



Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades

Fátima Juárez, José Luis Palma, Susheela Singh y Akinrinola Bankole

LO MÁS DESTACADO

- El logro educacional, el acceso al seguro médico, las perspectivas de vida para el futuro, así como la vida sexual y reproductiva de las jóvenes en México están íntimamente relacionados con el hecho de que vivan en la Ciudad de México y en los estados más desarrollados y urbanizados del norte, o en los menos desarrollados, más rurales y más pobres del sur.
- A pesar de que el logro educacional mejoró entre 1997 y 2006, menos de la mitad (42%) de las mujeres en el grupo de edad 15–19 había completado al menos nueve años de escolaridad en 2006.
- Las mujeres en México tienden a casarse a una edad mediana relativamente tardía (22.3 años entre las mujeres de edad 25–29). La edad mediana es de 20.3 años en las áreas rurales contra 22.9 años en las urbanas—una diferencia de 2.6 años.
- En 2006, el 31% de las mujeres de 20–24 años de edad se había casado antes de cumplir 20 años, y el 30% había tenido un hijo antes de esa edad.
- El uso de anticonceptivos ha declinado en cierta medida entre las mujeres unidas del grupo de edad 15–24. En 2006, el 53% utilizaba algún método anticonceptivo (48% uno moderno, 5% uno tradicional); una proporción 5% más baja que en 1997.
- Las jóvenes solteras con experiencia sexual son menos proclives que sus contrapartes casadas a utilizar anticonceptivos: en 2006, sólo el 35% de ellas, en el mismo grupo de edad 15–24, estaba utilizando algún método.
- Las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres casadas de 15–24 años son elevadas y están aumentando: en 2006 eran de 31%, mientras que en 1997 eran de 23%.
- El gobierno ha implementado una amplia gama de estrategias de educación y salud para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de la juventud, pero la falta de continuidad y coordinación de esas múltiples acciones, así como las deficiencias de conocimientos de los maestros en materia de educación sexual, frenan estos esfuerzos.
- Se requiere una mejor coordinación y monitoreo de los programas, un compromiso con su continuidad, así como la capacitación de los maestros si se quiere mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México.



Enero 2010

Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades

Fátima Juárez, José Luis Palma, Susheela Singh y Akinrinola Bankole

AGRADECIMIENTOS

Este reporte fue escrito por Fátima Juárez de El Colegio de México y del Guttmacher Institute; José Luis Palma de Investigación en Salud y Demografía (INSAD); y Susheela Singh y Akinrinola Bankole, ambos del Guttmacher Institute.

Los autores quieren agradecer a Deirdre Wulf, consultora independiente, por su ayuda para escribir este reporte. Agradecemos también a Vicente Díaz, de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); Denise Kohn, de la Federación Internacional de Planificación de la Familia—International Planned Parenthood Federation (IPPF); Catherine Menkes, del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM-UNAM); Gabriela Rodríguez, de AFLUENTES; Leticia Suárez, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); y Katherine Wilson, del Population Council, por sus valiosos comentarios y sugerencias a una versión previa de este reporte.

Queremos agradecer especialmente a Jorge Valencia por su ayuda en el procesamiento y análisis de los datos; a Luz Uribe y Mónica González por colaborar en la investigación sobre políticas y programas; y a Alison Gemmill por su apoyo como asistente de investigación. Agradecemos las contribuciones de los demás miembros del equipo de este proyecto: Ann Moore y Gilda Sedgh, del Guttmacher Institute y Patricia Donovan, también del Guttmacher Institute, por sus comentarios a un borrador previo.

El estudio en el que se basa este reporte fue elaborado por el Guttmacher Institute, El Colegio de México e Investigación en Salud y Demografía, con el apoyo de The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.

El Guttmacher Institute agradece profundamente el apoyo que recibe en general de fundaciones e individuos, incluyendo las importantes contribuciones concedidas por The William and Flora Hewlett Foundation, The David and Lucile Packard Foundation y Ford Foundation, que apoyan todo el trabajo del Instituto.

CONTENIDO

Introducción	3
Fuentes de Datos	5
Contexto	6
Hallazgos Relevantes sobre Salud Sexual y Reproductiva	10
Políticas y Programas Dirigidos a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes	19
Discusión y Recomendaciones	24
Referencias.....	26
ANEXO, CUADROS 1-4.....	29-35

© Guttmacher Institute 2010

Cita sugerida: Juárez F et al., *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2010.

Para solicitar este reporte o descargar una copia electrónica, visite www.guttmacher.org.

Introducción

La salud sexual y reproductiva de las adolescentes, particularmente su relación con tener hijos a temprana edad, es un tema de gran preocupación para aquellos encargados de diseñar políticas y programas en diferentes áreas, entre ellas la salud pública, la educación y, en general, el desarrollo social y económico. Es sabido que el embarazo adolescente y procrear a corta edad,—como resultado del matrimonio (legal o consensual) a edades muy jóvenes, y de la actividad sexual fuera de ésta—representan una desventaja para las mujeres jóvenes en términos de su salud reproductiva y del potencial para su desarrollo futuro, al igual que en cuanto al bienestar de su familia.^{1,2}

Las condiciones de pobreza y las oportunidades de vida limitadas están estrechamente relacionadas con tener un hijo a temprana edad, perpetúan la inequidad de género y la desventaja social para las mujeres.^{3,4} Esta relación funciona en ambos sentidos: las mujeres jóvenes que crecieron en condiciones de pobreza y con poca educación son las que tienen mayor probabilidad de unirse y tener hijos a corta edad; al mismo tiempo, el matrimonio y la maternidad a edad temprana disminuyen sus probabilidades de terminar los estudios, desarrollar su potencial profesional e integrarse a la fuerza laboral remunerada.^{5,6}

El *Reporte de Desarrollo Mundial de 2007*, que se enfoca específicamente en los adolescentes, señala lo siguiente: “preparar a la juventud para la transición de construir una familia, de modo que la procreación sea planeada, tengan un embarazo seguro y formen niños sanos, tiene un impacto en la productividad y el ahorro, lo que incide en el crecimiento económico y en la reducción de la pobreza.”⁷ Una razón de peso por la cual la procreación adolescente no planeada frena el desarrollo, es que interrumpe la escolaridad y puede impedir que completen sus estudios. Además, convertirse en madre durante la adolescencia limita la participación de las mujeres jóvenes en la actividad laboral remunerada,⁸ lo que puede traducirse en una menor capacidad de aportar al bienestar de su familia y de tener un papel activo en el desarrollo social.

Para identificar patrones sobre la condición de la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas, este reporte presenta los hallazgos de un análisis de las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica ENADID, recolectadas en 1997⁹ y 2006.¹⁰ El reporte presenta el contexto en el que viven las mujeres jóvenes

(dónde habitan, su grado de estudios alcanzado, la situación económica de su familia), y valora el nivel y las tendencias recientes de indicadores claves de la salud sexual y reproductiva a nivel nacional, regional y estatal; la edad al inicio de la actividad sexual, del primer matrimonio y del primer nacimiento entre las mujeres jóvenes, así como el uso de anticonceptivos, tanto entre adolescentes casadas como entre las solteras que tienen experiencia sexual.

Este reporte también examina las políticas y programas sociales y de salud en México dirigidos a atender las necesidades en este campo, y resalta los vacíos en políticas y servicios que sugieren áreas prioritarias para mejorar la implementación de estrategias en materia de salud sexual y reproductiva para los adolescentes. El propósito global del reporte es proveer datos relevantes a los encargados de las políticas y los programas, que nutran el desarrollo de acciones públicas y estrategias diseñadas para mejorar la vida y el futuro de las mujeres jóvenes mexicanas y de sus familias.

Los hallazgos del reporte se presentan para el país en su conjunto, así como por estado y región para permitir comparaciones. Los treinta y un estados que hay en México y el Distrito Federal están agrupados en seis regiones distintas,* clasificadas de acuerdo con su nivel de desarrollo socio-económico, medido por la proporción de población marginada o en desventaja.† Las regiones van desde la más desarrollada (Región 1) hasta la menos

*Región 1 (residencia del 7% de las mujeres de edad 15–19)—Distrito Federal (Ciudad de México); Región 2 (38%)—Baja California, Coahuila, Nuevo León, Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Jalisco, México, Sonora y Tamaulipas; Región 3 (10%)—Durango, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala; Región 4 (24%)—Campeche, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas; Región 5 (9%)—Hidalgo y Veracruz; y Región 6 (12%)—Chiapas, Guerrero y Oaxaca. La metodología para agrupar los estados fue adaptada de una desarrollada originalmente por el Consejo Nacional de Población—CONAPO.

†El índice de marginación está basado en las siguientes variables: porcentaje de la población de 15 años o más que es analfabeta, porcentaje de la población de 15 años o más que no ha completado la escuela primaria, los porcentajes de habitantes que viven en casas sin drenaje, sin electricidad, sin agua potable, con piso de tierra y con cierto grado de hacinamiento, porcentaje de la población que vive en localidades con menos de 5,000 habitantes y porcentaje de la población ocupada que gana menos de dos salarios mínimos.

desarrollada (Región 6). La Región 1 es el Distrito Federal, que es el territorio que contiene a la Ciudad de México, la capital del país. En esta ciudad está asentado el gobierno federal y cuenta con una infraestructura muy desarrollada (escuelas, centros de salud, etc.) y una población muy numerosa. Los estados altamente urbanizados en la frontera con los Estados Unidos, al norte del país, al igual que los que se encuentran cerca de la capital también tienen un alto nivel de desarrollo; mientras que los estados más rurales, al sur del país, son los menos desarrollados.

Fuentes de Datos

Este reporte se basa principalmente en los datos arrojados por dos encuestas, la ENADID de 1997⁹ y la de 2006.¹⁰ La primera encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México—INEGI. La segunda fue llevada a cabo a través de una colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública—INSP, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud—DGIS, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva también de la Secretaría de Salud—CNEGySR, el Consejo Nacional de Población—CONAPO y el INEGI.

Estas dos encuestas son parte del esfuerzo del gobierno por monitorear la dinámica social y demográfica del país. Se obtuvo información sobre diversas variables, como las características del contexto (educación, lugar de residencia, cobertura de seguridad social), embarazos (incluyendo datos sobre nacimientos), uniones (se recopiló más datos sobre este punto en la encuesta de 1997 que en la de 2006), inicio de la actividad sexual (datos recolectados únicamente en la encuesta de 2006), preferencias reproductivas y anticonceptivas, salud materna, entre otras.

Las dos encuestas utilizaron metodologías similares, y la mayoría de las variables fueron estandarizadas entre ambas encuestas, de forma que es posible comparar sus hallazgos. En la de 1997 fueron entrevistadas 88,022 mujeres de edad entre 15 y 54 años, mientras que en la encuesta de 2006 fueron entrevistadas 41,133 mujeres del mismo rango de edad. Las dos encuestas incluyeron muestras aleatorias de mujeres, representativas en el nivel nacional, por zona rural/urbana y por estado. Como este reporte se enfoca en las mujeres adolescentes, el análisis se limitó mayormente a los datos del grupo de edad 15–19. En algunas ocasiones se analizaron los datos de las mujeres 15–24 y 25–29 para examinar su comportamiento sexual y reproductivo durante su adolescencia.

Además, consultamos reportes publicados tanto por organizaciones del gobierno como por organizaciones no gubernamentales (ONG). La información de este reporte sobre las políticas y los programas provienen en su mayoría de estas fuentes. También tuvimos discusiones informales con colegas que trabajan—dentro y fuera del gobierno—en el área de la salud sexual y reproductiva

adolescente para conocer su punto de vista sobre las políticas y programas existentes, incluyendo qué tan adecuadas son y cómo se implementan.

En este reporte, las mujeres casadas son aquellas que se encuentran actualmente en una unión legal o consensual. La población rural se refiere a la que vive en comunidades de no más de 2,500 habitantes (la definición de área rural utilizada por el censo de población de México).

Contexto

México, con una población estimada de 107 millones de habitantes, es el país de habla hispana más poblado del mundo.^{11,12} Cerca del 6% de la población esta constituida por grupos indígenas que tienen sus lenguas propias.¹³ A pesar de que no existe una religión oficial, el 88% de los mexicanos son católicos romanos.¹⁴ México es un país predominantemente urbanizado.¹⁴

El seguro médico está mayoritariamente ligado al empleo

Una buena salud reproductiva entre las mujeres jóvenes en México depende, como en cualquier otro lugar, de la existencia de servicios de salud accesibles, económicamente asequibles y de buena calidad. Con respecto a la infraestructura general de salud pública, México ofrece un amplio espectro de servicios de salud, todos bajo la responsabilidad reguladora de la Secretaría de Salud.

La población formalmente empleada está asegurada (son *derechohabientes* de alguna institución de salud y seguridad social) a través de dos grandes tipos de esquemas, dependiendo de si son empleados del sector privado o del sector público. Los empleados asalariados que trabajan en empresas privadas, así como sus familiares, están cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social—IMSS. Por su parte, los trabajadores del gobierno están asegurados por distintas instituciones. La mayoría de los empleados del gobierno federal, así como una alta proporción de quienes trabajan en los gobiernos estatales y municipales, están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado—ISSSTE. Algunas entidades del gobierno federal cuentan con sus propios organismos de salud y seguridad social, como es el caso de la industria petrolera, los militares y otros. Finalmente, los empleados de varios gobiernos estatales y municipales están cubiertos por instituciones de salud y seguridad social de los gobiernos de los estados; son organismos similares al ISSSTE pero sin relación con éste. La mayoría de los empleados formales, en el sector privado y en el público, se encuentran en zonas urbanas.

La población que no está cubierta por estos programas—los no asegurados, esto es, los que tienen empleos en el sector informal y los desempleados—pueden recurrir a los servicios que ofrecen las Secretarías de Salud de los

gobiernos estatales y al IMSS-Oportunidades (una división del IMSS que da servicios a la población rural que no cuenta con seguro, pero que ofrece servicios de calidad similar a la de la población asegurada del IMSS). No obstante, los servicios de salud ofrecidos por los gobiernos estatales por lo general son de una infraestructura más limitada y con menos recursos que aquellos a los que acceden los que tienen seguro, pues los trabajadores en el sector formal y sus empleadores contribuyen de forma directa al sistema de seguro con aportaciones salariales. IMSS-Oportunidades y las Secretarías de Salud de los gobiernos de los estados atienden aproximadamente a la mitad de la población total de México.¹⁵ Además, la Secretaría de Salud federal provee servicios a través de un número reducido de hospitales altamente especializados, que se encuentran en la Ciudad de México aunque son instalaciones a las que acuden personas de todo el país.

Por ley, los servicios de planificación familiar están disponibles sin costo alguno para toda la población mexicana—sin importar la condición de aseguramiento, la edad o el estado marital—a través de las unidades de salud del gobierno. Sin embargo, es importante hacer notar que estos servicios no están hechos a la medida de las necesidades de los jóvenes, sino que cubren genéricamente las necesidades de todas las edades reproductivas. Los “servicios amigables” para la juventud, aquellos que resultarían atractivos para los adolescentes y jóvenes, no están ampliamente disponibles en el país.

La pobreza y el subempleo son un problema constante

La riqueza en México está distribuida de forma muy inequitativa; casi la mitad de la población trabajadora (el 45%) vive en la pobreza, es decir que gana dos veces el salario mínimo o menos* (Anexo Cuadro1). En la Región 1, uno de cada tres trabajadores (33%) cae debajo de este umbral, mientras que en la Región 6 son casi tres de cada cuatro trabajadores (72%) los que se encuentran en

*Cada año el gobierno establece un salario mínimo para cada estado, que es la cantidad mínima que un empleado puede recibir en un trabajo formal. CONAPO toma el umbral de dos salarios mínimos mensuales para definir el nivel de pobreza, que es una de las medidas que se incluyen en su índice de marginación.

esta situación. Hay estados del país que sobresalen por estar menos afectados por la pobreza (por ejemplo, Baja California Sur, donde sólo el 14% de los trabajadores son pobres), mientras otros sobresalen por ser particularmente pobres (por ejemplo, Chiapas, 78%). Es importante destacar que en cada región—exceptuando la Región 1—, sin importar su grado general de desarrollo, hay estados en los que al menos 40% de la población empleada es pobre.

Desde el principio de la década de 1970 el problema del subempleo en México ha llevado a un patrón de creciente emigración a los Estados Unidos.¹⁶ Se estima que el 97% de toda la emigración internacional del país tiene este destino.¹⁷ La gran proporción de emigrantes generó que la tasa neta de migración en México fuera negativa en 2000, situándose en -2.8 por cada 1,000 habitantes, y en 2008 alcanzó -3.8.¹⁸

Mientras tanto, dentro del país la migración de las áreas rurales a zonas más urbanas continúa, pues los individuos y sus familias se trasladan en busca de trabajos rentables. En las últimas dos décadas, la Ciudad de México y el Estado de México (que rodea a la primera) han sido las áreas que más migrantes internos han atraído, de todos los tipos residenciales (rural, semi rural y urbano). Hoy en día estas dos áreas acogen a casi la mitad (49%) de todas las personas migrantes dentro de las fronteras del país. Sin embargo, con el tiempo, otros estados (Baja California, Jalisco, Quintana Roo, Tamaulipas y Veracruz) se han convertido de manera creciente en destinos atractivos para este tipo de migración.¹⁹

La mayoría de las mujeres adolescentes viven en áreas urbanas

La migración de jóvenes mujeres del campo a las ciudades, así como el continuo crecimiento del tamaño de estos centros, ha llevado a un ligero incremento en la ya de por sí elevada proporción de mujeres adolescentes (en el grupo de edad 15–19) que viven en áreas urbanas, de 75% en 1997 a 76% en 2006 (Anexo Cuadro 1). El aumento fue mayor en la Región 2, donde la proporción subió en un 5%. En contraste, la proporción de mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas decreció ligeramente en la Región 6. Como reflejo de la predominancia de la población urbana en todo el país, ésta se percibe incluso en los estados con menor desarrollo como son Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz, donde cerca de la mitad de todas las mujeres adolescentes ahora vive en zonas urbanas.

En México, tener una residencia urbana y un empleo formal están asociados con mejores oportunidades de vida y con un mayor acceso a los servicios de salud; en oposición, en una residencia rural, el subempleo o un empleo en el sector agrícola o informal se asocian con meno-

res oportunidades de vida para un individuo y su familia, y con menor certidumbre de tener acceso a servicios de salud de calidad.

Las mujeres adolescentes de áreas rurales tienen menor escolaridad que sus contrapartes de zonas urbanas

A pesar de las mejoras sustanciales que se dieron en el país entre 1997 y 2006 en cuanto a la proporción de mujeres jóvenes que han completado al menos nueve años de escolaridad (seis años de escuela primaria más tres de secundaria), todavía existe una brecha importante entre el nivel de logro educacional de los estados altamente urbanizados del norte y el de las regiones más rurales del sur (Gráfica 1, página 8 y Anexo Cuadro 1).

