



LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS



CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO

Análisis estadístico sobre la salud materna en México 2005-2010, cambios y retos al margen de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Elaborado por: Mtra. Rossana Hernández Dávila

Marzo de 2012

Este material es propiedad de la Cámara de Diputados y los derechos de autora corresponden a la investigadora (or) que elaboró el presente documento. Las opiniones expresadas en este documento reflejan el punto de vista de la investigadora (or), no necesariamente expresan el punto de vista del CEAMEG

Contenido

I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos	2
III.	Marco referencial	3
	A. Definición de Derechos Humanos	3
	B. Definición de ODM	5
	C. ODM 5 Mejorar la salud materna	7
	D. Definición de indicadores	11
IV.	Antecedentes.....	13
	A. Sobre las tendencias del ODM 5: mundial, regional y local.....	13
	1. Mundial	13
	2. América Latina	14
	3. México.....	17
	B. Sobre los informes estadísticos.....	18
V.	Preguntas de investigación	21
VI.	Hipótesis de investigación	21
VII.	Metodología.....	21
VIII.	Análisis e interpretación de los datos	23
IX.	Conclusiones.....	47
X.	Glosario.....	50
XI.	Bibliografía.....	53

Índice de Gráficas

Gráfica 1 Tasa de mortalidad materna América Latina y el Caribe (26 países y territorios), alrededor de 2005 (tasa por cada 100.000 nacidos vivos).....	14
Gráfica 2 Evolución de la tasa mortalidad materna (Indicador ODM 5.1) América Latina (10 países), 2001 – 2008 (tasa por cada 100.000 nacidos vivos)	15
Gráfica 3 Razón de mortalidad materna, México, 2002-2009	23
Gráfica 4 Razón de mortalidad materna por grupos de edad 2009.....	24
Gráfica 5 Distribución porcentual de defunciones maternas por edad de la madre, Nacional, 2009	28
Gráfica 6 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado, México, 1990-2007	29
Gráfica 7 Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, México, 1992-2009.....	31
Gráfica 8 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, México, 1990-2007..	33
Gráfica 9 Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, México, 2000-2010.....	34
Gráfica 10 Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, México, 1987-2009	35
Gráfica 11 Tasa Global de Fecundidad, México, 1990-2012.....	37
Gráfica 12 Tasas Específicas de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad trienal, 1989-2008	39
Gráfica 13 Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2006-2008	40
Gráfica 14 Tasa específica de fecundidad adolescente por entidad federativa, 2006-2008	41
Gráfica 15 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según nivel de escolaridad, 1976 y 2009	44
Gráfica 16 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según lugar de residencia, 1976 y 2009.....	45

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Objetivos y metas extraídos de la Declaración del Milenio	7
Cuadro 2 Objetivo 5: mejorar la salud materna	10
Cuadro 3 Distribución de las muertes maternas por grupos de causas América Latina (12 países), 2005.....	16
Cuadro 4 Razón de mortalidad materna por año de registro y entidad de residencia habitual, México, 2002-2009	25
Cuadro 5 Distribución porcentual de defunciones maternas según entidad de residencia habitual y edad de la madre, 2009	27
Cuadro 6 Porcentaje de mujeres de 15 años y más con al menos un hijo nacido vivo y su distribución porcentual por grupos de edad según número de hijos 2010	36
Cuadro 7 Tasas Específicas de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad trienal, 1989-2008	38
Cuadro 8 Edad media a la que las mujeres en edad fértil (15-49) experimentan eventos seleccionados, 2009	42
Cuadro 9 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según grupo de edad, 1976-2009.....	43
Cuadro 10 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según paridez, 1976-2009.....	43
Cuadro 12 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según nivel de escolaridad, 1976 - 2009	44
Cuadro 12 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según lugar de residencia, 1976-2009	45
Cuadro 13 Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009	46
Cuadro 14 Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupo de edad, 2009	46

Índice de mapas

Mapa 1 Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados), 2010.....	26
Mapa 2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado	30
Mapa 3 Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, 2009	32
Mapa 4 Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2010	34

Análisis estadístico sobre la salud materna en México 2005-2010, cambios y retos al margen de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

I. Introducción

La Declaración del Milenio en el año 2000 es un llamado de Naciones Unidas, y un compromiso de los países para alcanzar objetivos sobre el desarrollo, la gobernabilidad, la paz, la seguridad y los derechos humanos. El haber elegido este tema para el desarrollo de la presente *Investigación Analítica* tiene como finalidad no sólo el desarrollo de los indicadores correspondientes al Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 sobre mejorar la salud materna, sino además, de presentar un panorama general de los cambios en el tiempo en México, a partir de los indicadores *oficiales* de la ONU, y complementar el análisis con otros referentes al tema, partiendo de la hipótesis de que las variaciones que han sufrido los indicadores tienen una relación con los cambios presentados en variables relacionales que se exponen y justifican en este documento.

En este documento se presentan como antecedentes los informes estadísticos sobre los avances que ha habido en el mundo, por región y en el país; así como los niveles y tendencias –grosso modo- en el mundo, América Latina y México específicamente de este objetivo. En el caso de México, se detalla un poco más el avance que se ha observado, así como los informes que se han presentado por parte del Gobierno de México. El marco referencial para el desarrollo de esta investigación está basado en los derechos humanos, el cual se contempla dentro del desarrollo de los ODM. También, se cuenta como referencia el conocimiento y antecedentes sobre las variables demográficas involucradas.

Asimismo, contiene un apartado donde se desarrolla la metodología, en el cual se muestra la justificación del uso de los indicadores que, de acuerdo a la revisión de literatura al respecto, pueden complementar la visión sobre lo que sucede alrededor de las metas específicas del ODM 5. También, se tiene el análisis de los indicadores que se proponen presentados en gráficas y o

cuadros para su mejor comprensión. Finalmente se presentan algunas conclusiones y comentarios finales.

II. Objetivos

- Mostrar la evolución y principales cambios de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5) para México
- Definir los indicadores relacionados para cada uno de los indicadores oficiales de los ODM 5
- Mostrar la evolución de los indicadores relacionados a este ODM
- Relacionar los cambios entre el ODM 5 y los indicadores que se definen como relacionales
- Resaltar la importancia de la salud reproductiva, prevención, entre otros, en la incidencia de los cambios en las tendencias del ODM 5

III. Marco referencial

El marco referencial para el desarrollo de esta investigación está basado en los derechos humanos, el cual se contempla dentro del desarrollo de los ODM. También, se cuenta como referencia el conocimiento y antecedentes sobre las variables demográficas involucradas.

El marco de los derechos humanos es una herramienta esencial para alcanzar los ODM ya que, de acuerdo con el PNUD, ayuda a asegurar que se cumplan los Objetivos de modo equitativo, justo y sostenible ofreciendo un marco normativo que fija el trabajo en materia de desarrollo dentro de una serie universal de valores. Como se manifiesta en la Declaración del Milenio, los derechos humanos son el centro de los esfuerzos para alcanzar el desarrollo humano.

A. Definición de Derechos Humanos¹

Para Luigi Ferrajoli, el concepto de derechos humanos refiere a todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar. En este sentido, aclara que se entenderá como derechos subjetivos a cualquier expectativa positiva o negativa adscrita a un sujeto por una norma jurídica (Ferrajoli, L. 2001:19).

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH, 2004) amplía el concepto generalizado que se tiene de derechos humanos y señala que éstos tienen que entenderse de una manera más amplia e integral, ya que son un fenómeno en constante evolución y construcción, por lo tanto no se pueden delimitar únicamente a un conjunto de derechos determinados, si no más bien, su definición debería de incorporar una idea más comprensiva de fenómenos sociales y políticos, al ser su reconocimiento una conquista lograda por la persona humana frente al poder del Estado.

¹ Información proporcionada por la Dirección de Estudios para la Armonización Legislativa en los Derechos Humanos de las Mujeres y la Equidad de Género del CEAMEG (2012)

Atendiendo a ambas definiciones y a lo establecido por el propio IIDH, podemos señalar que el concepto de derechos humanos supone un estadio de situaciones y procesos, incluyendo también derechos, todos necesarios para gozar de una vida digna.

Estos derechos, no distinguen edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social y tienen como características el ser universales², irrenunciables³, integrales-interdependientes e indivisibles⁴ y jurídicamente exigibles⁵.

De manera particular, se reconocen derechos humanos de las mujeres para enfatizar el hecho de que, históricamente, las mujeres han estado en desventaja con respecto al hombre en lo que al goce y ejercicio de sus derechos humanos se refiere. Resulta de utilidad retomar lo escrito por Laura Salinas (2006:7) acerca de que los derechos humanos de las mujeres “no aluden a derechos diversos de los que tiene los varones, sino más bien a la denotación que los derechos de todos adquieren en el momento en que pretenden ejercerlos las mujeres, debido a que su condición las lleva a no poder hacer realidad ese ejercicio en condiciones de igualdad”.

Si bien es cierto que los derechos humanos son atributos de la persona humana por el simple hecho de serlo, y aunque no habría que diferenciarse entre los derechos de las mujeres y los hombres atendiendo a la idea anterior, las violaciones a sus derechos humanos que sufren las primeras, evidencian la necesidad de plasmar los mismos en ordenamientos específicos.

En este sentido y con el ánimo de contribuir en la aportación de marcos jurídicos internacionales que tutelen los derechos humanos de las mujeres en estos temas, se suscribió, en el ámbito de las Naciones Unidas, la CEDAW y, en el ámbito interamericano, la Convención Interamericana para Prevenir,

² Porque son inherentes a todas las personas en todos los sistemas políticos, económicos y culturales.

³ Ya que no se pueden trasladar a otra persona ni renunciar a ellos.

⁴ Ya que están relacionados entre sí, no se puede sacrificar un derecho en aras de otro.

⁵ Al estar reconocidos por los Estados en la legislación internacional y adoptados en la nacional obligan al mismo a su respeto, observancia y cumplimiento.

Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, también conocida como Convención de Belém do Pará.

La LGAMVLV entiende por derechos humanos de las mujeres aquellos

“...que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia..”

B. Definición de ODM

En septiembre de 2000, en el marco de la Cumbre del Milenio, 190 países miembros de la Organización de Naciones Unidas suscribieron la Declaración del Milenio. Este documento contiene ocho compromisos conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los que destacan erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género, la sostenibilidad ambiental, incrementar la salud y fomentar la asociación global para el desarrollo. Estos Objetivos tienen como fecha límite de cumplimiento el año 2015.



Los ODM son objetivos cuantificables y con plazos definidos que articulan los avances sociales, económicos y medioambientales que se necesitan para alcanzar logros sostenibles en materia de desarrollo humano. Los Objetivos 1 a 7 tienen como meta sacar a los más desfavorecidos de la pobreza y del hambre, escolarizar a cada niño, fortalecer a las mujeres, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, y asegurar un medio ambiente sostenible. El Objetivo 8

reconoce explícitamente que la erradicación de la pobreza en el mundo sólo puede lograrse a través de la cooperación internacional (PNUD, 2011).

Muchos países han comenzado a integrar los ODM en sus marcos nacionales de desarrollo a través de la creación de estrategias nacionales y sectoriales de desarrollo basadas en los ODM, y del uso de los ODM para inspirar los esfuerzos de seguimiento. De acuerdo con el PNUD el apoyo que se da a los países en sus esfuerzos por alcanzar los ODM, a través de las actividades de los fondos y programas de las agencias de las Naciones Unidas, se centran generalmente en las siguientes cuatro áreas: monitoreo, análisis, campaña y actividades operacionales (PNUD, 2011).

En la Declaración del Milenio también se esbozó un plan acordado por consenso en cuanto a la forma de orientar las acciones, destacando la atención en los derechos humanos, la gestión óptima de los asuntos públicos y la democracia, así como la prevención de los conflictos y la consolidación de la paz. Los países miembros adoptaron la Declaración del Milenio con la firme convicción de que el principal desafío que enfrentan las naciones del mundo es conseguir que el proceso de globalización se convierta en una fuerza positiva, teniendo presente el reto de lograr que sus beneficios se distribuyan de forma equitativa, con el fin de abatir la desigualdad económica y social que amenazan al mundo (INEGI, 2012).

Cuadro 1 Objetivos y metas extraídos de la Declaración del Milenio

Objetivos y metas	Objetivos y metas.
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
Meta 1A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	Meta 7A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente
Meta 1B: Alcanzar empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	Meta 7B: Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida
Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	Meta 7D: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios
Meta 2A: Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo
Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer	Meta 8A: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio
Meta 3A: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015	Incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	Meta 8B: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	Incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	Meta 8C: Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	Meta 8D: Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	Meta 8E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Meta 8F: En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	
Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	

Fuente: CEAMEG con base en

<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>

C. ODM 5 Mejorar la salud materna

El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio busca reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida de las mujeres. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada al parto y atención de

emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud y que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente.

Por medio de este Objetivo 5, los ODM plasman las exigencias que diversos instrumentos internacionales han señalado respecto de la necesidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que la no adopción de medidas adecuadas para reducir las tasas de mortalidad materna puede constituir una violación de los derechos humanos; por lo que la meta 5A y el derecho a la salud se refuerzan mutuamente (CEPAL, 2011).

La inclusión reciente del acceso universal a la salud reproductiva como meta de los ODM reafirma la importancia de este tema para promover el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza dentro de un marco de derechos humanos. Esta idea está basada en el tema central de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo en septiembre de 1994, la que postuló el acceso a los servicios de salud reproductiva y la planificación familiar como un derecho humano básico.

Entre las acciones incluidas en el Programa de Acción de esta Conferencia (PA-CIPD) se estableció que: *“todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”* (Naciones Unidas, 1994). La incorporación del acceso universal a la salud reproductiva —tema central del PA-CIPD— en la agenda de los ODM es particularmente importante, porque estos objetivos se han convertido en el norte del quehacer del sistema de las Naciones Unidas y, de una u otra forma, los asuntos que no están explícitamente considerados en esta agenda pierden visibilidad y prioridad para la actividad de la cooperación internacional.

"El momento del parto debería ser un momento de alegría. Sin embargo, anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en la muerte y veinte veces más este número sufren lesiones o incapacidades graves que, si no se tratan, les pueden causar sufrimientos y humillación durante toda la vida. La muerte de una madre puede ser especialmente devastadora para los niños que deja atrás, pues para ellos aumenta el riesgo de caer en la pobreza y de ser víctimas de explotación.

