ALONSO LUJAMBIO IRAZÁBAL
Secretario de Educación Pública

MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG
Secretario de Salud

LIC. JAVIER LOZANO ALARCÓN
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. ABELARDO ESCOBAR PRIETO
Secretario de la Reforma Agraria

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

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

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

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

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

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

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

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

Secretaría de Gobernación

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO
Secretario de Gobernación

LIC. OBDULIO ÁVILA MAYO
Subsecretario de Gobierno

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

MTRO. RUBÉN ALFONSO FERNÁNDEZ ACEVES
Subsecretario de Enlace Legislativo

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

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

LIC. ÁLVARO LUIS LOZANO GONZÁLEZ
Subsecretario de Normatividad de Medios

LIC. JOSÉ OSCAR VEGA MARÍN
Oficial Mayor

LIC. LAURA GURZA JAIDAR
Coordinadora General de Protección Civil

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

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA
Secretario General

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

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

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

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

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

MTRO. JORGE A. VALENCIA RODRÍGUEZ
Director de Estudios Sociodemográficos

MTRO. RAFAEL LÓPEZ VEGA
Director de Análisis Estadístico e Informática

LIC. MARÍA SILVIA GONZÁLEZ ARELLANO
Directora de Cultura Demográfica

LIC. FLAVIO GUTIÉRREZ REYES
Director de Administración

Contenido

9	Presentación
11	Introducción
12	Aspectos demográficos generales
16	1. Exposición al riesgo de embarazo
16	1.1 Inicio de la vida sexual
17	1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos
19	1.3 Condiciones de vida sexual actual
22	1.4 Situación conyugal
22	2. Patrones reproductivos
23	2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
24	2.2 Intervalo protogenésico
24	2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos
25	3. Los niveles y tendencias de la fecundidad
29	4. Preferencias reproductivas
29	4.1 Ideal de hijos e hijas
32	4.2 Embarazo no planeado
34	5. Anticoncepción
34	5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
36	5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
38	5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
41	5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
42	5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
44	5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
45	5.7 Anticoncepción posparto
46	6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)
47	6.1 Nunca uso de anticonceptivos
50	6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
52	6.3 Demanda total de anticonceptivos

53	7. Salud materna
53	7.1 Mortalidad materna
54	7.2 Aborto
55	7.3 Atención prenatal
57	7.4 Atención del parto
59	7.5 Atención durante el puerperio
59	8. Lactancia materna
61	9. Conclusiones
63	Bibliografía
65	Anexo

Presentación

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

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

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

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

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

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

Félix Vélez Fernández Varela
Secretario General
Consejo Nacional de Población

Introducción

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

El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica a Querétaro en el décimo segundo sitio del *ranking* estatal (CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 22° en prevalencia anticonceptiva; en el 15° en el porcentaje de usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 21°, 16° y 26° en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural —localidades con menos de 2 500 habitantes—, respectivamente; en el 7° respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 5° por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 16° por su baja tasa global de fecundidad; y en el 2° sitio por exhibir una cifra baja de razón de mortalidad materna.

Este perfil ubica a Querétaro, junto con Tamaulipas, Baja California, Nayarit y Chihuahua, en el patrón de estados en una *situación intermedia favorable de salud reproductiva*.

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

La descripción y análisis de los datos combina indicadores de proceso, de resultados o impacto intermedio y de impacto final. En esta medida se define el alcance de este documento, para lo cual se tratan ocho áreas temáticas: 1) la exposición al riesgo de embarazo, para abordar el inicio de las relaciones sexuales y las condiciones de vida sexual y marital; 2) los patrones reproductivos, vinculados con la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo y a los intervalos protogenésico e 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 estas 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,¹ de los cambios ocurridos entre 1997 y 2009, y sus diferenciales según subgrupos de la población, determinados por categorías de variables sociodemográficas.² Cuando es pertinente, se culmina con un breve análisis y el planteamiento de alguna reflexión sobre implicaciones de política pública.

Aspectos demográficos generales

La relación entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento reproductivo es estrecha e interdependiente. Las formas en que se manifiesta esta asociación son múltiples, ya que los niveles y tendencias de las variables críticas del cambio poblacional —a saber, la fecundidad, la mortalidad y la migración— son determinantes de la magnitud de la población en edad fértil, su estructura por edad o su distribución espacial. Así, el efecto de la práctica anticonceptiva en la regulación de la fecundidad y de ésta, a su vez, en el volumen y estructura por edad de la población, es una de las expresiones más evidentes de esta relación. Otro ejemplo es el impacto de una mejor 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 Querétaro alcanzó casi 1.83 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (51.5%). A pesar de que el volumen actual de la población estatal representa 73.9 por ciento más del observado en 1990 (1.05 millones), la velocidad a la que crece se reduce lentamente. Entre 1990 y 2000, la población total se incrementó a un ritmo de 3.0, mientras que entre 2000 y 2010 la tasa de crecimiento total se redujo a 2.6 por cada cien (véase gráfica 1).

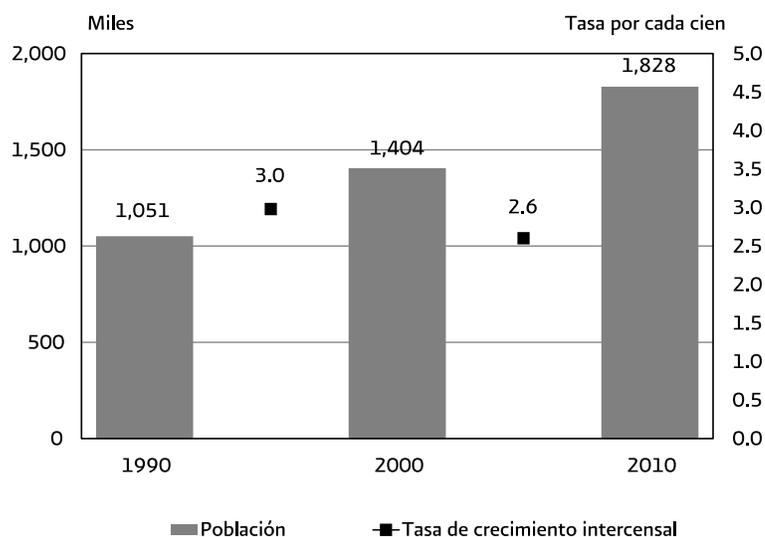
Al analizar varios aspectos de la dinámica demográfica de la entidad, tales como el comportamiento de la natalidad, la mortalidad —en particular la mortalidad infantil—, la esperanza de vida al nacimiento

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

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

- Para tratar de disminuir las fluctuaciones aleatorias por efecto de las muestras en la ENADID 2009, las estimaciones presentadas en 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 los porcentajes, derivados del paquete estadístico utilizado.

Gráfica 1.
Querétaro. 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.

y la razón de dependencia demográfica, se observa que Querétaro se encuentra en fase *avanzada* de la transición demográfica.³

De acuerdo con los datos observados, en 2010 poco menos de la tercera parte de la población del estado es menor de 15 años (551 510; 30.2%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (355 359; 19.4%). Si bien en conjunto suman cerca de la mitad de la población total, su peso específico en la estructura por edad de la población empieza a disminuir, mientras que los grupos de adultos jóvenes (25 a 44 años), adultos maduros (45 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más) crecen en el tiempo, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que experimenta el país (véase tabla 1).

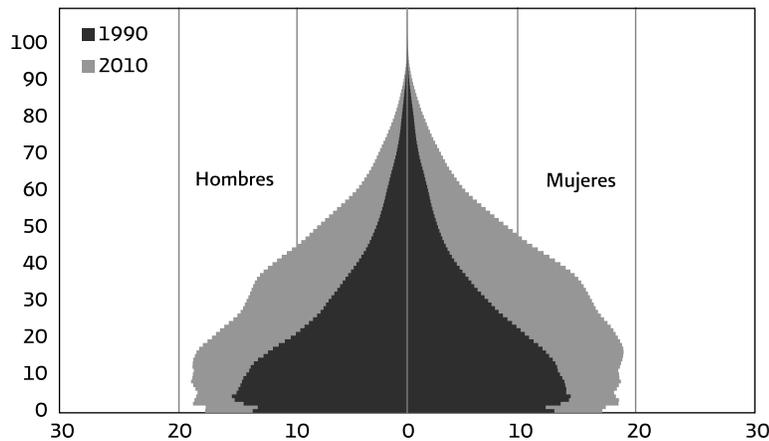
Tabla 1.
Querétaro. Distribución porcentual de la población por grandes
grupos de edad, 1990, 2000 y 2010

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	41.8	36.3	30.2
15-24	21.6	20.8	19.4
25-44	23.6	27.8	30.5
45-59	7.7	9.2	12.5
60 y más	5.3	5.9	7.5
80 y más	0.9	0.9	1.1

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

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

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



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

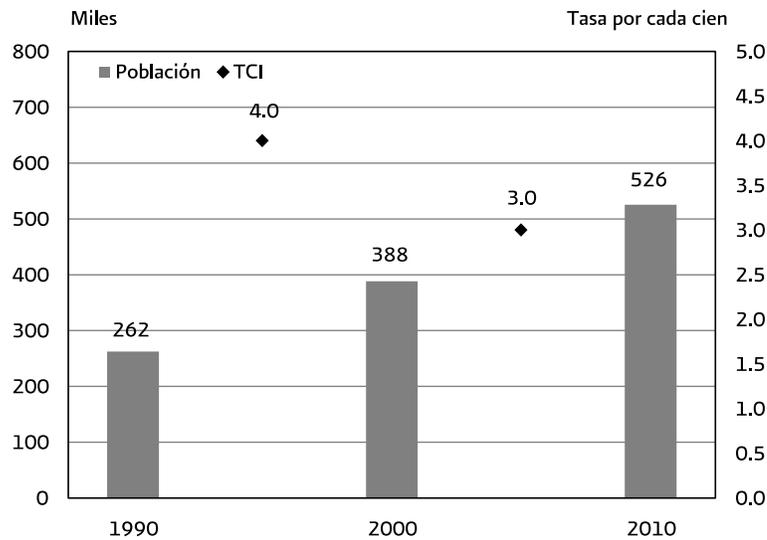
En la pirámide de población es posible observar el cambio de la estructura por edad entre hombres y mujeres a lo largo de 20 años. En 2010, la población infantil se ha incrementado, aunque a un ritmo de crecimiento menor que el de la población en edad reproductiva y los adultos mayores. Esta dinámica se refleja en el gradual ensanchamiento de la parte central de la pirámide, donde se concentra la población adulta. En la punta, que corresponde a la población adulta mayor, es notable la reducción de su crecimiento conforme la edad aumenta. Un factor a resaltar es que en Querétaro, en 1990 la población femenina es más numerosa que la masculina a partir de los 12 años. Este mismo efecto se nota a partir de los 16 años en 2010 (véase gráfica 2).

Actualmente, la distribución por edad de la población presenta una estructura favorable en términos de la relación de dependencia, es decir, del número de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto a la población en edad de trabajar (entre los 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 83.2 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay cerca de dos proveedores potenciales (1.83) por cada persona tentativamente dependiente. Asimismo, en 1990 el 92.0 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil (dependencia juvenil); en 2010 representa 85.5 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 consideradas entre los 15 y 49 años. Los cambios en el volumen y estructura por edad de esta población pueden afectar y ser afectados por transformaciones en la nupcialidad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, y el número y espaciamiento entre los hijos, entre otros.

Así, en 2010, en Querétaro hay poco menos de 526 mil mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 55.9 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 262 mil, o sea, 49.0 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años la población femenina en edades fértiles creció 100.4 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores, como ocurre

Gráfica 3.
Querétaro. 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.

en el conjunto de la población. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF ascendió a una tasa de 4.0 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 3.0 por cada cien (véase gráfica 3).

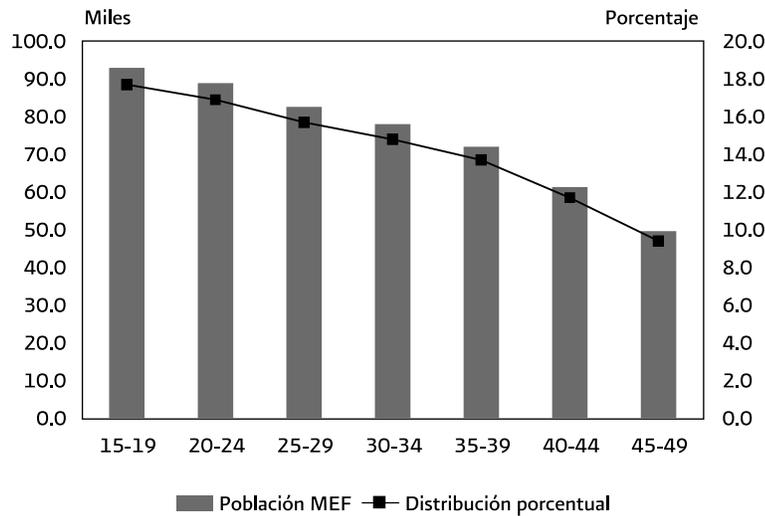
Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, pues las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada.

Así, en Querétaro 17.7 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15-19 años. Las adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta en el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín y Villagómez, 2010). Como se analizará en los respectivos apartados, actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad.

Poco más del 30 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida en que en éstas se concentran las tasas más altas de fecundidad en nuestro país, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.8%) 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 el 13.7, 11.7 y 9.4 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.
Querétaro. Población femenina en edad fértil por grupos de edad y su distribución porcentual, 2010

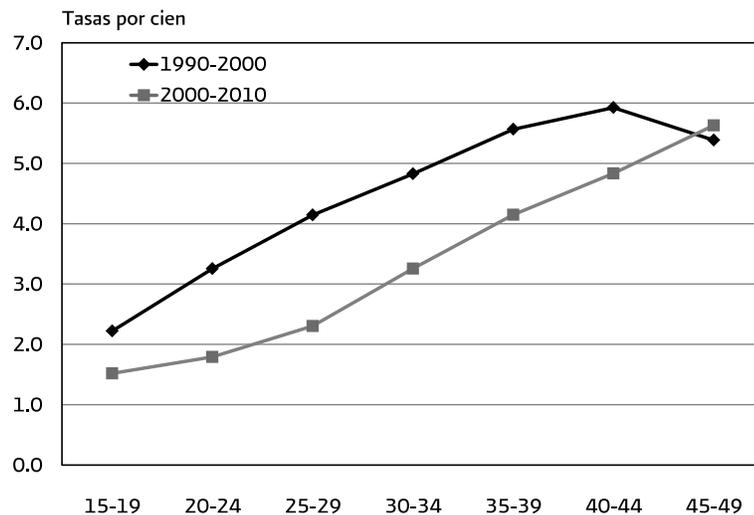


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

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 entre las de 45 a 49 años. El crecimiento de las adolescentes descendió de 2.2 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.
Querétaro. 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, excepto que entre 1990-2000, la tasa tendía a decrecer en el grupo de mayor 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 salud sexual y reproductiva en el futuro.

1. Exposición al riesgo de embarazo

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

1.1 Inicio de la vida sexual

Indicador:

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

La ENADID 2009 muestra que en Querétaro la cuarta parte (25% o primer cuartil) del total de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.5 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo había hecho al cumplir la mayoría de edad, esto es, a los 18.3 años; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) la tuvieron al cumplir los 21.1 años (véase cuadro 1).

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	16.5	18.3	21.1
35-49	16.8	18.7	22.1

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

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

El inicio de la actividad sexual de las mujeres de la entidad es parecido al del contexto nacional, cuya mediana es de 18.0 años.