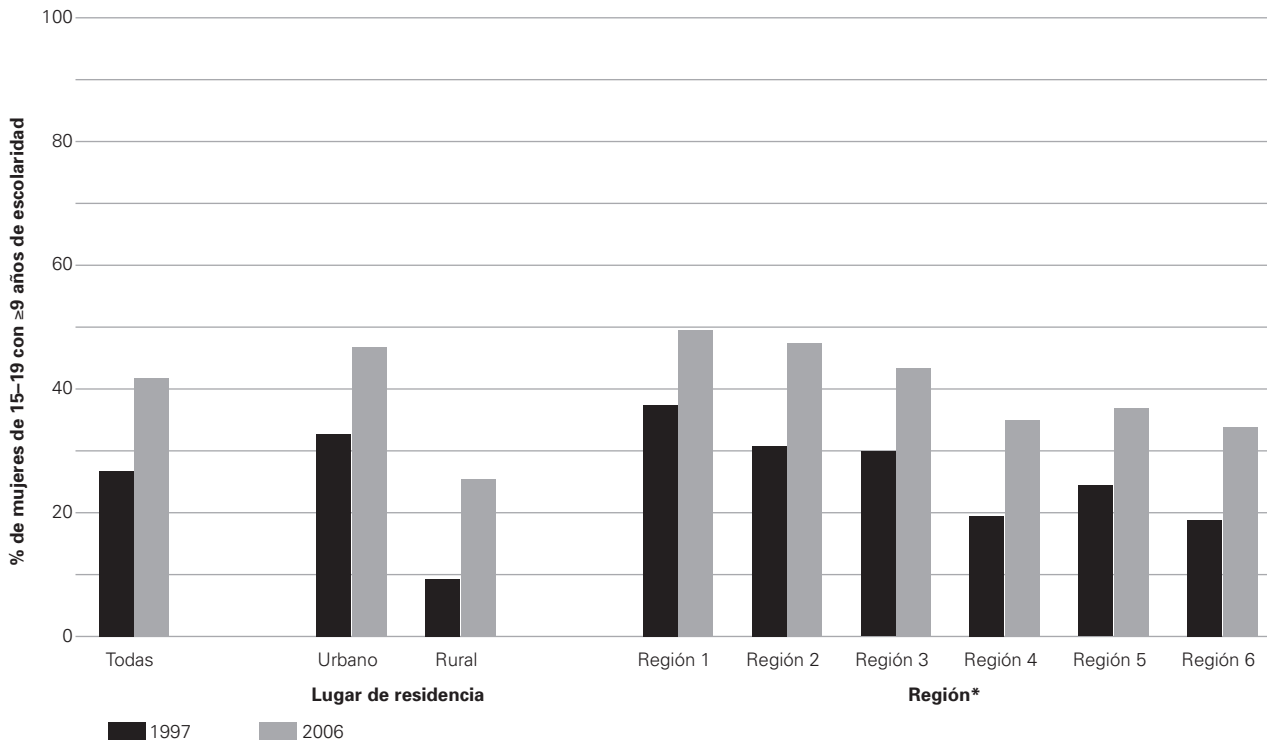
Considerando el país en su totalidad, la proporción de mujeres en el rango de edad 15–19 años con nueve o más años de escolaridad creció del 27% en 1997 al 42% en 2006. Esto representa una ganancia importante, sobre todo si se toma en cuenta que el aumento fue más acelerado en las zonas rurales, donde creció un 173% a lo largo de nueve años (del 9% al 26%), comparado con el aumento de 43% en las áreas urbanas (del 33% al 47%) en el mismo periodo. No obstante, en el 2006 aproximadamente la mitad de las mujeres adolescentes urbanas no había completado la educación secundaria, lo mismo que tres de cada cuatro adolescentes rurales.

A nivel estatal, el ritmo de crecimiento en la proporción de mujeres adolescentes con nueve años o más de educación ha sido más acelerado en los estados menos desarrollados, que son también los que tuvieron los niveles más bajos en 1997. Entre éstos se encuentran Quintana Roo, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca y Zacatecas—estados en los que menos de una por cada cinco mujeres adolescentes tenía dicha escolaridad en 1997, y una por cada tres en 2006.

Por región, las diferencias de logro educacional también son notables. En las tres regiones más desarrolladas, entre cuatro y cinco de cada diez mujeres adolescentes han completado al menos nueve años de escolaridad, mientras que en las tres regiones menos desarrolladas solamente una de cada tres lo ha hecho. En 2006, la mitad de las adolescentes de la Región 1 tenía nueve años de escolaridad, a diferencia de aquéllas de la Región 6 (la que ha registrado las mayores ganancias en escolaridad), donde sólo una tercera parte contaba con esos años de estudio.

En México, la pobreza y el logro educacional adolescente femenino están correlacionados de forma inversa. En las tres regiones más desarrolladas y con los niveles más altos de escolaridad femenina adolescente, solamente tres de cada diez trabajadores viven en pobreza (es decir, que ganan dos salarios mínimos o menos, como

GRÁFICA 1. El logro escolar de las mujeres jóvenes se está incrementando, pero las áreas rurales mantienen un rezago importante con respecto a las urbanas.



*Región 1 (lugar de residencia del 7% de las mujeres del grupo de 15–19 años)—Distrito Federal (Ciudad de México); Región 2 (38%)—Baja California, Coahuila, Nuevo León, Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Jalisco, México, Sonora y Tamaulipas; Región 3 (10%)—Durango, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala; Región 4 (24%)—Campeche, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas; Región 5 (9%)—Hidalgo y Veracruz; y Región 6 (12%)—Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Fuente: referencia 27.

se define en los índices de marginación), en comparación con los más de cinco de cada diez que habitan en las tres regiones menos desarrolladas, donde los niveles de escolaridad son los más bajos. Es probable que el bajo ingreso de las familias influya en la escolaridad limitada que sus hijas obtienen, pero el papel de otros factores también puede ser relevante, como el sesgo cultural que no estimula la educación de las mujeres, la expectativa de que la mujer se case a temprana edad y se quede en casa a ayudar con las faenas familiares, a aprender a cuidar a los niños y las tareas del hogar, o simplemente la falta de acceso a escuelas.²⁰

Las mujeres adolescentes en áreas rurales tienen menor probabilidad de tener seguro médico

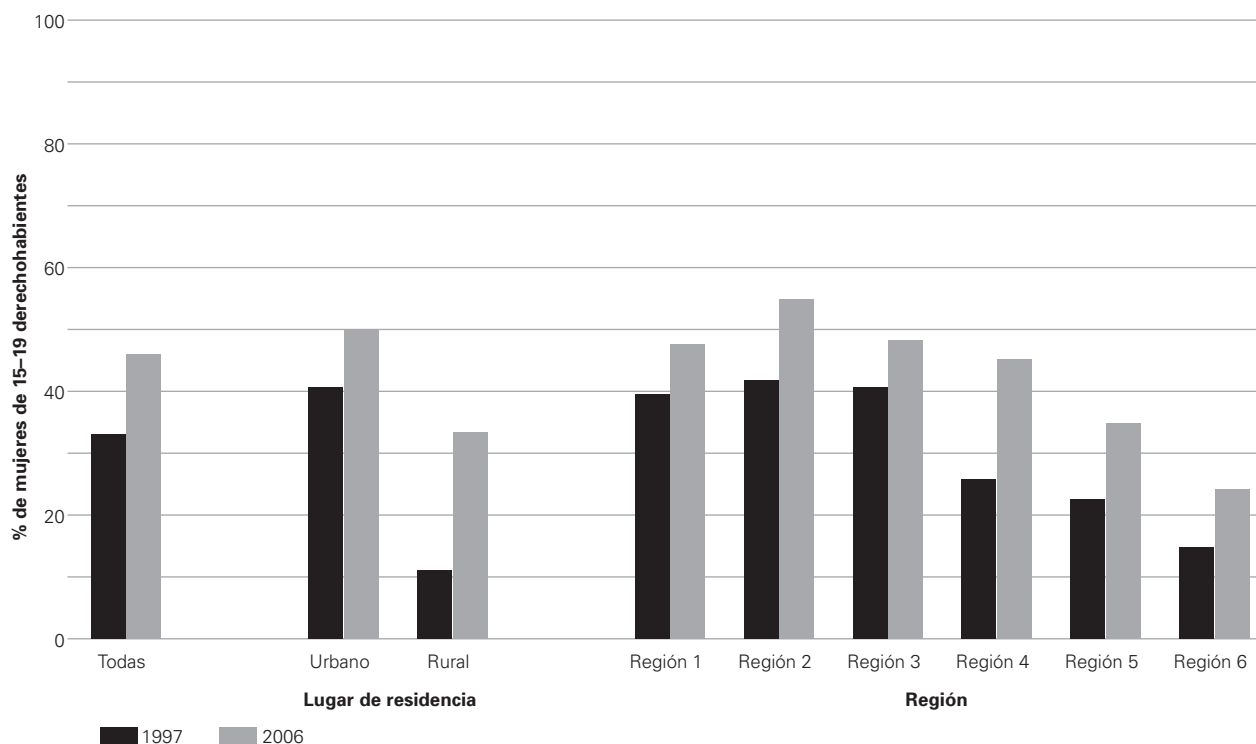
La proporción de mujeres de 15–19 años que reportaron que sus familias estaban inscritas en alguno de los esquemas gubernamentales de seguridad social para empleados formales fue de 33% en 1997, porcentaje que aumentó al 46% en 2006 (Gráfica 2 y Anexo Cuadro 1). Al final de este periodo las zonas rurales tenían las proporciones más bajas de mujeres adolescentes aseguradas—un tercio, en

contraste con las áreas urbanas donde la proporción es de la mitad.

La situación es más desfavorable en los estados que se ubican en las regiones menos desarrolladas: en 2006 sólo entre el 21% y el 27% de las mujeres adolescentes de Chiapas, Guerrero y Oaxaca tenían seguro médico. Esta baja proporción probablemente refleja el hecho de que la mayoría de los jefes de familia en estos tres estados se dedican a la agricultura o a un trabajo informal, o carecen de un ingreso fijo—categorías de trabajadores que no acceden a la cobertura de alguno de los sistemas de seguro médico gubernamental que hay en el país.

El aumento en la proporción de mujeres de edad de 15–19 años que tienen seguro médico, durante los nueve años entre las dos encuestas, fue mucho más acelerado en las áreas rurales. En éstas, la proporción creció del 11% al 33% entre 1997 y 2006 (en promedio una ganancia de 22% anual), comparada con una moderada mejora de 41% a 50% en las zonas urbanas (una ganancia promedio de sólo 2% anual). A nivel estatal, el mayor aumento fue en Tabasco y Oaxaca. A nivel regional, la proporción de aseguradas se mantuvo con un bajo nivel (24–35%) en las áreas menos desarrolladas; las Regiones 5 y 6.

GRÁFICA 2. Menos de la mitad de las mujeres adolescentes son derechohabientes; y en la Región 6 sólo una de cada cuatro lo es.



Nota: Para las definiciones de las seis regiones, ver Gráfica 1. *Fuente:* referencia 27.

La falta de seguro médico es un problema mayor para las mujeres jóvenes que se embarazan y tienen un hijo, pues la infraestructura médica que necesitan puede no estar disponible dentro del sistema de salud del sector público que brinda servicios a los no asegurados. De hecho, es éste el grupo al que va dirigido el nuevo programa federal Arranque Parejo en la Vida—APV, que intenta llegar a los grupos vulnerables construyendo hospitales en áreas rurales, capacitando personal de salud y brindando una infraestructura adecuada. Aún no se sabe si este programa está llegando ya a todas las mujeres embarazadas de 15–19 años que no cuentan con seguro,—debido a que el programa es relativamente nuevo.

Las adolescentes que tienen una vida sexual activa y que no desean embarazarse necesitan de los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos. En teoría, dichos servicios están disponibles de forma gratuita para todo aquel que los pida en cualquier establecimiento público de salud en el país (como se describe en la sección de políticas y programas), incluyendo todas las clínicas de las Secretarías de Salud de los estados. Por ello, este grupo de edad debería tener, en principio, una fuente de información sobre anticonceptivos y acceso a los diferentes métodos, sin

importar si su familia está asegurada a través de alguno de los esquemas formales del gobierno o no. Sin embargo, los expertos creen que la mayoría de la gente joven en México no sabe que tiene derecho a métodos y servicios anticonceptivos de forma gratuita.²¹ Además, las jóvenes solteras pueden ser renuentes a hacer uso de estos servicios, incluso si están conscientes de que pueden acceder a ellos, pues existe un estigma social asociado con la actividad sexual antes del matrimonio.

Hallazgos Relevantes sobre Salud Sexual y Reproductiva

La adolescencia en México, como en otros países, es una etapa de transición gradual de la infancia a la adultez, durante la cual los jóvenes deben construir las bases de conocimientos y habilidades para asumir su papel de adultos. Sin embargo, para una gran parte de las adolescentes mexicanas, esta etapa es muy corta, pues muchas pasan directamente de ser niñas a ser esposas y madres. Tanto para estas mujeres, como para las que desean retrasar el matrimonio y la maternidad pero que son sexualmente activas, la información y los servicios que necesitan para cuidar su salud sexual y reproductiva pueden no estar disponibles. Debido a que la condición de las mujeres y las posibilidades de desarrollar su potencial están fuertemente asociadas con su comportamiento marital y reproductivo, es necesario entender cómo y cuándo se casan y empiezan a formar una familia, así como si protegen su salud sexual y reproductiva de manera exitosa, pues estos datos son esenciales para preparar el terreno hacia un cambio.

El matrimonio es relativamente inusual entre las mujeres adolescentes

En México, la edad a la que las mujeres jóvenes se casan (es decir que entran en una unión legal o consensual) es un buen indicador para medir cuándo se convertirán en madres, pues la norma social prescribe que las parejas deben tener hijos poco tiempo después de casarse. Históricamente, en México las mujeres se casan más tarde que en otros países de América Latina y, comparativamente, pocas lo hacen durante la adolescencia.^{22,23} En 2006, el 12% de las mujeres mexicanas en las edades 15–19 se había casado (Anexo Cuadro 2); aproximadamente 16% en áreas rurales y 11% en zonas urbanas. El Distrito Federal fue por mucho la región con la proporción más baja de mujeres adolescentes alguna vez casadas (6%), mientras la Región 6 tuvo la proporción más alta (18%).

En general, mientras más desarrollada sea la región más baja es la proporción de adolescentes que se han casado. No obstante, algunos estados sobresalen como

excepciones a este patrón; por ejemplo, en 2006 la proporción de mujeres en el rango de 15–19 años que se habían casado en Nuevo León, un estado que se encuentra dentro de la Región 2, fue casi la misma que la del estado de Nayarit que se ubica en la Región 4, menos desarrollada (19% y 18% respectivamente).

Entre las mujeres en el rango 25–29 años,* la edad mediana al primer matrimonio (la edad en la que la mitad de las mujeres se han casado) fue de 22.3 años (Anexo Cuadro 2). Sin embargo, hubo contrastes significativos por tipo de localidad y región. La edad mediana en las zonas urbanas fue de 22.9 años, mientras que en las zonas rurales fue de 20.3—una discrepancia de 2.6 años. La diferencia de esta medida entre la zona más desarrollada y la menos desarrollada es de cinco años. Dado que los cambios en la edad al matrimonio dependen de tendencias sociales y culturales, éstos ocurren con lentitud; de hecho, entre 1997 y 2006 la edad mediana al primer matrimonio en México entre mujeres de 25–29 años aumentó sólo 0.1 años.

En algunas áreas y estados, el matrimonio antes de los 16 años no es un evento aislado. Del total de mujeres de 20–24 años encuestadas en 2006, 8% se había casado antes de cumplir 16 años; la proporción fue de 15% en las zonas rurales y de 7% en las urbanas (Anexo Cuadro 2). En el Distrito Federal, esta proporción fue de 6% y en la Región 6 de 17%.

Sin embargo, la actividad sexual premarital es común, especialmente en las áreas urbanas y en las regiones más desarrolladas

En México, al igual que en todos los países, una proporción de las mujeres adolescentes tienen relaciones sexuales antes de casarse. En 2006 (el primer año en que la ENADID preguntó a todas las mujeres encuestadas, incluyendo aquéllas que nunca habían estado casadas, la edad en la que tuvieron su primera relación sexual), el 7% de las mujeres en el rango de edad 15–19 solteras reportaron haber tenido experiencia sexual; la proporción fue de 8% en las áreas urbanas y de 4% en las rurales (Anexo Cuadro 2). Entre las mujeres de 20–24 años la proporción fue de cerca del doble que la del grupo más joven; 15% (17% en zonas urbanas y 6% en zonas rurales).

La proporción de mujeres adolescentes solteras que

*Dado que las mujeres en México se casan típicamente entre los 20–24 años, la edad mediana al momento del matrimonio debe ser medida en base al siguiente grupo de edad mayor, aquéllas entre 25–29, para asegurarse de que la mayoría de las mujeres que se unen son captadas en la estimación.

han iniciado una actividad sexual es mayor en las zonas más desarrolladas. La actividad sexual premarital entre las mujeres de 15–19 años es tres veces más común en la Región 1 (12%) que en la Región 6 (4%). En el resto de las regiones el rango de variación de esta proporción es más estrecho, de 5% a 7%. Por estado, es Chiapas el que tiene por mucho la proporción más baja (únicamente el 2% de las mujeres solteras de esta edad tienen experiencia sexual), mientras que Quintana Roo tiene la proporción más alta (14%).

Estos hallazgos indican que en la capital del país y en los estados que la circundan, una de cada siete y una de cada ocho mujeres adolescentes están en riesgo de quedar embarazadas antes del matrimonio (y también de contraer infecciones de transmisión sexual—ITS), sobre todo si ellas y sus parejas no utilizan métodos anticonceptivos de forma consistente y efectiva. Este riesgo es de menor amplitud en las áreas rurales y en los estados menos desarrollados, debido principalmente a la gran proporción de mujeres de este grupo etario que ya están casadas, pero también porque las adolescentes en estas partes del país asumen en mayor medida las normas culturales (más arraigadas en estas zonas) que desaprueban el sexo antes del matrimonio. En cualquier caso, los embarazos no planeados siguen siendo un problema en áreas rurales, sobre todo por la alta proporción en que ocurren entre las mujeres casadas.

La brecha entre la edad a la primera relación sexual y el primer matrimonio es amplia en algunos grupos

En el 2006, la edad mediana a la primera relación sexual (dentro o fuera del matrimonio) entre las mujeres de 25–29 años, era de 19.3 años considerando al país en su conjunto, con diferencias relativamente pequeñas entre las residentes urbanas y las rurales (19.5 y 18.7 años respectivamente—Anexo Cuadro 2). La edad mediana al primer matrimonio era de 22.3 años. La comparación entre estas dos medidas revela un lapso de tres años entre la iniciación sexual y el matrimonio para las mujeres jóvenes. Como se mencionó anteriormente, esta brecha implica que dichas adolescentes son más vulnerables tanto a embarazos no planeados como a ITS—incluyendo VIH—por varias razones: su limitada facilidad para utilizar métodos anticonceptivos (incluidos los condones), su falta de auto-percepción del riesgo, la influencia que la inequidad de género tiene en la actividad sexual sin protección y las normas sociales que prevalecen en el país que apoyan la maternidad temprana, las cuales son más fuertes en los escenarios rurales.^{24,25}

En el Distrito Federal, la brecha entre la edad mediana al primer encuentro sexual y el primer matrimonio fue de

casi seis años en 2006, lo que denota un periodo de vulnerabilidad más extenso al embarazo fuera del matrimonio en esta parte del país. En contraste, dentro de la Región 6 solamente un poco menos de dos años separaban estos dos eventos. A nivel estatal, Chiapas sobresale por tener una brecha de sólo un año, lo que en parte refleja una edad mediana al momento del matrimonio mucho más baja (19.2 años).

