

Cuadernos de salud reproductiva

República Mexicana



Consejo Nacional de Población

**Créditos de la elaboración de
Cuadernos de Salud Reproductiva
*República Mexicana***

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

Autores: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta y
Cristina Araya

Procesamiento de información: Beatriz Zubieta,
Miguel Sánchez, Elba Aguilar y Lourdes Herrera


Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

Formación y revisión: Elba Aguilar, Ma. Eulalia Mendoza,
Martha Mora, Myrna Muñoz, Virginia Muñoz,
Alberto Reyes, Guillermo Sánchez y Liliana Velasco

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

La elaboración de los *Cuadernos de
Salud Reproductiva* contó con financiamiento
del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)  **UNFPA**

© CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN
Ángel Urraza 1137, Col. Del Valle
C. P. 03100, México, D. F.
< <http://www.conapo.gob.mx> >

Cuadernos de salud reproductiva
República Mexicana

Primera edición: septiembre de 2000
ISBN: 970-628-533-4

Se permite la reproducción total o parcial
sin fines comerciales, citando la fuente.
Impreso en México / *Printed in Mexico*

Consejo Nacional de Población

LIC. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

EMB. ROSARIO GREEN
Secretaria de Relaciones Exteriores

LIC. JOSÉ ÁNGEL GURRÍA TREVIÑO
Secretario de Hacienda y Crédito Público

DR. CARLOS M. JARQUE URIBE
Secretario de Desarrollo Social

M. en C. JULIA CARABIAS LILLO
Secretaria de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca

ING. ROMÁ RICO ARROYO MARROQUÍN
Secretario de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁ LEZ FERNÁNDEZ
Secretario de Salud

LIC. MARIANO PALACIOS ALCO CER
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. EDUARDO ROBLEDO RINCÓN
Secretario de la Reforma Agraria

LIC. ROSARIO ROBLES BERLANGA
Jefa de Gobierno del Distrito Federal

LIC. SOCORRO DÍAZ PALACIOS
Directora General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LIC. MARIO LUIS FUENTES ALCALÁ
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

JOSÉ ÁNGEL PESCADOR OSUNA
Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios
y Presidente Suplente del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. DIÓDORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación

LIC. DIONISIO PÉREZ JÁCOME
Subsecretario de Gobierno

LIC. ARMANDO LABRA MANJARREZ
Subsecretario de Desarrollo Político

LIC. HUMBERTO LIRA MORA
Subsecretario de Asuntos Religiosos

JOSÉ ÁNGEL PESCADOR OSUNA
Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios

LIC. JORGE TELLO PEÑÓN
Subsecretario de Seguridad Pública

LIC. GABINO CUÉ MONTEAGUDO
Subsecretario de Comunicación Social

LIC. GERARDO CAJIGA ESTRADA
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA
Directora General de Estudios de Población

LIC. ALICIA CARVAJAL SANTILLÁN
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

MTRO. JOSÉ LUIS ÁVILA MARTÍNEZ
Director de Estudios Socioeconómicos
y Regionales

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales
de Población

M. en I. GUSTAVO ARGIL CARRILES
Director de Apoyo Técnico

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad	15
El cambio en el nivel y la estructura por edad de la fecundidad	16
Diferencias socioeconómicas de la fecundidad	18
2 Inicio de la vida reproductiva	21
Edad a la primera unión	21
Tipo de primera unión	25
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	26
Intervalo protogenésico	29
3 Preferencias reproductivas	34
Número ideal de hijos e hijas	34
Ideales reproductivos en las entidades federativas	37
Deseo de más hijos o hijas	38
4 Práctica anticonceptiva	40
Conocimiento de métodos anticonceptivos	40
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	45
Diferencias socioeconómicas y demográficas en el uso de métodos anticonceptivos	47
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	52
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	57
Anticoncepción posparto	60
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	63

5 Salud materna	67
Mortalidad materna	67
Aborto	70
6 Atención a la mujer embarazada	73
Atención prenatal	73
Cobertura institucional de la atención prenatal	77
Inicio de la atención prenatal	77
Intensidad y calidad de la atención prenatal	79
Atención del parto	83
Lugar de atención del parto	86
Tipo de parto	89
Atención durante el puerperio	90
7 Lactancia materna	92
Edad a la ablactación	95
8 Mortalidad infantil	96
Niveles y tendencias de la mortalidad infantil	96
Mortalidad infantil por causas	98
9 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	100
VIH/SIDA	103
10 Cáncer cérvico uterino y de la mama	110
Cáncer cérvico uterino	110
Cáncer de la mama	112
Conclusiones	115
Anexo 1	120
Anexo 2	122

Presentación

Las acciones de planificación familiar y salud reproductiva son instrumentos indispensables para garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento del principio general plasmado en el artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos". Dichas acciones están supeditadas al propósito fundamental de elevar la calidad de vida de los mexicanos, tal como lo señalan la Ley General de Población, la Ley General de Salud y sus respectivos Reglamentos.

El Programa Nacional de Población 1995-2000 establece entre sus prioridades la de contribuir a garantizar a las personas de todos los grupos sociales y regiones del país el acceso a la información pertinente, veraz y comprensible y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, la salud perinatal, la salud de la mujer y la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Con el propósito de verificar el avance y resultados de las acciones de salud reproductiva y planificación familiar, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se dio a la tarea de integrar y analizar la información disponible sobre algunos indicadores básicos en la materia, referidos al ámbito nacional y a cada una de las entidades federativas del país para la última década del siglo xx. Como resultado de este ejercicio se elaboró la colección *Cuadernos de Salud Reproductiva*, integrada por 33 títulos, uno por cada entidad federativa y otro que contiene la información nacional.

El presente documento corresponde a la revisión de los indicadores de salud reproductiva a escala nacional y está organizado en diez apartados, en los que se analiza la fecundidad, el inicio de la vida reproductiva, las preferencias reproductivas, la práctica anticonceptiva, la salud materna, la lactancia, la mortalidad infantil, las enfermedades de transmisión sexual, y el cáncer cérvico uterino y de la mama.

La Secretaría General del CONAPO confía en que los resultados de este estudio serán de utilidad para orientar los esfuerzos institucionales y sociales que llevan a cabo los programas de salud reproductiva y planificación familiar, con el objeto de contribuir a garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de la población.

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno de México define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y criar hijos saludables; a comprender y disfrutar su propia sexualidad; y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.¹

El enfoque de la salud reproductiva ha hecho evidente la existencia de complejos vínculos entre la reproducción, la salud y la sexualidad de los individuos, y recupera aspectos previamente abordados de manera independiente, como son la planificación familiar y la salud materno-infantil, la atención del cáncer de la mama y cérvico uterino, la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, este enfoque pone de manifiesto que la salud reproductiva está estrechamente vinculada con la capacidad de la persona para ejercer sus derechos reproductivos, lo que conlleva a considerar los factores del contexto económico, político, cultural e institucional que inciden en el ejercicio de los mismos.

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género determinan en gran medida las condiciones, el poder y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual; utilizar los medios que les permitan prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual; tener acceso y demandar servicios de salud de calidad con oportunidad; y disponer, comprender y utilizar la información relativa al cuidado de la salud.

El análisis de los factores determinantes de las diferentes dimensiones de la salud reproductiva supera con mucho el alcance de este documento, cuyo propósito principal es brindar un panorama general del estado de la salud reproductiva en el país. En éste se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser contruidos con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con la entidad federativa y el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), su nivel de escolaridad y su condición de habla de lengua indígena. Estas variables aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que

¹ Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, p.29.

inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

Las comunidades rurales, que en este trabajo corresponden a aquéllas con menos de 2 500 habitantes, presentan baja integración a los mercados de trabajo y de bienes, y en ellas prevalecen de manera más acentuada relaciones de género desiguales. En estos ámbitos, la población tiene menor acceso a los bienes y servicios, incluidos los de salud, que son necesarios para garantizar la reproducción cotidiana e intergeneracional de las familias. Los múltiples determinantes económicos, culturales e institucionales que inciden en los ideales, percepciones, creencias y preferencias reproductivas, así como las dificultades de acceso físico, económico o social asociados a la utilización de servicios de salud explican en buena medida la dinámica diferenciada de la salud reproductiva entre localidades rurales y urbanas.

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo. En 1995, casi 74 por ciento de la población residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 201 138 localidades censadas en el país, 91.8 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 11.6 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

Como ha sido señalado en múltiples investigaciones, la escolaridad es un factor clave del desarrollo de las personas y guarda estrecha relación con el cuidado de la salud y con la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; y fomenta el afán de logro y superación personal, así como una alta valoración parental de los hijos. Además, la formación escolar incrementa la capacidad de comprensión y manejo de la información disponible, que es una condición que favorece la difusión de innovaciones.

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más ascendió a 7.4 años de educación formal. En ese mismo año, 10.4 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 20.6 por ciento no había concluido la primaria, 18.6 por ciento terminó la instrucción primaria, 21.9 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 28.5 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se registran diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.7 años para los hombres y de 7.1 años para las mujeres. Asimismo, la proporción que representan las personas sin instrucción es mayor entre las mujeres que entre los hombres: 12.2 y 8.5 por ciento, respectivamente.³

México es un país pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 60 lenguas indígenas a escala nacional. Las diez principales son: Nahuatl (hablada por 1 325 440 personas); Maya (776 824), Zapoteco (418 585); Mixteco (393 168); Otomí (283 263); Tzeltal (283 260); Tzotzil (263 611); Totonaca (214 192); Mazateco (180 130); y Chol (141 747). De las lenguas indígenas restantes, cinco eran habladas por más de cien mil personas; 19 por más de diez mil; seis por más de mil; cinco por más de 500; 13 por más de cien; y seis por menos de 100 personas. De acuerdo con el Censo de 1995, en México uno de cada

² INEGI, *Censo de Población y Vivienda 1995*, México.

³ INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

quince habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (7% de los hombres y 6.7% de las mujeres). La población monolingüe constituye uno por ciento de la población total (1.3% entre las mujeres y 0.8% entre los varones).

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por México tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que de acuerdo con el Índice de Marginación de 1995, de las 32 entidades federativas que conforman la República Mexicana, cinco se ubican en la categoría de marginación *muy baja*: Aguascalientes, Baja California, Coahuila, el Distrito Federal y Nuevo León. Ocho entidades se clasifican de marginación *baja*: Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Jalisco, estado de México, Morelos, Sonora y Tamaulipas; en la categoría de marginación *media* se encuentran Durango, Guanajuato, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala; ocho entidades se clasifican de marginación *alta*: Campeche, Hidalgo, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas. Finalmente, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz tienen un índice de marginación *muy alta*.⁴

En materia de desarrollo humano, el *Informe sobre Desarrollo Humano 2000* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ubicó a México en la categoría de desarrollo humano *medio* (con un Índice de Desarrollo Humano —IDH— de 0.784). Ello revela que la distancia que el país deberá transitar para alcanzar el IDH promedio registrado por las naciones de desarrollo humano alto todavía es considerable. De hecho, en la actualidad nuestra nación ocupa el quincuagésimo quinto lugar en la clasificación mundial (de un total de 174 naciones) y el noveno entre las naciones de desarrollo humano medio.⁵

La Secretaría General del CONAPO calculó, con la misma metodología utilizada por el PNUD, los valores del IDH tanto a escala nacional como por entidad federativa para los años 1992, 1995, 1997 y 2000. Las estimaciones generadas por el CONAPO permiten cuantificar los avances y rezagos existentes en el país en materia de desarrollo humano en ese periodo, resumido en el IDH, y simultáneamente confirman la existencia de marcados contrastes entre las entidades federativas. El Distrito Federal (0.878), Nuevo León (0.841), Baja California Sur (0.833), Baja California (0.829) y Sonora (0.823) ocuparon en 1997 las primeras cinco posiciones de acuerdo con el valor registrado por el IDH. A su vez, Puebla (0.741), Michoacán (0.740), Guerrero (0.721), Oaxaca (0.698) y Chiapas (0.698) se ubicaron en los últimos cinco lugares de la clasificación nacional. Si se adoptan los rangos de clasificación utilizados por el PNUD a nivel mundial, puede decirse que, en 1997, trece entidades de la República formaban el grupo de desarrollo humano alto (con un IDH equivalente o superior a 0.800) y diecinueve estados integraban el grupo de desarrollo humano medio (con un IDH de entre 0.500 y 0.799).⁶ En el primer conjunto residía en ese año poco más de uno de cada tres habitantes del país (35.8%), en tanto que cinco años atrás, en 1992, ascendía a uno de cada cinco (20.8%). En consecuencia, la población de las entidades agrupadas en la categoría de desarrollo humano alto se incrementó de 17.8 a 34.1 millones entre 1992 y 1997.⁷

⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

⁵ Tuirán, Rodolfo, "Desarrollo humano en México" en *La Situación Demográfica de México, 2000*, CONAPO, pp.235-236.

⁶ Este grupo comprende el estado de México, Sinaloa, Morelos, Querétaro, Durango, Tabasco, Nayarit, Tlaxcala, San Luis Potosí, Yucatán, Zacatecas, Guanajuato, Veracruz, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Guerrero, Oaxaca y Chiapas.

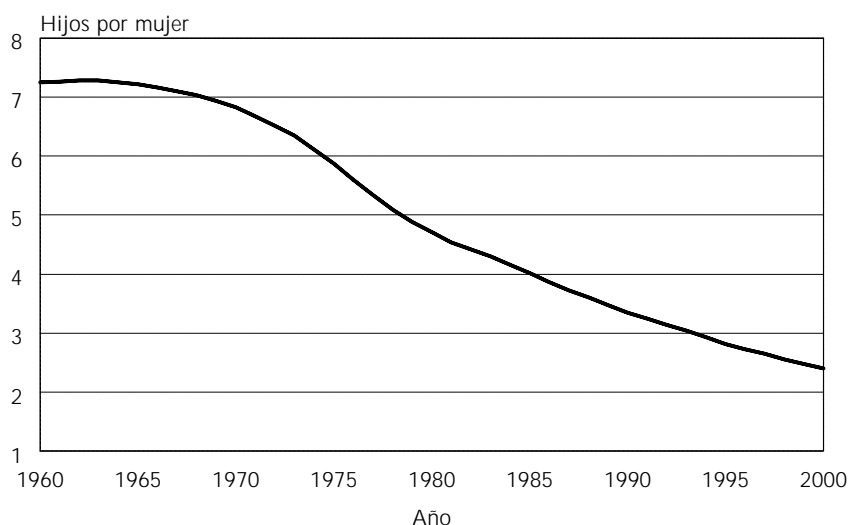
⁷ En 1992, las entidades federativas de desarrollo humano alto eran el Distrito Federal, Nuevo León, Baja California Sur, Baja California, Sonora y Coahuila; entre 1992 y 1995 se incorporaron a este grupo los estados de Campeche, Quintana Roo, Chihuahua y Aguascalientes; y de 1995 a 1997 se sumaron Colima, Tamaulipas y Jalisco.

El IDH del Distrito Federal (0.878) en 1997 es sólo 1.26 veces superior al de Chiapas (0.698) y Oaxaca (0.698). Esta diferencia, que resulta aparentemente mínima, en realidad no lo es tanto. Si se recurre a los valores del IDH registrados por el PNUD en 174 países del mundo, se podrá ver que el Distrito Federal registra un nivel similar al de países como Israel (0.883), Singapur (0.881), Grecia (0.875), Hong Kong (0.872), Malta (0.865) y Portugal (0.864), que ocupan las posiciones 23 a 28 en la clasificación mundial. En cambio, el IDH de Chiapas y Oaxaca es semejante al de países como Irán (0.709), China (0.706), Túnez (0.703), y Sudáfrica (0.697), los cuales se ubican entre los lugares 97 a 103. Estas comparaciones indican que los valores del IDH registrados por las 32 entidades federativas se ubican en una amplia franja que va de las posiciones 23 a la 103 de la clasificación mundial. Ello pone de manifiesto la existencia de mundos diferentes en México y revela cuán desigual puede ser el desarrollo humano dentro de un mismo país.

1 Fecundidad

El descenso de la fecundidad que ha ocurrido en México desde mediados de los años sesenta es la manifestación más concreta del proceso de apropiación de los y las mexicanas del control de su vida reproductiva. En esos años, la tasa global de fecundidad⁸ (TGF) alcanzó su máximo histórico, con valores por encima de siete hijos por mujer. Muy pocas personas, mayoritariamente de las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos eran accesibles sólo en algunos servicios privados. Por esta razón, fueron los grupos acomodados que residían en las grandes ciudades quienes iniciaron primero la regulación de su fecundidad. Posteriormente, a partir de 1974, con el cambio de la política de población y del impulso de los programas de planificación familiar, la fecundidad comenzó a descender vertiginosamente. En unos cuantos años, esta pauta se generalizó a casi todos los grupos sociales: entre 1974 y 1980 la TGF descendió de seis a 4.7 hijos por mujer; ascendió a casi cuatro hijos en 1985; alcanzó 2.9 hijos en 1994, registró 2.65 hijos en 1997 y se estima que en la actualidad asciende a 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1). Hoy en día, la

Gráfica 1.
Tasa global de fecundidad, 1960-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

⁸ Número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva.

planificación familiar goza de amplia aceptación social y, en consecuencia, todos los estratos sociales y ámbitos territoriales del país la fecundidad ha descendido significativamente. Por ello, para la mayoría de las mexicanas y los mexicanos, la reproducción dejó de ser concebida como un capricho de la naturaleza y hoy en día forma parte de los eventos que pueden ser planeados y anticipados por las personas.

De los cambios demográficos ocurridos en México, el descenso de la fecundidad es el que tiene las mayores implicaciones positivas para la salud reproductiva. Se sabe que:

- a) un menor número de nacimientos reduce el tiempo que las mujeres están expuestas durante su vida al riesgo de complicaciones perinatales (de 63 meses con una fecundidad de siete hijos a 18 meses con una fecundidad de dos);
- b) una elevada fecundidad está relacionada con la mayor ocurrencia de embarazos en las edades extremas del periodo reproductivo. El embarazo en mujeres muy jóvenes —menores de 20 años de edad— y entre las mayores de 35 años presenta una mayor probabilidad de muerte neonatal y perinatal; y
- c) una fecundidad elevada acorta el tiempo de espaciamiento entre los nacimientos, lo que se traduce en un menor periodo de recuperación física de la madre entre parto y parto, y una mayor competencia entre hermanos por los recursos del hogar para su crianza (lactancia, alimentos, atención médica y tiempo de los padres).

Además de sus vínculos con la salud, la fecundidad también es una expresión del grado en que las mujeres y sus parejas ejercen sus derechos reproductivos. El embarazo premarital y en la adolescencia, así como la mayor fecundidad de los grupos en condiciones de pobreza y marginación, son en gran medida resultado de la falta de recursos (económicos, sociales, culturales) y del poder que se requiere para tomar decisiones de manera libre, informada y responsable sobre la sexualidad y la reproducción.

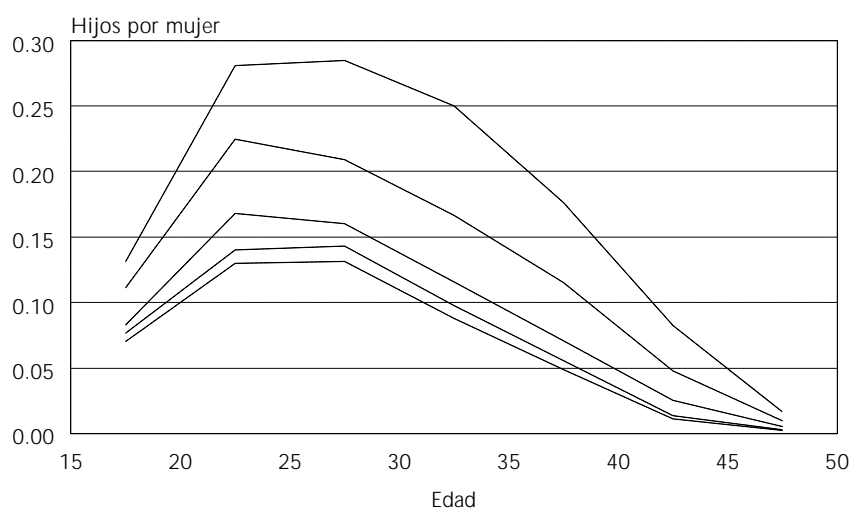
El cambio en el nivel y la estructura por edad de la fecundidad

La numerosa descendencia que caracterizaba los patrones reproductivos de mediados de la década de los sesenta y principios de la de los setenta, originaba que las mujeres procrearan hijos(as) durante buena parte de su periodo fértil. El descenso de la fecundidad significó una reducción del tiempo que las mujeres dedican a la crianza de sus hijos(as): con una descendencia de siete hijos(as) las mujeres destinaban, en promedio, 25 años de su vida a la crianza de sus hijos(as), desde el momento en el que nacía su primogénito(a) hasta que el último cumplía seis años de edad, en lugar de los poco más de diez años que dedican con una fecundidad menor a tres hijos.

En la gráfica 2, se advierte que la disminución de la fecundidad se ha dado en todos los grupos de edades. Sin embargo, en los primeros años de la transición de la fecundidad, el descenso fue más rápido en los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años de edad, que en los grupos jóvenes, con una clara tendencia al rejuvenecimiento del perfil etéreo. Entre 1982 y 1992 la fecundidad del grupo de 20 a 24 años era la más elevada. Entre 1992 y 1997, continuó el descenso de la fecundidad en todos los grupos de edades, aunque en el de 20 a 24 fue más acentuado. En este grupo la fecundidad de las mujeres se redujo de 168 nacimientos por mil

mujeres a 140 por mil entre un año y otro. Por lo anterior, la contribución del grupo 20-24 a la tasa global de fecundidad pasó de 27.1 por ciento en 1992 a 25.9 por ciento en 1997, siendo el grupo de 25 a 29 años el de mayor fecundidad, lo que sugiere que el patrón reproductivo está cambiando hacia una posposición del nacimiento del primer hijo(a) y un mayor espaciamiento de la prole. Se ha estimado que entre 1974 y 1999, la edad media de las mujeres al nacimiento de su primer hijo aumentó casi cuatro años, al pasar de 19.8 a 23.8 entre 1974 y 1999. Asimismo, se ha producido un mayor espaciamiento de los nacimientos, lo que se manifiesta en el incremento del número promedio de años que transcurren entre dos partos consecutivos, de 4.1 a 5.7 en el mismo periodo.⁹

Gráfica 2.
Tasas de fecundidad por edad para años seleccionados, 1974-2000

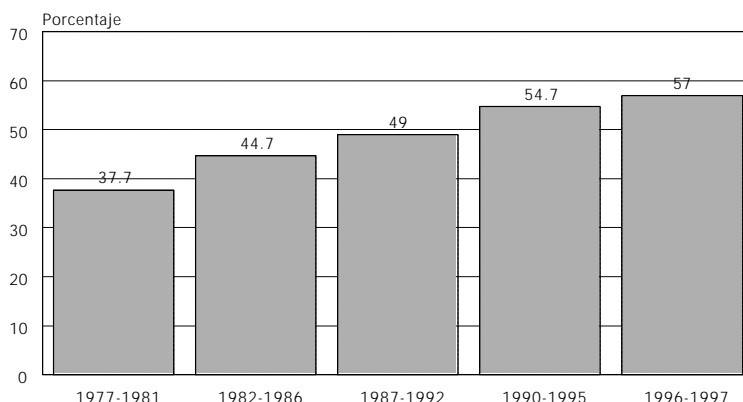


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Debido a todos estos cambios ocurridos durante el último cuarto del siglo (reducción de la fecundidad, ampliación del periodo de tiempo que las parejas dejan pasar entre un hijo y otro, y disminución de la fecundidad en las edades extremas), los patrones reproductivos han sido cada vez más favorables a la salud. En el quinquenio 1977-1981, cerca de cuatro de cada diez nacimientos podían clasificarse como favorables, debido a que eran hijos de mujeres de 20 a 34 años de edad, primogénitos o nacimientos subsecuentes no demasiado próximos entre sí, ni de orden muy elevado para la edad de la madre. Para el periodo 1996-1997, los nacimientos con estas características representaron cerca de 60 por ciento, lo que significa un incremento de 20 puntos porcentuales en dicho periodo (véase gráfica 3).

⁹ Partida, Virgilio y Constanza Rodríguez, "La revolución silenciosa: el descenso de la fecundidad en México" en *La Situación Demográfica de México, 1999*, CONAPO, pp.29-30.

Gráfica 3.
Porcentaje de hijos nacidos vivos que tuvieron un patrón reproductivo favorable,* según periodo de nacimiento, 1977 - 1997



* Corresponden a primogénitos y subsecuentes bien espaciados con velocidades reproductivas lentas y medias de mujeres de 20 a 34 años de edad.
 Fuente: 1977-1986 Bobadilla J. et al. "Family Formation Patterns and Child Mortality in Mexico" En: IRD.ISP Demographic and Health Surveys Further Analysis Series, Number 5. 1990.
 1987-1992. Zubieta B. y R. Aparicio. " Efecto de los patrones reproductivos en la mortalidad neonatal "En: Hernández B y C. Menkes, coord: La población de México al final del siglo xx.
 1990-1997. Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Diferencias socioeconómicas de la fecundidad

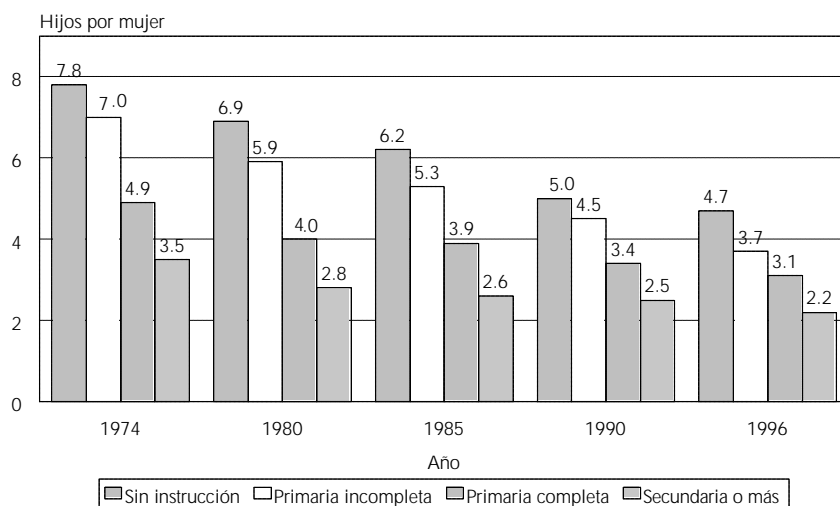
A pesar de que el descenso de la fecundidad se ha generalizado a lo largo del territorio, este proceso no ha ocurrido de manera simultánea, ni con el mismo impulso en las distintas regiones, entidades, clases sociales y grupos étnicos del país.

En 1996, la fecundidad de las mujeres sin instrucción duplicaba a la que registraban las mujeres con al menos un año aprobado de educación secundaria (4.7 hijos(as) frente a 2.2). Aunque esta diferencia es muy acentuada, cabe señalar que en 1974 la diferencia entre ellas era de más de cuatro hijos(as) (véase gráfica 4).

La fecundidad de las mujeres que residen en las áreas rurales ha sido tradicionalmente mayor a la de las que residen en contextos urbanos.¹⁰ Sin embargo, en la gráfica 5 se advierte una clara convergencia en las tasas globales de fecundidad a partir de 1980. En 1996, la distancia que las separaba era de 1.2 hijos(as), mientras que dieciséis años antes era de 2.8 hijos(as) (véase gráfica 5).

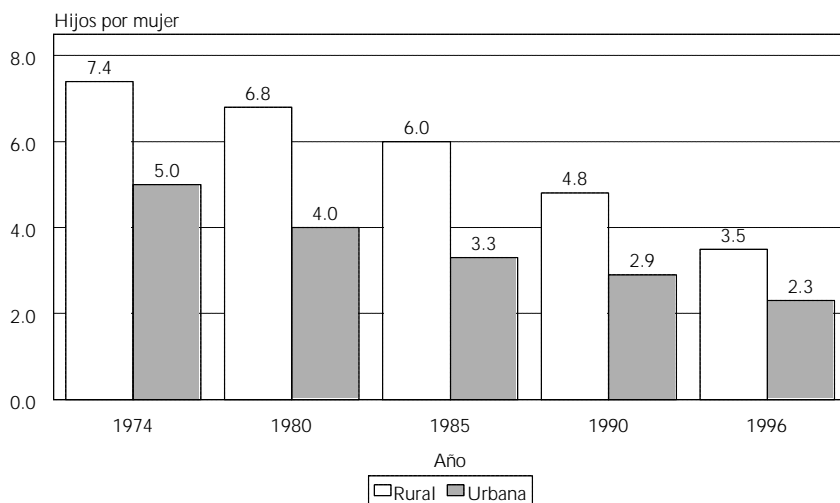
¹⁰ Se consideran localidades rurales a las comunidades con menos de 2 500 habitantes y urbanas aquellas donde residen 2 500 personas o más.

Gráfica 4.
Tasa global de fecundidad según nivel educativo, 1974-1996



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

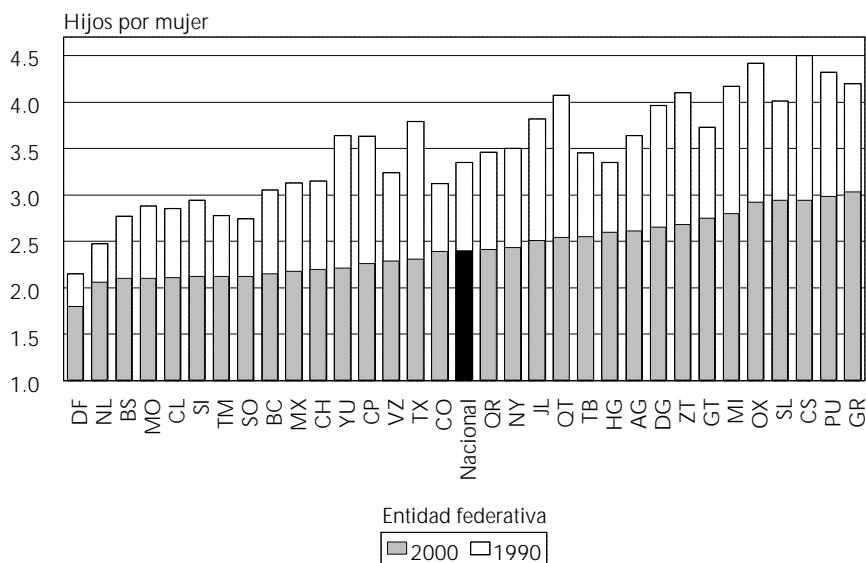
Gráfica 5.
Tasa global de fecundidad rural y urbana, 1974-1996



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Actualmente, Guerrero y Puebla son las entidades federativas con la mayor TGF (3 hijos por mujer), seguidas por Chiapas, San Luis Potosí y Oaxaca (2.9 hijos, en cada caso). El Distrito Federal sigue siendo la entidad que presenta la menor fecundidad del país (1.8 hijos), seguido por Nuevo León, Baja California Sur, Morelos, Colima, Sinaloa, Tamaulipas y Sonora, donde se estima que cada mujer tendría al final de su vida reproductiva 2.1 hijos (es decir un nivel de reemplazo intergeneracional). Las estimaciones para el año 2000 indican que la brecha entre las entidades federativas continúa acortándose, de tal manera que la distancia que separa a Chiapas, el estado con la mayor TGF en 1990, del Distrito Federal, la entidad con la menor fecundidad, se ha reducido de 2.3 a 1.1 hijos(as) en ese periodo (véase gráfica 6).

Gráfica 6.
Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 1990 y 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

2 Inicio de la vida reproductiva

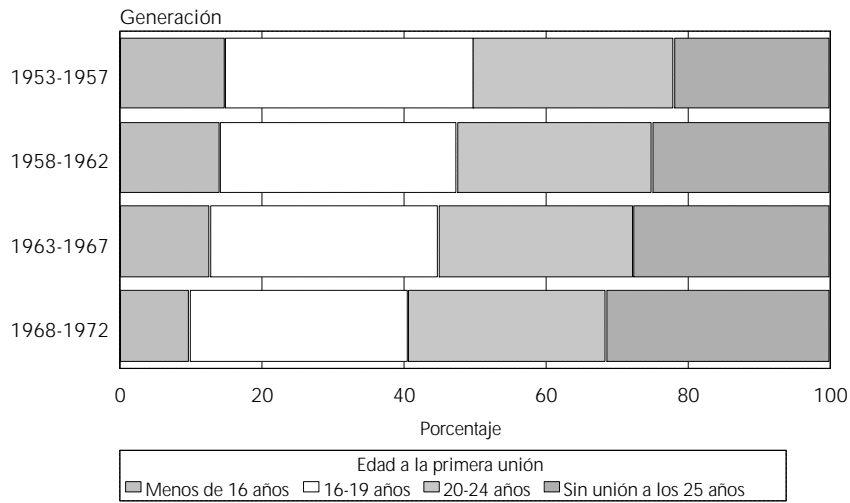
Edad a la primera unión

La edad a la primera unión generalmente señala el tránsito de la adolescencia a la edad adulta y coincide o está cercana al momento de tener el primer hijo. El aumento de la edad al matrimonio puede incidir de manera significativa en la salud reproductiva por varias razones. Por un lado, contribuye a posponer la edad al nacimiento del primer hijo, reduciendo el riesgo de un embarazo en mujeres que todavía no han alcanzado plena madurez fisiológica. Por otro, la unión a edades tempranas se asocia a menores oportunidades de desarrollo para las mujeres y a relaciones asimétricas de género e intergeneracionales que limitan su participación en las decisiones de su sexualidad y reproducción. Finalmente, el inicio del matrimonio a temprana edad se relaciona con patrones reproductivos de poco espaciamiento entre los hijos y una descendencia más numerosa al final de la vida reproductiva.

Los estudios recientes de los patrones de nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión. El análisis del comportamiento de mujeres de diversas generaciones indica que el inicio de la vida en pareja en México se ha postergado alrededor de un año: la edad mediana a la primera unión de las mujeres nacidas entre 1953-1962 fue de 20.2 años; para la cohorte nacida entre 1963-1967 este valor ascendió a 20.8; y para la generación 1968-1972 fue de 21.3 años.

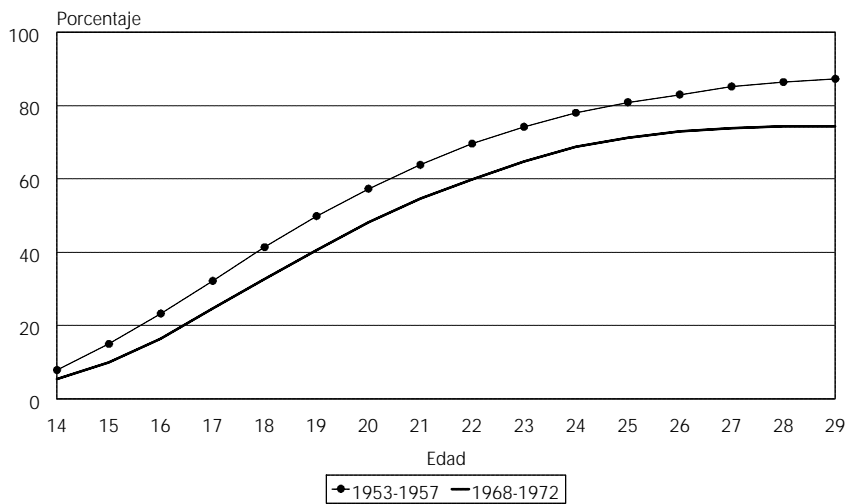
Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae sus primeras nupcias a edades tempranas en las generaciones más jóvenes: mientras que cinco de cada diez mujeres (49.8%) nacidas entre 1953 y 1957 se unieron antes de los 20 años, esta misma proporción se redujo a cuatro de cada diez (40.5%) entre las mujeres de la generación 1968-1972. Por otro lado, el inicio de la vida marital ocurre principalmente entre los 16 y 19 años: mientras que alrededor de una de cada tres mujeres de las generaciones 1953-1957, 1958-1962 y 1963-1967 se unió en esas edades, esta proporción se redujo ligeramente a tres de cada diez mujeres de la cohorte 1968-1972. Sin embargo, se observa una reducción gradual en la proporción de mujeres que se unen antes de los 16 años de edad, de tal manera que entre las generaciones extremas este valor ascendió a 14.9 y 9.9 por ciento, respectivamente (véanse gráficas 7 y 8).

Gráfica 7.
Distribución porcentual de las mujeres
según edad a la primera unión o matrimonio, por generación, 1997



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

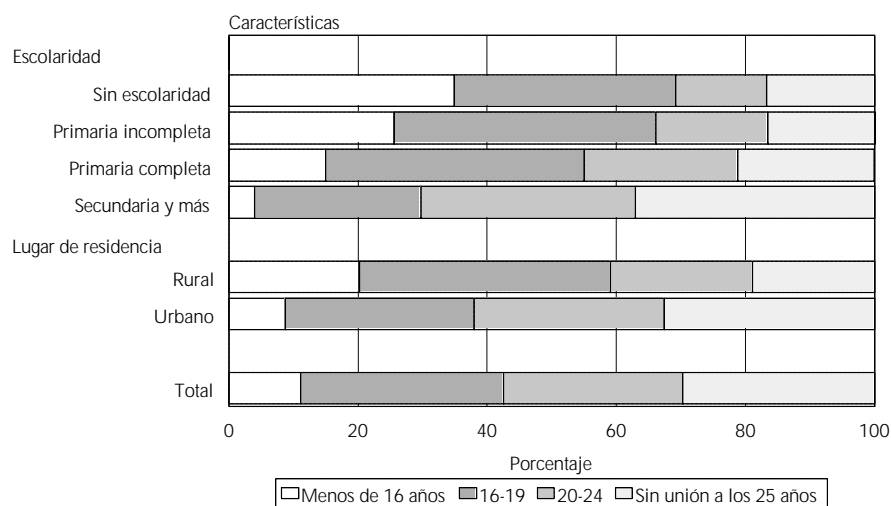
Gráfica 8.
Proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957
y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Este hecho se ilustra con el comportamiento de la cohorte de mujeres nacidas entre 1963 y 1972, que en 1997 tenían entre 25 y 29 años de edad. De las mujeres de esta generación que residían en localidades urbanas, sólo 38 por ciento se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades rurales el valor ascendió a 59.1 por ciento (véase gráfica 9). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo con el nivel educativo de la mujer las diferencias se agudizan: poco menos de tres de cada diez mujeres (29.7%) con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad; mientras que entre las mujeres sin escolaridad el valor ascendió a cerca de siete de cada diez mujeres (69.2%).

Gráfica 9.
Distribución porcentual de las mujeres
según edad a la primera unión o matrimonio,
por escolaridad y lugar de residencia (generación 1963-1972), 1997



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

El análisis por entidad federativa da cuenta de la heterogeneidad en el comportamiento de las pautas de nupcialidad. Sin embargo, un hallazgo relevante es el hecho de que en todos los estados se esté retrasando la edad al matrimonio. Asimismo, prevalece el hecho de que las entidades más rezagadas, como Guerrero, Oaxaca y Chiapas presentan patrones de nupcialidad más tempranas, mientras que las entidades de mayor desarrollo relativo, como Jalisco, Nuevo León o Distrito Federal, presentan un patrón de nupcialidad más tardío (véase cuadro 1).