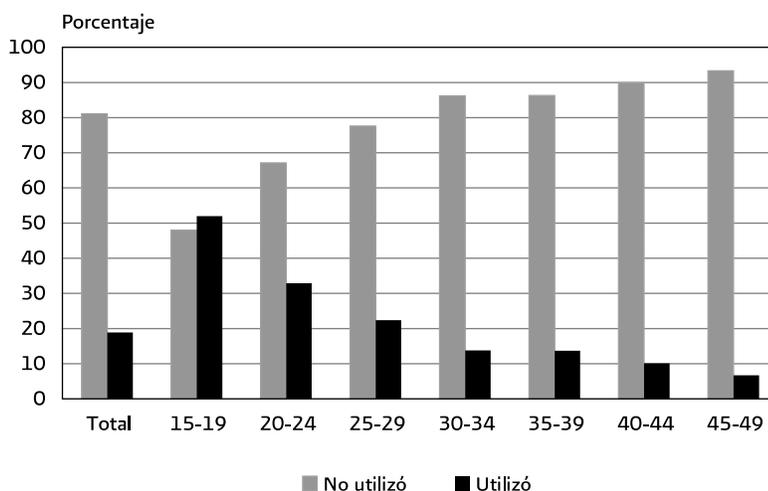
1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos

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 Querétaro, 18.9 por ciento 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, aunque 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 que 10.1 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años manifestó usar anticonceptivos, aumenta a 13.8 por ciento en las de 30 a 34; y casi se cuadruplica a 52.0 por ciento en las de 15 a 19 años (véase cuadro A.1 del Anexo).

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

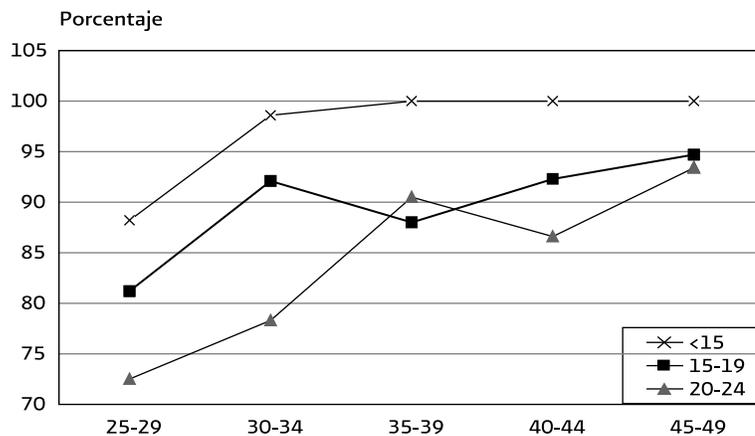


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Las mujeres de Querétaro de generaciones más recientes reportan mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones anteriores. Así, por ejemplo, entre las de 40 a 44 años, el 7.7 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia y un 13.4 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, 18.8 por ciento cuando eran adolescentes y 27.5 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 tiene lugar a una edad más temprana. Por ejemplo, en las mujeres de 25 a 29 años al momento de la encuesta, 88.2 por ciento no usó anticonceptivos cuando la relación sexual fue antes de los 15 años de edad, comparado con el 81.2 por ciento de no uso si la relación sexual fue a los 15 a 19 años, y 72.5 por ciento cuando ese acontecimiento se presentó entre los 20 y 24.

Gráfica 7.
Querétaro. 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.

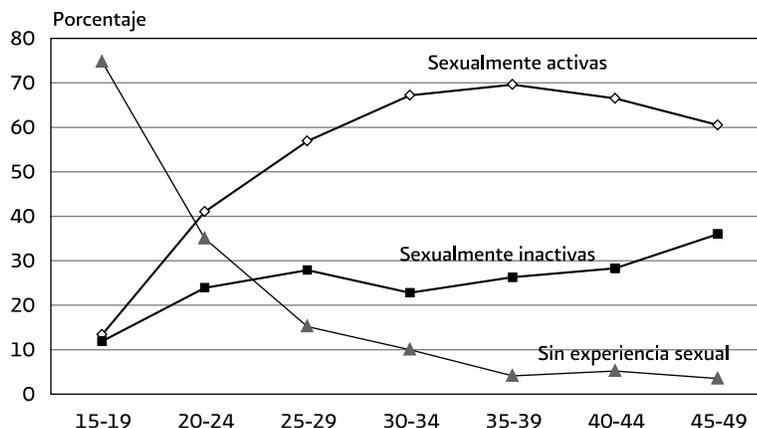
El 50.5 por ciento de las MEF de Querétaro se clasifica como sexualmente activa, 24.1 por ciento como sexualmente inactiva y 25.4 por ciento sin relaciones sexuales, datos relativamente próximos al contexto nacional, de 52.9, 23.2 y 23.9 por ciento, respectivamente. En esta medida, 74.6 por ciento de las mujeres en edad fértil estaría expuesta potencialmente a un embarazo por el ejercicio de su sexualidad (véase cuadro A.3 del Anexo).

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. El porcentaje de las MEFSA inicia con un 13.4 en las adolescentes, crece con la edad hasta 69.6 por ciento en 35 a 39, para descender en los últimos dos grupos; en cambio, las MEFSI aumentan de forma consistente, partiendo de 11.9 por ciento en las adolescentes y alcanzando 36.0 por ciento en las de 45 a 49. En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, iniciando en 74.7 en las adolescentes, hasta valores mínimos de 3.5 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 25.3 por ciento de las adolescentes y 64.9 por ciento de las jóvenes están en riesgo potencial de embarazo al presentar una vida sexual activa o inactiva.

El análisis por situación conyugal muestra, obviamente, que el mayor porcentaje de las MEFSA se encuentra en las mujeres unidas, con 84.6. Al mismo tiempo, este dato resulta revelador, ya que antes se suponía que el 100 por ciento de las MEFU estaba expuesta a un embarazo. Bajo el concepto de

Gráfica 8A.
Querétaro. 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.

las MEFSAs, resulta que 15.4 por ciento de las MEFU 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 19.6 por ciento de las primeras y 10.9 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 80.4 y 25.5 por ciento, respectivamente, son sexualmente inactivas.

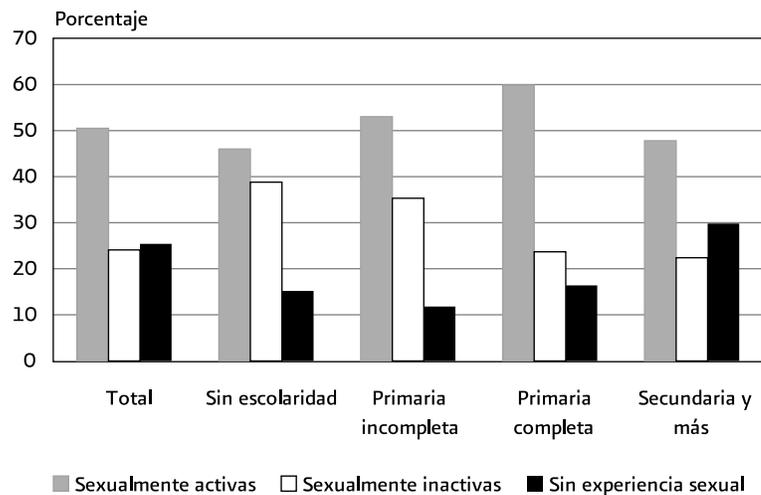
El número de hijos nacidos vivos por mujer, indicador que en términos demográficos se conoce como paridad o paridez, muestra una relación positiva con el porcentaje de las MEFSAs hasta la paridad tres. De hecho, las mujeres con ese número de hijos son el segundo grupo que presenta el más alto porcentaje de vida sexual activa de todos los subgrupos analizados, con 81.8.

Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por su relación con la prevención del primer embarazo. El 33.8 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 Querétaro, por su parte, guarda una relación positiva con la ausencia de relaciones sexuales e inversa con la vida sexual inactiva (véase gráfica 8B). Las mujeres sin escolaridad o con algún grado de primaria pueden ser consideradas como población objetivo de programas de salud reproductiva, dado su alto grado de exposición al riesgo de embarazo.

Por lugar de residencia, 49.1 por ciento de las mujeres rurales y 51.0 por ciento de las urbanas se clasifican con vida sexual activa, así como 23.0 y 24.5 por ciento con vida sexual inactiva, respectivamente.

Gráfica 8B.
Querétaro. 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.

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 25-34 se había unido por primera vez a los 16.7 años, la mitad a los 19.5 años y tres cuartas partes a los 22.8 años. La encuesta de 2009 revela que el evento del primer matrimonio o unión parece haberse desplazado en la sociedad de Querétaro, con 18.2 años para el primer cuartil, y 20.2 y 23.2 años para la mediana y el tercer cuartil, respectivamente (véase cuadro 2).

La primera unión se presenta a una edad más tardía 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 la entidad ocurre después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a todas las MEF de 25-34 encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual se da a los 18.3 años, mientras que la primera unión se presenta a los 20.2, lo que separa a ambos eventos en 1.9 años. 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.
Querétaro. Edad a la primera unión por cuartiles
de dos generaciones, 1997 y 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	16.7	19.5	22.8
35-49	16.5	19.2	22.2
2009			
25-34	18.2	20.2	23.2
35-49	18.0	20.5	24.3

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

2. Patrones reproductivos

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

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

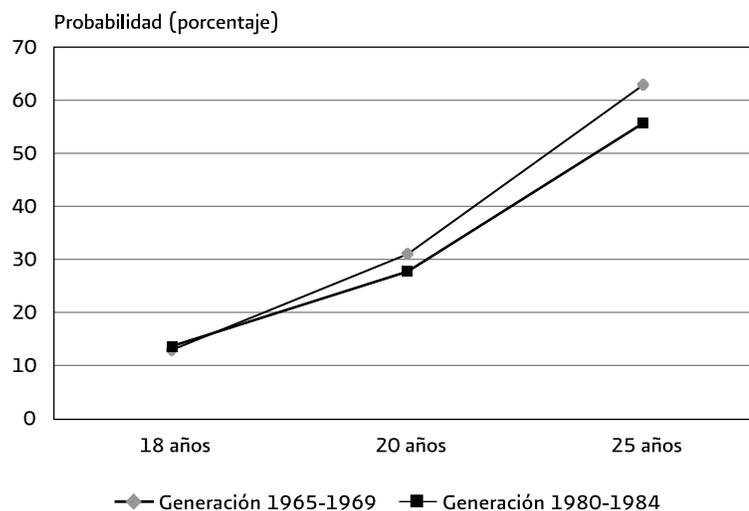
Indicador:

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

La probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue 62.9 por ciento para la generación nacida en 1965-1969, pero con la generación 15 años más joven, 1980-1984, pasó a 55.7 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Según parece, en Querétaro se ha dado una disminución en la probabilidad de que las mujeres jóvenes se conviertan en madres antes de los 25 años (véase gráfica 9).

De la misma forma, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años pasó de 31.0 a 27.7 por ciento para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, respectivamente, mostrando también una disminución en el porcentaje de mujeres que a los 19 años ya era madre. La probabilidad de la generación más reciente es menor que la del promedio de los estados en *situación intermedia favorable*, de 35.7 por ciento, y menor al dato del país, de 31.4 por ciento (CONAPO, 2011).

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



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

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

La probabilidad de que una mujer sea antes de cumplir la mayoría de edad muestra un ligero aumento entre las dos generaciones, de 12.9 a 13.6 por ciento, respectivamente. Este cambio en la frecuencia con que las mujeres de Querétaro 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 52.4 por ciento de las mujeres de Querétaro 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 52.5 por ciento. Por otro lado, 29.1 por ciento espera entre uno y menos de dos años, lo que indica que la mayoría de las mujeres de la entidad (81.0%) espacia muy poco la llegada del primer hijo. En 2009, tampoco se observan cambios en el porcentaje de mujeres cuyo intervalo protogenésico es de 2 a 4 años y más (véase cuadro 3).

Cuadro 3.
Querétaro. 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	52.4	52.5
De 1 a < 2	29.1	28.5
De 2 a < 4	14.3	14.1
4 y más	4.2	4.9
Total	100.0	100.0

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

2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos

Indicador:

- *Intervalo intergenésico.* Se define como el tiempo que transcurre entre dos nacimientos sucesivos. En este documento interesa medir y analizar los dos primeros intervalos intergenésicos, es decir, el que va del primero al segundo hijo, y el de este último al tercero. Se calculan con la información de la historia de embarazos, mediante la diferencia entre las fechas de nacimiento

en las que ocurrió el evento. Se expresan como medias aritméticas, medianas o distribuciones de las mujeres, en función de categorías de duración de los intervalos.

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

Bajo esta perspectiva, en 2009 se observa un incremento en los dos primeros intervalos intergenésicos con respecto a 1997, esto es, una menor concentración de mujeres en una duración menor a dos años, a la vez que una mayor concentración en la categoría de cuatro y más años de espaciamiento entre hijos (véase cuadro 4). Así, según la última encuesta, la mayoría de las mujeres tuvo a su segundo (66.7%) y tercer hijo (68.8%), en condiciones de espaciamiento potencialmente adecuadas o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los mismos. Este comportamiento reproductivo observado en Querétaro es también equivalente al registrado en el país.

Cuadro 4.
Querétaro. 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	47.1	41.3	33.2	31.2
De 2 a < 4	33.5	38.8	38.3	35.9
4 y más	19.4	20.0	28.4	32.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

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

3. Los niveles y tendencias de la fecundidad

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

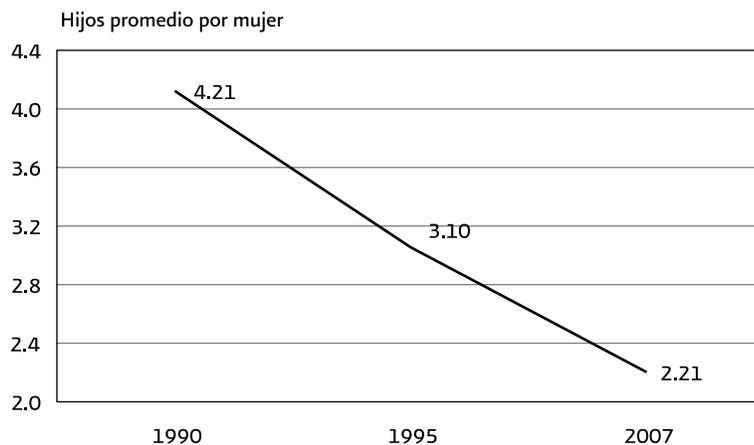
Indicadores:

- *Tasas específicas de fecundidad:* Es el resultado del cociente de los nacimientos ocurridos entre mujeres en edades fértiles (15 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 Querétaro 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 4.21 hijos y en 2009 a 2.21 (véase gráfica 10). Sin duda, uno de los determinantes de este descenso ha sido el uso de la tecnología anticonceptiva.

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



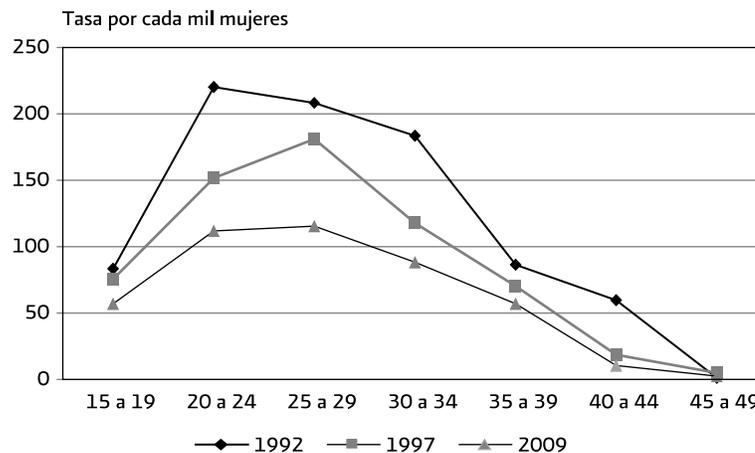
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

La estructura por edad de la fecundidad en el estado muestra actualmente un patrón de fecundidad ligeramente tardío, en virtud de que la cúspide de la fecundidad se encuentra entre los 25 y 29 años de edad, lo cual sugiere que se empiezan a postergar los nacimientos para edades más avanzadas (véase gráfica 11).