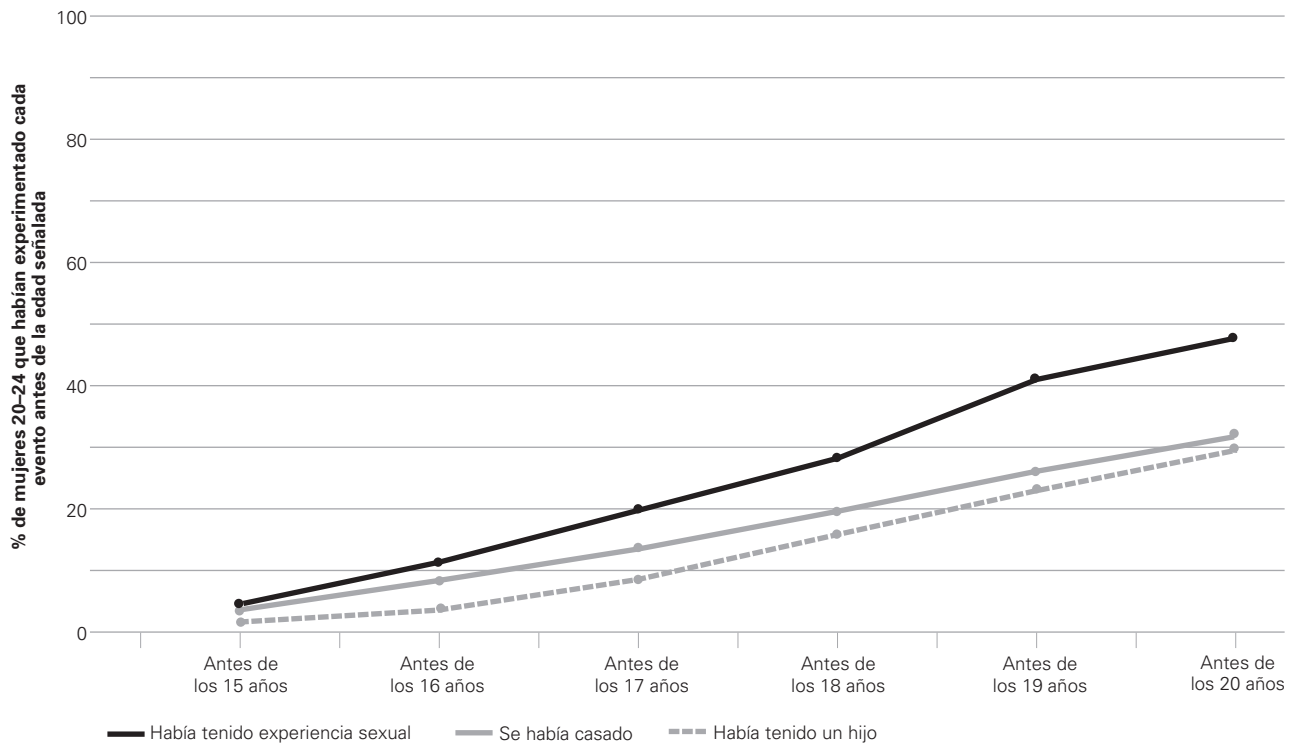
Otro marcador relevante es la diferencia entre la proporción de mujeres jóvenes que son sexualmente activas antes de los 18 años y la proporción de las que ya están casadas a esa edad. A nivel nacional, el 28% de las mujeres en el rango de edad 20–24 tuvo actividad sexual antes de su cumpleaños 18, mientras que el 19% estaba casada antes de esa edad—una diferencia de nueve puntos porcentuales (Anexo Cuadro 2). Esta diferencia es mayor en las zonas más desarrolladas que en las de menor desarrollo del país, lo cual refleja un inicio de la actividad sexual en edades más tempranas de la adolescencia en las áreas más desarrolladas. Por ejemplo, en 2006, en la Región 2, el 29% de las mujeres de entre 20–24 años había tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años, mientras que el 17% se había casado antes de esa edad—una diferencia de 12 puntos porcentuales. En las Regiones 4 a 6 la diferencia entre estas dos medidas es mucho más estrecha—alrededor de 6 puntos porcentuales en promedio. Algunos estados sobresalen por sus patrones extremos: en Baja California, que está en la frontera con los Estados Unidos, casi la mitad de las mujeres de 20–24 años había tenido experiencia sexual antes de los 18 años y sólo el 13% estaba casada a esa edad, es decir, una diferencia de 36 puntos porcentuales. En contraste, en Chiapas, uno de los estados con menor desarrollo, la proporción de mujeres de 20–24 años que habían iniciado la actividad sexual antes de los 18 años es la misma (33%) que la proporción que estaba casada, lo que indica que prácticamente ninguna había tenido sexo antes de la unión.

La tasa de fecundidad adolescente ha declinado

Entre 1997 y 2006, la tasa específica de fecundidad de las mujeres adolescentes declinó a nivel nacional de 82 a 63 nacimientos por cada mil mujeres en el rango de edad 15–19—un decremento de 24% (Anexo Cuadro 2). La tasa disminuyó en todas las regiones. En la Región 1, donde al principio de este periodo era ya relativamente baja, se modificó de 59 a 47 nacimientos por cada mil mujeres de esta edad; en la Región 6, la tasa bajó de un nivel relativamente alto de 91 a 70 por cada mil.

Como resultado de esta disminución general de la tasa de fecundidad adolescente, el número absoluto de nacimientos en este grupo de edad descendió de 413,000 a 321,000 en el periodo de nueve años entre ambas encues-

GRÁFICA 3. Antes de los 18 años, en estrecha relación con el matrimonio, una de cada seis jóvenes mexicanas había tenido un hijo.



Fuente: referencia 27.

tas. En 2006 los nacimientos de mujeres adolescentes constituyeron el 16% de todos los nacimientos en México.

En 1997 la edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres de 25–29 años de edad fue de 22.8 años. En 2006 fue casi la misma, 22.7 años. Se observaron, sin embargo, algunas diferencias regionales: en la Región 6 la edad mediana al primer nacimiento en 2006 fue de 21.8 años—sustancialmente menor que la de 24.5 años en el Distrito Federal.

Tener hijos antes de los 18 años todavía sigue prevaleciendo

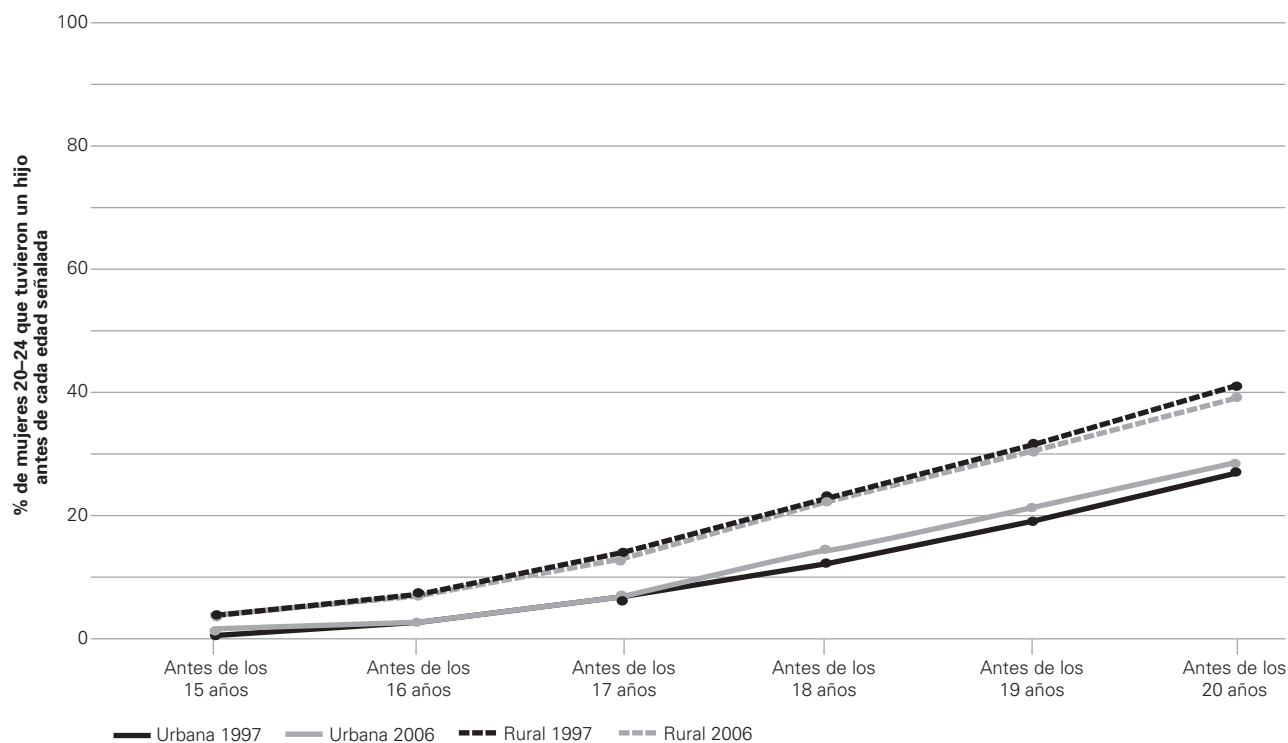
El hecho de que la tasa de fecundidad haya descendido no quiere decir que las condiciones de salud reproductiva entre las mujeres en este rango de edad hayan mejorado. En todo el país, pero particularmente en las áreas rurales, la reproducción temprana—es decir antes de los 18 años—sigue ocurriendo. En el 2006, el 16% de las mujeres de 20–24 años había tenido un hijo antes de su cumpleaños 18 (Gráfica 3 y Anexo Cuadro 2). Esta cifra es similar a la proporción de las que se habían casado a esa misma edad (19%), lo que subraya un nexo entre estos dos comportamientos. En números absolutos, entre las mujeres mexicanas de edad 15–19 años, es de esperarse que cerca de 835,000 hayan tenido un hijo a los 18 años o

más jóvenes.²⁶ A pesar de que el deseo de tener familias más pequeñas ha tomado fuerza en los últimos años,²⁷ al comparar las encuestas de 1997 y 2006 se hace evidente un incremento de 2% en la proporción de mujeres en el rango 20–24 años de edad que tuvo un hijo antes de los 18 años.

La reproducción temprana prevalece en las zonas rurales más que en las urbanas y no ha disminuido en ninguna de las dos. En las áreas urbanas, la proporción de mujeres que había tenido un hijo antes de los 18 años era de 12% en 1997 y de 14% en 2006; en las rurales era de 21% y 22% respectivamente.

A pesar de que entre 1997 y 2006 no hubo una disminución en la proporción de adolescentes que tuvieron hijos antes de cumplir 20 años en las áreas urbanas—de hecho, hubo un pequeño aumento, del 27% al 28%—, en las áreas rurales hubo un pequeño decremento en esta medida, pues pasó de 41% al 38% (Gráfica 4). Sin embargo, de modo consistente con los diferenciales urbano-rurales en la probabilidad de unirse durante la adolescencia, la proporción de mujeres que tuvieron hijos a cualquier edad antes de los 20 años fue más alta en las áreas rurales que en las urbanas. Hubo diferencias importantes en los nacimientos a edad muy temprana (antes de los 16 años) entre las regiones más y menos desarrolladas en 2006,

GRÁFICA 4. La maternidad adolescente es más común en las áreas rurales que en las urbanas, pero en las primeras ha declinado en cierta medida entre las adolescentes mayores.



Fuente: referencia 27.

como lo indica la Gráfica 5, página 14. En la Región 6, 8% de las mujeres en el rango de edad 20–24 años (aproximadamente una de cada 12) tuvo su primer hijo antes de su cumpleaños 16, comparado con el 3% (una por cada 33) en la Región 1 (que corresponde al Distrito Federal). Antes de los 18 años esta proporción fue de 23% en la Región 6 y de 14% en la Región 1.

En la Región 1, en 2006, el porcentaje de mujeres que había tenido un hijo antes de su veinteavo aniversario fue dos puntos porcentuales más alto que el porcentaje de mujeres que se había casado (no mostrado). Esto significa que en la capital del país habitan algunas madres solteras adolescentes.

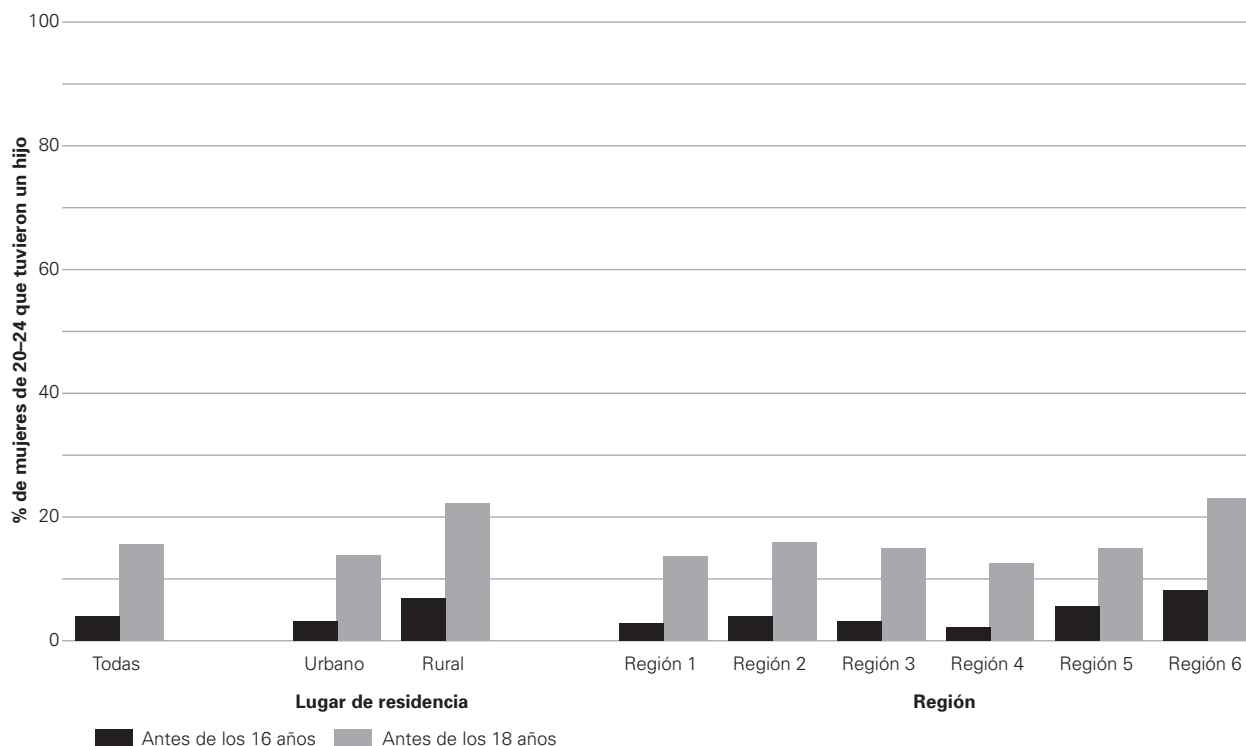
Históricamente, en México las mujeres han tenido su primer nacimiento poco tiempo después de casarse—un año o menos.²⁸ En el 2006, la brecha entre la edad mediana al momento del primer matrimonio y la edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres del grupo de edad 25–29 fue muy pequeña—0.4 años a nivel nacional (0.2 años en áreas urbanas y 1.1 años en las rurales—Anexo Cuadro 2). Estos datos sugieren que están ocurriendo muchas concepciones premaritales; que una proporción considerable de jóvenes está teniendo relaciones sexuales antes del matrimonio sin utilizar protección, precipitan-

do matrimonios para los cuales la pareja puede no estar preparada.

Es factible también que algunos embarazos premaritales (al igual que dentro del matrimonio) terminen en aborto. Si bien no existen datos exhaustivos sobre el aborto entre las adolescentes mexicanas, hay estudios que indican que el aborto se practica dentro de este grupo de edad, aunque es altamente probable que el nivel esté subregistrado. Dado que el aborto en México (fuera de la Ciudad de México) está altamente restringido por la ley, a menudo el procedimiento se lleva a cabo en la clandestinidad y bajo condiciones de riesgo. Dichos procedimientos imponen serios riesgos de salud y sociales a todas las mujeres, pero especialmente a las jóvenes más desfavorecidas, que muchas veces no tienen los medios de acceder a un aborto seguro.^{29,30}

Sólo en las áreas rurales y en la Región 6, probablemente más conservadoras que el promedio del país en cuanto a sus patrones de nupcialidad y a su proceso de formación de las familias, el nivel de concepción premarital es muy bajo, como se infiere por la brecha de un año entre el primer matrimonio y el primer nacimiento, así como por el hecho de que el matrimonio casi siempre antecede al embarazo en estas partes del país.

GRÁFICA 5. En 2006, en la región la menos desarrollada, una de cada 12 mujeres tuvo un hijo antes de los 16 años, en contraste con una de cada 33 en la región la más desarrollada.



Nota: Para las definiciones de las seis regiones, ver Gráfica 1. *Fuente:* referencia 27.

Los niveles de conocimiento de anticonceptivos son altos, pero varían ligeramente entre las mujeres adolescentes urbanas y las rurales

Dados estos patrones de actividad sexual, de matrimonio y del primer nacimiento entre las mujeres jóvenes en México, su conocimiento y uso de anticoncepción son factores importantes a considerar.* Es así como surgen preguntas relevantes sobre el comportamiento anticonceptivo de las mujeres: ¿Ha aumentado el grado de conocimiento sobre la anticoncepción? ¿Qué tan común es el uso de anticonceptivos? ¿El nivel de uso varía de acuerdo al nivel de desarrollo

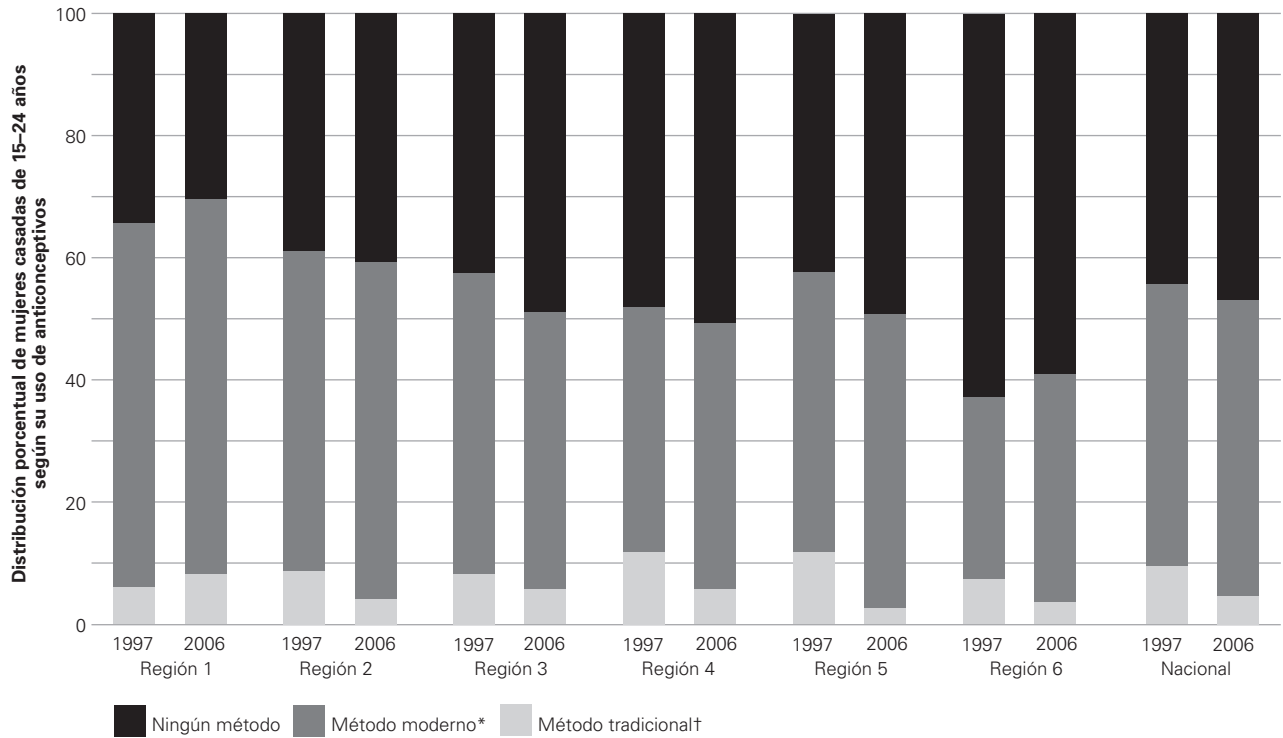
*La medida de conocimiento utilizada en este reporte, se refiere a una pregunta simple de conocimiento—espontáneo y con sondeo—sobre métodos anticonceptivos en las encuestas. Otros estudios se han centrado en el conocimiento real de estos métodos, haciendo varias preguntas que van dirigidas a saber si los adolescentes saben cómo utilizar los métodos que nombran. Estos estudios revelan que el grado de conocimiento real sobre anticonceptivos entre los adolescentes es mucho más bajo que el grado de conocimiento que parecen tener de acuerdo a los datos de las encuestas. (Fuentes: referencia 24 y Menkes C et al., *La Salud Reproductiva de los Estudiantes de Secundaria y Media Superior, de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí, Cuernavaca, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares, 2006, p. 77.*)

socio-económico de una región? ¿Dónde obtienen las mujeres los métodos anticonceptivos?

