

“ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA DE LA MADRE (10 DE MAYO)”

DATOS NACIONALES

- Entre 1960 y 2014 la tasa global de fecundidad ha descendido de 7 a 2.21 hijos por mujer.
- Del trienio 2006 - 2008 al trienio 2011 – 2013, la tasa de fecundidad adolescente se incrementó de 69.2 a 77.0 hijos por cada mil mujeres.
- En 2015, de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo, 27.8% ejercen su maternidad sin pareja. De ellas, 21.3% estuvieron alguna vez unidas mientras que 6.5% son madres solteras.
- En 2014, egresan de un hospital 199 de cada 100 mil mujeres embarazadas de 20 a 24 años por hipertensión gestacional y 197 por preclamsia. Por diabetes gestacional egresan 73 de cada 100 mil mujeres de 30 a 34 años.
- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el cuarto trimestre de 2016 la tasa de participación económica de mujeres de 15 y más años con al menos un hijo nacido vivo es de 43.4 por ciento.

La participación de la mujer en el desempeño de su papel de madre ha tenido gran repercusión en la sociedad por ser precursora en la conformación de valores y el funcionamiento de las familias que pertenecen a esta; de ahí que su celebración cobre mayor relevancia. Esta tradición inició en Estados Unidos en 1905 cuando una joven de nombre Anna Jarvis emprendió una campaña para que se aprobara el «Día de la Madre» en memoria de su madre activista fallecida durante la Guerra de Secesión. En 1914 el presidente Woodrow Wilson adoptó la iniciativa y, en poco tiempo, cada segundo domingo de mayo, la celebración se hizo una costumbre en Estados Unidos, lo que conllevó a que dicha celebración se instaurara a nivel internacional. El 10 de mayo de 1922 se instituyó de manera oficial en nuestro país la celebración de este evento, siendo el primer país latinoamericano en sumarse a esta conmemoración.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), consciente de la importancia que tienen las madres desde un contexto social y cultural en el país, pone a disposición de los usuarios y del público en general información sociodemográfica sobre las mujeres que habitan en el territorio nacional.

MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS

En México de acuerdo, con resultados de la Encuesta Intercensal 2015, existen 48.7 millones de mujeres de 12 y más años de las cuales 67.3% ha tenido al menos un hijo nacido vivo. De acuerdo con la edad de la mujer, sobresale que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya han procreado y este porcentaje aumenta naturalmente con la edad: 56.2% de las mujeres jóvenes de 20 a 29 años tiene al menos un hijo nacido vivo y 88.7% de las mujeres de 30 y más años ya han sido madres.

De las mujeres con hijos, 19.6% tiene un solo hijo; el mayor porcentaje 26.7%, tiene dos hijos; 22.5% tiene tres; 11.5% es madre de cuatro hijos y 19.7% tiene cinco o más hijos.

La probabilidad de tener un mayor número de hijos está relacionada con la edad de la mujer. De las madres que aún se encuentran en su adolescencia (12 a 19 años), 85.2% tienen un solo hijo. En las madres jóvenes de 20 a 29 años, el porcentaje con un solo hijo disminuye a 46.5% y aumenta a 34.9 % la proporción de mujeres que tienen dos hijos. Una de cada dos (51.9%) madres de 30 a 49 años tienen tres o más hijos, situación que ocurre en 76.8 % de las mujeres madres de 50 y más años.

Distribución porcentual de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo por grandes grupos de edad, según número de hijos 2015

Grupo de edad	Con hijos nacidos vivos				
	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 y más hijos
Total	19.6	26.7	22.5	11.5	19.7
12 a 19	85.2	13.3	1.2	0.2	0.1
20 a 29	46.5	34.9	13.8	3.5	1.3
30 a 49	15.6	32.5	29.0	12.5	10.4
50 y más	7.4	15.8	19.9	14.8	42.1

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Base de datos.

TENDENCIAS REPRODUCTIVAS DE LA POBLACIÓN

La fecundidad es uno de los eventos demográficos que inciden en la estructura y composición de la población y las mujeres, por su condición biológica, son el centro de atención para la medición de este tema. Los niveles de fecundidad en el país han mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, momento en el que se registraba su máximo histórico con valores por encima de los siete hijos por mujer,¹ para posteriormente descender a partir del cambio en las políticas de población y del impulso de los programas de planificación familiar que reorientaron las pautas reproductivas de la población.

De acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, la tasa global de fecundidad es de 2.21 hijos por mujer para el trienio 2011 a 2013, indicador que mantiene niveles muy similares a los registrados por la ENADID 2009, en que para el trienio 2006 a 2008, se ubicó en 2.26 hijos por mujer.

¹ Vélez, Félix (2013). "Epílogo. Reflexiones y Recomendaciones del Secretario General de Población", en: Valdés, L. (Coord.) *Hacia una nueva Ley General de Población*. México, UNAM.

El nivel de fecundidad de la población es un fenómeno asociado a las características socioeconómicas. La edad, escolaridad y condición de actividad económica, entre otros aspectos, influyen en su tendencia y estructura.

Los resultados de la ENADID 2014 muestran que el grupo de edad con la tasa de fecundidad más alta es en de las mujeres de 20 a 24 años de edad, con 126 hijos por cada mil mujeres para el trienio de 2011 a 2013. Para el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, se observa un aumento en los niveles de fecundidad en 2014 respecto a los observados en la ENADID 2009. Para el trienio de 2006 a 2008 (ENADID 2009), la fecundidad para este grupo de mujeres es de 69.2 hijos por mujer, el cual aumentó a 77 por cada mil mujeres para el trienio de 2011 a 2013 (ENADID 2014).