El descenso de la fecundidad ha sido más pronunciado en los sectores que experimentan mayor integración al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso. 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 alta 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, Querétaro redujo la TGF en 47.5 por ciento.

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



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

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

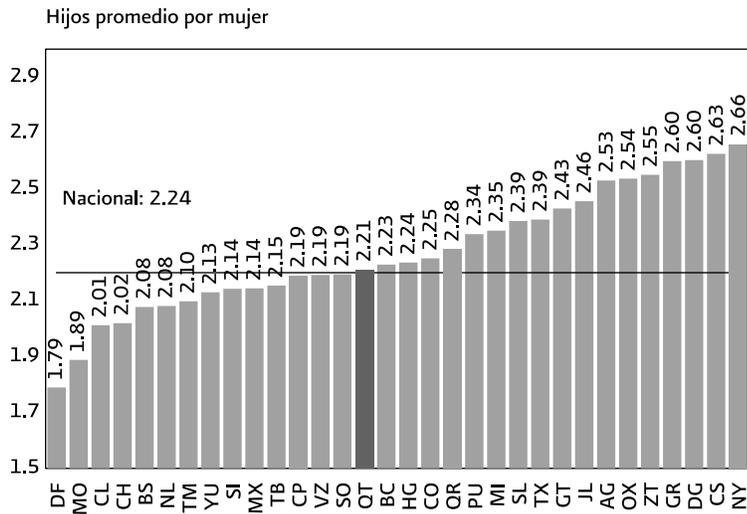
En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas décadas, el indicador es proporcionalmente menor al observado en otras edades. En 1992, la tasa de fecundidad adolescente era de 83.3 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009, tuvo lugar otra disminución (31.6%), pasando a 57.0 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 Querétaro, entre 1990 y 2005^{6,7} la participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes sufrió una ligera disminución, pasando de 15.2 a 15.0 por ciento. 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 de 20 a 24 y en las de 30 a 34 años; el cambio en la participación para el segundo grupo fue de 15.3 a 18.4 por ciento (véase gráfica 13).

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

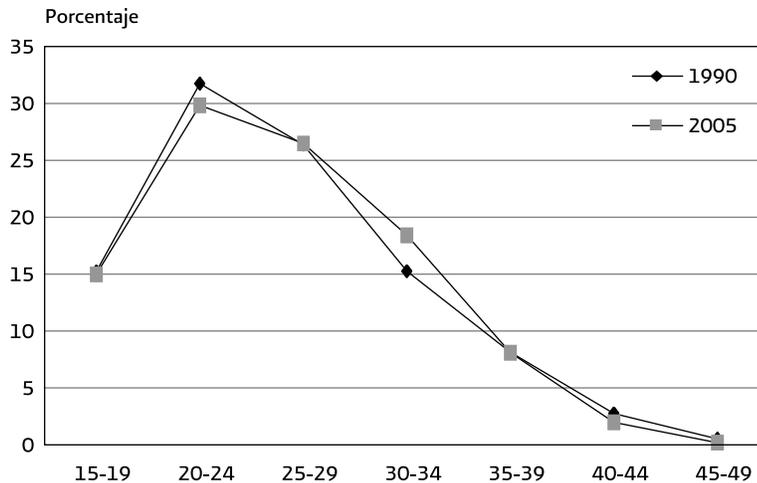
⁷ Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee de información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

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



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

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



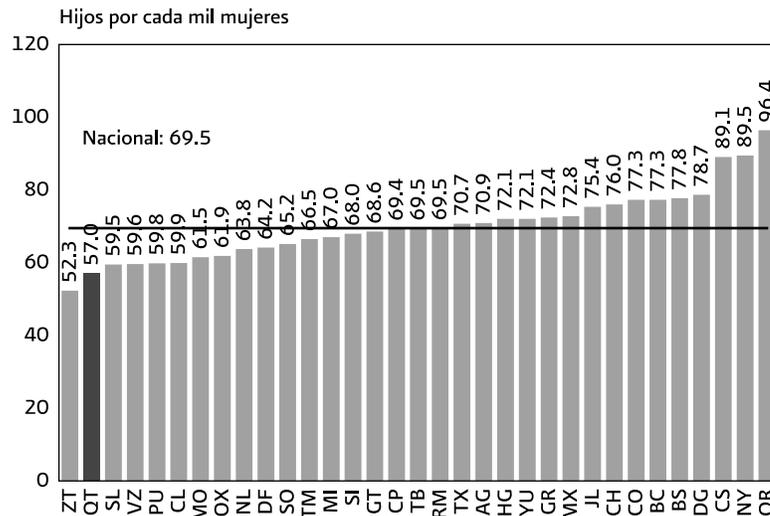
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en estadísticas vitales de nacimientos del INEGI.

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 adolescente no necesariamente se encuentran en las entidades con mayores TGF. En el caso de Querétaro, en 2009 la fecundidad adolescente se encuentra por debajo del nivel nacional, siendo la segunda más baja.

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 entreaña 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.

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



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

4. Preferencias reproductivas

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

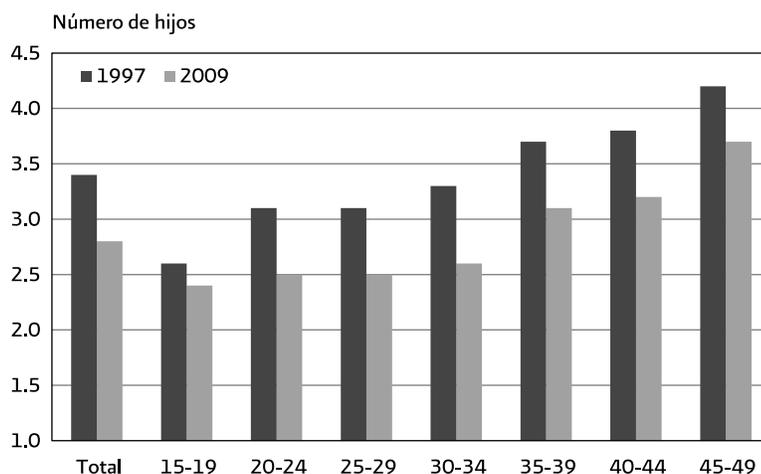
Indicador:

- *Número ideal de hijos e hijas.* Se estima como el número promedio de hijos e hijas que le gustaría tener a las mujeres en toda su vida reproductiva. Se obtiene a través de las encuestas

mediante la estimación del número ideal de hijos; se toma en cuenta si la mujer ya ha tenido o no hijos.⁸

En Querétaro, el número ideal de hijas e hijos en 1997 era de 3.4, comparado con 3.2 del país; y bajó a 2.8 en 2009 *versus* 2.7 del dato nacional (véase cuadro A.5 del Anexo). El número ideal de hijos aumenta considerablemente con la edad de las mujeres entrevistadas, situación que se observa en ambas encuestas; mientras las adolescentes de la entidad tienen preferencia por 2.4 hijos, según la ENADID de 2009, las mujeres del extremo superior del periodo fértil reportaron como ideal 3.7 hijos promedio, esto es, una diferencia de 1.3 hijos entre ambas expectativas reproductivas. Sin embargo, destaca una reducción en la descendencia final deseada en todos los grupos de edad entre 1997 y 2009 (véase gráfica 15A).

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



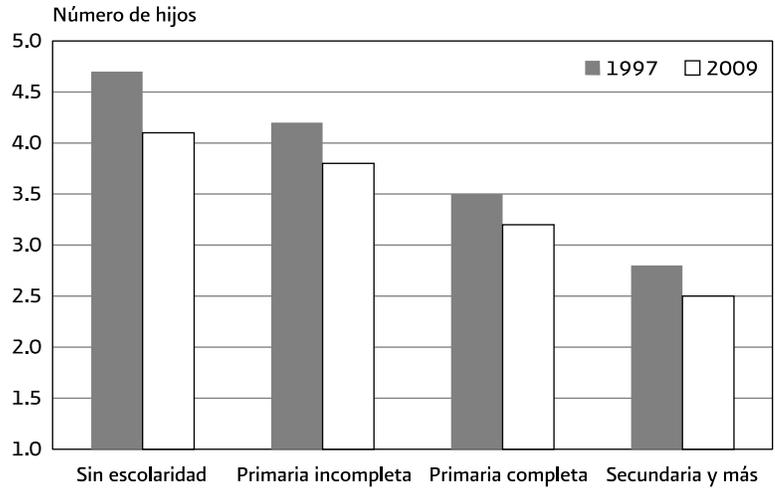
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia de manera consistente con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que más discrimina la expectativa reproductiva de las parejas de Querétaro, con una diferencia de 1.6 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 hijos (véase gráfica 15B).

Por lugar de residencia, las dos encuestas sugieren una fecundidad ideal menor en las mujeres urbanas respecto de las rurales; mientras que las primeras prefieren en promedio 2.6 hijos, para las segundas es de 3.2, con una diferencia de 0.6 puntos, en 2009. Asimismo, se aprecia que las preferencias reproductivas han disminuido en ambas zonas (véase gráfica 15C).

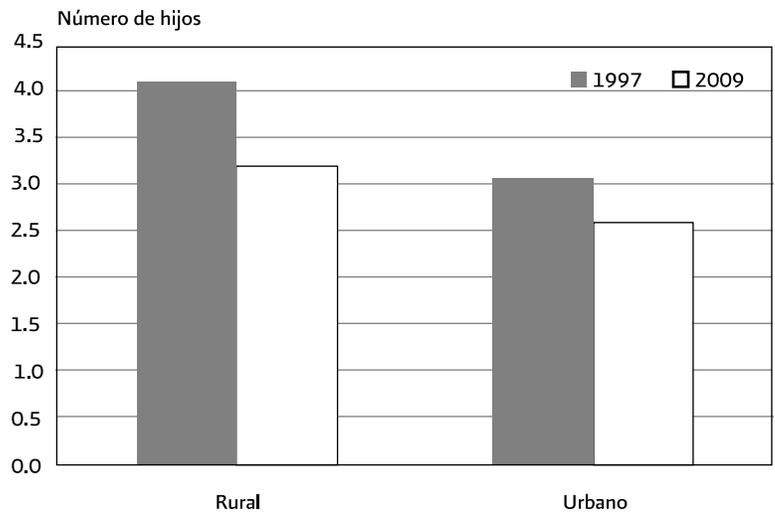
⁸ A las mujeres sin hijos se les pregunta: Si usted pudiera escoger el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría? A las mujeres que ya han tenido hijos se les pregunta: Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos y pudiera estudiar el número de hijas e hijos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

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



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

Gráfica 15C.
Querétaro. 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.

Algo similar ocurre para las mujeres sin hijos, así como para las de paridad uno y dos, es decir, en 2009 se distingue respecto de 1997 una mayor concentración de mujeres unidas cuyo ideal es un número menor de hijos.

Asimismo, es importante destacar que se ha dado una mayor concordancia entre el número de hijos sobrevivientes y el número ideal de hijos. Por ejemplo, en las mujeres de paridad uno, el 12.5 por

ciento reportó como ideal ese mismo número de hijos en 1997, dato que aumentó a 18.4 por ciento en 2009; de igual forma, las que tenían tres hijos y que se inclinan por ese mismo número, pasó de 46.5 a 55.4 por ciento; y en la paridad cinco y más, en 1997 el 48.1 por ciento reportó ese mismo número como ideal, y en 2009 aumentó a 51.8 por ciento (véanse cuadros 5 y 6).

Cuadro 5.
Querétaro. 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	2.4	7.7	50.9	23.9	8.6	6.5
1	1.4	12.5	42.8	28.6	11.5	3.2
2	0.6	3.0	45.1	30.9	14.0	6.5
3	1.9	2.4	13.6	46.5	24.9	10.7
4	0.3	3.2	22.2	12.2	44.1	18.0
5 y más	0.7	1.1	16.5	19.2	14.5	48.1

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

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	8.4	11.8	47.1	23.1	7.4	2.2
1	1.8	18.4	37.2	31.0	8.9	2.6
2	0.9	4.0	48.5	27.9	13.9	4.8
3	0.4	4.2	12.9	55.4	15.1	12.0
4	1.1	1.8	22.6	9.4	44.0	21.2
5 y más	0.0	2.1	13.5	21.6	11.0	51.8

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

4.2 Embarazo no planeado

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

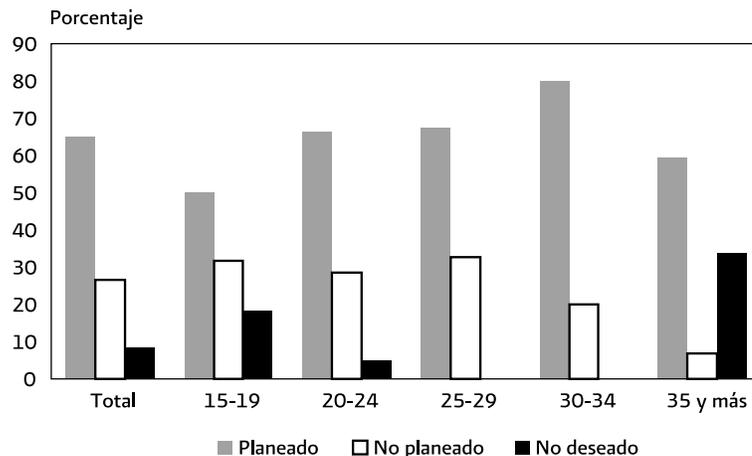
- *Porcentaje de embarazo planeado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que respondieron haber querido embarazarse al momento del evento, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de embarazo no planeado.* 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 Querétaro, el 65.2 por ciento de las MEF que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 26.5 por ciento como embarazo no planeado y 8.3 por ciento como embarazo no deseado, según la ENADID 2009 (véase cuadro A.6 del Anexo). Los porcentajes respectivos a nivel nacional fueron de 66.6, 20.0 y 13.4.

Pero el porcentaje más alto de embarazo no planeado se ubica en el grupo de 25 a 29 años de Querétaro, con 32.6, y en el de las adolescentes, con 31.8, dato que es mayor al nacional, de 27.8. En tanto, el mayor índice de embarazo no deseado se localiza en el grupo de 35 y más años, con 33.7.

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, atribuibles a problemas en los tamaños de la muestra.

Gráfica 16.
Querétaro. 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”, en el que se mencionan a la entrevistada los nombres de los métodos, a fin de que identifique su existencia o los reconozca.

Indicadores:

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

En Querétaro, según la última encuesta, se observa el siguiente comportamiento en el conocimiento de métodos: 92 por ciento o más de las MEF las pastillas, el DIU, la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el condón masculino (véase cuadro A.7 del Anexo); estos niveles de conocimiento son superiores a los registrados en el país. En un segundo plano, se ubican las inyecciones, la vasectomía y el parche anticonceptivo con niveles de conocimiento entre 86.8 y 89.1 por ciento, y con porcentajes aún menores, aparece el implante subdérmico, con 47.4, y el condón femenino, con 69.3.