En general se han utilizado dos maneras de obtener datos sobre el grado de conocimiento de los anticonceptivos a través de encuestas: primero se le pide al entrevistado que nombre los métodos que conoce (conocimiento espontáneo) y, después, se listan los métodos que no mencionó y se le pregunta si alguna vez ha oído acerca de cada uno de ellos (conocimiento con sondeo). La gran mayoría de las adolescentes mexicanas muestran estar familiarizadas con la anticoncepción cuando se combinan ambos modos de conocimiento. En 1997, el 93% de las mujeres de edad 15–19, sin importar su situación marital y su actividad sexual, conocía al menos un método anticonceptivo; para 2006 el porcentaje era de 97% (Anexo Cuadro 3). Sin embargo, al final de este periodo el conocimiento era un tanto menos preponderante en las áreas rurales (91%) que en las urbanas (98%). A nivel regional, el conocimiento de al menos un método anticonceptivo era casi universal en todas las regiones independientemente de su grado de desarrollo, aunque era un poco más bajo en la Región 6 que en las otras.

No sólo es extenso el conocimiento general sobre la anticoncepción entre las mujeres adolescentes mexi-

GRÁFICA 6. La proporción de mujeres jóvenes casadas que no utilizan algún método anticonceptivo ha aumentado y ahora se encuentra en casi la mitad.



*Píldora, DIU, inyectables, condón masculino o femenino, vasectomía o esterilización femenina, diafragma, espuma o jalea. †Ritmo, retiro y los demás métodos tradicionales (como tés y hierbas). Nota: Para las definiciones de las seis regiones, ver Gráfica 1. Fuente: referencia 27.

canas; este grupo también está familiarizado con un número importante de métodos. En 2006 mencionaron un promedio de 3.2 métodos anticonceptivos espontáneamente y 2.5 más con sondeo, para alcanzar un total de 5.7 métodos (Anexo Cuadro 3). Esta cifra es ligeramente mayor que la de 5.4 métodos que conocían en 1997. En promedio, las adolescentes urbanas conocían un método más que sus contrapartes rurales, y aquéllas que residían en la Región 1 conocían uno más que las de la Región 6.

Es satisfactorio que el conocimiento por parte de las adolescentes sobre los anticonceptivos sea tan elevado en todo el país; sin embargo, no hay que olvidar que la familiaridad básica con un método no significa que las jóvenes entiendan cómo funciona o cómo utilizarlo de forma correcta. Desafortunadamente, las encuestas analizadas en este reporte no proporcionan información sobre el conocimiento real de los métodos, y hay estudios que han encontrado que la simple mención de éstos no conlleva un conocimiento real.^{24,31} Un estudio reciente sobre adolescentes en México encontró que el 88% de la gente joven había oído del condón, pero sólo el 69% tenía conocimiento real sobre este método (es decir que sabía cómo utilizarlo).^{24, 32}

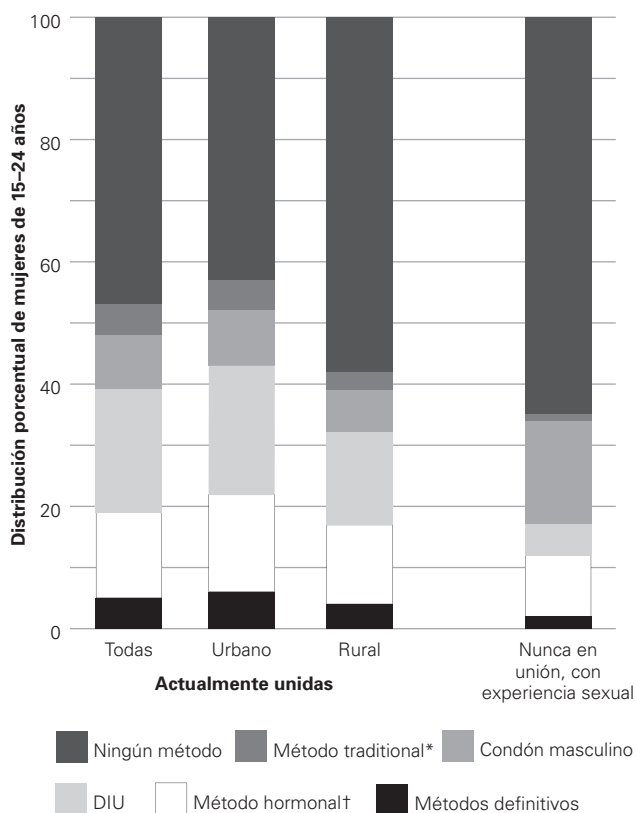
Cerca de una de cada dos jóvenes casadas utiliza anticonceptivos

Poco más de la mitad de las mujeres casadas entre los 15–24 años estaba utilizando métodos anticonceptivos en 1997—56%. Para 2006 esta proporción había disminuido al 53% (Gráfica 6 y Anexo Cuadro 3). A nivel regional, el Distrito Federal fue la única región que no registró un ligero incremento en la proporción de quienes no usan ningún método.

Entre 1997 y 2006, el uso de métodos tradicionales (el ritmo, el retiro y otros, como tés y hierbas) entre las mujeres jóvenes casadas declinó en el país; pasó de 9% a 5%. A pesar de que el uso de métodos tradicionales es bajo, debe tenerse presente que éstos son menos efectivos que los métodos modernos (pastillas, DIU, inyectables, condón masculino y femenino, esterilización masculina y femenina, implantes, parches, diafragma, espumas, jaleas y óvulos). A diferencia de los métodos tradicionales, el uso de métodos modernos tuvo un ligero aumento (de 46% a 48%).

El uso de anticoncepción, sobre todo de métodos modernos, fue más elevado en las áreas urbanas que en las rurales en ambas encuestas. En 2006, el uso de anti-

GRÁFICA 7. En 2006, los métodos anti-conceptivos utilizados por las jóvenes variaron de acuerdo con su estado civil y lugar de residencia.



*Ritmo, retiro u otro método tradicional (como tés y hierbas) †Píldora o inyectable. Fuente: referencia 27.

conceptivos entre las jóvenes casadas en el grupo etario 15–24 varió mucho entre regiones, de 41% en la Región 6 a 70% en la Región 1. Algunos estados en distintas regiones sobresalen por sus altos niveles de uso de métodos modernos en 2006, entre ellos el Distrito Federal (62%), Coahuila (64%) y Tamaulipas y Nuevo León (63%).

Las jóvenes casadas que viven en zonas rurales son menos propensas a utilizar algún método

El uso de métodos anticonceptivos—tanto modernos como tradicionales—entre las mujeres casadas de 15–24 años es considerablemente menor en las zonas rurales que en las urbanas—42% vs. 57% en 2006 (Gráfica 7 y Anexo Cuadro 3).

El DIU es el método más utilizado entre las jóvenes casadas en general (en 2006 era utilizado por el 20%), y es más popular entre las mujeres que residen en las áreas urbanas que en las rurales. No obstante, su popularidad bajó entre 1997 y 2006 en ambos tipos de áreas

del país (no mostrado). Una situación parecida ocurre con las pastillas, el segundo método más popular (utilizado por el 9% en 2006). Su uso bajó tanto en zonas urbanas como rurales, pero en mayor grado en estas últimas (no mostrado). El uso del condón masculino entre las parejas de las mujeres en el rango de edad 15–24 fue de 9% en las áreas urbanas y de 7% en las rurales (con un ligero aumento desde 1997). También es interesante el hecho de que una proporción pequeña de mujeres casadas (5%) ha optado por la esterilización, un método permanente. En otras palabras, una por cada nueve de todas aquellas que utilizan algún método moderno (48%) se ha sometido a este procedimiento, mientras que sólo una pequeña proporción de sus parejas ha dado este paso (0.1%).

Las jóvenes solteras que tienen experiencia sexual son menos proclives que las jóvenes casadas a utilizar anticonceptivos

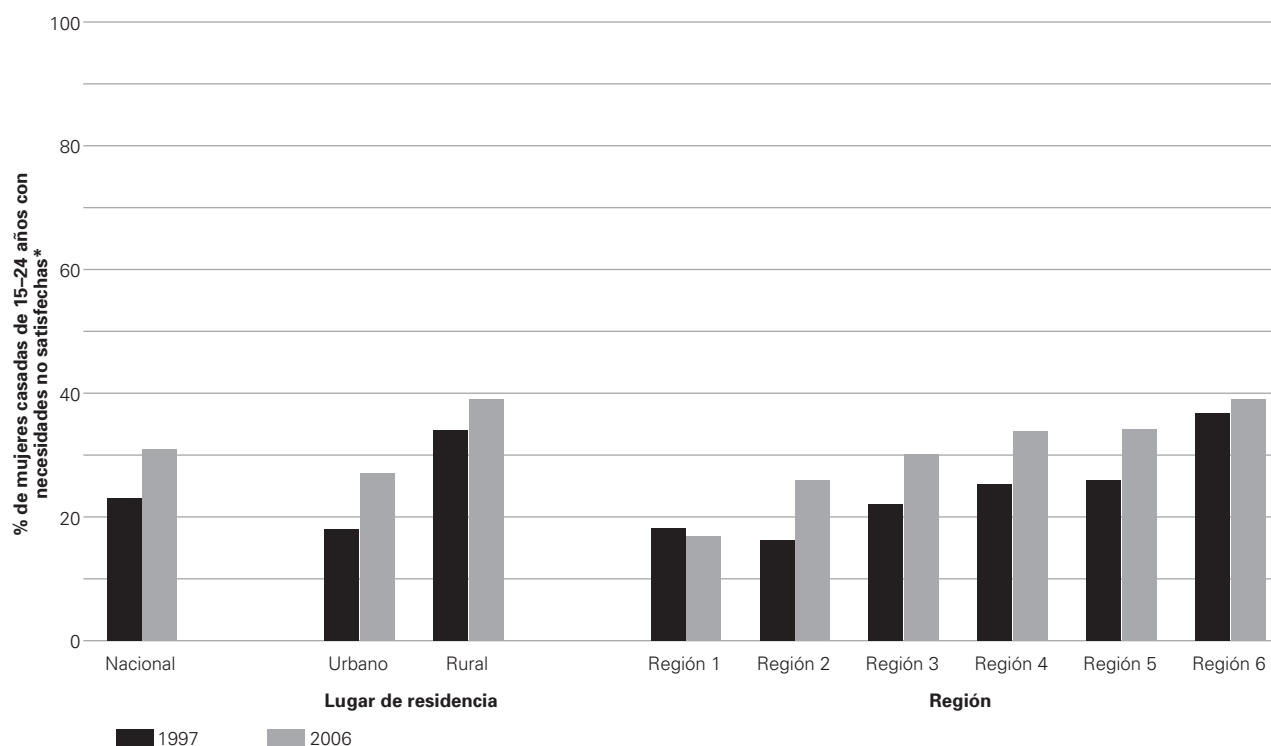
En muchas partes del mundo, las jóvenes sexualmente activas que no se han casado desean evitar un embarazo en mayor medida que sus pares casadas y, por consiguiente, son más propensas a hacer uso de algún método anticonceptivo. Sin embargo, en México éste no parece ser el caso. En 2006, tan sólo el 35% de las mujeres solteras, con experiencia sexual, en el grupo de edad 15–24 utilizaba anticonceptivos—una proporción 18 puntos porcentuales más baja que el 53% entre las mujeres casadas de la misma edad (Gráfica 7).

La combinación de métodos entre las mujeres solteras con experiencia sexual en el grupo etario 15–24, difiere significativamente del mismo grupo que estaban casadas: el condón representa la mitad de todos los métodos utilizados en el primer grupo, mientras en el segundo representa sólo la sexta parte del total de jóvenes (17% vs. 9%). Estos datos sugieren que las mujeres que tienen experiencia sexual y no están casadas desean prevenir tanto ITS como embarazos, o que tienen mayor dificultad para obtener pastillas y otros métodos que sus iguales casadas. La proporción de solteras que utiliza el condón en las áreas rurales es menos de la mitad que en las urbanas (7% y 19% respectivamente) (no mostrado).

El papel que tiene el sector público en la provisión de métodos anticonceptivos modernos va a la baja

En 1997, el 71% de las mujeres de 15–24 años de edad que utilizaba un método anticonceptivo moderno lo obtenía de una clínica u hospital público; el resto acudía a un médico o clínica del sector privado (6%) o a un punto de venta comercial, esto es, farmacias y tiendas (22%—Anexo Cuadro 4). En 2006, el papel del sector pú-

GRÁFICA 8. Las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las jóvenes casadas han aumentado sustancialmente; entre menos desarrollada la región, mayores las necesidades.



*Mujeres que no quieren hijos pronto (dentro de los próximos 2 años) o nunca, pero que no utilizan algún método anticonceptivo. Nota: Para las definiciones de las seis regiones, ver Gráfica 1. Fuente: referencia 27.

blico había declinado, pues el 60% recurría a él, mientras que las fuentes comerciales como proveedor del método moderno había incrementado al 31%. Tiendas y farmacias aparecen como las principales proveedoras que compensaban la disminución del papel del gobierno. Debe de hacerse notar que en ambas encuestas las usuarias rurales fueron más propensas que las urbanas a depender del sector público para obtener provisiones anticonceptivas.

El papel del sector público como proveedor de métodos anticonceptivos ha disminuido cerca de 11 puntos porcentuales en todo el país entre 1997 y 2006. La única excepción es la Región 1, donde la dependencia del sector público se incrementó de 59% a 62%. De cualquier manera, el papel de las farmacias y otros puntos de venta ha crecido significativamente en todas las regiones, incluyendo ésta. Durante el periodo de nueve años entre encuestas, el mayor incremento en el porcentaje de dependencia de farmacias y tiendas ocurrió en la Región 3 (un incremento del 65%), mientras que el menor fue en la Región 1 (21%).

Las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las jóvenes casadas son altas y van en aumento

Un indicador importante utilizado por CONAPO y el gobierno mexicano en general ha sido el de necesidades no satisfechas de anticoncepción, definido como el porcentaje de mujeres expuestas a un embarazo (sexualmente activas y fértiles) que no están utilizando ningún método anticonceptivo y que no quieren tener (más) hijos o que no desean un hijo pronto (en los próximos dos años).³³ Entre 1997 y 2006, las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres casadas de México en el grupo de edad 15-24 se incrementó de 23% a 31% (Gráfica 8 y Anexo Cuadro 3). Este porcentaje aumentó en todas las regiones, con excepción de la Región 1, y en todos los estados, exceptuando cuatro de ellos además del Distrito Federal.

Los cambios en las necesidades no satisfechas de anticoncepción se han dado de forma desigual a lo largo del país. Éstas aumentaron un 35% durante el periodo de nueve años entre encuestas tomando al país en conjunto, pero aumentaron en mayor grado en las áreas urbanas (en 53%) que en las rurales (16%). Los distintos aumentos se ubican en un rango amplio, desde un leve

7% en la Región 6, hasta un elevado 59% en la Región 2; en contraste, la Región 1 tuvo una caída de 7% en las necesidades no satisfechas de anticoncepción, partiendo de un nivel de 18% en 1997 (cercano al promedio nacional de ese año). Estos hallazgos señalan que muchas mujeres jóvenes que viven en México, especialmente las que se encuentran fuera de la capital, tienen dificultades para poder utilizar métodos anticonceptivos. Es claro que desean tener familias más pequeñas y les gustaría planear con más cuidado sus embarazos. Esto sugiere la necesidad de mejores servicios e información de planificación familiar. Existen otros factores que influyen en las necesidades no satisfechas de anticoncepción, como son las normas culturales de género que actúan como barrera para el uso de anticonceptivos.

De entre las mujeres alguna vez casadas de todas las edades, las adolescentes son las que tienen mayores necesidades no satisfechas de anticoncepción. CONAPO estima que en 2006 el 36% de las mujeres alguna vez casadas de 15–19 años estaba en esta situación, comparado con el 25% de las mujeres de 20–24 años y el 17% de las que pertenecen al grupo de 25–29.³³ (Cuadro 4) Este diferencial por edad sugiere que las mujeres más jóvenes, comparativamente, pueden estar en desventaja en cuanto a su posibilidad de acceder a métodos anticonceptivos modernos, o pueden carecer de conocimiento sobre cómo usarlos.

Políticas y Programas Dirigidos a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

México cuenta con muchas instituciones gubernamentales, tanto a nivel federal como estatal, que se ocupan de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Siete de estas instituciones—en el nivel federal—tienen la mayor influencia en el desarrollo e implementación de políticas y programas relevantes.¹

- El Consejo Nacional de Población—CONAPO es la entidad del gobierno a cargo de la planeación demográfica del país y de diseñar e implementar la política de población. Establece los lineamientos para las políticas en materia de fecundidad y planificación familiar, y dirige y realiza las actividades de información, educación y comunicación (IEC).
- La Secretaría de Salud es responsable de establecer la normatividad de los programas que llevan a cabo las diferentes organizaciones gubernamentales federales y estatales. Tiene dos centros enfocados a la salud sexual y reproductiva: el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva—CNEGySR y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA—CENSIDA. El primero promueve servicios de salud reproductiva para la población en general y el segundo se centra en los aspectos específicos del VIH/SIDA.
- La Secretaría de Educación es responsable de normar la operación de las escuelas primarias y secundarias a nivel nacional, incluyendo la elaboración de planes de estudio, la publicación de los libros de texto obligatorios, así como de normar la capacitación de los maestros.
- El Instituto Mexicano de la Juventud está a cargo de varios programas, en especial de IEC, dirigidos a adolescentes. Otorga también recursos a proyectos de organizaciones no gubernamentales (ONG) que ayudan a alcanzar los objetivos del Instituto.
- El Instituto Nacional de la Mujer tiene como una de sus responsabilidades centrales fortalecer la perspectiva de género en todas las acciones que emprende el gobierno federal. Monitorea el apego del país a los diversos acuerdos internacionales en la materia, como son algunos de los que se establecieron en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia—DIF, es un organismo de asistencia social para ayudar a la población general. Lleva a cabo actividades

dirigidas a los adolescentes, en particular relacionadas con el embarazo y con la violencia doméstica.