Cuadro 1.
Porcentaje de las mujeres nacidas entre 1953-1957
y entre 1968-1972 que se unieron antes de edades específicas por entidad federativa

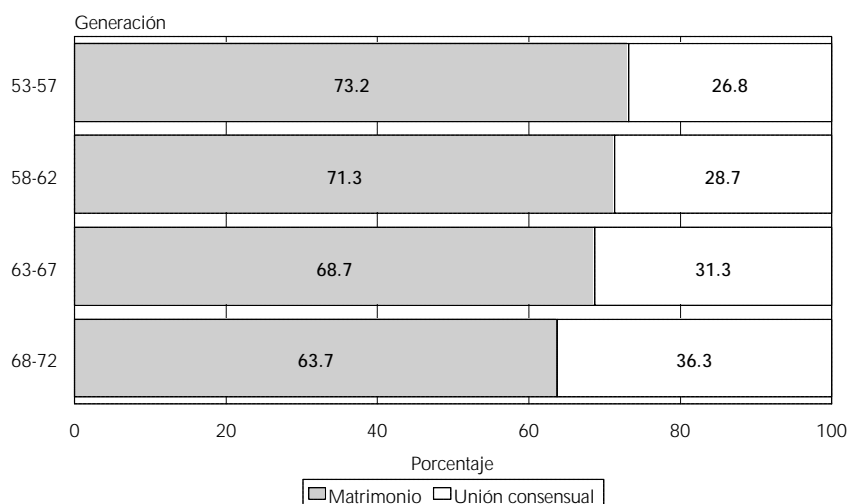
Entidad federativa	Generación 1968-1972			Generación 1953-1957		
	Primera unión antes de los 16 años	20 años	25 años	Primera unión antes de los 16 años	20 años	25 años
Nacional	9.9	40.5	68.7	14.9	49.8	78.0
Aguascalientes	5.8	33.7	66.6	8.6	45.2	78.0
Baja California	9.6	40.4	72.2	13.2	48.0	79.7
Baja California Sur	8.7	47.4	70.4	10.8	48.2	77.0
Campeche	13.3	53.3	77.8	18.1	61.1	87.0
Coahuila	8.5	48.5	76.4	14.7	53.1	79.6
Colima	11.0	38.8	71.2	13.3	45.8	73.9
Chiapas	23.4	61.9	81.5	24.3	62.7	84.0
Chihuahua	9.9	44.4	72.6	10.3	49.2	77.0
DF	2.7	25.3	55.0	11.4	40.6	68.4
Durango	9.9	45.2	71.9	14.9	53.9	83.1
Guanajuato	7.4	36.4	67.3	8.8	44.4	69.4
Guerrero	21.2	56.8	78.5	26.4	61.7	81.3
Hidalgo	11.9	46.5	72.5	22.7	54.8	79.0
Jalisco	5.4	34.0	62.9	9.1	37.6	71.5
México	7.3	36.4	64.4	13.9	49.3	82.4
Michoacán	12.2	39.6	67.4	15.6	53.3	79.0
Morelos	11.3	42.7	71.4	20.1	57.8	79.8
Nayarit	14.5	49.8	75.9	18.2	56.8	81.6
Nuevo León	7.7	32.9	68.0	10.7	40.8	72.0
Oaxaca	17.6	56.7	75.8	25.5	54.9	80.7
Puebla	12.3	46.1	70.4	13.2	55.9	79.8
Querétaro	7.1	37.4	68.8	12.4	44.3	74.8
Quintana Roo	12.7	49.8	78.7	18.5	60.4	81.9
San Luis Potosí	14.0	44.5	72.2	16.1	51.0	79.6
Sinaloa	12.6	46.4	85.1	17.5	59.1	84.9
Sonora	7.6	39.3	67.7	16.3	53.2	82.3
Tabasco	19.1	50.3	75.9	26.2	59.2	85.3
Tamaulipas	6.5	39.2	70.4	12.3	51.7	80.3
Tlaxcala	10.8	47.6	74.5	17.8	54.0	81.0
Veracruz	13.7	42.2	68.3	16.4	50.9	82.1
Yucatán	9.2	40.5	70.3	15.2	54.6	84.1
Zacatecas	8.5	43.3	73.0	17.5	55.6	79.3

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

Tipo de primera unión

En el país es cada vez más frecuente que se inicie la vida en pareja a través de una unión de tipo consensual, las cuales, según diversos estudios, son más propensas a la ruptura que los matrimonios (civiles o religiosos). Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observó que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 10). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, más de una de cada cuatro (26.8%) inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 la proporción aumentó a poco más de una de cada tres (36.3%).

Gráfica 10.
Distribución porcentual de las mujeres
que se unieron o casaron antes de cumplir 25 años de edad
según tipo de primera unión, por generación, 1997

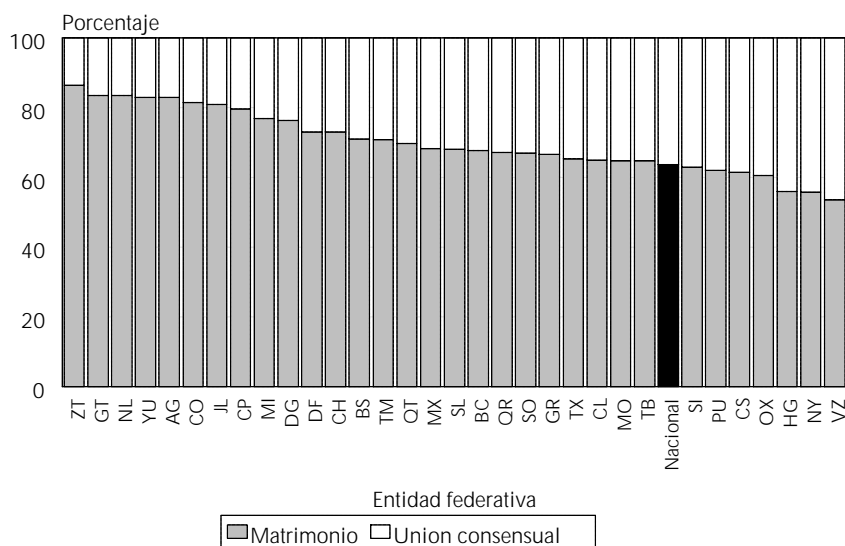


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Al analizar la distribución porcentual por entidad federativa del tipo de primera unión de las mujeres unidas antes de los 25 años y pertenecientes a la cohorte 1968-1972, se observaron brechas significativas entre los estados (véase gráfica 11). Mientras que en Veracruz cerca de cinco de cada diez mujeres (46.4%) se unieron consensualmente, en Zacatecas la proporción se redujo a poco más de una de cada ocho (13.6%).

De las 25 entidades federativas que presentan un porcentaje de unión consensual menor que el nacional destacan, después de Zacatecas y Guanajuato (donde este porcentaje es de 13.6% y de 16.4%, respectivamente), Nuevo León (16.5%), Yucatán (17%) y Aguascalientes (17.1%). Por otro lado, siete entidades federativas presentan una alta proporción de uniones consensuales. Después de Veracruz, le siguen Nayarit (44.2%), Hidalgo (44.1%), Oaxaca (39.5%), Chiapas (38.6%), Puebla (38%) y Sinaloa (37.1%).

Gráfica 11.
Distribución porcentual de las mujeres
que se unieron o casaron antes de cumplir los 25 años de edad
según tipo de primera unión, por entidad federativa (generación 1968-1972)



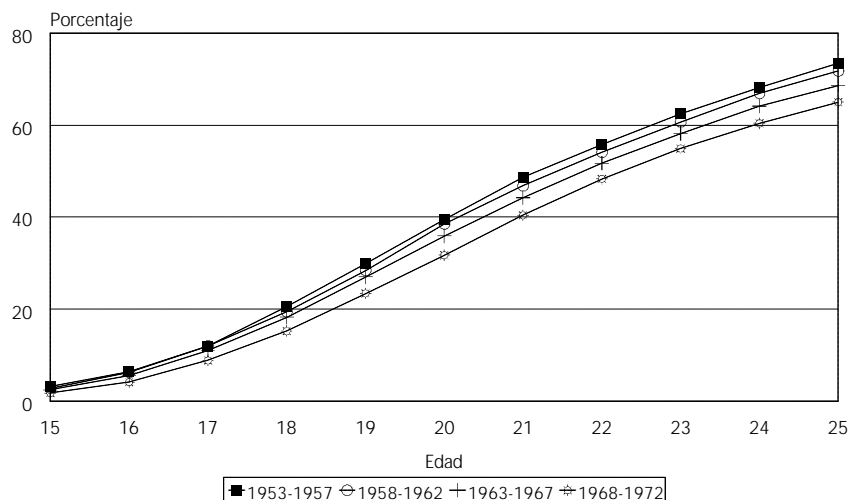
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca la transición a la edad adulta. En México se han registrado cambios graduales en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de tener al primer hijo(a) antes de los 25 años según generación de nacimiento de la mujer (véase gráfica 12). En la cohorte 1953-1957, 73.4 por ciento de las mujeres ya había iniciado esta transición del curso de vida antes de esa edad, mientras que esta proporción se redujo a 65 por ciento entre las mujeres nacidas entre 1968 y 1972.

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años también comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: cerca de cuatro de cada diez mujeres (39.5%) nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que poco más de tres de cada diez mujeres (31.7%) de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes poco menos de una de cada seis (15.2%) tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

Gráfica 12 .
Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a)
antes de cumplir edades específicas, por generación



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

En todas las entidades federativas se ha reducido entre las mujeres de las generaciones extremas la probabilidad de transitar hacia la maternidad antes de cumplir 20 años de edad. Sin embargo, la intensidad de la reducción varía considerablemente de una entidad a otra (véase cuadro 2). En trece entidades federativas, esta probabilidad fue, para las generaciones nacidas en el periodo 1968 y 1972, menor en más de 20 por ciento que la de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957. De ellas, destacan siete cuyo descenso fue mayor a 25 por ciento: Sinaloa (37.2%), Distrito Federal (35.3%), Sonora (32.8%), Quintana Roo (29.4%), México (28.8%), Yucatán (27.1%) y Aguascalientes (26.4%). En contraste, destacan seis entidades en las que la propensión al embarazo adolescente casi no sufrió cambios entre las generaciones analizadas, con descensos menores a 10 por ciento: Querétaro (1.8%), Chihuahua (4.8%), Oaxaca (5.1%), Chiapas (5.9%), Campeche (9.3%) y Nayarit (9.7%) (véase cuadro 2).

La desigual intensidad del cambio en la probabilidad de experimentar un embarazo adolescente ha favorecido un incremento en la brecha que separa a las entidades federativas. Los dos estados que presentan los valores extremos son el Distrito federal y Chiapas. En el primero de ellos, poco menos de una de cada cinco mujeres, que integran las generaciones más jóvenes inicia la maternidad antes de cumplir 20 años de edad, mientras que en el segundo esta proporción es de casi una de cada dos (49.5%). El valor del Distrito Federal es inferior en más de 60 por ciento que el valor de Chiapas, diferencia que en las generaciones más viejas era de 30 por ciento. Lamentablemente, los estados que más lentamente han disminuido la probabilidad de que se inicie la maternidad durante la adolescencia se encuentran mayoritariamente entre los que presentaban los valores más altos en las generaciones anteriores.

Cuadro 2.
Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a)
antes de cumplir 18, 20 y 25 años de edad de las mujeres nacidas
entre 1953-1957 y entre 1968-1972, según entidad federativa

Entidad federativa	Generación 1968-1972			Generación 1953-1957		
	18 años	20 años	25 años	18 años	20 años	25 años
Nacional	15.2	31.7	65.0	20.5	39.5	73.4
Aguascalientes	10.7	25.9	63.7	15.0	35.2	72.8
Baja California	17.0	30.8	68.4	19.7	39.1	69.5
Baja California Sur	18.4	33.3	69.2	14.8	40.6	72.3
Campeche	17.4	39.9	72.1	23.2	44.0	78.5
Coahuila	14.7	35.8	73.9	23.2	44.8	76.5
Colima	16.3	32.0	67.9	16.1	37.7	71.5
Chiapas	28.0	49.5	76.9	30.1	52.6	78.3
Chihuahua	16.5	35.4	73.4	18.7	37.2	73.0
Distrito Federal	7.6	19.4	51.6	13.7	30.0	62.6
Durango	14.0	34.8	72.4	21.9	43.2	79.2
Guanajuato	14.0	30.4	62.2	14.6	34.4	67.8
Guerrero	27.4	44.7	75.9	28.7	51.2	74.4
Hidalgo	19.7	41.3	71.8	28.2	50.0	81.2
Jalisco	10.4	25.0	60.4	16.6	31.7	69.0
México	12.8	28.4	61.4	21.2	39.9	79.2
Michoacán	18.6	34.9	65.2	23.6	42.5	77.0
Morelos	16.3	33.5	66.2	26.7	44.2	73.9
Nayarit	23.0	42.6	73.7	24.8	47.2	79.3
Nuevo León	10.4	25.4	59.6	15.7	30.6	62.7
Oaxaca	25.2	42.6	74.8	27.8	44.9	74.5
Puebla	18.2	35.2	68.8	19.9	41.9	74.7
Querétaro	14.4	32.3	63.6	18.4	32.9	72.3
Quintana Roo	16.7	34.4	72.5	29.2	48.7	76.0
San Luis Potosí	19.9	37.7	69.2	22.1	42.1	77.9
Sinaloa	15.0	31.1	75.8	24.5	49.5	80.0
Sonora	14.5	30.3	66.9	23.7	45.1	77.8
Tabasco	24.9	40.5	69.3	26.7	47.7	76.5
Tamaulipas	13.2	28.6	62.4	18.9	37.5	72.3
Tlaxcala	19.3	38.4	73.0	23.2	45.5	79.7
Veracruz	14.9	33.7	63.9	19.0	37.9	77.2
Yucatán	14.7	30.7	62.4	20.5	42.1	77.1
Zacatecas	14.9	34.0	66.5	23.3	43.1	74.6

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

Cabe destacar que, en el ámbito nacional, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años de edad entre las cohortes de mujeres nacidas en el periodo 1968-1972 es similar a la que registraban las cohortes nacidas en el periodo 1953-1957 en el Distrito Federal y Jalisco, lo que sugiere un retraso del promedio nacional de alrededor de quince años respecto a estas entidades. En 18 entidades este rezago es aun mayor, ya que presentan pro-

babilidades superiores a una de cada tres mujeres, y en seis de ellas es superior a 40 por ciento (Campeche, Tabasco, Nayarit, Oaxaca, Guerrero y Chiapas).

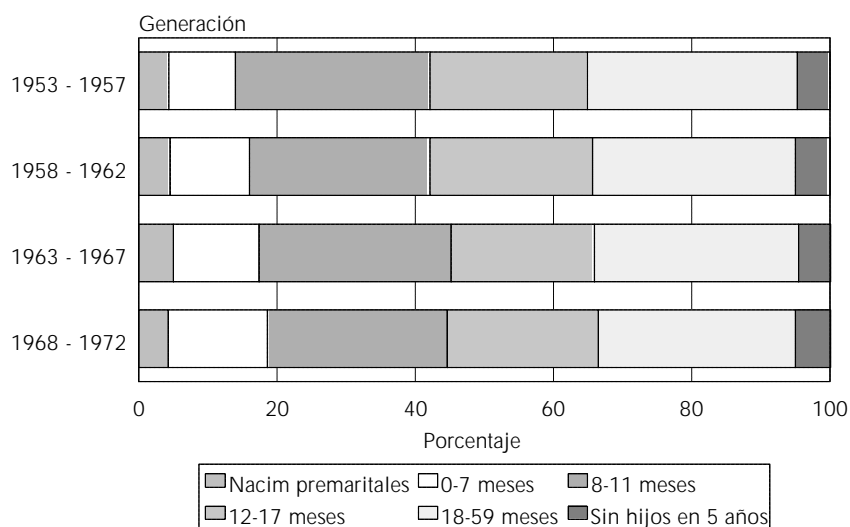
La iniciación temprana de la maternidad tiene múltiples repercusiones negativas tanto para los individuos y sus trayectorias de vida, como para la sociedad en su conjunto. El embarazo en la adolescencia temprana está asociado a un mayor riesgo para la salud de la madre y de su descendencia. Asimismo, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer. En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos(as). Asimismo, los patrones de fecundidad temprana agudizan los efectos de corto y mediano plazos de la inercia demográfica y favorecen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Intervalo protogenésico

El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), es decir, el intervalo protogenésico, permite caracterizar una dimensión relevante de los patrones reproductivos. El análisis de este intervalo muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo a su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de haberse iniciado la unión o matrimonio. Sin embargo, cerca de tres de cada diez mujeres (28.5%) de la generación más reciente tuvo a su primer hijo(a) entre los 18 y los 59 meses después de la unión, lo cual sugiere que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) está empezando a extenderse entre la población mexicana (véase gráfica 13). Esta aparente falta de interés por postergar el nacimiento del primogénito(a) puede ser resultado del predo-

Gráfica 13.

Distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración de su intervalo protogenésico, según generación, 1997 (Mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



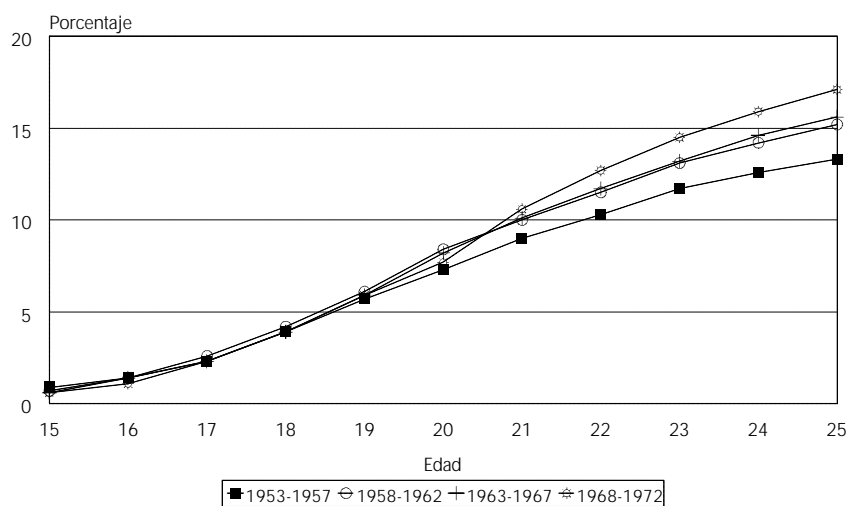
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

minio de actitudes y valores favorables a la procreación inmediata, o bien a que muchas parejas se unen cuando ya ha ocurrido el embarazo y no tienen la oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

En México, las mujeres unidas de las generaciones más jóvenes tienden a presentar una proporción ligeramente mayor de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente la cifra asciende a 18.6 por ciento, mientras que en la generación más antigua es de 14 por ciento. Los datos disponibles sugieren que las concepciones dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio están aumentando, al pasar de 9.7 a 14.4 por ciento entre las generaciones extremas.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 14). En México se ha producido un aumento en la proporción de mujeres que se embarazan de su primogénito(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad aumentó de 13.3 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 17.1 por ciento para las mujeres de la generación más reciente.

Gráfica 14 .
Probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital
antes de cumplir edades específicas, por generación

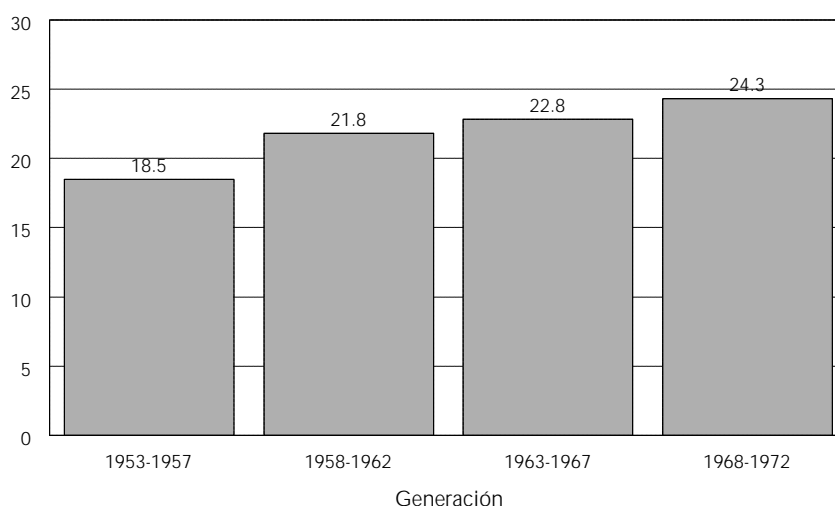


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Por otro lado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años se ha mantenido en alrededor de una de cada trece o doce mujeres de las diferentes generaciones bajo observación. Sin embargo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia tiende a ser mayor entre las mujeres de gene-

raciones más recientes: 18.5 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, en tanto que esta relación aumentó a 24.3 por ciento para las mujeres de la generación 1968-1972¹¹ (véase gráfica 15).

Gráfica 15.
Peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) antes de los 20 años, según generación



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

La probabilidad de que las mujeres inicien el embarazo de su primer hijo antes de cumplir 25 años de edad siendo solteras ha aumentado entre las integrantes de las cohortes más recientes en 28 de las 32 entidades federativas del país. En siete estados (Coahuila, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala), al menos una de cada cinco mujeres que integran la generación nacida entre 1968-1972 experimentó tempranamente esa transición, mientras que entre las mujeres de la generación 1953-1957 sólo fue registrado un valor semejante en el estado de Tlaxcala (véase cuadro 3).

La probabilidad de cursar un embarazo premarital durante la adolescencia se incrementó entre cohortes extremas en 19 entidades federativas del país, siendo este aumento particularmente significativo (con incrementos superiores a 40 por ciento) en los siguientes cinco estados: Chihuahua, Distrito Federal, Michoacán, Oaxaca y Veracruz.

¹¹ El peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) antes de cumplir una edad específica se obtiene al dividir la probabilidad de tener un embarazo premarital (gráfica 14) entre la probabilidad de tener el primer hijo(a) (gráfica 12).

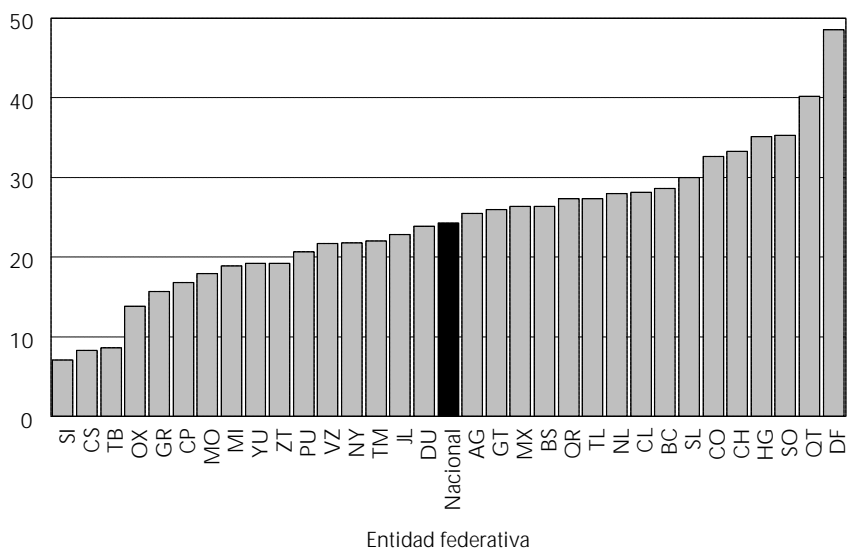
Cuadro 3.
Probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital
antes de cumplir 20 y 25 años de edad de las mujeres nacidas
entre 1953-1957 y entre 1968-1972, según entidad federativa

Entidad federativa	Generación 1968-1972		Generación 1953-1957	
	20 años	25 años	20 años	25 años
Aguascalientes	6.6	14.8	7.5	14.3
Baja California	8.8	18.3	9.8	11.0
Baja California Sur	8.8	19.2	10.0	15.7
Campeche	6.7	13.2	5.2	9.1
Coahuila	11.7	21.3	13.4	19.7
Colima	9.0	17.4	9.1	14.5
Chiapas	4.1	5.9	3.3	3.8
Chihuahua	11.8	22.5	8.3	17.1
Distrito Federal	9.4	23.7	6.3	13.5
Durango	8.3	19.0	9.8	16.1
Guanajuato	7.9	14.5	6.2	9.7
Guerrero	7.0	11.8	5.9	9.5
Hidalgo	14.5	25.9	10.5	18.4
Jalisco	5.7	16.6	7.1	16.8
México	7.5	19.3	11.1	19.3
Michoacán	6.6	10.6	4.7	8.9
Morelos	6.0	14.4	9.2	15.9
Nayarit	9.3	14.6	8.0	13.0
Nuevo León	7.1	18.1	5.8	11.4
Oaxaca	5.9	13.7	3.8	7.2
Puebla	7.3	16.0	7.2	13.4
Querétaro	13.0	23.3	9.8	15.1
Quintana Roo	9.4	15.3	7.2	12.0
San Luis Potosí	11.3	21.2	10.3	16.0
Sinaloa	2.2	6.3	4.2	6.5
Sonora	10.7	19.2	9.0	15.4
Tabasco	3.5	7.0	4.3	7.1
Tamaulipas	6.3	15.7	6.9	12.2
Tlaxcala	10.5	22.4	12.1	21.2
Veracruz	7.3	16.4	3.7	11.3
Yucatán	5.9	13.1	5.7	8.7
Zacatecas	6.1	13.9	4.6	9.2

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

Entre las entidades federativas y para la generación 1968-1972, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia muestra diferencias acentuadas. Mientras que en el Distrito Federal cerca de una de cada dos mujeres (48.5%) iniciaron esta transición del curso de vida antes de los veinte años de edad y estando solteras, en Sinaloa la proporción se redujo a una de cada catorce mujeres (véase gráfica 16). Con un alto porcentaje en este renglón destacan, después del Distrito Federal, Querétaro (40.2%), Sonora (35.3%), Hidalgo (35.1%), Chihuahua y Coahuila (con 33.3% y 32.6%, respectivamente). Diez estados más presentaron un porcentaje mayor al estimado para el conjunto del país, oscilando el mismo entre 30 por ciento (San Luis Potosí) y 25.5 por ciento (Aguascalientes). Las dieciséis entidades restantes se pueden clasificar en tres grupos: *a*) seis que registran una proporción mayor a 20 por ciento pero menor al estimado para el país, cuyos extremos son Puebla (20.7%) y Durango (23.9%); *b*) siete donde el rango oscila entre 13.8 por ciento (Oaxaca) y 19.2 por ciento (Zacatecas y Yucatán); y *c*) tres entidades donde esta proporción es menor a diez por ciento: Tabasco (8.6%), Chiapas (8.3%) y Sinaloa (7.1%).

Gráfica 16.
Peso de los embarazos premaritales
en la probabilidad de tener el primer hijo(a)
antes de los 20 años por entidad federativa (generación 1968-1972)



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

3 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo(a) y otro son algunos indicadores de las preferencias reproductivas de las personas. La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las obtienen de los grupos y redes sociales a los que pertenecen, de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías pre-valetientes, de su posición en la estructura social y de los medios de comunicación masiva. Dos indicadores para el análisis de las preferencias reproductivas que generalmente se indagan en las encuestas de fecundidad son el número ideal de hijos e hijas que las mujeres desearían tener en toda su vida y el deseo de tener o no más hijos o hijas.

Número ideal de hijos e hijas

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. El número ideal de hijos que en promedio declararon las mujeres unidas pasó de 4.5 en 1976 a 3.3 en 1987, y a 3.2 hijos en 1997.¹² Como se muestra en el cuadro 4, el tamaño ideal de familia se redujo sustancialmente —en más de un hijo— en todos los grupos de edades, así como en cualquier nivel de escolaridad y ámbito de residencia durante la primera década de operación de los programas públicos de planificación familiar. Sin embargo, este acelerado proceso de cambio en las preferencias reproductivas prácticamente se detuvo entre 1987 y 1997, por lo que sólo los grupos más rezagados registraron un ligero descenso en su tamaño ideal de familia (de 4.5 a 4.3 hijos en promedio entre las mujeres sin escolaridad y de cuatro a 3.8 entre las mujeres que residen en localidades rurales).

¹² Estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976, la Encuesta Nacional de Fecundidad y salud de 1987 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997.

Cuadro 4.
Promedio del número ideal de hijos e hijas de las mujeres unidas
en edad fértil, según características seleccionadas, 1976, 1987, y 1997

Características	1976	1987	1997
Total	4.5	3.3	3.2
Grupo de edad			
15-19	3.9	2.8	2.7
20-24	3.7	2.9	2.8
25-29	4.2	3.1	2.9
30-34	4.6	3.3	3.1
35-39	5.0	3.8	3.4
40-44	5.3	3.8	3.6
45-49	5.5	4.1	4.0
Escolaridad			
Sin escolaridad	5.3	4.5	4.3
Primaria incompleta	4.8	3.6	3.8
Primaria completa	3.9	3.1	3.3
Secundaria y más	3.4	2.7	2.7
Lugar de residencia			
Rural	5.0	4.0	3.8
Urbano	4.2	3.0	3.0
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	n.d.	n.d.	3.9
No habla	n.d.	n.d.	3.1

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; la ENFES, 1987; y la ENADID, 1997.

El número ideal de hijos declarado por las mujeres en edad fértil unidas del país es similar al de su paridad promedio, pero ligeramente mayor al de la fecundidad registrada en 1997 (2.7 hijos en promedio) (véase cuadro 5).

Entre las distintas generaciones se registran diferencias importantes en el número ideal de descendientes, de manera que a mayor edad, mayor también el número de hijos(as) deseados. Las mujeres con edades de entre 45 y 49 años declararon un ideal promedio de cuatro hijos(as), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias de entre dos y tres hijos(as) (2.7 en promedio). A partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada y la brecha entre los ideales reproductivos y la fecundidad real se hace más amplia conforme aumenta la edad.

La escolaridad alcanzada por las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 4.3 hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia de 2.7 hijos(as) en promedio. Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta reportaron un ideal de hijos(as) menor a la paridad alcanzada, en tanto que entre las mujeres de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.2	3.1
Grupo de edad		
15-19	2.7	0.8
20-24	2.8	1.5
25-29	2.9	2.2
30-34	3.1	3.0
35-39	3.4	3.7
40-44	3.6	4.4
45-49	4.0	5.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.3	5.3
Primaria incompleta	3.8	4.3
Primaria completa	3.3	3.1
Secundaria y más	2.7	2.1
Lugar de residencia		
Rural	3.8	3.9
Urbano	3.0	2.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	3.9	4.1
No habla	3.1	3.0

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.8 y tres, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena respecto a las que no lo hacen (3.9 y 3.1, respectivamente). Se observa, en todos los casos, que el número ideal de hijos e hijas es muy cercano a la descendencia alcanzada.

Alrededor de la mitad de las mujeres con dos y tres hijos(as) declaró un número ideal de familia igual a su paridad actual. Esta misma situación se presentó en poco más de dos quintas partes de las mujeres con cuatro y cinco hijos(as) o más. Cabe señalar que cerca de la mitad de las mujeres con dos hijos(as) (47.5%) desea una descendencia más numerosa que la que tiene, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (58.6%) el número citado como ideal es menor que la paridad alcanzada (véase cuadro 6). El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (34.2% y 29%, respectivamente). Cabe señalar que 1.4 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil declaró que su ideal era no tener descendencia.

Cuadro 6.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil
por número ideal de hijos e hijas, según paridad, 1997

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.4	4.5	34.2	29.0	17.3	13.6
0	1.8	10.0	49.6	26.8	8.4	3.5
1	0.7	9.8	51.0	28.7	6.6	3.2
2	1.0	3.0	48.6	29.6	13.5	4.4
3	1.4	3.7	17.4	48.8	19.2	9.5
4	1.4	2.4	23.7	12.5	44.3	15.8
5 y más	2.5	1.9	19.3	19.1	15.8	41.5

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

Ideales reproductivos en las entidades federativas

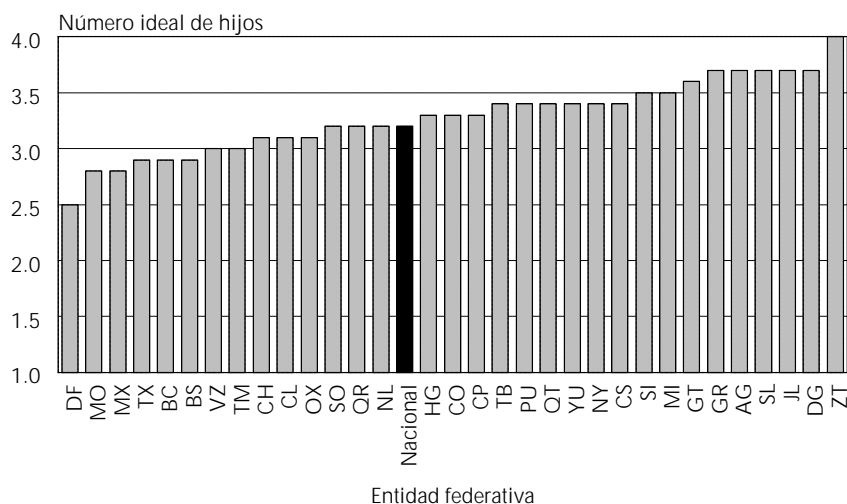
Aún cuando en la mayoría de las entidades federativas las mujeres unidas en edad fértil declararon en promedio un tamaño ideal de familia similar al nacional, la diferencia entre las del Distrito Federal, que presentan el promedio más bajo, y las de Zacatecas, que muestran el más alto, es de 1.5 hijos(as).

En el Distrito Federal, Morelos, estado de México, Tlaxcala, Baja California y Baja California Sur, las mujeres reportan un tamaño ideal de familia de menos de tres hijos(as), en tanto que en Guerrero, Aguascalientes, San Luis Potosí, Jalisco, Durango y Zacatecas, las mujeres declararon un promedio similar a las preferencias reproductivas de las mujeres del país a principios de la década de los ochenta (entre 3.7 y cuatro hijos e hijas) (véase gráfica 17).

Por encima del valor promedio nacional se encuentran 18 entidades federativas, la mayoría de alta fecundidad, mientras que tres estados (Nuevo León, Sonora y Quintana Roo) registraron un número ideal de hijos(as) igual al reportado a escala nacional (3.2) y las once restantes un valor por debajo del nacional. En relación a la tasa global de fecundidad, que es un indicador sensible a los cambios recientes de la fecundidad, el ideal de hijos declarado por las mujeres tiende a ser ligeramente mayor que la descendencia alcanzada. En el ámbito nacional la diferencia es de medio hijo en promedio (3.2 hijos como ideal contra 2.7 de la TGF).

La discrepancia entre los ideales y la conducta reproductiva llega a ser muy elevada en algunos estados, como es el caso de Sinaloa, Nuevo León, Sonora, Jalisco, Zacatecas y Yucatán. En ellas, el promedio del número ideal de hijos(as) fue mayor en más de una tercera parte a la TGF, diferencia que se traduce en un hijo más de los que se tendrían a lo largo de la vida fértil con los patrones reproductivos que prevalecen en esas entidades en la actualidad. Es muy probable que, en estos casos, los ideales continúen disminuyendo en los años por venir. Con excepción de Oaxaca, en el resto de las entidades federativas ocurre lo mismo, pero la discrepancia entre los ideales y la conducta es menor a un hijo. Oaxaca es el único estado del país que presentó una diferencia negativa (-4.7%), es decir, que la tasa global de fecundidad fue mayor que el promedio ideal de hijos(as) declarado (véanse gráficas 6 y 17).

Gráfica 17.
Promedio del número ideal de hijos e hijas
de las mujeres en edad fértil por entidad federativa, 1997



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

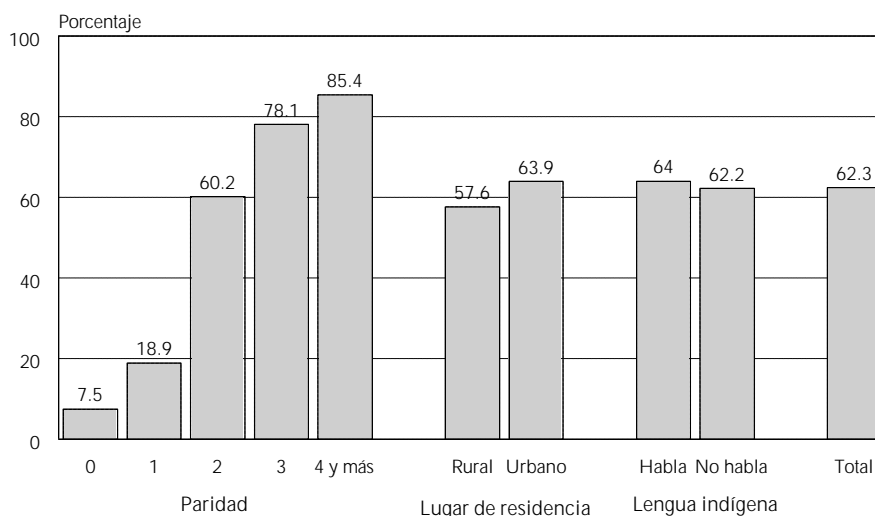
Deseo de más hijos o hijas

La gran mayoría de las mujeres unidas en edad fértil de México (62.3%) se encuentra en una situación de paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 18). Esta situación es mayor en el medio urbano que en el rural (63.9% y 57.6%, respectivamente) y ligeramente mayor entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (64%) en relación con las que no lo hacen (62.2%).

Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su gran mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido dos, sólo cuatro de cada diez manifiesta este deseo. En contraste, entre las mujeres con tres y cuatro hijos(as) o más, cerca de ocho y nueve de cada diez mujeres, en cada caso, no desea incrementar su paridad.

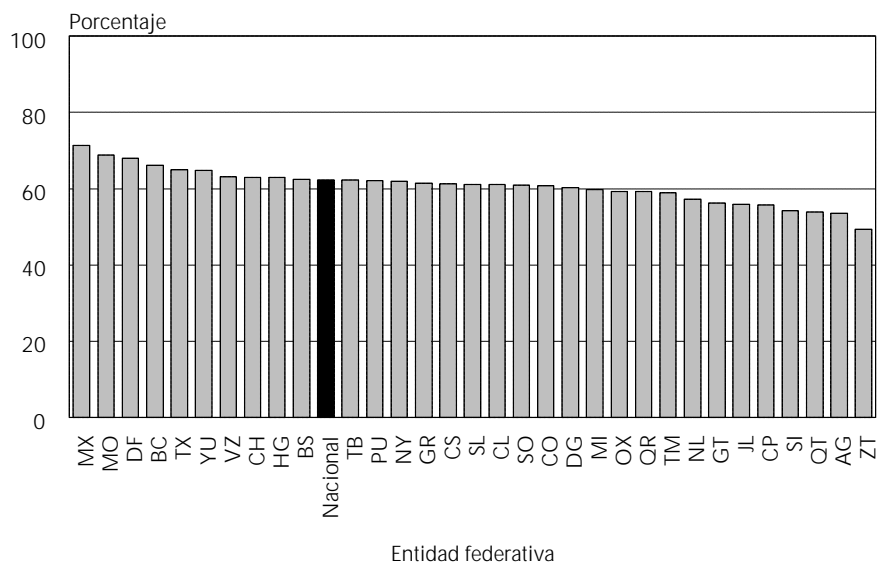
Con excepción de Zacatecas, más de 50 por ciento de las mujeres en todas las entidades federativas ya no desea tener más hijos. De hecho, la cifra asciende a más de 60 por ciento en 20 de las 32 entidades federativas. En la gráfica 19 se aprecia que la proporción de mujeres que expresaron su deseo de no ampliar su descendencia se situó en diez entidades federativas por encima de la estimada para el ámbito nacional, destacando en esa situación el estado de México, Morelos y el Distrito Federal, donde alrededor de 70 por ciento de las mujeres declaró estar satisfecha con la paridad alcanzada.

Gráfica 18.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
que no desea otro hijo(a) según paridad (incluye embarazo actual),
lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 1997



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

Gráfica 19.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas
que no desea otro hijo(a) por entidad federativa, 1997



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

4 Práctica anticonceptiva

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. En México, a raíz de la promulgación de la nueva Ley General de Población en 1974, se dio un acelerado proceso de difusión y utilización de la planificación familiar por parte de las parejas mexicanas. Con esta Ley, el Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos(as) tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para cristalizar sus preferencias reproductivas. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios de planificación familiar es gratuita en todas las instituciones del sector público.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

Uno de los requisitos indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuántos hijos(as) tener y cuándo tenerlos es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad, que dispongan de información suficiente acerca de cómo y dónde obtenerlos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo con sus preferencias y condiciones personales, y acerca de su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva.