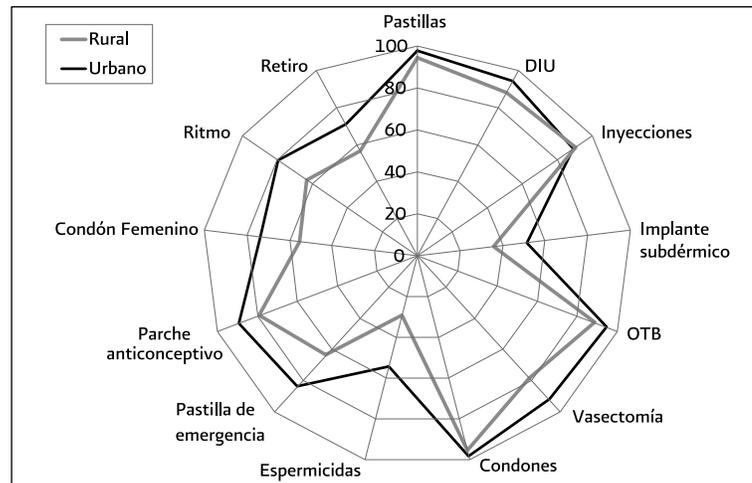
Según el lugar de residencia de las mujeres, sea por área rural o urbana, se aprecia también un aumento en el conocimiento de anticonceptivos sobre todo del implante subdérmico. Esta dinámica ha redundado en una disminución de la brecha en los dos ámbitos, entre 1997 y 2009, en la mayoría de los métodos (véanse cuadro A.8 del Anexo y gráfica 17).

Si bien parece que la identificación de los diferentes anticonceptivos tiende a generalizarse en la población de Querétaro, 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

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

el implante subdérmico, la pastilla de emergencia (PAE), y el condón femenino, así como el parche anticonceptivo, a fin de hacer efectiva la elección del método con base en la gama completa.

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



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

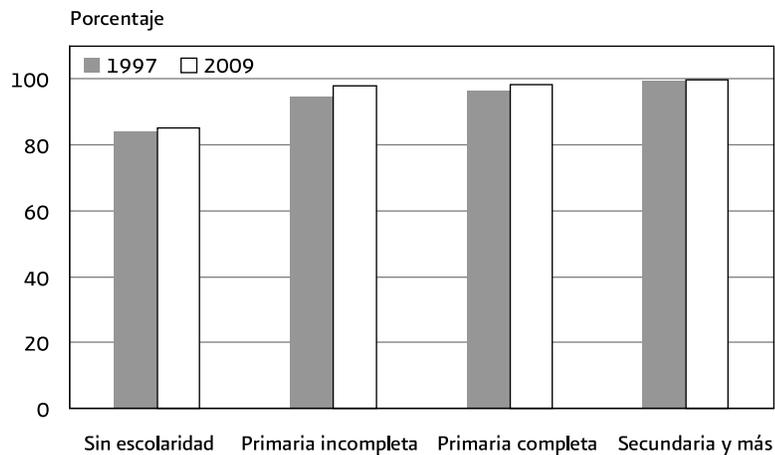
Por otra parte, el porcentaje de las MEF que conoce de forma espontánea y con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, es un indicador que por su propia construcción aumenta el porcentaje de conocimiento, en este caso, de 97.0 en 1997 a 99.0 en 2009. Pero su principal utilidad radica en que permite observar diferencias según subgrupos de la población.

Se constata que en Querétaro la 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 y lugar de residencia. Incluso en la entidad se tienen niveles de conocimiento superiores a los nacionales, por ejemplo, el comportamiento de las mujeres sin escolaridad es de 85.3 en 2009 superior a la tendencia en el país, de 82.4 (véanse cuadro A.9 del Anexo y gráfica 18A).

Por lugar de residencia, la encuesta de 2009 corrobora lo ya evidenciado en 1997: el conocimiento de la anticoncepción es prácticamente total tanto en zonas urbanas como rurales de la entidad (véase gráfica 18B).

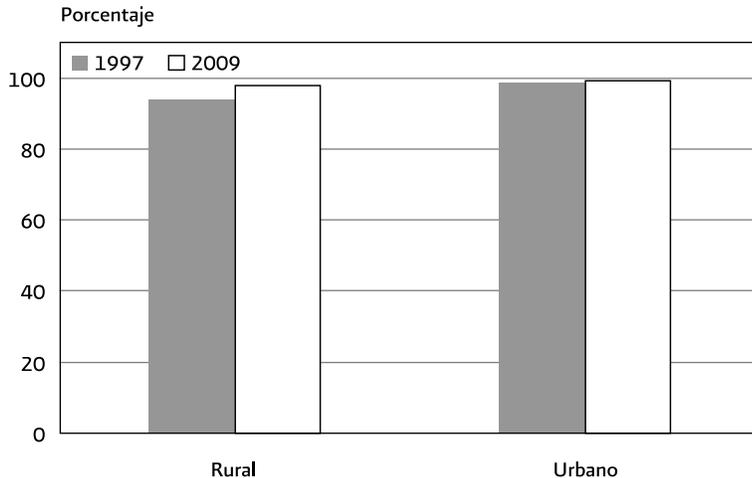
En consecuencia, la contraparte del conocimiento de al menos un anticonceptivo, es decir, el porcentaje que no conoce método alguno, pasó de 3.0 por ciento en 1997 a 1.0 por ciento en 2009. Asimismo, se observa una disminución y permanencia a niveles bajos en la mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.10 del Anexo), con excepción de las mujeres sin escolaridad en las que todavía un 14.7 por ciento no conoce método alguno de anticoncepción.

Gráfica 18A.
Querétaro. 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.

Gráfica 18B.
Querétaro. 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.

5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos

Indicador:

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

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

En las mujeres de 25 a 34 y en las de 35 a 49 se muestra un retraso en la edad mediana al primer uso de métodos: en 1997 fue de 22.7 para las primeras y de 24.9 para las segundas; en 2009, estas edades aumentaron a 24.1 y 26.8, de manera respectiva (véase cuadro 7). Ello, sin duda tiene que ver con las diferencias en las expectativas reproductivas de las mujeres, que moldean el inicio y la modalidad anticonceptiva elegida y adoptada.

En general, el comportamiento en torno al inicio de la práctica anticonceptiva en Querétaro es similar al registrado en el contexto nacional, que fue de 24.0 años entre las mujeres de 25 a 34 años, en 2009.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	20.3	22.7	25.8
35-49	21.5	24.9	29.6
2009			
25-34	20.1	24.1	27.1
35-49	21.5	26.8	35.4

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

5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

Indicadores:

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

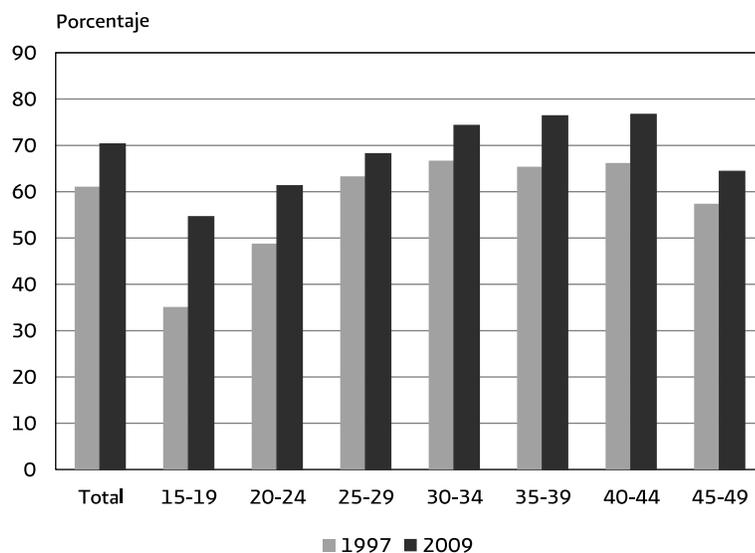
La prevalencia anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población, y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar.

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

En Querétaro, la prevalencia anticonceptiva se estimó en 61.1 por ciento para 1997 y en 70.3 por ciento para 2009. Este último dato es menor al del promedio del grupo de entidades en *situación intermedia favorable* (al que pertenece), que es de 76.1 por ciento; menor al registrado a nivel nacional, de 72.5 por ciento, y también 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 aumentó en las adolescentes, de 35.1 a 54.6 por ciento, al igual que en las jóvenes, de 48.8 a 61.3 por ciento, generando una disminución de 13.7 a 6.7 puntos porcentuales en la brecha que separa a ambos grupos de edad; sin embargo, por ser niveles aún bajos de uso, es prudente continuar fortaleciendo el acceso y disponibilidad de los anticonceptivos en el grupo de las adolescentes (véase gráfica 19A).

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



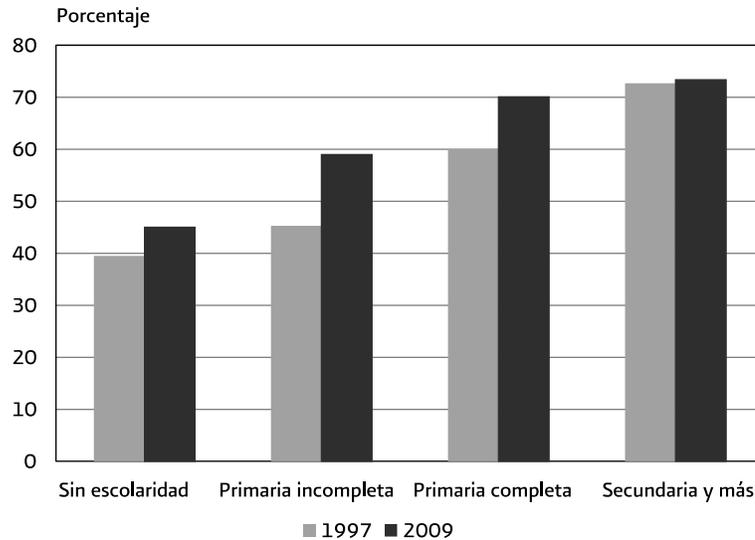
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferencias importantes en el uso de métodos. Las mujeres unidas con paridad cero aumentaron su cobertura, de 23.3 por ciento en 1997 a 28.2 por ciento en 2009, su nivel es aún muy bajo, lo cual indica una baja prevención de la llegada del primer hijo.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos aumentó en el lapso de los 12 años, con porcentajes de 54.2 a 59.9 en las dos encuestas; en las de paridad dos, pasó de 70.3 a 74.4. Sin embargo, a partir de la paridad tres, que se asocia con la planeación de cuatro o más hijos, el uso de la anticoncepción se incrementa de forma contundente, al grado de que alcanza su valor más alto de todos los grupos, con un porcentaje de casi 85.0 en 2009. Es muy probable que dicha situación esté asociada con expectativas reproductivas de paridad satisfecha, que se vincula con el uso de anticonceptivos definitivos (véase cuadro A.11 del Anexo).

Respecto al nivel escolar, el uso de métodos anticonceptivos se incrementó en las mujeres sin escolaridad y en aquellas con algún grado de primaria y levemente en las mujeres con secundaria y más (véase gráfica 19B).

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



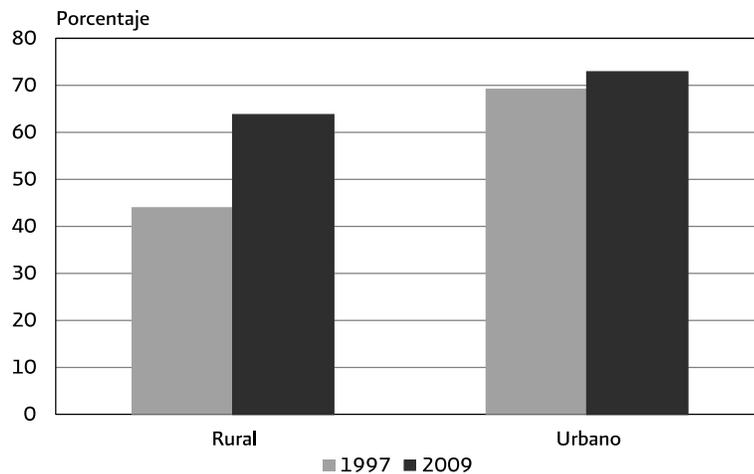
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Además de la edad, el lugar de residencia es también una variable estratégica de las acciones de salud reproductiva. Concretamente, se busca acortar la distancia en la cobertura anticonceptiva entre zonas rurales y urbanas. Así, el uso de métodos evolucionó más rápidamente en las áreas rurales, de 44.1 a 63.8 por ciento entre 1997 y 2009, comparado con el cambio de 69.3 a 72.9 por ciento en las áreas urbanas (véase gráfica 19C). En consecuencia, la brecha entre ambas zonas se redujo de 25.2 a 9.1 puntos porcentuales.

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.

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 Querétaro es un moderado aumento de la preferencia por la OTB, de 26.6 a 30.4 por ciento; y un fuerte incremento en la prevalencia del condón masculino, de 4.1 a 10.9 por ciento; simultáneo a una disminución en la prevalencia del DIU, de 14.3 a 11.8 por ciento, así como un descenso en los métodos tradicionales, de 8.8 a 7.4 por ciento, entre 1997 y 2009.

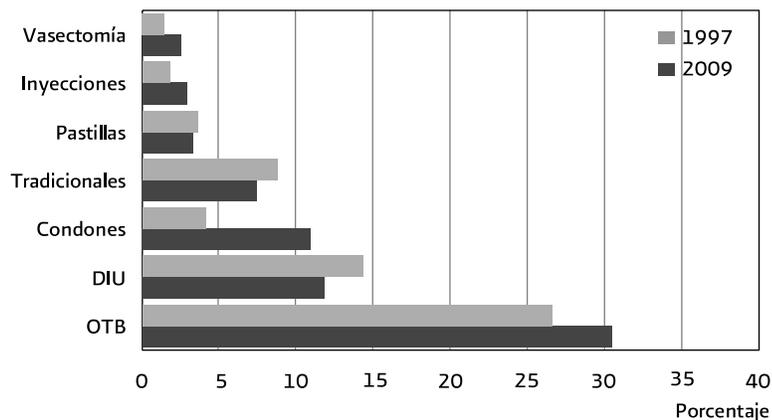
Gráfica 19C.
Querétaro. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



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

Una observación general que sugieren las encuestas es que las mujeres de Querétaro recurren cada vez más a la OTB, al condón masculino, a la vasectomía y a las inyecciones, como opciones para limitar o regular el número de hijos; y cada vez menos al DIU, a los métodos tradicionales y a las pastillas (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.
Querétaro. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009



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

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

Por último, en 2009 se observa la presencia de “nuevos” métodos como opciones anticonceptivas de planificación familiar; por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una prevalencia de 0.4 por ciento, el parche anticonceptivo, con 0.5 por ciento e incluso figura ya el condón femenino, con 0.2 por ciento.

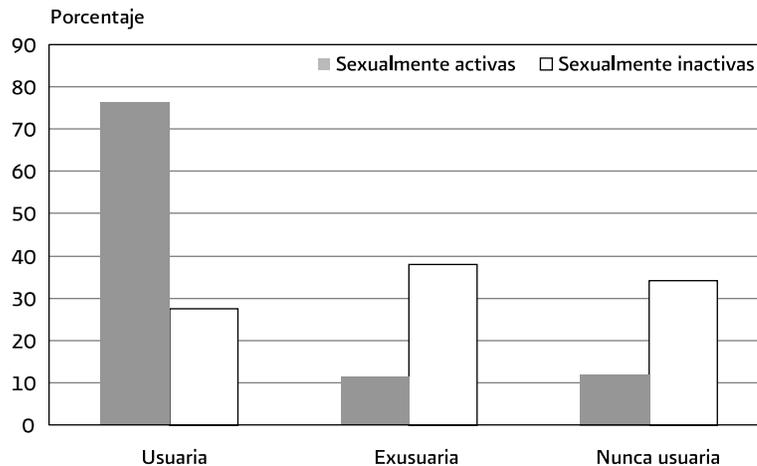
5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

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 Querétaro, la cobertura anticonceptiva de las MEFSAs que tuvieron relaciones sexuales en el último mes fue de 76.4 por ciento, similar al dato nacional de 76.6 por ciento. El complemento de la condición de uso de anticonceptivos para las MEFSAs es de 11.6 por ciento para ex usuarias y 12.1 por ciento para nunca usuarias de métodos (véase cuadro A.13 del Anexo).