- El Instituto Mexicano del Seguro Social—IMSS como ya se mencionó anteriormente, provee servicios de salud y seguridad social a los trabajadores formales asalariados y a sus familias. Se destaca en este apartado por el gran volumen de población a la que atiende. En la actualidad también brinda servicios a población no asalariada de zonas rurales a través del programa IMSS-Oportunidades. Este Instituto ha implementado programas específicos para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en zonas urbanas y rurales.

Los primeros programas de salud sexual y reproductiva fueron enfocados en reducir la fecundidad

Desde el punto de vista legislativo y de los planteamientos políticos, el enfoque de México ante los temas relacionados con la sexualidad es en lo general abierto y progresista (no restrictivo) comparado con el de otros países de América Latina. Dicha perspectiva se reforzó de forma explícita después de la creación de CONAPO; y puede verse en la Constitución mexicana, así como en las políticas y programas que se han implementado en relación con la salud y la educación. No obstante, existen barreras y se requieren algunas modificaciones para alcanzar una mejora en las condiciones de salud reproductiva entre las mujeres jóvenes.

Dado que el gobierno estaba preocupado por el rápido crecimiento de la población y el impacto económico que esto tendría, desde inicios de la década de 1970 le dio prioridad a reducir los niveles de fecundidad. En 1974, la Constitución se modificó para reconocer de forma explícita el derecho de todos los mexicanos a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos.³⁴ A partir de entonces se ofrece información y servicios sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en unidades de salud del sector público. Desde ese momento, la Secretaría de Salud y el resto de las instituciones de salud y seguridad social han prestado servicios de planificación familiar a toda la población que lo solicita, en un inicio con mayor amplitud en las áreas

urbanas y más tarde extendiéndose a las rurales.³⁵ Este programa inicialmente tenía un enfoque predominante hacia las mujeres casadas, pero desde inicios de la década de 1980 se extendió también al grupo de adolescentes.*¹

Desde la década de 1970, y con un paso más acelerado a partir de la CIPD, los sucesivos gobiernos mexicanos han demostrado estar conscientes del fuerte nexo entre el progreso social y económico del país y la salud reproductiva de la población, especialmente en lo que se refiere a los altos niveles de procreación temprana entre la juventud.

En 1993–1994, México hizo cambios importantes a sus políticas sobre salud reproductiva. Como consecuencia del interés que el gobierno y las ONG expresaron, el país asumió una posición líder en los acuerdos alcanzados en 1994 en la CIPD.^{1,24,36} A partir de ese año, las políticas sociales, de población y de salud fueron diseñadas con un mayor enfoque hacia mejorar la calidad de los servicios, promover la equidad de género, reducir las diferencias sociales y adoptar un concepto de sexualidad y de reproducción dentro de un contexto de derechos humanos. No obstante, como revelan los datos que se presentan en este reporte, persiste una alta proporción de mujeres con necesidad no satisfecha de anticoncepción y persiste un bajo uso de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes, además de que ciertos grupos permanecen en una situación de especial desventaja en cuanto a su salud sexual y reproductiva, lo que indica que las políticas no han sido traducidas de forma efectiva en programas y en cambios de comportamiento.

En 1995, la nueva administración del presidente Ernesto Zedillo inició reformas en el gobierno federal, bajo el nombre de Nuevo Federalismo, que tenían como objetivo descentralizar el gasto público.³⁷ Dichos cambios fueron proyectados considerando que los gobiernos locales están más en contacto con los problemas de su población y pueden tener una visión más clara de las medidas específicas que son necesarias para resolverlos. Aunque la descentralización ha sido benéfica en varios sentidos, no parece haber tenido un efecto positivo en la provisión de servicios de planificación familiar y de anticoncepción. Tras los avances legislativos y de los programas nacionales para hacer efectivo el derecho a toda la gente a estos servicios, la amplitud de su implementación depende ahora de cada gobierno estatal, en cuanto a qué proporción de su presupuesto decide asignar a esta materia.

*Las normas y otros instrumentos fueron adecuados para asegurar que este programa considerara a los adolescentes. Por ejemplo, el documento NOM 005-SSA-1993 (una norma), enlista las indicaciones médicas para el uso de cada método anticonceptivo cerrando normalmente (con la excepción del método de esterilización) con la frase “recomendado para gente de todas las edades, incluyendo adolescentes”.

Distintos programas se han puesto en marcha recientemente

En México se elige un nuevo presidente cada seis años y, con cada nueva administración, dentro de un nuevo plan sexenal, la atención al tema de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes cambia su enfoque y su rumbo. A continuación se hace una reseña cronológica de algunas de las distintas iniciativas que han estado en operación desde 1997, tanto en el sector de salud como en el educativo. Son ejemplos ilustrativos de naturaleza diversa; algunos se refieren a servicios de salud y otros a educación sexual, y han alcanzado distintos niveles de éxito.

- La planificación familiar, una política clave del gobierno mexicano que inició en el decenio de 1970, sigue vigente. Un aspecto relevante que es de llamar la atención, es que la fuerza que tenía el programa, sobre todo durante las décadas de 1970 y 1980, se ha ido perdiendo conforme se ha avanzado en el objetivo de reducir los niveles de fecundidad. Hoy en día, 35 años más tarde, es poco probable que la mayoría de los adolescentes estén conscientes de que tienen derecho a servicios de planificación familiar gratuitos en las unidades de salud de las instituciones públicas.
- En 1994, la Secretaría de Salud puso en marcha un programa dirigido específicamente a los adolescentes, a través de “módulos amigables”. Su meta principal era proporcionar orientación y consejería sobre planificación familiar a la población de este grupo de edad dentro de las clínicas de la Secretaría. A pesar de que estos servicios fueron adecuados para la gente joven, el número total de clínicas que se alcanzó a incorporar fue reducido con respecto al tamaño de la población adolescente: en 2000 había sólo 240 clínicas a lo largo de todo el país con estos servicios.^{1,38,39} En 2001, el gobierno recién electo cambió el nombre a “servicios amigables para adolescentes” (descritos más adelante).
- Desde 1997, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia—DIF estableció los lineamientos para la operación del Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes—PAIDEA, cuyo objetivo primordial es evitar la exclusión social de las adolescentes como consecuencia de un embarazo no planeado. Los trabajadores que están a cargo del programa en los sistemas DIF estatales y municipales, reciben capacitación especialmente para ello. En 2007, el PAIDEA atendió a 43,986 mujeres y a 5,222 hombres de entre 12 y 20 años de edad, en 318 comunidades de 27 estados.⁴⁰ El programa también da servicios de planificación familiar gratuitos a jóvenes de 12 a 18 años de edad. A pesar de estos esfuerzos, la proporción de jóvenes que ha alcanzado aún es muy baja, dado el ta-

maño de la población de este grupo etario (9.4 millones de mujeres y 9.6 millones de hombres de entre 12 y 20 años de edad²⁶).

- En 1998, IMSS-Oportunidades lanzó un programa llamado Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural—MAISAR. Los objetivos principales de este programa son: mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, incrementar las prácticas preventivas de salud, promover la creatividad, el desarrollo y la alta autoestima entre la juventud, fomentar el respeto por la diversidad e incentivar el desarrollo de habilidades para la vida y la equidad de género. De manera integrada a este programa se crearon los Centros de Atención Rural al Adolescente—CARAS, dentro de las Unidades Médicas Rurales y los hospitales del IMSS-Oportunidades. CARAS es una estrategia pionera cuyo objetivo es atender las necesidades de 2.3 millones de adolescentes en las áreas rurales. Estos centros están diseñados para crear una atmósfera amigable para el adolescente, donde puedan reunirse, participar en cursos educativos e intercambiar ideas con el personal de salud acerca de diversos temas. Las sesiones educativas son impartidas por pares con intereses similares, como parte de una estrategia para crear líderes voluntarios que se ofrezcan a recibir entrenamiento y se conviertan en agentes de cambio para el desarrollo de su comunidad.

El programa se ha implementado en los 17 estados donde el programa IMSS-Oportunidades está presente.* En estos estados, un poco más de dos millones de jóvenes de 10 a 19 años ha recibido servicios de 3,617 CARAS desde 1998. Estos centros han formado a 11,638 grupos juveniles y a 34,309 líderes, y ha proporcionado educación sobre los temas de interés del programa a 840,824 adolescentes. La población a la que está dirigido ha incrementado el uso de anticonceptivos de 7% a 22%, y ha reducido el porcentaje de embarazos no planeados de 31% a 24%.^{41,42} Éste es uno de los programas a largo plazo más exitosos que el gobierno mexicano ha implementado, alcanzando a una proporción importante de jóvenes.

- Como parte de la tendencia de las políticas para mejorar la atención de la población adolescente, el Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001–2006, elaborado por la Secretaría de Salud, planteó asegurar los derechos de los individuos en relación con tres aspectos: información sobre salud reproductiva, respeto por los derechos sexuales y reproductivos y servicios de alta calidad. Por primera vez, este Programa identificó explícitamente las necesidades de grupos específicos de población, entre ellos los de edad 10–19. Los planteamientos de este programa involucran tanto a las Secretarías de Salud de los gobiernos de los estados—SESA, como a los gobier-

nos municipales, además de la colaboración de distintos grupos de la sociedad civil. A fines de 2006, ya se contaba con 668 centros de salud y hospitales de las SESA que prestaban servicios amigables para adolescentes.⁴³ Aunque los servicios de este tipo se han incrementado, siguen siendo muy escasos para cubrir a toda la población joven del país.

- En el 2003, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y varias ONG lanzaron la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de la Juventud, que difunde la Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes, la cual enuncia 13 derechos.[†] Aunque su alcance es aún limitado, esta iniciativa es muy importante ya que representa un reconocimiento de los derechos sexuales (en particular aquellos de los adolescentes) como parte integral de los derechos humanos.
- En lo que se refiere a las políticas sobre educación sexual debe mencionarse, primero, que la legislación actual establece que un individuo tiene derecho a la educación y que es obligatorio para los padres hacer que sus hijos cursen la escuela primaria (seis años) y después la escuela secundaria (tres años).[‡] El gobierno tiene que proveer esta educación, laica y gratuita, a todas las familias. En 1993 fue cuando la escuela secundaria se convirtió en obligatoria, y se iniciaron diversas reformas educativas. Hasta antes de ese momento, la educación sexual en las escuelas era un tabú, aunque hay algunos antecedentes desde 1970 sobre temas de anatomía y fisiología relacionados con la sexualidad dentro de las clases de biología. En los planes de estu-

*Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

†Los trece derechos son: (1) derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad; (2) derecho a manifestar públicamente mis afectos; (3) derecho a ejercer y disfrutar plenamente de mi vida sexual; (4) derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada; (5) derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad; (6) derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad; (7) derecho a vivir libre de toda discriminación; (8) derecho a vivir libre de violencia sexual; (9) derecho a la libertad reproductiva; (10) derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva; (11) derecho a información completa, científica y laica sobre sexualidad; (12) derecho a la educación sexual; y (13) derecho a participar en políticas públicas sobre sexualidad.

‡En México, la Secretaría de Educación Pública provee de libros de texto gratuitos a todas las escuelas primarias del país—públicas y privadas—y es obligatorio su uso en todas ellas. Para las escuelas secundarias, la Secretaría convoca a diferentes autores a que escriban libros de texto de acuerdo con el programa oficial de cada materia; los maestros eligen uno de estos libros para utilizar en el salón de clase. Además, las escuelas de gobierno tienen un conjunto de libros, disponibles en la biblioteca, de cada uno de los varios autores. (Fuente: referencias 1,44).

dios de las escuelas se incluyeron temas de educación sexual en quinto y sexto grado de primaria, así como en los tres años de secundaria; el argumento central que se planteó para este cambio fue la nueva información que se acababa de obtener sobre las ITS, especialmente sobre la transmisión del VIH. Durante el ciclo escolar 1999–2000 se creó una nueva materia para la escuela secundaria—Formación Cívica y Ética—que incluye los temas de sexualidad y reproducción. Dos materias ya existentes fueron combinadas para crear ésta; como resultado, maestros con formación distinta a la biología o la medicina, como psicólogos y abogados, imparten ahora estos temas. Las reformas educativas y los cambios a los planes de estudios representan un avance significativo en el grado de apertura hacia la información sobre los temas de salud reproductiva.^{1,44}

Desafortunadamente, una encuesta de MEXFAM (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.)⁴⁵ realizada en 2002 entre maestros de primaria y secundaria, encontró que la mayoría de los maestros no tiene el nivel de conocimientos ni se sienten con la comodidad suficiente para manejar los nuevos contenidos y materiales sobre educación sexual y, una parte de ellos, manifestó no impartir esos contenidos, o tener dificultades para impartirlos. La eficacia de esta reforma depende de la capacidad de los maestros de transmitir los contenidos de forma exitosa, por lo que se requiere proporcionarles capacitación en estos temas, además de orientarlos para que tengan una actitud abierta hacia los temas de sexualidad. Cuando se les preguntó sobre temas de comportamiento sexual, la mayoría de los maestros manifestó su oposición al uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes, así como a la actividad sexual antes del matrimonio. Un reto central es que estos contenidos deberán ser impartidos por parte de maestros que se especializan en otros campos (por ejemplo, abogados), y que por lo tanto requerirán de capacitación en los temas de sexualidad y reproducción, y también para que puedan asumir una posición de mayor apertura hacia éstos. Dicha capacitación es un proceso largo y todavía no ha culminado. Esta limitante requiere de atención especial, ya que investigaciones entre los jóvenes indican que no están satisfechos con la educa-

ción que reciben sobre salud sexual y reproductiva; al mismo tiempo que indican que sus fuentes preferidas de educación sexual son precisamente los maestros y también los médicos.^{1,46,47}

- Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre sexualidad, derechos reproductivos y anticoncepción, CONAPO en coordinación con el IMSS ha reforzado la diseminación de información a través de diferentes medios. Por ejemplo, Planificatel es una línea telefónica creada en 1993, que brinda información y consejería; y más recientemente Planificanet, un sitio de internet que en 2008 recibió más de 80,000 visitas.^{*48}
- Otra estrategia de CONAPO, dirigida específicamente a la población entre 15 y 25 años de edad, es un programa de radio creado desde 1985, Zona Libre, en el que además de música popular hay diferentes invitados, los jóvenes pueden hablar sobre sus vidas y se reciben llamadas con preguntas sobre salud sexual.^{1,49}
- Desde 1999, CENSIDA ha producido campañas a través de diferentes medios para reducir el estigma asociado con el VIH/SIDA. Aunado a esto, en 2003 se cambió la Constitución mexicana para prevenir y eliminar la discriminación contra la población que ha contraído la infección.^{50–52}

Además, con el objeto de incrementar el acceso, CENSIDA distribuye condones entre los grupos de población más afectados por la epidemia: las personas que tienen prácticas sexuales de riesgo, así como aquellas vulnerables por otros factores al VIH/SIDA y otras ITS. En México, los medicamentos antirretrovirales para la gente infectada se entregan de forma gratuita; para 2003 se había logrado la cobertura universal de este grupo. En los últimos años CENSIDA ha dedicado sus esfuerzos a erradicar el estigma entre los proveedores de salud y la población en general hacia las personas que viven con VIH/SIDA—un subgrupo conformado en su mayoría por gente joven. Estas acciones han tenido efectos positivos en la salud reproductiva de los jóvenes, pero falta un largo trecho por recorrer para lograr un comportamiento sexual completamente protegido entre este grupo etario.^{53–55}

El programa Oportunidades se dirige indirectamente a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Oportunidades, un programa social dirigido y ampliamente impulsado por el gobierno mexicano, busca mejorar la educación, la salud, la nutrición y las condiciones de vida de los mexicanos que viven en pobreza extrema.[†] A pesar de que el programa no se dirige específicamente a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, es descrito aquí porque ha tenido un impacto sustancial en esta área.

*El teléfono y el internet han demostrado ser útiles para brindarle a los jóvenes consejos de forma confidencial y anónima, además de la información que requieren para tomar decisiones responsables e informadas sobre su comportamiento sexual y reproductivo.

†Este programa Oportunidades, no debe confundirse con el IMSS-Oportunidades, la división del IMSS antes descrita. El programa Oportunidades es dirigido de manera conjunta por la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud federal y el IMSS-Oportunidades. Para operarlo, participan también las instituciones de salud y educación del nivel estatal.

Las familias que están dentro del programa asisten mensualmente a pláticas sobre salud, en las que se incluye información acerca de métodos anticonceptivos. El programa dio inicio en 1997 y, para 2005, formaban parte de él cinco millones de familias (y 25 millones de individuos) a lo largo de todo el país. El programa tiene tres ejes básicos: incentivos monetarios para mantener a los niños en la escuela, acciones de salud—incluyendo un serie de pláticas promocionales y un Paquete Esencial de Servicios de Salud—PESS—, y un programa de suplementos nutricionales.

Las pláticas de promoción de la salud incluyen información sobre planificación familiar, cuidados prenatales, signos de alerta durante el embarazo y cuidados del recién nacido. La asistencia a estas pláticas es responsabilidad de los beneficiarios del programa (al igual que mantener a sus hijos en la escuela y acudir a una serie de visitas a los centros de salud para revisiones médicas). Las familias que no cumplen con dicha asistencia pueden ser excluidas del programa y por lo tanto perder el beneficio del PESS y de los incentivos monetarios. Una evaluación reciente de este programa encontró que la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres pobres, que cumplen con las características para formar parte de él, que están entre los 20 y 24 años de edad y que viven en zonas rurales, se incrementó entre 5 y 10 puntos porcentuales después de dos años de estar expuestas al programa. El impacto parece estar concentrado entre las beneficiarias del programa que pertenecen al nivel socio-económico más bajo.⁵⁶

Las campañas de IEC son numerosas, pero no tienen alcance nacional

Muchos de los organismos involucrados en programas para adolescentes en México han realizado campañas IEC. Esto ha incluido un amplio espectro de actividades, entre ellas la creación de un sitio en la Red diseñado para contestar preguntas de la gente joven sobre salud sexual y reproductiva, la publicación de folletos informativos, campañas nacionales, programas de radio e información promocional en radio y televisión. La mayoría de estas actividades se han desarrollado como componentes de los programas de salud sexual y reproductiva implementados por cada organización en lo individual. Como resultado, sus alcances han sido muy limitados. De hecho, entre 1997 y 2007 ninguna de las instituciones de salud desarrolló una estrategia de IEC que tuviera alcance nacional. Lo que esto refleja es que ninguna de las campañas estaba diseñada para responder a una estrategia global de carácter nacional. A menos de que se tomen medidas más firmes para corregir esta limitación, la juventud mexicana podría continuar con dificultades para protegerse contra el riesgo de embarazos no planeados y de contraer VIH.

Las ONG juegan un papel vital en mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

La mayoría de los programas y las actividades previamente descritas han sido llevadas a cabo por el sector público, en particular por el CONAPO, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública. Sin embargo, las organizaciones civiles—las ONG—han jugado un papel primordial en la materia. Las ONG han sido pioneras en este campo desde los años de 1960, y han diseñado distintos modelos para la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes; han utilizado múltiples enfoques para implementarlos; y han apoyado en mucho a los programas gubernamentales en esta área. Por ejemplo, las ONG han dado capacitación al personal que trabaja en los servicios amigables para adolescentes. Además, han dado apoyo especializado para el desarrollo de los planes de estudio y de los libros de texto sobre educación sexual para escuelas primarias y secundarias, así como para la creación y difusión de la Cartilla de los Derechos Sexuales antes descrita. Algunas ONG proveen directamente servicios médicos y educación sexual para los jóvenes, otras se especializan en actividades de IEC, y algunas otras se enfocan en defender los derechos de la juventud.

