

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

### DATOS DE PUEBLA

- En el quinquenio de 2009 a 2013 la tasa global de fecundidad de Puebla es de 2.44 hijos por mujer.
- En 2015, de las adolescentes de 12 a 19 años de edad, 8.8% ha tenido al menos un hijo nacido vivo.
- Del total de hogares, de 2014, encabezados por una mujer, en 74.2% reside con ella por lo menos uno de sus hijos, y en 6.6% de estos hogares, uno de los hijos tiene discapacidad.
- En 2015, de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo, 28.9% ejercen su maternidad sin pareja. De ellas, 21.8% estuvo alguna vez unida, mientras que 7.1% es madre soltera.
- 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 45.1 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 Puebla.

### MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS

En Puebla, de acuerdo con resultados de la Encuesta Intercensal 2015, existen 2 517 074 mujeres de 12 y más años de las cuales 68.7% ha tenido al menos un hijo nacido vivo.<sup>1</sup> Al observar la edad de la mujer, sobresale que 8.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya han procreado y este porcentaje aumenta naturalmente con la edad: 59.7% de las mujeres

---

<sup>1</sup> Para el cálculo del porcentaje se excluye a las mujeres que no especificaron si han tenido hijos y a las que sí han tenido hijos pero no especificaron el total de ellos.

jóvenes de 20 a 29 años tiene al menos un hijo nacido vivo y 90.8% de las que tienen 30 y más años ya han sido madres.

De las mujeres con hijos, 19.2% tiene solo un hijo; el mayor porcentaje 24.7%, tiene dos hijos; 20.8% tiene tres; 11.5% es madre de cuatro hijos y 23.8% 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 (de 12 a 19 años), 85.8% tiene solo un hijo. En las madres jóvenes de 20 a 29 años, el porcentaje con solo un hijo disminuye a 45.4% y aumenta a 34.7% la proporción de mujeres que tienen dos hijos. Una de cada dos (56.3%) madres de 30 a 49 años tienen tres o más hijos, situación que ocurre a 79.4% de las 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**

Grupos de edad de la mujer	Número de hijos nacidos vivos				
	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 y más hijos
<b>Total</b>	<b>19.2</b>	<b>24.7</b>	<b>20.8</b>	<b>11.5</b>	<b>23.8</b>
12 a 19 años	85.8	13.1	0.9	0.1	0.1
20 a 29 años	45.4	34.7	14.8	3.9	1.2
30 a 49 años	14.0	29.7	27.6	13.9	14.8
50 y más años	6.9	13.7	16.5	13.4	49.5

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos.

## 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,<sup>2</sup> 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, en Puebla la tasa global de fecundidad es de 2.44 hijos por mujer para el quinquenio de 2009 a 2013.

<sup>2</sup> 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 el de las mujeres de 20 a 24 años de edad, con 141 hijos por cada mil mujeres para el quinquenio de 2009 a 2013. Para el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad es de 74 hijos, mientras que para las que tienen de 35 a 39 años, la tasa es de 45 hijos por cada mil mujeres.

**Nacimientos y años persona vividos de la población femenina en edad fértil por grupos quinquenales de edad**  
Promedio quinquenal de 2009 a 2013

Grupos quinquenales de edad	Nacimientos	Años persona vividos de la población femenina en edad fértil	TGF
<b>Puebla</b>	<b>116 404</b>	<b>1 543 707</b>	<b>2.44</b>
15 a 19 años	19 929	270 276	73.7
20 a 24 años	34 254	243 528	140.7
25 a 29 años	29 791	229 978	129.5
30 a 34 años	20 099	239 668	83.9
35 a 39 años	9 512	209 336	45.4
40 a 44 años	2 645	186 509	14.2
45 a 49 años	175	164 413	1.1

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

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).<sup>3</sup> 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. Mientras que en Puebla, la edad a la primera unión era de 20.9 años en 2009 y para 2014 disminuyó a 20.3 años de edad.