La Organización de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales han fomentado el empoderamiento económico de las mujeres, ya que “contribuye directamente a la igualdad de género, la erradicación de la pobreza y el crecimiento económico inclusivo”.² Una mayor escolaridad permite a las mujeres, entre otras cosas, acceder a mejores oportunidades económicas, tener una mayor autonomía, capacidad de decisión y modificación de sus expectativas de vida, incluyendo sus pautas reproductivas. El análisis de la tasa global de fecundidad por nivel de escolaridad muestra que a mayor nivel de escolaridad es menor la fecundidad. Para el trienio de 2011 a 2013, la tasa para las mujeres sin escolaridad es de 3.30 hijos por mujer y para aquellas con estudios de preparatoria o superiores la tasa se reduce a 1.79 hijos por mujer.

Tasa global de fecundidad por nivel de escolaridad 1997, 2009 y 2014

Nivel de escolaridad	1997^a	2009^b	2014^c
Sin instrucción	5.18	3.34	3.30
Primaria incompleta	4.06	3.26	3.21
Primaria completa	3.31	2.93	2.99
Secundaria	2.75	2.70	2.70
Media superior y superior	2.09	1.70	1.79

Nota: La tasa global de fecundidad se refiere al total de hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva.

^a Corresponde al quinquenio 1992-1996.

^b Corresponde al trienio 2006-2008.

^c Corresponde al trienio 2011-2013.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014. Base de datos.

Al igual que la escolaridad, la participación económica de la población femenina y su nivel de fecundidad son factores que están altamente relacionados. Las mujeres con hijos que se insertan en el mercado laboral tienen que combinar la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos con sus actividades laborales. La complejidad que implica esta combinación puede

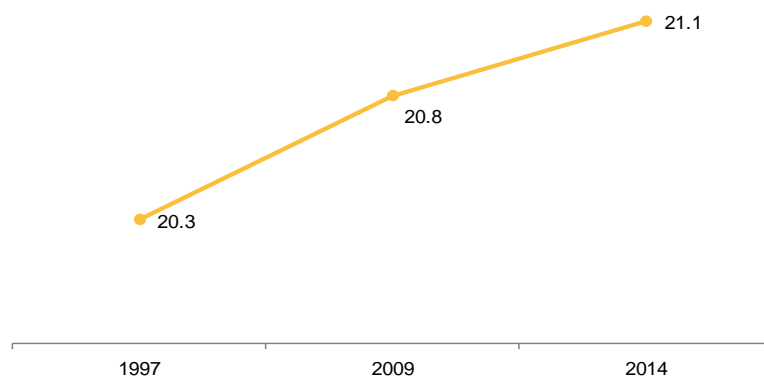
² ONU Mujeres (s/f). *Empoderamiento económico*. Recuperado en marzo de 2017, de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/economic-empowerment>.

ser un factor para que las mujeres decidan postergar el momento de convertirse en madres o ampliar el espaciamiento entre sus hijos. Para el trienio de 2011 a 2013, la tasa global de fecundidad de las mujeres económicamente activas es de 1.76 hijos por mujer, es decir, casi un hijo menos respecto a las mujeres que no están incorporadas en el mercado laboral (cuya tasa es de 2.75 hijos por mujer).

Además de las variables sociodemográficas, el comportamiento de los niveles de fecundidad se asocia con un importante número de variables denominadas intermedias que influyen de mayor o menor manera en los niveles de fecundidad observados. Este es el caso de la edad a la primera unión, debido a que la probabilidad de embarazo es mayor en mujeres unidas y existe una relación directa entre la unión y el nacimiento del primer hijo(a).³ Estudios acerca de los patrones de la nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión. En casi dos décadas, es decir entre 1997 y 2014, el promedio de edad a la primera unión de las mujeres en edad fértil pasó de 19.4 a 20.2 años.

Así como la edad a la primera unión, la edad a la que las mujeres inician su maternidad ha registrado cambios graduales. Prueba de ello es que para el quinquenio de 1992-1996 la edad media al primer hijo(a) nacido vivo de las mujeres en edad fértil fue 20.3 años (ENADID 1997), mientras que en el trienio de 2006 a 2008 aumentó ligeramente a 20.8 (ENADID 2009) y para el trienio de 2011 a 2013 (ENADID 2014) se registró en 21.1 años.

Edad media de las mujeres de 15 a 49 años al primer hijo nacido vivo 1997, 2009 y 2014



Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014. Base de datos.

La práctica anticonceptiva es uno de los factores que incide en el comportamiento y niveles de fecundidad. Esta se sujeta al conocimiento de la existencia y forma de uso de los métodos, así como de la disponibilidad de los mismos.⁴ Los resultados de la ENADID 1997 muestran que 96.6% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un método anticonceptivo, mientras que para la ENADID 2014 esta condición está presente en 97.9% de las mujeres en edad fértil, lo que representa un aumento de 2.1 puntos. Aunado al conocimiento, el aumento de la

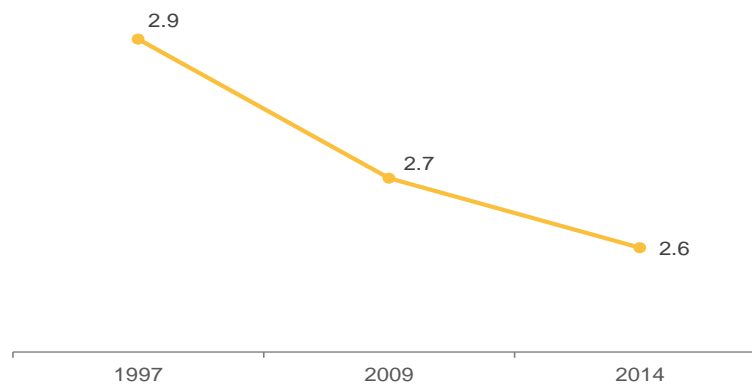
³ Consejo Nacional de Población (CONAPO), "Perfiles de salud reproductiva México."; 2011. Recuperado en febrero de 2017, de: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva.