Hay muchas ONG trabajando en este campo y con un espectro de actividades demasiado amplio como para enumerarlo aquí. Pero debe enfatizarse que estas organizaciones han jugado un papel central en el área de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en México. Las ONG han introducido nuevas estrategias, las han monitoreado y evaluado pero, sobre todo, han sido un contrapeso (aunque insuficiente) a la falta de contundencia y continuidad de los programas gubernamentales en este campo.

Discusión y Recomendaciones

Por décadas, el gobierno mexicano se ha interesado en promover la salud reproductiva entre los adolescentes, y para ello se han desarrollado a lo largo del tiempo múltiples programas y estrategias. En los últimos diez años, han ocurrido distintas transformaciones sociales en el país que afectan la vida de los jóvenes y los eventos que conforman la transición entre la niñez y la edad adulta, entre ellos el inicio de la actividad sexual, el matrimonio y el primer nacimiento. A pesar de las experiencias heterogéneas de los jóvenes, algunos patrones se hacen evidentes de acuerdo a la región, el estado y el tamaño de la localidad de residencia. Varios hallazgos dignos de subrayar se desprenden del análisis que se detalla en este reporte.

- Los niveles de educación entre las adolescentes en México, particularmente en las áreas rurales, siguen siendo bajos, a pesar de las mejoras que han habido a lo largo de los últimos 10 años. Sólo una tercera parte de las adolescentes rurales ha completado la escuela secundaria, mientras que en las regiones más desarrolladas son casi la mitad las que cumplen con esta condición.
- El matrimonio y el tener hijos a temprana edad siguen siendo patrones comunes en las regiones menos desarrolladas del país y en las regiones más desarrolladas (particularmente la Ciudad de México) los niveles de actividad sexual premarital son elevados.
- A pesar de que el conocimiento de la anticoncepción es casi universal y los niveles de uso de métodos son relativamente altos entre las jóvenes mexicanas (en especial aquellas que están unidas), muchas de ellas no desean un hijo pronto o nunca pero no están utilizando un método anticonceptivo. Además, las necesidades no satisfechas de anticoncepción entre las mujeres casa-

das en el grupo etario 15–24 se incrementaron un tercio entre 1997 y 2006.

- Aunque el sector público es el principal responsable de dar acceso a todas las jóvenes a los servicios y métodos anticonceptivos, su papel parece estar declinando. Las razones de esta declinación requieren de mayor investigación.
- El hallazgo general más dramático de este análisis es la enorme diferencia en los niveles de pobreza, educación, condiciones generales de vida y comportamiento sexual, marital y reproductivo, entre las áreas más desarrolladas del país (tales como la capital del país) y las de mayor pobreza (principalmente los estados más rurales del sur como Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz). En efecto, pareciera que hay dos naciones dentro de México, una que está logrando exitosamente la modernización y otra que está quedando rezagada en todos los aspectos.

Reconociendo esta amplia brecha en el desarrollo, y la inequidad que implica en cuanto a oportunidades de vida para las jóvenes, el gobierno mexicano está comprometido con un ambicioso programa para reformar a fondo el modo en que se estructuran y se proveen los servicios de salud. Varias reformas en 2004 han hecho posible que los mexicanos que viven en condiciones de pobreza y que no están cubiertos por esquemas gubernamentales de salud y seguridad social tengan acceso a servicios de salud subsidiados por el Estado. Con esta iniciativa se han elaborado distintos programas federales para atender a la población que ha quedado más desprotegida—amérita mención especial Arranque Parejo en la Vida–APV, el programa para las mujeres embarazadas en condiciones de mayor pobreza.* Sin embargo, aunque el gobierno tiene la intención de alcanzar una cobertura universal de los servicios para la población en 2011,[†] los nuevos programas no han llegado aún a todos los mexicanos que los necesitan.

Los datos aquí presentados también señalan algunos retos que enfrentan los responsables de políticas y programas y otros actores involucrados que buscan mejorar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en México.

*Este programa arrancó en 2001, pero no se convirtió en un programa de alcance nacional, involucrando a todas las instituciones de salud del país, sino hasta 2004.

†El presidente Calderón ha declarado: “De seguir por el camino correcto en materia de servicios de salud, en tres años todos los mexicanos, sin excepción, contarán con médico, medicamentos y tratamiento cuando lo necesiten.” (Fuente: Presidente Calderón, declaración en el sitio de internet de la Presidencia, 2008, <<http://www.presidencia.gob.mx/prensa/presidencia/?contenido=38260>>, consultado el 26 de septiembre, 2008.)

- Ha faltado una coordinación general de las diversas estrategias de salud reproductiva dirigidas a adolescentes. Dado que las múltiples actividades y estrategias que existen han sido creadas en distintos ámbitos y niveles del sistema de salud y de educación, hay una falta de acoplamiento y de monitoreo de ellas con una visión del país en su conjunto, y las políticas nacionales no siempre se han traducido en programas concretos.
- La consolidación institucional de políticas en este campo es un reto que permanece, a pesar de que la inclusión del concepto de salud sexual y reproductiva de las adolescentes ha sido debatido, refinado y reforzado como consecuencia de los cambios de enfoque que se dan cada seis años. Los cambios de administración y de personal gubernamental han sido causa de cancelación de actividades, así como de la inestabilidad de ciertos programas.
- Una de las consecuencias más graves de la falta de continuidad en el proceso, ha sido la fragmentación de los servicios y la persistente deficiencia para alcanzar una cobertura geográfica completa de los programas de salud sexual y reproductiva adolescente. Es esperanzador el hecho de que la política de México 2007–2012 establezca por primera vez un programa de acción nacional, dirigido específicamente a mejorar la salud sexual y reproductiva de este grupo de edad.
- No hay duda de que la cooperación entre las instituciones gubernamentales y las ONG que trabajan en el área de salud sexual y reproductiva adolescente debe continuar y fortalecerse. Sin embargo, la gradual reducción de fondos—nacionales e internacionales—que reciben las ONG en México amenaza con limitar el alcance de sus actividades y reduce la probabilidad de que estos grupos sigan teniendo el papel importante que hasta ahora lo han hecho—proporcionando servicios de salud y educación sexual, pero sobre todo abogando por que los programas de esta naturaleza no se dejen en segundo plano. Dado este escenario negativo, se hace más importante que nunca redoblar los esfuerzos para promover la participación de las ONG en este campo y su coordinación con organismos gubernamentales.
- El financiamiento público de salud para la población no asegurada en México actualmente está descentralizado y es responsabilidad de cada estado. Como consecuencia, el presupuesto federal no contempla un rubro específico para la operación de los programas de salud sexual y reproductiva adolescente, y son los gobiernos estatales, que asignan o no, de su presupuesto de salud, los fondos que consideren apropiados para los servicios de planificación familiar y a las provisiones de anticonceptivos. Por ello, es imperativo diseñar un mecanismo para que cada estado garantice los fondos que realmente se requieren para estos servicios y provisiones.
- Al inicio del programa nacional de planificación familiar de México, en los años de 1970, se diseñaron y difundieron campañas de comunicación estructuradas, y fueron monitoreadas dentro de un marco lógico y con la participación de las principales instituciones involucradas; en profundo contraste, durante la última década no se ha difundido ninguna campaña en medios de comunicación masivos para el programa de planificación familiar. La carencia de comunicación a través de los medios masivos puede ser el motivo por el cual los jóvenes (tanto asegurados como no asegurados) no están conscientes, entre otros aspectos, de que tienen derecho a servicios de planificación familiar gratuitos en todos los establecimientos públicos de salud. La disponibilidad de medios masivos (radio y TV) para promover esta información es una oportunidad natural que no debe dejarse pasar, pues la juventud ha mencionado que éstos son sus medios de comunicación preferidos.¹
- El logro de mayor importancia en el campo de la salud sexual y reproductiva adolescente en México, ha sido probablemente la inclusión de contenidos de educación sexual en los planes de estudios de la escuela primaria y secundaria. Pero para que este avance se consolide es indispensable superar las limitaciones de los maestros al impartir estos temas; para ello, hay que acrecentar tanto su conocimiento del tema como su nivel de aceptación y naturalidad para tratarlo. La capacitación a los maestros es una prioridad si se quiere que los jóvenes obtengan información precisa y suficiente sobre salud sexual y reproductiva de esta fuente—una de sus preferidas para estos temas.
- La evaluación de las políticas y los programas diseñados para mejorar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia es clave para determinar su eficacia y poder refinarlas progresivamente. Debería implementarse un mecanismo formal y permanente de monitoreo y evaluación, para identificar aquellos programas que son exitosos y aquellos que tienen debilidades perennes.
- Finalmente, debe reconocerse la actitud positiva que el gobierno de México ha expresado hacia mejorar la salud reproductiva; es posible que esta postura tenga como resultado la superación de algunas de las dificultades antes mencionadas, y el logro de beneficios perdurables en la salud sexual y reproductiva de la juventud del país.

Referencias

- 1 Juárez F y Gayet C, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas, *Papeles de Población*, 2005, 45(julio–septiembre):177–219.
- 2 Welti C, Cambios en la fecundidad, *Revista Demos*, 1997, 10:16–18.
- 3 Menkes C y Suárez L, Sexualidad y embarazo adolescente en México, *Papeles de Población*, 2003, 35(Enero–Marzo):233–262.
- 4 Pick S, Atkin L y Karchmer S, ¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general? en: Atkin L et al., eds., *La Psicología en el Ámbito Perinatal*, México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1998, pp. 398–425.
- 5 Zúñiga E, La situación demográfica de los jóvenes, en: Stern C, ed., *Adolescentes en México: Investigación, Experiencias y Estrategias para Mejorar su Salud Sexual y Reproductiva*, México, D.F.: El Colegio de México y Population Council, 2008, p. 414.
- 6 Stern C y Menkes C, Embarazo adolescente y estratificación social, en: Lerner S y Szasz I, eds., *Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en México*, México, D.F.: El Colegio de México, 2008.
- 7 World Bank, *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*, Washington, DC: World Bank, 2006.
- 8 Lundberg M, The impact of adolescent risk behavior on economic development, *Salud Pública de México*, 2007, 49 (número especial):45–46.
- 9 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*, Aguascalientes, México: INEGI, 1997.
- 10 Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Dirección General de Información en Salud (DGIS), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), Consejo Nacional de Población (CONAPO) e INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*, México, D.F.: INSP, DGIS, CNEGySR, CONAPO e INEGI, 2006.
- 11 United Nations, *World Population Prospects: The 2006 Revision. Highlights*, New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, 2007.
- 12 Gordon RG, ed., *Ethnologue: Languages of the World*, 15th ed., Dallas, Texas, USA: SIL International, 2005, <<http://www.ethnologue.com/home.asp>>, consultado el 12 de julio, 2009.
- 13 Corona R, Tamaño de la población indígena mexicana, en: *La Población de México en el Nuevo Siglo*, México, D.F.: CONAPO, 2001, p. 261.
- 14 INEGI, *XII Censo de Población y Vivienda*, 2000, Aguascalientes, México/D.F.: INEGI, 2003.
- 15 DGIS, *Boletín de Información Estadística*, No. 26, Vol. II, México, D.F.: DGIS, 2006.
- 16 Leite P y Acevedo Prieto L, Migración internacional en México: balance y retos políticos, en: CONAPO, ed., *La Situación Demográfica de México 2006*, México, D.F.: CONAPO, 2006, pp. 149–165.
- 17 Partida V, *Proyecciones de la Población de México, de las Entidades Federativas, de los Municipios y de las Localidades 2000–2050*, México, D.F.: CONAPO, 2008.
- 18 Central Intelligence Agency (CIA) Factbook, Mexico—net migration rate, 2008, <<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=mx&v=27>>, consultado el 15 de marzo, 2009.
- 19 Partida V y Martínez MA, Migración interna, en: CONAPO, ed., *La Situación Demográfica de México 2006*, México, D.F.: CONAPO, 2006, pp. 167–190.
- 20 Szasz I y Lerner S, *Sexualidad en México: Algunas Aproximaciones Desde la Perspectiva de las Ciencias Sociales*, México, D.F.: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, 1998.
- 21 Menkes C, *Determinantes del Embarazo Adolescente de Mujeres en Condición de Pobreza*, México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2009. (En imprenta).
- 22 Quilodrán J, *Un siglo de matrimonio en México*, México, D.F.: El Colegio de México, 2001, p. 375.
- 23 Singh S y Samara R, Early marriage among women in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(4):148–157 y 175.
- 24 Menkes C, *Prácticas sexuales de hombres y mujeres adolescentes en México desde la perspectiva de una salud reproductiva*, Tesis de doctorado, Cuernavaca, México: Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos, 2009.
- 25 Szasz I, Sexualidad y género, algunas experiencias de investigaciones en México, *Debate Feminista*, 1998, 9(18):77–104.
- 26 Cálculos específicos a partir de la base de datos de población de Partida V, *Proyecciones de la Población de México, de las Entidades Federativas, de los Municipios y de las Localidades 2000–2050*, México, D.F.: CONAPO, 2008.
- 27 Cálculos específicos a partir de datos tomados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 1997 y 2006.
- 28 Quilodrán J y Juárez F, Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis desde sus propios relatos, *Revista Notas de Población*, 2009, 87(julio):63–94.

- 29** Lara D et al., Measuring induced abortion in Mexico: a comparison of four methodologies, *Sociological Methods and Research*, 2004, 32(4):529–558.
- 30** Nuñez L, El aborto en México y líneas de investigación para su estudio, ponencia presentada en la Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población—International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Tours, Francia, 2005.
- 31** Juárez F, Castro T y Gayet C, Superficial knowledge of HIV as a barrier to condom use among Latin American youth, en: *Collection of Papers from the XV International AIDS Conference, Bangkok, Thailand, 11–16 July 2004*, Bolonia, Italia: Monduzzi Editore, 2004, pp. 300–304.
- 32** Menkes C y Suárez L, Educación sexual, conocimiento sobre la biología de la reproducción y funcionamiento de métodos anticonceptivos en Guanajuato, en: Stern C (coordinador), *Adolescentes en México Investigación, Experiencia y Estrategias para Mejorar su Salud Sexual y Reproductiva*, México, D.F.: El Colegio de México y Population Council, 2008, pp. 233–254.
- 33** Mendoza D, Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros, en: Hoekman A, ed., *La Situación Demográfica de México 2006*, México, D.F.: CONAPO, 2006.
- 34** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 1974.
- 35** Pérez Palacios G et al., *Salud Reproductiva, Población y Desarrollo en la Ante Sala del Tercer Milenio*, México, D.F.: Secretaría de Salud, 1999.
- 36** Lerner S y Szasz I, La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2003, 18(2):299–352.
- 37** Scott J, La descentralización, el gasto social y la pobreza en México, *Gestión y Política Pública*, 2004, 13(3):785–831.
- 38** García Núñez J, *Evaluación del Programa de Adolescentes*, México, D.F.: Secretaría de Salud, 1999.
- 39** Santos Preciado JI, La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana [editorial], *Salud Pública de México*, 2003, 45(suppl. 1):S5–S7.
- 40** Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nacional, Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, diciembre 2008, <<http://dif.sip.gob.mx/infanciaadolescencia/?contenido=226>>, consultado el 10 de junio, 2009.
- 41** Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Atención Integral a los Adolescentes del medio rural por el Programa IMSS-Oportunidades Una práctica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, D.F.: IMSS, 2009, <<http://www.issa.int/esl/content/download/71868/1338472/file/3Mexico-IMSS7.pdf>>, consultado el 10 de junio, 2009.
- 42** IMSS, CARA: Centros de Atención Rural al Adolescente, 5 de mayo, 2009, <<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/cara.htm>>, consultado el 10 de junio, 2009.
- 43** Sexto Informe de Ejecución 2006, Sección 1.3 Salud y Protección para todos, sin fecha, <<http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/pdf/2006/M061-080.pdf>>, consultado el 10 de junio, 2009.
- 44** Secretaría de Educación Pública (SEP), *El Perfil de la Educación en México*, México, D.F.: SEP, 1999.
- 45** Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), Encuesta para el programa gente joven de MEXFAM 2002, conjunto de datos, México, D.F.: MEXFAM, 2002.
- 46** MEXFAM, Encuesta para el programa gente joven de MEXFAM 1999, base de datos, México, D.F.: MEXFAM, 1999.
- 47** Gayet C et al., Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, *Salud Pública de México*, 2004, 45(suppl. 5):5632–5640.
- 48** CONAPO, Planificatel, sin fecha, <http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=278>, consultado el 5 de julio, 2009.
- 49** CONAPO, Programa radiofónico “Zona Libre,” sin fecha, <http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=24:programa-radiofonico-qzona-libre-q&catid=26:servicios&Itemid=189>, consultado el 15 de junio, 2009.
- 50** Infante C et al., El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México, *Salud Pública de México*, 2006, 48(2):141–150.
- 51** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Reducing HIV Stigma and Discrimination: A Critical Part of National AIDS Programmes*, Geneva: UNAIDS, 2007.
- 52** Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Atribuciones del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA; publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el día 19 de enero del 2004, <<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/acerca.html>>, consultado el 8 de julio, 2009.
- 53** Magis-Rodríguez C y Parrini R, Nuestra epidemia, el SIDA en México 1983–2002, en: Magis C, Barrientos H y Bertozzi S, eds., *SIDA. Aspectos de Salud Pública*, CENSIDA-INSP, 2006, <<http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/manualsida/cap02.pdf>>, consultado el 1 de junio, 2009.
- 54** Magis-Rodríguez C y Hernández Ávila M, Epidemiología del SIDA en México, en: Córdoba Villalobos JA, Ponce de León Rosales S y Valdespino JL, eds., 25

Años de SIDA en México. Logros, Desaciertos y Retos, México, D.F.: Secretaría de Salud-CENSIDA-INSP, 2008, <<http://www.salud.gob.mx/conasida/pdf/25epidemimex2.pdf>>, consultado el 1 de junio, 2009.

55 Juárez F y Gayet C, El VIH/SIDA en México: un nuevo desafío para la salud pública, en: García B, Ordorica M y Echarri C, eds., *La Población en el México del Siglo XXI*, Centro de Estudios Demográficos, Urbano y Ambientales, México, D.F.: El Colegio de México, 2009.

56 Lamadrid-Figueroa H et al., *Impact of OPORTUNIDADES on Contraceptive Methods Use in Adolescent and Young Adult Women Living in Rural Areas, 1997–2000*, Chapel Hill, North Carolina, USA: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 2008.