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 en Puebla, en 2009 la edad media al primer hijo(a) nacido vivo de las mujeres en edad fértil fue 20.6 años (ENADID 2009) y para 2014 aumentó ligeramente a 20.9 años (ENADID 2014).

<sup>3</sup> 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](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva)

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 a la disponibilidad de los mismos.<sup>4</sup> Los resultados de la ENADID 2009 muestran que 97.8% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un método anticonceptivo, mientras que para la ENADID 2014 esta condición está presente en 98.7% de las mujeres en edad fértil, lo que representa un aumento de casi un punto. Aunado al conocimiento, el aumento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es otro factor en la regulación de la fecundidad. La ENADID 2009 reportó que 69.5% de las mujeres unidas y en edad fértil utilizaban algún método, cifra que aumentó a 73.7% en 2014.

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, en el país, el promedio ideal de hijos(as) de las mujeres en edad fértil fue de 2.9 hijos, para el 2009 fue de 2.7, mientras que para el 2014 fue de 2.6 hijos. En tanto, en Puebla, el promedio ideal de hijo(as) aumentó de 2.6 en 2009 a 3.2 para el año 2014.

## MADRES ADOLESCENTES

Uno de los temas demográficos, sociales y de salud pública que ha 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.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup> De acuerdo con la ENADID 2014, en Puebla, 26.2% de las mujeres adolescentes del grupo de 15 a 19 años ya inició su vida sexual y 11.8% declaró ser sexualmente activa.<sup>7</sup> Asimismo 46.4% declaró que ella o su pareja no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

---

<sup>4</sup> INEGI, Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009.

<sup>5</sup> 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/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

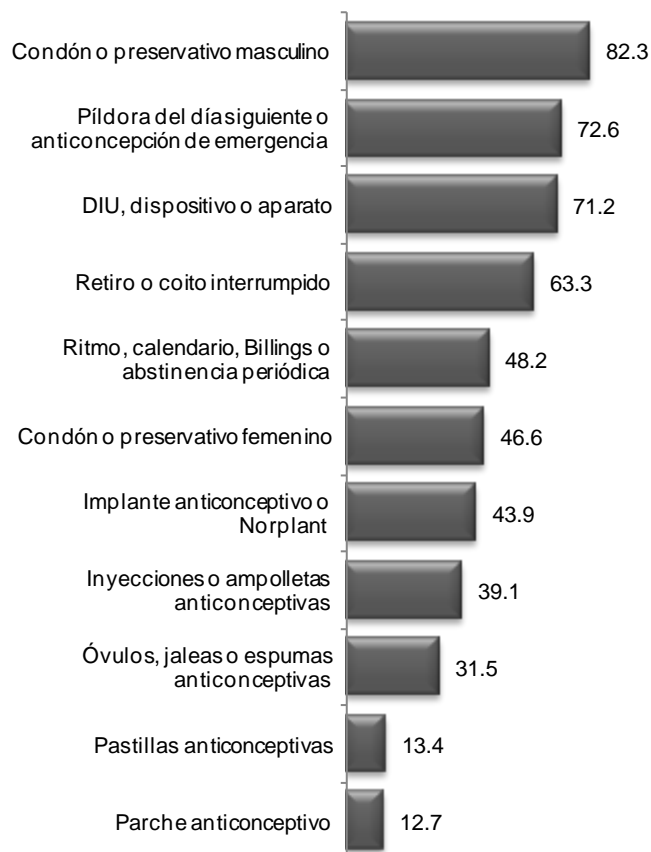
<sup>6</sup> Yago Simón, T; Tomás Aznar C; Variables Sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:395-406. N.º3 Mayo-Junio 2014. Recuperado en marzo de 2017, de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script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

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

Las principales razones declaradas por las adolescentes que no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual fueron: porque no planeaba tener relaciones sexuales (25.3%) y no creyó que podía embarazarse (23.9 por ciento).