Los países cuyas tasas de mortalidad materna ya eran bajas en 1990 han logrado nuevos progresos, pero aún queda mucho por hacer. Para reducir esa tasa en los países más afectados, deberán destinarse más recursos encaminados a lograr que la mayoría de los partos sean atendidos por médicos, enfermeras o parteras capacitadas para prevenir, detectar y tratar las complicaciones obstétricas. Cuando se presentan problemas, las mujeres deben tener la posibilidad de llegar a tiempo a un centro médico plenamente equipado.

El acceso universal a la atención de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, es el punto de partida para la salud materna. Es particularmente importante para atender las necesidades de los 1.300 millones de jóvenes que están a punto de comenzar su vida reproductiva. En la actualidad hay 200 millones de mujeres que no cuentan con los servicios anticonceptivos seguros y eficaces que necesitan."(ONU, 2010)⁶

De acuerdo con Andrea (2011) en la primera Declaración del Milenio (Naciones Unidas, 2000) se excluyó el aspecto de la salud sexual y reproductiva, esto mereció reparos de los expertos y profesionales que la consideraron una omisión inmerecida, dado que sin mejoras en ese ámbito no podrían cumplirse la mayoría de las metas de los ODM (Dixon-Mueller y Germain, 2007). El *Documento Final de la Cumbre Mundial 2005* se refirió parcialmente a esta exclusión, cuando incorporó entre los objetivos adicionales aquellos originalmente establecidos en la Declaración del Milenio, más notablemente el de asegurar el acceso universal a la salud reproductiva a nivel mundial para 2015, como parte de la meta de reducir la mortalidad materna. Tanto esta meta

⁶ Portal de la labor del sistema de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> (mayo de 2010).

como los indicadores incorporados para medirla —la tasa de fecundidad adolescente, la tasa de uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de anticoncepción y el acceso a la atención prenatal— fueron identificados por el Grupo Inter-Agencial de Expertos en indicadores ODM (IAEG por su denominación en inglés) como los más relevantes para esta meta (OMS/UNFPA, 2009) (Andrea, 2011).

En lo relativo al ODM 5: *Mejorar la salud materna*, éste cuenta actualmente con una nueva meta y con seis indicadores. Se ha reconocido el acceso universal a la salud reproductiva como un derecho fundamental de la mujer (meta 5.B) y para poder cuantificar sus avances se han propuesto tres nuevos indicadores oficiales relacionados con la tasa de natalidad entre las adolescentes, la cobertura de atención prenatal, y las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Cuadro 2 Objetivo 5: mejorar la salud materna

Meta	Indicador
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.1 Razón de mortalidad materna
	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
	5.4 Tasa de fecundidad adolescente
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
	5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Fuente: http://www.objetivosdedesarrollodemilenio.org.mx/ODM/Doctos/ODM_CyR.htm

D. Definición de indicadores

Para elegir los indicadores de los ODM se celebraron consultas entre los Estados Miembros de la Secretaría de las Naciones Unidas y representantes del Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el Banco Mundial (BM) a fin de armonizar la presentación de informes sobre los objetivos de desarrollo que figuran en la Declaración del Milenio y los objetivos de desarrollo internacionales.

El grupo deliberó sobre las metas respectivas y determinados indicadores pertinentes, con miras a preparar una serie general de indicadores para los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los Indicadores debían mostrar las dinámicas económicas, sociales y ambientales presentes en los ODM. A fin de contribuir a centrar el establecimiento de prioridades internacionales, los objetivos y las metas debían ser limitados en número, mantenerse estables a lo largo del tiempo y debían poder ser comunicados claramente a una audiencia amplia. Unas metas numéricas claras y estables podrían ayudar a desencadenar la acción y promover nuevas alianzas para el desarrollo. En aras de supervisar los progresos, el año de referencia para los objetivos sería el año 1990, que es el año de referencia que han utilizado las conferencias mundiales del decenio de 1990.

La meta y sus indicadores, tal como fueron incorporados en los ODM, tienen limitaciones. En particular, muchas características de la fecundidad, del uso de anticonceptivos y del acceso a los servicios de salud reproductiva restringen la utilidad de esta meta. Por ejemplo, las mejoras generales en materia de salud reproductiva no han sido suficientes para eliminar las brechas históricas entre los grupos sociales y económicos en el acceso y el uso de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, particularmente con respecto al nivel socioeconómico, la etnicidad y la localización geográfica de las personas (Andrea, 2011). Asimismo, mientras la TGF ha ido decreciendo en todos los países de la región, las tendencias de la fecundidad adolescente son variadas,

lo cual sugiere que los factores que la afectan y aquellos que inciden en la que acontece en el resto de las edades difieren, requiriendo por lo tanto intervenciones específicas en cada caso.

IV. Antecedentes

A. Sobre las tendencias del ODM 5: mundial, regional y local

1. Mundial

De acuerdo con el último informe de las Naciones Unidas sobre los ODM, se tiene que la mortalidad materna sigue siendo una carga en muchos países en vías de desarrollo. Si bien las cifras sobre mortalidad materna tienden a ser poco fidedignas, las estimaciones más recientes muestran que ha habido avances considerables en su previsión. En el conjunto de las regiones en desarrollo, la tasa de mortalidad materna cayó un 34% entre 1990 y 2008, ya que pasó de 440 muertes maternas por 100.000 niños nacidos vivos a 290 muertes maternas. A pesar de ello, la meta de este ODM todavía está muy lejos de conseguirse (ONU, 2011).

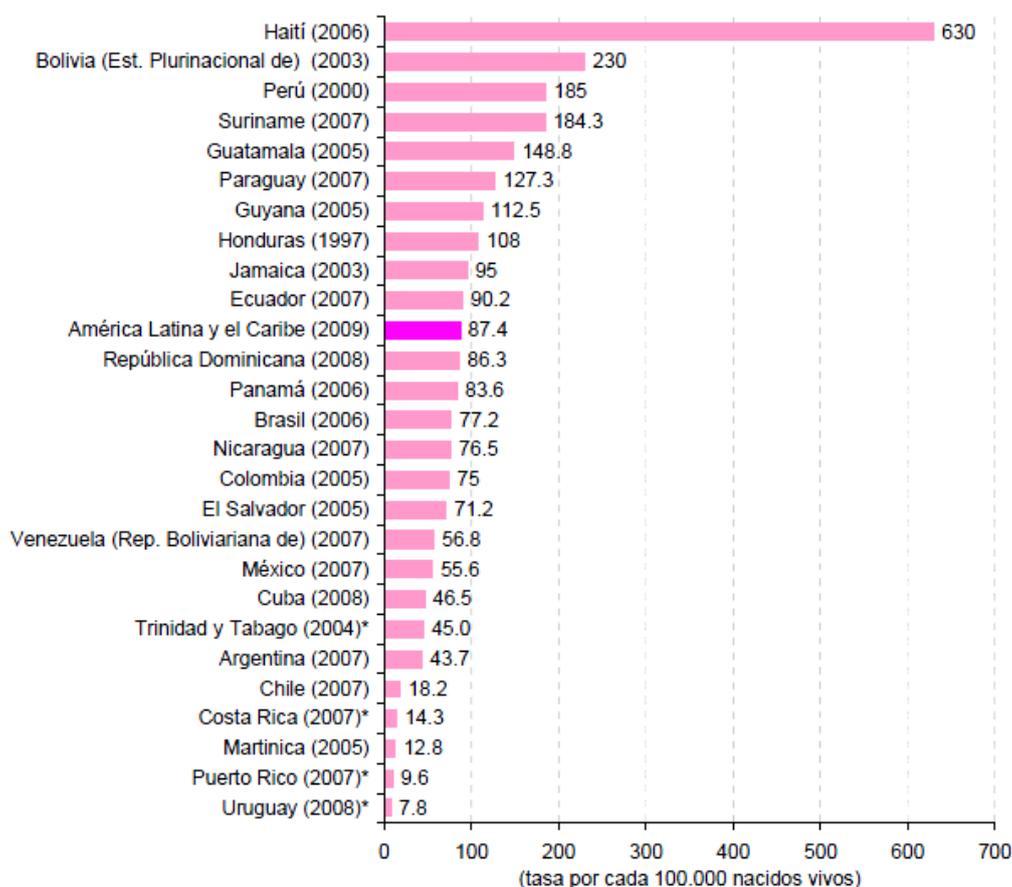
Asia oriental, África septentrional, Asia sudoriental y Asia meridional han logrado enormes avances. Entre 1990 y 2008, en 90 países se produjo un descenso de la mortalidad materna del 40%. En general, en las regiones en desarrollo el porcentaje de partos atendidos por personal de la salud aumentó del 55% en 1990 al 65% en 2009 (ONU, 2011).

El porcentaje de mujeres embarazadas atendidas al menos una vez a lo largo de su embarazo aumentó del 64% en 1990 al 81% en 2009 en el conjunto de las regiones en desarrollo. El porcentaje de mujeres que realizan las visitas recomendadas sigue siendo bajo, aunque se han registrado avances al respecto, pues aumentó del 35% en 1990 al 51% en 2009 (ONU, 2011).

2. América Latina

Las razones de mortalidad de los países de la región de América Latina y el Caribe son muy diversas, y las tendencias divergentes: mejoran en algunos países y empeoran marcadamente en otros. Los niveles del grupo formado por Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y Uruguay son inferiores a 50 muertes por cada 100,000 nacimientos. El resto presenta razones que oscilan desde 56 en México hasta 630 en Haití. Se trata de un cuadro muy desfavorable con respecto a las regiones desarrolladas, cuyas tasas de mortalidad materna no superan las 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (CEPAL; 2011).

Gráfica 1 Tasa de mortalidad materna América Latina y el Caribe (26 países y territorios), alrededor de 2005 (tasa por cada 100.000 nacidos vivos)



* Para algunos países, debido al pequeño número de eventos la razón no cumple con estándares de confiabilidad y precisión. Razones sólo presentados para países con más de 10.000 nacimientos anuales.

Fuente: CEPAL (www.eclac.cl/mdg), 2011 con base en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos." Versiones 2007 y 2009.

De acuerdo con el informe de la CEPAL (2011) sobre la mortalidad materna, se presenta un cuadro con la evolución de los datos de 11 países de América Latina algunos de los cuales muestran una gran variabilidad en los datos. Se evidencian avances insatisfactorios o bien una mejora de los registros. Pueden distinguirse tres categorías de países: con tendencia descendente, con tendencia estable y con tendencia ascendente. Solamente Paraguay, Colombia, México, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela presentan una tendencia descendente, pero a niveles que hacen difícil predecir si lograrán la meta.

Gráfica 2 Evolución de la tasa mortalidad materna (Indicador ODM 5.1) América Latina (10 países), 2001 – 2008 (tasa por cada 100.000 nacidos vivos)

Países	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tendencia descendente									
Paraguay	164	159.7	182.1	174.1	153.5	128.5	121.4	127.3	--
Colombia	104.9	98.6	84.4	77.8	78.7	78.7	72.9	70	75.6
México	72.6	70.8	59.9	62.6	60.9	61.8	58.6	55.6	57.2
Nicaragua	--	87	95.6	82.8	87.3	86.5	90.4	76.5	--
Venezuela	--	60.1	67.2	68	57.8	--	59.9	--	56.8
Tendencia estable									
Brasil	73.3	70.9	75.9	73	76.1	74.7	77.2	--	--
Cuba	40.4	33.9	41.1	39.5	38.5	51.4	49.4	31.1	46.5
Costa Rica	35.8	31.4	38	32.9	30.5	36.3	39.3	19.1	--
Chile	18.7	--	16.7	13.4	17.3	19.8	18.1	18.2	--
Tendencia ascendente									
República Dominicana	--	69	82	63	75.3	91.7	80	72.8	86.3
Argentina	35	43.5	46.1	43.6	40.1	39.2	47.8	43.7	--

Fuente: CEPAL (www.eclac.cl/mdg).

Conforme a los resultados presentados en el informe de la CEPAL⁷ (2011) las causas obstétricas directas fueron responsables de casi el 60% de las defunciones maternas, destacándose en este grupo: la enfermedad hipertensiva (23%), la hemorragia del embarazo, parto y puerperio (18%), el aborto (11%), la sepsis y otras infecciones puerperales (5%). El grupo restante obedeció a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (21%) y a causas no especificadas (2%). No fueron incluidas las defunciones por enfermedad por VIH/SIDA que complican el embarazo, parto o puerperio en el análisis.

⁷ Cabe señalar que en el documento de la CEPAL se expresa que no todos los países han cumplido con la entrega o envío de datos para generar las estadísticas. Honduras y Jamaica no han enviado en los últimos años datos de mortalidad en general; por otro lado, Bolivia y Haití si bien envían sus datos tienen un subregistro de más de 50%

También es necesario prestar atención a las causas obstétricas indirectas, identificadas como aquellas enfermedades infecciosas, parasitarias y otras enfermedades maternas que complicaron el embarazo, parto y el puerperio, responsables del 18% de las muertes maternas para el mismo año. Este grupo de causas debe ser también incluido en la medición y análisis de la mortalidad materna. En el seno de los países hay variaciones en cuanto a las causas (CEPAL, 2011).

Cuadro 3 Distribución de las muertes maternas por grupos de causas América Latina (12 países), 2005

Pais	Enf. Hipertensiva	Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	Aborto	Sepsis y otras infecciones puerperales	Otras complicaciones del embarazo y parto	Otras complicaciones principalmente puerperales	Causas obstétricas indirectas	Muerte obstétrica de causa no especificada
Argentina	15.2	13.8	28.6	3.3	10.5	4.3	18.5	5.8
Brasil	26.2	13.8	9.5	7.2	14.4	6.2	18.9	3.7
Chile	22.2	11.1	15.6	4.4	4.4	2.2	37.8	2.2
Colombia	28.3	15.4	10.9	5.1	7.3	4.5	22.9	5.7
Costa Rica	22.2	3.7	11.1	3.7	14.8	11.1	33.3	...
Cuba	8.1	24.2	9.7	3.2	4.8	21.0	27.4	1.6
Ecuador	30.8	28.0	11.9	7.0	13.3	...	4.9	4.2
El Salvador	30.4	30.4	17.4	4.3	13.0	4.3
Guatemala	21.8	39.8	6.8	7.1	19.8	3.7	...	1.1
México	26.1	25.5	7.5	2.4	15.1	5.0	18.0	0.4
Nicaragua	22.6	38.7	1.1	9.7	8.6	5.4	14.0	...
Venezuela (Rep. Bol. de)	26.0	12.1	13.0	6.9	17.1	3.8	21.1	...