⁴ INEGI, Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es otro factor en la regulación de la fecundidad. La ENADID 1997 reportó que 68.4% de las mujeres unidas y en edad fértil utilizaban algún método, cifra que aumentó para 2009 y 2014 (72.3% en ambos años).

Cabe mencionar que el notable descenso de la fecundidad no habría sido posible de no haberse producido un cambio en las preferencias e ideales reproductivos de las parejas mexicanas. Esto se observa en el promedio ideal de hijos(as) en las últimas décadas, ya que en 1997 el promedio ideal de hijos(as) de las mujeres en edad fértil fue de 2.9 hijos, para el 2009 fue de 2.7 hijos, mientras que para el 2014, de 2.6 hijos como su ideal.

**Promedio ideal de hijos de las mujeres de 15 a 49 años
1997, 2009 y 2014**



Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2009 y 2014. Base de datos.

MADRES ADOLESCENTES

Uno de los temas demográficos, sociales y de salud pública que han sido de impacto, no solo en México sino también en otros países alrededor del mundo, es el embarazo en la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece como embarazo adolescente a la condición de maternidad que se produce en edades tempranas; es decir, es aquella gestación prematura que presentan las jóvenes que no han culminado su maduración tanto psicológica como biológica, acentuando así una condición de riesgo no solo por las posibles dificultades durante la gestación y el parto sino porque ello también vulnera su posición en la sociedad.⁵

Eventos demográficos como el inicio de la vida sexual, reproductiva y la unión conyugal son trascendentales para determinar la influencia en el embarazo y la maternidad adolescente. Por ello, los estudios sobre comportamientos sexuales y prácticas anticonceptivas en la población adolescente reflejan los cambios socioeconómicos y culturales que se han producido en las sociedades occidentales.⁶ De acuerdo con la ENADID 2014, una de cada tres (29.2%) mujeres adolescentes del grupo de 15 a 19 años ya inició su vida sexual y 16.4% declararon ser

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). Desarrollo en la adolescencia. 2015. Recuperado en marzo de 2017, de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

⁶ Yago Simón, T; Tomás Aznar C; Variables Sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:395-406. N.º3 Mayo-Junio 2014. Recuperado en marzo de 2017, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300009.

sexualmente activas.⁷ Asimismo 44.9% declaró que ella o su pareja no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

La razón principal declarada por las adolescentes que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, fue porque no planeaba tener relaciones sexuales (32.9%). En segundo lugar, porque quería embarazarse (17.9%). Le siguen, porque no creyó que podría quedar embarazada (17.4%), no conocía los métodos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos (17.1%) y 12.7% declaró otras razones.

De las adolescentes que sí utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, se observa un alto porcentaje de conocimiento de algún método de control natal: 98.4% conoce funcionalmente alguno. Entre los principales métodos conocidos funcionalmente por las adolescentes están: el condón o preservativo masculino (82.7%), la píldora del día siguiente (74.0%) y el implante anticonceptivo o Norplant (71.3 %). En contraparte, aquellos métodos de los cuales tienen menor conocimiento sobre cómo funcionan están: los óvulos, jaleas o espumas (31.8%), las pastillas anticonceptivas (15.9%) y el parche (14.4 por ciento).

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años por conocimiento funcional de métodos anticonceptivos según tipo de método 2014



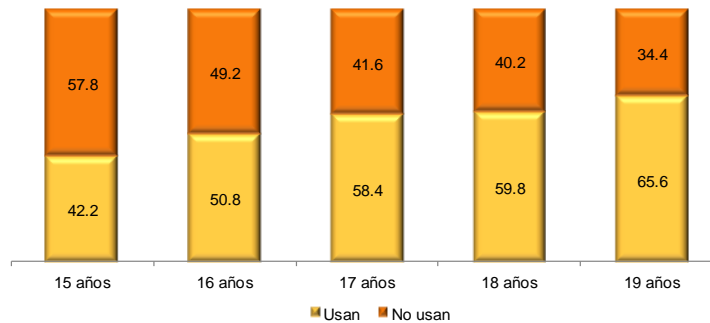
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tabulados básicos.

De las adolescentes que declararon ser sexualmente activas, 1.3% no conocen métodos anticonceptivos, 39.7% indicó no utilizarlos y el 59.0% si los utilizan. De estas últimas, 86.9% usaron durante algún tiempo un método para evitar quedar embarazadas.

⁷ Se considera sexualmente activa a quien tuvo su última relación sexual durante el último mes al momento de la entrevista.

Diferenciando por edad, las adolescentes sexualmente activas que en su mayoría no utilizan algún método anticonceptivo son las de 15 y 16 años (57.8% y 49.2% respectivamente). A partir de los 17 años el uso de métodos anticonceptivos se incrementa, siendo las adolescentes de 18 y 19 años quienes más los utilizan (59.8% y 65.6% respectivamente).

Distribución porcentual de las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas por edad, según condición de uso de métodos anticonceptivos 2014



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

El método anticonceptivo más utilizado por las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas es el condón masculino (38.1%), seguido del DIU, dispositivo o aparato de cobre (26.7%), el implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant (11.1%), las inyecciones o ampollitas anticonceptivas (10.8%) entre otros. Cabe destacar que de las adolescentes sexualmente activas que no utilizan método anticonceptivo, la principal causa de no uso es debido a que se encuentran embarazadas (32.4%), mientras que 16.3% es debido a que quieren embarazarse.

MORTALIDAD MATERNA

Uno de los principales retos a nivel mundial es la reducción de la mortalidad materna. En 2015 con la presentación de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, se espera disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 70 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos planteada dentro del Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3).⁸

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global⁹. El organismo internacional estimó que, en 2015, 303 000 mujeres en el mundo murieron a causa de enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Se identifica que 75% de las muertes maternas a nivel mundial se deben a: hemorragias graves (en su mayoría tras el

⁸ Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015, 12 de noviembre). *Naciones Unidas: la mortalidad materna se ha reducido un 44% desde 1990. Un informe de la OMS, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas resalta los progresos realizados*. Comunicado de prensa en conjunto. Recuperado en marzo de 2017 de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>.