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: 88.6% conoce funcionalmente alguno. Entre los principales métodos conocidos funcionalmente por las adolescentes están: el condón o preservativo masculino (82.3%), la píldora del día siguiente (72.6%) y el DIU, dispositivo o aparato (71.2 por ciento). En contraparte, aquellos métodos de los cuales tienen menor conocimiento sobre cómo funcionan están: los óvulos, jaleas o espumas (31.5%), las pastillas anticonceptivas (13.4%) y el parche (12.7 por ciento).

**Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad con conocimiento funcional de métodos anticonceptivos por tipo de método 2014**



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Microdatos.

De las adolescentes que declararon ser sexualmente activas destaca que, 58.3% utiliza algún método anticonceptivo, de las cuales, 88.0% lo usaron durante algún tiempo para evitar quedar embarazadas.

El método anticonceptivo más utilizado por las mujeres de 15 a 19 años de edad, sexualmente activas, es el condón masculino (42.9%), seguido del DIU, dispositivo o aparato de cobre (32.8%) y el implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant (13.8%), entre otros.

## 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).<sup>8</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global<sup>9</sup>. En 2015, el organismo internacional estimó que, 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 parto), infecciones puerperales, hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y abortos peligrosos.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud, considera que la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública<sup>12</sup> 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.

---

<sup>8</sup> 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/>

<sup>9</sup> *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)

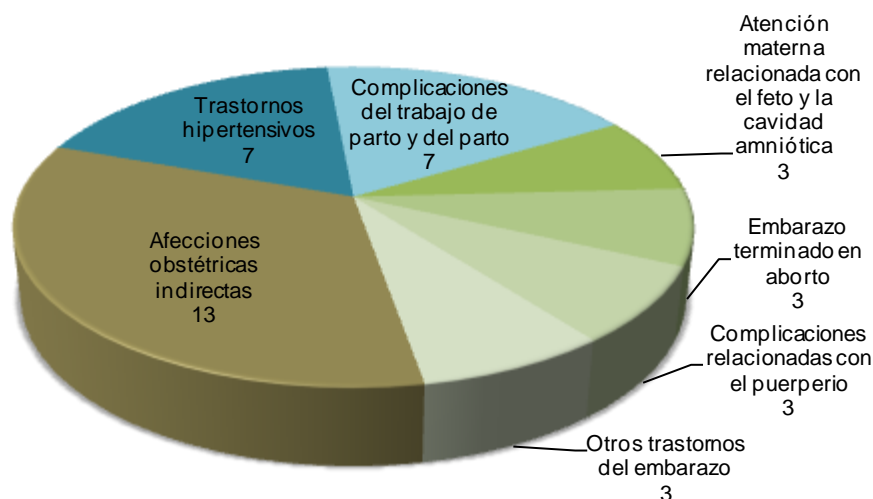
<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Mortalidad Materna. Datos y cifras*. Nota descriptiva. Recuperado en marzo de 2017 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

<sup>11</sup> 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>

<sup>12</sup> 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>

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 mil nacidos vivos en 1990<sup>13</sup> a 34.6 en 2015;<sup>14</sup> en Puebla pasó de 123.1 a 32.3 defunciones, respectivamente.