Fuente: CEPAL (www.eclac.cl/mdg),

En lo que respecta a la atención prenatal la cobertura es alta en los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, coexiste con altos niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Un ejemplo es la República Dominicana, donde la cobertura casi universal de la atención prenatal (97,5%) contrasta con niveles relativamente altos de mortalidad infantil (28 por mil) y de mortalidad materna de 86.3 por 100.000, mostrando que el indicador –según la CEPAL- debe ser analizado a la luz de su eficacia respecto de la salud materno-infantil.

Sobre el embarazo adolescente en América Latina se tiene que la fecundidad adolescente tiene niveles excesivos, que hacen de ella una característica peculiar. No muestra una tendencia sistemática a la baja como en otras regiones; no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta, y la mayoría de estos embarazos no son planeados. Su reducción desde 1990 hasta el presente ha sido muy pequeña: sólo es superada actualmente por África subsahariana.

3. México

En México, desde 1990, la Razón de Mortalidad Materna, defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos, se ha reducido en 35.5 puntos, ya que pasó de 89.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos a 53.5 defunciones en 2010. Durante la década de los noventa dicho indicador exhibe una tendencia decreciente modesta, siendo a partir de 2000 cuando la tendencia a la baja se acelera.

A nivel nacional, se observa que la proporción de partos que se realizaron con asistencia de personal sanitario capacitado se elevó de forma considerable desde 1990 y hasta 2006, último año para el que se cuenta con esta información. En este periodo, la proporción creció 15 puntos, al pasar del 76.7 al 91.7 por ciento, sin embargo, los incrementos anuales son cada vez menores, lo que apunta sobre los mayores costos y esfuerzos en que se incurre para mejorar el indicador cuando éste se acerca al 100 por ciento.

El uso de métodos anticonceptivos en el país se ha extendido notablemente. Mientras que en 1976 apenas tres de cada 10 mujeres unidas en edad fértil hacían uso de algún tipo de tecnología anticonceptiva (30.6%), en 1992 poco más de seis de cada 10 mujeres y sus parejas recurrían a algún método de planificación familiar (63.1%).

En años subsecuentes el ascenso fue más lento, aunque constante. De este modo, en 2009, poco más de siete de cada 10 mujeres unidas en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos (72.5%).

El número de nacimientos muestra una tendencia descendente en las últimas tres décadas, periodo en el que la tasa global de fecundidad pasó de 6.72 hijos en promedio por mujer en 1970, a 2.39 en 2009. En cambio, la distribución de los nacimientos entre los diferentes grupos etarios ha permanecido relativamente constante y son las mujeres entre los 20 y 29 años quienes más aportan a la fecundidad nacional, seguidas en menor proporción por las

mujeres entre los 30 y 34 años, lo cual se traduce en un patrón de fecundidad con tendencia hacia el retraso.

La tasa de fecundidad en adolescentes ha disminuido a una velocidad relativamente constante de 1990 a 2007. El descenso observado fue de 11.9 puntos.

El promedio de consultas prenatales ha sido siempre superior a cuatro, para 2009 el valor de este indicador fue de 4.79.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción es un indicador que refleja las dificultades a las que todavía se enfrentan segmentos considerables de la población para ejercer sus derechos reproductivos.

En el país, tal indicador muestra una evolución favorable en las últimas dos décadas entre el conjunto de mujeres en edad fértil unidas, al pasar de una de cada cuatro en 1987, a una de cada 10 en 2009; es decir, una reducción de 15.3 puntos porcentuales.

B. Sobre los informes estadísticos

Los Objetivos y metas de Desarrollo del Milenio se enunciaron en la Declaración del Milenio, firmada en septiembre del 2000 por 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas.

A escala mundial, corresponde a la Secretaría General de Naciones Unidas la preparación de un informe periódico anual que debe ser reportado a la Asamblea General. Este informe es elaborado por el Grupo Interinstitucional y de Expertos en ODM (IAEG ODM) bajo la dirección del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, y se basa en datos originales reunidos entre las diferentes organizaciones que forman parte del grupo. Según lo acordado en la Declaración del Milenio la presentación de los informes se debe hacer en estrecha consulta y colaboración con las

instituciones pertinentes, involucrando a diferentes agencias internacionales, agrupaciones y expertos regionales (Quiroga, et. Al., 2010).

Actualmente, han sido publicados 5 informes a escala global, siendo el primero de 2005. Dichos informes cuantifican los logros que se han registrado considerando los indicadores oficiales agregados a nivel global y regional y proporcionan una medida de lo que aún falta por avanzar para cumplir con las metas establecidas, resumiendo los avances hacia los objetivos en cada una de las regiones. La referencia inicial para la evolución es el año 1990, y se presentan datos para el año 2000 y el último año con información disponible.

En lo que respecta a la escala regional, han sido las Comisiones Regionales de Naciones Unidas las que han coordinado la elaboración de informes regionales interagenciales, tanto a nivel general como enfocados en temas específicos. En América Latina, el primer informe data del año 2005, luego del cual se han publicado informes temáticos enfocados en género (2007) y salud (2008). Para el año 2009 la publicación del Informe Interagencial ODM7 “Garantizar la Sostenibilidad del Medio Ambiente” el que analiza la sostenibilidad ambiental del desarrollo y sus principales desafíos en América Latina y el Caribe. Estos informes suelen basar su análisis tanto en los indicadores oficiales ODM, como en algunos indicadores complementarios relevantes para la región (Quiroga, et. Al., 2010).

Los países de América Latina y el Caribe han producido a partir del 2001 un número significativo de informes nacionales ODM que proporcionan una medición actualizada del progreso de las naciones hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En lo que se refiere a la escala nacional, han sido mayoritariamente los organismos nacionales encargados de la planificación, los que han asumido el liderazgo en la producción de los informes nacionales ODM (IN-ODM). A estas instituciones corresponde normalmente el seguimiento de las políticas nacionales y de los compromisos internacionales, dentro de los cuales se encuentran los Objetivos del Milenio.

Entre los informes que se han presentado en México sobre los ODM se tienen los siguientes:

- Consulta Nacional sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2006
- Resumen Ejecutivo los ODM Informe de Avance 2005
- Informe México 2005 (en Inglés)
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avance 2006
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avance 2005
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2010
- Informe de ejecución del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo 1994-2009

En México se creó el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para informar sobre los avances alcanzados en la materia. Con el propósito de institucionalizar un mecanismo certero de planeación, seguimiento y evaluación de los ODM, la Oficina de la Presidencia de la República, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, junto con las Secretarías responsables de las metas de los ODM, conformaron el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este Comité es la instancia responsable de integrar la información estadística para dar seguimiento a la evolución de los indicadores de los ODM, asegurar que para ello se aplique la metodología propuesta por la ONU y vigilar que se utilice información de fuentes autorizadas oficiales, lo que da certeza sobre la situación de México respecto a cada uno de los objetivos y metas establecidos a nivel internacional y también en cuanto a las metas adicionales fijadas por el país.

Los indicadores se actualizan de conformidad con el calendario que se estipula por la disponibilidad de la información en el sitio oficial de los Estados Unidos Mexicanos para informar sobre los avances alcanzados en la materia, y toda la

información contenida en el Sistema se pone a disposición de las y los usuarios.

V. Preguntas de investigación

1. ¿Qué metas del ODM 5 han tenido cambios favorables para el país?
2. ¿Qué metas del ODM 5 han tenido retrasos o no han tenido ningún cambio en el país?
3. ¿Qué posición tiene México en el contexto latinoamericano?
4. ¿Existe alguna relación entre la variación de los indicadores de los ODM 5 y la variación en el tiempo de los indicadores que se proponen como relacionales?

VI. Hipótesis de investigación

Existe una relación entre la variación de los indicadores como edad a la primera unión de las mujeres, uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, entre otros con las variaciones de los ODM5.

VII. Metodología

Esta investigación es de tipo cuantitativa, con análisis descriptivo, en la cual se manejaron diferentes bases de datos provenientes de diversas fuentes estadísticas de información. Se generaron los indicadores oficiales correspondientes al ODM 5 y se diseñaron y generaron los indicadores denominados relacionales.

Fuentes de información:

En los países en desarrollo son poco frecuentes los sistemas de registro de estadísticas vitales de calidad aceptable. Los datos oficiales suelen obtenerse a partir de registros de los servicios de salud, pero pocas mujeres de las zonas rurales tienen acceso a dichos servicios. Por ello, en los países en desarrollo es más frecuente utilizar datos de encuestas. Las fuentes de datos más comunes son las estadísticas demográficas y de salud y encuestas de hogares semejantes. Los datos disponibles sobre los niveles de mortalidad materna están en general significativamente subvalorados debido a errores de clasificación y a la falta de notificación de las muertes maternas.

La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas han ajustado los datos existentes para tener en cuenta estos problemas y han elaborado estimaciones basadas en modelos para los países sin datos nacionales fiables acerca de la mortalidad materna. Son estas estimaciones las que suelen publicarse en los cuadros internacionales.

Las fuentes de información para esto fueron:

- ✓ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Base de datos de mortalidad
- ✓ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Base de datos de nacimientos registrados.
- ✓ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, 1997, 2006 y 2009
- ✓ Sistemas institucionales de información en el Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud (SS). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).
- ✓ Secretaría de Salud (SS). Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987.
- ✓ Las estimaciones realizadas por el CONAPO con base en las siguientes encuestas: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009

VIII. Análisis e interpretación de los datos

Meta 5.A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Razón de mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como: “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.

La razón de mortalidad materna (RMM) es un indicador que muestra el número de muertes de mujeres por causas maternas (causas obstétricas directas e indirectas) por cada 100 mil nacimientos en un año determinado. La tendencia de la mortalidad de las mujeres asociada a estas causas ha oscilado entre las 55 y 63 muertes por cada 100 mil nacimientos entre los años de 2002 a 2009.

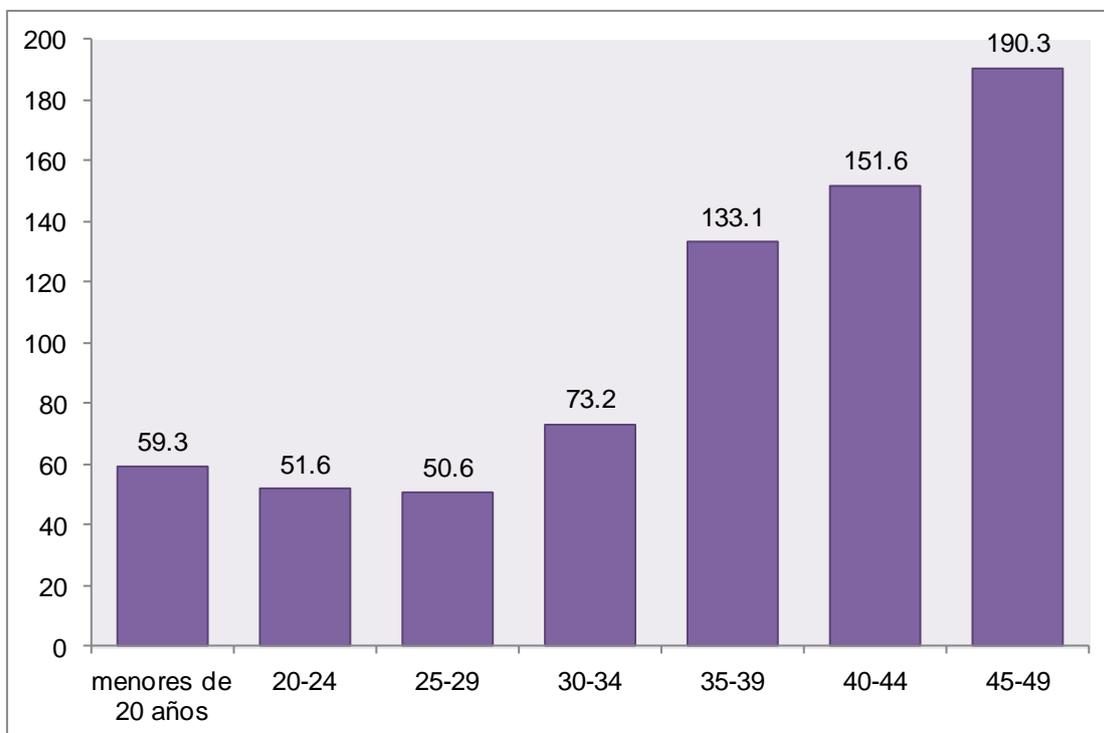


Fuente: CEAMEG con base en Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

En 2009 ocurrieron mil 281 defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. El embarazo de las adolescentes y de las mujeres que se encuentran al final de su periodo reproductivo es particularmente de alto riesgo.

De esta forma la RMM en las mujeres menores de 20 años es de 59.3 defunciones por cada cien mil nacidos vivos y en las mujeres de 45 a 49 años es de 190.3 defunciones maternas (INEGI, 2011).

Gráfica 4 Razón de mortalidad materna por grupos de edad 2009



Fuente: INEGI. Estimaciones con base en: Estadísticas de defunciones 2009. Base de datos y CONAPO. Proyecciones de la población de México 2005-2030.

Por entidad federativa se tiene que entidades como Guerrero, Oaxaca, Chihuahua, Morelos y Chiapas son en las que las muertes de mujeres por causas maternas son más altas respecto al resto de las entidades federativas, alcanzando hasta las 108 muertes por cada 100 mil nacimientos en Guerrero o las 98 en Oaxaca en el año 2009.