⁹ *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2015. Recuperado en marzo de 2017 de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00838-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00838-7.pdf)

parto), infecciones puerperales, hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y abortos peligrosos.¹⁰ Cabe destacar que los niños y niñas que sufren la pérdida de sus madres por una causa obstétrica tienen 10 veces más probabilidades de fallecer durante los dos primeros años de vida.¹¹

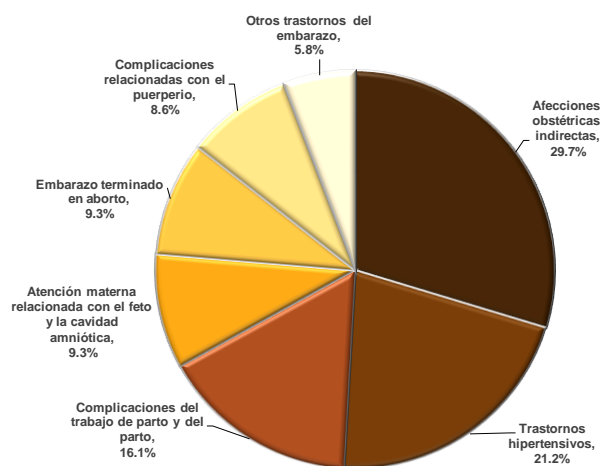
Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud, considera que la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública¹² y, en la mayoría de los casos, se debe a causas evitables con los recursos disponibles en la medicina actual.

La mortalidad materna se considera un indicador de desigualdad y rezago social, ya que es en los países y zonas de menor desarrollo económico en donde ocurren en mayor número y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por estas causas. De ahí que su disminución sea considerada como una prioridad internacional desde la Cumbre del Milenio del año 2000, que se planteó el objetivo de reducir la mortalidad materna a nivel global y que fue retomado dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, donde se estableció la meta de reducirla a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

En México la razón de la mortalidad materna ha disminuido de manera importante en las últimas décadas: pasó de 88.7 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 1990¹³ a 34.6 en 2015.¹⁴

Distribución porcentual de las muertes maternas por causa de la defunción

2015



Fuente: INEGI. Estadísticas de defunciones 2015. Base de datos

¹⁰ Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Mortalidad Materna. Datos y cifras*. Nota descriptiva. Recuperado en marzo de 2017 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

¹¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (s. f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. El objetivo 5. Mejorar la salud materna*. Recuperado en marzo de 2017 de: <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>.

¹² Organización Panamericana de la Salud, (OPS); "Maternidad Saludable 1998"; en Revista Panamericana de Salud, Vol. 12, Núm. 6, Recuperado en marzo de 2017 de: <http://giorgio.ingentaselect.com/vl=17795795/cl=34/nw=1/rpsv/catchword/paho/10204989/v12n6/s3/p371>

¹³ La razón de mortalidad materna para 1990 considera como denominador la estimación de nacimientos del Consejo Nacional de Población, con base en las proyecciones de población 2005-2030.

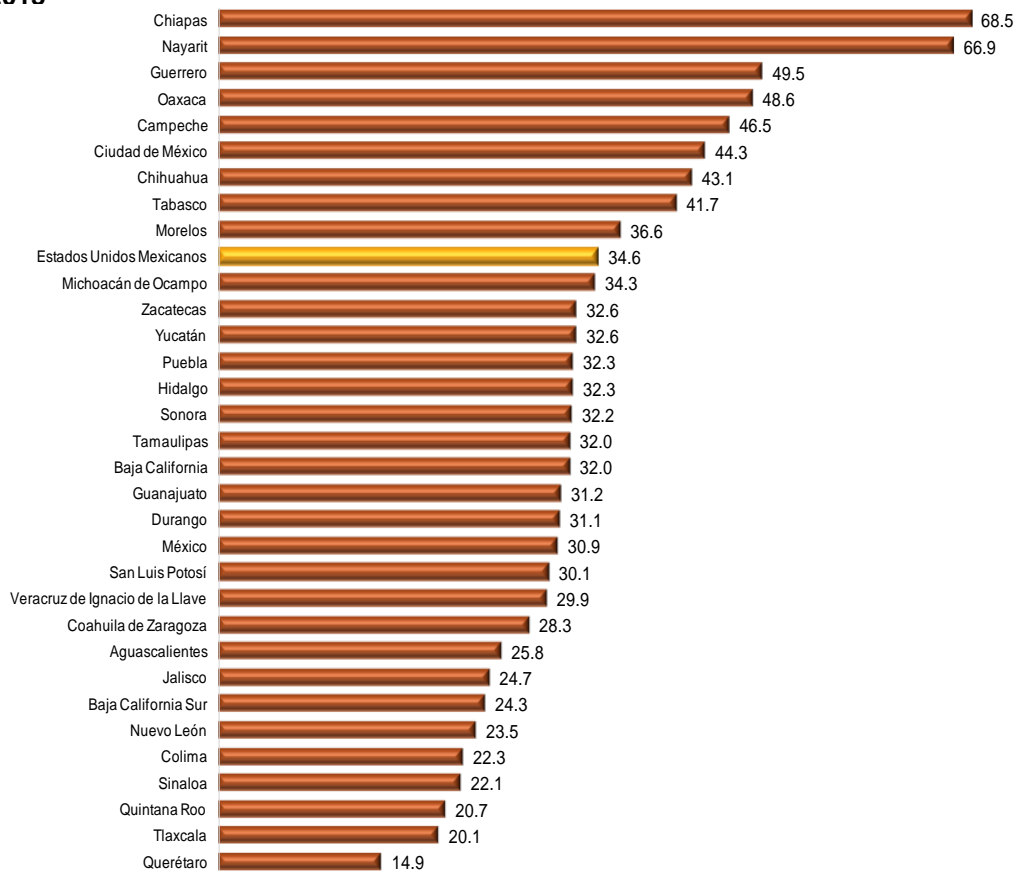
¹⁴ Para 2105 se considera como denominador los nacimientos registrados en el Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC) y como numerador las causas de muerte del sistema de consulta interactivo de datos de estadísticas vitales en la categoría "Defunciones para calcular la razón de la mortalidad materna". Recuperado en marzo de 2017 de: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Para 2015 de los 778 casos de fallecimientos durante el embarazo, el parto o el puerperio, 232 (29.7%) se deben a afecciones obstétricas indirectas, es decir enfermedades pre-existentes o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por efectos fisiológicos del embarazo. Los trastornos hipertensivos con 21.2% son la segunda causa de muerte, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y del parto que representan 16.1% del total de fallecimientos; 9.3% se debe a embarazos terminados en abortos, así como 9.3% por problemas relacionados con el feto y la cavidad amniótica; 8.6% por complicaciones relacionadas con el puerperio y 5.8% debido a trastornos del embarazo.