### Total de muertes maternas por causa de la defunción 2015



Fuente: INEGI. Estadísticas de defunciones 2015. Consulta interactiva de datos

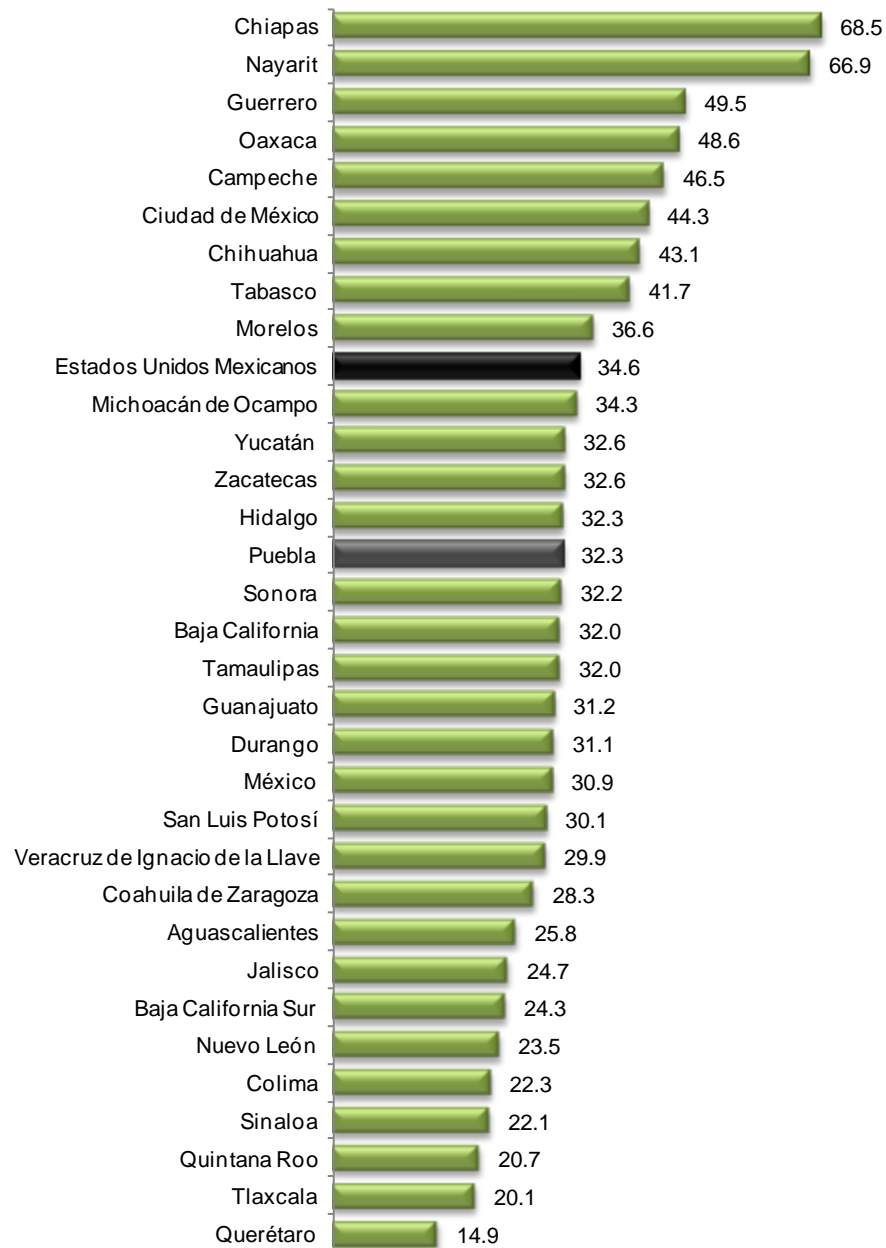
Para 2015, de los 39 casos de fallecimientos durante el embarazo, el parto o el puerperio, 13 (33.3%) se deben a afecciones obstétricas indirectas, es decir enfermedades pre-existentes o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por efectos fisiológicos del embarazo. Los trastornos hipertensivos y las complicaciones del trabajo de parto y del parto, cada una con siete (17.9%) casos, son la segunda causa de muerte.