Cuadro 4 Razón de mortalidad materna por año de registro y entidad de residencia habitual, México, 2002-2009

Entidad de residencia habitual	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nacional	59.9	62.6	60.9	61.8	58.6	55.6	57.2	62.2
Aguascalientes	24.6	50.6	21.5	30.1	52.2	17.5	39.7	57.7
Baja California	29.7	39.8	61.0	51.8	42.2	40.1	43.4	53.8
Baja California Sur	60.0	92.9	42.2	31.6	41.9	83.4	51.9	51.6
Campeche	71.2	61.0	49.0	77.7	70.3	21.0	48.8	55.5
Coahuila	43.2	40.9	29.9	48.3	28.6	27.0	40.0	31.9
Colima	18.2	28.4	39.0	9.8	59.0	19.7	39.3	29.5
Chiapas	91.4	106.2	98.2	84.1	85.1	81.5	96.8	75.0
Chihuahua	71.5	49.3	52.5	89.3	68.7	74.9	62.9	92.4
Distrito Federal	52.6	71.0	64.9	61.2	59.6	68.1	52.9	55.4
Durango	40.8	58.1	76.2	45.2	85.6	46.9	78.3	45.0
Guanajuato	49.9	56.3	50.2	40.5	42.0	39.6	39.1	60.9
Guerrero	99.7	116.1	98.3	123.7	125.5	97.7	96.5	107.8
Hidalgo	62.3	66.6	72.5	79.6	56.5	65.9	62.2	67.3
Jalisco	34.5	40.4	49.0	39.1	58.6	35.4	40.4	63.5
México	66.9	75.4	72.7	72.8	55.4	54.0	58.1	63.1
Michoacán	42.7	55.1	48.2	58.5	68.8	51.5	59.1	55.9
Morelos	77.4	90.9	47.1	78.7	58.6	52.0	52.4	80.7
Nayarit	79.6	79.2	55.2	101.5	40.0	29.0	52.8	71.3
Nuevo León	26.2	12.3	15.2	25.6	31.0	22.1	30.1	33.0
Oaxaca	101.7	67.0	89.2	99.2	77.8	102.0	98.7	98.3
Puebla	72.6	75.6	75.4	64.3	55.3	51.4	55.4	70.1
Querétaro	56.5	52.3	56.7	47.4	62.9	53.2	49.8	37.2
Quintana Roo	51.8	61.1	48.0	55.6	54.2	56.8	67.2	38.5
San Luis Potosí	76.9	72.7	63.2	50.0	38.7	61.9	35.5	59.2
Sinaloa	33.6	20.9	36.3	47.8	42.4	53.8	39.4	40.0
Sonora	45.1	36.8	38.0	40.7	54.6	44.4	31.5	47.9
Tabasco	35.3	53.7	52.6	53.2	53.5	59.1	72.6	60.1
Tamaulipas	37.3	36.9	44.6	53.7	61.2	44.1	58.7	43.0
Tlaxcala	81.5	70.4	53.6	62.5	62.8	31.5	27.2	50.0
Veracruz	78.2	67.4	73.6	61.1	59.6	75.6	75.6	72.5
Yucatán	82.7	62.2	51.7	58.1	30.4	60.5	45.1	44.9
Zacatecas	50.3	73.4	31.5	28.7	51.3	37.4	45.7	66.0

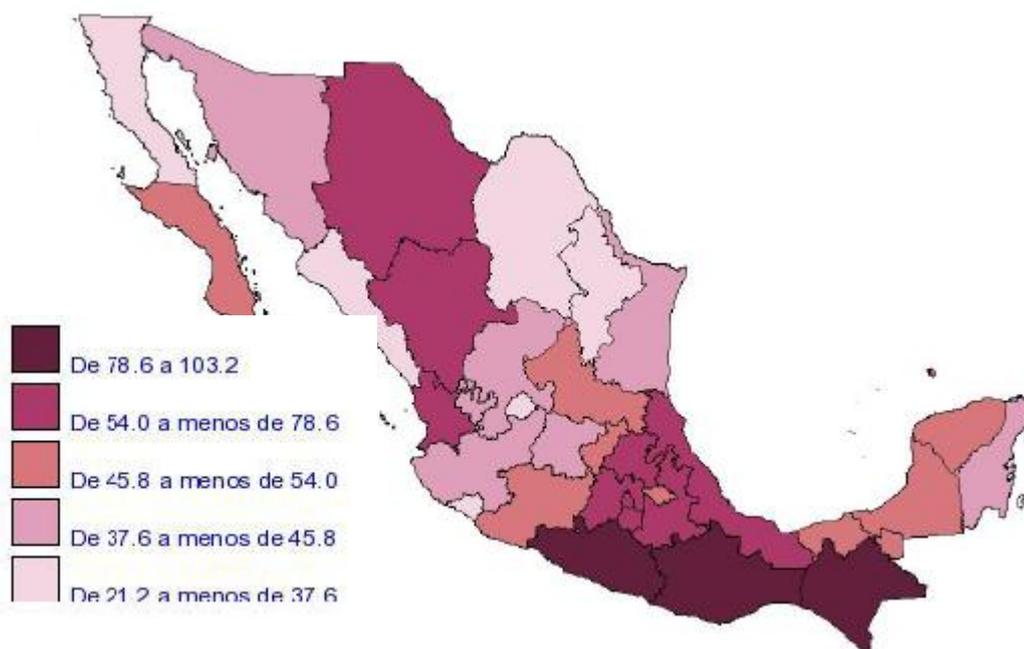
Excluye muertes maternas tardías o por secuelas y por coriocarcinoma

A partir del año 2007 Se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y defunciones extemporáneas (antes de 2006) para el cálculo de la RMM.

Fuente: CEAMEG con base en Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud y nacimientos estimados por CONAPO, versión Censo 2005

Las entidades que de 2005 a 2009 mostraron una mayor disminución en el número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos fueron Yucatán, Tlaxcala, Querétaro, San Luis Potosí y Chiapas. De manera contraria, Jalisco, Tabasco, Baja California, Chihuahua y Zacatecas son las entidades en las que la mortalidad materna creció más respecto al resto de las entidades del país.

Mapa 1 Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados), 2010



Fuente: INEGI Límite geoestadístico. MGN Ver. 5.0 – Censo de Población y Vivienda 2010

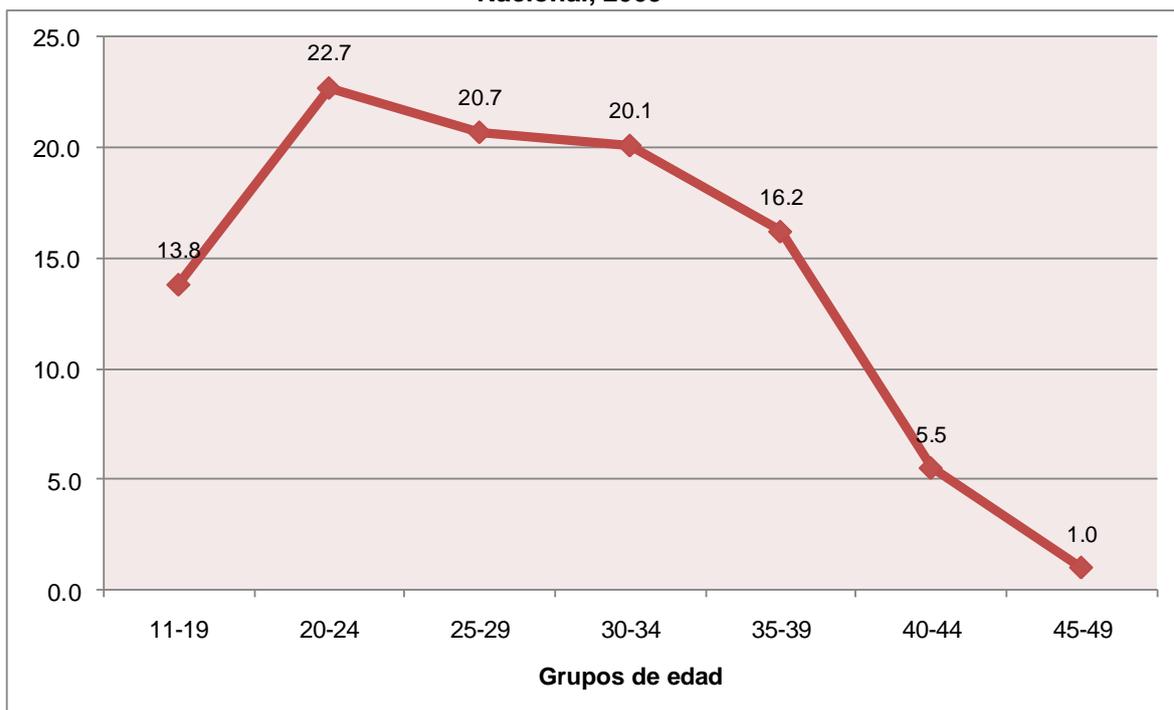
Del total de muertes maternas a nivel nacional, la mayor proporción de mujeres que fallecen son las que pertenecen al grupo de edad de 20 a 24 años (22.7%), así como las de 25 a 29 años (20.7%).

Cuadro 5 Distribución porcentual de defunciones maternas según entidad de residencia habitual y edad de la madre, 2009

Entidad de residencia habitual	11-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	NE
Nacional	13.8	22.7	20.7	20.1	16.2	5.5	1.0	0.1
Aguascalientes	7.7	38.5	15.4	15.4	23.1	0.0	0.0	0.0
Baja California	10.0	23.3	23.3	20.0	20.0	3.3	0.0	0.0
Baja California Sur	20.0	0.0	20.0	0.0	60.0	0.0	0.0	0.0
Campeche	12.5	37.5	12.5	0.0	37.5	0.0	0.0	0.0
Coahuila	26.7	20.0	20.0	26.7	6.7	0.0	0.0	0.0
Colima	33.3	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0
Chiapas	22.5	16.9	22.5	12.7	12.7	9.9	2.8	0.0
Chihuahua	21.8	29.1	16.4	20.0	9.1	3.6	0.0	0.0
Distrito Federal	8.3	22.2	18.1	23.6	26.4	1.4	0.0	0.0
Durango	7.7	30.8	15.4	15.4	15.4	7.7	7.7	0.0
Guanajuato	10.0	16.7	15.0	21.7	30.0	5.0	1.7	0.0
Guerrero	17.7	19.1	19.1	11.8	25.0	7.4	0.0	0.0
Hidalgo	20.0	10.0	36.7	10.0	13.3	3.3	6.7	0.0
Jalisco	6.2	17.3	24.7	23.5	21.0	6.2	1.2	0.0
México	12.1	28.3	21.7	18.7	13.3	4.8	1.2	0.0
Michoacán	22.0	24.4	14.6	12.2	22.0	4.9	0.0	0.0
Morelos	4.4	4.4	30.4	17.4	26.1	17.4	0.0	0.0
Nayarit	0.0	50.0	16.7	16.7	8.3	8.3	0.0	0.0
Nuevo León	20.0	28.0	24.0	12.0	4.0	12.0	0.0	0.0
Oaxaca	12.1	16.7	13.6	36.4	16.7	4.6	0.0	0.0
Puebla	11.5	26.9	18.0	23.1	14.1	5.1	1.3	0.0
Querétaro	16.7	16.7	25.0	16.7	16.7	8.3	0.0	0.0
Quintana Roo	30.0	20.0	10.0	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0
San Luis Potosí	14.3	14.3	39.3	10.7	10.7	7.1	3.6	0.0
Sinaloa	11.1	22.2	38.9	22.2	5.6	0.0	0.0	0.0
Sonora	14.3	38.1	14.3	19.1	4.8	4.8	4.8	0.0
Tabasco	8.7	39.1	13.0	26.1	13.0	0.0	0.0	0.0
Tamaulipas	4.2	25.0	25.0	41.7	4.2	0.0	0.0	0.0
Tlaxcala	0.0	18.2	27.3	18.2	18.2	18.2	0.0	0.0
Veracruz	16.1	26.9	19.4	24.7	6.5	5.4	0.0	1.1
Yucatán	26.7	6.7	33.3	0.0	20.0	13.3	0.0	0.0
Zacatecas	17.7	11.8	17.7	23.5	17.7	11.8	0.0	0.0

Fuente: CEAMEG con base en Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud y nacimientos estimados por CONAPO, versión Censo 2005

Gráfica 5 Distribución porcentual de defunciones maternas por edad de la madre, Nacional, 2009



Fuente: CEAMEG con base en Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud y nacimientos estimados por CONAPO, versión Censo 2005

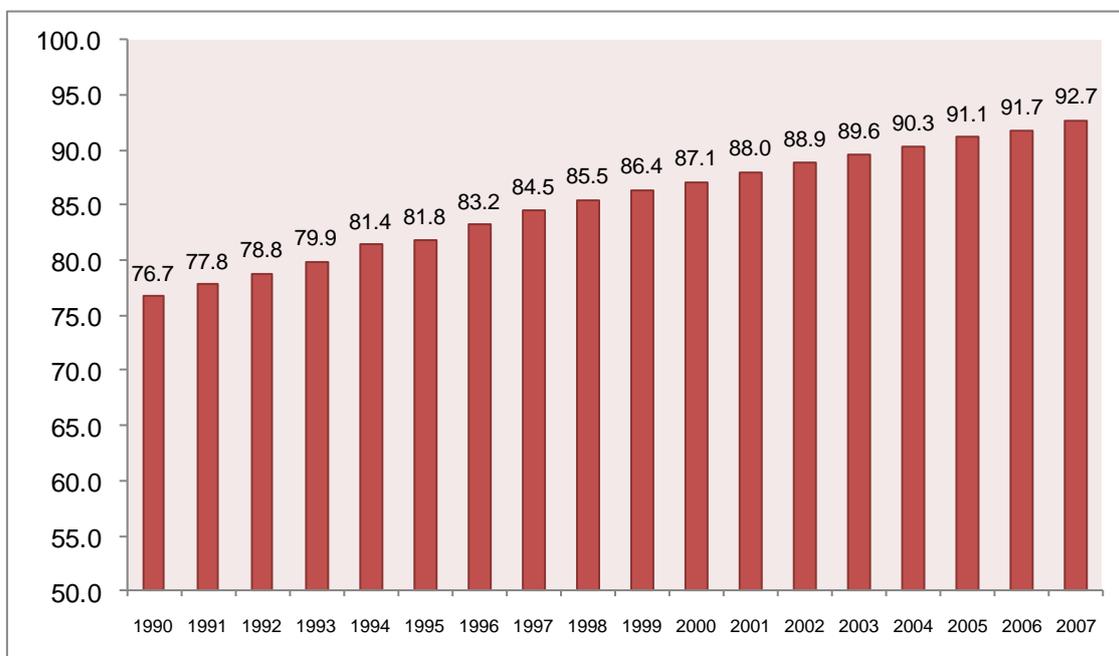
Partos con asistencia de personal sanitario

Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones.

Este indicador refiere al porcentaje de partos con asistencia de personal calificado en instituciones de salud para ofrecer la necesaria supervisión, atención y asesoramiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto con respecto al total de partos atendidos durante un periodo determinado. Permite conocer el número de mujeres atendidas por médicos en el momento del parto, lo cual implica una mayor calidad en la atención y con ello menos riesgo de fallecer por una causa materna. Un bajo nivel de este indicador mostraría la necesidad de contar con un mayor número de médicos gineco-obstetras, clínicas de salud y mejorar la atención durante el embarazo.