La distribución espacial de la muerte materna en México no es homogénea, ya que como ocurre con otros fenómenos, se presenta con mayor frecuencia en entidades donde la desigualdad y el rezago social están más presentes. En 2015, las entidades para las que se reportó la mayor cantidad de muertes maternas, por cada 100 000 nacimientos, son Chiapas (68.5) y Nayarit (66.9), siendo las únicas con más de 65 muertes. En oposición, Quintana Roo (20.7), Tlaxcala (20.1) y Querétaro (14.9) tienen la menor razón de muertes maternas.

Razón de mortalidad materna por entidad federativa

2015



Nota: Para el cálculo de la razón de mortalidad materna en 2015 se considera como numerador el total de defunciones de la población femenina que se encuentra embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, y como denominador el total de nacidos vivos en el año de referencia.

Fuente: SNIEG. Catálogo Nacional de Indicadores.

SALUD

Pese al importante descenso que México ha tenido de la razón de mortalidad materna, el *Informe semanal de vigilancia epidemiológica* de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (publicado en la última semana de diciembre de 2014) identifica la incidencia de dos padecimientos que afectan a la mujer embarazada: *edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto o puerperio* (CIE-10: O10-O16 excepto O12) y *diabetes mellitus que se origina con el embarazo* (O24.4)¹⁵, que a nivel nacional representan 5.3% del total de egresos hospitalarios de mujeres embarazadas en el país.

Dentro del grupo de *edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto o puerperio* sobresalen dos afecciones: la hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) y la preeclampsia. La primera afecta principalmente a mujeres primigestas menores de 20 o mayores de 40 años. El aumento de la presión arterial implica posibles afectaciones a los riñones y que la placenta no reciba suficiente oxígeno¹⁶. La preeclampsia es una forma grave de hipertensión gestacional que sin tratamiento puede provocar la muerte materna e incluso fetal; en el bebé restringe el flujo de sangre hacia sus extremidades y órganos vitales y disminuye la oxigenación al cerebro y corazón. En caso de que el embarazo llegue a término, generalmente es de forma prematura y expone al bebé a un mayor riesgo de sufrir parálisis cerebral, epilepsia, ceguera o sordera.¹⁷

La diabetes mellitus que se origina con el embarazo produce un aumento en los niveles de azúcar en la sangre de la gestante. Se desconocen sus causas, pero en algunos casos las hormonas de la placenta impiden la acción de la insulina, lo que provoca que la glucosa se acumule en la sangre y alcance niveles muy elevados que ponen en riesgo a la mujer y provoca que el bebé reciba un exceso de energía que se convierte en grasa y sea un factor predisponente para obesidad y diabetes tipo 2 en la adultez. Asimismo, algunas mujeres que padecen diabetes gestacional posteriormente desarrollan diabetes tipo dos.¹⁸

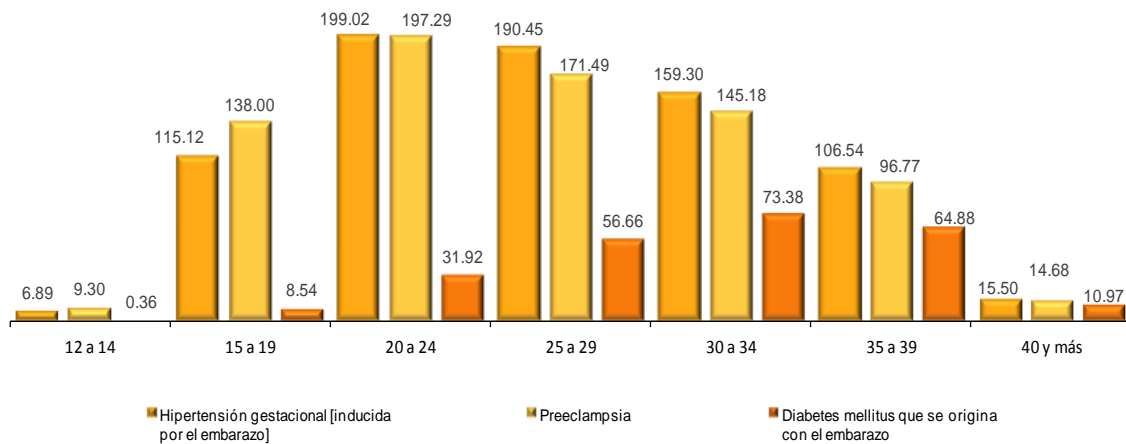
¹⁵ Dirección General de Epidemiología (DGE) (s.f.). Anuario de Morbilidad 1984 -2015. Incidencia por grupo de edad. Recuperado en marzo de 2017 de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/incidencia_casos.html.