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. En tanto, Puebla se encuentra a 2.3 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> 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=mort\\_gral\\_mg](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mort_gral_mg)

**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.

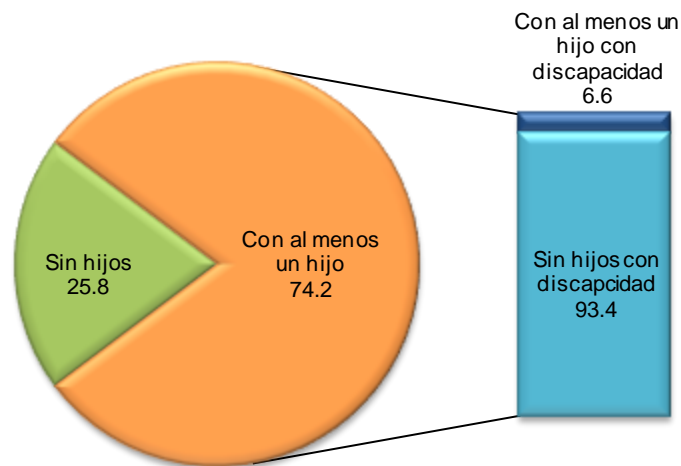


## DISCAPACIDAD

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, del total de hogares de Puebla encabezados por una mujer, en 74.2% reside con ella por lo menos uno de sus hijos; y de estos hogares, en 6.6% 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.<sup>15</sup>

### Distribución de hogares encabezados por una mujer por condición de hijos en el hogar según condición de discapacidad de los hijos 2014



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Microdatos.

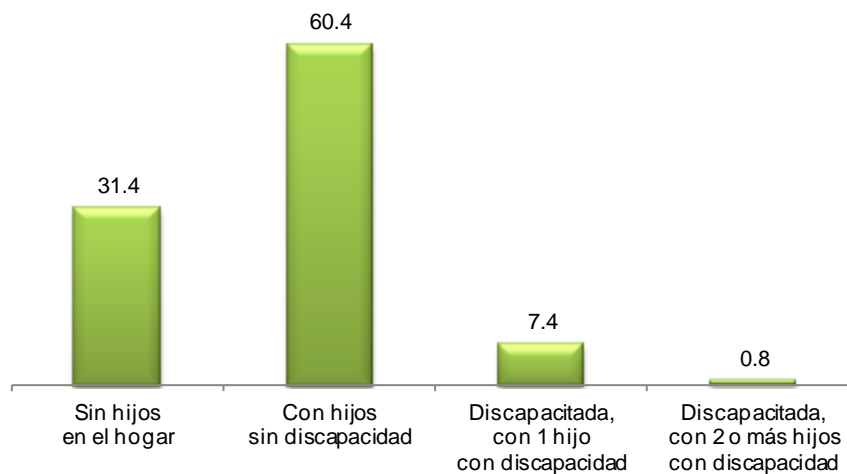
Según algunas investigaciones, las madres que tienen hijos con discapacidad realizan adecuaciones en su vida personal y profesional que afectan las áreas del trabajo y la convivencia con el resto de los miembros de su familia o sus amistades, entre otros, con tal de atender las necesidades de sus hijos.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> 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://paiooheshyar.sums.ac.ir/attachments//94-01-86-9996/out.pdf>

<sup>16</sup> Dervishalij, E. (2013). *Parental Stress of Children with Disabilities: A literature review*. *Jornal of Educationla and Social Research*. Vol3. No. 7. MCSEER 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>

Del total de hogares encabezados por una mujer, en 13.9% la jefa tiene discapacidad y, en ocho de cada cien 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.

**Distribución porcentual de los hogares encabezados por una mujer, por condición de hijos y discapacidad 2014**



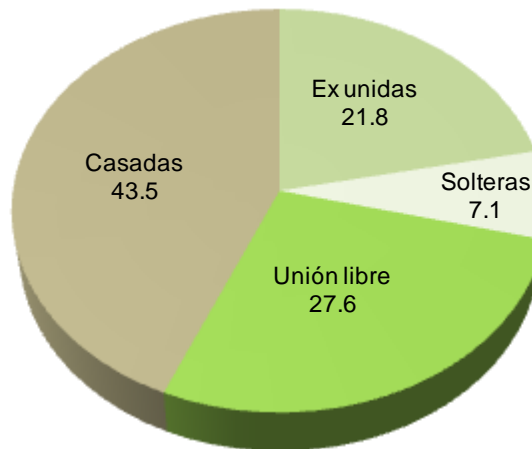
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Microdatos.