Anexo

ANEXO CUADRO 1. Características demográficas y socio-económicas seleccionadas de las mujeres adolescentes en México, totales y según lugar de residencia, región y entidad federativa, 1997 y 2006	30–31
ANEXO CUADRO 2. Indicadores seleccionados de experiencia sexual, unión y fecundidad entre mujeres jóvenes en México, totales y según lugar de residencia, región y entidad federativa, 1997 y 2006.....	32–33
ANEXO CUADRO 3. Indicadores seleccionados de conocimiento, uso y demanda de anticonceptivos entre las mujeres jóvenes en México, totales y según lugar de residencia, región y entidad federativa, 1997 y 2006	34–35
ANEXO CUADRO 4. Distribución porcentual de las mujeres 15–24 en México que usan un método anticonceptivo moderno de acuerdo con la fuente de obtención, totales y según lugar de residencia y región, 1997 y 2006.....	abajo

ANEXO CUADRO 4. Distribución porcentual de las mujeres 15–24 en México que usan un método anticonceptivo moderno de acuerdo con la fuente de obtención, totales y según lugar de residencia y región, 1997 y 2006

Lugar de residencia y región*	Entre mujeres 15–24 que usan un método moderno, % que lo obtiene det:								
	Sector público			Sector médico privado			Farmacia o tienda		
	1997	2006	Cambio porcentual 1997–2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997–2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997–2006
Total	70.5	59.9	–18.1	6.4	8.8	32.7	22.2	30.5	32.6
Lugar de residencia									
Urbano	64.9	56.0	–20.0	7.6	9.4	27.0	26.6	33.8	26.4
Rural	81.5	76.0	–12.1	4.1	6.4	59.7	13.5	17.0	68.5
Región									
Región 1	59.0	62.2	5.4	11.6	3.1	–73.8	28.7	34.8	21.1
Región 2	67.0	55.3	–17.6	7.3	10.0	36.8	24.9	34.0	36.7
Región 3	74.2	61.7	–16.9	6.0	5.1	–14.8	18.7	30.9	64.9
Región 4	73.5	64.1	–12.8	5.3	8.1	53.1	20.5	27.0	31.7
Región 5	77.8	61.2	–21.3	1.9	9.8	422.3	18.6	27.9	49.5
Región 6	81.1	67.2	–17.2	4.6	12.0	157.9	13.7	20.8	52.5

*Las regiones están definidas con base en características socioeconómicas de las entidades federativas. El nivel de desarrollo más alto corresponde a la Región 1 y disminuye hasta la Región 6, la menos desarrollada. Véase la definición completa en el documento. †No se muestran los porcentajes de mujeres que mencionaron otras fuentes de obtención ni los porcentajes de mujeres que no respondieron la pregunta. Estos porcentajes son muy pequeños, menores en total a 2% para cada año y renglón. Fuentes: referencias 9 y 10 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID] 1997 y 2006).

ANEXO CUADRO 1. Características demográficas y socio-económicas seleccionadas de las mujeres adolescentes

Lugar de residencia, región* y entidad federativa	Población femenina total 15-19 (en 000s)		Población femenina total 20-24 (en 000s)		% de población femenina 15-49 que tiene 15-19		% de mujeres 15-19 que:		
	1997	2006	1997	2006	1997	2006	Vive en áreas urbanas		
							1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006
	1		2		3		4		
TOTAL	5,018	5,200	4,697	4,868	10.5	9.8	74.6	76.2	2.1
LUGAR DE RESIDENCIA									
Urbano	nd	nd	nd	nd	nd	nd	na	na	na
Rural	nd	nd	nd	nd	nd	nd	na	na	na
REGIÓN									
Región 1	418	373	449	395	9.5	8.2	99.7	99.6	-0.1
Región 2	1,866	1,969	1,816	1,905	10.4	9.6	84.9	88.7	4.5
Región 3	455	488	421	454	10.8	10.0	74.8	76.8	2.7
Región 4	1,228	1,264	1,094	1,149	10.9	10.3	64.8	66.2	2.1
Región 5	480	488	431	438	10.5	9.9	58.2	59.1	1.6
Región 6	571	618	487	526	10.6	10.2	53.0	52.4	-1.2
ENTIDAD FEDERATIVA									
Región 1									
Distrito Federal	418	373	449	395	9.5	8.2	99.7	99.6	-0.1
Región 2									
Aguascalientes	49	55	45	51	10.7	10.0	77.5	78.7	1.6
Baja California Sur	20	23	20	23	10.3	9.6	82.5	[85.8]	[4.0]
Baja California	105	131	109	130	10.0	9.4	92.4	92.3	-0.1
Chihuahua	144	151	141	140	10.0	9.3	79.0	84.0	6.4
Coahuila	113	118	110	111	11.3	11.3	91.0	89.8	-1.3
Colima	27	28	25	27	10.8	9.7	84.1	90.2	7.3
Jalisco	334	340	310	323	10.7	9.8	83.3	87.2	4.6
México	647	684	628	665	10.6	9.6	83.7	88.5	5.7
Nuevo León	185	188	189	191	10.2	8.9	93.7	96.7	3.2
Sonora	108	111	104	105	10.2	9.3	81.9	88.1	7.6
Tamaulipas	135	140	135	139	10.2	9.1	82.8	86.7	4.7
Región 3									
Durango	77	78	68	69	10.7	10.1	65.4	69.6	6.4
Morelos	79	80	74	75	10.5	9.6	86.4	86.1	-0.3
Querétaro	75	86	69	81	11.1	10.3	65.6	68.1	3.7
Quintana Roo	39	60	41	60	10.6	10.3	83.3	84.7	1.7
Sinaloa	134	128	122	116	10.7	9.8	73.0	76.7	5.1
Tlaxcala	51	56	47	54	11.0	10.1	81.7	79.2	-3.1
Región 4									
Campeche	36	40	33	37	10.8	10.4	71.2	[73.0]	[2.6]
Guanajuato	259	266	235	243	11.0	10.3	64.9	71.6	10.3
Michoacán	229	218	199	193	11.2	10.5	61.3	62.2	1.4
Nayarit	49	48	43	43	10.7	10.0	68.0	69.6	2.4
Puebla	266	289	236	264	10.8	10.2	69.5	65.2	-6.2
San Luis Potosí	122	128	107	112	10.6	10.2	63.2	65.9	4.3
Tabasco	105	108	96	102	11.4	10.5	51.1	50.6	-0.9
Yucatán	85	93	78	89	10.6	10.0	84.1	82.5	-1.9
Zacatecas	77	73	67	65	11.2	10.3	52.7	61.6	16.8
Región 5									
Hidalgo	119	124	105	112	10.6	10.1	53.8	50.4	-6.3
Veracruz	361	363	326	326	10.4	9.7	59.6	62.1	4.2
Región 6									
Chiapas	215	248	188	217	10.2	9.3	49.0	46.8	-4.5
Guerrero	169	175	143	145	10.9	10.7	61.1	59.9	-1.9
Oaxaca	187	195	156	164	10.6	10.6	50.0	52.3	4.6

*Las regiones están definidas con base en características socioeconómicas de las entidades federativas. El nivel de desarrollo más alto corresponde a la Región 1 y disminuye hasta la Región 6, la menos desarrollada. Véase la definición completa en el documento. †Están inscritas en uno de los esquemas gubernamentales de seguridad social para los empleados formales y sus familias. Véase la definición completa en el cuerpo del documento. ‡Gana dos salarios mínimos mensuales o menos. Notas: na=no aplica. nd=dato no disponible. []=el número de casos no ponderados (denominador) es 25-49.

en México, totales y según lugar de residencia, región y entidad federativa, 1997 y 2006

% de mujeres 15-19 que:							% de la población que trabaja que vive en pobreza†
Tiene al menos 9 años de escolaridad			Tiene seguridad social†				
1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	2005	
5			6			7	
26.8	41.7	55.9	33.1	46.0	39.3	45.3	
32.7	46.8	43.1	40.6	50.0	23.2	nd	
9.3	25.5	172.8	11.0	33.4	203.6	nd	
37.4	49.5	32.4	39.5	47.6	20.5	33.0	
30.8	47.4	53.9	41.8	54.8	31.1	33.5	
29.9	43.4	45.2	40.6	48.3	19.0	44.4	
19.5	35.0	79.5	25.8	45.2	75.2	54.9	
24.4	37.0	51.6	22.5	34.8	54.7	59.2	
18.8	33.8	79.8	14.8	24.2	63.5	71.5	
37.4	49.5	32.5	39.5	47.6	20.7	33.0	
29.1	43.5	49.8	43.3	62.0	43.1	32.8	
40.2	[64.2]	[59.7]	53.6	[62.8]	[172]	14.2	
31.8	46.1	44.9	52.3	73.0	39.6	24.1	
26.3	52.3	99.0	47.7	66.8	40.1	33.0	
31.5	48.1	52.9	65.8	70.4	7.0	42.7	
29.2	57.1	95.7	44.4	73.4	65.4	27.2	
25.8	41.2	59.6	34.0	40.6	19.6	34.7	
32.4	47.8	47.3	29.0	45.6	57.4	41.2	
35.7	48.9	36.8	61.3	65.3	6.5	23.5	
36.3	45.6	25.8	54.4	61.8	13.5	31.8	
27.5	50.7	84.4	48.6	64.0	31.7	37.6	
24.2	43.8	80.7	41.1	50.3	22.5	50.0	
29.7	45.4	52.8	29.9	41.1	37.3	37.8	
24.6	40.3	63.7	38.0	52.5	38.2	39.2	
19.0	39.1	106.2	31.3	42.0	34.5	36.8	
39.7	48.2	21.4	54.4	59.1	8.6	45.0	
29.7	37.1	24.9	33.0	31.2	-5.4	62.6	
28.8	[42.1]	[46.2]	32.5	[56.7]	[74.5]	55.1	
16.7	34.2	104.9	28.4	54.6	92.3	44.7	
15.5	36.4	135.4	18.5	34.8	87.9	55.8	
29.6	44.2	49.2	37.5	58.0	54.7	51.7	
18.9	30.7	62.2	21.0	32.3	53.7	61.3	
20.9	29.2	39.4	35.2	39.4	12.2	56.1	
28.7	45.6	58.7	23.9	67.8	184.3	52.0	
20.8	32.6	56.9	34.6	55.4	60.2	63.0	
16.5	37.3	125.7	22.9	41.0	79.3	54.2	
18.0	42.8	137.3	20.1	39.8	97.7	61.6	
26.5	34.9	32.0	23.2	33.1	42.5	58.4	
15.7	30.7	96.0	12.6	20.5	62.7	78.1	
23.0	32.9	42.7	19.2	26.2	36.5	65.0	
18.3	39.5	115.5	13.3	27.4	106.3	69.7	

Fuentes: Columnas 1-3—estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO); véase Partida V, *Proyecciones de la Población de México, de las Entidades Federativas, de los Municipios y de las Localidades 2005-2050*, México, D.F.: CONAPO, 2008, referencia 17. Columnas 4-6—referencias 9 y 10 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID] 1997 y 2006). Columna 7—CONAPO, *Índices de Marginación, 2005*, Ciudad de México: CONAPO, 2006, Anexo A, Cuadro A.1, p. 55; las estimaciones están basadas en el II Censo de Población y Vivienda 2005 y en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2005 (IV Trimestre).

ANEXO CUADRO 2. Indicadores seleccionados de experiencia sexual, unión y fecundidad entre mujeres jóvenes en

Lugar de residencia, región* y estado	% de mujeres 15-19 alguna vez casadas†	% solteras y con experiencia sexual entre:		Entre mujeres 25-29, edad mediana:							Intervalo entre	
		Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	A la primera relación sexual	Al primer matrimonio†			Al primer nacimiento			La primera relación sexual y el primer matrimonio†	El primer matrimonio† y el primer nacimiento
	2006	2006	2006	2006	1997	2006	Cambio 1997-2006 en años	1997	2006	Cambio 1997-2006 en años	2006	2006
	1	2		3	4			5			6	
TOTAL	12.4	6.7	14.6	19.3	22.2	22.3	0.2	22.8	22.7	-0.1	3.0	0.4
LUGAR DE RESIDENCIA												
Urbano	11.3	7.5	16.9	19.5	22.8	22.9	0.1	23.4	23.1	-0.3	3.4	0.2
Rural	15.9	4.0	6.1	18.7	20.0	20.3	0.3	20.8	21.4	0.6	1.6	1.1
REGIÓN												
Región 1	5.6	12.0	20.7	20.0	24.5	25.8	1.2	25.1	24.5	-0.7	5.8	-1.3
Región 2	11.3	7.2	17.1	19.4	22.4	22.9	0.5	23.1	22.7	-0.3	3.5	-0.1
Región 3	11.9	7.0	13.2	19.5	21.6	22.2	0.6	22.3	22.8	0.5	2.7	0.6
Región 4	13.2	5.9	11.9	19.3	21.9	21.7	-0.2	22.5	22.5	0.1	2.4	0.8
Región 5	13.7	5.4	13.4	18.7	22.1	21.6	-0.5	22.6	22.1	-0.5	2.9	0.5
Región 6	17.8	4.1	8.8	18.9	19.8	20.8	1.0	20.8	21.8	1.0	1.9	1.0
ENTIDAD FEDERATIVA												
Región 1												
Distrito Federal	5.6	12.0	20.7	20.0	24.5	25.8	1.2	25.1	24.5	-0.7	5.8	-1.3
Región 2												
Aguascalientes	11.2	10.6	14.3	20.2	22.9	22.3	-0.6	23.2	23.3	0.1	2.1	1.0
Baja California Sur	[15.1]	[14.8]	[22.8]	[18.6]	21.7	§	§	21.9	§	§	§	§
Baja California	12.2	6.9	36.4	18.0	21.6	20.5	-1.1	22.4	21.0	-1.4	2.5	0.5
Chihuahua	10.2	10.3	25.8	17.6	21.5	20.8	-0.8	21.7	21.1	-0.6	3.2	0.3
Coahuila	9.5	8.2	4.4	18.8	21.2	21.1	-0.1	21.8	21.3	-0.5	2.3	0.2
Colima	9.2	4.7	[13.5]	[19.3]	22.2	[24.2]	[2.0]	22.9	[23.1]	[0.2]	[4.9]	[-1.1]
Jalisco	9.3	4.4	15.8	19.9	23.0	23.5	0.5	23.6	24.1	0.4	3.6	0.6
México	11.1	7.7	16.0	19.7	22.6	23.5	0.8	23.0	23.0	-0.1	3.8	-0.5
Nuevo León	18.6	6.1	11.4	19.9	22.9	23.5	0.6	23.6	24.1	0.4	3.6	0.5
Sonora	8.8	6.6	17.6	20.0	21.8	23.8	1.9	22.5	23.7	1.2	3.8	-0.1
Tamaulipas	9.5	7.0	11.4	19.4	22.8	21.9	-0.9	23.7	23.5	-0.2	2.5	1.6
Región 3												
Durango	10.8	8.9	14.1	18.7	21.8	21.9	0.1	22.1	22.8	0.7	3.2	0.9
Morelos	10.4	6.6	8.9	19.6	21.7	23.0	1.3	22.8	23.7	1.0	3.4	0.7
Querétaro	9.1	6.4	16.1	20.4	22.7	23.2	0.4	22.9	24.1	1.3	2.8	1.0
Quintana Roo	14.9	13.7	15.4	18.1	20.8	20.9	0.1	22.0	22.1	0.1	2.8	1.1
Sinaloa	13.0	4.7	13.4	19.7	21.2	21.1	-0.1	22.2	22.4	0.2	1.4	1.3
Tlaxcala	14.6	5.2	11.6	19.1	21.6	22.4	0.7	21.9	22.6	0.7	3.3	0.2
Región 4												
Campeche	[11.5]	[4.5]	8.4	[18.9]	20.4	[21.5]	[1.1]	21.7	[22.7]	[1.0]	[2.6]	[1.2]
Guanajuato	11.7	5.5	10.6	19.5	22.7	22.0	-0.7	23.5	23.0	-0.5	2.5	1.0
Michoacán	14.3	6.4	9.9	19.6	22.4	21.8	-0.6	23.2	22.3	-0.8	2.2	0.5
Nayarit	18.3	6.6	13.1	[18.7]	20.8	[20.6]	[-0.2]	21.5	[21.3]	[-0.2]	[1.9]	[0.7]
Puebla	13.3	6.7	13.5	19.3	21.4	22.0	0.6	21.9	22.6	0.7	2.7	0.6
San Luis Potosí	13.6	5.2	14.4	18.3	21.7	20.3	-1.4	21.9	21.3	-0.6	2.0	1.0
Tabasco	14.8	6.3	13.6	18.5	20.9	20.3	-0.6	22.2	22.5	0.3	1.8	2.1
Yucatán	13.6	4.3	12.2	19.6	22.1	21.9	-0.1	23.4	23.8	0.4	2.3	1.9
Zacatecas	10.2	4.3	12.1	20.9	22.6	22.9	0.3	22.7	24.1	1.4	2.0	1.2
Región 5												
Hidalgo	15.5	5.3	12.2	18.5	21.5	22.1	0.6	21.5	22.3	0.8	3.6	0.2
Veracruz	13.0	5.4	13.8	18.8	22.2	21.3	-0.9	22.7	22.0	-0.8	2.5	0.7
Región 6												
Chiapas	18.5	2.2	4.8	18.3	19.4	19.2	-0.2	20.4	20.5	0.1	0.9	1.3
Guerrero	18.4	7.0	12.9	19.4	19.7	21.3	1.6	20.9	22.9	2.0	1.9	1.6
Oaxaca	16.5	3.6	10.9	19.2	20.4	22.5	2.1	21.2	22.6	1.4	3.3	0.1

*Las regiones están definidas con base en características socioeconómicas de los estados. El nivel de desarrollo más alto corresponde a la Región 1 y disminuye hasta la Región 6, la menos desarrollada. Véase la definición completa en el documento. †Matrimonio legal o unión consensual. ‡No se obtuvo en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997. §El número de casos no ponderados (denominador) es <25. Notas: na=no aplica. nd=data no disponible. []=el número de casos no ponderados (denominador) es 25-49.