¹⁶ American Pregnancy Association (2015). *La hipertensión gestacional: hipertensión inducida por el embarazo (HIE)*. Recuperado en marzo de 2017 de: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension/>.

¹⁷ Preeclampsia Foundation (2016). *Preguntas frecuentes*. Recuperado en marzo de 2017 de: <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/preguntas-frecuentes>.

¹⁸ GeoSalud (s. f). *Diabetes Mellitus. Diabetes Gestacional*. Recuperado en marzo de 2017 de: <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/dgestacional.htm>.

Tasa de morbilidad hospitalaria de las mujeres embarazadas de 12 y más años por causas obstétricas seleccionadas según grupo de edad
Por cada 100 000 mujeres para cada grupo de edad
2014



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: O13, O14 y O24.4.
Fuente: SSA (2017). Base de egresos hospitalarios 2014.

Al seleccionar estas tres causas obstétricas se observa que, en 2014, las mujeres de 20 a 34 años embarazadas egresan del hospital principalmente por hipertensión gestacional y preeclampsia, siendo las del grupo de 20 a 24 años, las que presentan las tasas de morbilidad hospitalaria más altas para estas enfermedades. Así 199 de cada 100 mil mujeres embarazadas de 20 a 24 años egresan por hipertensión gestacional y 197 por preeclampsia. En el caso de la diabetes gestacional se observa un incremento con la edad hasta los 34 años, cuando 73 de cada 100 mil mujeres de 30 a 34 años de edad egresan por esa enfermedad, y posteriormente la tasa muestra un decremento.

Controlar adecuadamente estas enfermedades, pero en especial su detección oportuna, permite dar a las futuras madres un pronóstico favorable para el término adecuado de su embarazo y que sus hijos nazcan en las mejores condiciones posibles.

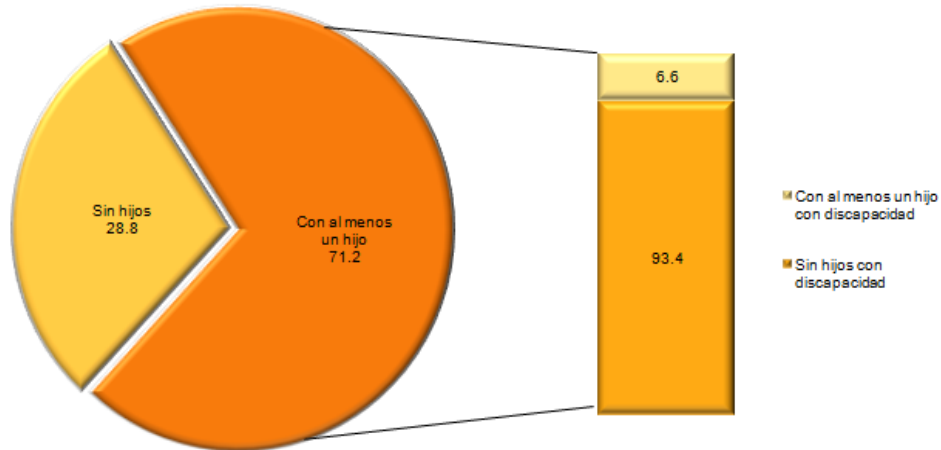
DISCAPACIDAD

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, del total de hogares encabezados por una mujer, en 71.2% reside con ella por lo menos uno de sus hijos y, de los hogares dirigidos por mujeres donde hay hijos, en siete de cada 100 uno de los hijos tiene discapacidad.

La presencia en el hogar de uno o más hijos con discapacidad puede implicar cambios significativos en la dinámica de vida de las personas que lo conforman, con las consecuencias

psicológicas y económicas que dichos cambios provocan. En muchos de los casos es la madre quien asume la responsabilidad del cuidado y atención de la persona con discapacidad.¹⁹

Porcentaje de hogares encabezados por una mujer por condición de hijos en el hogar y la distribución porcentual por condición de discapacidad de los hijos 2014



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

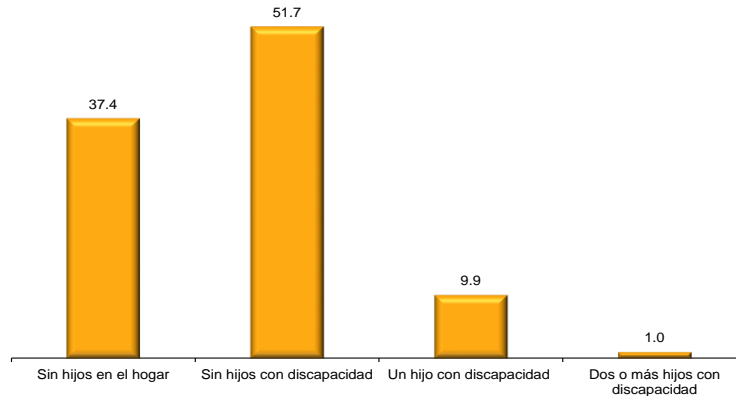
Según algunas investigaciones, las madres que tienen hijos con discapacidad realizan adecuaciones en su vida personal y profesional que afectan las áreas del trabajo y la convivencia con el resto de los miembros de su familia o sus amistades, entre otros, con tal de atender las necesidades de sus hijos.²⁰

Del total de hogares encabezados por una mujer, en 15.3% la jefa tiene discapacidad y, en 11 de cada 100 hogares donde la jefa tiene discapacidad, hay al menos un hijo con discapacidad, lo que aumenta la probabilidad de que la dinámica familiar tenga que adecuarse para la atención de dos o más personas con discapacidad, sobre todo entre los integrantes del hogar que no tienen discapacidad.