Hasta 1970, el conocimiento de los métodos anticonceptivos era relativamente escaso y se concentraba entre los integrantes de los estratos más acomodados de las grandes ciudades. La difusión de la planificación familiar, a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación, facilitó que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendiera a todas las regiones del país, incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad. Así, se estima que alrededor de 44 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales conocía en 1969 al menos un método anticonceptivo¹³; en 1976 alcanzó cerca de 80 por ciento y se incrementó a 83.1 y 86.5 por ciento en 1987 y 1992, para situarse en 90 por ciento en 1997, reduciéndose la brecha que separaba a las mujeres del campo y la ciudad. En las áreas urbanas, ya desde 1976 se apreciaba un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos (95.8% en 1976 y 98.5% en 1997). En el ámbito nacional, el conocimiento de al menos un método anticonceptivo por parte de

¹³ Estimaciones con base en la encuesta PECFAL, Rural, en García B. "Anticoncepción en el México rural, 1969" en *Demografía y Economía*, Vol. x, Núm. 30, El Colegio de México, 1976.

las mujeres en edad fértil pasó de 89 por ciento en 1976 a 94.9 por ciento en 1992, y ascendió a 96.6 por ciento en 1997¹⁴ (véase cuadro 7).

Entre 1992 y 1997, todos los grupos de edad registraron incrementos en el conocimiento de métodos anticonceptivos, aunque cabe resaltar que éstos fueron mayores en el periodo 1976-1992. En ambos periodos, las mujeres adolescentes y las que estaban al final de su vida reproductiva fueron las que presentaron los aumentos porcentuales más significativos. Sin

Cuadro 7.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos
un método anticonceptivo, según características seleccionadas, 1976-1997

	1976	1987	1992	1997
Total	89.0	92.9	94.9	96.6
Grupos de Edad				
15-19	79.8	89.8	90.9	93.4
20-24	88.8	94.0	96.1	96.8
25-29	93.1	95.2	97.1	98.2
30-34	91.3	94.3	97.5	97.9
35-39	89.7	92.6	95.9	97.4
40-44	86.1	93.3	95.4	97.4
45-49	85.9	92.5	93.1	95.8
Paridad				
0	86.6	91.3	92.5	94.1
1	89.7	94.3	96.7	98.2
2	91.8	95.5	97.8	99.0
3	91.3	95.2	97.6	98.8
4 y más	88.6	92.4	94.7	96.5
Escolaridad				
Sin escolaridad	73.7	72.9	79.5	82.4
Primaria incompleta	88.9	90.3	92.7	93.8
Primaria completa	95.6	95.4	95.1	95.8
Secundaria y más	99.1	98.9	98.7	99.4
Lugar de residencia				
Rural	78.6	83.1	86.5	90.0
Urbano	95.8	96.4	97.7	98.5
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	n.d.	n.d.	n.d.	79.5
No habla	n.d.	n.d.	n.d.	97.8

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

¹⁴ Mojarro, Octavio y Zúñiga, Elena, "Veinticinco años de planificación familiar en México" en *La Situación Demográfica de México, 1999*, CONAPO, p. 204.

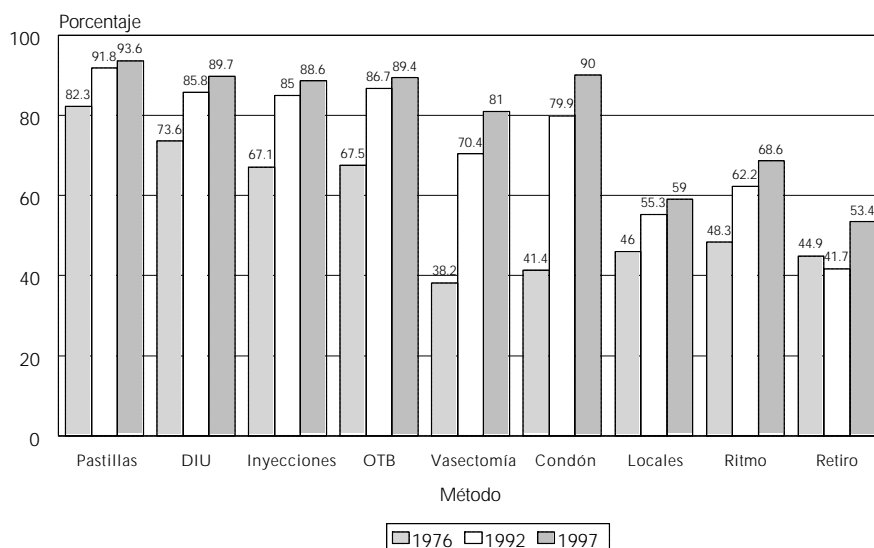
embargo, el grupo de 15-19 años continúa siendo el más rezagado en esta materia: en 1997, 6.6 por ciento no conocía medio alguno para regular su fecundidad. En el último año de referencia, los mayores niveles de conocimiento se registraron en el grupo de mujeres de 25 a 44 años (alrededor de 98%).

Entre 1976 y 1992 todas las mujeres, independientemente de su paridad, registraron incrementos entre seis y siete puntos porcentuales en el conocimiento de métodos anticonceptivos. Aunque con incrementos menos acentuados, una situación similar se presentó en el periodo 1992-1997. En este último periodo, los mayores niveles de conocimiento se registraron en los grupos de mujeres con uno, dos y tres hijos(as), en los cuales casi 100 por ciento conocía al menos un método anticonceptivo, mientras que en el de las mujeres sin hijos este porcentaje es menor (94.1%).

El rezago social y la pobreza condicionan en gran medida el conocimiento de métodos anticonceptivos. En 1997, los niveles más bajos de conocimiento se registraron entre las mujeres sin escolaridad (82.4%) y, particularmente, entre las que hablan alguna lengua indígena (79.5%). Cabe destacar que, entre 1976 y 1992, las mujeres sin escolaridad registraron un aumento de 5.8 puntos en el conocimiento de algún método, y de 2.9 puntos en el periodo 1992-1997, por lo que la brecha entre los grupos extremos de escolaridad se redujo gradualmente, al pasar de 25.4 puntos porcentuales en 1976 a 19.2 puntos en 1992, situándose en 17 puntos en 1997. Por otro lado, la brecha entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no lo hacen fue de 18.3 puntos porcentuales en 1997.

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en 1997 continuó siendo el más popular: mientras que en 1976, 82.3 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, este porcentaje se incrementó a 91.8 por ciento en 1992 y ascendió a 93.6 por ciento en 1997 (véase gráfica 20). Sin embargo, con el paso del tiempo el conocimiento de otros métodos modernos también

Gráfica 20.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer
la existencia de distintos métodos anticonceptivos, 1976, 1992 y 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

se generalizó, de manera tal que en 1997 alrededor de nueve de cada diez mujeres declaró conocer el dispositivo intrauterino (DIU) (89.7%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (89.4%), y la inyección (88.6%). Asimismo, el conocimiento de los métodos masculinos, que en 1976 eran identificados por sólo alrededor de 40 por ciento de las mujeres entrevistadas, en 1997 se incrementó a 90 por ciento en el caso del condón y a 81 por ciento en el caso de la vasectomía. El conocimiento de los métodos locales y los métodos naturales (ritmo y retiro) también aumentó en los periodos de referencia.

El bajo conocimiento de métodos de planificación familiar en el ámbito rural se refleja en todos los métodos anticonceptivos (véase cuadro 8). El único método que poco más de ocho de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fue la pastilla, siguiendo en orden de importancia la OTB, el DIU y la inyección, cuyo conocimiento fue reportado por poco menos de ocho de cada diez mujeres en edad fértil. En el caso de los métodos de uso directo del varón, tres cuartas partes (74.1%) de las mujeres rurales declaró conocer el condón y sólo seis de cada diez (61.8%) conocía la vasectomía. Para el resto de los métodos (naturales, locales y Norplant) los porcentajes de conocimiento fueron muy bajos, llegando a ser inferiores a 45 por ciento.

Cuadro 8.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la existencia de distintos métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1992 y 1997

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	91.8	81.4	95.2	93.6	84.7	96.2
DIU	85.8	70.5	90.8	89.7	78.3	93.0
Inyecciones	85.0	73.6	88.8	88.6	79.2	91.3
Norplant	6.4	2.3	7.8	14.8	7.5	16.9
OTB	86.7	73.9	90.9	89.4	79.4	92.3
Vasectomía	70.4	45.5	78.6	81.0	61.8	86.6
Condomes	79.9	54.6	88.3	90.0	74.1	94.6
Espermicidas	55.3	30.1	63.6	59.0	33.9	66.2
Ritmo	62.2	38.2	70.2	68.6	45.4	75.3
Retiro	41.7	23.1	47.9	53.4	34.3	59.0

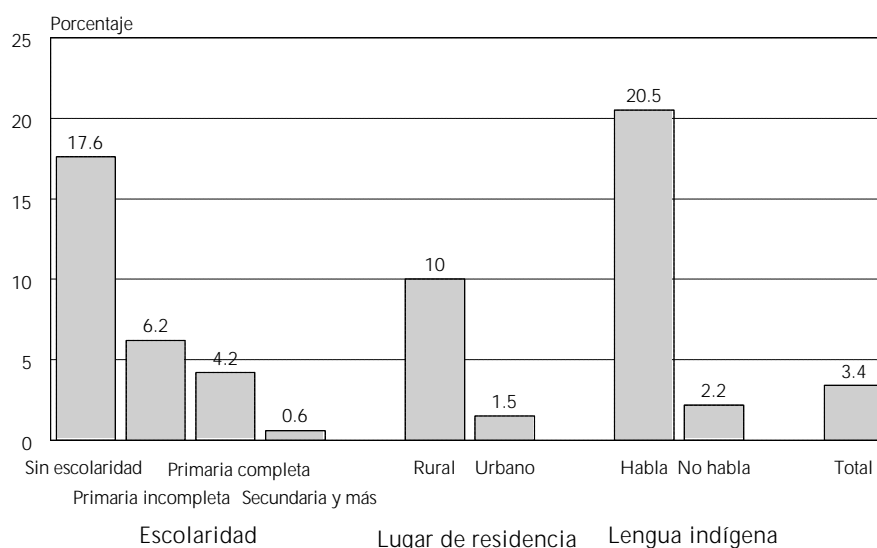
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

En las localidades urbanas, los métodos modernos de uso femenino (pastilla, OTB, DIU e inyección) son conocidos por más de nueve cada diez mujeres en edad fértil. Asimismo, cerca de 95 por ciento declaró conocer el condón y cerca de 90 por ciento la vasectomía, y un porcentaje menor conocía el ritmo (75.3%), los espermicidas (66.2%), el retiro (59%) y el Norplant (16.9%).

Un conocimiento más amplio de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en las instituciones del sector salud ha favorecido que las personas encuentren las opciones que más se adecuan a sus necesidades y características, propiciando con ello una mayor demanda

de este servicio. Además de ampliar el conocimiento sobre la diversidad de medios de regulación de la fecundidad, particularmente en el medio rural, es necesario extender su difusión entre los grupos que presentan elevados porcentajes de desconocimiento, como son las mujeres sin escolaridad (17.6%), las que residían en zonas rurales (10%) y, particularmente, las que hablan alguna lengua indígena (20.5%) (véase gráfica 21).

Gráfica 21.
Porcentaje de mujeres en edad fértil
que no conoce algún método anticonceptivo según escolaridad,
lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 1997



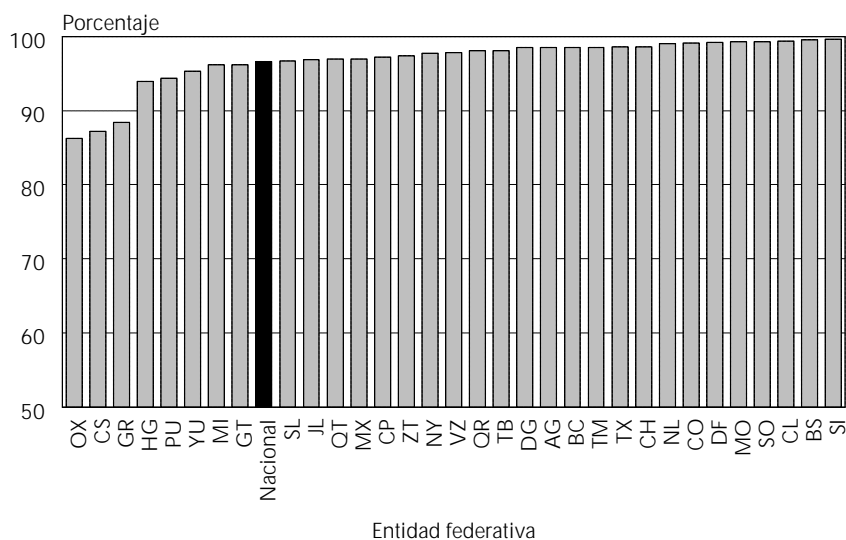
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La amplia difusión de la planificación familiar en México se evidencia en el hecho de que, en 1997, 24 entidades federativas registraron un nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos mayor que el estimado para el conjunto del país. Dentro de ellas destacan Sinaloa, Baja California Sur, Colima, Sonora, Morelos, el Distrito Federal, Coahuila y Nuevo León, donde alrededor de 100 por ciento de las mujeres declararon conocer, al menos, un medio de regulación de la fecundidad (véase gráfica 22).

Solamente ocho estados registraron un nivel de conocimiento menor al estimado para el conjunto del país, destacando Oaxaca, Chiapas y Guerrero, que presentaron los menores porcentajes en este renglón (86.3, 87.2 y 88.4 por ciento, respectivamente), en tanto que en Hidalgo, Puebla, Yucatán, Michoacán y Guanajuato los porcentajes oscilan entre 93.9 y 96.2.

Conviene señalar que el conocimiento de métodos anticonceptivos en Sinaloa (el estado con el mayor porcentaje en este indicador) fue 15.4 por ciento mayor que el registrado en Oaxaca (donde se registró la menor proporción).

Gráfica 22.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos
un método anticonceptivo por entidad federativa, 1997



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

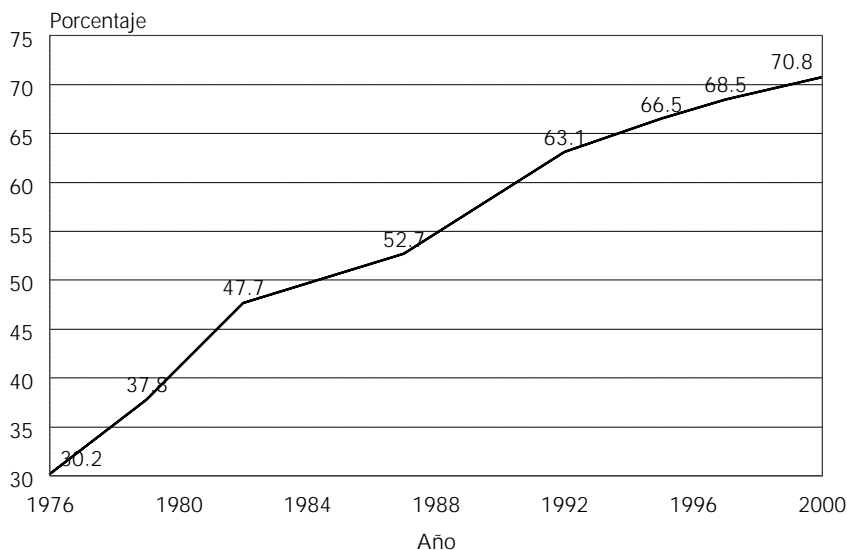
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

En las últimas décadas, la difusión de los medios de regulación de la fecundidad se ha visto acompañada de una amplia aceptación de los mismos, de tal suerte que entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil que utilizaba un método de planificación familiar en el país se elevó de 30.2 a 68.5 por ciento y se estima que durante el año 2000 este porcentaje alcance la cifra de 70.8 por ciento (véase gráfica 23).

El aumento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos no se ha dado con la misma intensidad a lo largo del tiempo. Entre 1976 y 1982, la práctica anticonceptiva siguió una rápida tendencia ascendente, con un aumento de entre dos y tres puntos porcentuales por año. En el periodo comprendido entre 1982 y 1987 se presentó una marcada desaceleración en el ritmo de crecimiento de este indicador (con aumentos de un punto porcentual por año), el cual presentó una ligera recuperación en el quinquenio siguiente, con aumentos de dos puntos en promedio por año entre 1987 y 1992, para posteriormente retomar un crecimiento menos acelerado de un punto porcentual por año entre 1992 y 1997.

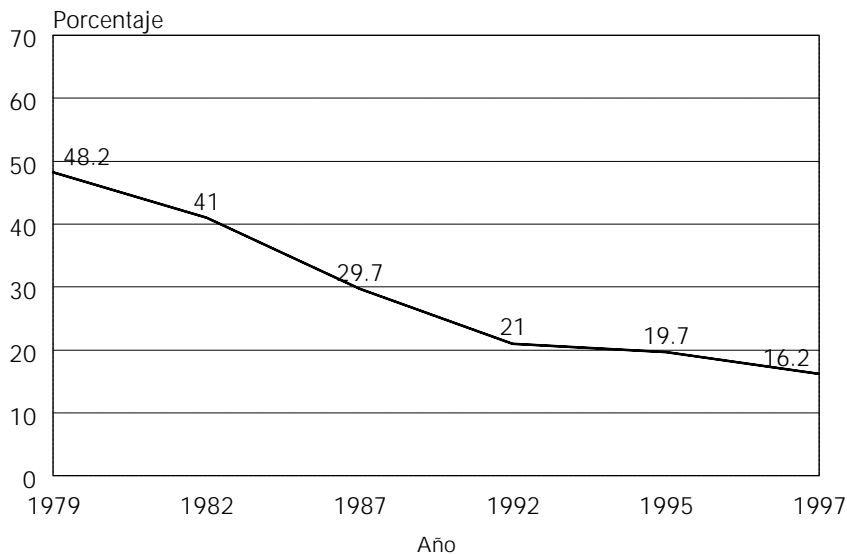
En asociación directa con el aumento en la prevalencia anticonceptiva, la proporción de mujeres que nunca ha usado métodos anticonceptivos disminuyó significativamente en las últimas dos décadas, al pasar de 48 de cada 100 mujeres en 1979 a 16 de cada 100 en 1997 (véase gráfica 24).

Gráfica 23.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
que usa métodos anticonceptivos, 1976-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Gráfica 24.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
que nunca ha usado métodos anticonceptivos, 1979-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Diferencias socioeconómicas y demográficas en el uso de métodos anticonceptivos

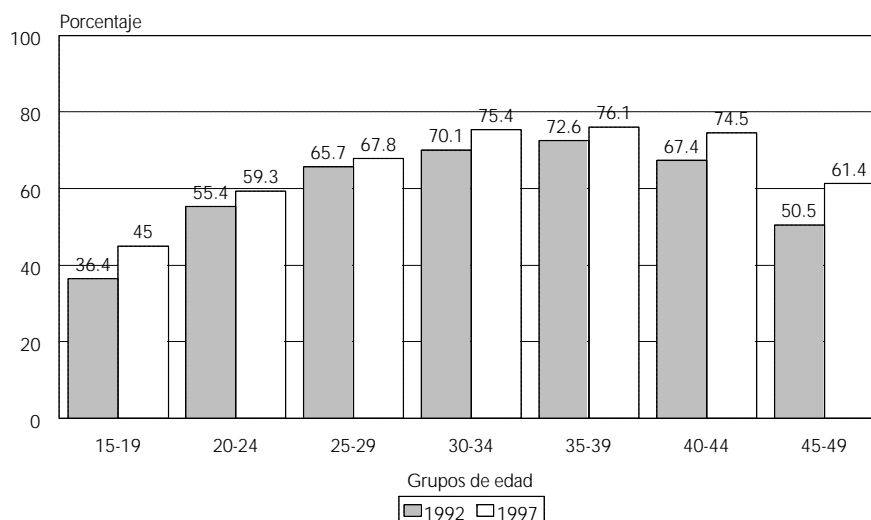
Las mujeres de todos los grupos de edades muestran a través de los años un incremento en el uso de métodos anticonceptivos (véase cuadro 9 y gráfica 25). En 1976, los mayores niveles de uso se presentaron en las edades centrales (25 a 39 años), pero en los últimos años se advierte un desplazamiento hacia el grupo 40-44 años. El grupo de mujeres unidas adolescentes (15 a 19 años), a pesar de registrar los menores niveles de uso de anticonceptivos, muestra incrementos significativos y constantes de más de un punto porcentual promedio al año entre 1976 y 1997: de 14.2 por ciento que registró a mediados de los setenta, a 30.2 y 36.4 por ciento, respectivamente, en 1987 y 1992, situándose en 45 por ciento en el año de 1997.

Cuadro 9.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1976-1997

	1976	1987	1992	1997
Total	30.2	52.7	63.1	68.5
Grupos de edad				
15-19	14.2	30.2	36.4	45.0
20-24	26.7	46.9	55.4	59.3
25-29	38.6	54.0	65.7	67.8
30-34	38.0	62.3	70.1	75.4
35-39	37.9	61.3	72.6	76.1
40-44	25.1	60.2	67.4	74.5
45-49	11.8	34.2	50.5	61.4
Paridad				
0	6.5	15.3	20.7	23.9
1	27.2	50.5	56.6	59.8
2	39.1	60.0	71.0	75.4
3	38.4	67.5	75.0	80.6
4 y más	29.6	51.3	62.6	70.4
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad	12.8	23.7	38.2	48.0
Primaria incompleta	25.5	44.8	56.4	61.3
Primaria completa	40.3	62.0	66.7	69.8
Secundaria y más	55.8	69.9	73.6	74.8
Lugar de residencia				
Rural	13.7	32.5	44.6	53.6
Urbano	42.1	61.5	70.1	73.3
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	n.d.	n.d.	n.d.	48.3
No habla	n.d.	n.d.	n.d.	70.2

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

Gráfica 25.
 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
 que usa métodos anticonceptivos por grupos de edad, 1992 y 1997



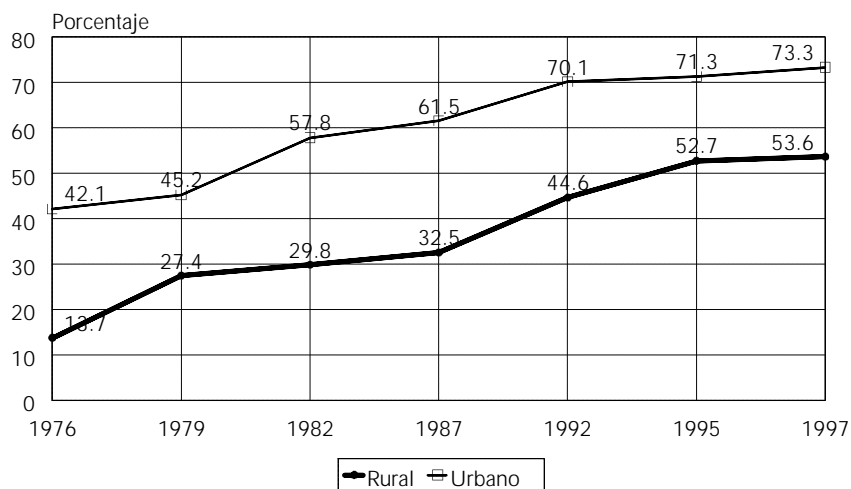
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

La dinámica de uso de métodos anticonceptivos según paridad da cuenta de un patrón de adopción mucho más rápido entre las mujeres con dos y tres hijos, poco más lento entre las mujeres con cuatro hijos(as) o más, y mucho más tardío entre las mujeres que se encuentran en las etapas iniciales de la reproducción —con cero y un hijo(a)—.

A pesar de que en 1997 el uso de anticonceptivos entre las mujeres sin hijos(as) registró un nivel muy bajo —lo que expresa una fuerte preferencia por tener al menos un hijo(a) antes de recurrir a la utilización de anticonceptivos—, debe destacarse el incremento registrado en el periodo bajo observación: 6.5 por ciento en 1976, 15.3 en 1987, 20.7 por ciento en 1992 y 23.9 por ciento en 1997. Este incremento ha significado una reducción de la brecha que las separaba de los grupos de paridades con los niveles mayores de uso. Mientras que en 1976, 6.5 por ciento de las mujeres sin hijos usaba un método anticonceptivo, este valor era seis veces mayor entre las mujeres con dos hijos; en 1987 la diferencia se redujo a 4.4 veces y en 1997 a 3.4 veces. Estos resultados sugieren que las parejas recién formadas están modificando el patrón, sumamente arraigado a la cultura mexicana, de iniciación temprana de la maternidad.

Los esfuerzos orientados a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de integrar este componente dentro de una gama más amplia de servicios de salud, bajo el enfoque de la salud reproductiva, han sido un disparador, junto con otros progresos económicos y sociales, del proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva en el medio rural. En 1976, sólo 13.7 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil de las áreas rurales practicaba la anticoncepción; en los siguientes diez años, este grupo representaba ya una tercera parte del total y, en 1997, poco más de una de cada dos empleaba un método de regulación de la fecundidad (53.6%). Esto implicó que, entre 1976 y 1997, la demanda efectiva de anticonceptivos se cuadruplicara en el medio rural (véase gráfica 26).

Gráfica 26.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
que usa métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1976-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

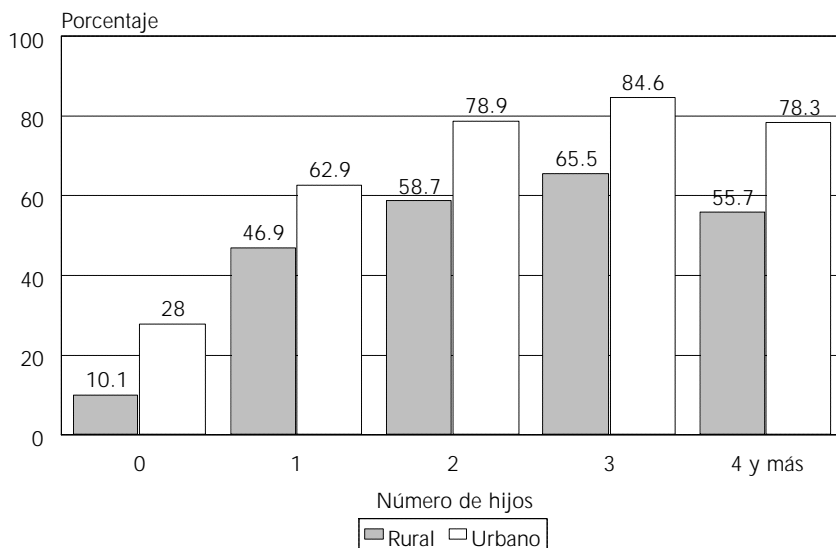
En las áreas urbanas, aunque con niveles de uso mayores, la demanda sólo creció 1.7 veces en el mismo periodo de referencia. En 1976, poco más de cuatro de cada diez mujeres unidas empleaba un método anticonceptivo; durante la década siguiente, la prevalencia anticonceptiva continuó aumentando a un ritmo acelerado, de dos puntos porcentuales por año, lo que favoreció que la brecha existente entre ambos contextos geográficos se ampliara ligeramente. En el periodo comprendido entre 1987 y 1997, el uso de anticonceptivos en las localidades urbanas aumentó de 61.5 por ciento a 73.3 por ciento, con un incremento anual promedio de poco más de un punto porcentual. Esta desaceleración en el ritmo de incremento de la prevalencia anticonceptiva en el ámbito urbano, aunado a su vigorización en el medio rural, favoreció la reducción de la brecha que las separaba: de 29 puntos, en 1987, a 19.7 puntos porcentuales en 1997. En 1976, por cada usuaria del medio rural había 3.1 en el área urbana; esta misma relación pasó a 1.9 en 1987, se redujo a 1.6 en 1992, y en 1997 fue de 1.4.

Las mujeres que más rápidamente incorporaron el uso de métodos anticonceptivos en México fueron las de mayor escolaridad. En 1976, más de una de cada dos mujeres con secundaria y más utilizaba algún medio para regular su fecundidad. Este porcentaje fue alcanzado por las mujeres con primaria completa seis años más tarde; entre quienes contaban con primaria incompleta quince años después; y las mujeres sin escolaridad todavía no lo presentan.

En el quinquenio 1992-1997, todas las mujeres de diferentes niveles de escolaridad registraron incrementos en el uso de métodos anticonceptivos, destacando aquellas sin escolaridad, quienes incrementaron su prevalencia en 25.7 por ciento, mientras que aquellas con secundaria y más lo hicieron en sólo 1.6 por ciento. Como resultado de lo anterior, la brecha entre grupos de escolaridad extremos se redujo en los años de referencia, al pasar de 35.4 puntos porcentuales en 1992 a 26.8 puntos en 1997. En este último año, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad (48%), las que residían en localidades rurales (53.6%), y entre las que hablaban alguna lengua indígena (48.3%) (véase cuadro 9).

Al analizar la prevalencia anticonceptiva según el lugar de residencia y la paridad alcanzada se observa que, en 1997, la práctica de postergar el nacimiento del primer hijo(a) estaba más difundida entre las mujeres urbanas que entre las rurales: mientras que cerca de tres de cada diez mujeres urbanas sin hijos(as) regulaba su fecundidad, esta relación era de una de cada diez entre las mujeres rurales (véase gráfica 27). Si bien a partir del primer hijo(a) el uso de métodos entre las mujeres de las áreas rurales aumenta considerablemente, éste siempre presenta proporciones menores en relación con las mujeres urbanas: 58.7 por ciento de las mujeres con dos hijos(as) que residían en la zona rural eran usuarias de algún método, en tanto que en el medio urbano ascendió a 78.9 por ciento; entre las mujeres con tres hijos(as) los porcentajes ascendieron a 65.5 y 84.6 por ciento, respectivamente; mientras que entre las mujeres con cuatro hijos(as) y más fue de 55.7 por ciento en el ámbito rural y 78.3 por ciento en el urbano.

Gráfica 27.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
que usa métodos anticonceptivos por paridad y lugar de residencia, 1997

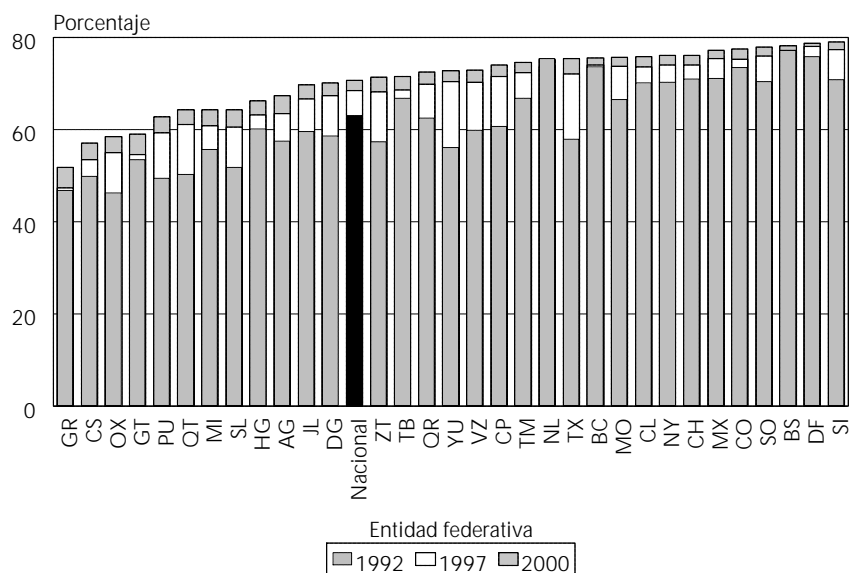


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

En 1997, 17 entidades federativas ya habían alcanzado o sobrepasado la meta de 70.2 por ciento de prevalencia establecida en el Programa Nacional de Población para el año 2000, cinco entidades registraron una prevalencia de uso de entre 66.7 y 69.9 por ciento, en tanto que diez entidades se encontraban aún rezagadas respecto al promedio nacional, con niveles de uso de anticonceptivos, menores a 64 por ciento (véase gráfica 28). Entre estas últimas destacan los estados de Guerrero, Chiapas, Guanajuato y Oaxaca, donde el uso era menor a 55 por ciento. Los niveles que presentan estos estados corresponden a la media nacional observada entre diez y 15 años atrás.

Gráfica 28.

Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1992, 1997 y 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Entre 1992 y 1997, 30 entidades federativas reportaron incrementos en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Entre ellos sobresalen ocho que registraron aumentos de 17 por ciento o más: Yucatán (25.4%), Tlaxcala (24.5%), Querétaro (21.4%), Puebla (20%), Zacatecas (19%), Oaxaca (18.9%), Campeche (17.8%) y Veracruz (17.4%). En seis estados de la República se registró un aumento porcentual de entre diez y poco menos de 17 por ciento: San Luis Potosí (16.8%), Durango (15%), Jalisco (11.9%), Quintana Roo (11.6%), Morelos (10.9%) y Aguascalientes (10.4%). Mientras que en seis entidades federativas, el aumento porcentual fue semejante o poco menor al nacional (de entre nueve y seis por ciento): Sinaloa y Michoacán (9.2% en cada caso), Tamaulipas (8.3%), Sonora (7.9%), Chiapas (7.1%) y el estado de México (6.1%). En los diez estados restantes se registraron incrementos de cinco por ciento o menos (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Nayarit y Tabasco). Conviene señalar que solamente Baja California Sur y Nuevo León reportaron ligeros decrementos en la prevalencia de uso de anticonceptivos en los años de referencia: -0.1 y -2.4 por ciento, respectivamente, pero sus niveles de cobertura son de los más elevados.

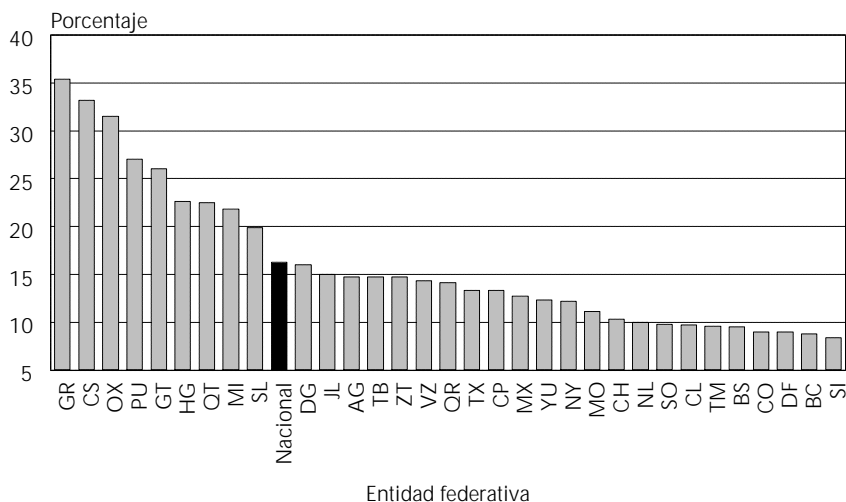
Para evaluar la magnitud de la brecha que separa a las entidades federativas, se utilizó una regresión lineal simple entre las estimaciones estatales de 1997 y las de 1992. La pendiente de la regresión es de 0.68, indicando que la distancia entre cualesquiera dos estados en el nivel de uso de métodos anticonceptivos se redujo, en promedio, 32 por ciento en el quinquenio.

Con base en las tendencias recientes de este indicador, se estima que en todas las entidades del país continuará aumentando la prevalencia anticonceptiva. Se prevé que los estados de mayor rezago aumentarán el uso de anticonceptivos entre seis y nueve puntos porcentuales entre 1997 y 2000, de tal manera que en Guerrero el porcentaje de mujeres unidas usuarias de anticonceptivos ascenderá a 51.8, en Guanajuato a 59.1, en Chiapas a 57.1 y en Oaxaca a 58.5

por ciento. En contraparte, en los estados con los mayores niveles de uso de anticonceptivos (Sonora, Baja California Sur, el Distrito Federal y Sinaloa), la prevalencia de métodos anticonceptivos oscilará entre 77.9 y 79 por ciento.

En 1997, 16.2 por ciento de las mujeres mexicanas nunca había usado algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 29). Esta proporción fue 2.2 veces mayor en Guerrero, dos en Chiapas, 1.9 en Oaxaca y 1.6 veces mayor en Guanajuato y Puebla. Asimismo, Hidalgo, Querétaro, Michoacán y San Luis Potosí fueron los otros estados que presentaron una proporción mayor que la nacional (que osciló entre 22.6 y 19.9 por ciento). Los menores porcentajes de mujeres que nunca habían hecho uso de métodos anticonceptivos se observaron en Coahuila, el Distrito Federal, Baja California y Sinaloa, con cifras de alrededor de una de cada once mujeres.

Gráfica 29.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil
que nunca ha usado métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997

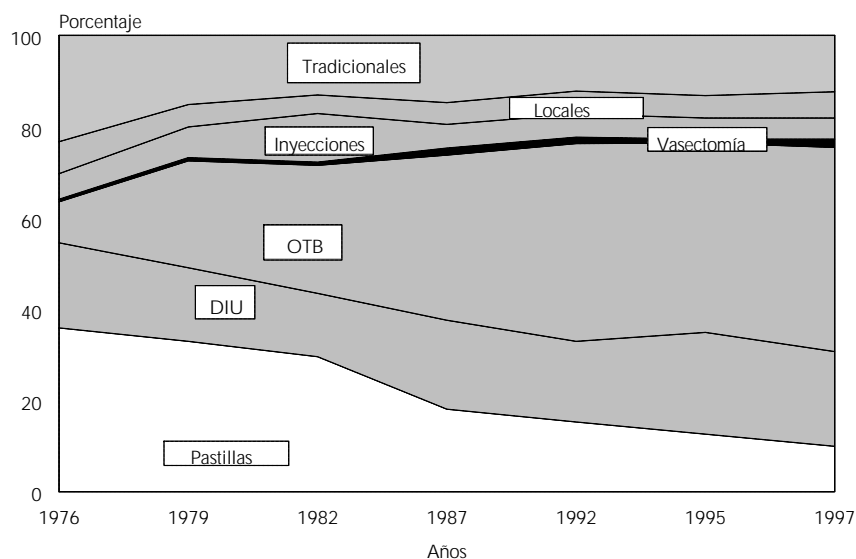


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar, 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil que hacían uso de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 por ciento utilizaba métodos naturales y 18.7 por ciento empleaba el DIU. Con el paso del tiempo, la mezcla de métodos ha ido cambiando en favor de los métodos de mayor continuidad: la operación femenina y el dispositivo intrauterino. En 1997, la pastilla continuó reduciendo su participación en la estructura de uso: sólo una de cada diez usuarias las utilizaba; los métodos naturales, después de una reducción en su participación en la primera década, se mantuvieron como la tercera opción dentro de la gama de métodos; y los más utilizados fueron la OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente (véase gráfica 30).

Gráfica 30.
Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil,
usuarias de anticonceptivos, según tipo de método, 1976-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje de mujeres que usaba estos métodos era ligeramente mayor en el medio urbano que en el rural (88.2% y 85%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento en la participación del DIU (de 12.9% a 20.5%) y de la OTB (de 41.2% a 43.4%), así como una reducción en la participación de la pastilla (de 19.5% a 10.8%). En las zonas urbanas no se registraron cambios significativos entre 1992 y 1997, con excepción de la disminución de 4.5 puntos porcentuales en el uso de la pastilla y un ligero aumento (cercano a tres puntos) en el uso del DIU (véase cuadro 10).

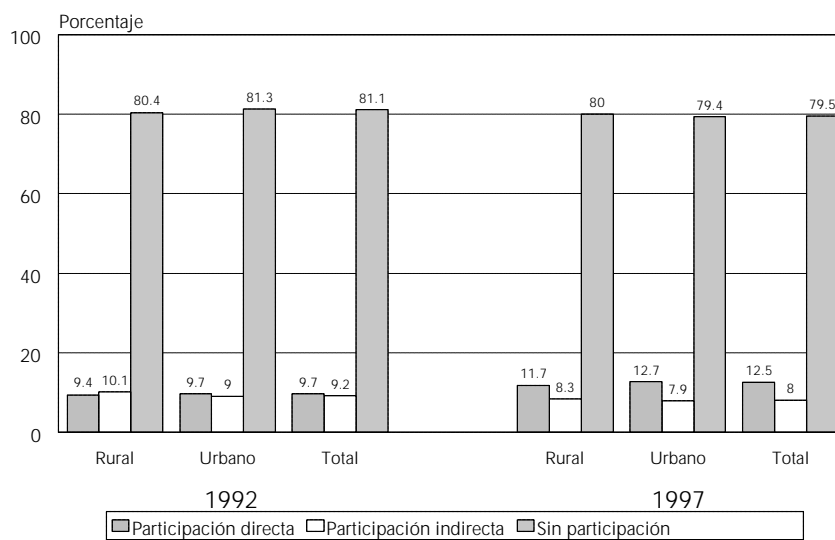
Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, cuyo uso es equivalente a 1.8 y 5.5 por ciento de las usuarias en edad fértil en 1997. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, los que en conjunto representan a una de cada cinco usuarias (véase gráfica 31). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 12.5 por ciento de las usuarias y en el segundo grupo ocho por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó ligeramente entre 1992 y 1997, especialmente en el medio urbano, como resultado del ligero aumento en el uso del condón.