México, totales y según lugar de residencia, región y entidad federativa, 1997 y 2006

Tasa de fecundidad de las mujeres 15-19 (núm. anual de nacimientos por 1,000 mujeres)			Núm. estimado de nacimientos de las mujeres 15-19 (en 000s)		% 20-24 que tuvo relaciones sexuales antes de:‡		% 20-24 que se casó antes de:						% 20-24 que tuvo un hijo antes de:								
					Edad 16	Edad 18	Edad 16			Edad 18			Edad 16			Edad 18					
1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	2006	2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006
7			8		9		10						11								
82	63	-23.6	413	321	11.0	28.2	7.3	8.3	14.4	20.0	19.3	-3.3	3.3	4.0	21.1	14.2	15.6	9.7			
nd	nd	nd	nd	nd	10.0	26.8	5.9	6.5	10.9	17.1	16.8	-1.8	2.7	3.2	19.8	12.1	13.8	13.4			
nd	nd	nd	nd	nd	14.6	33.2	12.1	14.8	22.6	30.1	28.5	-5.1	5.4	6.8	25.8	21.3	22.2	3.8			
59	47	-20.7	25	18	11.8	25.7	3.2	5.6	79.1	10.8	14.9	38.9	1.1	2.9	154.4	7.0	13.7	96.4			
81	61	-25.0	152	120	10.6	28.9	5.8	6.8	16.6	17.1	16.5	-3.4	2.5	4.0	59.0	12.9	15.9	23.8			
86	61	-28.6	39	30	12.5	28.9	6.6	8.0	22.4	21.6	20.4	-5.6	3.1	3.2	2.5	14.8	15.0	1.2			
88	64	-27.0	108	81	9.0	25.0	8.2	7.2	-12.2	21.1	20.0	-5.5	3.5	2.2	-35.5	15.1	12.6	-16.5			
78	61	-22.4	37	30	11.3	27.3	10.8	9.8	-8.7	28.3	20.2	-28.6	4.8	5.6	18.0	18.1	14.9	-17.7			
91	70	-23.3	52	43	14.5	34.3	13.2	17.2	30.8	30.1	29.5	-1.9	7.6	8.1	7.1	21.1	23.0	8.8			
59	47	-20.7	25	18	11.8	25.7	3.2	5.6	79.1	10.8	14.9	38.9	1.1	2.9	154.4	7.0	13.7	96.4			
90	69	-23.3	4	4	8.4	25.6	3.5	4.5	30.3	15.0	14.3	-4.5	0.7	2.7	287.6	11.8	11.8	0.0			
87	59	-32.3	2	1	[16.5]	[35.4]	5.5	[6.3]	[14.6]	20.4	[20.9]	[2.6]	2.7	[201.5]	[5.4]	13.3	[18.2]	[37.3]			
88	60	-31.4	9	8	10.0	49.1	7.8	7.3	-5.6	20.3	13.1	-35.3	2.6	2.1	-19.6	15.0	36.1	141.2			
88	65	-26.5	13	10	11.5	25.8	9.8	9.0	-7.9	24.3	13.9	-43.0	3.4	7.0	104.9	18.7	18.2	-2.5			
83	64	-23.7	9	7	9.8	23.5	8.3	8.1	-2.1	18.5	19.0	2.5	2.9	1.3	-54.3	13.0	15.1	15.7			
77	57	-26.6	2	2	[7.5]	[26.1]	5.9	[5.7]	[-4.3]	22.2	[17.4]	[-21.7]	3.3	[2.9]	[-11.9]	17.3	[8.8]	[-49.2]			
83	62	-25.6	28	21	10.1	25.6	3.3	6.5	95.5	10.7	14.4	35.5	3.1	3.3	6.7	8.9	10.9	22.5			
77	59	-23.0	50	41	10.8	27.9	5.4	7.1	31.3	17.9	15.1	-16.0	2.7	4.8	80.8	13.6	14.1	4.2			
78	58	-24.5	14	11	9.6	26.6	4.1	6.2	50.4	13.1	17.2	31.2	1.1	3.7	252.5	9.8	12.5	28.1			
88	64	-27.7	10	7	16.5	28.5	6.6	7.9	18.6	14.6	24.8	69.8	2.2	3.8	68.5	10.9	19.8	82.0			
79	60	-24.6	11	8	8.5	30.6	8.7	3.2	-63.1	23.8	27.6	15.7	1.8	2.7	55.9	16.1	16.4	1.9			
90	67	-25.2	7	5	12.7	28.9	7.0	7.8	12.7	23.4	16.6	-28.9	4.0	4.3	7.6	16.6	15.5	-6.8			
78	58	-26.3	6	5	15.5	32.3	6.1	9.6	57.0	19.2	17.1	-11.1	2.2	1.7	-21.0	11.3	16.9	49.1			
83	60	-28.6	6	5	9.5	23.6	3.5	5.9	69.3	16.1	17.8	10.0	2.0	1.4	-32.2	12.5	15.0	20.1			
84	60	-28.3	3	4	13.7	33.9	9.7	8.3	-14.0	25.0	22.3	-10.9	4.5	3.3	-26.6	16.8	13.4	-20.2			
90	60	-33.0	12	8	12.8	27.5	7.6	8.3	8.3	24.4	24.5	0.3	3.2	3.9	22.2	17.0	14.5	-14.5			
84	63	-24.8	4	4	10.1	28.9	5.5	8.2	49.8	19.8	22.9	16.0	3.7	4.8	28.8	13.3	14.1	6.2			
84	58	-31.5	3	2	15.2	31.3	13.7	9.5	-30.3	29.4	21.8	-25.8	8.1	4.6	-43.4	22.1	14.4	-34.9			
91	65	-28.5	24	17	6.3	19.4	3.9	3.9	0.1	11.9	16.6	39.0	1.1	0.8	-33.3	7.9	8.7	9.9			
90	62	-30.9	21	14	13.8	29.2	9.9	9.5	-3.9	24.4	23.3	-4.2	2.7	2.5	-7.3	15.3	12.6	-17.5			
88	61	-30.8	4	3	7.6	28.9	8.7	5.5	-36.2	24.2	20.2	-16.7	2.9	4.0	38.8	16.2	19.2	18.0			
88	68	-23.2	23	20	7.7	23.8	9.9	5.8	-41.5	22.5	17.2	-23.5	5.3	2.1	-60.9	19.5	13.0	-33.1			
90	68	-24.8	11	9	6.8	24.5	7.1	9.9	39.2	19.5	23.5	20.9	2.7	3.2	18.6	15.3	16.8	9.8			
77	59	-23.3	8	6	12.0	30.8	10.8	11.5	7.3	28.8	23.1	-20.0	5.1	3.1	-39.3	18.7	14.5	-22.6			
77	57	-26.6	7	5	6.2	23.9	7.9	5.8	-27.1	23.6	19.5	-17.2	4.4	1.1	-75.4	15.3	10.5	-31.4			
90	65	-28.3	7	5	10.7	26.7	7.6	10.3	34.8	23.2	24.8	6.8	3.0	4.5	49.6	14.5	14.9	2.5			
83	62	-25.6	10	8	8.7	24.3	8.4	7.3	-13.6	25.1	15.9	-36.8	3.1	3.3	5.7	17.0	10.6	-37.9			
77	60	-21.3	28	22	12.2	28.3	11.4	10.7	-6.3	29.2	21.7	-25.8	5.2	6.4	22.7	18.5	16.4	-11.0			
91	72	-21.7	20	18	18.4	33.4	17.9	21.1	17.4	37.0	32.8	-11.4	8.9	8.0	-9.4	23.8	26.0	9.2			
93	72	-21.8	16	13	14.7	37.6	11.1	15.6	39.9	27.3	27.8	1.7	6.6	6.6	1.0	18.9	19.9	5.1			
90	66	-26.7	17	13	9.2	33.0	9.2	13.5	45.9	24.2	26.6	9.7	7.0	9.4	34.6	19.8	21.3	7.4			

Fuentes: Columnas 1-3—referencia 10 (ENADID 2006). Columnas 4 y 5—referencias 9 y 10 (ENADID 1997 y 2007). Columna 6—referencia 10 (ENADID 2006). Columnas 7 y 8—estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), población base para proyecciones; véase Partida V, *Proyecciones de la Población de México, de las Entidades Federativas, de los Municipios y de las Localidades 2005-2050* México, D.F.: CONAPO, 2008, referencia 17. Columna 9—referencia 10 (ENADID 2006). Columnas 10 y 11—referencias 9 y 10 (ENADID 1997 y 2006).

ANEXO CUADRO 3. Indicadores seleccionados de conocimiento, uso y demanda de anticonceptivos entre las

Lugar de residencia, región* y entidad federativa	% 15-19 que conoce al menos un método anticonceptivo (incluye respuesta espontánea y con ayuda)		Núm. promedio de métodos anticonceptivos conocidos entre el total de mujeres 15-19						Entre mujeres casadas† 15-24, % que usa:					
			Espontáneo		Con ayuda		Espontáneo y con ayuda		Método tradicional‡			Método moderno§		
	1997	2006	1997	2006	1997	2006	1997	2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997-2006
	1		2						3					
TOTAL	93.4	96.5	2.5	3.2	2.9	2.5	5.4	5.7	9.4	4.6	-50.6	46.2	48.4	4.8
LUGAR DE RESIDENCIA														
Urbano	96.9	98.1	2.8	3.4	3.0	2.5	5.8	5.9	9.8	5.1	-47.4	51.3	52.2	1.8
Rural	82.8	91.2	1.7	2.7	2.6	2.2	4.3	4.9	8.5	3.4	-60.0	34.2	39.0	13.8
REGIÓN														
Región 1	98.3	99.0	3.0	3.9	3.1	2.4	6.0	6.4	6.0	8.1	34.1	59.7	61.5	3.0
Región 2	95.4	97.8	2.8	3.2	2.9	2.6	5.7	5.8	8.7	4.1	-52.9	52.3	55.1	5.4
Región 3	97.3	97.6	2.6	3.3	3.1	2.4	5.8	5.8	8.2	5.7	-30.6	49.2	45.3	-7.9
Región 4	92.5	95.5	2.1	3.0	2.9	2.4	5.0	5.4	11.8	5.7	-51.5	40.0	43.6	9.2
Región 5	93.3	96.6	2.4	3.6	3.0	2.4	5.4	6.1	11.7	2.6	-78.0	45.9	48.1	4.6
Región 6	80.1	91.3	2.1	3.0	2.2	2.2	4.3	5.1	7.3	3.6	-51.5	29.9	37.3	24.7
ENTIDAD FEDERATIVA														
Región 1														
Distrito Federal	98.3	98.5	3.0	3.9	3.1	2.4	6.0	6.4	6.1	8.1	32.7	59.6	61.5	3.2
Región 2														
Aguascalientes	96.5	98.9	2.3	3.4	3.1	2.6	5.3	6.0	10.5	[6.3]	[-39.9]	38.5	[46.9]	[21.7]
Baja California Sur	99.4	[99.1]	3.7	[3.5]	3.2	[2.3]	6.9	[5.8]	3.5	††	††	61.2	††	††
Baja California	98.3	97.2	3.1	3.5	2.9	2.4	6.0	6.0	7.6	6.1	-19.4	53.1	55.1	3.7
Chihuahua	96.7	98.3	3.1	3.6	2.8	2.2	6.0	5.9	4.1	6.3	55.4	61.3	58.2	-5.1
Coahuila	97.7	90.3	2.7	3.4	3.0	2.4	5.7	5.8	6.6	2.8	-57.9	57.3	63.9	11.5
Colima	98.0	96.8	3.0	3.2	2.8	2.9	5.9	6.2	9.4	††	††	50.1	††	††
Jalisco	94.3	95.0	2.6	3.1	2.7	2.4	5.3	5.5	13.9	3.8	-72.4	42.8	48.1	12.2
México	93.5	98.5	2.9	3.2	3.0	2.9	5.9	6.1	8.6	4.5	-47.5	53.5	51.2	-4.3
Nuevo León	97.6	90.8	2.4	3.1	3.0	2.2	5.4	5.3	8.9	1.6	-82.2	46.9	63.0	34.4
Sonora	98.3	93.6	2.6	3.0	3.3	3.0	6.0	6.0	3.9	1.6	-58.7	60.2	54.8	-8.9
Tamaulipas	95.4	97.0	2.7	3.0	2.8	2.3	5.5	5.4	11.3	3.3	-70.6	51.6	63.3	22.7
Región 3														
Durango	96.5	95.1	2.4	3.4	3.1	2.7	5.5	6.1	6.0	3.8	-37.4	49.5	49.1	-1.0
Morelos	98.3	95.5	2.9	3.7	3.0	2.5	5.9	6.3	11.0	[8.5]	[-23.0]	48.7	[36.2]	[-25.7]
Querétaro	94.5	92.8	2.7	3.1	2.7	2.4	5.4	5.4	8.8	[7.1]	[-19.1]	37.6	[38.1]	[1.4]
Quintana Roo	96.2	98.6	3.1	3.3	2.7	2.4	5.7	5.7	12.8	[17.4]	[35.6]	45.5	[43.5]	[-4.4]
Sinaloa	98.9	98.9	2.4	3.3	3.6	2.3	6.0	5.6	2.8	2.7	-0.4	56.4	46.6	-17.4
Tlaxcala	98.1	98.5	2.5	3.1	3.2	2.5	5.8	5.6	16.8	[0.0]	[-100.0]	47.2	[56.8]	[20.4]
Región 4														
Campeche	93.7	[98.1]	2.4	[3.2]	2.9	[2.5]	5.3	[5.7]	12.4	[3.5]	[-71.8]	46.7	[51.7]	[10.6]
Guanajuato	91.3	97.5	2.3	3.0	2.7	2.7	5.0	5.7	13.5	8.7	-35.0	31.2	39.9	27.8
Michoacán	92.0	98.1	1.8	2.8	2.8	2.7	4.6	5.5	9.7	3.3	-66.0	38.9	40.1	3.1
Nayarit	96.8	88.4	2.8	3.4	2.8	2.6	5.7	6.0	3.2	[2.7]	[-15.2]	60.2	[67.6]	[12.3]
Puebla	90.7	95.9	1.9	3.0	3.1	1.8	5.0	4.8	12.5	3.9	-68.6	38.2	33.1	-13.2
San Luis Potosí	95.4	98.7	2.2	3.3	3.1	2.3	5.4	5.6	6.1	3.1	-49.2	42.4	56.9	34.2
Tabasco	96.0	96.3	2.3	3.3	3.1	2.4	5.4	5.7	15.1	8.2	-45.5	41.6	47.1	13.1
Yucatán	91.9	99.9	2.0	2.7	2.9	2.6	5.0	5.3	20.9	9.4	-55.1	42.7	56.3	31.8
Zacatecas	91.8	99.2	2.3	3.4	2.6	2.1	4.9	5.5	7.1	[8.7]	[23.5]	50.1	[41.3]	[-17.5]
Región 5														
Hidalgo	91.5	97.2	2.6	3.4	2.6	2.6	5.2	6.0	7.0	1.4	-80.7	41.4	47.3	14.4
Veracruz	93.9	99.6	2.4	3.7	3.1	2.4	5.5	6.1	13.1	2.6	-80.4	47.2	48.7	3.2
Región 6														
Chiapas	80.8	99.0	2.1	3.2	2.2	1.9	4.3	5.1	5.1	4.2	-17.2	34.3	37.4	8.8
Guerrero	81.4	98.3	2.6	3.0	2.0	2.1	4.6	5.1	5.7	5.0	-13.7	27.5	37.2	35.4
Oaxaca	78.1	98.5	1.7	2.5	2.4	2.6	4.2	5.1	12.0	1.4	-88.1	26.2	38.6	47.4

*Las regiones están definidas con base en características socioeconómicas de los estados. El nivel de desarrollo más alto corresponde a la Región 1 y disminuye hasta la Región 6, la menos desarrollada. Véase la definición completa en el documento. †Matrimonio legal o unión consensual. ‡Ritmo, retiro y otros métodos tradicionales como tés y hierbas. §Pastillas, DIU, inyectables, condón masculino y femenino, vasectomía y esterilización femenina, diafragma, espuma y jalea. **Sexualmente activa y fértil, y no desea un hijo pronto (en los próximos 2 años) o nunca, pero no está usando un método anticonceptivo.

mujeres jóvenes en México, totales y según lugar de residencia, región y entidad federativa, 1997 y 2006

Entre mujeres casadas† 15–24, % que usa:						% de mujeres casadas† 15–24 que:			% mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales:		
Cualquier método			Ningún método			Tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción**			De edad 15–24, que usan un método moderno‡	De edad 15–19, la pareja usa condón masculino	De edad 15–24, la pareja usa condón masculino
1997	2006	Cambio porcentual 1997–2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997–2006	1997	2006	Cambio porcentual 1997–2006	2006	2006	2006
3			4			5					
55.6	53.0	-4.6	44.4	47.0	5.7	22.6	30.5	35.4	34.0	15.9	17.4
61.1	57.4	-6.1	38.9	42.6	9.5	17.7	27.1	52.7	35.8	16.9	18.7
42.7	42.4	-0.8	57.3	57.6	0.6	33.9	39.2	15.7	19.2	9.5	6.8
65.7	69.6	5.9	34.3	30.4	-11.2	18.2	16.9	-7.4	40.1	17.2	19.8
61.0	59.2	-2.9	39.0	40.8	4.5	16.3	25.9	58.5	38.3	14.3	18.1
57.4	51.0	-11.1	42.6	49.0	15.0	22.1	30.1	36.3	33.3	[23.9]	19.7
51.8	49.3	-4.7	48.2	50.7	5.0	25.3	33.8	33.7	25.7	20.0	14.9
57.7	50.6	-12.2	42.3	49.4	16.6	25.9	34.2	32.1	33.7	[5.7]	21.8
37.3	40.9	9.7	62.7	59.1	-5.8	36.7	39.1	6.6	18.5	[8.8]	7.6
65.7	69.6	5.9	34.3	30.4	-11.3	18.1	16.7	-7.8	40.1	17.2	19.8
49.0	[53.1]	[8.3]	51.0	[-46.9]	[-192.0]	23.4	[30.8]	[31.8]	##	##	##
[64.7]	##	##	[35.3]	##	##	12.9	##	##	##	##	##
60.7	61.2	0.8	39.3	38.8	-1.2	16.9	12.0	-28.8	63.1	##	8.3
65.4	64.6	-1.3	34.6	35.4	2.4	14.9	22.7	51.9	39.4	##	19.7
63.9	66.7	4.4	36.1	33.3	-7.7	12.1	22.3	83.2	##	##	##
59.5	##	##	40.5	##	##	13.8	nd	nd	##	##	##
56.7	51.9	-8.4	43.3	48.1	11.1	16.1	26.4	63.7	26.8	##	19.5
62.0	55.7	-10.2	38.0	44.3	16.7	17.4	35.0	100.6	32.6	13.0	22.0
55.7	64.6	15.8	44.3	35.4	-19.9	15.5	18.9	22.2	[41.9]	##	[20.9]
64.1	56.5	-12.0	35.9	43.5	21.4	16.4	21.6	32.0	[37.5]	##	[3.1]
62.9	66.7	5.9	37.1	33.3	-10.0	17.1	20.0	17.2	[35.7]	##	[25.0]
55.6	52.8	-4.9	44.4	47.2	6.2	24.9	26.2	5.0	##	##	##
59.7	[44.7]	[-25.2]	40.3	[55.3]	[37.4]	24.1	[38.9]	[61.4]	##	##	##
46.4	[45.2]	[-2.5]	53.6	[54.8]	[2.2]	33.4	[31.2]	[-6.5]	##	##	##
58.4	[60.9]	[4.4]	41.6	[39.1]	[-6.1]	21.4	[25.6]	[19.4]	##	##	##
59.1	49.3	-16.6	40.9	50.7	24.0	15.9	30.8	93.4	[34.6]	##	[26.9]
63.9	[56.8]	[-11.1]	36.1	[43.2]	[19.7]	19.4	[27.9]	[43.8]	##	##	##
59.2	[55.2]	[-6.7]	[40.8]	[44.8]	[9.8]	18.3	[23.8]	[29.7]	##	##	##
44.7	48.6	8.9	55.3	51.4	-7.2	29.4	36.6	24.6	19.6	##	12.5
48.6	43.4	-10.7	51.4	56.6	10.1	24.9	37.0	48.5	[31.1]	##	[17.8]
63.4	[70.3]	[10.9]	36.6	[29.7]	[-18.9]	13.9	[16.2]	[16.7]	##	##	##
50.7	37.1	-26.9	49.3	62.9	27.7	29.3	46.8	59.6	33.3	[22.0]	20.3
48.5	60.0	23.8	51.5	40.0	-22.4	32.2	24.2	-24.9	[24.0]	##	[16.0]
56.7	55.3	-2.5	43.3	44.7	3.3	21.3	28.5	33.5	[23.1]	##	[7.7]
63.6	65.6	3.2	36.4	34.4	-5.6	17.1	22.0	28.6	##	##	##
57.1	[50.0]	[-12.5]	42.9	[50.0]	[16.6]	17.3	[23.5]	[36.2]	##	##	##
48.4	48.6	0.6	51.6	51.4	-0.6	29.8	31.6	5.8	##	##	##
60.3	51.3	-14.9	39.7	48.7	22.6	24.8	35.2	41.9	35.9	[5.5]	24.4
39.4	41.6	5.5	60.6	58.4	-3.6	12.1	42.4	248.8	##	##	##
33.2	42.1	26.9	66.8	57.9	-13.4	41.1	40.3	-1.8	[20.0]	##	[15.0]
38.1	40.0	4.9	61.9	60.0	-3.0	36.4	34.1	-6.4	[27.3]	##	[3.0]

##El número de casos no ponderados (denominador) es <25. Notas: na=no aplica. nd=datos no disponibles. []=el número de casos no ponderados (denominador) es 25–49. Fuentes: Columnas 1–4—referencias 9 y 10 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID] 1997 y 2006). Columna 5—referencia 10 (ENADID 2006).



*Progresando en la salud sexual y
reproductiva en el mundo a través de la investigación,
el análisis de políticas y la educación pública*

125 Maiden Lane
New York, NY 10038
(212) 248-1111; fax (212) 248-1951
info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org