¹⁹ Porterfield, S.L. (2002). *Work choices of mother in families with children with disabilities*. *Journal of Marriage and Family*; Nov 2002. ProQuest Psychology Journals. pp 972-981. Recuperado en febrero de 2017, de: <http://pajooheshyar.sums.ac.ir/attachments//94-01-86-9996/out.pdf>

²⁰ Dervishalaj, E. (2013). *Parental Stress of Children with Disabilities: A literature review*. *Jornal of Educationla and Social Research*. Vol3. No. 7. MCSER Publishing, Rome Italy. Recuperado en febrero de 2017 de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.923.2898&rep=rep1&type=pdf>

Distribución porcentual de los hogares encabezados por una mujer con discapacidad, por condición de hijos en el hogar y condición de discapacidad de los hijos
2014



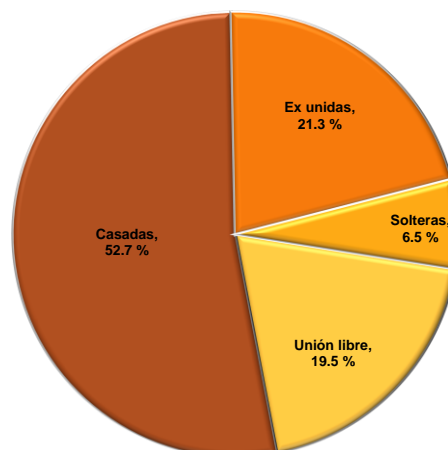
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos.

SITUACIÓN CONYUGAL

La maternidad es un fenómeno demográfico ligado principalmente a la situación de unión conyugal de las mujeres. Sin embargo, es cada vez más frecuente que mujeres transiten a la maternidad o la ejerzan mientras se encuentran en una situación de no unión, ya sea separadas, divorciadas, viudas o solteras, provocando que en numerosos casos esto las coloque en situación de vulnerabilidad, tanto económica como social.

De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal 2015, 27.8% de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo ejercen su maternidad sin pareja; 21.3% están separadas, divorciadas o viudas, mientras que 6.5% son madres solteras. Del total de madres unidas, 19.5% lo está en unión libre y 52.7% casada. Entre estas últimas destaca que en 3.5% y 4.9% respectivamente, su cónyuge o pareja reside en otra vivienda.

Distribución porcentual de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo según situación conyugal
2014

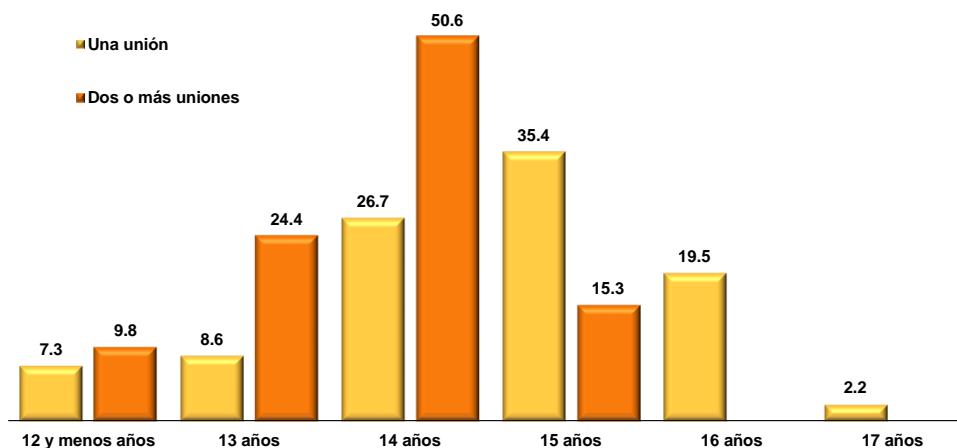


Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015

Un aspecto relevante en el análisis de la situación conyugal de las mujeres con hijos es el número de uniones tempranas, pues estas acrecientan la probabilidad de tener más uniones a lo largo de su vida. Según datos de la ENADID 2014, de las mujeres de 15 a 54 años alguna vez unidas y con al menos un hijo nacido vivo, 31.9% se unieron por primera vez antes de los 18 años de edad, mientras que el resto (67.1%) lo hizo a partir de la mayoría de edad.

De acuerdo con la ENADID 2014, 22.6 millones de mujeres de 15 a 54 años que son madres han estado alguna vez unidas, de ellas 11.2% ha tenido dos o más uniones, mientras que 88.8% solo ha tenido una unión. Sin embargo, para las mujeres cuya primera unión fue antes de cumplir los 18 años, un poco más de la mitad (50.6%) ha tenido dos o más uniones.

Distribución porcentual de las mujeres menores de 18 años con al menos un hijo nacido vivo alguna vez unidas, por edad a la primera unión según número de uniones 2014



Nota: La suma por condición de uniones anteriores es menor a 100 debido al no especificado.
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014. Base de datos.

MADRES OCUPADAS

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el cuarto trimestre de 2016, la tasa de participación económica de mujeres de 15 y más años es de 43.3%. Prácticamente es la misma tasa para las mujeres con al menos un hijo nacido vivo (43.4%) y las mujeres sin hijos (43.2 por ciento).

Con respecto a la unidad económica donde laboran: 31.5% de las madres ocupadas trabaja en el sector informal; 38.6% en empresas y negocios, y 16.1% en instituciones públicas o privadas. Referente al tipo de ocupación, la mayoría son comerciantes (26%), trabajadoras en servicios personales (25.4%), trabajadoras industriales, artesanas y ayudantes (18.9 por ciento). Las mujeres que no tienen hijos cuentan con un perfil ocupacional muy distinto. La mayoría trabaja en empresas (53.1%) seguido por aquellas que laboran en el sector informal (18.5%), y en instituciones públicas o privadas (18.8 por ciento). Por tipo de ocupación, la mayor proporción (22.5%) labora como comerciante, 17% está ocupada en servicios personales y 14.8% son trabajadoras industriales, artesanas y ayudantes generales.