En las MEFSI que tuvieron relaciones sexuales hace más de un mes la prevalencia de uso disminuye a 27.7 por ciento; 38.0 por ciento son ex usuarias y 34.4 por ciento, nunca usuarias (véase gráfica 21).

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



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

El grupo de las MEFSI conjunta diferentes frecuencias de relaciones sexuales, que pueden ir desde cada dos o tres meses o muy esporádicas, de cada seis meses, o incluso menos frecuentes. Esa consideración es particularmente importante para las mujeres adolescentes y jóvenes, quienes se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad en las MEFSAs, con prevalencias de 76.5 y 71.0 por ciento, respectivamente; cuando son MEFSI, recurren poco a la anticoncepción, con

prevalencias de 17.1 y 14.5 por ciento, respectivamente. Lo mismo ocurre en las MEFSI con paridad cero y uno, que exhiben niveles de uso muy bajos, de 9.2 y 10.1 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.14 del Anexo).

5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos

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

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

Indicadores:

- *Distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos.* Se identifica la importancia relativa de cada método anticonceptivo en relación con el total de las usuarias actuales.
- *Efectividad anticonceptiva promedio con que se usa la anticoncepción en una determinada población.*¹¹ Se calcula con los valores estándar de efectividad para cada método, por su peso relativo.
- *Aportación masculina en el uso de anticonceptivos.* Se estima el aporte relativo de métodos anticonceptivos en cuyo uso interviene el hombre: la vasectomía, condón masculino y métodos tradicionales (ritmo y retiro).¹²

En 1997, los métodos anticonceptivos más utilizados por mujeres en edad fértil en Querétaro fueron: la OTB, el condón masculino, el DIU, los métodos tradicionales y las pastillas, que eran los más importantes en términos relativos y comprendían el 94.7 por ciento de las usuarias. En 2009, los cinco más importantes: la OTB, el condón masculino, el DIU, los métodos tradicionales y las pastillas, representaron el 91.1 por ciento (véase cuadro A.15 del Anexo).

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes indica que se ha ampliado la gama de anticonceptivos en 2009 respecto de 12 años atrás. Ahora, por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una importancia relativa de 0.5 por ciento, así como el parche anticonceptivo, con 0.9 por ciento; y ya tiene presencia 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.

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

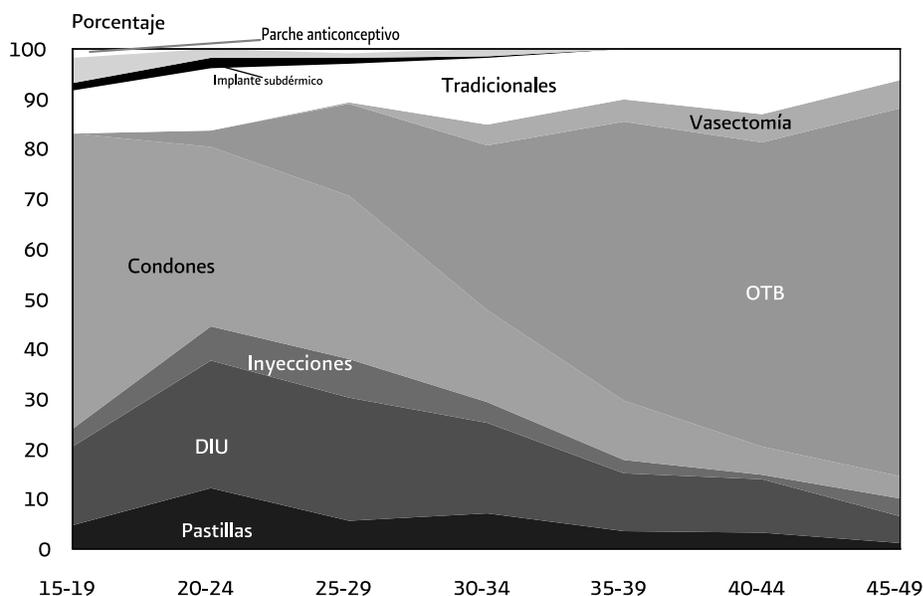
¹² Estos tres métodos anticonceptivos en conjunto integran la participación denominada directa e indirecta (Zúñiga et al., 2000).

La evolución en la mezcla de métodos se acompañó de una disminución en el peso relativo de la OTB, de 44.5 a 42.2 por ciento, pero además de un aumento considerable del condón masculino, representando ahora casi una quinta parte de las usuarias (18.4%); mientras que se redujo la importancia del DIU, las pastillas y los métodos tradicionales. Esta transición motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 94.8 por ciento en 1997 a 95.1 por ciento en 2009, así como de la participación masculina en la planificación familiar, de 23.4 a 31.4 por ciento, por efecto del incremento notable en el aporte relativo del condón masculino.

Querétaro se identifica con el patrón en la estructura de métodos, de *relevancia de métodos tradicionales y condón masculino*, cuya característica es la importancia relativa del condón masculino a diferencia de los demás patrones construidos (CONAPO, 2011).

En las mujeres sexualmente activas, la estructura de métodos cambia según la edad. En las adolescentes y jóvenes sexualmente activas el condón masculino es el más importante en términos relativos, seguido del DIU, y los métodos tradicionales, que en conjunto conforman el 83.5 y 74.0 por ciento de las usuarias; el condón masculino, la OTB y el DIU conjuntan el 75.5 por ciento de las usuarias de 25 a 29. En los grupos restantes, la OTB predomina en importancia relativa, seguida del DIU y del condón masculino (véanse cuadro A.16 del Anexo y gráfica 22).

Gráfica 22.
Querétaro. 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 de mujeres en edad fértil unidas según la paridad o número de hijos nacidos vivos también muestra alguna modificación en su evolución, principalmente por el cambio en el papel de los métodos tradicionales, que en 1997 ocupaban el primer lugar en importancia relativa en las usuarias con paridad cero y el segundo sitio en aquellas con paridad uno. Al cabo de 12 años, esos lugares son ocupados por el condón masculino y el DIU. Adicionalmente, y

según datos de la ENADID 2009, las pastillas acompañan al condón masculino como métodos primordiales en el grupo de mujeres usuarias sin hijos, y el DIU junto con el condón masculino son los más importantes en las mujeres con paridad uno; mientras que a partir de la paridad dos, la OTB predomina en importancia relativa, seguida del DIU; ambos métodos representan 73.8 por ciento de las usuarias con paridad tres (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, se observa un aumento en el condón masculino tanto en áreas rurales como urbanas, lo mismo que en las inyecciones y en la vasectomía, pero una disminución en el peso relativo del DIU y los métodos tradicionales en ambas localidades, simultáneo a una clara disminución en la importancia relativa de la OTB en las zonas rurales (véase cuadro A.18 del Anexo).

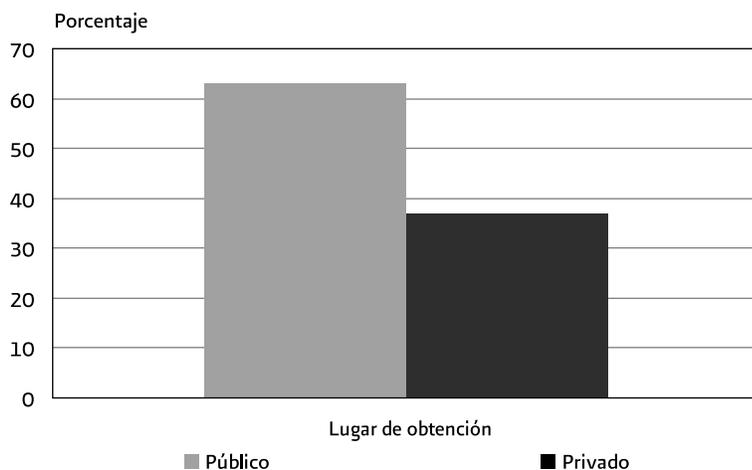
5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

Indicador:

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

En el estado de Querétaro, 63.0 por ciento de las usuarias del se provee de anticonceptivos en el sector público, esto es, casi 3 puntos porcentuales menos comparado con el 65.9 por ciento del ámbito nacional (véanse cuadro A.19 del Anexo y gráfica 23A). La entidad ocupa el vigésimo sexto lugar

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



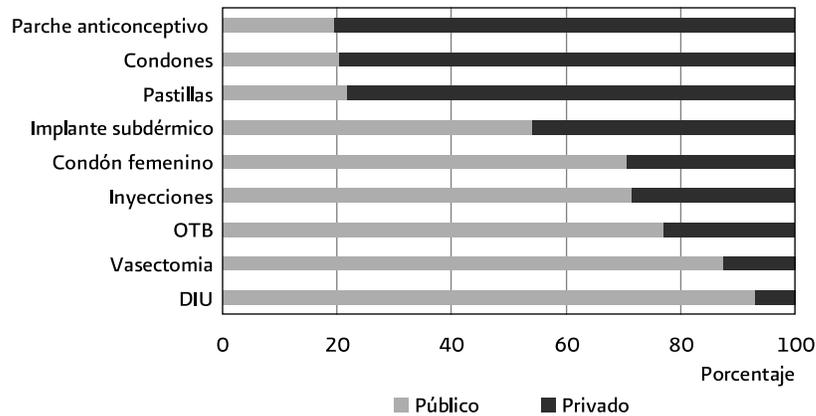
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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

de mayor a menor participación del sector público como fuente proveedora de anticonceptivos. Esto significa que todavía 37.0 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 DIU, las inyecciones, el condón femenino y el implante subdérmico; todavía un 23.0 por ciento de las usuarias de OTB y 28.5 de las que utilizan inyecciones acuden al sector privado, lo mismo que 29.3 por ciento de las usuarias del condón femenino, y 45.9 por ciento del implante subdérmico. Lo mismo sucede con la mayoría que utiliza el parche anticonceptivo, las pastillas y el condón masculino (véanse cuadro 20 y gráfica 23B).

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



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

5.7 Anticoncepción posparto

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

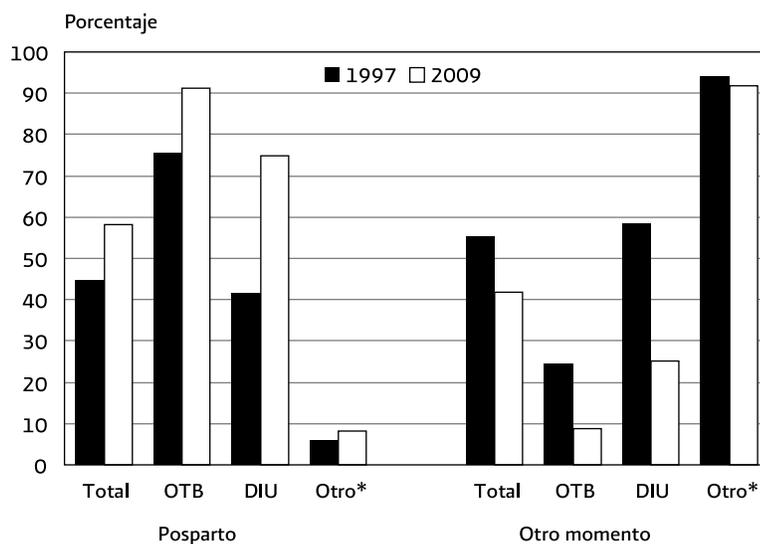
Indicadores:

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

El momento de adopción de la anticoncepción ha cambiado en las mujeres de Querétaro en los últimos 12 años. En 1997, el 44.8 por ciento de las usuarias adoptaba el método en el posparto y 55.2 por ciento lo hacía en otro momento. En tanto, en 2009 la relación se invierte, 58.2 por ciento de las usuarias inició el uso del anticonceptivo en el posparto y 41.8 por ciento, en otro momento. Con este escenario, la entidad presenta el mismo nivel de cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto, muy similar al compararla con el promedio de los estados en *situación intermedia favorable*, que fue de 58.2 por ciento, y similar al registrado en el país, de 58.7 por ciento.

En 2009, se observó que 91.2 por ciento de las usuarias de OTB, 74.8 por ciento de las de DIU, y 8.2 por ciento de otros métodos, adoptaron el uso en el posparto (véanse cuadro A.21 del Anexo y gráfica 24).

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



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

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

6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)

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

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

6.1 Nunca uso de anticonceptivos

Indicadores:

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

El nivel de nunca uso de anticonceptivos en las MEFU de Querétaro pasó de 22.5 por ciento en 1997 a 15.5 por ciento en 2009, disminuyendo en 7.0 puntos porcentuales. El uso se incrementó en 9.2 puntos en ese periodo, por lo que la discontinuidad de uso de métodos anticonceptivos¹⁴ se redujo en 2.2 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 de 53.8 a 26.4 por ciento, y como el uso de anticonceptivos aumentó en 19.5 puntos porcentuales, entonces, la discontinuidad se incrementó en 7.9 puntos porcentuales, pasando de 11.1 a 19.0 por ciento.

Los mayores niveles de nunca uso prevalecen en las mujeres unidas con paridad cero (47.1%), en las adolescentes (26.4%) y en las de paridad uno (19.8%), asociado probablemente al deseo de hijos, pero también en las que no tienen escolaridad (42.1%). En este grupo es posible que el nunca uso se explique por problemas de 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, el 12.1 por ciento de las mujeres sexualmente activas nunca ha usado anticonceptivos, porcentaje que aumenta a 34.4 en las que han tenido relaciones sexuales, pero no en el último mes.

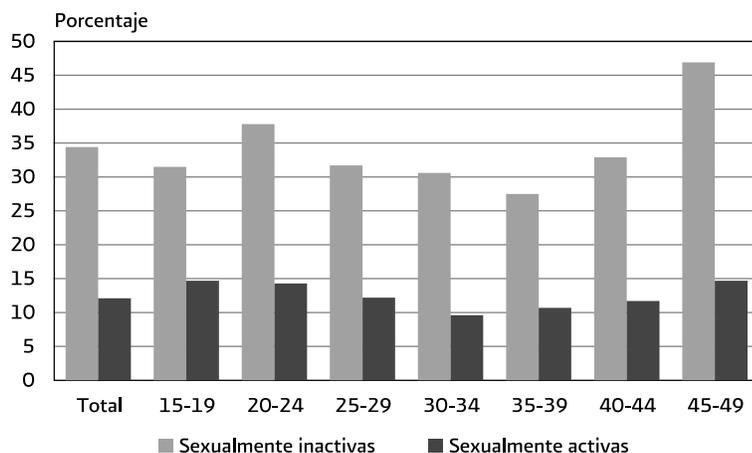
No obstante, existen diferencias importantes según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad, en especial cuando se trata de mujeres sexualmente activas (véase gráfica 25A). Dada la exposición latente al riesgo de embarazos, particularmente no deseados y no planeados, preocupa el hecho de que en las sexualmente activas 14.7 por ciento de las adolescentes, así como 31.5 y 37.8 por ciento de las MEFSI adolescentes y jóvenes, nunca han utilizado anticonceptivos.