Cuadro 10.
Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias
de anticonceptivos por tipo de método, según lugar de residencia, 1992 y 1997

Método	1992			1997		
	Lugar de residencia			Lugar de residencia		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Pastillas	15.3	19.5	14.4	10.0	10.8	9.9
DIU	17.7	12.9	18.8	20.8	20.5	20.9
Inyecciones	5.1	6.8	4.7	4.6	5.8	4.3
Locales	0.5	0.2	0.5	0.2	0.1	0.2
Condomes	4.6	3.9	4.7	5.5	4.0	5.8
OTB	43.3	41.2	43.8	44.7	43.4	45.0
Vasectomía	1.4	0.4	1.6	1.8	0.5	2.1
Naturales	12.2	15.2	11.5	12.3	15.0	11.7
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1

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

Gráfica 31.
Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos
por tipo de participación del varón y lugar de residencia, 1992 y 1997



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.
 Participación indirecta= Locales y ritmo.

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

Existen marcadas diferencias en la estructura de uso de los métodos anticonceptivos que se presentan en los distintos estados del país. En 1997, los métodos quirúrgicos eran los más utilizados en todas las entidades federativas, aún cuando su participación osciló entre 33.9 por ciento en Aguascalientes y 56.6 por ciento en Chiapas. El DIU fue el segundo método utilizado en 17 entidades federativas, la tercera opción en diez estados y la cuarta opción en los cinco restantes, con una participación que pasa de 8.6 por ciento en Yucatán a 30.8 por ciento en Zacatecas. Asimismo, los hormonales eran el segundo método más utilizado en diez entidades, la tercera opción en doce y la cuarta en los diez estados restantes, con una participación que osciló entre 8.5 por ciento en Querétaro y 23.7 por ciento en Sonora. Los métodos tradicionales fueron la segunda opción más usada en cinco entidades federativas, la tercera en diez estados y la cuarta en los 17 restantes. Finalmente, cabe destacar que los métodos locales son los menos utilizados en todas las entidades federativas con una participación que osciló entre 2.6 por ciento en Yucatán y 11.6 por ciento en Aguascalientes (véase cuadro 11).

Cuadro 11.
Distribución porcentual de las usuarias de métodos anticonceptivos,
según tipo de método por entidad federativa, 1997

	Pastillas	DIU	Inyecciones	Espemicidas	Condomes	OTB	Vasectomía	Naturales	Norplant
Aguascalientes	12.4	20.4	3.2	0.2	11.4	32.7	1.2	18.6	0.0
Baja California	17.0	11.3	7.1	0.6	6.4	46.5	2.9	7.7	0.6
Baja California Sur	12.9	18.1	4.9	0.0	3.6	52.5	2.3	4.2	1.5
Campeche	9.9	10.3	7.1	0.0	2.9	52.9	0.8	16.2	0.0
Coahuila	14.1	17.1	4.8	0.3	4.9	48.2	1.1	9.4	0.1
Colima	9.6	22.9	3.7	0.1	4.0	48.8	1.2	9.7	0.1
Chiapas	7.4	15.3	6.6	0.1	3.7	55.7	0.9	10.3	0.0
Chihuahua	19.4	22.9	4.2	0.2	4.0	40.9	2.0	6.4	0.0
DF	8.3	24.4	4.3	0.4	6.8	43.8	3.6	8.2	0.2
Durango	15.0	21.2	4.9	0.1	5.6	43.4	1.0	8.9	0.1
Guanajuato	8.1	19.9	3.2	0.3	7.0	38.5	1.5	21.6	0.0
Guerrero	7.1	16.9	9.3	0.1	5.5	52.6	0.8	7.8	0.0
Hidalgo	5.2	24.2	5.5	0.1	4.1	48.0	1.2	11.6	0.0
Jalisco	14.5	13.6	2.5	0.1	10.5	38.3	1.6	18.8	0.0
México	5.9	27.2	4.3	0.2	5.4	41.9	2.8	12.3	0.1
Michoacán	9.7	20.1	4.4	0.1	6.0	42.3	1.4	16.0	0.0
Morelos	7.1	18.9	5.3	0.0	6.3	50.2	1.8	10.3	0.1
Nayarit	13.8	19.0	6.5	0.0	5.0	49.5	0.5	5.4	0.2
Nuevo León	9.7	25.8	3.0	0.4	6.1	43.3	1.8	9.9	0.0
Oaxaca	4.8	17.8	6.7	0.0	2.7	45.6	0.7	21.4	0.2
Puebla	4.6	24.3	5.0	0.0	5.1	41.2	1.7	18.1	0.0
Querétaro	5.8	23.2	2.7	0.4	7.2	44.5	2.2	14.0	0.0
Quintana Roo	11.7	14.2	6.7	0.3	5.0	44.7	2.3	14.9	0.0
San Luis Potosí	12.5	26.8	4.0	0.3	4.9	37.3	1.1	13.1	0.0
Sinaloa	17.0	20.6	2.3	0.0	2.3	51.8	1.0	5.0	0.0
Sonora	19.8	17.9	3.9	0.1	4.3	45.3	1.9	6.9	0.0
Tabasco	7.0	10.0	10.8	0.1	2.9	53.0	1.3	14.8	0.0
Tamaulipas	16.1	16.1	7.1	0.5	6.0	42.7	0.7	10.8	0.0
Tlaxcala	4.6	23.2	4.2	0.1	5.4	36.5	1.5	24.5	0.0
Veracruz	7.6	18.8	4.0	0.0	3.5	53.6	0.7	11.8	0.0
Yucatán	15.4	8.6	3.0	0.0	2.6	44.9	1.5	24.0	0.0
Zacatecas	11.4	30.8	2.1	0.2	7.0	36.0	0.6	11.9	0.0

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

El análisis de la prevalencia de uso de los diversos métodos anticonceptivos por entidad federativa durante el periodo 1992-1997 permite examinar con mayor precisión la evolución tanto de la prevalencia anticonceptiva, como de la estructura de uso. En el cuadro 12 destacan las siguientes situaciones:

- ✦ En la gran mayoría de las entidades aumentó la prevalencia de uso de los métodos quirúrgicos, a excepción de Nuevo León donde se registró una reducción de 1.7 puntos porcentuales, y de los estados de México y Tamaulipas donde su uso prácticamente no se modificó. Entre los estados que aumentaron su uso destacan siete donde se registraron incrementos de seis a casi diez puntos porcentuales: Chiapas (6.1), San Luis Potosí (6.3), Veracruz (6.8), Oaxaca (6.9), Querétaro (7), Campeche (7.1), y Yucatán (9.4)
- ✦ En 28 entidades federativas la prevalencia de uso del dispositivo intrauterino registró un aumento, dentro de las que destacan tres donde el uso se incrementó más de siete puntos porcentuales durante el periodo de referencia: Puebla (7) y, Sinaloa y Zacatecas (7.3, en cada caso). Sólo en cuatro entidades el uso de este método prácticamente no experimentó cambio alguno (Aguascalientes, Distrito Federal, Jalisco y Morelos).

Cuadro 12.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas
que usa cada método anticonceptivo por entidad federativa, 1992 y 1997

Entidad Federativa	Quirúrgicos			DIU			Hormonales			Locales			Tradicionales		
	1992	1997	Incremento	1992	1997	Incremento	1992	1997	Incremento	1992	1997	Incremento	1992	1997	Incremento
Aguascalientes	19.2	21.0	1.8	12.6	12.7	0.1	11.0	10.3	-0.7	4.8	7.3	2.5	10.0	12.2	2.3
Baja California	29.6	35.5	5.9	7.4	8.7	1.3	22.8	18.7	-4.1	5.1	5.1	0.0	8.7	6.0	-2.7
Baja California Sur	40.0	41.2	1.2	9.3	13.9	4.7	20.1	15.6	-4.5	3.7	2.9	-0.8	4.2	3.5	-0.7
Campeche	30.0	37.2	7.1	4.4	7.4	3.0	19.5	12.9	-6.7	0.8	2.1	1.3	6.1	12.1	6.0
Chiapas	23.4	29.5	6.1	3.9	8.3	4.4	11.6	8.0	-3.6	1.2	1.8	0.6	9.8	5.8	-4.0
Chihuahua	25.4	30.7	5.3	14.1	17.0	3.0	23.2	18.1	-5.2	3.7	3.2	-0.5	4.6	5.1	0.5
Coahuila	36.8	37.0	0.2	9.9	12.6	2.7	19.8	14.3	-5.5	2.5	3.9	1.4	4.6	7.5	2.9
Colima	33.3	36.6	3.3	13.7	16.5	2.8	13.9	9.8	-4.0	3.8	3.2	-0.6	5.5	7.6	2.1
Distrito Federal	34.2	38.2	4.0	18.4	18.8	0.4	12.2	9.7	-2.5	3.8	4.7	0.9	7.4	6.8	-0.6
Durango	23.3	29.0	5.8	9.5	14.2	4.7	16.8	13.8	-3.0	3.6	4.0	0.4	5.4	6.3	0.9
Guanajuato	19.8	21.2	1.4	7.9	10.8	3.0	10.1	6.3	-3.9	4.0	3.9	0.0	11.8	12.3	0.5
Guerrero	20.1	24.7	4.6	7.0	8.0	1.0	11.4	8.0	-3.3	1.8	2.8	1.0	6.7	3.9	-2.7
Hidalgo	28.9	31.2	2.3	12.6	14.7	2.0	7.3	6.9	-0.4	2.3	2.7	0.4	9.0	7.7	-1.3
Jalisco	22.4	25.9	3.5	9.0	8.7	-0.3	12.5	11.5	-1.0	4.9	7.3	2.5	10.9	13.3	2.4
México	33.9	33.1	-0.8	17.0	20.1	3.1	10.1	8.1	-2.0	3.1	4.0	1.0	7.0	10.1	3.0
Michoacán	20.7	25.4	4.7	8.7	12.6	3.9	12.1	8.9	-3.3	3.7	3.9	0.2	10.6	10.1	-0.5
Morelos	32.0	37.1	5.1	13.6	14.6	0.9	11.6	9.2	-2.4	3.5	4.8	1.3	5.8	8.1	2.3
Nayarit	32.8	36.5	3.6	10.8	14.0	3.1	19.0	15.5	-3.5	4.0	3.9	-0.1	3.6	4.1	0.5
Nuevo León	34.4	32.8	-1.7	16.9	18.7	1.8	10.7	9.6	-1.1	4.5	5.0	0.5	8.9	7.5	-1.5
Oaxaca	17.3	24.2	6.9	5.2	10.1	4.9	8.7	6.7	-2.0	2.4	1.4	-1.1	12.7	12.7	0.0
Puebla	23.0	25.0	2.0	7.6	14.5	7.0	7.1	5.7	-1.4	2.5	2.8	0.4	9.4	11.3	1.9
Querétaro	21.1	28.1	7.0	11.8	14.3	2.5	7.6	5.4	-2.2	2.8	4.4	1.6	7.1	8.8	1.7
Quintana Roo	26.9	32.2	5.3	5.5	10.1	4.7	20.8	12.6	-8.2	2.8	3.6	0.8	6.6	11.3	4.7
San Luis Potosí	16.4	22.7	6.3	13.3	16.4	3.0	12.7	10.4	-2.3	2.9	3.1	0.2	6.6	8.0	1.4
Sinaloa	35.1	40.0	4.8	8.4	15.7	7.3	21.4	15.8	-5.6	2.8	2.0	-0.8	3.2	4.0	0.8
Sonora	31.8	34.9	3.2	12.1	13.7	1.5	18.6	18.4	-0.2	4.1	3.3	-0.8	3.9	5.7	1.8
Tabasco	32.6	36.8	4.2	5.0	6.7	1.7	16.5	12.3	-4.2	1.4	2.1	0.7	11.4	10.8	-0.6
Tamaulipas	31.9	31.4	-0.5	8.2	11.5	3.3	18.5	16.8	-1.7	2.9	4.5	1.6	5.2	8.2	2.9
Tlaxcala	21.7	26.2	4.5	15.0	17.1	2.1	8.0	6.4	-1.6	2.7	3.8	1.1	10.5	18.5	8.0
Veracruz	30.6	37.4	6.8	8.4	13.0	4.6	12.1	8.4	-3.6	1.8	2.4	0.5	7.0	9.1	2.1
Yucatán	22.0	31.4	9.4	3.0	6.2	3.1	18.5	13.4	-5.0	1.4	1.8	0.4	11.3	17.7	6.4
Zacatecas	19.4	24.4	5.0	13.9	21.2	7.3	11.5	9.0	-2.5	3.7	5.0	1.4	9.0	8.7	-0.3

Métodos quirúrgicos: OTB y vasectomía.

Métodos hormonales: pastilla, inyección y Norplant.

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

- ✦ En contraste, el uso de métodos hormonales disminuyó en todas las entidades federativas, siendo esta reducción más acentuada en seis estados: Quintana Roo (-8.2 puntos porcentuales), Campeche (-6.7), Sinaloa (-5.6), Coahuila (-5.5), Chihuahua (-5.2), y Yucatán (-5).
- ✦ Los métodos locales presentaron un ligero incremento en su uso en 23 estados (de 0.2 a 2.5 puntos porcentuales), en tanto que se mantuvieron prácticamente sin cambios en nueve (Baja California, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Guanajuato, Nayarit, Oaxaca, Sinaloa y Sonora).
- ✦ Finalmente, los métodos tradicionales aumentaron su prevalencia de uso en 16 estados, destacando tres donde los incrementos fueron de más de cinco puntos porcentuales: Campeche (6), Yucatán (6.4) y Tlaxcala (8). En once estados no se advierten cambios, y en cinco se redujo su uso: Chiapas (-4 puntos porcentuales), Guerrero y Baja California (-2.7, en cada caso), Nuevo León (-1.5), e Hidalgo (-1.3).

A partir de este análisis es posible identificar que de los siete estados que registraron los mayores aumentos en la prevalencia anticonceptiva, Campeche y Yucatán lo lograron en buena medida por el incremento en el uso tanto de los métodos quirúrgicos como de los tradicionales, a pesar de la importante reducción de los hormonales; Querétaro y Veracruz lo hicieron principalmente a través de los quirúrgicos; Puebla y Zacatecas lo lograron básicamente con el dispositivo intrauterino, y Tlaxcala lo alcanzó con el gran aumento experimentado en los métodos tradicionales.

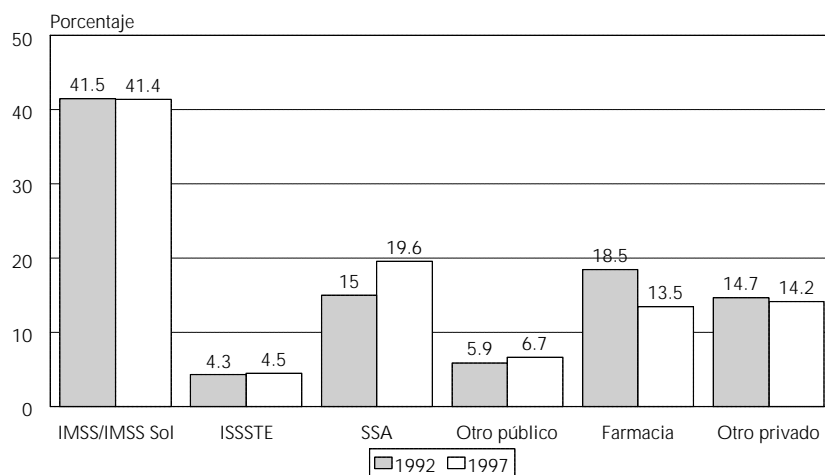
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias de anticonceptivos del país obtenía el método que empleaba en alguna de las instituciones del sector público (véase gráfica 32). Dentro de éstas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) concentraron los mayores porcentajes de usuarias de anticonceptivos modernos (41.4% y 19.6%, respectivamente). En contraste, el sector privado redujo su participación de 33.2 por ciento en 1992 a 27.7 por ciento en 1997.

En 1992, el IMSS era la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en las localidades rurales; sin embargo, el notable incremento experimentado por la SSA trajo como consecuencia que, en 1997, esta institución tuviera en el ámbito rural un peso porcentual ligeramente mayor al del IMSS como la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos (véase cuadro 13). En las localidades urbanas, el IMSS representó la principal fuente de obtención de métodos, tanto en 1992 como en 1997.

En todas las entidades federativas las instituciones públicas de salud son las principales fuentes de obtención de los métodos anticonceptivos modernos; sin embargo, su participación oscila entre 56 y 87 por ciento (véase gráfica 33). En 19 entidades la participación del sector público es mayor al promedio nacional, entre las que destacan cinco donde más de ocho de cada diez usuarias obtuvieron su método en este sector: Zacatecas (86.4%), Nayarit (83.8%), Colima (81.5%), Veracruz (81.2%) y Durango (80.1%). Entre las 13 entidades donde el peso

Gráfica 32.
Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil
usuarias de anticonceptivos, según lugar de obtención, 1992 y 1997



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

Cuadro 13.
Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos modernos,
por lugar de obtención, según lugar de residencia, 1992 y 1997

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS/IMSS Sol	41.5	40.3	41.8	41.4	37.4	42.3
ISSSTE	4.3	1.9	4.9	4.5	2.1	5.1
SSA	15.0	27.8	12.2	19.6	39.5	15.3
Otro público	5.9	5.1	6.1	6.7	5.8	6.9
Farmacia	18.5	14.7	19.4	13.5	6.4	15.0
Otro	14.7	10.3	15.7	14.2	8.6	15.4

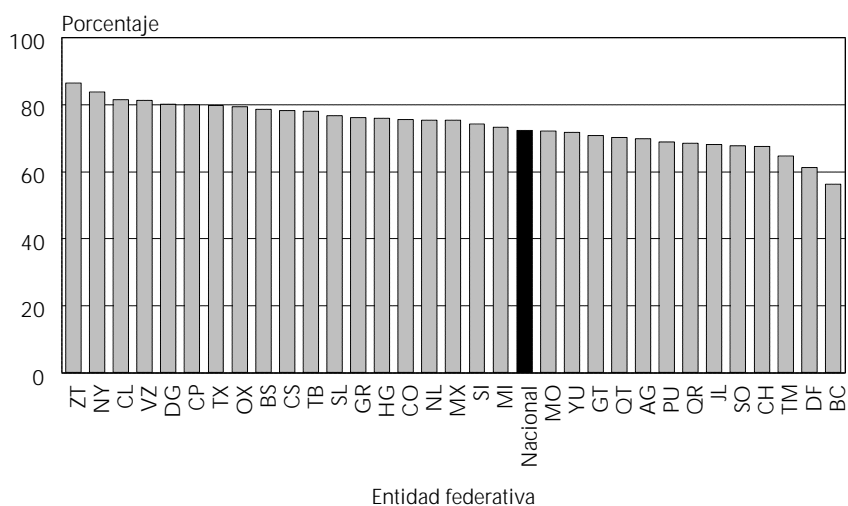
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997.

del sector público es más reducido que el nacional, los menores niveles de participación se presentan en el Distrito Federal (61.2%) y Baja California (56.3%).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público; este es el caso de más de ocho de cada diez usuarias de los métodos señalados (véase cuadro 14). En contraste, los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen fundamentalmente en el sector privado: dos terceras partes de las usuarias de la inyección y el condón, cerca de 60 por ciento de usuarias de la pastilla y alrededor de 100 por ciento de las usuarias de métodos locales acuden al sector privado por el método que usan.

Gráfica 33.

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos modernos que obtuvieron el método en el sector público, según entidad federativa, 1997



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

Cuadro 14.

Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos modernos por tipo de método, según sector de obtención, 1997

Método empleado	1997	
	Sector público	Sector privado
Total	72.3	27.7
Pastillas	41.3	58.7
DIU	86.1	13.9
Inyecciones	33.4	66.6
Locales	0.4	99.6
Condomes	37.9	65.1
OTB	81.2	18.8
Vasectomía	84.7	15.3
Norplant	62.6	37.4

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

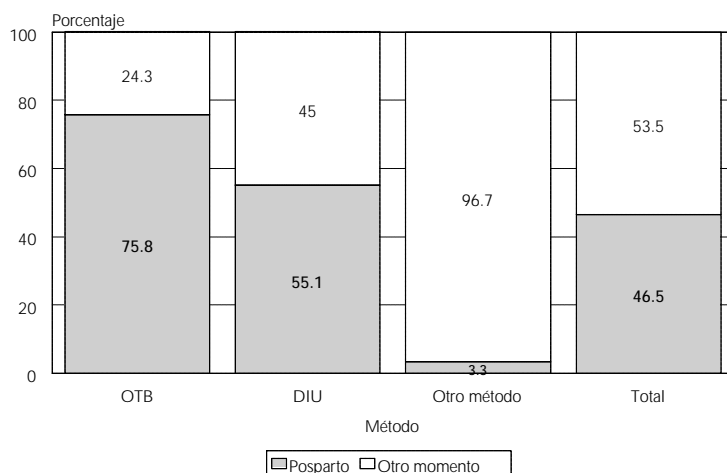
Anticoncepción posparto

A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar iniciaron importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se realiza a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar que ayuda a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo, asociados a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos, y a la presencia de factores de riesgo derivados de patologías crónico-degenerativas en la mujer gestante. A esta modalidad se le conoce como enfoque de riesgo reproductivo.

Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres en edad reproductiva. Dado que, de manera paralela a la promoción del uso de métodos anticonceptivos, se desea fomentar la práctica de la lactancia materna, los métodos que se promueven en estos programas para el posparto básicamente son: la OTB, para las mujeres con paridad satisfecha, y el DIU, para las mujeres que desean espaciar su próximo embarazo.

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. En el país, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que recurría a la práctica de la planificación familiar en 1997 inició el uso del método actual en el posparto.¹⁵ Asimismo, tres cuartas partes (75.8%) de las usuarias de OTB y poco más de una de cada dos (55.1%) de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese mismo periodo (véase gráfica 34).

Gráfica 34.
Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, según el momento de adopción del método, 1997

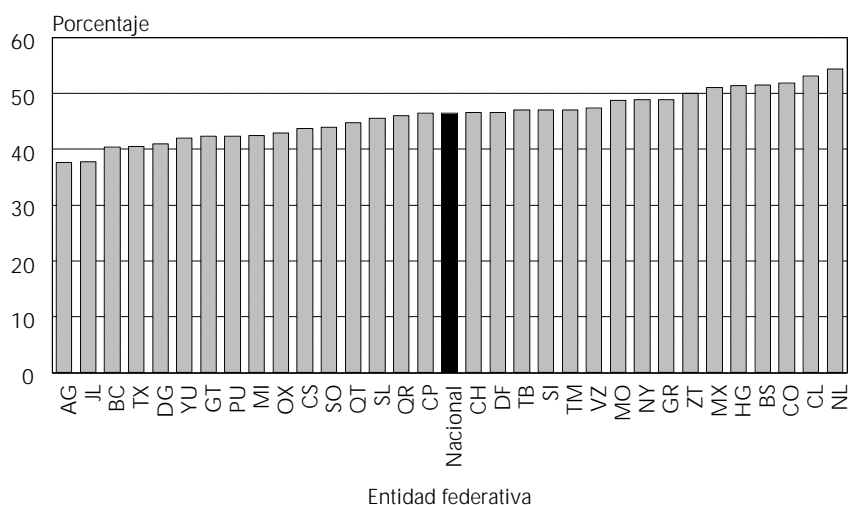


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

¹⁵ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

En 16 entidades federativas, el peso de la anticoncepción posparto en la prevalencia anticonceptiva es mayor a la registrada en el ámbito nacional. Aunque en términos generales puede decirse que a mayor uso de anticonceptivos mayor el peso de la anticoncepción posparto, esta relación no es estrictamente directa (véase gráfica 35). Cabe resaltar el caso de Guerrero, que siendo la entidad con el menor porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, presentó una proporción 5.2 por ciento mayor —con respecto al país— en anticoncepción posparto. Por otro lado, Aguascalientes es la entidad con la menor proporción de usuarias de métodos en el posparto: 37.7 por ciento, esto es, 18.9 por ciento menos con respecto al estimado a nivel nacional y 30.7 por ciento menos con respecto a Nuevo León, que fue la entidad con la mayor proporción en este rubro (54.4%).

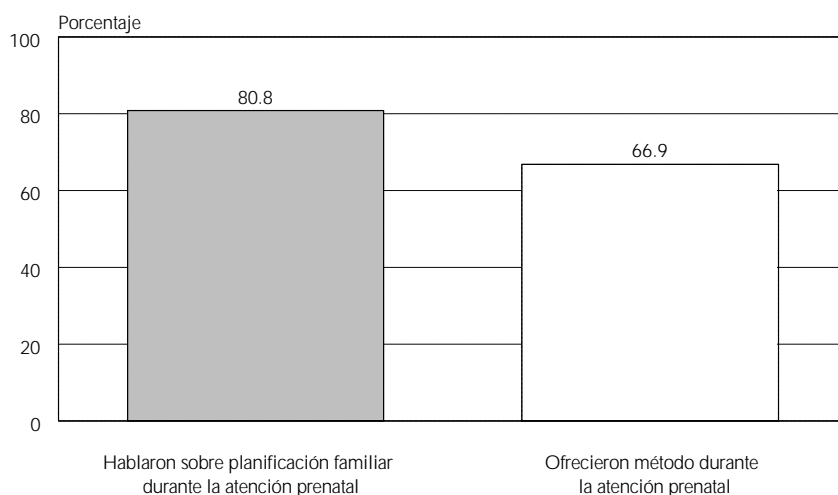
Gráfica 35.
Porcentaje de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos,
que inició el uso del método en el posparto, por entidad federativa, 1997



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

Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, que incluyen la consejería y la oferta de métodos de planificación familiar (principalmente DIU y OTB) para que durante la atención del parto se aplique el método o se realice la intervención quirúrgica. Gracias a esta estrategia, ocho de cada diez mujeres del país que acudieron al sector público por atención obstétrica entre 1994 y 1997 recibieron alguna información sobre planificación familiar, y cerca de siete de cada diez recibieron la oferta de algún método para el posparto durante la atención prenatal (véase gráfica 36).

Gráfica 36.
Porcentaje de mujeres atendidas en el sector público que recibió información sobre planificación familiar durante la atención prenatal (último o penúltimo nacimiento), 1994-1997

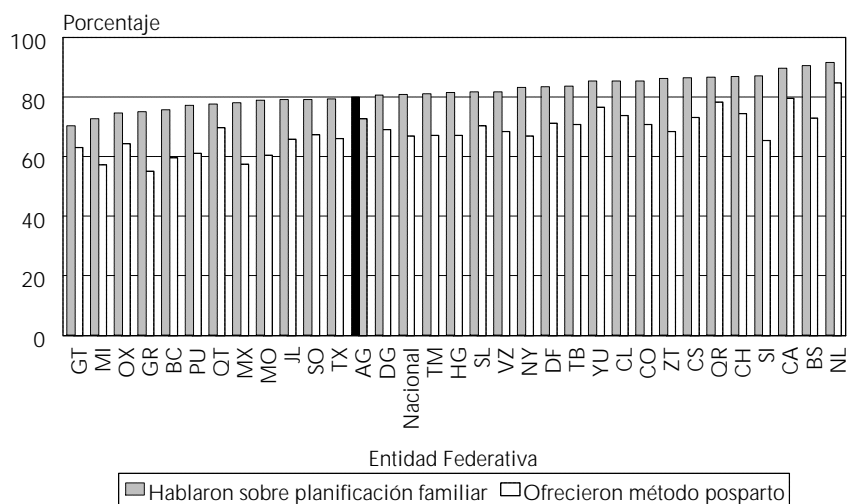


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La consejería en planificación familiar durante la atención prenatal presenta diferencias importantes entre las entidades federativas (véase gráfica 37). En 20 entidades federativas, entre ocho y nueve de cada diez mujeres declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante la atención del último o penúltimo hijo(a), mientras que en las doce entidades restantes esta proporción fue ligeramente menor, al oscilar entre siete y ocho de cada diez mujeres. Guanajuato, Michoacán, Oaxaca y Guerrero fueron las entidades que presentaron la menor proporción en este renglón: 70.3, 72.8, 74.7 y 75 por ciento, respectivamente, mientras que los porcentajes mayores se registraron en Sinaloa (87%), Campeche (89.6%), Baja California Sur (90.5%) y Nuevo León (91.6%).

Además de otorgar información durante la atención prenatal, los programas posevento obstétrico establecen la conveniencia de que el personal de salud promueva el inicio del uso de un método anticonceptivo (DIU y OTB) antes del egreso hospitalario. En 20 entidades federativas de la República, la proporción de mujeres que declaró haber recibido la oferta de un método anticonceptivo para cuando el embarazo terminara en la atención prenatal fue mayor que la estimada para el país en su conjunto. Entre ellos, destacan tres donde alrededor de ocho de cada diez mujeres reportaron haber recibido la oferta de algún método: Quintana Roo (78.2%), Campeche (79.6%) y Nuevo León (84.7%). Entre las entidades más rezagadas en esta materia, los porcentajes más bajos se observan en Guerrero (55.1%), Michoacán (57.2%), el estado de México (57.4%) y Baja California (59.7%).

Gráfica 37.
Porcentaje de mujeres que recibió información
sobre planificación familiar durante la atención prenatal, por entidad federativa,
1994-1997 (último o penúltimo nacimiento atendido en el sector público)



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

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

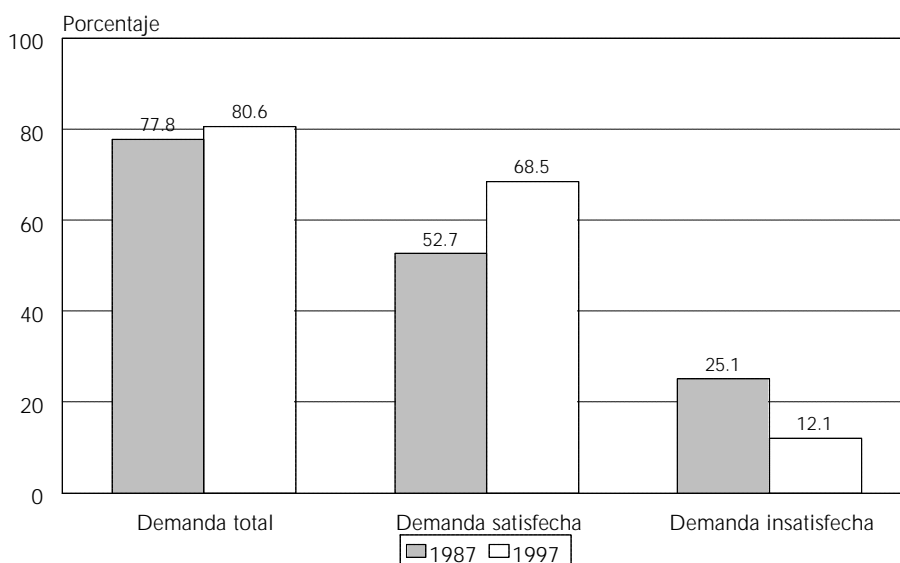
La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (es decir, mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia) ha disminuido sistemáticamente en los últimos años. De acuerdo con los datos disponibles, la demanda total de métodos anticonceptivos (es decir, la suma de la demanda efectiva —compuesta por las usuarias de anticonceptivos— y la demanda insatisfecha) se incrementó de 77.8 por ciento en 1987 a 80.6 por ciento en 1997 entre las mujeres unidas en edad fértil (véase gráfica 38). De estos totales, la demanda efectiva representó 52.7 y 68.5 por ciento, y la demanda insatisfecha 25.1 y 12.1 por ciento en esos años, respectivamente. Con base en esta información puede decirse que el incremento observado en la demanda efectiva (15.8 puntos porcentuales) entre 1987 y 1997 se debió fundamentalmente a la considerable disminución de la demanda insatisfecha (13 puntos porcentuales) y una proporción significativamente menor al aumento de la demanda total (2.8 puntos porcentuales).

Al analizar la demanda insatisfecha por características sociodemográficas de las mujeres se registran rasgos sobresalientes (véase cuadro 15). La demanda insatisfecha desciende conforme aumenta la edad de la mujer. Una de cada tres mujeres (33.8%) de 15 a 19 años, y poco más de tres de cada diez mujeres (31.3%) de 20 a 24 años estaba en situación de demanda insatisfecha en 1987, y a pesar de que ésta se reduce en 1997 a 26.7 y 21.1 por ciento respectivamente, son los dos grupos con mayor necesidad no satisfecha. Por el contrario, las mujeres que están al final de su vida reproductiva (45-49 años) presentan una demanda insatisfecha reducida (3.2%), registrando una disminución de 6.5 puntos porcentuales respecto a 1987.

Conviene señalar la importante reducción de la demanda insatisfecha que registraron las mujeres de 25 a 44 años de edad.

En el cuadro 15 se advierte que a mayor paridad, mayor la reducción de la demanda insatisfecha. Las mujeres sin hijos(as) no registran disminución alguna de la demanda insatisfecha; por el contrario, se advierte un ligero incremento entre 1987 y 1997.

Gráfica 38.
Demanda total, demanda satisfecha y demanda insatisfecha
de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil unidas, 1987 y 1997



Fuente: estimaciones de Consejo Nacional de Población con base en la ENFES, 1987, y la ENADID, 1997.

El rezago social y la pobreza también condicionan fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. A pesar de que ha sido significativa la reducción de la demanda insatisfecha entre las mujeres con bajos niveles de escolaridad (de 45.8% a 21.8%) y entre las residentes de las áreas rurales (de 45.7% a 22.2%), continúan siendo acentuadas las diferencias con respecto a aquellas con mayores niveles de escolaridad y residentes de las áreas urbanas, quienes registraron una cifra menor a nueve por ciento. Entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena la demanda insatisfecha asciende a 25.8 por ciento (véase cuadro 15 y gráfica 39).

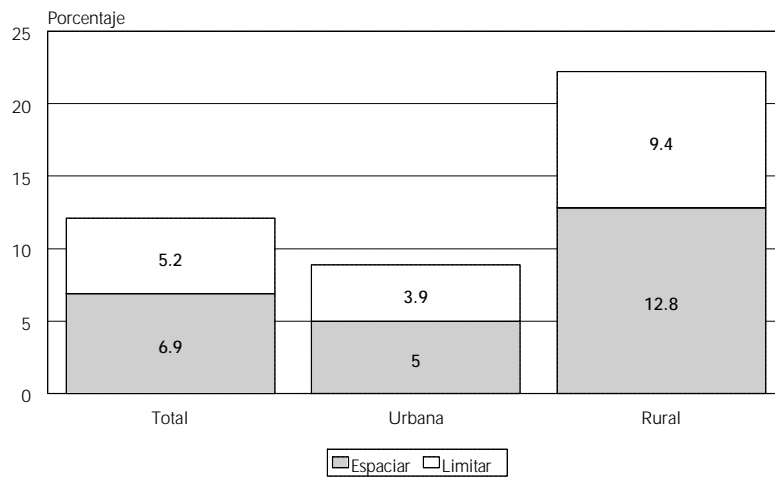
El comportamiento de la demanda insatisfecha en las entidades federativas del país está estrechamente relacionado con el desarrollo económico y social alcanzado por cada una de ellas, de tal manera que en los estados más pobres se registran los valores más altos. En Guerrero, una de cada cuatro mujeres (25.8%) se encontraba en situación de demanda insatisfecha en 1997, mientras que en Oaxaca, Chiapas, Puebla y Guanajuato una de cada cinco mujeres estaba en esa situación. En contraste, Nuevo León, Distrito Federal, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Colima, Coahuila y Chihuahua muestran los menores niveles de demanda insatisfecha, cuyos valores oscilaron entre seis y siete por ciento (véase gráfica 40).

Cuadro 15.
Demanda insatisfecha de planificación familiar
de las mujeres en edad fértil unidas, según características seleccionadas, 1987 y 1997

Características de la madre	1987			1997		
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar
Total	25.1	12.1	13.0	12.1	6.9	5.2
Grupos de edad						
15-19	33.8	27.2	6.6	26.7	23.8	2.9
20-24	31.3	21.1	10.2	21.1	17.0	4.1
25-29	31.4	15.8	15.6	14.7	9.0	5.7
30-34	23.5	8.1	15.4	10.3	4.4	5.9
35-39	23.7	8.1	15.6	9.3	2.6	6.7
40-44	15.5	3.1	12.4	6.6	1.0	5.6
45-49	9.7	1.2	8.5	3.2	0.3	2.9
Paridad						
0	8.3	8.1	0.2	11.8	10.9	0.9
1	25.8	22.4	3.4	17.3	15.3	2.0
2	21.4	12.8	8.6	10.6	6.6	4.0
3	22.0	11.7	10.3	8.6	4.1	4.5
4 y más	30.2	9.1	21.1	12.8	3.5	9.3
Lugar de residencia						
Rural	45.7	23.7	22.0	22.2	12.8	9.4
Urbana	15.9	6.9	9.0	8.9	5.0	3.9
Escolaridad						
Sin escolaridad	45.8	20.6	25.2	21.8	9.3	12.5
Primaria incompleta	32.7	15.1	17.6	16.9	8.8	8.1
Primaria completa	17.8	9.1	8.7	12.4	7.7	4.7
Secundaria y más	10.4	6.2	4.2	8.0	5.2	2.8
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	n.d.	n.d.	n.d.	25.8	14.6	11.3
No habla	n.d.	n.d.	n.d.	11.0	6.3	4.7

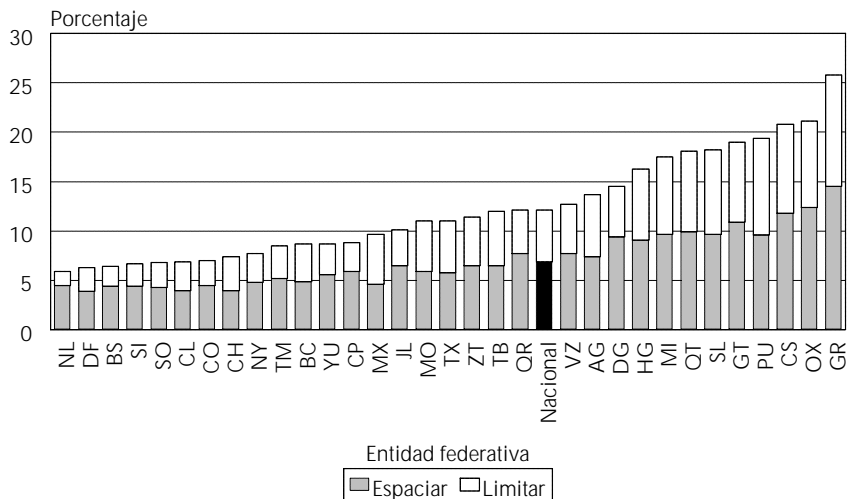
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENFES, 1987, y la ENADID, 1997.

Gráfica 39.
Porcentaje de mujeres unidas con demanda insatisfecha de anticonceptivos, según lugar de residencia, 1997



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

Gráfica 40.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997



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

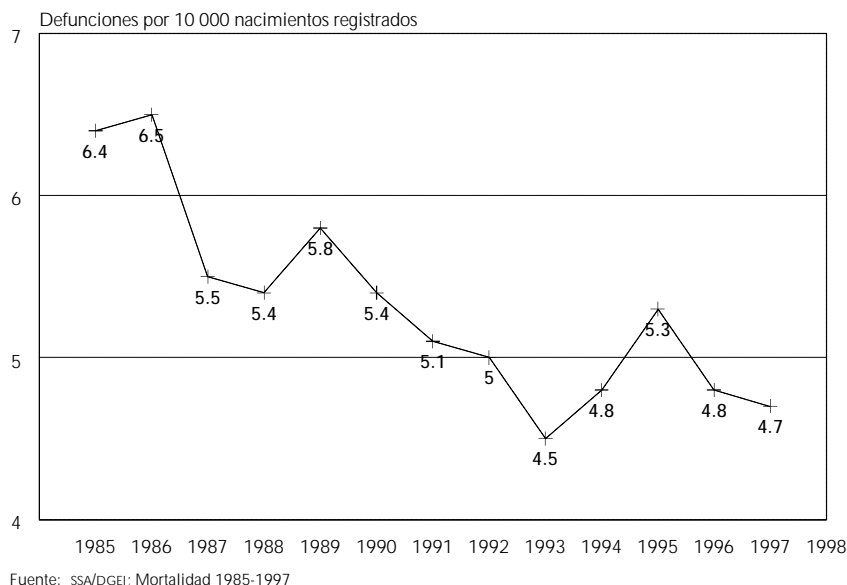
5 Salud materna

Mortalidad materna

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. La mayoría de las muertes maternas podría evitarse mediante medidas que por lo común son sencillas y de bajo costo. Asimismo, los niveles de mortalidad materna son una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población. Las mujeres más expuestas a morir por causas relacionadas o agravadas por un embarazo son las que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y en un limitado acceso a los servicios de salud.