Distribución porcentual de las mujeres de 15 y más años ocupadas por condición de hijos nacidos vivos según unidad económica y tipo de ocupación 2016

Unidad económica y tipo de ocupación	Sin hijos	Con hijos
Unidad económica	100.0	100.0
Empresas y negocios	53.1	38.6
Sector informal	18.5	31.5
Instituciones públicas y privadas	18.8	16.1
Trabajo doméstico remunerado	8.0	11.8
Agricultura de autosubsistencia	1.1	1.6
Tipo de ocupación	100.0	100.0
Comerciantes	22.5	26.0
Trabajadores en servicios personales	17.0	25.4
Trabajadores industriales, artesanos y ayudantes	14.8	18.9
Oficinistas	16.4	10.3
Profesionales técnicos y trabajadores del arte	17.2	7.7
Trabajadores de la educación	7.1	5.4
Otros	5.0	6.3

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016. Cuarto trimestre. Base de datos.

Datos de la ENOE 2016 muestran que 63.7% de las mujeres ocupadas y con hijos son trabajadoras subordinadas y remuneradas, 26.6% trabaja por cuenta propia y 7% son mujeres ocupadas que no reciben remuneración por su trabajo; solo el 2.7% de las mujeres que son madres y están ocupadas, son empleadoras.

Del total de mujeres madres ocupadas de 15 y más años, se caracterizan por tener jornadas menos extensas que las de las mujeres ocupadas sin hijos. Del total de madres ocupadas, 53.8% labora 40 o más horas a la semana, en tanto que las mujeres sin hijos, 63.8% cumple jornadas semanales de más de 40 horas.

Datos de la ENOE 2016 también permiten observar que una mayor proporción de las mujeres madres ocupadas perciben menos ingresos que las mujeres ocupadas sin hijos. Una de cada dos (51.3%) madres ocupadas tiene ingresos de hasta dos salarios mínimos. Esta situación se presenta para 41.6% de las mujeres que aún no son madres.

Con esta información, el INEGI brinda indicadores para el conocimiento de la situación de las mujeres mexicanas en el ámbito nacional. Consulte este documento en el sitio del INEGI www.inegi.org.mx, en el apartado de Sala de Prensa:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/saladeprensa/>

Si requiere información por entidad federativa consulte nuestro sitio, acuda a los centros de información o comuníquese vía telefónica o por correo electrónico.

REFERENCIAS:

American pregnancy Association (2015). *La hipertensión gestacional: hipertensión inducida por el embarazo (HIE)*. Última actualización agosto de 2015. Recuperado en marzo de 2017, de: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension/>

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2011). Perfiles de salud reproductiva México. Recuperado en marzo de 2017, de: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva.

Dervishalij, E. (2013). Parental Stress of Children with Disabilities: A literature review. *Jornal of Educationla and Social Research*. Vol3. No. 7. MCSER Publishing, Rome Italy. Recuperado en febrero de 2017 de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.923.2898&rep=rep1&type=pdf>

Dirección General de Epidemiología (DGE) (s.f.). Anuario de Morbilidad 1984 -2015. Incidencia por grupo de edad. Recuperado en marzo de 2017, de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/incidencia_casos.html

Estrategia Nacional para la prevención del Embarazo 2013-2018 (ENAPEA). Recuperado en marzo de 2017, de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés] (s.f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. El objetivo 5. Mejorar la salud materna*. Recuperado en marzo de 2017, de: <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>

Geneva: World Health Organization; 2015 *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division..* Recuperado en marzo de 2017, de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00838-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00838-7.pdf)

GeoSalud (s.f). *Diabetes Mellitus. Diabetes Gestacional*. Recuperado en marzo de 2017, de: <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/dgestacional.htm>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Intercensal EIC 2015*. Base de datos. México, 2016.

— *Encuesta Intercensal EIC 2015. Tabulados básicos*. México, 2016

— *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 1997*. México, 2000.

— *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2009*. México, 2010.

— *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2014*. México, 2015.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Defunciones para calcular la razón de la mortalidad materna*”. Recuperado en marzo de 2017, de: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (INEGI-STPS). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cuarto trimestre 2016*. Base de datos. México 2016.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

— Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

— Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016. Recuperado en marzo de 2017, de:

http://www.unesco.org/library/PDF/wcms_457094.pdf,

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). Desarrollo en la adolescencia. 2015. Recuperado en marzo de 2017, de:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

— *Naciones Unidas: la mortalidad materna se ha reducido un 44% desde 1990. Un informe de la OMS, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas resalta los progresos realizados.* Comunicado de prensa en conjunto. 12 de noviembre de 2015. Ginebra / Nueva York. Recuperado en marzo de 2017, de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>

— *Mortalidad Materna. Datos y cifras.* Centro de prensa. Nota descriptiva. Septiembre de 2016. Recuperado en marzo de 2017, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Panamericana de la Salud, (OPS) “Maternidad Saludable 1998”; en Revista Panamericana de Salud, Vol. 12, Núm. 6. Recuperado en marzo de 2017, de:

<http://giorgio.ingentaselect.com/vl=17795795/cl=34/nw=1/rpsv/catchword/paho/10204989/v12n6/s3/p371>

Preeclampsia foundation (2016). *Preguntas frecuentes.* Última actualización 02 de agosto de 2016. Recuperado en marzo de 2017, de: <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/preguntas-frecuentes>

Porterfield, S.L. (2002). Work choices of mother in families with children with disabilities. *Journal of Marriage and Family*; Nov 2002. ProQuest Psychology Journals. Pp 972-981. Recuperado en febrero de 2017, de:

<http://pajoooheshyar.sums.ac.ir/attachments//94-01-86-9996/out.pdf>

Yago Simón, T; Tomás Aznar C. (2014). Variables Sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88:395-406. N.º3 Mayo-Junio 2014. Recuperado en marzo de 2017, de:

http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf

Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [SIODM]. (2016). *Meta 5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.* Recuperado en marzo de 2017, de:

<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/SHIODM005000100010,26,E>