De hecho, los porcentajes de nunca uso son considerables en situaciones de vida sexual inactiva, superiores al 30 por ciento en seis de los siete grupos de edad, es decir, ante escenarios de una vida

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

sexual esporádica, las mujeres bien pudieran estar expuestas a embarazos no esperados, sobre todo, si se toma en cuenta el ambiente espontáneo en que frecuentemente ocurren los encuentros sexuales.

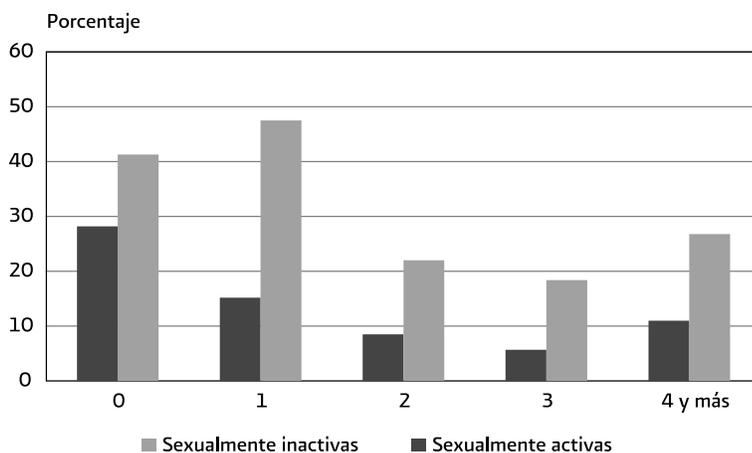
Gráfica 25A.
Querétaro. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 2009



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

El comportamiento del nunca uso según la paridad es parecido al observado con la edad, dado que estas variables se correlacionan de forma directa, de modo que a mayor número de hijos disminuye el nunca uso (véase gráfica 25B). Aquí los porcentajes más altos se aprecian en la categoría de mujeres sexualmente activas con paridad cero (28.2), así como en las de paridad cero y uno entre las MEFSI (41.3 y 47.5, respectivamente). Estos niveles de nunca uso bien pudieran ser reflejo de condiciones de deseo del primogénito o incluso de un segundo hijo.

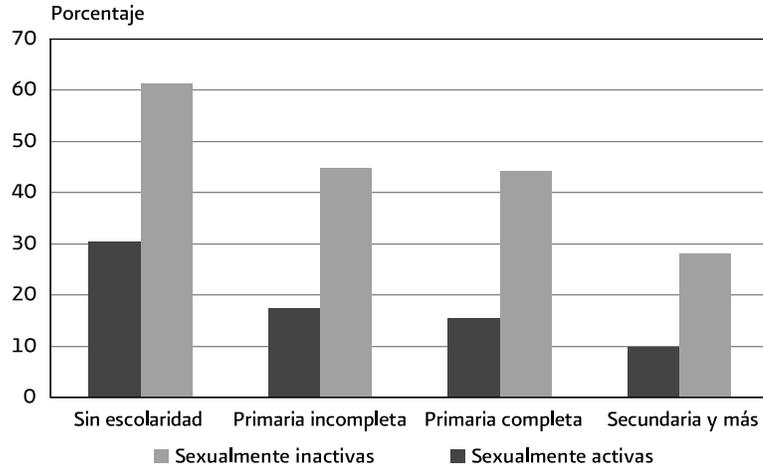
Gráfica 25B.
Querétaro. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por paridez, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

El nivel de escolaridad de las mujeres hasta el momento de la encuesta se asocia con menores porcentajes de nunca uso de la anticoncepción (véase gráfica 25C), en particular cuando se trata de mujeres sexualmente activas. Mientras que 30.4 por ciento de las mujeres sexualmente activas, sin escolaridad, nunca ha usado métodos; el porcentaje correspondiente en las que cuentan con secundaria o más, es de 9.7. Destaca el porcentaje considerable de nunca uso en las MEFSI, independientemente del nivel de escolaridad.

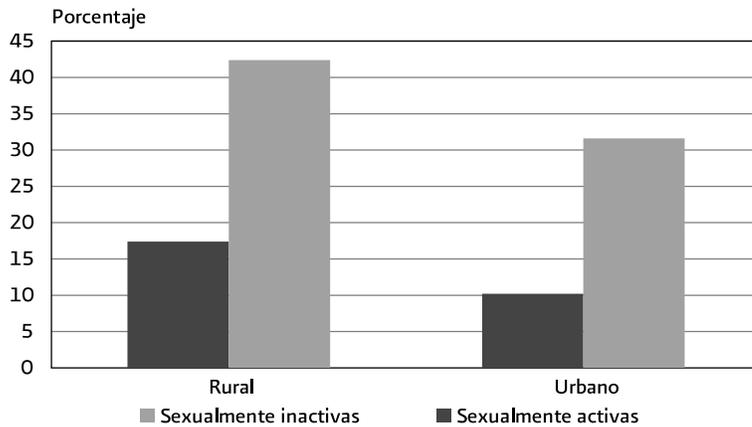
Gráfica 25C.
Querétaro. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 2009



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

Por lugar de residencia, se observa una diferencia entre zonas rurales y urbanas de 7.2 puntos para las MEFSAs y de 10.8 puntos porcentuales en las MEFSI, evidenciándose un mayor nivel de nunca uso en las localidades con menos de 2 500 habitantes (véase gráfica 25D).

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



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

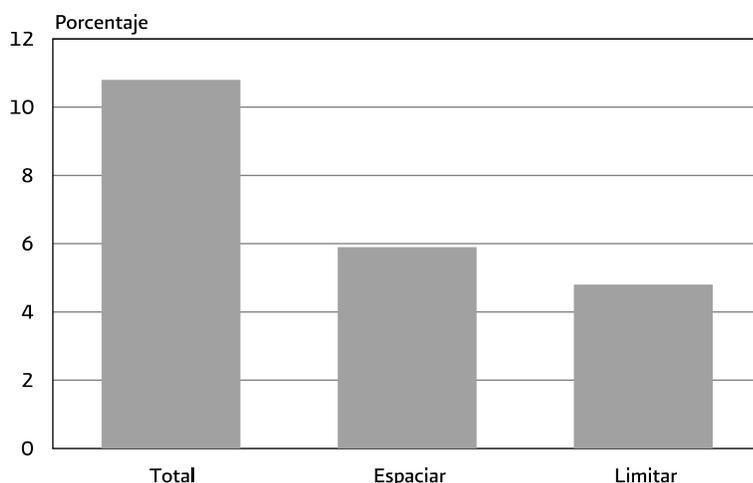
6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos

Indicador:

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

La NIA en Querétaro alcanzó un nivel de 10.8 por ciento en 2009,¹⁷ siendo mayor a la del país, de 9.8 por ciento, y por arriba del promedio del conjunto de estados enmarcados en el patrón de *situación intermedia favorable*, que es de 7.4 por ciento, debido a la demanda para espaciar y limitar de 5.9 y 4.8 por ciento, respectivamente (véanse gráfica 26 y cuadro A.24 del Anexo).

Gráfica 26.
Querétaro. 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.

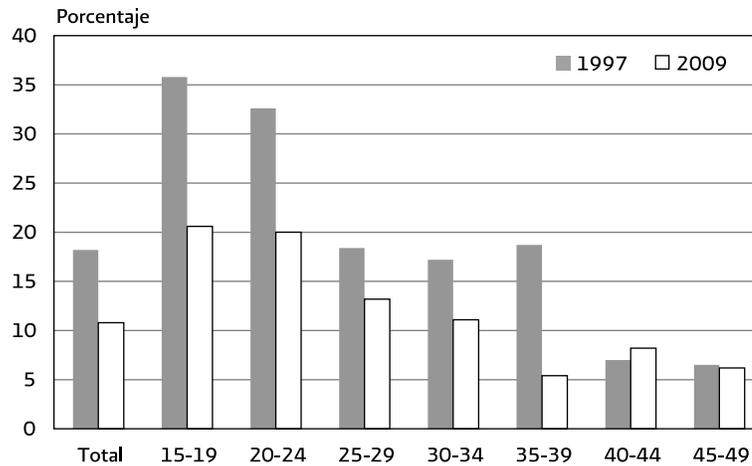
Las mayores necesidades insatisfechas prevalecen entre los 15 y 29 años. En las adolescentes, por ejemplo, en 2009, la NIA alcanzó un 20.6 por ciento, siendo la más elevada de todos los subgrupos, casi el doble que la registrada en el grupo de 30 a 34 años, de 11.1 por ciento, y tres veces mayor que la registrada en las mujeres adultas de 45 a 49, de 6.2 por ciento (véase gráfica 27A).

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

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

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

Gráfica 27A.
Querétaro. 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

En 2009, la NIA de adolescentes de Querétaro es mayor a la del promedio del patrón de los estados en *situación intermedia favorable*, de 19.0 por ciento, y menor al nivel observado en el contexto nacional, 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 20.0 y 13.2 por ciento, respectivamente.

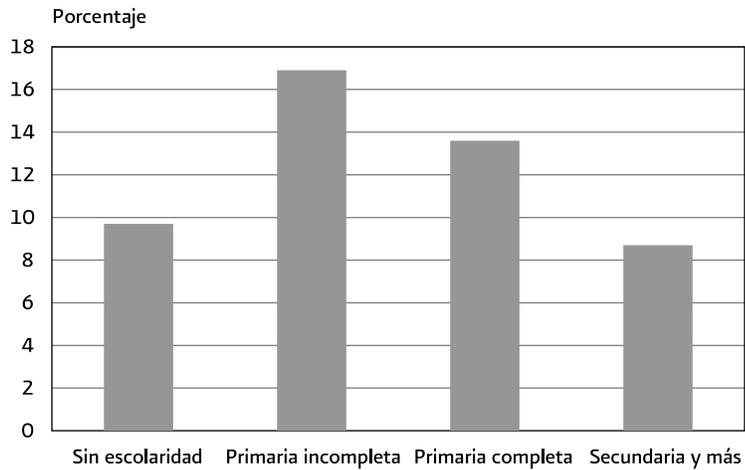
Con respecto a la paridez, en 2009, la NIA entre el grupo de mujeres que ya tuvo el primogénito era de 15.4 por ciento y en aquellas que no han tenido hijos, de 14.3 por ciento; en ambas situaciones el reto es disminuir la necesidad insatisfecha para espaciar la llegada del segundo y primer hijo, de manera respectiva.

Por escolaridad, todavía se observan niveles altos en la NIA de los grupos de primaria incompleta y completa, con valores de 16.9 y 13.6 por ciento, respectivamente. De esta forma, mientras que las mujeres sin escolaridad presentan una NIA de 9.7 por ciento, en las de secundaria y más el porcentaje es de 8.7 (véase gráfica 27B).

En 2009, en las zonas rurales de Querétaro la NIA fue de 16.3 por ciento y en las zonas urbanas, de 8.6 por ciento, generándose una brecha de 7.8 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.

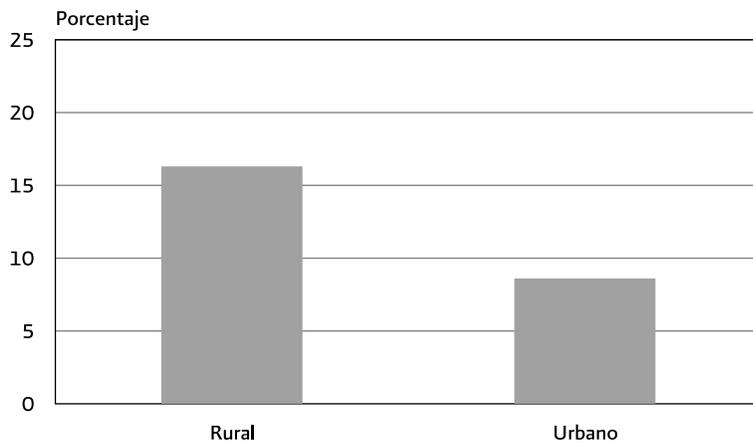
La NIA rural de esta entidad federativa es mayor al promedio de los estados en *situación intermedia favorable* de salud reproductiva, que es de 8.7 por ciento, y también mayor al dato nacional, de 15.9 por ciento.

Gráfica 27B.
Querétaro. 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.

Gráfica 27C.
Querétaro. 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.

6.3 Demanda total de anticonceptivos

La demanda total de anticonceptivos es el resultado del balance de la demanda satisfecha o demanda efectiva y la demanda insatisfecha.

Indicadores:

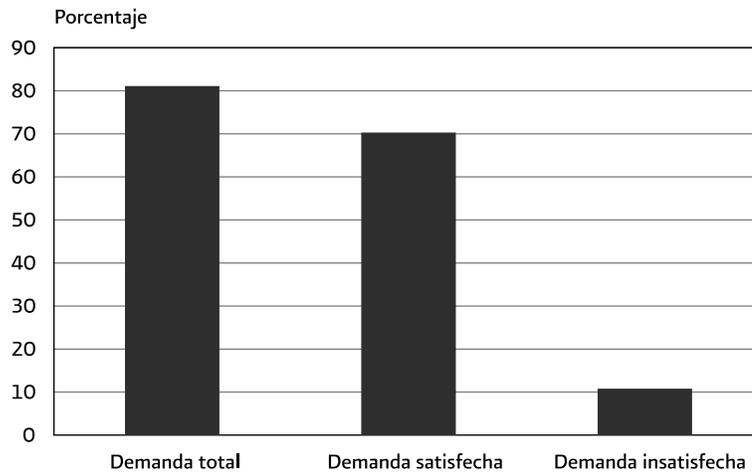
- *Demanda total de anticonceptivos.* Se define como la suma de la demanda satisfecha y la demanda insatisfecha.

- *Demanda satisfecha de anticonceptivos.* También denominada demanda efectiva, se refiere a la prevalencia anticonceptiva.

En 2009, como resultado de una disminución importante de la demanda insatisfecha y de un aumento en la prevalencia anticonceptiva, la demanda total ascendió a 81.1 por ciento (véase gráfica 28).

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 Querétaro podría irse estabilizando.

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



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

7. Salud materna

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

7.1 Mortalidad materna

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

Indicador:

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

En Querétaro 2009, la RMM alcanzó el valor de 34.1 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados, que está por abajo del promedio de los estados con patrón en *situación intermedia favorable* de salud reproductiva, con 58.8, y abajo del nivel nacional, de 62.2 defunciones maternas por 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.

Así, para enfrentar ese enorme reto y procurar la reducción esperada de la mortalidad materna en los años siguientes conforme a los ODM, habría que fortalecer seriamente las acciones tendientes a mejorar los procesos de atención vinculados con el embarazo, parto y puerperio en todas las entidades federativas, puesto que sabe con datos de 2009 que 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*.¹⁹ Se calcula con datos de encuestas, mediante el cociente de las mujeres que declararon haber tenido al menos un aborto en su vida hasta el momento de la entrevista, entre el total de mujeres alguna vez embarazadas, por cien.

Entre 1997 y 2009, este indicador prácticamente permaneció estable en Querétaro, al pasar de 16.8 a 16.9 por ciento (véase cuadro 8). Aun cuando en el contexto nacional, se registró un descenso de 1.3 puntos en el periodo, el dato de la entidad para el 2009 es menor al del país, con 17.7 por ciento.