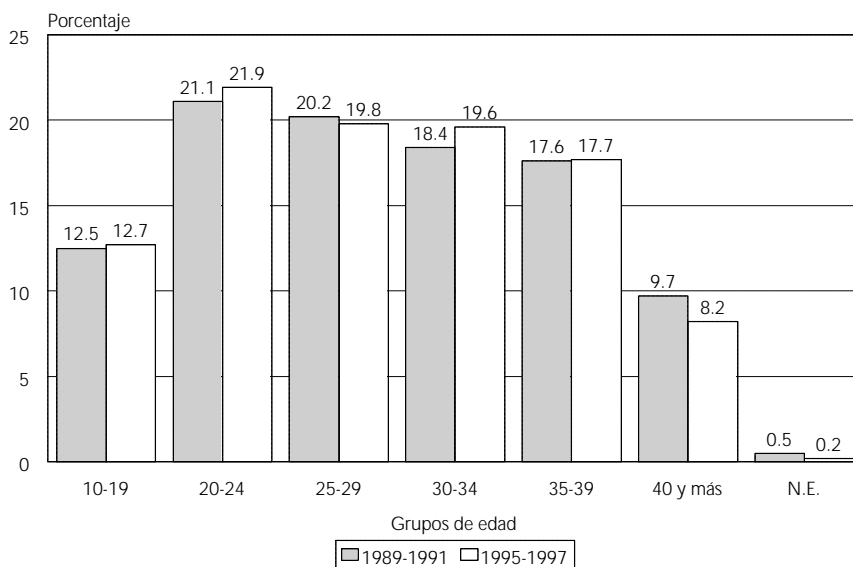
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año (véase gráfica 41).

Gráfica 41.
Tasa de mortalidad materna, 1985-1997



En el periodo 1989-1991, se registraron en México 4 409 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 4 011 en el periodo 1995-1997.¹⁶ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 42). Más de seis de cada diez mujeres (61.3%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas maternas tenían entre 20 y 34 años de edad; poco más de una de cada seis (17.7%) tenía entre 35 y 39 años, una de cada ocho (12.7%) tenía menos de 20 años y una de cada doce (8.2%) de las muertes maternas correspondió a las del grupo de 40 años y más.

Gráfica 42.
Distribución porcentual de las muertes maternas por grupos de edad, 1989-1991 y 1995-1997



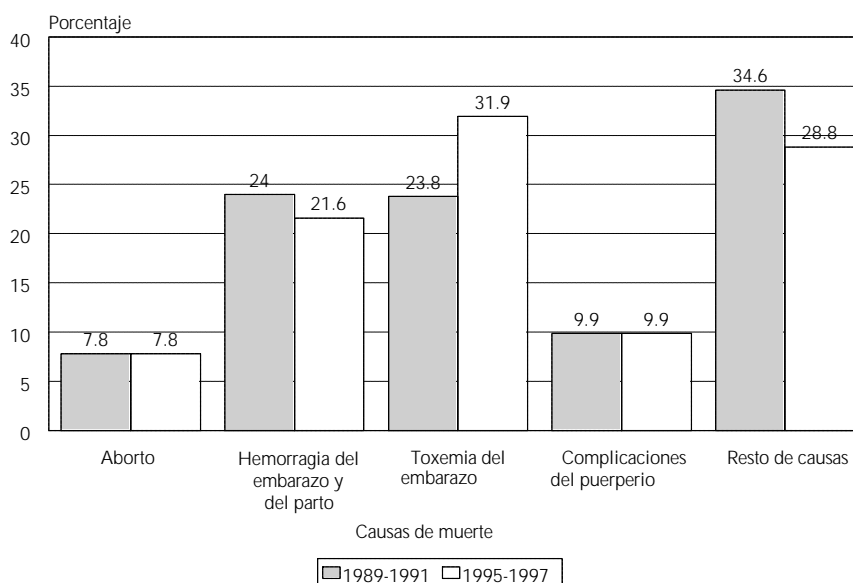
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

La toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de mortalidad materna en México, presentando un importante incremento porcentual en la década de los noventa (véase gráfica 43). Entre 1989 y 1991 esta causa fue responsable de 23.8 por ciento de las defunciones y en el periodo 1995-1997 ascendió a 31.9 por ciento. Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso relativo tuvo una ligera reducción, al pasar de 24 a 21.6 por ciento en los respectivos periodos analizados. La tercera causa más importante estuvo representada por las complicaciones del puerperio y su peso relativo se mantuvo sin

¹⁶ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

cambios: 9.9 por ciento en los dos periodos bajo observación. El aborto fue la cuarta causa de muerte materna en el país, representando 7.8 por ciento de las muertes maternas en ambos periodos. Éstas cuatro causas concentraron, entre 1995 y 1997, poco más de 70 por ciento de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

Gráfica 43.
Distribución porcentual de las muertes maternas
según causa, 1989-1991 y 1995-1997

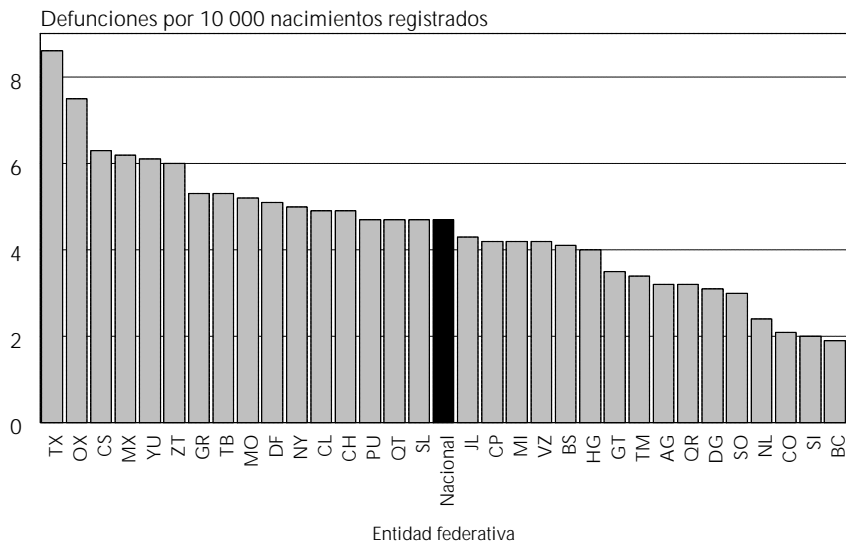


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

En la gráfica 44, se observa que de las 32 entidades federativas, tres de ellas (Puebla, Querétaro y San Luis Potosí) registraron un nivel de mortalidad materna igual al estimado a escala nacional (4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados); mientras que en 13 se registraron niveles mayores. Éstas últimas pueden agruparse en dos: *a*) aquellas cuya mortalidad materna osciló entre 4.9 y 5.3 defunciones por diez mil nacimientos registrados (Chihuahua, Colima, Nayarit, Distrito Federal, Morelos, Tabasco y Guerrero); y, *b*) las que registraron las tasas más altas, entre seis y 8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados (Zacatecas, Yucatán, estado de México, Chiapas, Oaxaca y Tlaxcala).

Dentro de las dieciseis entidades que registraron un nivel de mortalidad materna menor que el nacional, destacan Nuevo León, Coahuila, Sinaloa y Baja California, cuyas tasas oscilaron entre 2.4 y 1.9. En las 12 entidades restantes, las tasas de mortalidad materna variaron de tres a 4.3 defunciones por diez mil nacimientos registrados.

Gráfica 44.
Tasa de mortalidad materna por entidad federativa, 1997



Fuente: SSA/DGEI: Mortalidad, 1997.

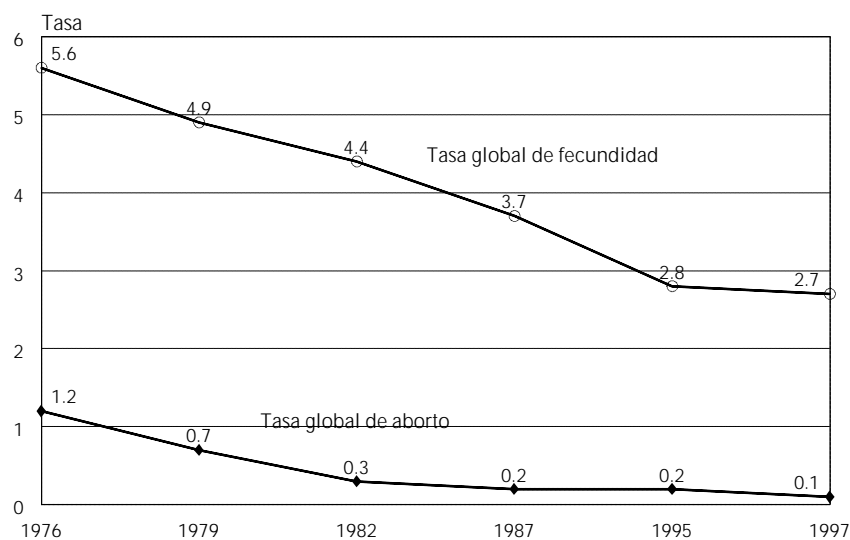
Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. A pesar de que no se cuenta con información precisa sobre el número de abortos que ocurren en el país, se estima, con base en las encuestas socio-demográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 230 mil abortos anuales, durante el periodo 1985-1987 a 220 mil entre 1990-1992 y 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de estas encuestas y con base en el modelo de Bongaarts, se estima que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997.¹⁷ El porcentaje de mujeres que declara haber tenido por lo menos un aborto muestra una tendencia decreciente en el tiempo, al pasar de 22.7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992 y a 19 por ciento en 1997.

¹⁷ El procedimiento para la estimación de abortos se describe en el anexo 1.

Asimismo, la *tasa global de abortos*, es decir, el promedio de abortos que tienen una mujer a lo largo de su vida fértil, ha descendido de manera acelerada entre 1976 y 1997, inclusive más rápidamente que la fecundidad: mientras que la tasa global de fecundidad disminuyó poco más de la mitad entre 1976 y 1997 (de 5.6 a 2.7 hijos promedio por mujer), la tasa de abortos se redujo a la doceava parte en el mismo periodo (de 1.2 a 0.1) (véase gráfica 45). Este descenso en los abortos ha coincidido con el rápido incremento en el uso de métodos de planificación familiar en el mismo periodo.

Gráfica 45.
Tasa global de fecundidad y tasa global de aborto, 1976-1997

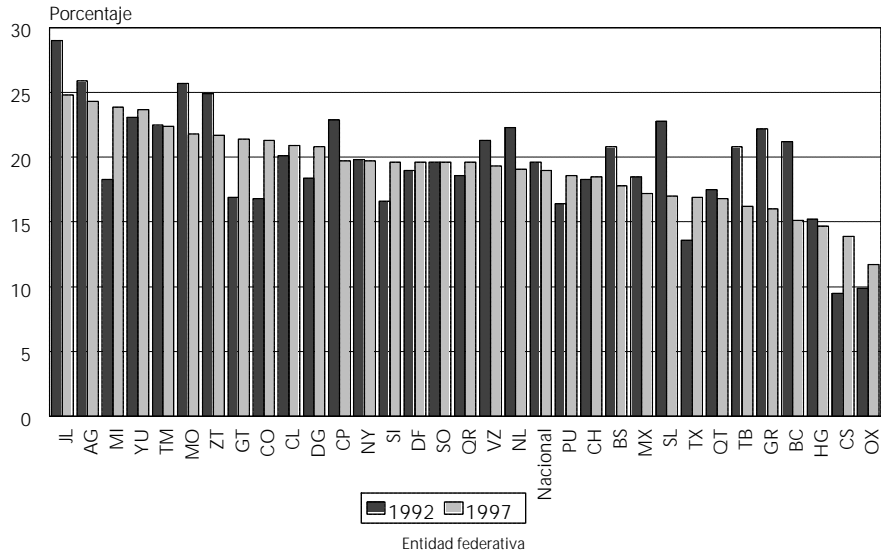


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; ENP 1979; END 1982; ENFES 1987; ENPF 1995 y ENADID, 1997.

La proporción de mujeres alguna vez embarazadas que ha experimentado al menos un aborto se mantuvo casi constante entre 1992 y 1997 en el ámbito nacional (de 19.6% a 19%, entre un año y otro), Este descenso se registra en 18 estados de la República, mientras que en 14 se reportó un aumento. Dentro de éstos últimos, llaman la atención Michoacán, Guanajuato, Colima y Chiapas, cuyos aumentos son de aproximadamente cinco puntos porcentuales entre un año y otro (véase gráfica 46).

Las entidades con los porcentajes más altos de mujeres que han experimentado al menos un aborto son Jalisco, Aguascalientes, Michoacán, Yucatán y Tamaulipas, donde los porcentajes se situaron en 24.8, 24.3, 23.9, 23.7 y 22.4 por ciento, respectivamente. En contraparte, las entidades con la menor proporción de mujeres con abortos son Oaxaca, Chiapas, Hidalgo y Baja California (11.7, 13.9, 14.7 y 15.1 por ciento, respectivamente). En 1997, entre los dos estados extremos (Oaxaca y Jalisco) se registró una diferencia de 13.1 puntos porcentuales.

Gráfica 46.
Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas
con al menos un aborto por entidad federativa, 1992 - 1997



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

6 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

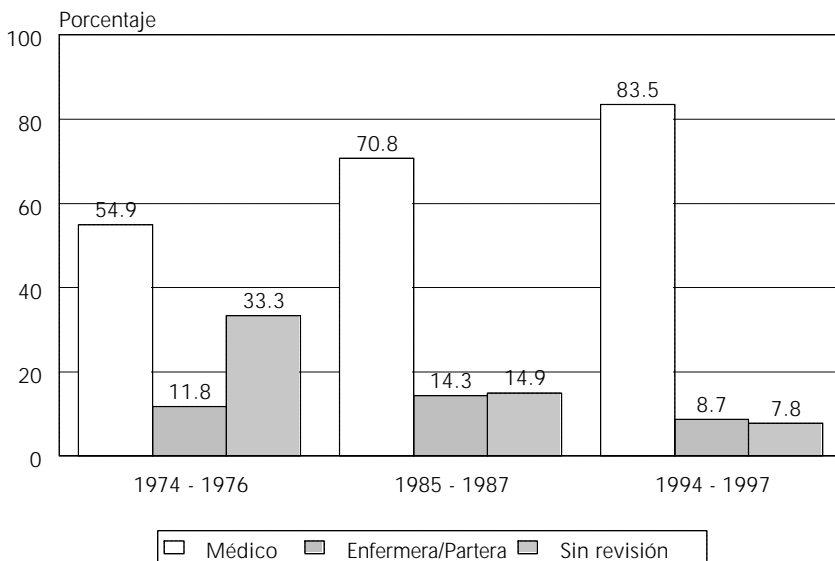
En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Sin embargo, existen condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo(a). Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal¹⁸ como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros; asegurar la mayor sobrevivencia de sus hijos; identificar los casos expuestos a riesgos específicos; hacer la remisión a servicios de salud especializados, y detectar y tratar con mayor oportunidad las patologías. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de muerte por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal por algún tipo de agente ha aumentado en el país de 66.7 por ciento en el periodo 1974-1976, a 85.1 por ciento en el periodo 1985-1987, y ascendió a 92.2 por ciento en el periodo 1994-1997 (véase gráfica 47). En este último periodo, los médicos proporcionaron 83.5 por ciento del total de las atenciones, las enfermeras o promotoras 2.5 por ciento, las parteras tradicionales 6.2 por ciento, y cerca de ocho por ciento no acudió a revisión. Un dato relevante que se puede observar es la sensible disminución en la proporción de mujeres embarazadas que cursaron su gestación sin vigilancia prenatal, al pasar de una de cada tres en el periodo 1974-1976 a una de cada trece en el periodo 1994-1997.

No obstante estos indudables avances, persisten diferencias muy acentuadas entre grupos sociales y entre las regiones del país. Por ejemplo, en la gráfica 48 se observa que en el periodo 1994-1997, la proporción de mujeres embarazadas que no tuvo vigilancia prenatal durante su último o penúltimo embarazo fue 3.2 veces mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas (15.1% y 4.7%, respectivamente). Asimismo, aunque ha aumentado la participación de los

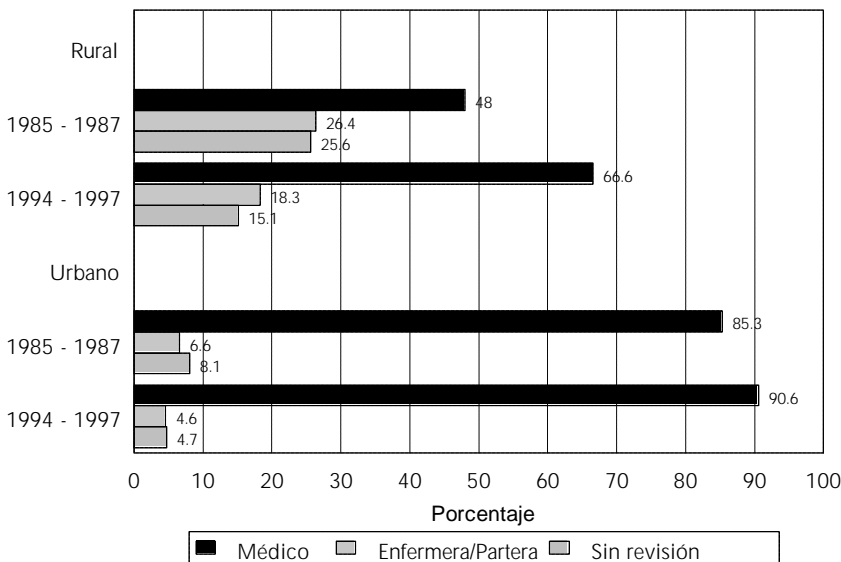
¹⁸ La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

Gráfica 47.
Atención prenatal por tipo de agente, 1974-1976, 1985-1987 y 1994-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; ENFES, 1987 y ENADID, 1997.

Gráfica 48.
Atención prenatal por tipo de agente,
según lugar de residencia, 1985-1987 y 1994-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENFES, 1987 y ENADID, 1997.

médicos en la atención prenatal entre 1985-1987 y 1994-1997, todavía la proporción de mujeres rurales gestantes que reciben atención de este personal es mucho menor a la de mujeres urbanas (66.6% y 90.6%, respectivamente).

El elevado porcentaje de mujeres que acudió con un médico para la atención prenatal varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento (véase cuadro 16). El porcentaje más bajo de mujeres que recibió atención prenatal con un médico lo registran las mujeres de 35 años y más (75.3% contra 85% de las mujeres de 20 a 34 años), y aquellas con cuatro hijos(as) o más (68.9% contra 91.9% de las primíparas). Al analizar el nivel de escolaridad, se observó que fueron las mujeres sin escolaridad las que en menor proporción se atendieron con este agente de salud: 51.1 contra 95.6 por ciento de las que tenían estudios de secundaria y más. Asimismo, la condición de habla de alguna lengua indígena discrimina de manera importante la atención prenatal medicalizada: 56.1 por ciento de las mujeres que presentan esta característica asistieron con un médico para la atención de su embarazo, contra 86.3 por cien-

Cuadro 16.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por agente que revisó a la madre durante el embarazo, según características seleccionadas, 1994 - 1997

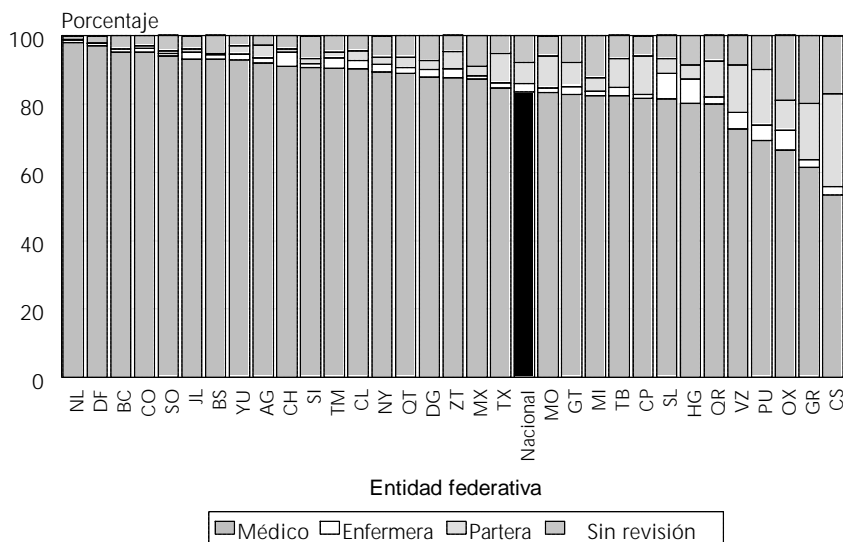
	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	83.5	2.5	6.2	7.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	81.2	3.3	7.7	7.7
20-34	85.0	2.3	5.7	6.9
35-49	75.3	2.1	7.8	14.8
Orden de nacimiento				
1	91.9	2.1	3.3	2.7
2	88.7	2.2	4.3	4.7
3	84.5	2.5	5.9	7.1
4 o más	68.9	3.1	11.4	16.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	51.1	3.3	18.4	27.2
Primaria incompleta	67.2	4.4	13.4	15.0
Primaria completa	83.3	3.2	6.1	7.4
Secundaria y más	95.6	1.2	1.3	1.9
Lugar de residencia				
Urbano	90.6	1.4	3.2	4.7
Rural	66.6	5.0	13.3	15.2
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	56.1	5.5	15.7	22.7
No habla	86.3	2.2	5.2	6.3

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

to de aquellas que no la presentan. Cabe destacar que más de una de cada cinco mujeres que hablan lengua indígena y poco más de una de cada cuatro sin escolaridad no acuden por atención prenatal con algún agente de salud, lo que se asocia no sólo con problemas de cobertura de los servicios de salud, sino también con percepciones convencionales que suponen que el embarazo no requiere de cuidados especiales.

Entre las entidades federativas también se observan diferencias acentuadas en la cobertura de la atención prenatal con algún tipo de agente de salud (véase gráfica 49). En la gran mayoría de ellas (27 entidades) se han alcanzado coberturas mayores a 90 por ciento. Sólo en las entidades con mayor porcentaje de población rural, pero sobre todo indígena, se registran porcentajes de diez por ciento o más de mujeres que no cursan revisión alguna durante el embarazo: Guerrero (19.9%) Oaxaca (19%), Chiapas (17%), Michoacán (12.4%) y Puebla (10%).

Gráfica 49.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por tipo de agente que brindó la atención prenatal, según entidad federativa, 1994-1997



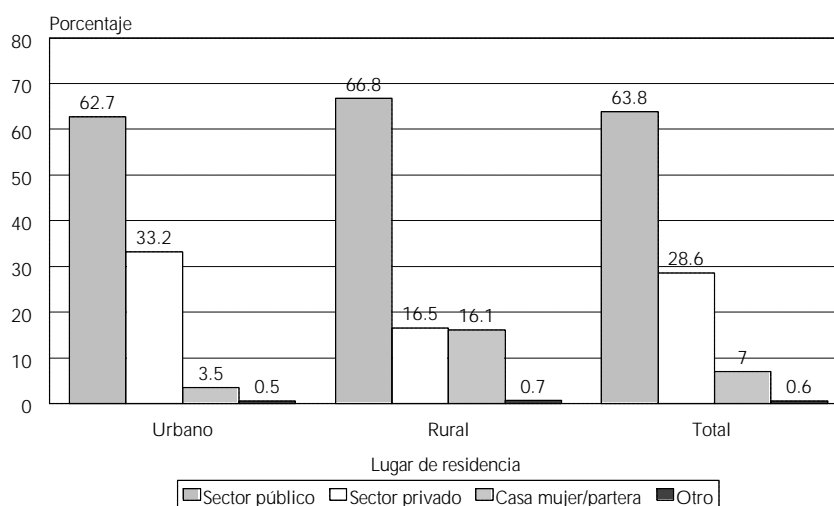
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Cuatro estados presentan una cobertura casi universal en la atención prenatal con personal médico: Nuevo León (98%), Distrito Federal (97.1%), Baja California (95.1%) y Colima (95.1%). En 14 entidades, adicionales, el valor de este indicador asciende a alrededor de nueve de cada diez mujeres que tuvieron el último y penúltimo hijo nacido vivo entre 1994 y 1997 (Sonora, Jalisco, Baja California Sur, Yucatán, Aguascalientes, Chihuahua, Sinaloa, Tamaulipas, Colima, Nayarit, Querétaro, Durango, Zacatecas y México). En nueve entidades, los porcentajes oscilan alrededor de ocho de cada diez mujeres, y finalmente en cinco estados la proporción oscila entre siete y cinco de cada diez: Veracruz (72.7%), Puebla (69.3%), Oaxaca (66.5%), Guerrero (61.4%) y Chiapas (53.3%). Cabe resaltar que los valores que registran Puebla y Oaxaca son similares a los que presentaba el país en su conjunto diez años antes (69.3% y 66.5%, respectivamente, en el periodo 1985-1987), mientras que Guerrero y Chiapas presentan un rezago de al menos 20 años en la atención prenatal medicalizada.

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 50). El sector público atendió a 63.8 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, el sector privado atendió a 28.6 por ciento, y siete por ciento se atendió en casa. La proporción de usuarias atendidas en el sector público fue mayor en el medio rural que en el urbano (66.8% y 62.7%, respectivamente). Sin embargo, en la atención por parte del sector privado se aprecian mayores diferencias: mientras que una de cada tres mujeres urbanas recurrió a este sector para la atención del embarazo, esta relación se redujo a una de cada seis en el medio rural.

Gráfica 50.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar de atención del embarazo, según lugar de residencia, 1994-1997



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

Inicio de la atención prenatal

El trimestre en el que inicia la atención prenatal es un indicador útil, ya que permite medir la oportunidad de la atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños a la salud materna e infantil. La Norma Oficial Mexicana para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido considera que un control adecuado del embarazo debe iniciar en el primer trimestre de gestación.

En México, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 74.1 por ciento; 21.4 por ciento inició en el segundo trimestre; y 4.6 por ciento en el tercero (véase cuadro 17). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno de la atención prenatal: mientras que poco más de cinco de cada diez mujeres sin escolaridad iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a poco más de ocho de cada diez entre aquéllas con secunda-

ria y más. El inicio oportuno también fue significativamente mayor entre las residentes de las zonas urbanas (77.7% contra 64.6% en las zonas rurales), y entre las mujeres que no hablan alguna lengua indígena (75.5% contra 57.2% de las que sí lo hacen). En contraste las mujeres que inician tardíamente la atención prenatal son las que hablan alguna lengua indígena, las que residen en el medio rural y, particularmente, las mujeres sin escolaridad.

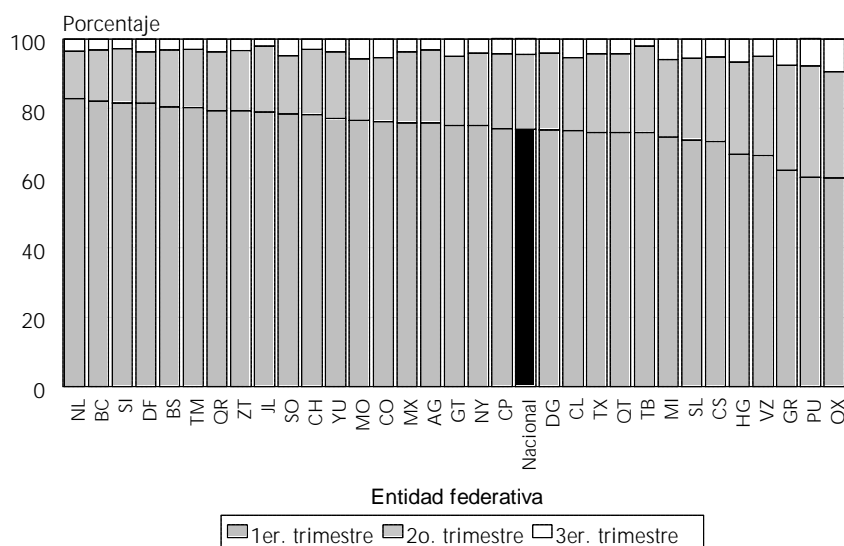
Cuadro 17.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por trimestre de inicio de la atención prenatal, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Trimestre de inicio de la atención prenatal		
	1er.	2o.	3er.
Total	74.1	21.4	4.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	67.9	26.3	5.8
20-34	76.0	20.0	4.1
35-49	69.9	23.8	6.2
Escolaridad			
Sin escolaridad	52.6	37.8	9.6
Primaria incompleta	64.4	27.8	7.8
Primaria completa	69.6	25.2	5.2
Secundaria y más	82.2	15.4	2.5
Lugar de residencia			
Urbano	77.7	18.5	3.8
Rural	64.6	28.9	6.5
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	57.2	34.0	8.8
No habla	75.5	20.3	4.2

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

En 19 entidades federativas, el inicio oportuno fue mayor que el registrado para el país en su conjunto (véase gráfica 51). Dentro de éstas destacaron seis entidades que registraron un porcentaje de inicio oportuno mayor a 80 por ciento: Tamaulipas (80.3%), Baja California Sur (80.4%), Distrito Federal (81.5%), Sinaloa (81.6%), Baja California (82.2%) y Nuevo León (82.8%). En ocho entidades este porcentaje osciló entre 76.3 por ciento (Coahuila) y 79.4 por ciento (Quintana Roo); mientras que en cinco fue ligeramente mayor al registrado por el ámbito nacional: Campeche (74.2%), Nayarit (75.1%), Guanajuato (75.2%), Aguascalientes (75.9%) y el estado de México (75.9%). Finalmente, en ocho entidades, el inicio oportuno fue ligeramente menor al nacional, oscilando entre 70.5 por ciento (Chiapas) y 73.8 por ciento (Durango). Las cinco entidades más rezagadas en esta materia son: Hidalgo (66.8%), Veracruz (66.4%), Guerrero (62.3%), Puebla (60.3%) y Oaxaca (60.1%).

Gráfica 51.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por trimestre de inicio de la atención prenatal, según entidad federativa, 1994-1997



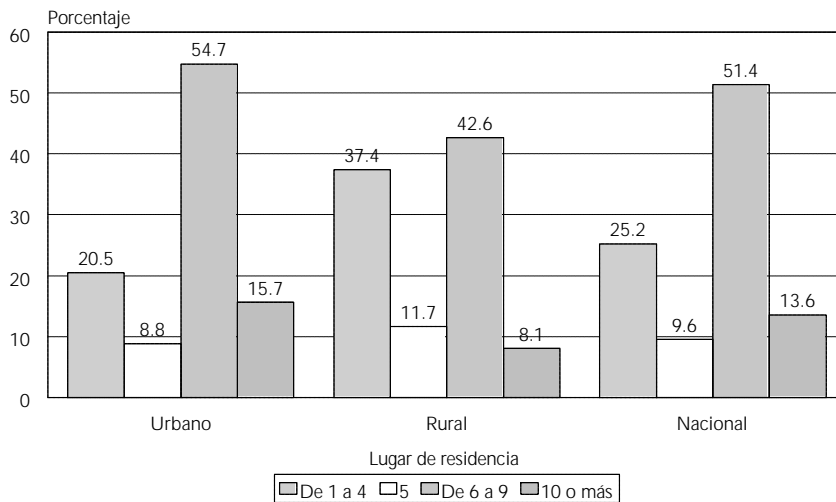
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En México, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.9 consultas (7.3 en las áreas urbanas y 5.8 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada cuatro mujeres mexicanas recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a cerca de cuatro de cada diez entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 52).

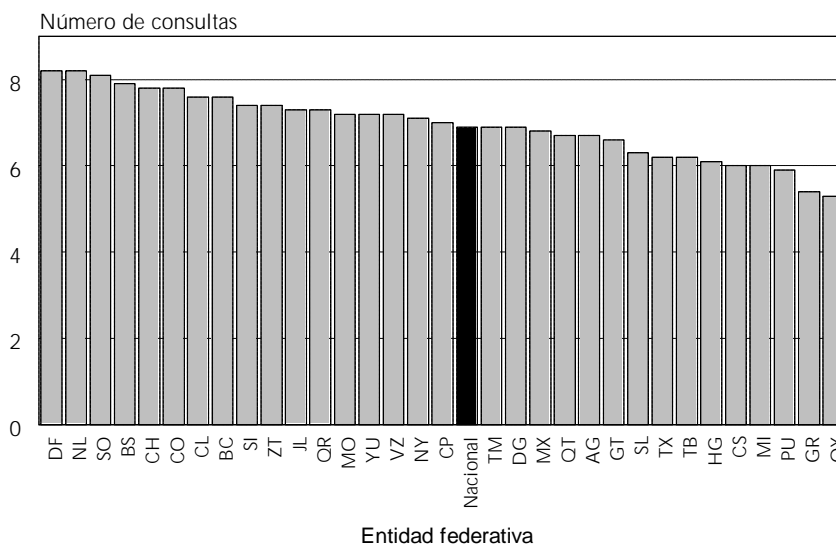
En todas las entidades federativas, el promedio de consultas prenatales sobrepasa lo recomendado por la Norma oficial respectiva (cinco consultas mínimo). Sin embargo, se encuentran diferencias notables entre los estados. Mientras que en Puebla, Guerrero y Oaxaca el promedio de consultas fue de 5.9, 5.4 y 5.3 respectivamente; en Sonora fue de 8.1 y en Nuevo León y el Distrito Federal de 8.2 en cada caso (véase gráfica 53). En 14 entidades federativas el promedio de consultas prenatales osciló entre siete y 7.9, mientras que en diez estados el rango se situó entre seis y 6.8 consultas promedio. Dos estados, Tamaulipas y Durango, registraron un promedio igual al nacional (6.9 consultas).

Gráfica 52.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por número de consultas prenatales, según lugar de residencia, 1994-1997



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

Gráfica 53.
Promedio de consultas prenatales
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por entidad federativa, 1994-1997

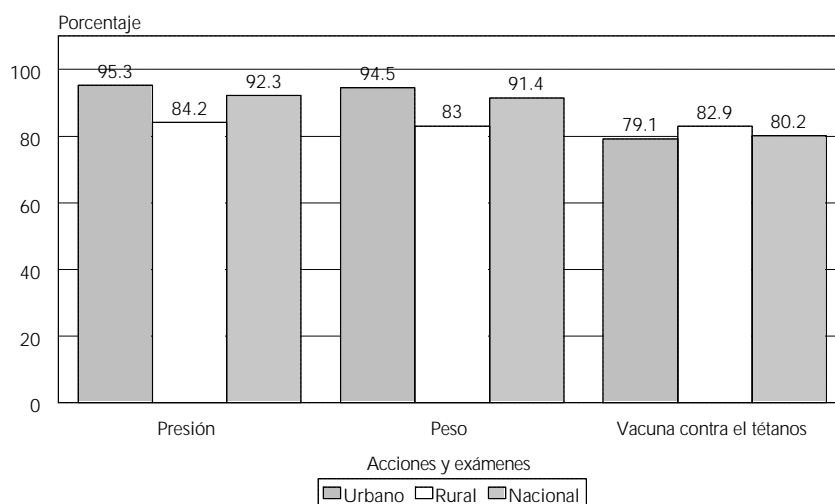


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 92.3 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial, a 91.4 por ciento se le pesó, y a 80.2 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 54).

El porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, con diferencias de alrededor de once puntos porcentuales (en el caso de la presión y el peso) con respecto a las mujeres que residen en localidades rurales. En el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta atención (82.9% contra 79.1% en áreas urbanas).

Gráfica 54.
Porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
a cuyas madres les fueron practicados acciones y exámenes de salud
durante las revisiones prenatales, por lugar de residencia, 1994 - 1997



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

En relación con la calidad de los servicios de la atención prenatal, en el cuadro 18 se observa que, en dieciséis entidades federativas, a más de 95 por ciento de las mujeres que tuvieron a su último o penúltimo hijo(a) vivo entre 1994 y 1997 se le tomó la presión arterial, en diez entidades el porcentaje fue similar al registrado a escala nacional, mientras que los porcentajes más bajos se registraron en Tabasco (89.1%), Veracruz (87.1%), Oaxaca (86.7%), Puebla (82.6%), Guerrero (76.2%) y Chiapas (72.5%). La distancia que separa a Chiapas de Sonora (la entidad con el mayor control de presión) es de 26 puntos porcentuales.

Cuadro 18.
Porcentaje de últimos y penúltimos hijos
nacidos vivos a cuyas madres les fueron practicados
acciones y exámenes de salud durante las revisiones prenatales,
por entidad federativa, 1994 - 1997

Entidad Federativa	Presión	Peso	Vacuna contra el tétanos
Nacional	92.3	91.4	80.2
Aguascalientes	95.3	94.7	79.9
Baja California	98.1	98.0	75.4
Baja California Sur	97.8	98.6	91.0
Campeche	91.5	90.4	93.2
Coahuila	97.4	98.2	85.5
Colima	97.4	97.1	88.6
Chiapas	72.5	71.8	78.0
Chihuahua	98.5	98.4	77.4
Distrito Federal	97.2	97.3	63.8
Durango	94.4	94.2	89.6
Guanajuato	92.4	90.3	79.0
Guerrero	76.2	71.6	73.1
Hidalgo	93.9	92.2	86.2
Jalisco	97.5	96.9	81.5
México	95.1	93.4	73.8
Michoacán	91.1	90.8	73.8
Morelos	90.3	90.5	83.4
Nayarit	95.2	95.1	90.9
Nuevo León	98.2	99.7	83.3
Oaxaca	86.7	86.4	82.3
Puebla	82.6	79.7	71.8
Querétaro	94.4	94.3	83.9
Quintana Roo	90.6	90.6	88.4
San Luis Potosí	94.1	94.6	85.6
Sinaloa	97.4	97.2	95.8
Sonora	98.6	97.1	84.3
Tabasco	89.1	89.1	92.7
Tamaulipas	96.9	95.1	87.1
Tlaxcala	93.3	89.4	82.5
Veracruz	87.1	85.5	88.4
Yucatán	95.0	96.3	89.2
Zacatecas	95.2	94.1	90.6

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

Con respecto al peso, 20 entidades federativas registraron un porcentaje mayor que el estimado para el país en su conjunto, con un rango que osciló de 92.2 por ciento en Hidalgo a 99.7 por ciento en Nuevo León. Alrededor de 90 por ciento de las mujeres de Guanajuato, Campeche, Morelos, Quintana Roo, Michoacán y Tlaxcala les fue practicado este examen de salud; los porcentajes más bajos se registraron, de nueva cuenta, en Tabasco (89.1%), Oaxaca (86.4%), Veracruz (85.5%), Puebla (79.7%), Chiapas (71.8%) y Guerrero (71.6%).

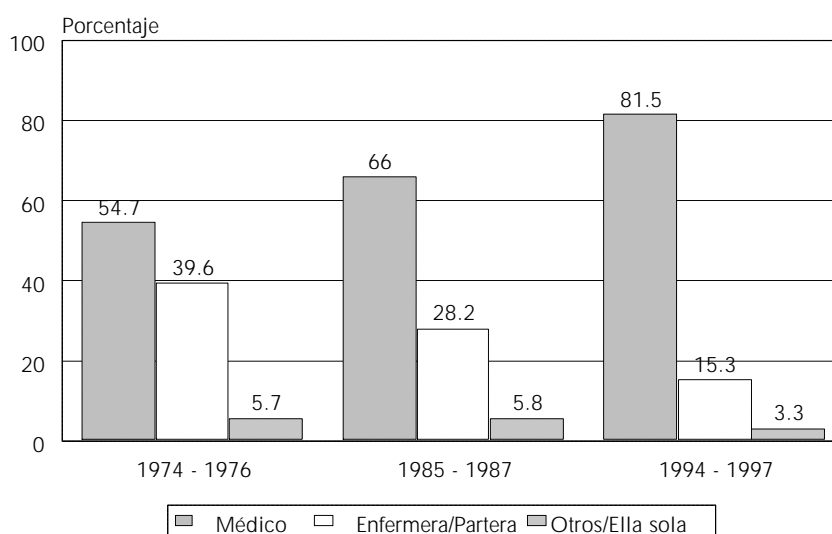
En 22 entidades federativas, el porcentaje de aplicación de la vacuna contra el tétanos fue mayor que la registrada para el país, con proporciones que oscilaron de 81.5 por ciento en Jalisco a 95.8 por ciento en Sinaloa. Las ocho entidades que presentaron los menores porcentajes fueron Chiapas (78%), Chihuahua (77.4%), Baja California (75.4%), estado de México (73.8%), Michoacán (73.8%), Guerrero (73.1%), Puebla (71.8%) y el Distrito Federal (63.8%). Cabe destacar que Oaxaca, Veracruz y Tabasco, que presentaron porcentajes menores al nacional en la toma de la presión y la medición del peso, se situaron por encima del estimado para el conjunto del país, en la aplicación de la vacuna contra el tétanos.