Desde 1990 a 2007 se observa que este indicador ha aumentado en casi 20 puntos porcentuales, logrando en 2007 que 92.7 por ciento de los partos hayan sido atendidos por personal sanitario capacitado.

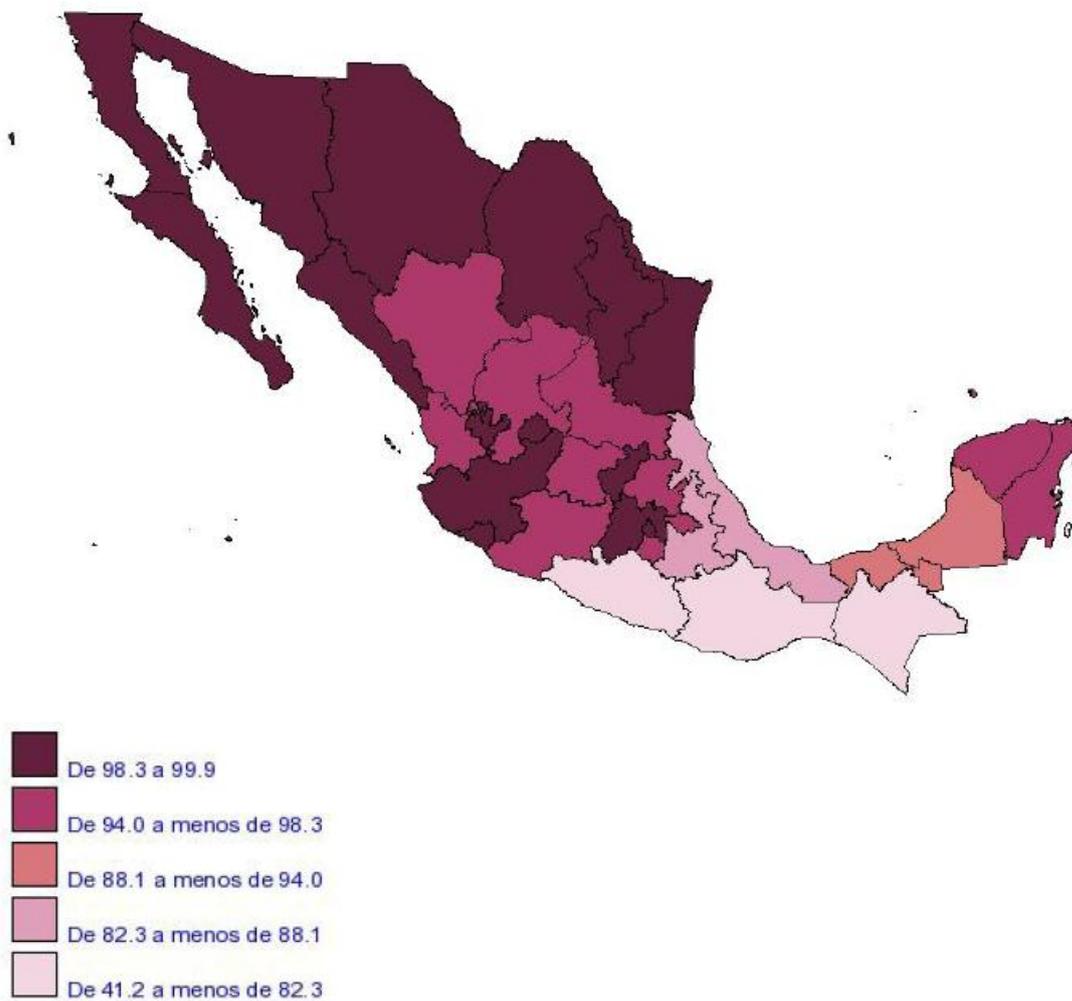
Gráfica 6 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado, México, 1990-2007



Fuente: CEAMEG con base en SS. Dirección General de Información en Salud

En el siguiente mapa se puede tener la georeferencia de este indicador, observando que los estados del norte del país tienen una mayor proporción de partos asistidos con personal sanitario capacitado. En la zona centro se observan niveles bajos, medios y altos. En la zona sur, los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas muestran menos de 41.2 por ciento de los partos asistidos por personal médico capacitado.

Mapa 2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado



Fuente: INEGI Límite geoestadístico. MGN Ver. 5.0 – Censo de Población y Vivienda 2010

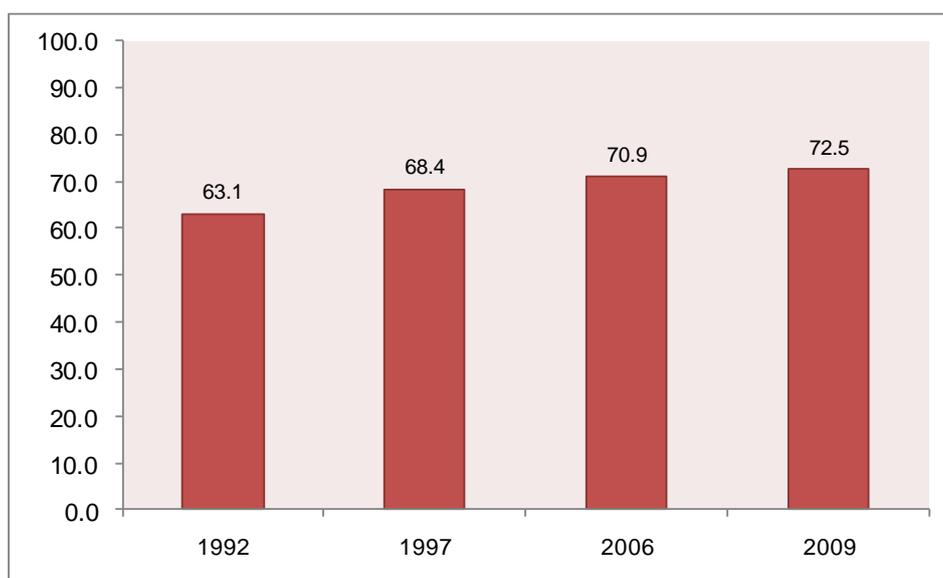
Meta 5.B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Prevalencia de uso de anticoncepción en mujeres en edad fértil

El incremento continuo en la prevalencia anticonceptiva, especialmente de los métodos modernos, se ha traducido en la disminución del número promedio de hijos por mujer y en el ejercicio del derecho constitucional a decidir sobre el número de hijos que se desean tener y su espaciamento. Es un indicador que se ha recabado en diferentes encuestas demográficas, lo cual permite comparabilidad en el tiempo. Es importante señalar que no aporta información sobre mujeres no unidas, de las cuales se tiene pocos datos sobre su comportamiento sexual y reproductivo. La obtención del indicador depende de que se realicen las encuestas nacionales demográficas.

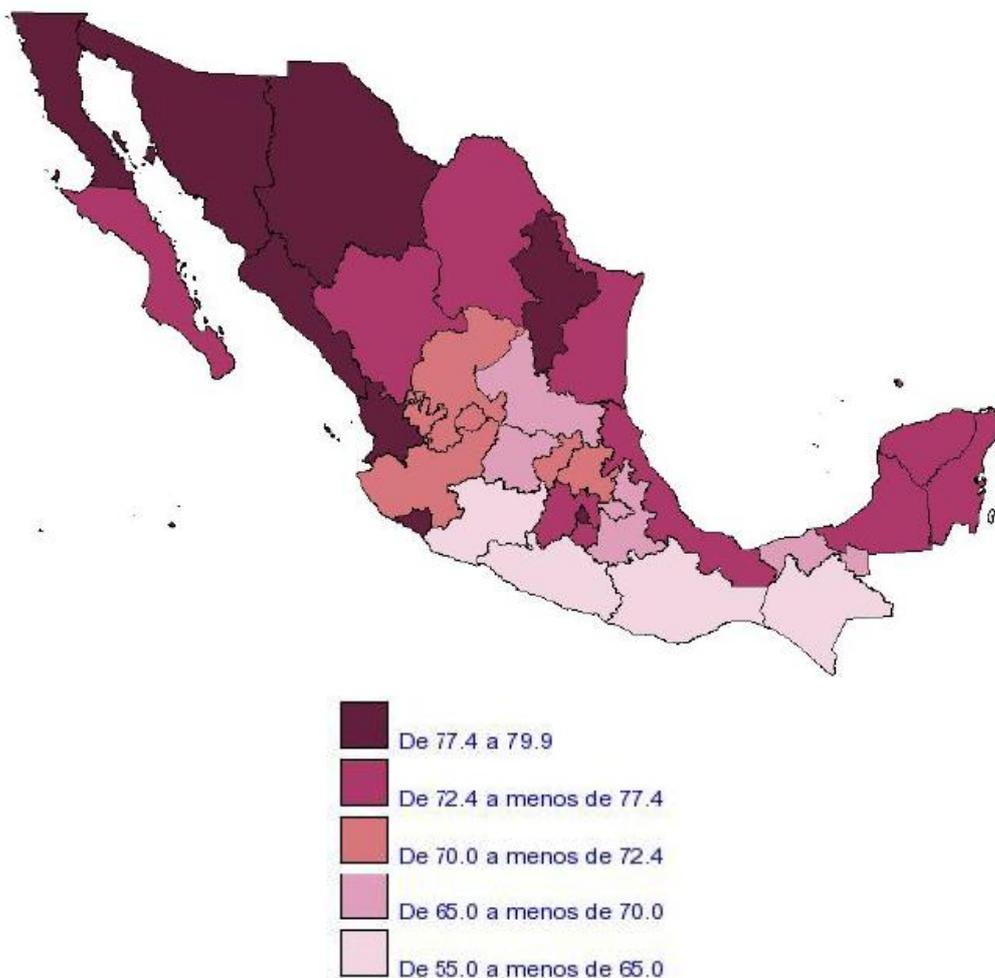
La prevalencia de uso de anticonceptivos es la proporción de mujeres en edad fértil –unidas- que usan un método anticonceptivo en un momento en el tiempo, respecto al total de mujeres en edad fértil unidas en ese mismo momento. En el país la prevalencia de uso de anticonceptivos ha crecido de 63.1 a 72.5 en el periodo considerado.

Gráfica 7 Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, México, 1992-2009



Fuente: CEAMEG con base en CONAPO e INEGI: ENADID

Mapa 3 Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, 2009

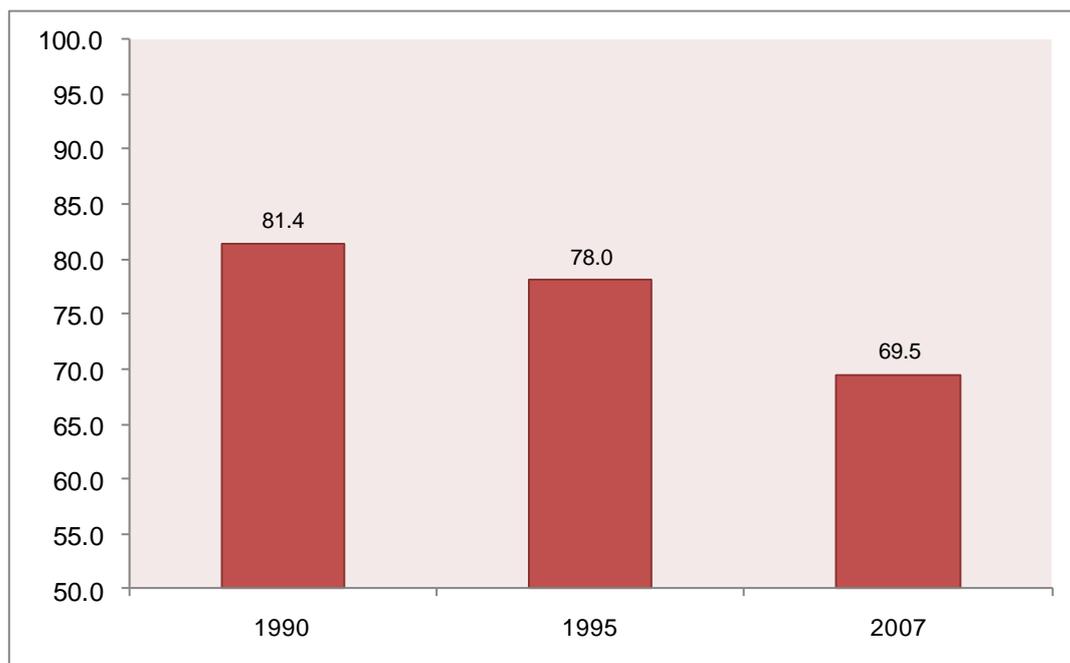


Fuente: INEGI Límite geoestadístico. MGN Ver. 5.0 – Censo de Población y Vivienda 2010

Fecundidad adolescente

Como se observa en la siguiente gráfica, el número de nacimientos ocurridos en mujeres de entre 15 y 19 años, por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años ha disminuido en el periodo considerado. De registrarse una tasa de 81.4 en 1990, en el año 2007 se tiene un nivel de 69.5 de embarazo adolescente.

Gráfica 8 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, México, 1990-2007



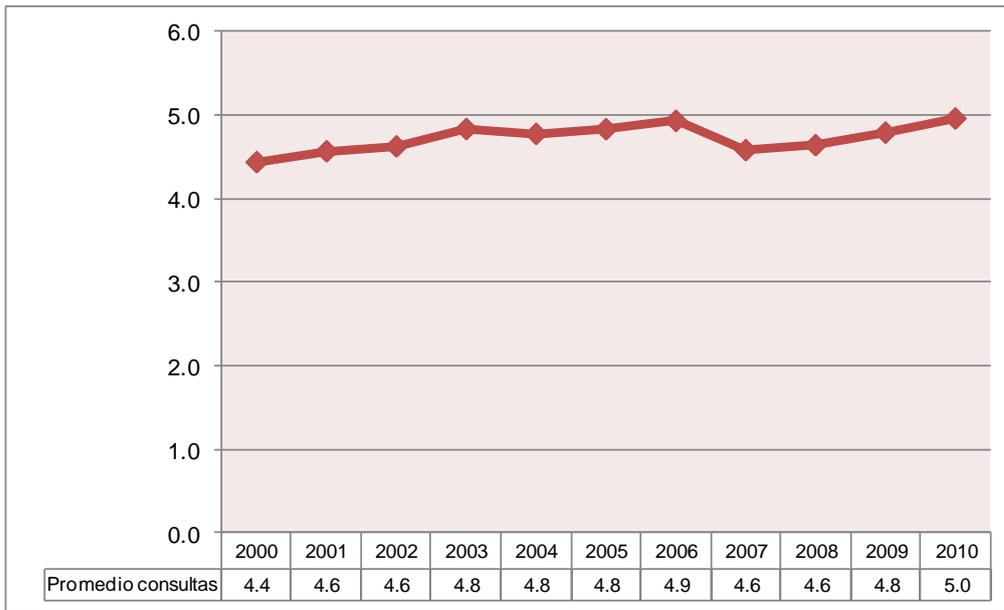
Fuente: CEAMEG con base en CONAPO e INEGI: ENADID

Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Es el número promedio de consultas que recibe una embarazada durante su seguimiento y control prenatal en las unidades médicas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Este indicador muestra si la mujer recibió atención antes del momento del parto, lo cual podría permitir identificar un embarazo de riesgo y con ello disminuir las complicaciones al momento del nacimiento y por lo tanto un decremento en la razón de mortalidad materna.