**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, de las mujeres de 12 y más años con al menos un hijo nacido vivo, 28.9% ejerce su maternidad sin pareja; 21.8% está separada, divorciada o viuda, mientras que 7.1% es madre soltera. Del total de madres unidas, 27.6% está en unión libre y 43.5% casada; mismas que 6.2% y 4.2%, 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 Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Microdatos.

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, 33.5% se unió por primera vez antes de los 18 años de edad, mientras que el resto (66.5%) lo hizo a partir de la mayoría de edad.

De acuerdo con la ENADID 2014, de las mujeres de 15 a 54 años que son madres, 1.1 millones han estado alguna vez unidas, de ellas 7.9% ha tenido dos o más uniones, mientras que 92.1% solo ha tenido una unión. Sin embargo, entre las mujeres que han tenido dos o más uniones, un poco más de la mitad (50.8%) tuvo su primera unión antes de cumplir los 18 años de edad.

### **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 44.6 por ciento. La tasa para las mujeres con al menos un hijo nacido vivo es de 45.1%, mientras que para las mujeres sin hijos es de 43.0 por ciento.

Con respecto a la unidad económica donde laboran: 35.3% de las madres ocupadas trabaja en empresas y negocios; 34.3% en el sector informal y 12.2% en trabajo doméstico remunerado. Referente al tipo de ocupación, la mayoría son comerciantes (25.9%), trabajan en servicios personales (21.0%), o son trabajadoras industriales, artesanas y ayudantes (20.7 por ciento). Las mujeres que no tienen hijos cuentan con un perfil ocupacional distinto. La mayoría trabaja en empresas (41.1%) seguido por aquellas que laboran en el sector informal (29.4%), y en instituciones públicas o privadas (13.4 por ciento). Por tipo de ocupación, la mayor proporción (24.1%) labora como comerciante, 19.1% son trabajadoras industriales, artesanas y ayudantes generales y 16.7% está ocupada en servicios personales.

**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**

<b>Unidad económica y tipo de ocupación</b>	<b>Sin hijos</b>	<b>Con hijos</b>
<b>Unidad económica</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Empresas y negocios	41.1	35.3
Sector informal	29.4	34.3
Instituciones públicas o privadas	13.4	10.5
Trabajo doméstico remunerado	8.4	12.2
Agricultura de auto subsistencia	7.7	7.7
<b>Tipo de ocupación</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Comerciantes	24.1	25.9
Trabajadoras industriales artesanas y ayudantes	19.1	20.7
Trabajadoras en servicios personales	16.7	21.0
Profesionales, técnicos y trabajadoras del arte	13.0	5.4
Trabajadoras en actividades agropecuarias	11.1	15.9
Oficinistas	9.8	5.4
Otros	6.2	5.7

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

Datos de la ENOE 2016 muestran que seis de cada diez (64.8%) mujeres ocupadas y que no tienen hijos, son trabajadoras subordinadas y remuneradas, 23.3% son mujeres ocupadas que no reciben remuneración por su trabajo y 11.5% trabaja por cuenta propia. Solo 0.4% de las mujeres que no son madres y están ocupadas, son empleadoras.

Las 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, 45.0% labora 40 o más horas a la semana, en tanto que de las mujeres sin hijos, 55.0% cumple jornadas semanales de más de 40 horas.

Datos de la ENOE 2016 también permiten observar los ingresos que perciben las madres ocupadas. Una de cada dos (59.4%) madres ocupadas tiene ingresos de hasta dos salarios mínimos. Esta situación se presenta para 46.6% 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](http://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](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva)

**Dervishaliaj, 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](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](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](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](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/](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](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.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/SIODM005000100010,26,E>