Atención del parto

Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. Asimismo, la falta de disponibilidad de los recursos médico-hospitalarios y las deficiencias en la atención del parto con frecuencia ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y de su hijo(a), ya que una parte importante de las complicaciones del embarazo se presenta alrededor del momento del alumbramiento.

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, al pasar de 54.7 en el periodo 1974-1976 a 66 por ciento entre 1985-1987 y a 81.5 por ciento en el periodo 1994-1997 (véase gráfica 55). En asociación directa, la atención del parto por una enfermera o partera registró una disminución gradual en los periodos de referencia, al pasar de 39.6 por ciento en el primer periodo bajo observación, a 15.3 por ciento en el último periodo indicado.

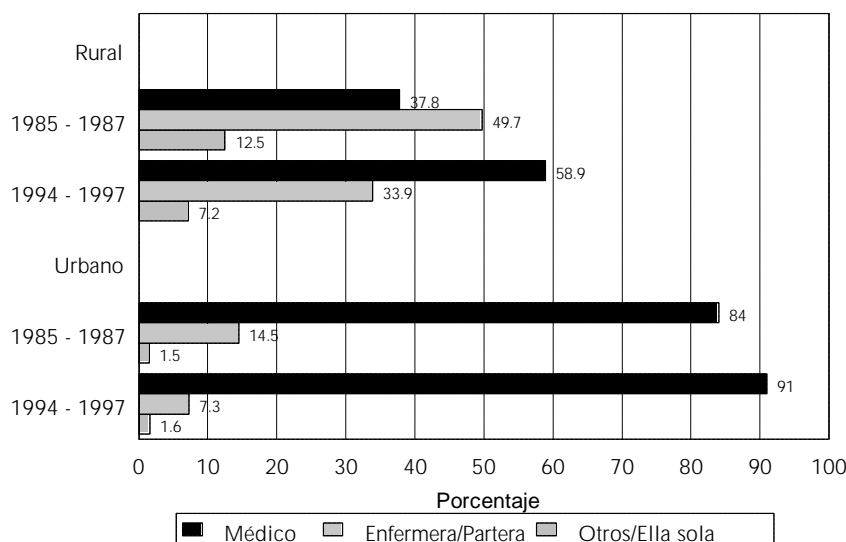
Gráfica 55.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por agente que atendió el parto, 1974 - 1976, 1985 - 1987 y 1994 - 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; ENFES, 1987 y ENADID, 1997.

Los esfuerzos de extensión de cobertura, la accesibilidad a los servicios y, en general, la mayor información a la población, han conducido a que la brecha en el proceso de medicalización de la atención obstétrica entre la zona urbana y la rural se redujera. Mientras que en el periodo 1985-1987, 37.8 por ciento de las mujeres rurales atendió su parto con un médico, esta proporción aumentó a 58.9 por ciento en el periodo 1994-1997 (véase gráfica 56). En el ámbito urbano, estos porcentajes fueron de 84 y 91 por ciento, respectivamente. Estos aumentos implicaron una reducción de 14.1 puntos porcentuales en la brecha señalada. En relación directa con el aumento de la medicalización en la atención del parto, el peso de aquéllos atendidos por una enfermera o por una partera disminuyó en los periodos de referencia, al pasar de 49.7 a 33.9 por ciento en las localidades rurales; y de 14.5 a 7.3 por ciento en las localidades urbanas.

Gráfica 56.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por agente que atendió el parto, según lugar de residencia, 1985 - 1987 y 1994 - 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENFES, 1987 y ENADID, 1997.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención del parto, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento (véase cuadro 19). El porcentaje más bajo de mujeres que recibió atención obstétrica con un médico lo registran las mujeres de 35 años y más (75.7% contra 82.7% de las mujeres de 20 a 34 años), y aquéllas con cuatro hijos(as) o más (64.6% contra 91.4% de las primíparas). Al analizar el nivel de escolaridad, se observa que son las mujeres sin escolaridad las que en menor proporción se atendieron con este agente de salud: 46.8 por ciento contra 95 por ciento de las que tenían estudios de secundaria y más. Asimismo, la condición de habla de alguna lengua indígena discrimina de manera importante la atención obstétrica medicalizada: 41.3 por ciento de las mujeres que presentan esta característica asistieron con un médico para la atención del parto, contra 85.7 por ciento de aquellas que no la presentan.

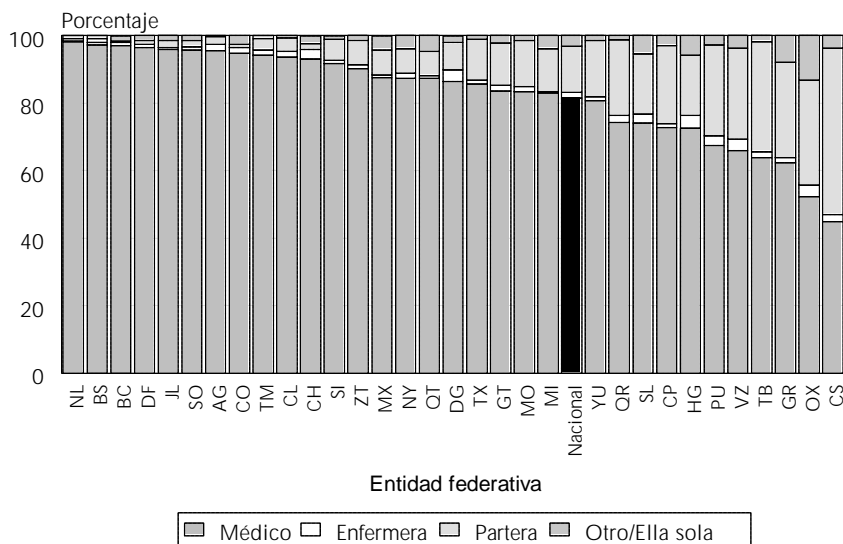
Cuadro 19.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por agente que atendió el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	81.5	1.7	13.6	3.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	79.2	2.3	15.7	2.8
20-34	82.7	1.5	12.7	3.1
35-49	75.7	1.9	16.7	5.6
Orden de nacimiento				
1	91.4	1.3	6.3	1.0
2	87.1	1.5	9.3	2.1
3	83.3	1.4	12.7	2.7
4 o más	64.6	2.3	25.9	7.2
Escolaridad				
Sin escolaridad	46.8	2.5	38.2	12.5
Primaria incompleta	63.4	2.8	27.7	6.1
Primaria completa	80.9	2.3	14.5	2.4
Secundaria y más	95.0	0.8	3.2	1.1
Lugar de residencia				
Urbano	91.0	1.1	6.2	1.6
Rural	58.9	2.9	31.0	7.2
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	41.3	3.4	42.5	12.8
No habla	85.7	1.5	10.5	2.3

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

El porcentaje de mujeres que tuvo a su último o penúltimo hijo en el periodo 1994-1997 y que fue atendida por un médico es muy desigual entre las entidades federativas (véase gráfica 57). Nuevamente, son las entidades con mayor desarrollo relativo las que presentan una cobertura casi universal —Nuevo León (98.1%), Baja California Sur (97.1%), Baja California (97%), Distrito Federal (96.4%), Jalisco (95.8%), Sonora (95.6%) y Aguascalientes (95.4%)—, mientras que Oaxaca y Chiapas presentaron los menores porcentajes: 52.3 y 44.8 por ciento, respectivamente, similares a los registrados en el país veinte años atrás. Asimismo, Puebla (67.4%), Veracruz (65.8%), Tabasco (63.9%) y Guerrero (62.2%) presentaron niveles bajos de partos atendidos por personal médico, semejantes a los registrados por el país diez años atrás.

Gráfica 57.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por tipo de agente que atendió el parto, según entidad federativa, 1994-1997



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

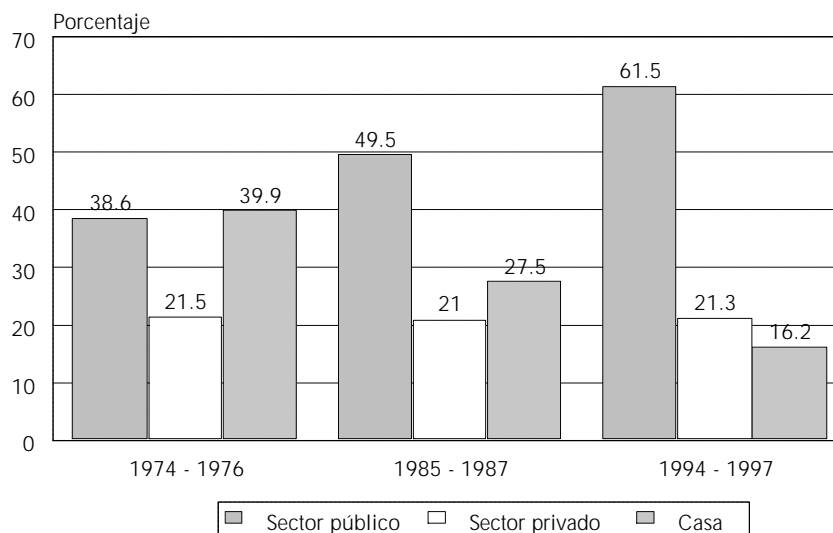
Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 82.8 por ciento de los alumbramientos ocurridos en el periodo 1994-1997 se atendieron en una institución de salud: 61.5 por ciento de las mujeres acudieron al sector público para su atención y 21.3 por ciento acudió al sector privado (véase gráfica 58). Solamente una de cada seis mujeres (16.2%) se atendió el parto en casa. Conviene resaltar el importante incremento en la participación de las instituciones públicas de salud en la atención del parto: en el periodo 1974-1976, únicamente 38.6 por ciento de las mujeres acudía a ellas; la cifra ascendió a 49.5 por ciento en el periodo 1985-1987, situándose en poco más de 60 por ciento en el periodo 1994-1997, esto es, un incremento de 59.3 por ciento entre los periodos extremos. Ello trajo como consecuencia que durante el periodo de referencia disminuyera el porcentaje de partos que fueron atendidos en casa, de 39.9 a 16.2 por ciento, mientras que el peso relativo de las clínicas y hospitales del sector privado se mantuvo en alrededor de 21 por ciento en los tres periodos de referencia.

Al desagregar las instituciones públicas de salud, destaca el IMSS como la principal fuente de atención obstétrica (32.9%), siguiendo en importancia los servicios de salud privados (21.3%), la Secretaría de Salud (17%), la casa de la mujer o de la partera (16.2%), y el ISSSTE y otras instituciones públicas (PEMEX, SDN y SM) (11.6%) (véase cuadro 20).

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud para la atención del parto. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS (40.4%) y al sector privado (28%). Mientras que las mujeres sin escolaridad con mayor frecuencia se atendieron el parto en casa (48.6%) y acudieron a la SSA (18.8%).

Gráfica 58.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos e hijas nacidos vivos
por lugar donde fue atendido el parto, 1974-1976, 1985-1987 y 1994-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; ENFES, 1987 y ENADID, 1997.

Cuadro 20.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar
donde fue atendido el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Lugar de atención del parto						
	IMSS/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa	Otro /no especificado
Total	32.9	3.3	17.0	8.3	21.3	16.2	1.0
Escolaridad							
Sin escolaridad	13.9	0.2	18.8	7.4	9.6	48.6	1.4
Primaria incompleta	21.7	0.8	22.2	8.6	12.6	32.8	1.4
Primaria completa	33.2	1.6	21.3	7.6	18.5	16.7	1.2
Secundaria y más	40.4	5.7	12.4	8.7	28.0	4.1	0.7
Lugar de residencia							
Urbano	38.2	4.3	14.7	9.5	24.8	7.6	0.9
Rural	20.2	1.1	22.3	5.3	12.8	36.9	1.3
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	18.2	1.0	14.2	4.5	6.7	54.3	1.2
No habla	34.4	3.6	17.2	8.7	22.8	12.3	1.0

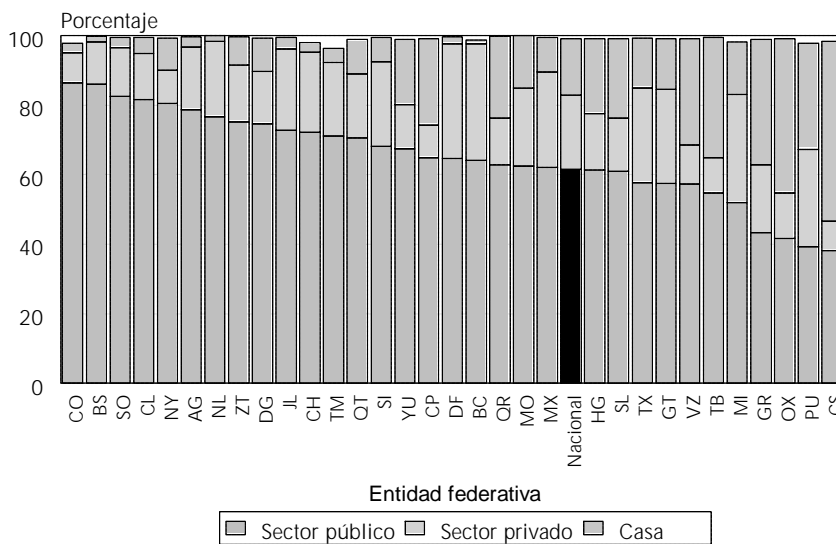
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron, de nueva cuenta, el IMSS y el sector privado (38.2% y 24.8%, respectivamente), en tanto que en el medio rural, 36.9 por ciento de las mujeres se atendieron en su domicilio o en casa de la partera y 22.3 por ciento en la SSA. A diferencia del medio urbano, el IMSS tuvo en las localidades rurales una participación ligeramente menor a la SSA (20.2% y 22.3%, respectivamente).

Más de la mitad de las mujeres que hablan alguna lengua indígena (54.3%) se atendió el parto en casa, y esta proporción es sensiblemente menor entre las mujeres que no reúnen esta característica: una de cada ocho (12.3%). Asimismo, solamente 18.2 por ciento de las primeras acudieron al IMSS, proporción que ascendió a 34.4 por ciento entre las segundas.

En la mayoría de las entidades federativas (21), el sector público tuvo una cobertura en la atención del parto mayor que la registrada en el ámbito nacional. Esta cobertura osciló entre 62.1 por ciento (estado de México) y 86.3 por ciento (Coahuila). En este último estado, junto con Baja California Sur, Sonora y Colima, se presentaron los porcentajes más elevados de mujeres que acudieron a las instituciones de salud del sector público para la atención del parto (85.9, 82.5 y 81.5 por ciento, respectivamente), mientras que en Chiapas, Puebla, Oaxaca y Guerrero se registraron los porcentajes más bajos (38.2, 39.3, 41.7 y 43.4 por ciento, respectivamente) debido a la mayor preferencia de la población de estas entidades hacia los agentes de salud comunitarios (véase gráfica 59).

Gráfica 59.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por lugar de atención del parto, según entidad federativa, 1994-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENAD, 1997.

Tipo de parto

La mayoría de los partos ocurridos durante el periodo 1994-1997 se resolvió por vía vaginal, mientras que en poco más de uno de cada cuatro alumbramientos (26.5%) se utilizó la operación cesárea (véase cuadro 21). Cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal de este tipo de intervención no debe exceder 20 por ciento.

Cuadro 21.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	73.5	26.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	78.6	21.4
20-34	72.4	27.6
35-49	73.1	26.9
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	67.9	32.1
SSA	80.3	19.7
Otras públicas	64.5	35.5
Sector privado	60.0	40.0
Lugar de residencia		
Urbano	67.8	32.2
Rural	87.0	13.0

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

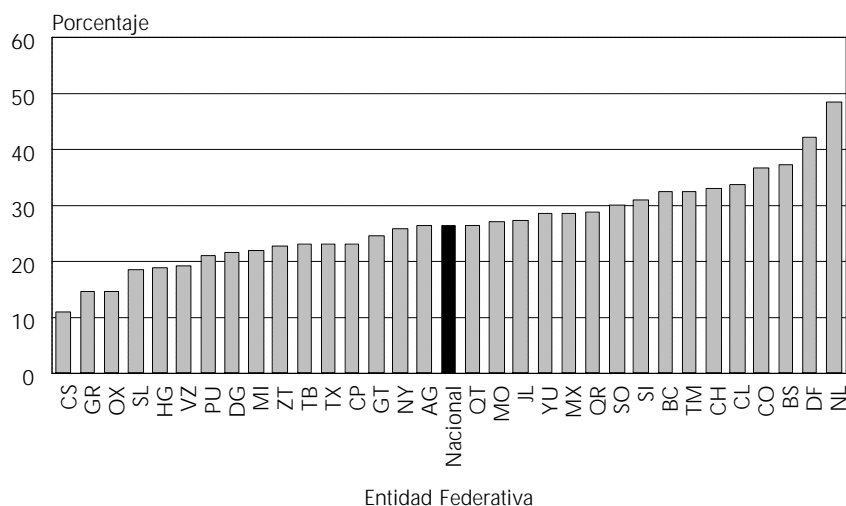
El porcentaje de partos resueltos por cesárea es menor entre las madres adolescentes (21.4%) que entre las mujeres de 20 a 34 y de 35 a 39 años de edad (27.6% y 26.9%, respectivamente). Por otro lado, la práctica de la cesárea es 2.5 veces mayor en el medio urbano (32.2%) que en el rural (13%).

De los partos que se atendieron en el sector privado, 40 por ciento se resolvieron mediante la operación cesárea; en contraste, en la Secretaría de Salud este porcentaje ascendió a 19.7 por ciento, mientras que en el IMSS y en otras instituciones públicas (PEMEX, SM y SDN) la cifra fue de 32.1 y 35.5 por ciento, respectivamente.

La mayoría de las entidades federativas (26) presentan porcentajes de partos por cesárea mayores a lo recomendado por la norma de salud. Los seis estados que registran niveles menores de 20 por ciento se encuentran entre los once que registran niveles de medicalización del parto por debajo de la media nacional (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, San Luis Potosí, Hidalgo, y Veracruz). En contraparte, en las doce entidades más medicalizadas del país se encuentran los

diez estados que registran los porcentajes mayores de cesáreas, con cifras que oscilan entre 30 y casi 50 por ciento de los partos atendidos en el periodo 1994-1997 (véase gráfica 60). La diferencia entre Nuevo León y Chiapas, los dos estados extremos, fue de más de 37 puntos porcentuales.

Gráfica 60.
Porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por cesárea, según entidad federativa, 1994-1997



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

Atención durante el puerperio

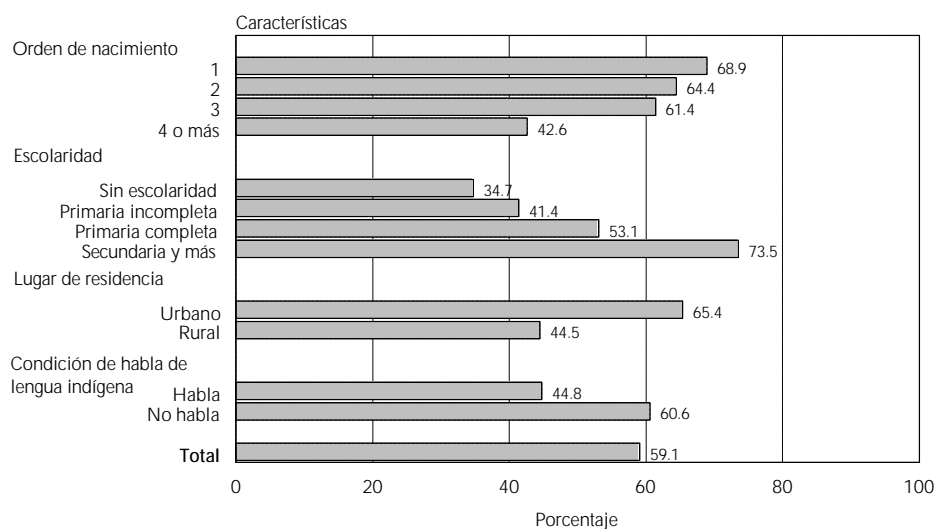
La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención durante el puerperio constituye una ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar. En el ámbito nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, pues sólo acudió 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto entre 1994 y 1997.

Las mujeres que utilizaron este servicio con menor frecuencia fueron aquéllas con cuatro hijos(as) o más (42.6% contra 68.9% de las primíparas); las mujeres sin escolaridad (34.7% contra 73.5% de las mujeres con secundaria y más), las que residían en localidades rurales (44.5%, en tanto que 65.4% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio), y las mujeres que hablaban alguna lengua indígena (44.8% contra 60.6% de las que no lo hacían) (véase gráfica 61).

Existe una gran disparidad en la cobertura de atención en el puerperio entre las entidades federativas. Los mayores porcentajes de vigilancia puerperal se registran en seis entidades federativas: el Distrito Federal (81.4%), Chihuahua y Baja California Sur (74.9%, en cada caso), Baja California (70.3%), Querétaro (69.4%) y Nuevo León (69%). En contraste, las diez entidades con los menores niveles de atención en el puerperio presentan proporciones entre 44.5 y 54.1 por ciento. Cabe destacar que la mitad de estas entidades se encuentran entre las diez con

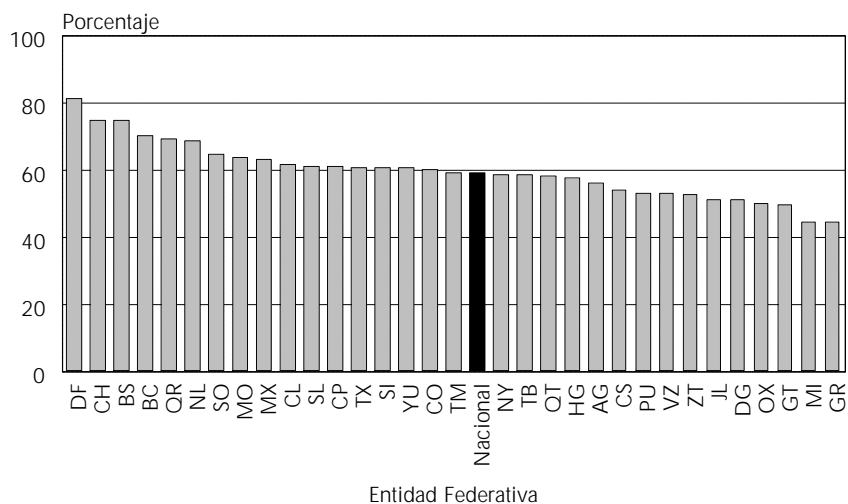
menores niveles de medicalización (Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Puebla y Chiapas); cuatro estados se ubican en un nivel de medicalización intermedio (Zacatecas, Durango, Guanajuato y Michoacán), y una de ellas (Jalisco) entre las que registran niveles elevados de partos atendidos por un médico (véase gráfica 62).

Gráfica 61.
Porcentaje de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos cuyas madres fueron atendidas durante el puerperio, según características seleccionadas, 1994 - 1997



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

Gráfica 62.
Cobertura de atención del puerperio de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos, según entidad federativa, 1994-1997



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

7 Lactancia materna

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

Durante los años sesenta y setenta, la práctica de la lactancia en México, al igual que en el resto del mundo, experimentó una gradual disminución. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, 83.2 por ciento de las y los recién nacidos(as) fueron amamantados y la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad en que la mitad de ellos ya habían sido destetados, fue de 12.4 meses. Casi 21 años después, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, puede apreciarse un aumento en el porcentaje de niños(as) amamantados (89.9%), a la vez que una reducción en la duración mediana de la lactancia (9.8 meses) (véase cuadro 22).

Cuadro 22.
Porcentaje de niños que nunca fueron amamantados
e indicadores de la duración de la lactancia,
1972-1976, 1982-1987 y 1994-1997

	1972-1976	1982-1987	1994-1997
Porcentaje que nunca recibió leche materna	16.8	14.9	9.6
Duración de la lactancia ^{1/}			
Primer cuartil	6.0	4.0	4.4
Mediana	12.4	12.1	9.8
Tercer cuartil	18.3	18.5	18.2

Nota: Se incluyen a los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos sobrevivientes al momento de la entrevista.
^{1/} El primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil corresponden al número de meses a los cuales, entre los niños que sí recibieron leche materna, el 75, 50 y 25 por ciento no habían sido destetados.
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; ENFES, 1987 y ENADID, 1997.

En el cuadro 23, se puede observar que las adolescentes y las mujeres entre 20 y 34 años amamantan a sus hijos(as), con una frecuencia ligeramente mayor que las mujeres de 35 años y más. También se advierte que el porcentaje de niñas y niños amamantados es mayor entre las mujeres sin escolaridad (92.9 por ciento contra 89 por ciento de los hijos(as) de las mujeres con primaria incompleta y más), entre las que residen en las áreas rurales (92.4% contra 88.8% en las localidades urbanas) y entre las mujeres atendidas en el sector público respecto a las atendidas en el privado (90.9% y 86.2%, respectivamente). Cabe señalar que las mujeres que habitan en localidades rurales amamantaron, en promedio, 5.8 meses más a sus hijos(as) que aquellas residentes en áreas urbanas (13.7 y 7.9 meses, respectivamente).

La práctica de la lactancia presenta un perfil muy similar entre las entidades federativas (véase gráfica 63). En 29 de ellas, el porcentaje de mujeres que dio pecho a su hijo(a) osciló entre 85 y 95 de cada cien, mientras que Baja California y Tamaulipas registraron valores ligeramente menores (79.1% y 84.6%, respectivamente) y Oaxaca un valor mayor (96.5%).

En las edades medianas al destete se observa una mayor heterogeneidad entre las entidades federativas. Las mujeres oaxaqueñas son las que registran los periodos más prolongados de lactancia (18.6 meses). Otras catorce entidades registran valores elevados de entre 12 y 14 meses; diez estados presentan valores intermedios de entre siete meses y menos de 12; y final-

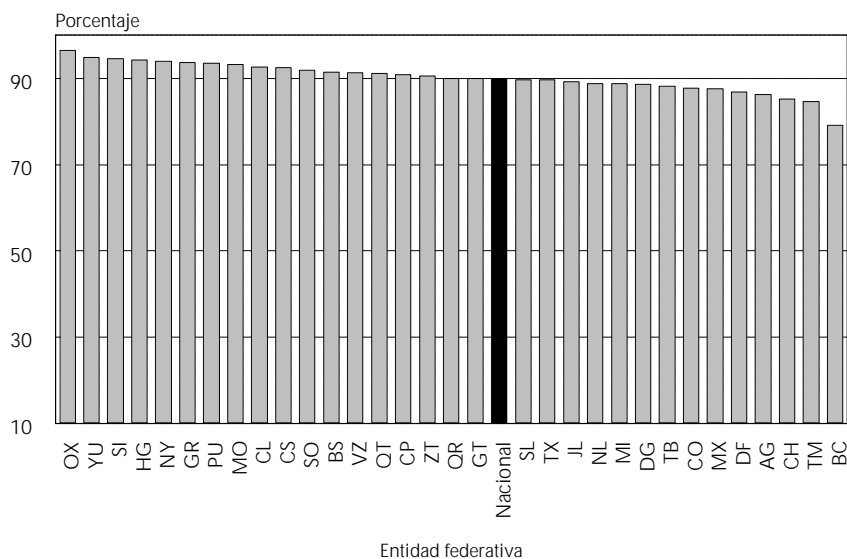
Cuadro 23.
Porcentaje de los últimos y penúltimos hijos sobrevivientes
que fueron amamantados, según características seleccionadas,
1994 - 1997

Total	89.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	89.1
20-34	90.4
35-49	87.0
Escolaridad	
Sin escolaridad	92.9
Primaria incompleta	89.2
Primaria completa	89.3
Secundaria y más	89.9
Lugar de atención del parto	
Sector público	90.9
Sector privado	86.2
Casa	91.3
Lugar de residencia	
Urbano	88.8
Rural	92.4
Condición de habla de lengua indígena	
Habla	95.5
No habla	89.3

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

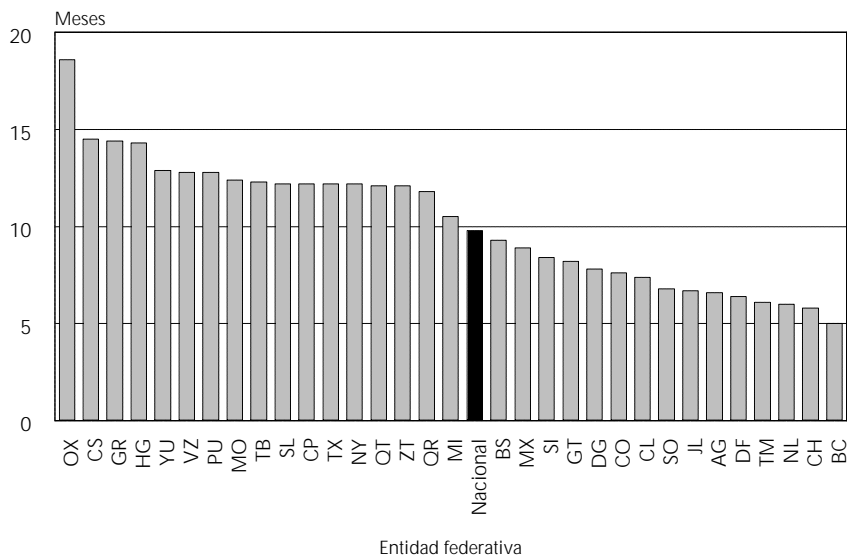
mente, ocho entidades registran una duración mediana de entre cinco y menos de siete meses (Sonora, Jalisco Aguascalientes, Distrito federal, Tamaulipas, Nuevo León, Chihuahua y Baja California) (véase gráfica 64).

Gráfica 63.
Porcentaje de los últimos y penúltimos hijos sobrevivientes que fueron amamantados por entidad federativa, 1994-1997



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

Gráfica 64.
Duración mediana de la lactancia de los últimos y penúltimos hijos sobrevivientes que fueron amamantados por entidad federativa, 1994-1997



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

Edad a la ablactación

La Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente recomienda que la introducción de alimentos distintos a la leche materna tenga lugar entre los cuatro y ocho meses de edad. Una ablactación temprana incrementa el riesgo de que se presenten enfermedades digestivas y alergias a algunos alimentos en los y las recién nacidos, mientras que una tardía se asocia a deficiencias en el crecimiento y la nutrición infantil.

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad; uno de cada cuatro recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado, y 3.8 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos ajenos a la leche materna (véase cuadro 24). En México, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.1 meses.

La ablactación temprana es más frecuente en las zonas urbanas (71.5% contra 54.5% en las zonas rurales), entre los hijos(as) de mujeres con estudios de secundaria y más (73.1% contra 50.6% de las mujeres sin escolaridad), y entre aquéllos cuyas madres no hablan alguna lengua indígena (69.1% contra 42% de las que sí lo hacen). En contraste, la ablactación tardía se presenta con mayor frecuencia entre los hijos(as) de las mujeres sin escolaridad (11.4%), las que hablan alguna lengua indígena (11%), y en el medio rural (7.3%).

Cuadro 24.
Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos sobrevivientes que recibieron leche materna de acuerdo a la edad a la que fueron ablactados, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Meses				No ha ablactado
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	
Total	34.7	31.7	25.1	3.8	4.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	31.4	32.0	27.5	4.5	4.5
20-34	34.6	32.1	25.1	3.6	4.7
35-49	41.3	28.0	21.7	4.3	4.8
Escolaridad					
Sin escolaridad	25.5	25.1	30.9	11.4	7.2
Primaria incompleta	29.2	30.0	28.9	6.4	5.5
Primaria completa	31.7	32.0	27.5	4.0	4.8
Secundaria y más	39.8	33.3	21.6	1.4	3.9
Lugar de residencia					
Urbano	38.3	33.2	22.2	2.3	4.0
Rural	26.4	28.1	31.9	7.3	6.3
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	21.9	20.1	38.3	11.0	8.6
No habla	36.1	33.0	23.7	3.0	4.3

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

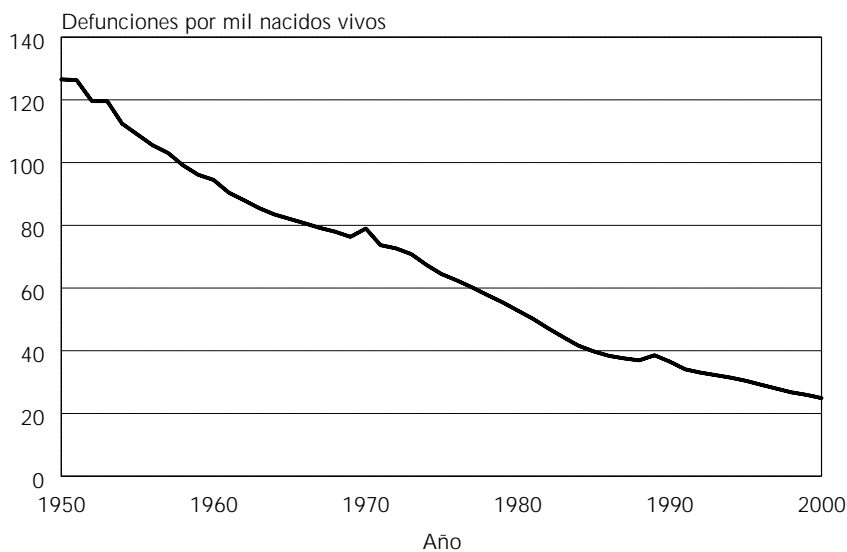
8 Mortalidad infantil

Niveles y tendencias de la mortalidad infantil

El notable descenso de la mortalidad en México es reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían, en promedio, 35 años y las mujeres 37 años. Seis décadas más tarde, en 1990, la esperanza de vida al nacimiento casi se duplicó, al situarse en 68.8 y 74 años, respectivamente. En la actualidad, se estima que los hombres viven en promedio 73.1 años y las mujeres 77.6.

La disminución del riesgo de fallecer en la infancia ha contribuido de manera significativa a propiciar estos cambios. De hecho, las mayores ganancias en la esperanza de vida se han concentrado entre los menores de un año de edad. En 1950, 126.6 de cada mil recién nacidos(as) fallecía antes de su primer aniversario; en 1990 descendió a 36.6 y en la actualidad se estima que la tasa de mortalidad infantil se sitúa en 24.9 por mil (véase gráfica 65). El nivel de la

Gráfica 65.
Tasa de mortalidad infantil, 1950-2000

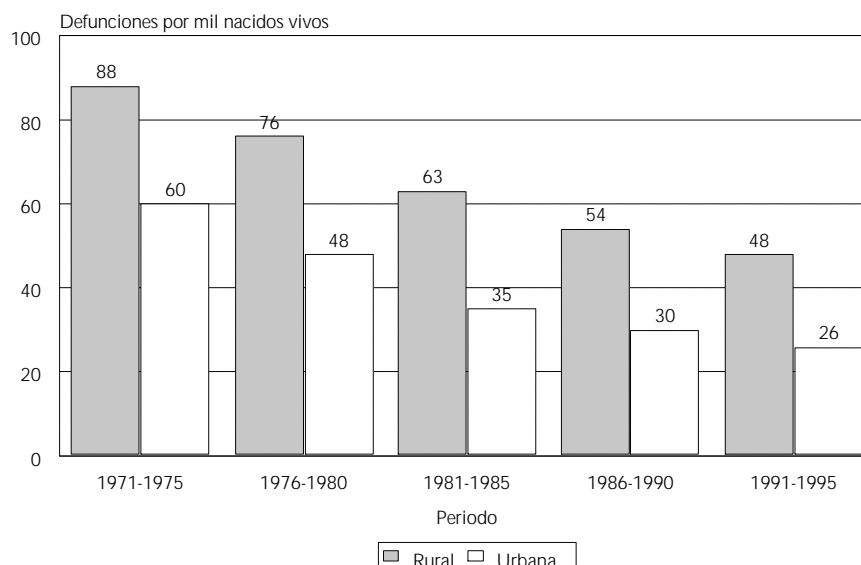


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

mortalidad infantil ha descendido de tal manera que de cada cien defunciones infantiles que tendrían lugar de prevalecer la mortalidad de 1950, se evitan 80. Sin embargo, todavía persisten marcadas diferencias en el territorio nacional y una proporción importante de las defunciones infantiles se considera evitable.

Los niveles de la mortalidad infantil son mucho mayores en el ámbito rural que en el urbano. Algunos estudios han dado cuenta de la sobremortalidad de niños y niñas menores de un año que se registra en las localidades rurales, con un excedente rural de 22 decesos por cada mil nacidos vivos en el periodo 1991-1995 (véase gráfica 66).¹⁹

Gráfica 66.
Tasa de mortalidad infantil, según lugar de residencia,
1971-1975, 1976-1980, 1981-1985, 1986-1990 y 1991-1995

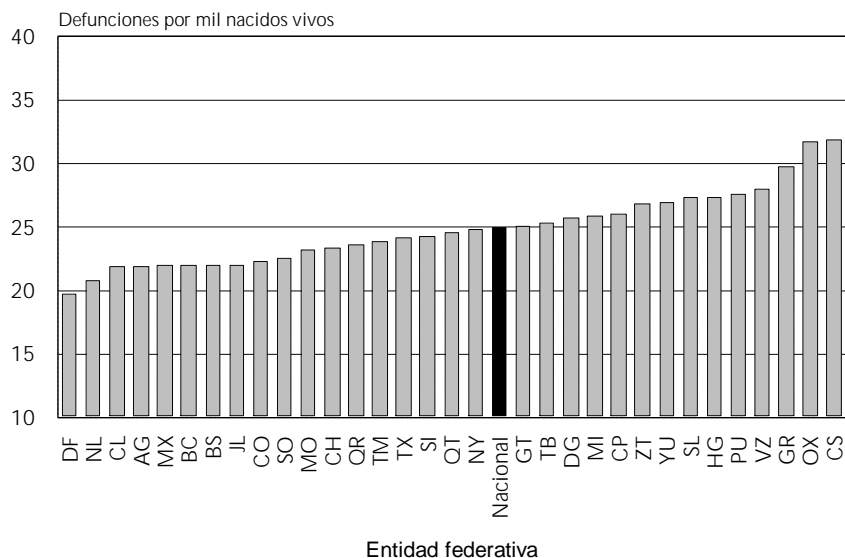


Fuente: CONAPO, *Mortalidad*, en *La Situación Demográfica de México*, 1997, p. 9.

El nivel de la mortalidad infantil varía notablemente entre las entidades federativas del país. Las tasas estimadas para el año 2000, correspondientes a Chiapas, Oaxaca y Guerrero, son significativamente mayores que las del Distrito Federal, Nuevo León y Colima, lo que da cuenta de los estrechos vínculos existentes entre el desarrollo económico y social y la sobrevivencia infantil (véase gráfica 67).

¹⁹ CONAPO, "Mortalidad" en *La Situación Demográfica de México*, 1997, p. 9.