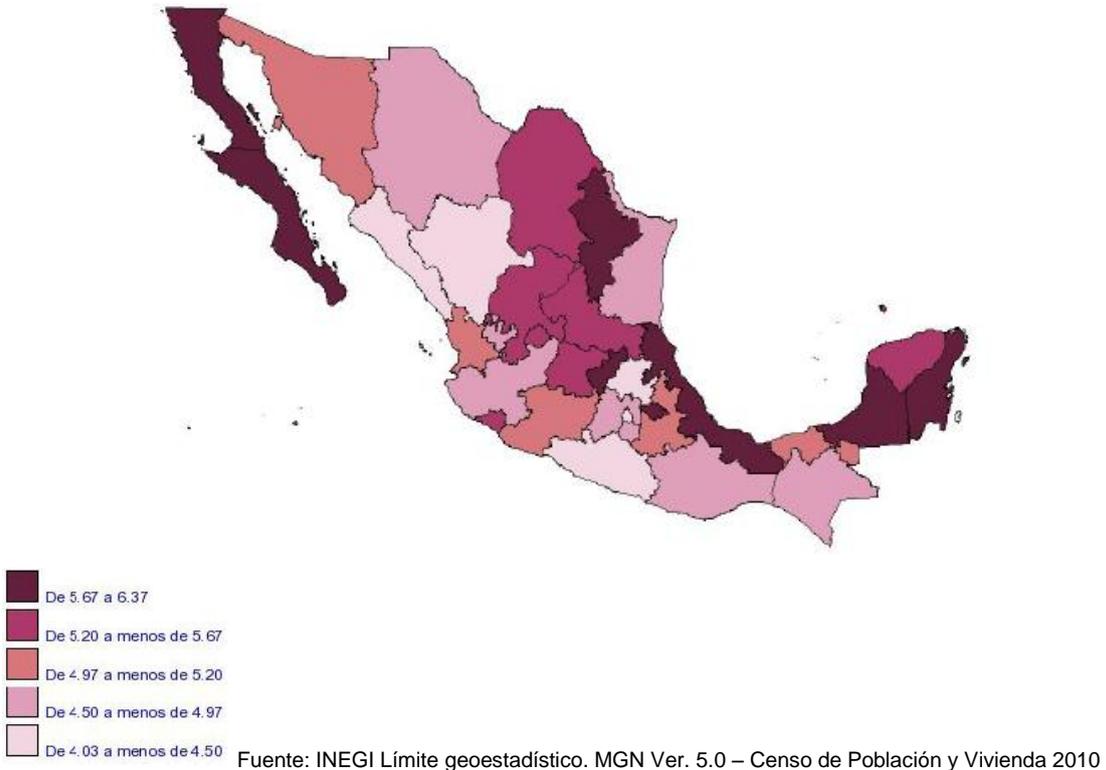
Como se ve en la Gráfica, el promedio de consultas prenatales ha oscilado entre 4 y 5, mostrando una tendencia hacia la alza.

Gráfica 9 Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, México, 2000-2010



Fuente: CEAMEG con base en SS. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEG y SR).

Mapa 4 Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2010



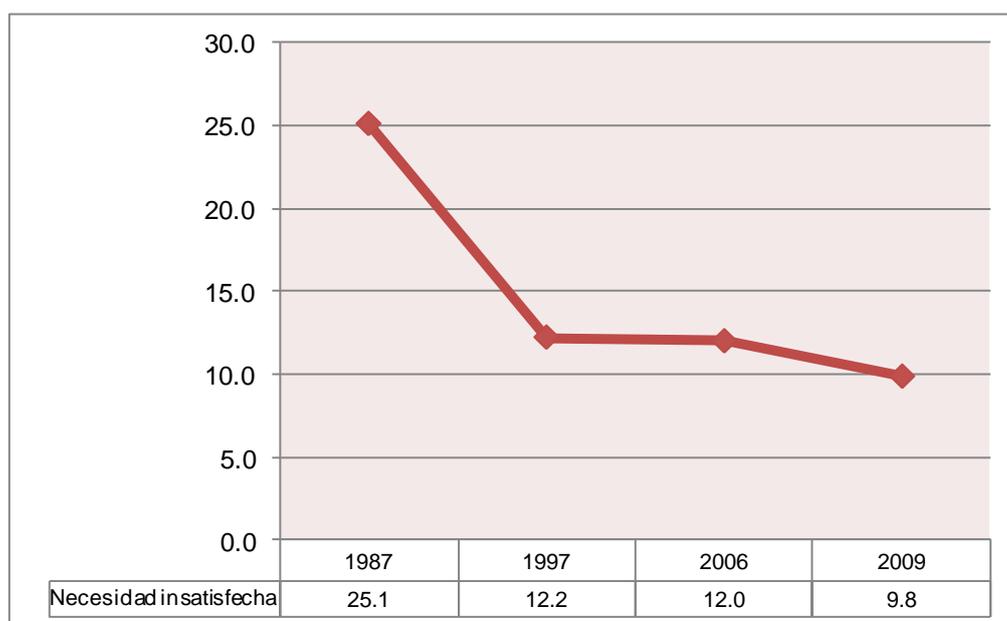
Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.

Este indicador es una referencia sobre los rezagos en materia de acceso a información, servicios y medios necesarios para el ejercicio de los derechos reproductivos. A partir de su estimación y el comportamiento que presentan algunos subgrupos de la población, es posible identificar los ajustes necesarios en la oferta de planificación familiar.

El indicador señala la proporción de mujeres en edad fértil unidas, expuestas al riesgo de embarazarse, que en un momento determinado refieren su deseo de limitar o espaciar un embarazo, pero no usan un método anticonceptivo en ese mismo momento.

Del año 1987 a 1997 hubo un decremento importante en la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, ya que en el primer año al que se hace referencia la proporción de mujeres con esa necesidad era de 25.1 por ciento, y en 1997 fue de 12.2. El cambio observado de 1997 al año 2009 sólo ha tenido una disminución de 2.4 puntos porcentuales.

Gráfica 10 Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, México, 1987-2009



Fuente: CEAMEG con base en CONAPO, con base en información de SS. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987 INEGI. ENADID

Tasa de fecundidad

El descenso de la fecundidad se inició en México a mediados de los años sesenta. No obstante, fue a partir de 1974 cuando la caída comenzó a darse de manera acelerada, como respuesta a la nueva política de población que buscaba reducir el alto crecimiento poblacional (CONAPO, 2005).

En México, de acuerdo con los resultados de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mujeres de 15 años y más (71.6%) han tenido al menos un hijo nacido vivo. Del total de mujeres de 15 a 19 años, 12.4% ya ha tenido descendencia, este porcentaje aumenta a 57.2% en las jóvenes de 20 a 29 años y supera el 87% en las mujeres de 30 años y más. De las jóvenes de 20 a 29 años con hijos nacidos vivos, 78.5% tienen a lo más dos hijos; en tanto que la mitad de las mujeres mayores de 49 años (50.2%), registraron cinco hijos o más (INEGI, 2011).

Cuadro 6 Porcentaje de mujeres de 15 años y más con al menos un hijo nacido vivo y su distribución porcentual por grupos de edad según número de hijos 2010

Grupos de edad	Mujeres con hijos	Distribución porcentual de las mujeres con hijos				
		Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco y más
Total	71.6	18.7	24.9	21.4	11.8	23.2
15 - 19	12.4	84.0	14.0	1.7	0.2	0.1
20 - 29	57.2	44.0	34.5	15.1	4.5	1.9
30 - 49	87.7	13.8	30.1	28.5	13.7	13.9
50 y más	92.3	6.5	12.9	16.4	14.0	50.2

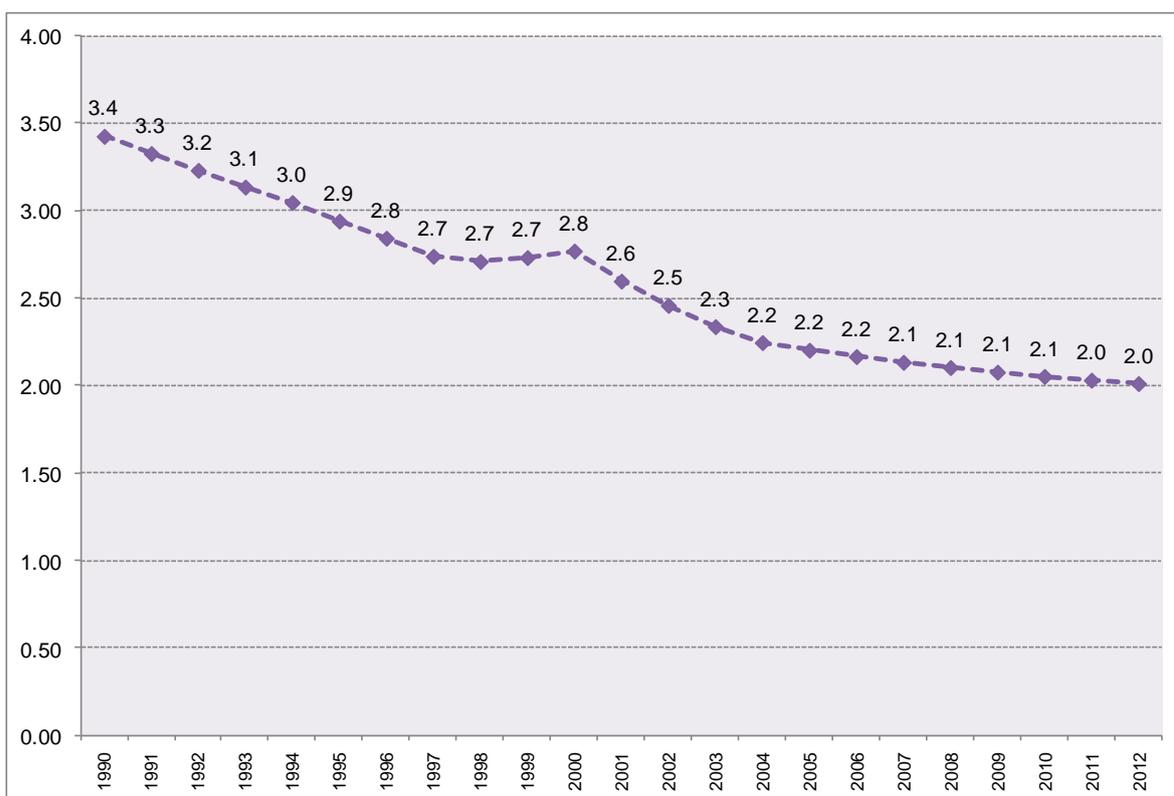
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010. Muestra Censal. Base de datos.

Tasa Global de Fecundidad (TGF)

La TGF es el número medio de hijas o hijos que espera tener o haber tenido una mujer al final de su vida reproductiva de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad observadas en un año dado.

En México, la TGF ha descendido desde la década de los 70 de 5.7 hijos por mujer a 3.4 en el año de 1990, a 2.8 en 2000 y a 2.0 hijos en el presente año.

Gráfica 11 Tasa Global de Fecundidad, México, 1990-2012



Fuente: CEAMEG con base en CONAPO, 2012

En el siguiente Cuadro y Gráfica se muestran las tasas específicas de fecundidad de las mujeres en México de 1989 a 2008. Este indicador muestra el número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (clasificada en grupos quinquenales).

- ✓ El nivel de la fecundidad en México ha descendido de 3.3 hijos por mujer entre 1989-1991 a 2.2 en el trienio de 2006-2008 (TGF)

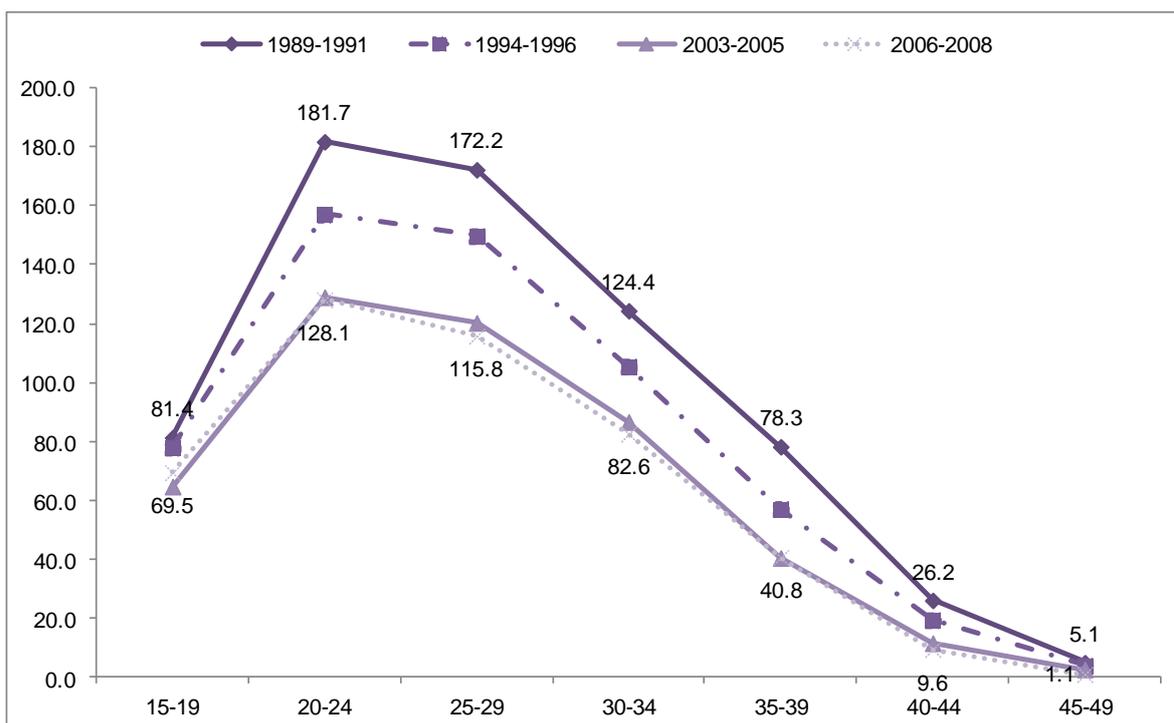
- ✓ El mayor número de nacimientos por cada 1000 mujeres se presenta entre las edades de 25 a 29 años
- ✓ En el trienio de 1989-1991 hubieron 81.4 nacimientos por cada 1000 mujeres jóvenes de 15 a 19 años. En 2006-2008 se redujo en casi 12 nacimientos por cada 1000 mujeres esta cifra.