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

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

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

Año	Con al menos un aborto
1997	16.8
2009	16.9

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

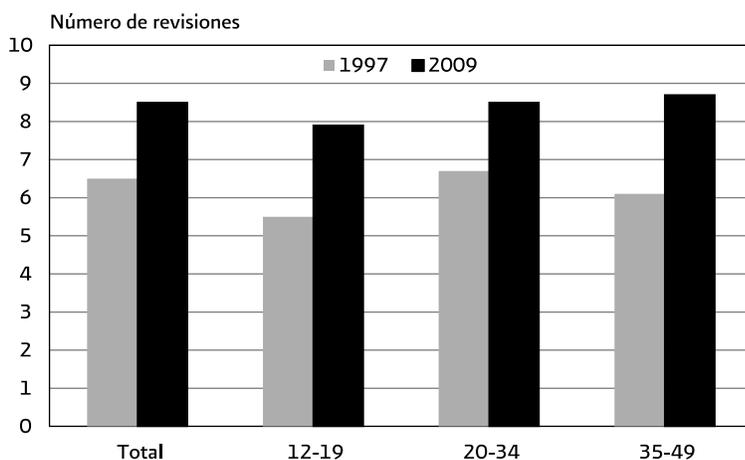
La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 74.2 a 90.1 por ciento en Querétaro entre 1997 y 2009, siendo el primer dato equivalente y el segundo mayor a los del país, de 74.5 y 86.2 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, 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 6.5 a 8.5 consultas promedio entre 1997 y 2009, siendo la primera cifra equivalente y la segunda mayor a las del país, de 6.5 y 7.8 consultas, respectivamente.

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

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 más de tres revisiones el criterio normativo (véanse cuadro A.26 del Anexo y gráfica 29A).

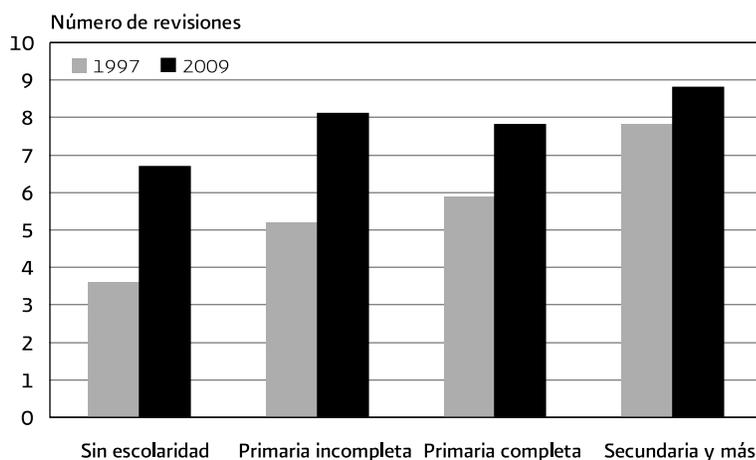
Gráfica 29A.
Querétaro. Número promedio de revisiones prenatales* por grupos de edad de la madre, 1997 y 2009



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

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

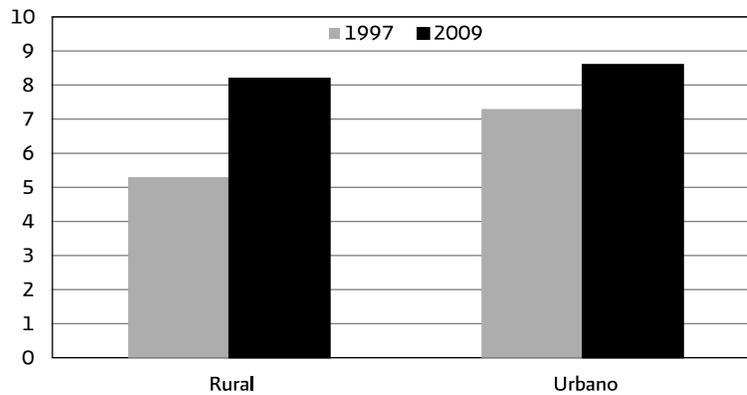
Gráfica 29B.
Querétaro. Número promedio de revisiones prenatales* por nivel de escolaridad de la madre, 1997 y 2009



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.

En los últimos 12 años, el patrón de aumento en el número de revisiones del embarazo se mantiene entre las mujeres rurales, se estima que actualmente acuden a revisiones, prenatales 8.2 veces, comparado con 8.6 de las mujeres urbanas (véase gráfica 29C).

Gráfica 29C.
Querétaro. 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.

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.

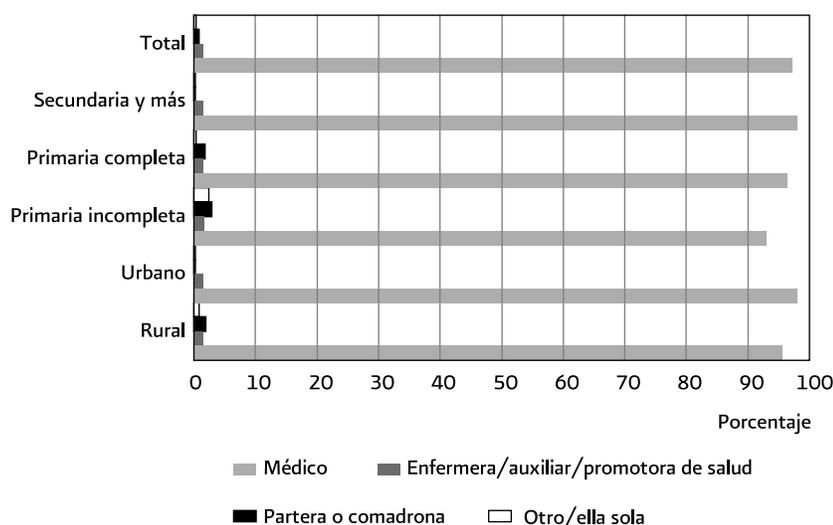
Indicadores:

- *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 Querétaro, la atención del parto por el médico pasó de 89.5 por ciento en 1997 a 97.2 por ciento en 2009, datos superiores a los registrados en el país, de 84.2 por ciento y 94.0 por ciento, respectivamente (véanse cuadro A.27 del Anexo y gráfica 30). Por otra parte, se observa que la mayoría (90%) de las mujeres en los diferentes grupos fue atendida en su último parto por personal médico.

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



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

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. Los datos del cuadro 9 muestran que entre 1994 y 1997 esa disposición normativa no se cumplía, ya que para el estado en su conjunto era de 27.6 por ciento para los nacidos vivos y subió aún más a 44.3 por ciento en el periodo 2004-2009. Estos porcentajes prácticamente son similares a los del país, de 28.4 y 43.0, respectivamente.

La operación cesárea se incrementó en los diferentes grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo y también según el lugar de residencia. Por mencionar algunos datos: actualmente, a 32.4 por ciento de las adolescentes se les practica cesárea, comparado con 45.8 por ciento en las edades de 20 a 34 años y con 49.8 por ciento si la mujer vive en áreas urbanas. También se encontró que en el ámbito rural este tipo de intervención casi se duplicó en el lapso estudiado, al pasar de 17.8 a 33.3 por ciento.²¹

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

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

Características seleccionadas	1994-1997		2004-2009	
	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
Total	72.4	27.6	55.7	44.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	78.2	21.8	67.6	32.4
20-34	70.8	29.2	54.2	45.8
35-49	75.6	24.4	51.9	48.1
Lugar de residencia				
Rural	82.2	17.8	66.7	33.3
Urbano	66.0	34.0	50.2	49.8

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 mismo constituye una ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar.

Indicador:

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

El porcentaje de atención en el puerperio se incrementó en Querétaro en 28.2, al pasar de 57.1 en 1997 a 85.3 en 2009, el primer dato es equivalente y el segundo es superior a los del país, de 57.5 y 81.7, respectivamente. Dicho aumento se observó en todos los grupos poblacionales determinados por categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.28 del Anexo); incluso en algunos grupos casi se duplicó, tal es el caso de aquellos que en 1997 presentaban los porcentajes más bajos como las mujeres con cuatro y más hijos, así como las de primaria incompleta y residentes en localidades rurales.

8. Lactancia materna

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

Indicadores:

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

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

Los datos del cuadro 10 sobre el porcentaje de niños que inició el proceso de amamantamiento muestran una incidencia del fenómeno de 92.0 en Querétaro, comparada con 90.0 por ciento del ámbito nacional, según la ENADID 1997. Se observa que dicha incidencia se mantuvo alta, de acuerdo a la ENADID, 2009, con cifras superiores al 87.6 por ciento, en todos 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.

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

Características seleccionadas	1994-1997	2004-2009
Total	92.0	91.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	89.1	89.9
20-34	92.6	92.5
35-49	91.6	87.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	87.6	-
Primaria Incompleta	93.8	91.1
Primaria Completa	94.3	89.6
Secundaria y más	90.3	92.6
Lugar de residencia		
Rural	92.6	92.9
Urbano	91.6	90.7

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia tiende a disminuir en Querétaro, con 91.4, según la ENADID 2009, que sigue siendo ligeramente mayor a la nacional, de 90.8 por ciento. En cuanto a la tendencia, se aprecia una diferencia con el nivel nacional, mientras que en el país se percibe cierta estabilidad e incluso un leve aumento prácticamente en todos los grupos poblacionales analizados, en Querétaro se nota una disminución, particularmente en los hijos de las madres de mayor edad, en las que poseen algún grado de primaria y en las que residen en áreas urbanas.

En el estado se observan un ligero descenso en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 8.5 a 8.2 meses y la mediana de 6.3 a 7.0 entre 1997 y 2009 (véanse cuadros A.29 y A.30 del Anexo). La media es similar y la mediana es mayor a la observada a nivel nacional donde, en 2009, la media fue de 8.3 y la mediana de 6.2, respectivamente

9. Conclusiones

Querétaro se ubica en una fase *avanzada* de la transición demográfica, lo que refleja el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad hacia niveles bajos y controlados de estos indicadores.

La entidad exhibe una mejora de la salud reproductiva en esa lógica, se clasifica en el tercer patrón estatal, denominado en *situación intermedia favorable*. Sin embargo, presenta valores menos favorables respecto al nacional en cuatro indicadores de impacto de los utilizados en la medición del IRO: la prevalencia, anticoncepción posparto, necesidad insatisfecha total y rural. La mejora de tales indicadores es uno de los principales retos para las acciones institucionales del estado.

Es evidente el avance sustancial en la salud reproductiva del estado de Querétaro en la última década. Una característica relevante es la reducción de la brecha entre localidades rurales y urbanas, lo que manifiesta una transición hacia la búsqueda y logro de mayor homogeneidad en las condiciones asociadas con la salud reproductiva en la entidad.

No obstante, los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido tradicionalmente menos favorecidos, aún presentan las mayores necesidades; tales como, los grupos con menores niveles escolares así como aquellos que residen en áreas rurales son sin duda los que merecen mayor enfoque y atención de las acciones preventivas de orientación, educación y servicios de salud reproductiva. Estos grupos aparecen con expectativas reproductivas asociadas con el mayor número de hijos como ideal, necesidades insatisfechas de anticoncepción elevadas, baja prevalencia anticonceptiva y baja cobertura de atención médica del parto y puerperal.

Un señalamiento que se deriva como conclusión de este documento es el que se refiere a la necesidad urgente de atender la salud sexual y reproductiva que se vincula con el periodo de la adolescencia y juventud, sobre todo para prevenir el embarazo no planeado en edades tempranas. Con los datos aquí vertidos se constata un inicio de la actividad sexual altamente desprotegido de la anticoncepción; una alta frecuencia en el inicio de la maternidad durante la adolescencia y la juventud; una prevalencia anticonceptiva en adolescentes a niveles bajos, al tiempo que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos es la más elevada de todos los grupos poblacionales analizados en el estado.

Aunado a lo anterior, se enfatiza en el señalamiento de que en Querétaro las acciones programáticas de salud reproductiva no han tenido suficiente incidencia respecto a la ampliación del intervalo pro-togenésico pues entre una encuesta y otra la variación ha sido mínima.

Querétaro se identifica con el *patrón de relevancia de métodos tradicionales y condón masculino* en la estructura de métodos anticonceptivos, con elevada efectividad anticonceptiva y con alta participación masculina en planificación familiar.

Se registra un incremento sustancial en los indicadores relacionados con la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, atención médica del parto y atención del puerperio en todos de los grupos poblacionales, que parece congruente con el nivel de la mortalidad materna; aunque queda pendiente el cuestionamiento sobre la calidad en los procesos de atención y/o la presencia de otros factores determinantes.

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

Bibliografía

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

Anexo

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

Grupos de edad	No utilizó	Utilizó
Total	81.1	18.9
15-19	48.0	52.0
20-24	67.1	32.9
25-29	77.6	22.4
30-34	86.2	13.8
35-39	86.3	13.7
40-44	89.9	10.1
45-49	93.3	6.7

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

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

Edad actual	Edad a la primera relación sexual	Utilizó	No utilizó	Total
25-29	<15	11.8	88.2	100.0
	15-19	18.8	81.2	100.0
	20-24	27.5	72.5	100.0
	25-29	38.1	61.9	100.0
		1.4	98.6	
30-34	<15	7.9	92.1	100.0
	15-19	27.5	78.3	100.0
	20-24	17.3	82.0	100.0
	25-29	48.7	51.3	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
35-39	<15	12.0	88.0	100.0
	15-19	9.5	90.5	100.0
	20-24	34.2	65.8	100.0
	25-29	16.4	83.6	100.0
	30-34	23.5	76.5	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0
40-44	<15	7.7	92.3	100.0
	15-19	13.4	86.6	100.0
	20-24	16.7	83.3	100.0
	25-29	7.9	92.1	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
45-49	<15	0.0	100.0	100.0
	15-19	5.3	94.7	100.0
	20-24	6.6	93.4	100.0
	25-29	21.8	78.2	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
	35 y más	11.1	88.9	100.0

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

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas¹	Sexualmente inactivas²	Sin experiencia sexual
Total	50.5	24.1	25.4
Grupos de edad			
15-19	13.4	11.9	74.7
20-24	41.0	23.9	35.0
25-29	56.9	27.9	15.2
30-34	67.2	22.8	10.0
35-39	69.6	26.3	4.1
40-44	66.5	28.3	5.2
45-49	60.5	36.0	3.5
Situación conyugal			
Unidas	84.6	15.4	0.0
Alguna vez unidas	19.6	80.4	0.0
Solteras	10.9	25.5	63.6
Paridad			
0	17.0	16.8	66.2
1	58.1	41.9	0.0
2	73.6	26.4	0.0
3	81.8	18.2	0.0
4 y más	72.5	27.5	0.0
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	46.0	38.8	15.2
Primaria incompleta	53.0	35.3	11.8
Primaria completa	59.9	23.7	16.4
Secundaria y más	47.8	22.4	29.8
Lugar de residencia			
Rural	49.1	23.0	28.0
Urbana	51.0	24.5	24.5

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

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

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

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

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

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	3.4	2.8
Grupos de edad		
15-19	2.6	2.4
20-24	3.1	2.5
25-29	3.1	2.5
30-34	3.3	2.6
35-39	3.7	3.1
40-44	3.8	3.2
45-49	4.2	3.7
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	4.7	4.1
Primaria incompleta	4.2	3.8
Primaria completa	3.5	3.2
Secundaria y más	2.8	2.5
Lugar de residencia		
Rural	4.1	3.2
Urbano	3.1	2.6

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

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

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado	Total
Total	65.2	26.5	8.3	100.0
15-19	50.0	31.8	18.2	100.0
20-24	66.4	28.6	4.9	100.0
25-29	67.4	32.6	0.0	100.0
30-34	80.0	20.0	0.0	100.0
35 y más	59.5	6.8	33.7	100.0

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	93.7	96.8
DIU	90.2	92.7
Inyecciones	87.2	89.1
Implante subdérmico	10.2	47.4
OTB	89.7	93.1
Vasectomía	80.4	88.3
Condomes	91.3	97.4
Espermicidas	59.6	47.9
Pastilla de emergencia	n.d.	78.7
Parche anticonceptivo	n.d.	86.8
Condón Femenino	n.d.	69.3
Ritmo	67.3	74.9
Retiro	58.1	67.2