Gráfica 67.
Tasa de mortalidad infantil según entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

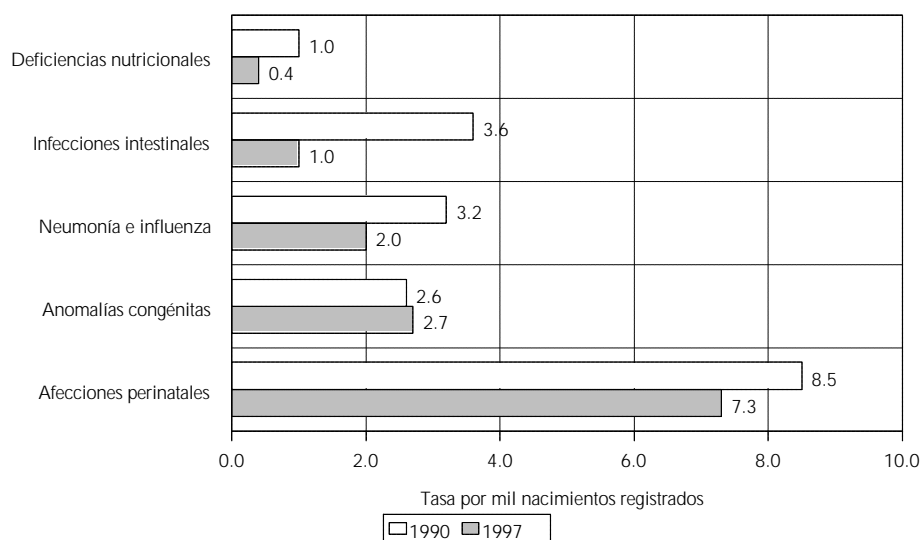
Los estados más pobres enfrentan el reto de abatir los rezagos en materia de salud infantil y garantizar el derecho reproductivo de toda persona a tener y criar hijos saludables. Cabe destacar que el nivel actual de la mortalidad infantil en Chiapas (31.9 por mil) es equivalente a la que se registró para el conjunto del país en 1994 (31.4 por mil); en tanto que la del Distrito Federal (19.8 por mil) equivale a la proyectada para el país en 2007 (19.5 por mil). De acuerdo con la tendencia nacional, la diferencia entre estos dos estados extremos equivale a un rezago de 13 años. Sin embargo, conviene señalar que en el estado de Chiapas, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso durante la última década del siglo xx, al pasar de 45.8 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 31.9 por mil en la actualidad. Esta reducción equivale a evitar 30.3 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, la tasa de Chiapas es 61.1 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país.

Mortalidad infantil por causas

En México, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando ésta experimentó una reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas no registró cambios en los años de

referencia, por lo que pasó a ser la segunda causa de muerte infantil en el país. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en México existe un subregistro importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 68).

Gráfica 68.
Tasa de mortalidad infantil por causas seleccionadas, 1990 y 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

9 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema endémico en nuestro país que requiere atención prioritaria, debido a que tiene una frecuencia elevada; su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia entre los 15 y 49 años de edad, y ocasionan secuelas graves en materia de salud reproductiva y salud materno-infantil. Además estas enfermedades, mantienen una estrecha relación con la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En México, como en otros países, existe un subregistro de las ETS. Esto se debe a que a menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades, en virtud de sus creencias particulares en relación con su cuerpo y su salud. Las ETS de la nueva generación son susceptibles de ser tratadas adecuadamente pero no son curables; de ahí la necesidad de reorientar los programas de ETS hacia la prevención y la importancia de evitar las prácticas sexuales riesgosas.

De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (véase gráfica 69). La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital y el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8, y la del herpes genital de 4.4 a cinco casos por 100 mil.

En 1998, la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales registraron un índice mayor al nacional en 18 y 19 entidades federativas, respectivamente (véase cuadro 25). En el caso de la candidiasis urogenital, destacan los estados de Morelos, Tabasco y Nayarit, donde la incidencia de esta enfermedad fue, respectivamente, de 701.1, 598.1 y 582.9 casos por cada 100 mil habitantes. Asimismo, fueron las tres entidades (después de Tlaxcala que registró una tasa de 424.9 casos por 100 mil) con la mayor incidencia de tricomoniasis urogenital (347.3, 311.7 y 354.4 por 100 mil, respectivamente) Por otro lado, el Distrito Federal, Baja California y Chihuahua registraron la menor tasa de incidencia de ambas patologías.

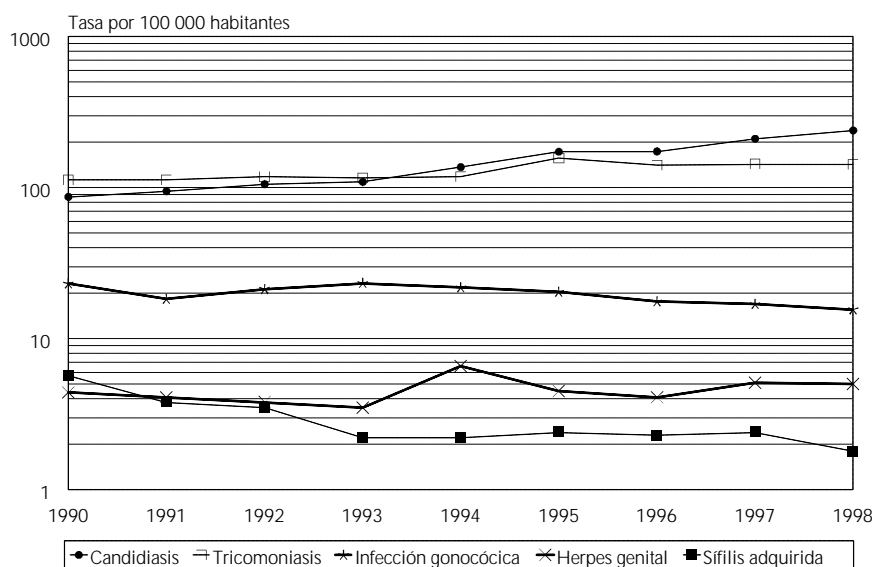
La incidencia de las ETS clásicas, como la infección gonocócica y la sífilis adquirida, también registraron una fuerte presencia en los estados de la República: 17 entidades federativas reportaron una incidencia mayor de ambas enfermedades que la estimada para el conjunto del país. Dentro de los diez estados que presentaron la mayor incidencia de infección gonocócica,

destacan Quintana Roo, Campeche, Nayarit, Chiapas y Tabasco, dado que también se ubican entre los diez estados con la mayor incidencia de sífilis.

Entre las 14 entidades que registran una incidencia de sífilis menor que la nacional, se encuentran Morelos, el estado de México y San Luis Potosí, donde la incidencia fue menor en 83.3 y 77.8 por ciento en el primer estado y los dos siguientes, respectivamente. De las 15 entidades que presentan una tasa de infección gonocócica más baja que la nacional, destacan Guanajuato, el estado de México y Colima, con una incidencia menor en 11.5, 10.9 y 10.2 puntos porcentuales, respectivamente.

En el caso del herpes genital, la mayor incidencia se registró en Quintana Roo (cuatro veces mayor que la estimada para el país), seguido por Tabasco (tres veces mayor), mientras que la menor incidencia se registró en el estado de México (1.4 por 100 mil), que es la entidad con una de las menores tasas en las últimas tres enfermedades referidas.

Gráfica 69.
Tasa de incidencia
de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990-1998



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

Cuadro 25.
Tasa de incidencia de enfermedades
sexualmente transmisibles, por entidad federativa, 1998

Entidad	Candidiasis urogenital	Tricomoniasis urogenital	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida
Nacional	238.6	142.1	15.6	5.0	1.8
Aguascalientes	178.4	168.0	13.3	1.9	0.6
Baja California	131.1	62.2	23.4	5.1	2.2
Baja California Sur	492.1	120.8	20.6	4.3	6.9
Campeche	467.2	278.8	31.0	7.0	8.6
Coahuila	141.7	69.8	10.2	3.6	1.7
Colima	334.3	220.9	5.4	11.5	2.1
Chiapas	269.5	194.2	40.3	12.6	4.1
Chihuahua	132.0	64.4	11.2	6.8	2.7
Distrito Federal	118.8	68.1	6.8	2.6	0.6
Durango	187.5	173.9	39.0	5.5	1.1
Guanajuato	173.0	131.0	4.1	1.6	0.6
Guerrero	325.6	168.7	33.2	7.9	2.6
Hidalgo	211.4	170.0	7.4	2.8	1.4
Jalisco	211.2	86.3	9.1	3.3	0.8
Edo. de México	152.6	83.3	4.7	1.4	0.4
Michoacán	237.1	179.8	20.8	3.4	0.6
Morelos	701.1	347.3	41.3	11.6	0.3
Nayarit	582.9	354.4	31.9	13.6	6.7
Nuevo León	254.6	76.0	7.8	5.5	2.9
Oaxaca	258.6	172.9	25.9	8.3	1.8
Puebla	155.5	111.3	16.0	3.8	0.6
Querétaro	253.0	166.4	10.1	3.1	0.7
Quintana Roo	340.7	224.2	36.2	20.0	13.1
San Luis Potosí	146.6	83.6	8.6	2.4	0.4
Sinaloa	349.7	136.2	14.7	7.1	3.4
Sonora	214.2	109.2	18.5	2.8	2.7
Tabasco	598.1	311.7	37.3	15.1	3.8
Tamaulipas	279.8	150.1	19.3	4.4	3.4
Tlaxcala	361.6	424.9	24.3	4.2	2.4
Veracruz	344.7	247.5	18.8	5.0	2.4
Yucatán	433.1	210.2	9.9	13.1	4.1
Zacatecas	304.9	226.1	11.8	4.3	1.0

Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1998.

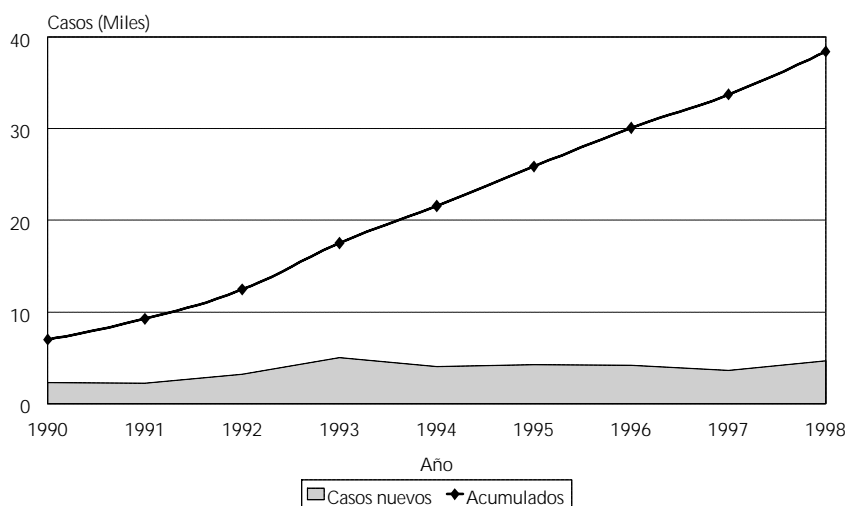
VIH/SIDA

El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre hombres de 25 a 34 años y la sexta causa entre las mujeres del mismo grupo de edad.

Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el nivel de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, desde los primeros casos notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

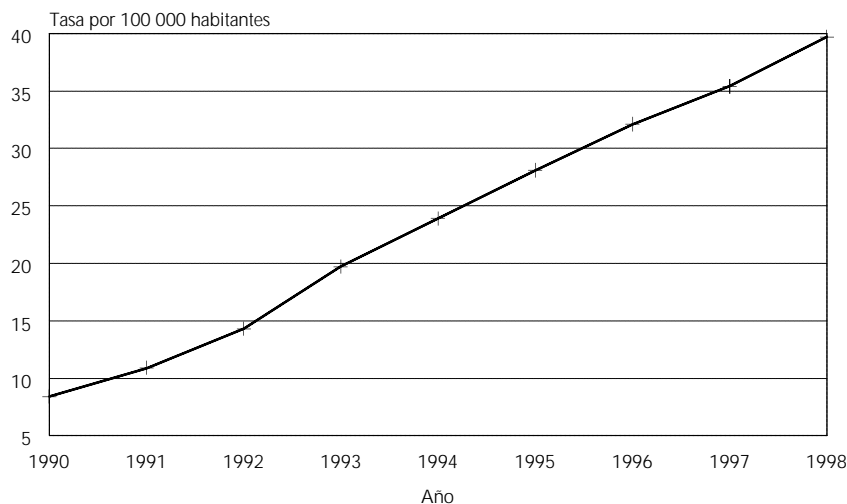
En México, el incremento en el número de casos de SIDA se ha presentado de manera acelerada en la década de los noventa. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 38 390 casos en el país, con lo cual la incidencia acumulada del SIDA pasó de 8.4 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 39.7 en 1998 (véanse gráficas 70 y 71).

Gráfica 70.
Casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990 - 1998



Fuente: registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

Gráfica 71.
Tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990 - 1998



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/BGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en el país ascendió a 11 025 casos, que equivalen a 28.7 por ciento del total (véase cuadro 26).

La amplia difusión de las formas de contagio de la enfermedad, aunada al fortalecimiento de las medidas de examen y manejo de productos sanguíneos, ha disminuido la transmisión asociada a transfusiones sanguíneas. Por otro lado, hay que señalar que la evolución de esta enfermedad ha sido desfavorable para las mujeres: al inicio de la epidemia se reportaba, a escala nacional, una razón de 25 hombres por cada mujer infectada, mientras que al 31 de diciembre de 1998 la razón se redujo a 6.5.

En México, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (85.1%); uno de cada ocho casos (12.2%) fue contagiado por vía sanguínea; y cerca de dos de cada 100 casos (1.9%) fueron infectados por vía perinatal (véase cuadro 26). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto homosexual concentró 32.9 por ciento, siguiendo en orden de importancia el contacto heterosexual, con 30.2 por ciento y el bisexual, con 22 por ciento.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 26 463 muertes en el país²⁰, con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 1.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.4 defunciones por 100 mil en 1997. La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente, al pasar de tres defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 7.8 en 1997. Mientras tanto la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 0.6 a 1.1 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 72).

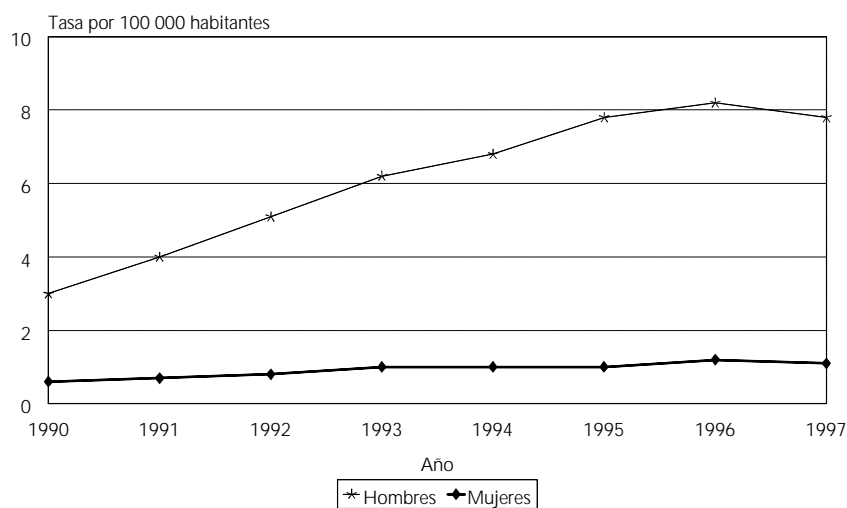
²⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 26.
Casos acumulados de SIDA, según
categoría de transmisión, al 31 de diciembre de 1998

Categoría de Transmisión	Casos	Porcentaje
Total	38390	100.0
Vía sexual	23285	85.1
Homosexual	8999	32.9
Bisexual	6020	22.0
Heterosexual	8266	30.2
Vía sanguínea	3351	12.2
Transfusión	2454	9.0
Hemofílico	264	1.0
Usuario drogas intravenosas	252	0.9
Donador remunerado	373	1.4
Exposición ocupacional	8	0.0
Homosexual/drogas	204	0.7
Perinatal	525	1.9
Subtotal	27365	100.0
No Documentado	11025	28.7

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

Gráfica 72.
Tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 22 895 hombres y 3 568 mujeres por esta enfermedad. Al momento de morir, 70.4 por ciento de los varones y 62 por ciento de las mujeres tenían entre 25 y 44 años de edad (véase cuadro 27). Llama la atención que alrededor de una de cada diez mujeres, e igual proporción de varones, tenían entre 50 y 64 años al momento de morir, lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH a edades tardías.

Cuadro 27.
Distribución porcentual de las defunciones
por SIDA por grupos de edad, según sexo, 1989-1997

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.5	0.3	1.8
1-4	0.6	0.4	2.1
5-14	0.8	0.5	2.4
15 - 19	1.0	0.9	1.7
20 - 24	7.9	7.6	9.7
25 - 29	18.8	19.1	17.1
30 - 34	21.7	22.2	18.2
35 - 39	17.4	17.6	15.6
40 - 44	11.4	11.5	11.1
45 - 49	7.7	7.7	7.9
50 - 64	10.2	10.2	9.9
65 y más	1.7	1.6	2.2
N.E.	0.3	0.2	0.4

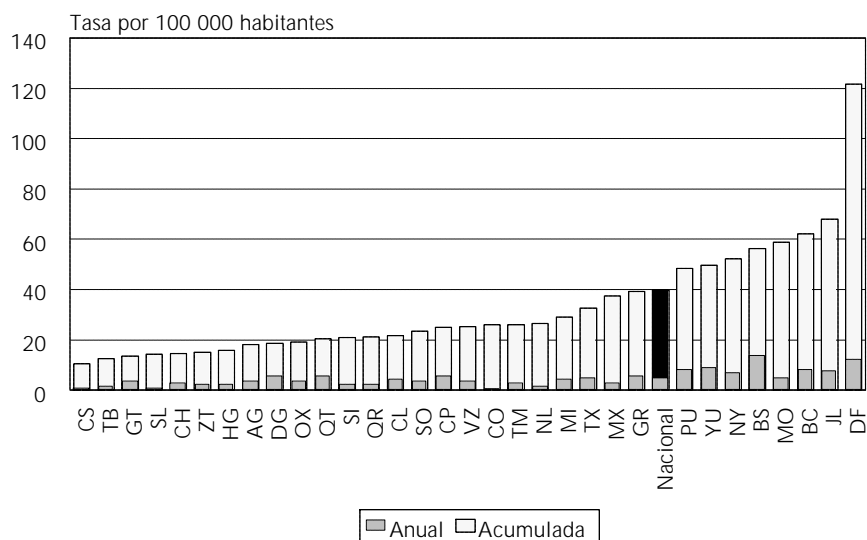
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

En lo que respecta a la distribución geográfica de la epidemia, Baja California Sur, el Distrito Federal, Yucatán, Baja California, Puebla, Jalisco y Nayarit son las siete entidades en donde la incidencia anual del SIDA es mayor, oscilando entre 14 y 7.2 casos por cada 100 mil habitantes (véase gráfica 73). En estas entidades (junto con Morelos) es donde la incidencia acumulada es mayor que la registrada para el país (56.2, 121.6, 49.6, 62.2, 48.3 67.9 y 52.1 por 100 mil habitantes, respectivamente).

En contraposición, los estados que presentan una tasa de incidencia anual muy por debajo de la estimada para el país son: Coahuila (0.3 casos por cada 100 mil habitantes), San Luis Potosí (1), Chiapas (1.3), Tabasco (1.7) y Nuevo León (1.8). Asimismo, Chiapas, Tabasco y San Luis Potosí, son tres de las cinco entidades (junto con Guanajuato y Chihuahua) con la menor proporción de casos acumulados de SIDA (10.6, 12.5 y 14.4 por 100 mil, respectivamente).

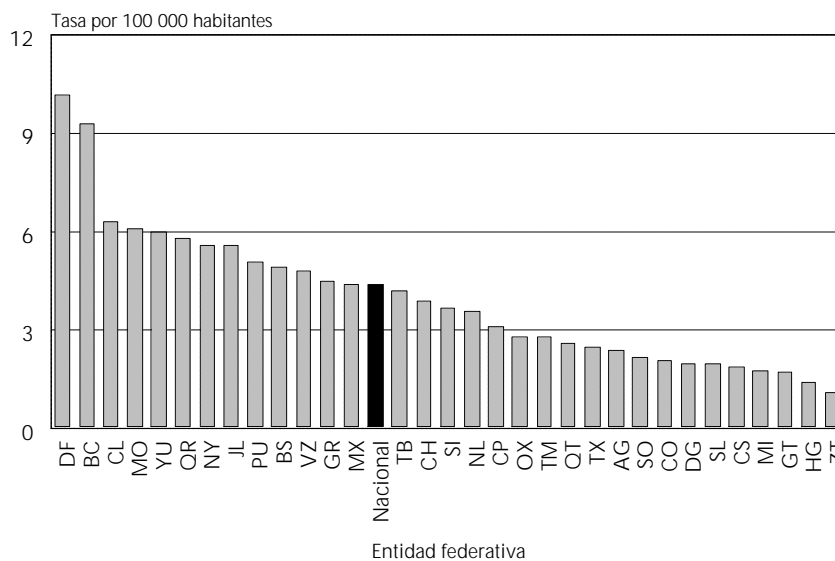
En la gráfica 74, se aprecia que la mayor mortalidad por esta enfermedad se registra en el Distrito Federal (10.2 defunciones por 100 mil habitantes), seguido por Baja California (9.3), Colima (6.3), Morelos (6.1) y Yucatán (6). En 19 entidades federativas, la tasa de mortalidad registrada fue menor a la estimada para el conjunto del país, destacando dentro de ellas Zacatecas (1.1 defunciones por 100 mil habitantes), Hidalgo (1.4), Guanajuato (1.7), Michoacán (1.8) y Chiapas (1.9). Cabe mencionar que el estado de México registró una tasa de mortalidad

Gráfica 73.
Tasa de incidencia anual y acumulada de SIDA por entidad federativa, 1998



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1998.

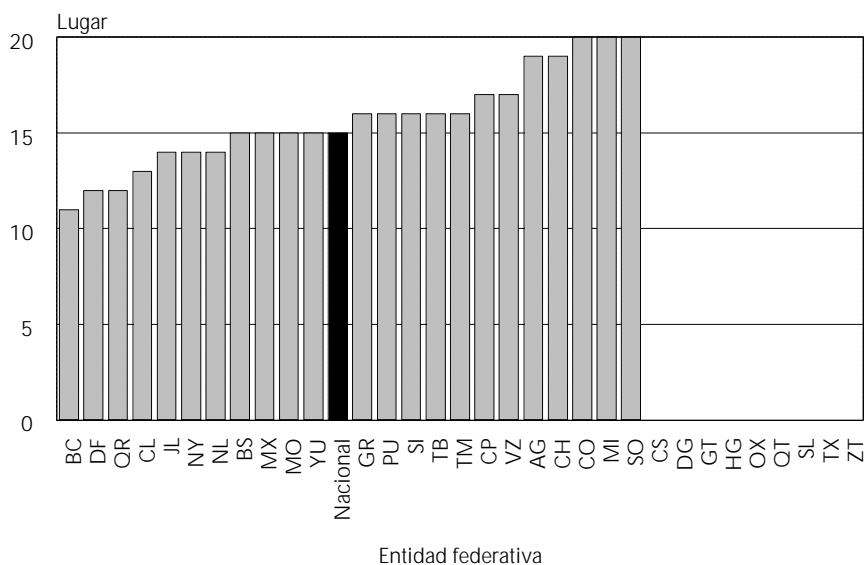
Gráfica 74.
Tasa de mortalidad por SIDA según entidad federativa, 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

por SIDA igual a la nacional (4.4). En nueve entidades federativas el SIDA no se encuentra entre las 20 principales causas de mortalidad general: Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas. En las 23 restantes, el SIDA se coloca desde el décimo primer lugar (Baja California), hasta el vigésimo (Coahuila, Michoacán y Sonora) (véase gráfica 75).

Gráfica 75.
Lugar que ocupa el SIDA dentro
de las 20 principales causas de mortalidad general, 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1997.

En todas las entidades federativas, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual, con proporciones que oscilan desde 71.9 por ciento en Jalisco, hasta 93.3 por ciento en Yucatán. El contacto heterosexual predominó en 17 entidades federativas, en tanto que en 13 prevaleció el contacto homosexual; a su vez, el contacto bisexual fue predominante en dos entidades (véase cuadro 28).

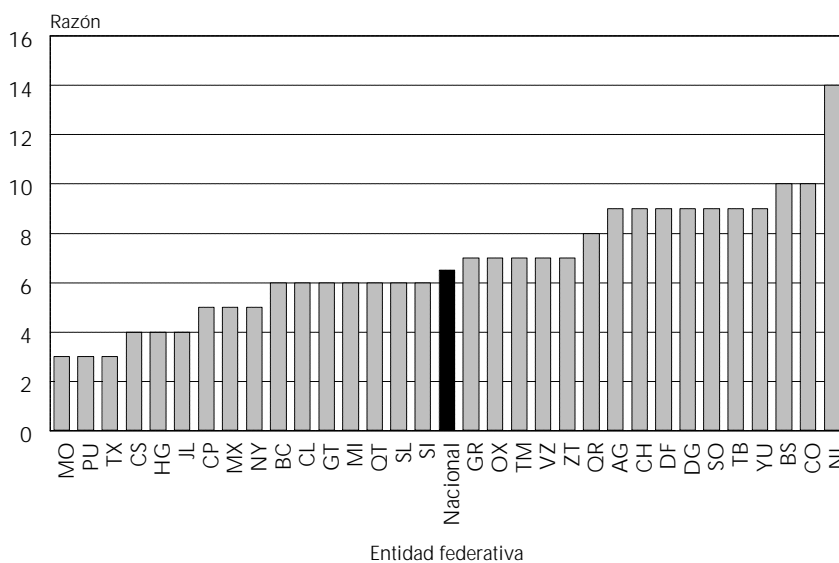
En lo que refiere a la razón hombre/mujer de casos de SIDA, ésta osciló entre tres (Morelos, Puebla y Tlaxcala), y 14 (Nuevo León) (véase gráfica 76). En las tres primeras entidades predominó el contagio heterosexual; sin embargo, cabe destacar que en Morelos, la suma del contagio bisexual y homosexual supera al primero (35.8% y 44.3%, respectivamente). En Nuevo León, uno de cada cinco casos fue contagiado por la vía heterosexual, mientras que siete de cada diez fueron por contagio bisexual u homosexual.

Cuadro 28.
Distribución porcentual de los casos acumulados de SIDA
en México según categoría de transmisión y entidad federativa, al 31 de diciembre de 1988

Entidad	Homosexual	Bisexual	Heterosexual	Transfusión	Hemofílico	Drogas	Don. Rem.	Exposición Ocupacional	Homosexual/ Drogas	Perinatal	Subtotal	No documentado
Nacional	32.9	22.0	30.2	9.0	1.0	0.9	1.4	0.0	0.7	1.9	71.3	28.7
Aguascalientes	29.6	23.7	34.8	7.4	0.0	0.7	2.2	0.0	0.7	0.7	79.4	20.6
Baja California	31.9	21.9	24.2	8.6	0.2	5.5	0.5	0.1	3.3	3.7	57.6	42.4
Baja California Sur	35.8	28.5	28.5	3.6	0.6	1.8	0.0	0.0	0.6	0.6	74.7	25.3
Campeche	30.4	21.4	35.7	8.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.9	2.7	65.5	34.5
Coahuila	35.9	29.5	24.3	4.8	2.7	1.0	0.2	0.0	0.6	1.0	80.1	19.9
Colima	38.3	20.2	26.6	10.6	1.1	0.0	2.1	0.0	0.0	1.1	83.2	16.8
Chiapas	20.5	16.6	50.4	8.9	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	86.6	13.4
Chihuahua	34.0	29.7	21.1	10.2	0.0	1.6	0.8	0.0	1.2	1.6	59.4	40.6
Distrito Federal	46.1	21.2	22.2	6.5	0.9	0.4	1.2	0.0	0.2	1.3	68.0	32.0
Durango	29.0	28.5	32.6	5.7	1.0	2.1	0.0	0.0	0.5	0.5	69.2	30.8
Guanajuato	27.6	23.7	32.7	10.6	1.6	0.9	0.5	0.0	0.5	1.8	67.8	32.2
Guerrero	29.7	23.5	35.7	6.5	1.0	0.6	0.4	0.0	1.3	1.3	83.5	16.5
Hidalgo	20.5	20.9	42.7	7.7	2.1	2.6	0.9	0.0	0.4	2.1	66.1	33.9
Jalisco	26.6	19.7	25.5	19.8	1.4	1.1	1.8	0.0	1.5	2.5	64.9	35.1
México	30.7	19.1	30.5	10.6	1.6	0.8	3.7	0.1	0.2	2.7	60.7	39.3
Michoacán	23.4	22.7	41.8	7.5	0.9	0.9	0.3	0.0	0.9	1.4	88.6	11.4
Morelos	22.1	22.2	35.8	12.3	0.5	0.5	2.4	0.0	0.9	3.3	84.2	15.8
Nayarit	23.2	26.7	34.2	11.7	0.5	0.2	0.2	0.0	1.4	1.9	87.3	12.7
Nuevo León	42.4	29.2	20.8	3.1	1.2	0.6	0.2	0.0	1.4	1.1	82.2	17.8
Oaxaca	25.7	26.4	37.7	6.9	0.4	0.2	0.2	0.2	0.6	1.9	79.8	20.2
Puebla	16.3	14.8	51.2	11.5	0.4	0.5	3.1	0.0	0.2	1.9	93.0	7.0
Querétaro		20.9	33.0	6.0	0.9	2.3	0.0	0.0	0.5	2.8	78.5	21.5
Quintana Roo	36.9	29.5	21.3	6.6	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	4.1	75.3	24.7
San Luis Potosí	28.9	31.0	27.2	7.0	0.3	0.7	0.7	0.0	1.4	2.8	85.2	14.8
Sinaloa	29.2	29.2	25.6	9.7	0.8	1.8	0.3	0.0	0.8	2.8	75.9	24.1
Sonora	30.4	24.2	27.4	7.0	0.7	5.0	0.0	0.0	4.7	0.5	78.5	21.5
Tabasco	27.7	25.0	33.2	8.7	2.2	0.5	0.5	0.0	0.5	1.6	78.6	21.4
Tamaulipas	31.5	24.6	34.3	4.7	0.7	1.2	0.7	0.0	0.7	1.6	61.4	38.6
Tlaxcala	14.0	13.2	56.0	9.3	1.6	0.4	1.9	0.0	0.0	3.5	82.6	17.4
Veracruz	32.0	26.3	33.8	4.3	0.5	0.3	0.4	0.1	0.3	2.1	61.8	38.2
Yucatán	44.9	32.7	15.6	3.0	0.7	0.6	0.1	0.0	0.6	1.6	83.2	16.8
Zacatecas	24.2	16.8	40.9	12.1	0.0	2.0	0.7	0.0	1.3	2.0	70.3	29.7

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA, Dirección General de Epidemiología, SSA.

Gráfica 76.
Razón hombre/mujer de casos de SIDA al 1° de enero de 1999



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA, Dirección General de Epidemiología, SSA.

10 Cáncer cérvico uterino y de la mama

Desde la década de los sesenta, el cáncer se encontraba entre las diez principales causas de muerte en México, en tanto que en la década actual es la segunda causa después de las enfermedades del corazón. La mortalidad relacionada con el cáncer es distinta para las mujeres y los hombres, padeciendo las primeras, en orden de magnitud, tumores del cuello del útero, de la mama y del estómago.

El cáncer cérvico uterino y de la mama representan dos de las principales causas de mortalidad en la mujer. Ambas causas combinadas comprenden alrededor de cinco por ciento de las defunciones de las mujeres de 25 años y más en el ámbito nacional.

Cáncer cérvico uterino

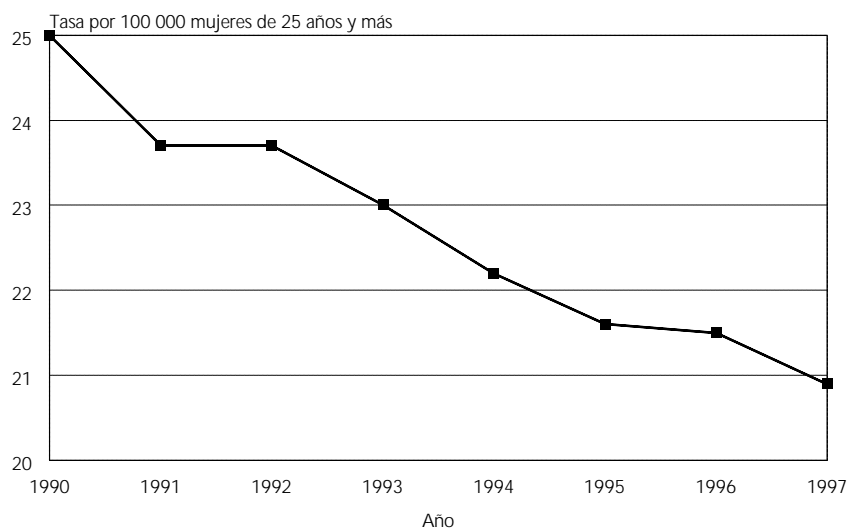
En 1997 se registraron 4 534 defunciones por cáncer cérvico uterino. La tasa de mortalidad ascendió a 20.9 decesos por 100 mil mujeres de 25 años y más. A pesar de que la mortalidad por esta causa registró un descenso en la década de los noventa, México se ubica dentro de los primeros lugares en el mundo con la mayor mortalidad por esta patología (véase gráfica 77).

Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un novedoso Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, que incorpora un marco normativo más actualizado, así como nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento de gratuidad en la realización de la citología vaginal (Papanicolaou), así como su manejo y tratamiento en las clínicas de displasias de lesiones preneoplásicas y cánceres *in situ*. Sin embargo, los resultados de estas acciones sobre la disminución de la incidencia de esta patología podrán ser visibles hasta dentro de algunos años.

Al analizar la mortalidad por grupos de edad se observó que, como ocurre con la mayoría de los tumores malignos, ésta se incrementa con la edad: ocho de cada diez defunciones en el país por esta causa corresponden a mujeres de 45 años y más. Entre 1995 y 1997, la mayor mortalidad por esta patología se registró entre las mujeres de 60 a 64 años (47.6 defunciones por 100 mil), y de 65 años y más (72.7) (véase gráfica 78).

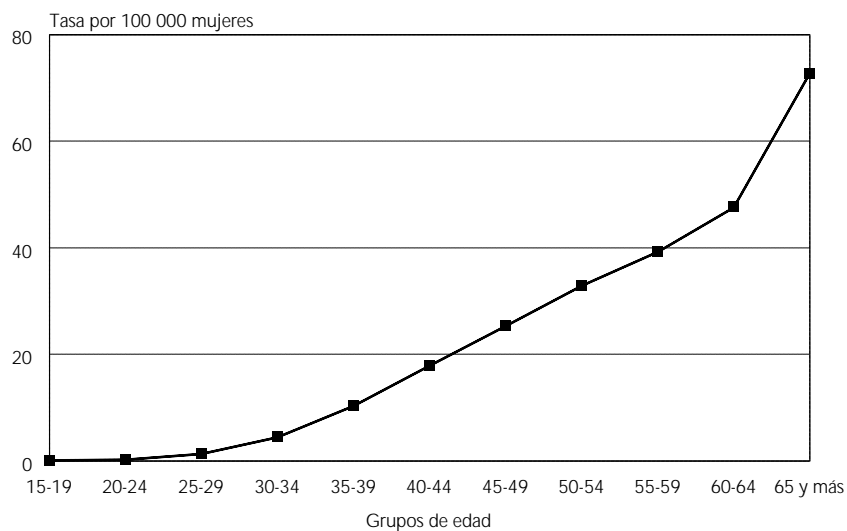
El mapa geográfico del cáncer cérvico uterino muestra una mortalidad mayor en los estados con mayor marginación. Las brechas entre las entidades federativas son de una magnitud considerable, lo cual refleja, entre otros aspectos, los diferentes niveles de uso del Papanicolaou. En 1997, 16 entidades federativas presentaron una tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino mayor al promedio nacional. Dentro de ellas destacan Veracruz, Colima, Tabasco, Oaxaca,

Gráfica 77.
Tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino, 1990 - 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

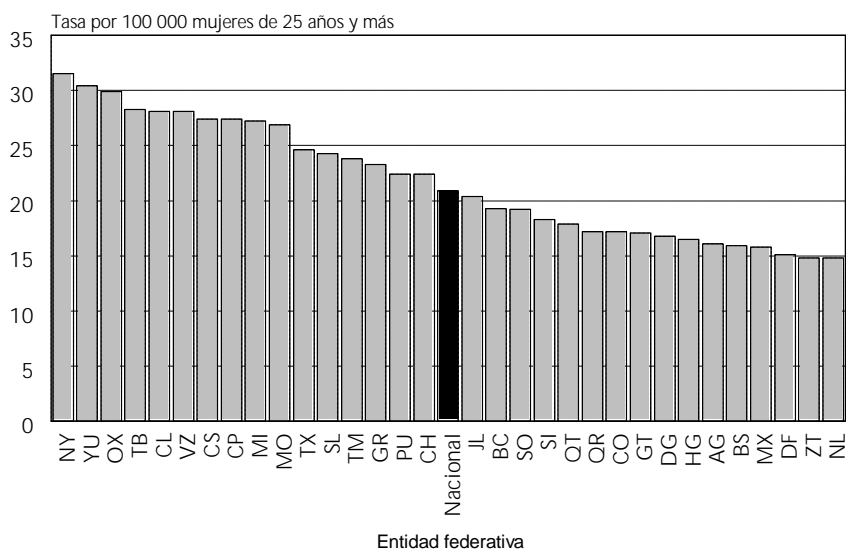
Gráfica 78.
Tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino según grupos de edad, 1995-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Yucatán y Nayarit, con niveles de entre 28.1 y 31.5 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más. Por su parte, en Aguascalientes, Baja California Sur, estado de México, Distrito Federal, Zacatecas y Nuevo León se presentaron las tasas más bajas, las cuales oscilaron entre 16.1 y 14.8 defunciones por 100 mil (véase gráfica 79).

Gráfica 79.
Tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino según entidad federativa, 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Cáncer de la mama

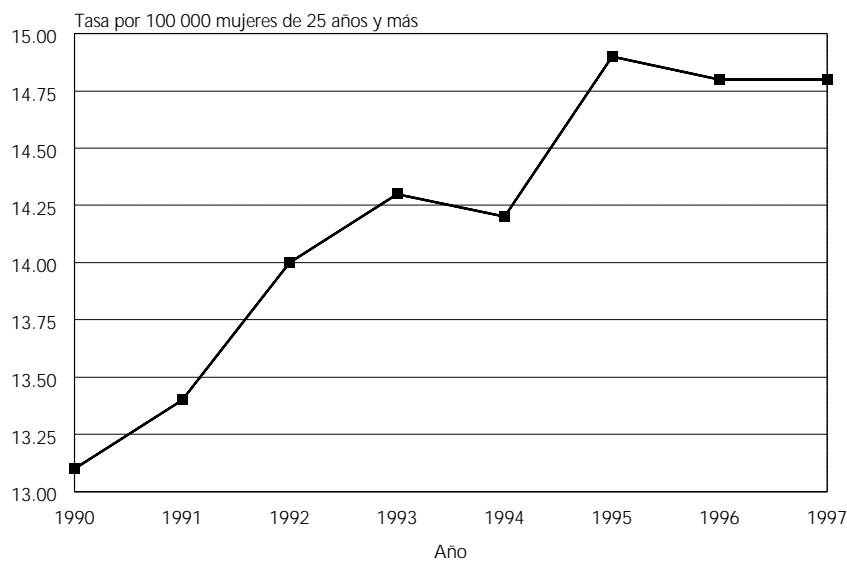
El cáncer de la mama es una enfermedad que va en aumento. En el país, la tasa de mortalidad ascendió en 1997 a 14.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que implicó la pérdida de más de tres mil vidas por esta causa ese año (véase gráfica 80).

En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas unidades médicas con mastógrafos de alta resolución para reforzar la detección oportuna del cáncer de la mama.

La probabilidad de fallecer por esta causa aumenta rápidamente a partir de los 30 años de edad. A escala nacional, entre 1995 y 1997, más de 75 por ciento de las defunciones por cáncer de la mama se registró en mujeres mayores de 45 años.