Cuadro 7 Tasas Específicas de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad trienal, 1989-2008

Grupos de edad	1989-1991	1994-1996	2003-2005	2006-2008
15-19	81.4	78.0	64.8	69.5
20-24	181.7	157.0	129.0	128.1
25-29	172.2	149.7	120.3	115.8
30-34	124.4	105.5	86.7	82.6
35-39	78.3	57.2	40.6	40.8
40-44	26.2	19.5	11.7	9.6
45-49	5.1	4.1	2.8	1.1
TGF	3.3	2.9	2.3	2.2

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.
 * Las tasas se estimaron en forma trienal con la finalidad de evitar fluctuaciones debidas al tamaño de la muestra.

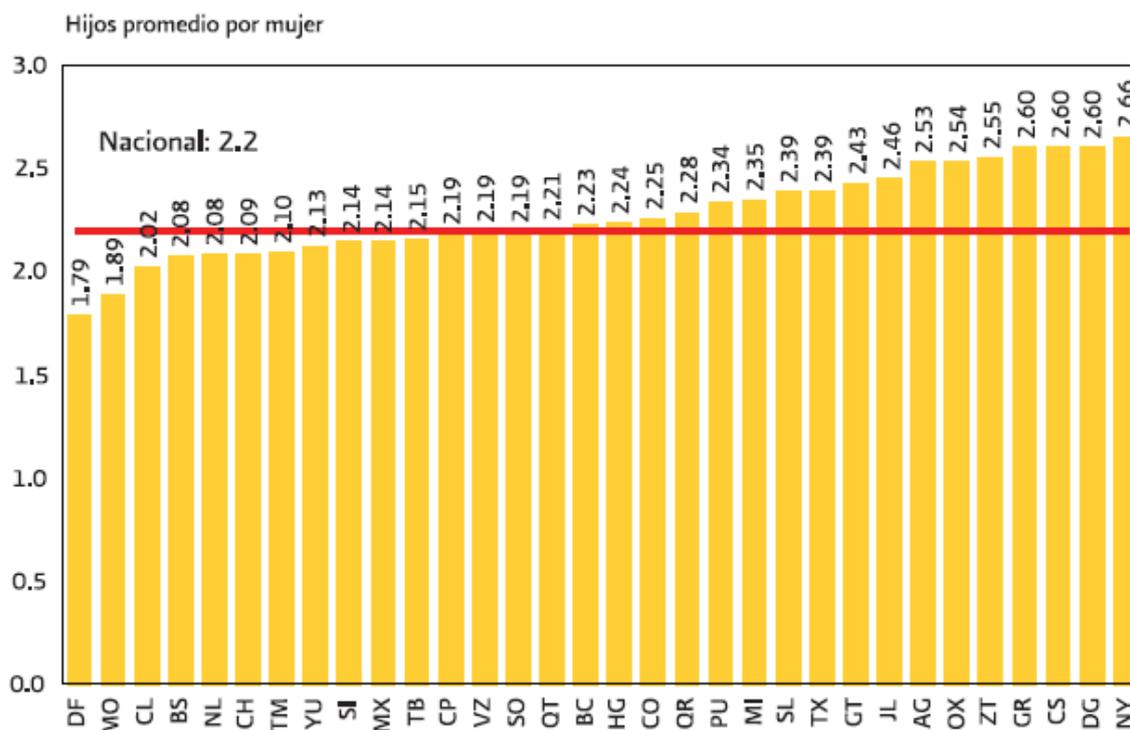
Gráfica 12 Tasas Específicas de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad trienal, 1989-2008



Fuente: CEAMEG con base en las estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

Por entidad federativa se tiene que Nayarit, Durango, Chiapas y Guerrero en 2009 presentaron las tasas globales de fecundidad más altas respecto al resto de las entidades federativas de más de 2.6. Las entidades con menor número de hijos por mujer fueron el Distrito Federal y Morelos con menos de 2

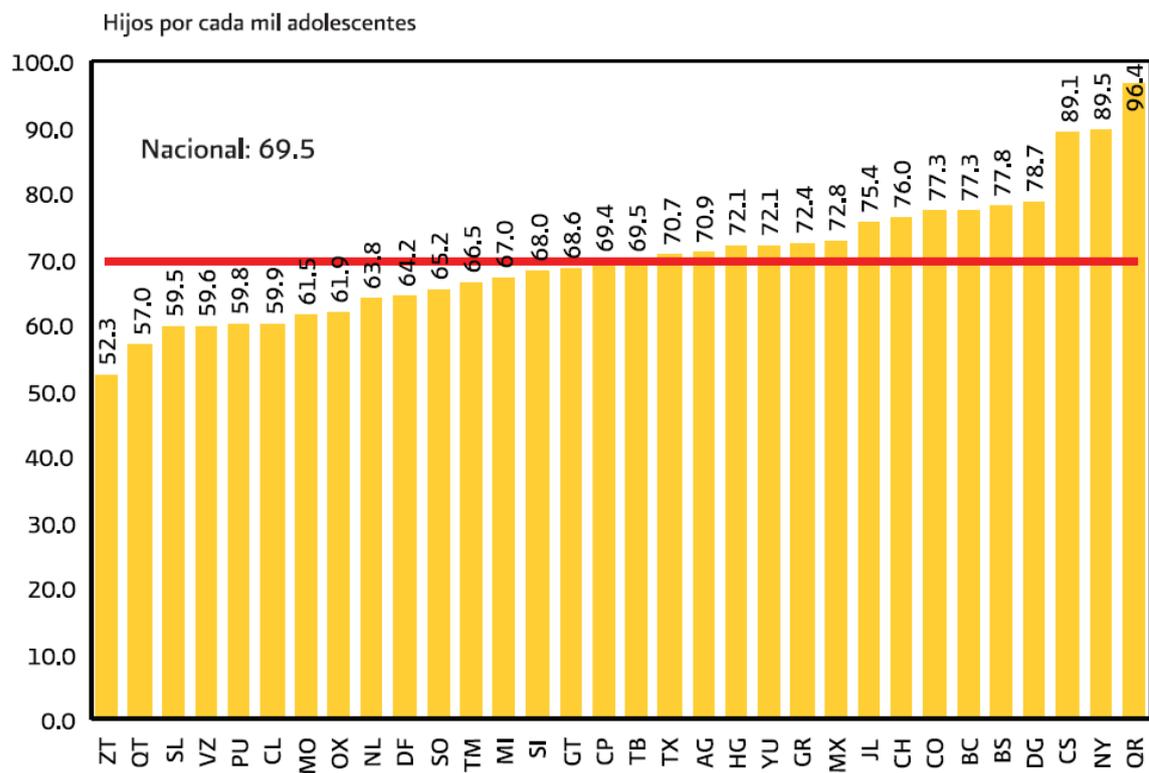
Gráfica 13 Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2006-2008



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

Las entidades federativas que presentan un mayor número de nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes son Quintana Roo, Nayarit y Chiapas, en 2009 se presentaron 90 nacimientos –en promedio- por cada 1000 mujeres adolescentes. A nivel nacional esta cifra es de 69.5. Zacatecas, Querétaro y San Luís Potosí, presentan las tasas específicas más bajas de adolescentes respecto al resto del país, menos de 60 nacimientos por cada 1000 mujeres.

Gráfica 14 Tasa específica de fecundidad adolescente por entidad federativa, 2006-2008



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

Indicadores relacionales

En seguida se presenta un conjunto de indicadores que se denominan relacionales, a partir de estos es posible ampliar la visión de las condiciones de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, logrando con ello la posibilidad de análisis no sólo con los cambios en el tiempo de los indicadores antes presentados correspondientes a los ODM, sino complementarlos con factores relacionados.

En el siguiente cuadro se tienen algunos indicadores que brindan un panorama sobre la edad –media- a la cual las mujeres experimentan algunos eventos. La primera relación sexual de las mujeres en México es a los 19.6 años de edad, la primera unión conyugal es a los 21.8 años. El primer hijo nacido vivo lo tienen a los 22.3 años; y el inicio de uso de anticonceptivo es a los 28.8 años de edad.

Cuadro 8 Edad media a la que las mujeres en edad fértil (15-49) experimentan eventos seleccionados, 2009

Evento seleccionado	Edad media
Primera Relación Sexual	19.6
Primera Unión	21.8
Primer hijo nacido vivo	22.3
Uso del primer método anticonceptivo	28.8

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

Sin duda el conocimiento de al menos un método anticonceptivo por parte de las mujeres ha aumentado, tanto por la difusión como por la apertura de estos temas en diferentes ámbitos. En los años setenta 89 por ciento de las mujeres de entre 15 y 49 años conocían algún método anticonceptivo, para el año 2009 casi la totalidad de las mujeres lo conocen. El siguiente cuadro muestra qué porcentaje de mujeres lo conocen, desde 1976 a 2009, por grupos de edad, con esto es posible ver los cambios más significativos a través del tiempo.

En las mujeres más jóvenes son en las que se notan los cambios a favor de conocer algún anticonceptivo, sólo 79.8 por ciento de mujeres de 15 a 19 en el año de 1976 conocían algún método; para el año 2009, 97 por ciento de ellas

sabían de al menos uno. La mayor proporción de mujeres que conocían un método en los años 70 y hasta el año 2009 son las mujeres entre 25 y 34 años.

Cuadro 9 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según grupo de edad, 1976-2009

Grupos de edad	1976	1987	1992	1997	2006	2009
Total	89.0	92.9	94.9	96.6	97.4	98.0
15-19	79.8	89.8	90.9	93.4	96.5	97.0
20-24	88.8	94.0	96.1	96.8	97.4	97.9
25-29	93.1	95.2	97.1	98.2	98.1	98.2
30-34	91.3	94.3	97.5	97.9	98.0	98.5
35-39	89.7	92.6	95.9	97.4	97.9	98.5
40-44	86.1	93.3	95.4	97.4	97.8	98.2
45-49	85.9	92.5	93.1	95.8	96.6	97.9

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

En el año de 1976 la mayor proporción de mujeres que conocían algún método anticonceptivo eran las mujeres que habían tenido 2 ó 3 hijos nacidos vivos. De las mujeres que tuvieron más de 4 hijos, sólo 88.6 por ciento conocían al menos un método anticonceptivo. Para el año 2009 casi la totalidad de las mujeres con 2 ó 3 hijos conocían algún anticonceptivo, y 96.8 de las mujeres con 4 hijos o más también.

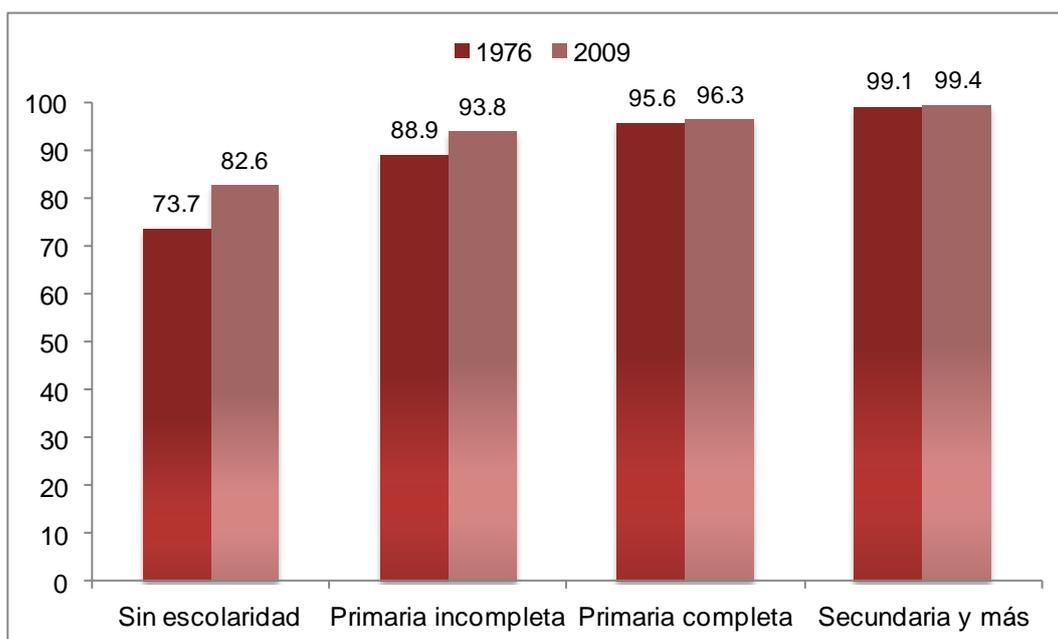
Cuadro 10 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según paridez, 1976-2009

Paridez	1976	1987	1992	1997	2006	2009
0	86.6	91.3	92.5	94.1	96.0	96.9
1	89.7	94.3	96.7	98.2	98.5	98.6
2	91.8	95.5	97.8	99.0	98.9	99.2
3	91.3	95.2	97.6	98.8	98.9	99.4
4y+	88.6	92.4	94.7	96.5	96.6	96.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

De acuerdo a la escolaridad, las mujeres con niveles de instrucción de secundaria y más, tanto en 1976 a 2009, muestran la mayor proporción de mujeres que conocían al menos un método de anticoncepción. El cambio más notorio se dio en las mujeres que no contaban con escolaridad.