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

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

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	93.7	89.0	95.8	96.8	94.6	97.6
DIU	90.2	83.4	93.2	92.7	88.1	94.3
Inyecciones	87.2	83.8	88.7	89.1	90.2	88.7
Implante subdérmico	10.2	4.6	12.7	47.4	35.3	51.7
OTB	89.7	82.2	93.0	93.1	88.7	94.7
Vasectomía	80.4	61.9	88.6	88.3	78.2	92.0
Condomes	91.3	81.9	95.5	97.4	95.3	98.2
Espermicidas	59.6	37.5	69.4	47.9	29.5	54.5
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	78.7	64.1	83.9
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	86.8	78.8	89.6
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	69.3	55.8	74.0
Ritmo	67.3	44.2	77.6	74.9	62.5	79.3
Retiro	58.1	35.3	68.2	67.2	56.5	71.0

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	97.0	99.0
Grupos de edad		
15-19	94.4	99.2
20-24	97.6	99.3
25-29	97.6	98.6
30-34	98.0	99.3
35-39	98.4	99.1
40-44	97.0	98.6
45-49	96.6	98.7
Situación conyugal		
Unidas	98.2	99.7
Alguna vez unidas	99.5	100.0
Solteras	94.8	97.9
Paridad		
0	95.0	98.1
1	98.8	98.7
2	98.3	99.8
3	98.8	99.9
4 y más	97.3	99.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	83.9	85.3
Primaria incompleta	94.8	97.9
Primaria completa	96.4	98.4
Secundaria y más	99.4	99.7
Lugar de residencia		
Rural	93.8	98.0
Urbano	98.4	99.3
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	78.1	-
No habla	97.4	-

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	3.0	1.0
Grupos de edad		
15-19	5.6	0.8
20-24	2.4	0.7
25-29	2.4	1.4
30-34	2.0	0.7
35-39	1.6	0.9
40-44	3.0	1.4
45-49	3.4	1.3
Situación conyugal		
Unidas	1.8	0.3
Alguna vez unidas	0.5	0.0
Solteras	5.2	2.1
Paridad		
0	5.0	1.9
1	1.2	1.3
2	1.7	0.2
3	1.2	0.1
4 y más	2.7	0.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	16.1	14.7
Primaria incompleta	5.2	2.1
Primaria completa	3.6	1.6
Secundaria y más	0.6	0.3
Lugar de residencia		
Rural	6.2	2.0
Urbano	1.6	0.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	21.9	-
No habla	2.6	-

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	61.1	70.3
Grupos de edad		
15-19	35.1	54.6
20-24	48.8	61.3
25-29	63.3	68.2
30-34	66.7	74.3
35-39	65.4	76.4
40-44	66.2	76.7
45-49	57.4	64.4
Paridad		
0	23.3	28.2
1	54.2	59.9
2	70.3	74.4
3	71.4	85.0
4 y más	59.9	73.1
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	39.5	45.0
Primaria incompleta	45.3	59.0
Primaria completa	60.0	70.1
Secundaria y más	72.7	73.4
Lugar de residencia		
Rural	44.1	63.8
Urbano	69.3	72.9

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	3.6	3.3
DIU	14.3	11.8
Inyecciones	1.8	2.9
Locales	0.3	0.0
Condomes	4.1	10.9
OTB	26.6	30.4
Vasectomía	1.4	2.5
Tradicional	8.8	7.4
Implante subdérmico	n.d.	0.4
Parche anticonceptivo	n.d.	0.5
Condón Femenino	n.d.	0.2

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

Cuadro A.13
Querétaro. 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	76.4	11.6	12.1	100.0
Sexualmente inactivas	27.7	38.0	34.4	100.0

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

Cuadro A.14

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
Total	76.4	27.7
Grupos de edad		
15-19	76.5	17.1
20-24	71.0	14.5
25-29	75.7	17.1
30-34	79.3	27.8
35-39	79.0	42.1
40-44	78.0	46.6
45-49	72.3	29.8
Situación conyugal		
Unidas	76.5	37.5
Alguna vez unidas	67.8	38.0
Solteras	77.9	14.1
Paridad		
0	55.2	9.2
1	68.6	10.1
2	79.2	40.1
3	88.4	58.4
4 y más	79.3	52.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	58.6	25.3
Primaria incompleta	69.2	28.3
Primaria completa	76.6	31.0
Secundaria y más	77.7	26.6
Lugar de residencia		
Rural	71.8	25.8
Urbano	77.9	28.3

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	5.8	5.0
DIU	23.2	16.0
Inyecciones	2.7	4.0
Locales	0.4	0.0
Condomes	7.2	18.4
OTB	44.5	42.2
Vasectomía	2.2	3.3
Tradicionales	14.0	9.6
Implante subdérmico	n.d.	0.5
Pastilla de emergencia	n.d.	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	0.9
Condón Femenino	n.d.	0.2

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

Cuadro A.16
Querétaro. 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	Tradicionales	Implante subdérmico	Pastilla de emergencia	Parche anticonceptivo	Condón Femenino	Total
Total	5.4	16.2	4.3	20.3	38.3	3.2	10.5	0.6	1.0	0.2	0.0	100.0
15-19	4.7	15.8	3.4	59.3	0.0	0.0	8.4	1.6	5.1	1.7	0.0	100.0
20-24	12.2	25.6	6.7	35.8	3.3	0.0	12.6	1.9	1.8	0.0	0.0	100.0
25-29	5.5	24.7	7.9	32.6	18.2	0.5	7.5	1.2	1.1	0.9	0.0	100.0
30-34	7.1	18.1	4.3	18.3	32.8	4.2	13.3	0.4	1.5	0.0	0.0	100.0
35-39	3.6	11.4	2.9	11.8	55.9	4.4	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
40-44	3.3	10.6	1.0	5.7	60.7	5.6	13.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
45-49	1.3	5.2	3.5	4.5	73.7	5.6	6.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

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

Cuadro A.17

Querétaro. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente según paridez, 1997 y 2009

Método	Paridez				
	0	1	2	3	4 y más
1997	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pastillas	12.1	11.9	4.6	5.7	3.1
DIU	15.8	41.3	32.1	15.9	13.0
Inyecciones	0.0	3.8	3.8	1.1	2.7
Locales	0.0	0.0	0.3	0.5	0.7
Condomes	27.5	15.0	8.1	5.9	1.6
OTB	0.0	4.6	32.4	57.3	69.4
Vasectomía	0.0	1.2	3.1	2.6	1.8
Tradicional	44.6	22.3	15.7	10.9	7.6
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2009	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pastillas	26.1	6.3	6.7	2.1	1.2
DIU	8.9	28.9	21.1	13.0	9.1
Inyecciones	3.7	7.2	5.6	2.5	2.6
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	27.9	33.1	20.2	8.9	4.5
OTB	1.0	3.5	28.5	60.8	72.1
Vasectomía	2.2	2.2	4.0	5.5	1.7
Tradicional	21.5	15.4	12.2	6.9	8.4
Implante subdérmico	2.3	1.1	0.6	0.0	0.4
Pastilla de emergencia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	4.2	1.9	1.0	0.0	0.0
Condón Femenino	2.2	0.6	0.0	0.3	0.0

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

Cuadro A.18
Querétaro. 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	6.0	3.3	6.8	4.7	4.1	4.9
DIU	23.5	24.0	23.3	16.8	17.3	16.6
Inyecciones	2.9	3.4	2.7	4.2	8.0	2.9
Locales	0.5	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
Condomes	6.7	5.1	7.2	15.5	16.5	15.2
OTB	43.7	45.8	43.0	43.2	39.7	44.5
Vasectomía	2.4	0.5	3.0	3.6	1.1	4.4
Tradicional	14.5	17.9	13.4	10.6	12.3	10.0
Implante subdérmico	n.d.	n.d.	n.d.	0.5	0.4	0.6
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	0.7	0.7	0.7
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	
Total	65.9	34.1	100.0
Aguascalientes	66.2	33.8	100.0
Baja California	56.5	43.5	100.0
Baja California Sur	73.9	26.1	100.0
Campeche	78.0	22.0	100.0
Coahuila	73.7	26.3	100.0
Colima	68.8	31.2	100.0
Chiapas	76.5	23.5	100.0
Chihuahua	60.7	39.3	100.0
Distrito Federal	52.0	48.0	100.0
Durango	75.1	24.9	100.0
Guanajuato	66.4	33.6	100.0
Guerrero	78.3	21.7	100.0
Hidalgo	74.1	25.9	100.0
Jalisco	57.6	42.4	100.0
México	66.8	33.2	100.0
Michoacán	63.8	36.2	100.0
Morelos	67.4	32.6	100.0
Nayarit	80.2	19.8	100.0
Nuevo León	65.3	34.7	100.0
Oaxaca	75.0	25.0	100.0
Puebla	58.2	41.8	100.0
Querétaro	63.0	37.0	100.0
Quintana Roo	63.6	36.4	100.0
San Luis Potosí	72.6	27.4	100.0
Sinaloa	69.9	30.1	100.0
Sonora	68.9	31.1	100.0
Tabasco	76.4	23.6	100.0
Tamaulipas	57.3	42.7	100.0
Tlaxcala	73.9	26.1	100.0
Veracruz	72.7	27.3	100.0
Yucatán	73.6	26.4	100.0
Zacatecas	80.8	19.2	100.0

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

Cuadro A.20
Querétaro. 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	21.8	78.2	100.0
DIU	92.9	7.1	100.0
Inyecciones	71.5	28.5	100.0
Condomes	20.4	79.6	100.0
OTB	77.0	23.0	100.0
Vasectomía	87.5	12.5	100.0
Implante subdérmico	54.1	45.9	100.0
Parche anticonceptivo	19.6	80.4	100.0
Condón femenino	70.7	29.3	100.0

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

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

Método	Posparto		Otro momento	
	1997	2009	1997	2009
Total	44.8	58.2	55.2	41.8
OTB	75.5	91.2	24.5	8.8
DIU	41.4	74.8	58.6	25.2
Otro*	5.9	8.2	94.1	91.8

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	22.5	15.5
Grupos de edad		
15-19	53.8	26.4
20-24	28.1	20.0
25-29	18.7	14.4
30-34	17.2	11.8
35-39	19.7	11.1
40-44	20.8	13.7
45-49	29.8	22.0
Paridad		
0	56.4	47.1
1	25.0	19.8
2	11.5	10.9
3	15.4	6.8
4 y más	26.4	15.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	48.4	42.1
Primaria incompleta	37.9	24.6
Primaria completa	23.2	19.6
Secundaria y más	10.6	11.1
Lugar de residencia		
Rural	37.6	21.4
Urbano	15.2	13.1

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

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
Total	12.1	34.4
Grupos de edad		
15-19	14.7	31.5
20-24	14.3	37.8
25-29	12.2	31.7
30-34	9.6	30.6
35-39	10.7	27.5
40-44	11.7	32.9
45-49	14.7	46.9
Situación conyugal		
Unidas	12.3	32.7
Alguna vez unidas	8.8	21.8
Solteras	10.9	42.7
Paridad		
0	28.2	41.3
1	15.2	47.5
2	8.5	22.0
3	5.7	18.4
4 y más	11.0	26.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	30.4	61.4
Primaria incompleta	17.4	44.8
Primaria completa	15.5	44.2
Secundaria y más	9.7	28.2
Lugar de residencia		
Rural	17.4	42.4
Urbano	10.2	31.6

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

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

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	10.8	5.9	4.8
Grupos de edad			
15-19	20.6	19.0	1.6
20-24	20.0	17.0	3.0
25-29	13.2	9.2	4.0
30-34	11.1	5.7	5.4
35-39	5.4	0.9	4.5
40-44	8.2	1.5	6.6
45-49	6.2	0.4	5.9
Paridad			
0	14.3	12.8	1.5
1	15.4	12.5	2.9
2	10.5	6.6	3.9
3	7.2	2.4	4.9
4 y más	9.9	1.2	8.7
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	9.7	3.2	6.5
Primaria incompleta	16.9	7.2	9.7
Primaria completa	13.6	6.3	7.3
Secundaria y más	8.7	5.7	3.0
Lugar de residencia			
Rural	16.3	10.0	6.3
Urbano	8.6	4.3	4.2

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

Cuadro A.25

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

Características seleccionadas	1997			2009		
	1er.	2do.	3er.	1er.	2do.	3er.
Total	74.2	22.3	3.4	90.1	9.7	0.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo						
12-19	60.4	32.9	6.7	82.2	17.1	0.7
20-34	76.9	20.8	2.4	92.2	7.6	0.1
35-49	74.3	19.5	6.3	87.4	12.6	0.0
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	59.1	23.3	17.6	-	-	-
Primaria incompleta	66.1	27.3	6.6	90.2	9.8	0.0
Primaria completa	65.1	31.7	3.2	86.8	12.8	0.4
Secundaria y más	84.9	14.5	0.6	91.9	7.9	0.1
Lugar de residencia						
Rural	64.1	30.7	5.2	92.5	7.2	0.3
Urbano	80.6	17.1	2.3	88.9	10.9	0.1

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

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	6.5	8.5
Grupos de edad		
12-19	5.5	7.9
20-34	6.7	8.5
35-49	6.1	8.7
Paridad		
1	7.2	8.6
2	6.9	8.4
3	6.7	8.7
4 y más	5.1	8.0
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	3.6	6.7
Primaria incompleta	5.2	8.1
Primaria completa	5.9	7.8
Secundaria y más	7.8	8.8
Lugar de residencia		
Rural	5.3	8.2
Urbano	7.3	8.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.8	4.6
No habla	6.5	8.5

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.27
Querétaro. 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
Total	89.5	0.7	6.4	3.4	97.2	1.5	0.8	0.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo								
12-19	90.2	0.9	6.5	2.4	97.5	2.5	0.0	0.0
20-34	90.8	0.4	6.5	2.3	97.0	1.6	1.1	0.3
35-49	81.5	2.5	5.8	10.2	98.5	0.0	0.0	1.5
Orden de nacimiento								
1	96.4	0.9	2.1	0.6	96.9	2.5	0.6	0.0
2	92.9	0.0	5.0	2.1	97.2	1.6	0.8	0.4
3	92.1	0.0	5.9	2.0	97.8	1.1	0.7	0.4
4 o más	77.1	1.6	12.8	8.5	97.4	0.0	1.3	1.3
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	68.1	2.0	17.3	12.5	-	-	-	-
Primaria incompleta	74.1	1.5	17.1	7.3	93.1	1.7	2.9	2.4
Primaria completa	91.7	0.5	4.0	3.8	96.4	1.4	1.8	0.4
Secundaria y más	98.4	0.3	1.3	0.0	98.0	1.6	0.2	0.2
Lugar de residencia								
Rural	78.1	0.8	14.2	6.9	95.6	1.5	2.0	0.9
Urbano	97.1	0.7	1.2	1.0	98.1	1.5	0.2	0.2

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
Total	57.1	85.3
Paridad		
1	68.2	86.1
2	62.3	88.6
3	56.8	85.3
4 y más	39.7	77.4
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	31.6	-
Primaria incompleta	35.7	71.8
Primaria completa	49.7	79.0
Secundaria y más	74.4	89.7
Lugar de residencia		
Rural	43.0	81.9
Urbano	66.3	87.0

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

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Duración de la lactancia	1997	2009
Total		
25%	2.2	2.7
50%	6.3	7.0
75%	11.8	11.4
Rural		
25%	2.3	6.0
50%	8.3	8.7
75%	14.6	11.5
Urbano		
25%	2.0	2.0
50%	5.5	5.8
75%	11.5	11.2

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

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

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

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

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

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

**Perfiles de Salud Reproductiva
Querétaro**

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