Gráfica 15 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según nivel de escolaridad, 1976 y 2009



Fuente: CEAMEG con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976 y ENADID 2009

Cuadro 11 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según nivel de escolaridad, 1976 - 2009

Nivel de escolaridad	1976	1987	1992	1997	2006	2009
Sin escolaridad	73.7	72.9	79.5	82.4	84.9	82.6
Primaria incompleta	88.9	90.3	92.7	93.8	93.3	93.8
Primaria completa	95.6	95.4	95.1	95.8	96.2	96.3
Secundaria y más	99.1	98.9	98.7	99.4	99.3	99.4

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009

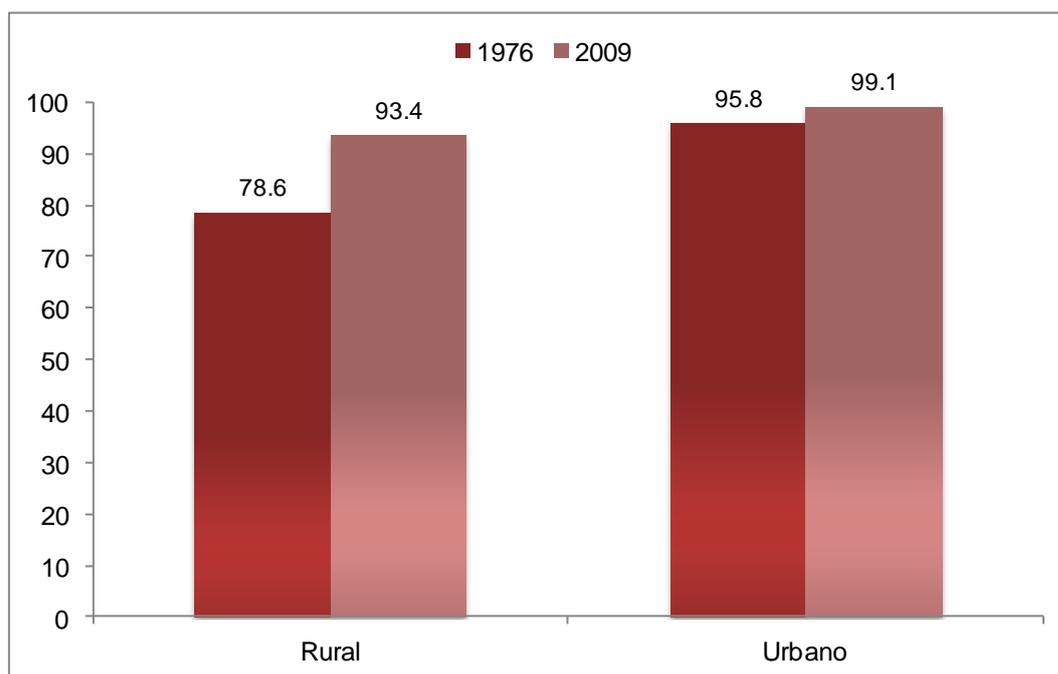
La diferencia entre las mujeres rurales y urbanas en 1976 sobre el conocimiento de algún método anticonceptivo era de casi 20 por ciento, sólo 78.6 de las mujeres que residían en áreas rurales y 95.8 por ciento de las que residían en áreas urbanas. En el 2009, 93.4 por ciento de las mujeres rurales conocían un método anticonceptivo.

Cuadro 12 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según lugar de residencia, 1976-2009

Lugar de residencia	1976	1987	1992	1997	2006	2009
Rural	78.6	83.1	86.5	90	92.6	93.4
Urbano	95.8	96.4	97.7	98.5	98.7	99.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009

Gráfica 16 Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según lugar de residencia, 1976 y 2009



Fuente: CEAMEG con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976 y ENADID 2009

Sólo 19.9 por ciento de las mujeres emplearon algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las mujeres de 15 a 19 años son las que presentan una mayor proporción de mujeres que utilizaron algún anticonceptivo en su primera relación sexual, aunque este porcentaje es de 38.5 por ciento. Las mujeres del grupo de edad de 45 a 49 años son las que presentan una proporción muy baja de uso de algún método en su primera relación, sólo 9.3 por ciento.

Cuadro 13 Porcentaje de mujeres en edad fértil por grupos de edad según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

Grupos de edad	No utilizó	Utilizó métodos anticonceptivos
Total	80.1	19.9
15-19	61.5	38.5
20-24	66.3	33.7
25-29	75.0	25.0
30-34	80.9	19.1
35-39	84.8	15.2
40-44	88.7	11.3
45-49	90.7	9.3

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

En 2009 52.9 de las mujeres en edad fértil son sexualmente activas, este es útil para conocer el porcentaje de las mujeres que estarían en riesgo de embarazarse, de usar métodos anticonceptivos o incluso, de tener un aborto. Es decir, todo lo relacionado con la salud materna. En 2009, 52.9 por ciento de las mujeres en edad fértil se declararon como sexualmente activas. Por grupos de edad se observa que hay una mayor proporción de las mujeres de más de 25 años de edad

Cuadro 14 Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupo de edad, 2009

Grupos de edad	Sexualmente activas
Total	52.9
15-19	15.2
20-24	44.4
25-29	60.6
30-34	67.8
35-39	70.8
40-44	67.5
45-49	61.0

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

IX. Conclusiones

Sin duda la mortalidad materna muestra una de las grandes desventajas que tienen las mujeres en todo el mundo, es una violación a sus derechos humanos, ya que se tiene implícito el derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a la educación y a la información -como variable que influye de manera directa en la postergación de un embarazo-.

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada al parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud y que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente. México en el contexto Latinoamericano muestra una serie de desigualdades respecto a algunos países, que lo sitúan en una posición de nivel medio de mortalidad materna.

Como se vio, los niveles de la mortalidad materna han ido descendiendo, sin embargo, la meta de reducir en tres cuartas partes este indicador para el año 2015, se ve lejano. Sin duda, este indicador depende de la asistencia en el parto por el personal adecuado para ello, o las consultas que tengan las mujeres para el cuidado de ellas y sus hijos durante su embarazo, entre otras.

En México, la fecundidad adolescente registró una tasa de 81.4 en 1990 y en el año 2007 de 69.5. De acuerdo con la CEPAL (2011) En el marco de sus niveles de desarrollo económico de la región latinoamericana y del progreso en el resto de los ODM, la fecundidad adolescente tiene niveles excesivos, que hacen de ella una característica peculiar. No muestra una tendencia sistemática a la baja como en otras regiones; no ha disminuido al ritmo de la fecundidad adulta, y la mayoría de estos embarazos no son planeados.

La prevención del embarazo resulta un punto importante, el cubrir la demanda de anticoncepción aparece como un reto, del año 1987 a 1997 hubo un decremento importante en la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, ya que en el primer año al que se hace referencia la proporción de mujeres con esa necesidad era de 25.1 por ciento, y en 1997 fue de 12.2. Sin embargo, el cambio observado de 1997 al año 2009 sólo ha tenido una disminución de 2.4 puntos porcentuales.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción es un indicador que refleja las dificultades a las que todavía se enfrentan segmentos considerables de la población para ejercer sus derechos reproductivos.

En general, todas las metas del ODM 5 han tenido un avance en el país, un avance entendido como la reducción de los niveles de mortalidad materna, la reducción de la necesidad insatisfecha de anticoncepción, la reducción de la fecundidad adolescente, la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal sanitario capacitado y el uso de anticonceptivos.

Aún así, los cambios en algunos de los indicadores no han sido tan prominentes o que muestren el avance que se esperaría para poner a México, tal es el caso de la Razón de Mortalidad Materna o la no variación de las 4 consultas durante el embarazo de las mujeres. Sin duda, la asistencia de personal capacitado en el parto tiene un avance, ya que se presenta en más de 90 por ciento. Aún así, hay entidades federativas en las cuales la atención con personal calificado para ello no se presenta (Guerreo, Oaxaca y Chiapas).

Sin duda los avances que se han tenido en específico en las metas del ODM 5 están relacionados con las mejoras en todos los aspectos mencionados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres mexicanas, como el uso de anticonceptivo en la primera relación sexual, la edad a la primera relación, entre otras mencionadas.

Cualquier avance en el acceso a la salud reproductiva en América Latina y el Caribe no podrá lograrse sin abordar las disparidades sociales y económicas, mejorar el acceso a la educación y los servicios de salud reproductiva entre los adolescentes, y asegurar la inclusión de los hombres en las estrategias de salud reproductiva (Andrea, 2011).

X. Glosario

Cuidados obstétricos de emergencia – Personal médico calificado que cuenta con las medicinas, suministros de sangre segura y otros equipos necesarios para atender complicaciones de embarazo y parto, incluyendo cirugía obstétrica y resucitación neonatal.

Datos desglosados por sexo – Hechos y cifras que clasifican los datos por género. Su uso permite a los responsables de la toma de decisiones enfocarse en problemas de importancia relevante para mujeres y hombres, niñas y niños, y sus diferentes roles sociales.

Derechos humanos – Los derechos inalienables, universales y eternos que las personas tienen simplemente por ser seres humanos. La ciudadanía, nacionalidad, raza, etnia, idioma, género, sexualidad y capacidades son irrelevantes.

Derechos sexuales y reproductivos – Los derechos de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, hasta el estándar de salud más alto alcanzable en relación con lo siguiente: sexualidad, incluyendo acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva; información y educación sobre sexualidad; respeto a la integridad física; elección de compañero sexual; la decisión de ser sexualmente activo o no; relaciones sexuales consensuadas y matrimonio; la decisión de si tener hijos y cuándo; y la consecución de una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. Estos derechos están reconocidos en leyes nacionales y documentos sobre derechos humanos y consensos internacionales

Iniciativa de maternidad segura – Campaña global lanzada en 1987 por la OMS, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial, Family Care International y otras organizaciones, para asegurar que todos los embarazos sean deseados, que todas las mujeres puedan llegar de forma segura al final del embarazo y parto, y que los niños nazcan vivos y saludables.

Maternidad segura – Entorno familiar, comunitario y social que permite a las mujeres llegar al final del embarazo sin intervenciones innecesarias, y el nacimiento de un niño con un periodo post-parto con respaldo médico y social para todas las necesidades de la mujer, el niño y la familia en su totalidad.

Morbilidad materna – Lesión o incapacidad que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto, ya sea aguda (como eclampsia o hemorragia) o crónica (como infertilidad), o ambas (fístula).

Muerte materna – La muerte de una mujer debido a complicaciones del embarazo o parto, durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término de éste. Algunas definiciones especifican que la mujer debe haber estado embarazada dentro de las 3 a 12 semanas anteriores a la muerte.

Mujeres en edad reproductiva (o fértil) – Mujeres de entre 15 y 49 años de edad, según la OMS.

Neonatal – Se refiere a las cuatro primeras semanas de vida de un niño.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – Agenda compuesta de ocho puntos para reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en todo el mundo, acordada por los líderes mundiales en la Cumbre del Milenio del año 2000. Por cada objetivo se han establecido una o más metas, en su mayoría para el 2015, utilizando el año 1990 como referencia de base. [Ver el documento: *El ABC de los ODM*]

Planificación familiar – El esfuerzo consciente de parejas o individuos de planificar el número de hijos y regular los intervalos y momento de los nacimientos, mediante métodos anticonceptivos y tratamiento de infertilidad.

Proporción de mortalidad materna – Número de muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos durante el mismo periodo de tiempo.

Salud sexual y reproductiva – Toda la gama de suministros y servicios de educación e información, asequibles y eficaces, necesarios para permitir que todas las personas decidan responsablemente (libres de coerción, discriminación y violencia) el número de hijos, y el intervalo y momento para tenerlos. No consiste solamente en la ausencia de dolencias, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social en todas las materias relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos

Tasa de morbilidad – Número de individuos que sufren una enfermedad particular dentro de una población susceptible durante un periodo específico de tiempo. Agosto de 2009 | *Las opiniones expresadas en esta hoja informativa no representan necesariamente el punto de vista de una organización determinada.*

Tasa de mortalidad – Proporción del número de muertes causadas por una enfermedad con referencia al total de casos de dicha enfermedad.

Tasa de mortalidad materna – Número de muertes maternas por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49).

XI. Bibliografía

Andrea, M., et. AL. (2011) *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*. Santiago de Chile: CELADE, CEPAL

Dixon-Mueller, R. y Germain A. (2007). *Fertility Regulation and Reproductive Health in the Millennium Development Goals: The Search for a Perfect Indicator*. *American Journal of Public Health*, vol. 97, N° 1, Washington, DC: American Public Health Association.

Ferrajoli, L. (2008). Universalismo de los derechos fundamentales y multiculturalismo. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, XLI(122), 1135-1145.

INEGI y CONAPO (2009). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. México: autor

Organización de las Naciones Unidas (2008), *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*, [en línea], <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/Stat%20Annex.pdf>>.

ONU (2000). *Declaración del Milenio (A/RES/55/2)*. Asamblea General, quincuagésimo quinto período de sesiones, Nueva York: autor.

ONU (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, (A/CONF.171/13)*. Nueva York: autor.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1993a). *Sistema de Información Técnica. "Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas"*, Washington, D.C.

Bases de datos de defunciones 2004-2008, INEGI-SSA. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx> [Consulta: 01 septiembre 2010].

CEPAL (2011). *Avance regional hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Objetivo 5. Mejorar la salud materna*. Santiago de Chile: Autor.

CONAPO (2012). *Estimaciones de nacimientos de México, 2005-2030* (versión electrónica)

CONAPO (2005). *La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes*. México: autor.

CONAPO (2011). Resultados y estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009

INEGI (2011). *Estadísticas a propósito del día de la madre 2011*. México: autor

PNUD (2011) Derechos humanos y Objetivos de Desarrollo del Milenio Establecimiento de una relación. Sitio Web de HuRiLINK sobre los ODM y los DH: www.hurilink.org (desarrollado por HURITALK, Centro de Oslo para la Gobernanza, PNUD)

Quiroga, R. et. Al. (2010). *Vacíos y discrepancias estadísticas en los indicadores ODM: hacia una estrategia regional de conciliación estadística para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: División de Estadística y Proyecciones Económicas, CEPAL.



Cámara de Diputados

LXII Legislatura

Marzo 2012

<http://ceameg.diputados.gob.mx>

ceameg.difusion@congreso.gob.mx

Mtra. María de los Ángeles Corte Ríos

Directora General

Mtra. Nuria Gabriela Hernández Abarca

Directora de Estudios Jurídicos de los
Derechos Humanos de las Mujeres y la Equidad de Género

Mtra. Milagros del Pilar Herrero Buchanan

Directora de Estudios Sociales de la
Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género

: Mtra. Rossana Hernández Dávila

Elaboración