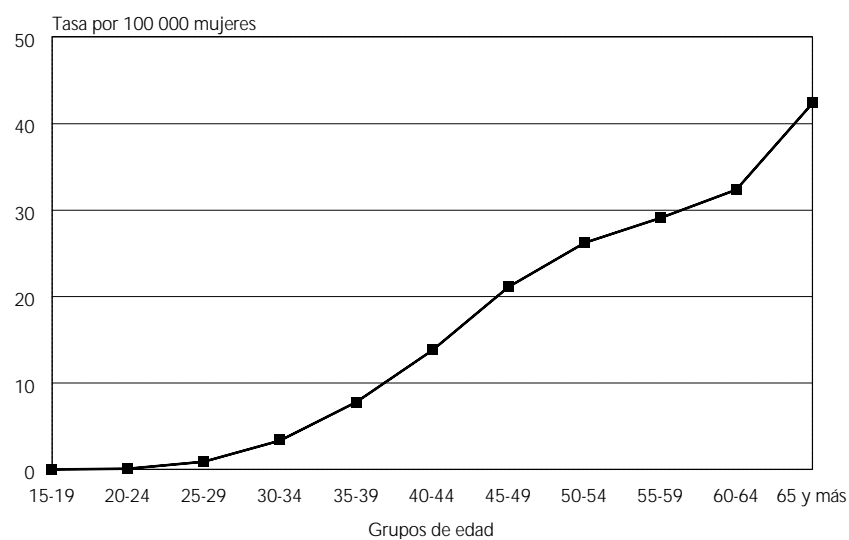
Al analizar la distribución de la tasa de mortalidad por cáncer de la mama según grupos de edad, se observa que las mujeres más expuestas a fallecer por esta patología son las que tienen entre 55 y 59 años (29.1 defunciones por 100 mil), entre 60 y 64 años (32.4) y, especialmente, las mujeres de 65 años y más, dado que se registran 42.4 defunciones por cada 100 mil mujeres (véase gráfica 81).

Gráfica 80.
Tasa de mortalidad
por cáncer de la mama, 1990 - 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

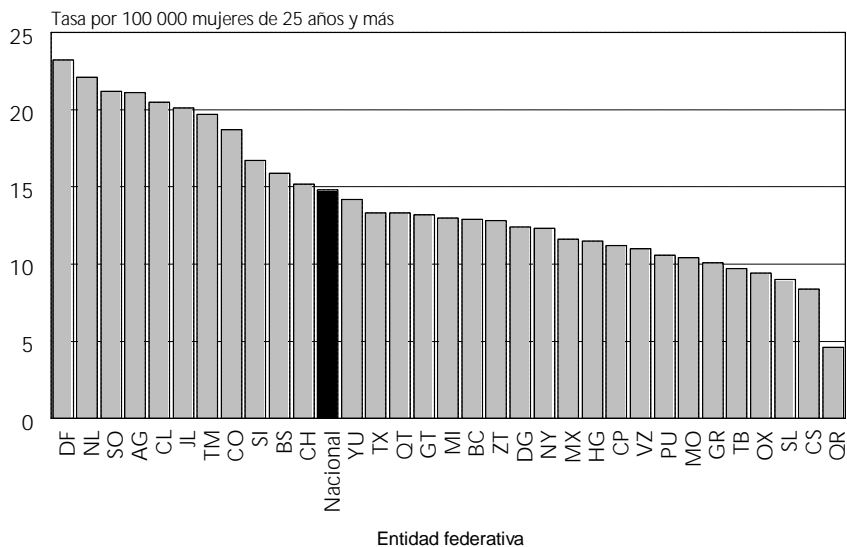
Gráfica 81.
Tasa de mortalidad
por cáncer de la mama según grupos de edad, 1995-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

El mapa geográfico de la mortalidad por esta enfermedad se contrapone al de cáncer cérvico uterino y muestra una relación inversa con la marginación. En 1997, once entidades registraron una tasa más alta que la estimada para el país y 21 entidades presentaron tasas menores que la nacional, destacando Quintana Roo, donde solamente se registraron 4.6 defunciones por 100 mil habitantes por cáncer de la mama, esto es, cinco veces menos que en el Distrito Federal y 3.2 veces menos que el promedio nacional (véase gráfica 82). Estas diferencias reflejan la diversidad de factores de riesgo involucrados en el desarrollo de esta enfermedad, dentro de los cuales destacan los siguientes: tener más de 35 años, haber experimentado la menarca antes de los 12 años, iniciar la maternidad después de los 30 años, experimentar la menopausia después de los 52 años y padecer de obesidad.

Gráfica 82.
Tasa de mortalidad
por cáncer de la mama según entidad federativa, 1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Conclusiones

El concepto de salud reproductiva es multidimensional, con muy diversos componentes interrelacionados entre sí. En este trabajo examinamos la evolución de algunos de ellos y reconocemos la necesidad de profundizar en sus interrelaciones. Sin embargo, consideramos que esta última tarea requiere como paso previo profundizar en el examen de las tendencias de los niveles y diferenciales de cada uno de los componentes de la salud reproductiva que es el propósito de este documento.

Los resultados del estudio dan cuenta de la gran variedad de situaciones que enfrenta la población, particularmente las mujeres, para planear el número y espaciamiento de sus hijos, cursar embarazos y partos seguros, tener y criar hijos(as) saludables, y permanecer libres de enfermedad, incapacidad o muerte asociados con el ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Las pautas reproductivas han cambiado radicalmente en México como resultado de la difusión de la planificación familiar, lo que ha hecho posible que las personas puedan ejercer un mayor dominio sobre el calendario e intensidad de la fecundidad. El cambio en las preferencias reproductivas de las personas se ha cristalizado en una disminución de cerca de cinco hijos en el número de descendientes que tienen las parejas, al cambiar la tasa global de fecundidad de 7.3 a 2.4, entre 1960 y 2000, así como en la disminución de los embarazos de alto riesgo obstétrico. La planificación familiar se ha interiorizado como un valor en la vida de las personas, por lo que en la actualidad siete de cada diez mujeres en edad fértil unidas hace uso de métodos anticonceptivos.

Junto con estos cambios han ocurrido otros que han hecho posible que la reproducción, además de planeada, sea menos riesgosa para la salud de las mujeres y de sus hijos(as). Cada vez más la maternidad es concebida por las personas como un proceso que requiere cuidados especiales, por lo que su atención se ha medicalizado aceleradamente. Así, mientras que a mediados de los setenta uno de cada dos nacimientos era atendido por un médico, veinte años después esta relación aumentó a ocho de cada diez. Estos cambios han favorecido que cada vez menos mujeres experimenten la muerte de un hijo(a) en su primer año de vida, lo que se refleja en una reducción, de más de sesenta por ciento, en la tasa de mortalidad infantil durante el periodo señalado. El fallecimiento por causa del embarazo, parto y puerperio también se ha reducido.

En otro orden de ideas, el ejercicio de la sexualidad implica riesgos para la salud que van en aumento. Ciertas enfermedades de transmisión sexual como la candidiasis, la tricomoniasis, e incluso el herpes genital, registran una tasa de incidencia en constante incremento durante la última década. Asimismo, la pandemia del VIH/SIDA sigue cobrando nuevas víctimas, sin que se logre reducir el número de casos nuevos de SIDA que se registran cada año.

La prolongación de los años de vida de las mujeres se ha reducido en un mayor riesgo de presentar cáncer cérvico uterino y de la mama, que son enfermedades cuya incidencia aumen-

ta aceleradamente con la edad. Esta situación, en conjunción con una escasa utilización y promoción de las medidas preventivas, como la aplicación periódica del *papanicolaou* y la realización de mastografías, hacen que los niveles que registran en México estas patologías sean de los más elevados del mundo.

Es sabido que las desigualdades e insuficiencias de nuestro desarrollo se expresan en las pautas diferenciadas que siguen las transiciones demográfica y epidemiológica en las entidades y regiones del país. Las entidades del norte y el Distrito Federal, que presentan un mayor desarrollo, han alcanzado fases más avanzadas de la transición demográfica, y predominan en ellas los problemas de salud característicos del primer mundo, como son las enfermedades crónico degenerativas, mientras que los estados del sur, en donde es mayor la dispersión territorial y la marginación social, se encuentran a la zaga en estos procesos de cambio.

Con base en los niveles de la fecundidad y la mortalidad infantil, la Secretaría General del CONAPO clasificó a las entidades federativas según la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran: transición tardía, moderada y avanzada.²¹

En la transición tardía se encuentran los estados de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí, los cuales se caracterizan por presentar elevados niveles de fecundidad y tasas de mortalidad infantil con valores altos y medios.

En la transición moderada se encuentran las entidades federativas que presentan niveles intermedios de fecundidad y mortalidad infantil, como son Durango, Hidalgo, Querétaro, Tabasco y Zacatecas, así como Campeche, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, que registran una baja fecundidad y una mortalidad infantil intermedia.

En la etapa de transición avanzada se encuentran siete entidades federativas que se caracterizan por presentar tasas de fecundidad y mortalidad reducidas: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, estado de México, Morelos, Nuevo León y Sonora.

Es evidente que el estadio de la transición demográfica en que se encuentra cada entidad federativa está relacionado con su grado de desarrollo socioeconómico, de manera que la mayoría de los estados del norte del país, junto con el Distrito Federal, son los que se encuentran en la etapa más avanzada de la transición, mientras que los estados del sur y algunos del centro son los más rezagados en este proceso de cambio.

La revisión de los indicadores de salud reproductiva por entidad federativa indica que, para un buen número de ellos, las situaciones más favorables generalmente se encuentran en las entidades que están cursando etapas avanzadas de la transición demográfica, mientras que las más desfavorables se presentan con mayor frecuencia en las entidades de transición tardía. Sin embargo, también dan cuenta de que los problemas emergentes de la salud reproductiva tienden a concentrarse en los estados de transición avanzada.

Entre los indicadores que presentan un comportamiento coincidente con el de la transición demográfica se encuentran:

- ☞ Los relativos al uso de anticonceptivos, de tal forma que en los estados de transición tardía el nivel de uso de anticonceptivos corresponde al que registraba el país entre diez y 15 años atrás, y la demanda insatisfecha de planificación familiar es de más del doble respecto a los estados de transición avanzada. Estos resultados revelan que el rezago en las

²¹ CONAPO, *Avances de Ejecución del Programa Nacional de Población 1995-2000 en el ámbito estatal*, México, julio de 2000.

entidades de transición tardía se debe en parte a la existencia de factores que restringen el ejercicio pleno del derecho de las personas a elegir el número y espaciamiento de los nacimientos.

- ✦ El peso que tienen los embarazos premaritales en la fecundidad adolescente presenta una asociación positiva y estrecha con el estado que guarda la transición demográfica; de tal manera que en los estados de transición avanzada el embarazo en la adolescencia ocurre en mucho mayor medida cuando la mujer es soltera que en los estados del grupo de transición tardía. El caso extremo es el Distrito Federal en donde una de cada dos mujeres que se embarazaron en la adolescencia lo hicieron estando solteras. Con excepción de Morelos, todos los estados de transición avanzada presentan porcentajes mayores de 25 por ciento en este indicador; sin embargo, cabe destacar que esta característica también la presentan dos estados de transición tardía (Guanajuato y San Luis Potosí) y cuatro de transición moderada (Quintana Roo, Tlaxcala, Hidalgo y Querétaro). Está claro que a medida que las mujeres permanecen solteras, se reduce el riesgo de que la mujer asuma la maternidad siendo adolescente; cuando esto ocurre se trata con mucho mayor frecuencia de un embarazo premarital o de madres solteras. En este sentido, para reducir el embarazo en la adolescencia, las entidades de transición avanzada tienen que encarar el problema del embarazo premarital, mientras que las entidades de transición tardía y moderada, tienen que hacer frente sobre todo a los patrones de nupcialidad temprana.
- ✦ Las entidades federativas de transición avanzada presentan un patrón en la atención materna que se caracteriza por una cobertura casi universal de atención prenatal, otorgada mayoritariamente por personal médico. Los porcentajes de mujeres sin revisión son menores a seis por ciento en todos los estados clasificados en este grupo, con excepción del estado de México, cuyo valor asciende a nueve por ciento. Además, estas entidades presentan el número promedio de consultas prenatales más alto del país (alrededor de ocho consultas por mujer) y los mayores porcentajes de mujeres que inician esta revisión en el primer trimestre del embarazo (más de 75%), como establece la norma de salud correspondiente. Por otro lado, en este grupo de estados se registran los mayores porcentajes de partos que se resuelven por cesárea, con cifras muy por encima de lo que establece la norma de salud correspondiente. Los casos extremos son Nuevo León y el Distrito Federal, cuyos niveles ascienden a 48.6 y 42.3 por ciento de partos resueltos por cesárea.

En contraste, los estados que iniciaron la transición demográfica más tardíamente son los que presentan los más graves rezagos en la cobertura de atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Cinco de las siete entidades clasificadas en este grupo —Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán y Puebla— presentan porcentajes de entre 12 y 20 por ciento de mujeres que cursan el embarazo sin recibir algún tipo de atención prenatal. Asimismo, estas entidades, junto con Veracruz, Tabasco, Morelos y Quintana Roo son las que refieren los porcentajes más bajos de mujeres que durante la atención prenatal se les tomó la presión o el peso, las cuales son medidas necesarias para detectar oportunamente los síntomas de alarma. Aunque el parto es atendido mayoritariamente por un médico, con excepción de Chiapas en el que predomina la atención a cargo de una partera, los porcentajes son inferiores entre 40 y 15 puntos porcentuales a los que registran los estados de transición avanzada. En promedio las mujeres de estas entidades reciben alrededor de seis consultas prenatales, cifra inferior a la de los otros grupos de estados. Con excepción de San Luis Potosí, estas entidades presentan los más bajos niveles de

cobertura de atención en el puerperio, menores a 55 por ciento, junto con algunos estados de transición media, como son Veracruz, Zacatecas, Jalisco y Durango.

- ❖ Los estados del grupo de transición avanzada presentan altas tasas de mortalidad por cáncer de la mama (por encima de 15 por cien mil mujeres de 25 años y más), con excepción de Baja California y el estado de México. En contraste, los del grupo de transición tardía se encuentran entre los que registran las tasas menores (por debajo de 12 por cien mil), con excepción de Michoacán, cuya tasa presenta un valor intermedio (13 por cien mil).
- ❖ El cáncer cérvico uterino es una enfermedad que se asocia a la pobreza, debido a que los mecanismos preventivos, como la aplicación periódica de la prueba de *papanicolaou*, son con mayor frecuencia desconocidos y de más difícil acceso —geográfico, económico, social y cultural— para las mujeres de las áreas rurales dispersas y para las de baja escolaridad. Sin embargo, a pesar de que en los estados de transición tardía (con excepción de Guanajuato) se encuentran aquéllos con las tasas más altas de mortalidad por cáncer cérvico uterino (por encima de 22 por cien mil mujeres de 25 años y más), esta característica la comparten con siete estados de transición media (Nayarit, Yucatán, Tabasco, Veracruz, Campeche, Tlaxcala y Tamaulipas) y tres de transición alta (Colima, Morelos y Chihuahua), lo que indica la urgente necesidad de intensificar en todos ellos la promoción de las medidas preventivas de este tipo de cáncer y de ampliar el acceso y la cobertura de estos servicios.

Los indicadores de salud reproductiva que están menos ligados a la fase de la transición demográfica por la que atraviesan las entidades federativas son los siguientes:

- ❖ La probabilidad de que una mujer se convierta en madre antes de cumplir 20 años de edad es muy elevada. En nueve estados, esta probabilidad oscila entre 40 y 50 por ciento de las mujeres de las generaciones más recientes, de los cuales tres son del grupo de transición tardía (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) y seis del de transición moderada (Tlaxcala, Tabasco, Nayarit, Sinaloa, Hidalgo, y Veracruz). Asimismo, en otras diez entidades esta probabilidad es de más de una de cada tres mujeres, de las cuales cuatro son de transición avanzada, tres de tardía y dos de moderada. En contraste, los estados con menor probabilidad de embarzarse en la adolescencia son el Distrito Federal (19.4%), Jalisco (25%), Nuevo León (25%), Aguascalientes (25.9%), México (28.4%) y Tamaulipas (28.6%), esto es, tres de transición avanzada y tres de moderada, y en todos ellos los valores registrados continúan siendo elevados.
Cabe hacer notar que el inicio de la maternidad está estrechamente relacionada con los patrones de nupcialidad. Seis de los nueve estados con mayor probabilidad de que las mujeres inicien la crianza de sus hijos(as) antes de cumplir 20 años de edad presentan una nupcialidad temprana, mientras que los seis que registran una probabilidad menor de embarazo adolescente muestran una nupcialidad tardía.
- ❖ En México, alrededor de una de cada cinco mujeres ha experimentado al menos un aborto en su vida. Este elevado porcentaje se presenta en la mayoría de las entidades federativas, con cierta tendencia a concentrarse en los estados que se encuentran en las fases avanzada y media de la transición demográfica. Trece entidades federativas presentan un porcentaje inferior a la media nacional, entre los cuales se encuentran seis de los siete estados de transición tardía, siendo Oaxaca y Chiapas los que registran los menores porcentajes. En

contraparte, en cuatro entidades este porcentaje llega a ser casi de una de cada cuatro mujeres, de los cuales tres son de transición media (Jalisco, Aguascalientes, y Yucatán) y uno tardío (Michoacán). Con valores similares a la media nacional, se encuentran quince entidades federativas, entre las cuales siete son de transición avanzada y seis de transición media. Estos resultados indican que la reducción de la práctica del aborto debe estar en la agenda de salud reproductiva de todas las entidades del país, particularmente en aquellas de transición avanzada y moderada.

- ✦ Los niveles más altos de mortalidad materna se registran en Tlaxcala, Oaxaca, Chiapas, México, Yucatán y Zacatecas —con valores entre seis y nueve por diez mil nacimientos registrados— esto es, en dos de transición tardía, en dos de transición media y en uno de transición avanzada. Por otro lado, cinco de los diez estados de este último grupo presentan tasas por encima del nivel nacional y cinco por debajo de ese nivel; en el grupo de transición tardía esta distribución es de cinco y dos, respectivamente; mientras que en los de transición moderada es de cinco y nueve.

Llama la atención que la mortalidad materna tampoco presente una relación clara con el nivel de cobertura de la atención obstétrica, su grado de medicalización y la calidad de la misma (medida con base a si se le tomó la presión y el peso), lo que puede estar relacionado con los problemas del subregistro de muertes maternas, los cuales son más acentuados en los estados menos desarrollados. De cualquier forma, los resultados sugieren, que el abatimiento de la mortalidad materna debe ser una prioridad en todas las entidades federativas del país.

- ✦ De los ocho estados con valores superiores a la media nacional en la tasa de incidencia acumulada de SIDA (entre 48 y 121 por cien mil habitantes), cuatro son de transición avanzada (Distrito Federal, Baja California, Morelos, y Baja California Sur), tres de transición moderada (Jalisco, Nayarit y Yucatán) y uno de transición tardía (Puebla). En contraste, en las diez entidades cuya tasa acumulada es inferior a 20 personas enfermas de SIDA por cien mil habitantes, cuatro son de transición tardía (Chiapas, Guanajuato, San Luis Potosí y Oaxaca), cinco de moderada (Tabasco, Zacatecas, Hidalgo, Aguascalientes y Durango) y uno de transición avanzada (Chihuahua). Actualmente en 23 de las 32 entidades federativas del país el SIDA se encuentra entre las 20 principales causas de mortalidad general. Esta situación, junto con el aumento de la tasa anual de incidencia de esta enfermedad, hace indiscutible otorgar una alta prioridad, en la agenda de la salud reproductiva del país, a las acciones que contribuyan a controlar esta pandemia.

De estos resultados se desprende que el estado de la salud reproductiva en las distintas entidades federativas es marcadamente dispar. Las entidades de transición moderada y avanzada generalmente se encuentran en situaciones que requieren de respuestas institucionales eficientes para atender tanto los rezagos y los viejos problemas, como los nuevos retos y los problemas emergentes. Para los estados y grupos más pobres del país esta disparidad implica desventajas adicionales, que contribuyen a perpetuar el rezago social, así como a reproducirlo intergeneracionalmente. De hecho el conjunto de rasgos que caracterizan el rezago demográfico conforman tipos particulares de vulnerabilidades que se entrecruzan y refuerzan con otras vulnerabilidades de origen social, atrapando a entidades, grupos y personas en una telaraña de desventajas múltiples que debilitan su capacidad para acumular o movilizar activos.

Anexo 1

Nota metodológica para el cálculo del número de abortos inducidos

Para estimar el número de abortos, se utilizó el Modelo de las Variables Intermedias de la Fecundidad de Bongaarts,²² el cual plantea que la fecundidad depende, principalmente, de las variaciones en cuatro variables intermedias: la proporción de mujeres en edad fértil (casadas o en unión consensual), la prevalencia anticonceptiva, la duración media de la lactancia y el aborto inducido.

Bongaarts establece que otras variables intermedias (frecuencia del coito, esterilidad y mortalidad intrauterina espontánea) no varían mucho entre poblaciones, por lo que la fecundidad no es muy sensible a ellas. Es por ello que establece un valor constante de la fecundidad potencial (TF) de 15.3 hijos.

De tal forma, la ecuación correspondiente es la siguiente:

$$TGF = C_m * C_c * C_a * C_i * TF$$

Sustituyendo, la ecuación asume la forma de:

$$TGF = C_m * C_c * C_a * C_i * 15.3$$

Donde:

C_m = índice proporción de mujeres en edad fértil casadas o unidas.

C_c = índice de prevalencia anticonceptiva.

$$= 1 - 1.08 u e ,$$

donde:

u = proporción de mujeres unidas que usan anticonceptivos (uso actual de la anticoncepción).

e = efectividad de la anticoncepción.

²² Bongaarts John, "The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables" en Studies in family planning, Vol. 13, No.6/7, June/July, New York, 1982.

C_i = índice de infertilidad posparto que está estrechamente vinculado con la duración de la lactancia.

$$= \frac{20}{18.5 + i}$$

donde:

i = duración de la amenorrea. En ausencia de datos, Bongaarts propone estimarla mediante la siguiente expresión:

$$= 1.753e^{0.1396L - 0.001872L^2}$$

donde L = duración media o mediana de la lactancia

C_a = índice de aborto inducido.

$$= \frac{TGF}{TGF + 0.4(1 - u)TGA}$$

donde:

TGF = tasa global de fecundidad.

TGA = tasa global de abortos, que es el número promedio de abortos inducidos por mujer al final del periodo reproductivo, siempre que las tasas de aborto inducido permanezcan en los niveles actuales durante todo el periodo reproductivo (excluyendo los abortos inducidos de mujeres que no están casadas o unidas).

Los índices C_m , C_c , C_i y C_a pueden asumir valores entre 0 y 1 (1 en la ausencia del factor y 0 en el caso de que el efecto inhibitor del factor sea 100%).

Con la información de las encuestas nacionales sociodemográficas se pueden estimar de manera precisa los índices C_m , C_c y C_i , así como la TGF. Con el despeje de la ecuación principal se puede estimar C_a .

Una vez construidos los índices señalados, es posible obtener TGA a partir de la siguiente ecuación:

$$TGA = \frac{TGF(1 - C_a)}{0.4(1 - u)C_a}$$

El número de abortos inducidos se obtiene de la TGA, para lo cual se establece el supuesto de que la distribución de los abortos presenta el mismo patrón por edad que el de la fecundidad.

Anexo 2

Datos gráfica 1.
Tasa global de fecundidad, 1990-2000

1963	1975	1963	1975
1960	7.3	1981	4.5
1961	7.3	1982	4.4
1962	7.3	1983	4.3
1963	7.3	1984	4.2
1964	7.3	1985	4.0
1965	7.2	1986	3.9
1966	7.2	1987	3.7
1967	7.1	1988	3.6
1968	7.0	1989	3.5
1969	6.9	1990	3.4
1970	6.8	1991	3.3
1971	6.7	1992	3.1
1972	6.5	1993	3.0
1973	6.4	1994	2.9
1974	6.1	1995	2.8
1975	5.9	1996	2.7
1976	5.6	1997	2.7
1977	5.3	1998	2.6
1978	5.1	1999	2.5
1979	4.9	2000	2.4
1980	4.7		

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 2.
Tasas de fecundidad por edad
para años seleccionados, 1974-2000

Grupos de edad	1974	1982	1992	1997	2000
15-19	0.13145	0.1112	0.0830	0.0766	0.0701
20-24	0.28081	0.2244	0.1682	0.1400	0.1298
25-29	0.28493	0.2089	0.1602	0.1432	0.1312
30-34	0.25011	0.1666	0.1159	0.0978	0.0877
35-39	0.17625	0.1150	0.0708	0.0557	0.0487
40-44	0.08241	0.0481	0.0252	0.0135	0.0109
45-49	0.01648	0.0096	0.0052	0.0028	0.0023

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Datos gráfica 6.
Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 1990 y 2000

Estado	2000	1990	Estado	2000	1990
DF	1.8	2.2	QR	2.4	3.5
NL	2.1	2.5	NY	2.4	3.5
BS	2.1	2.8	JL	2.5	3.8
MO	2.1	2.9	QT	2.5	4.1
CL	2.1	2.9	TB	2.6	3.5
SI	2.1	2.9	HG	2.6	3.4
TM	2.1	2.8	AG	2.6	3.6
SO	2.1	2.7	DG	2.7	4.0
BC	2.2	3.1	ZT	2.7	4.1
MX	2.2	3.1	GT	2.8	3.7
CH	2.2	3.2	MI	2.8	4.2
YU	2.2	3.6	OX	2.9	4.4
CP	2.3	3.6	SL	2.9	4.0
VZ	2.3	3.2	CS	2.9	4.5
TX	2.3	3.8	PU	3.0	4.3
CO	2.4	3.1	GR	3.0	4.2
Nacional	2.4	3.4			

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 7.
Distribución porcentual de las mujeres
según edad a la primera unión o matrimonio, por generación, 1997

Generación	Menos de 16 años	16-19 años	20-24 años	Sin unión a los 25 años
1953-1957	14.9	34.9	28.2	22.0
1958-1962	14.2	33.4	27.4	24.9
1963-1967	12.6	32.2	27.5	27.7
1968-1972	9.9	30.6	28.1	31.3

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

Datos gráfica 8.
Proporción acumulada de mujeres
nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972
que se encontraban unidas
en primeras nupcias a cada edad, 1997

Edad	1953-1957	1968-1972
14	7.8	5.4
15	14.9	9.9
16	23.2	16.3
17	32.1	24.6
18	41.3	32.6
19	49.8	40.5
20	57.3	48.1
21	63.8	54.6
22	69.6	59.9
23	74.2	64.8
24	78.0	68.7
25	80.9	71.3
26	83.0	73.0
27	85.2	73.8
28	86.4	74.4
29	87.3	74.4

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

Datos gráfica 9.

Distribución porcentual de las mujeres según edad a la primera unión o matrimonio, por escolaridad y lugar de residencia (generación 1963-1972), 1997

Características	Menos de 16 años	16-19 años	20-24 años	Sin unión a los 25 años
Total	11.1	31.4	27.8	29.7
Sin escolaridad	34.9	34.3	14.1	16.7
Primaria incompleta	25.6	40.5	17.4	16.6
Primaria completa	15.0	40.0	23.8	21.1
Secundaria y más	4.0	25.7	33.2	37.1
Rural	20.2	38.9	22.0	18.9
Urbana	8.7	29.3	29.4	32.6

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

Datos gráfica 11.

Distribución porcentual de las mujeres que se unieron o casaron antes de cumplir los 25 años de edad según tipo de primera unión, por entidad federativa (generación 1968-1972)

Entidad	Matrimonio	Unión consensual	Entidad	Matrimonio	Unión consensual
ZT	86.4	13.6	BC	67.7	32.3
GT	83.6	16.4	QR	67.2	32.8
NL	83.5	16.5	SO	66.9	33.1
YU	83.0	17.0	GR	66.7	33.3
AG	82.9	17.1	TX	65.3	34.7
CO	81.4	18.6	CL	65.0	35.0
JL	81.0	19.0	MO	64.8	35.2
CP	79.7	20.3	TB	64.8	35.2
MI	76.9	23.1	Nacional	63.7	36.3
DG	76.3	23.7	SI	62.9	37.1
DF	73.0	27.0	PU	62.0	38.0
CH	73.0	27.0	CS	61.4	38.6
BS	71.0	29.0	OX	60.5	39.5
TM	70.9	29.1	HG	55.9	44.1
QT	69.8	30.2	NY	55.8	44.2
MX	68.3	31.7	VZ	53.6	46.4
SL	68.0	32.0			

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

Datos gráfica 12.
Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a)
antes de cumplir edades específicas, por generación

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.1	2.8	2.4	1.7
16	6.3	6.2	5.5	4.1
17	11.9	11.9	11.0	8.8
18	20.5	19.4	18.2	15.2
19	29.9	28.4	27.0	23.4
20	39.5	38.5	35.9	31.7
21	48.6	46.8	44.2	40.4
22	55.8	54.1	51.7	48.3
23	62.5	60.7	58.2	54.9
24	68.2	66.9	64.1	60.4
25	73.4	71.8	68.6	65.0

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

Datos gráfica 13.
Distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo
a la duración de su intervalo protogenésico, según generación, 1997
(Mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)

Generación	Nacim premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953 - 1957	4.3	9.7	28.1	22.8	30.4	4.7
1958 - 1962	4.5	11.5	26.1	23.6	29.3	5.0
1963 - 1967	5.0	12.4	27.8	20.7	29.6	4.6
1968 - 1972	4.2	14.4	26.0	21.9	28.5	5.1

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

Datos gráfica 14.
Probabilidad acumulada de tener un embarazo
premarital antes de cumplir edades específicas, por generación

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.9	0.7	0.6	0.6
16	1.4	1.4	1.4	1.1
17	2.3	2.6	2.3	2.3
18	3.9	4.2	3.9	3.9
19	5.7	6.1	5.9	5.9
20	7.3	8.4	8.2	7.7
21	9.0	10.0	10.1	10.6
22	10.3	11.5	11.7	12.7
23	11.7	13.1	13.2	14.5
24	12.6	14.2	14.6	15.9
25	13.3	15.2	15.6	17.1

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

Datos gráfica 16.
Peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a)
antes de los 20 años por entidad federativa
(generación 1968-1972)

Entidad	1997	Entidad	1997
SI	7.1	AG	25.5
CS	8.3	GT	26.0
TB	8.6	MX	26.4
OX	13.8	BS	26.4
GR	15.7	QR	27.3
CP	16.8	TL	27.3
MO	17.9	NL	28.0
MI	18.9	CL	28.1
YU	19.2	BC	28.6
ZT	19.2	SL	30.0
PU	20.7	CO	32.6
VZ	21.7	CH	33.3
NY	21.8	HG	35.1
TM	22.0	SO	35.3
JL	22.8	QT	40.2
DU	23.9	DF	48.5
Nacional	24.3		

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

Datos gráfica 17.
Promedio del número ideal
de hijos de las mujeres en edad
fértil por entidad federativa, 1997

Entidad	Promedio
DF	2.5
MO	2.8
MX	2.8
TX	2.9
BC	2.9
BS	2.9
VZ	3.0
TM	3.0
CH	3.1
CL	3.1
OX	3.1
SO	3.2
QR	3.2
Nacional	3.2
NL	3.2
HG	3.3
CO	3.3
CP	3.3
TB	3.4
PU	3.4
QT	3.4
YU	3.4
NY	3.4
CS	3.4
SI	3.5
MI	3.5
GT	3.6
GR	3.7
AG	3.7
SL	3.7
JL	3.7
DG	3.7
ZT	4.0

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

Datos gráfica 19.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas
que no desea otro hijo(a) por entidad federativa, 1997

Entidad	Porcentaje	Entidad	Porcentaje
MX	71.4	CL	61.1
MO	68.9	SO	61.0
DF	67.9	CO	60.8
BC	66.1	DG	60.3
TX	65.0	MI	59.8
YU	64.8	OX	59.3
VZ	63.2	QR	59.3
CH	63.0	TM	58.9
HG	62.9	NL	57.2
BS	62.4	GT	56.3
Nacional	62.3	JL	55.9
TB	62.3	CP	55.7
PU	62.1	SI	54.2
NY	62.0	QT	53.9
GR	61.5	AG	53.5
CS	61.3	ZT	49.4
SL	61.1		

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

Datos gráfica 22.
Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método
anticonceptivo por entidad federativa, 1997

Entidad	Porcentaje	Entidad	Porcentaje
OX	86.3	QR	98.1
CS	87.2	TB	98.1
GR	88.4	DG	98.5
HG	93.9	AG	98.5
PU	94.4	BC	98.5
YU	95.3	TM	98.5
MI	96.2	TX	98.6
GT	96.2	CH	98.6
Nacional	96.6	NL	99.0
SL	96.7	CO	99.1
JL	96.9	DF	99.2
QT	97.0	MO	99.3
MX	97.0	SO	99.3
CP	97.2	CL	99.4
ZT	97.4	BS	99.5
NY	97.7	SI	99.6
VZ	c		

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

Datos gráfica 28.
 Porcentaje de mujeres unidas
 en edad fértil que usa métodos anticonceptivos
 por entidad federativa, 1992, 1997 y 2000

Entidad	1992	1997	2000
GR	46.9	47.4	51.8
CS	49.9	53.5	57.1
OX	46.3	55.1	58.5
GT	53.5	54.6	59.1
PU	49.5	59.4	62.8
QT	50.3	61.1	64.3
MI	55.8	60.9	64.3
SL	51.9	60.6	64.4
HG	60.2	63.2	66.3
AG	57.5	63.5	67.4
JL	59.6	66.7	69.7
DG	58.6	67.4	70.2
Nacional	63.1	68.5	70.8
ZT	57.4	68.3	71.4
TB	66.9	68.7	71.5
QR	62.6	69.9	72.6
YU	56.2	70.5	72.8
VZ	59.9	70.3	73.0
CP	60.8	71.6	74.1
TM	66.8	72.4	74.6
NL	75.4	73.6	75.3
TX	57.9	72.1	75.4
BC	73.7	74.1	75.6
MO	66.5	73.8	75.7
CL	70.2	73.7	75.8
NY	70.3	74.0	76.1
CH	71.0	74.1	76.1
MX	71.1	75.4	77.3
CO	73.5	75.3	77.6
SO	70.4	76.0	77.9
BS	77.2	77.1	78.3
DF	75.9	78.1	78.8
SI	70.9	77.4	79.0

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas..

Datos gráfica 29.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que nunca ha usado métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997

Entidad	Porcentaje	Entidad	Porcentaje
GR	35.4	TX	13.3
CS	33.2	CP	13.3
OX	31.5	MX	12.7
PU	27.0	YU	12.3
GT	26.0	NY	12.2
HG	22.6	MO	11.1
QT	22.5	CH	10.3
MI	21.8	NL	10.0
SL	19.9	SO	9.8
Nacional	16.3	CL	9.7
DG	16.0	TM	9.6
JL	15.0	BS	9.5
AG	14.7	CO	9.0
TB	14.7	DF	9.0
ZT	14.7	BC	8.8
VZ	14.3	SI	8.4
QR	14.1		

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

Datos gráfica 30.
Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos, según tipo de método, 1976-1997

Años	Pastillas	DIU	Oclusión tubaria bilateral	Vasectomía	Inyecciones	Locales	Métodos tradicionales
1976	35.9	18.7	8.9	0.6	5.6	7.0	23.3
1979	33.0	16.1	23.5	0.6	6.7	5.0	15.1
1982	29.7	13.8	28.1	0.7	10.6	4.1	13.0
1987	18.2	19.4	36.2	1.5	5.3	4.7	14.7
1992	15.3	17.7	43.3	1.4	5.1	5.0	12.2
1995	12.7	22.3	41.4	0.9	4.6	5.0	13.1
1997	10.0	20.8	44.7	1.8	4.6	5.8	12.3

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Datos gráfica 35.
Porcentaje de mujeres en edad fértil,
usuarias de anticonceptivos, que inició el uso
del método en el posparto, por entidad federativa, 1997

Entidad	Porcentaje
AG	37.7
JL	37.8
BC	40.4
TX	40.5
DG	41.0
YU	42.0
GT	42.3
PU	42.4
MI	42.5
OX	42.9
CS	43.7
SO	44.0
QT	44.8
SL	45.5
QR	46.0
CP	46.5
Nacional	46.5
CH	46.6
DF	46.6
TB	47.0
SI	47.1
TM	47.1
VZ	47.4
MO	48.8
NY	48.9
GR	48.9
ZT	50.0
MX	51.1
HG	51.4
BS	51.5
CO	51.8
CL	53.1
NL	54.4

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

Datos gráfica 33.
Porcentaje de mujeres usuarias
de métodos modernos
que obtuvieron el método
en el sector público, según entidad
federativa, 1997

Entidad	Porcentaje
ZT	86.4
NY	83.8
CL	81.5
VZ	81.2
DG	80.1
CP	79.9
TX	79.7
OX	79.3
BS	78.7
CS	78.3
TB	78.0
SL	76.6
GR	76.1
HG	76.0
CO	75.6
NL	75.3
MX	75.3
SI	74.2
MI	73.2
Nacional	72.3
MO	72.1
YU	71.7
GT	70.7
QT	70.2
AG	69.8
PU	68.8
QR	68.5
JL	68.1
SO	67.8
CH	67.5
TM	64.6
DF	61.2
BC	56.3

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

Datos gráfica 37.
Porcentaje de mujeres que recibió información de la planificación familiar durante la atención prenatal, por entidad federativa, 1994-1997 (último y penúltimo nacimiento atendido en el sector público)

Entidad	Hablaron sobre planificación familiar	Ofrecieron método posparto
GT	70.3	63.1
MI	72.8	57.2
OX	74.7	64.4
GR	75.0	55.1
BC	75.8	59.7
PU	77.3	61.1
QT	77.7	69.6
MX	78.1	57.4
MO	78.9	60.5
JL	79.1	65.9
SO	79.1	67.4
TX	79.3	66.0
AG	80.1	72.6
DG	80.6	69.0
Nacional	80.8	66.9
TM	81.0	67.2
HG	81.6	67.1
SL	81.7	70.3
VZ	81.7	68.4
NY	83.2	66.9
DF	83.5	71.3
TB	83.7	70.7
YU	85.3	76.6
CL	85.3	73.8
CO	85.4	70.8
ZT	86.2	68.3
CS	86.4	73.1
OR	86.6	78.2
CH	86.9	74.4
SI	87.0	65.4
CA	89.6	79.6
BS	90.5	72.9
NL	91.6	84.7

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

Datos gráfica 40.

Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997

Entidad	Espaciar	Limitar
NL	4.5	1.4
DF	3.9	2.4
BS	4.4	2.0
SI	4.4	2.3
SO	4.3	2.5
CL	4.0	2.9
CO	4.5	2.5
CH	4.0	3.4
NY	4.8	2.9
TM	5.2	3.3
BC	4.9	3.8
YU	5.6	3.1
CP	5.9	2.9
MX	4.6	5.1
JL	6.5	3.6
MO	5.9	5.1
TX	5.8	5.2
ZT	6.5	4.9
TB	6.5	5.5
QR	7.7	4.4
Nacional	6.9	5.2
VZ	7.7	5.0
AG	7.4	6.3
DG	9.4	5.1
HG	9.1	7.2
MI	9.7	7.8
QT	9.9	8.2
SL	9.7	8.5
GT	10.9	8.1
PU	9.6	9.8
CS	11.8	9.0
OX	12.4	8.7
GR	14.5	11.3

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

Datos gráfica 44.

Tasa de mortalidad materna por entidad federativa, 1997

Entidad	1997
TX	8.6
OX	7.5
CS	6.3
MX	6.2
YU	6.1
ZT	6.0
GR	5.3
TB	5.3
MO	5.2
DF	5.1
NY	5.0
CL	4.9
CH	4.9
PU	4.7
QT	4.7
SL	4.7
Nacional	4.7
JL	4.3
CP	4.2
MI	4.2
VZ	4.2
BS	4.1
HG	4.0
GT	3.5
TM	3.4
AG	3.2
QR	3.2
DG	3.1
SO	3.0
NL	2.4
CO	2.1
SI	2.0
BC	1.9

Fuente: Mortalidad 1997, Secretaría de Salud, Noviembre, 1998

Datos gráfica 46.
Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas
con al menos un aborto por entidad federativa, 1992 - 1997

Entidad	1992	1997
JL	29.0	24.8
AG	25.9	24.3
MI	18.3	23.9
YU	23.1	23.7
TM	22.5	22.4
MO	25.7	21.8
ZT	24.9	21.7
GT	16.9	21.4
CO	16.8	21.3
CL	20.1	20.9
DG	18.4	20.8
CP	22.9	19.7
NY	19.8	19.7
SI	16.6	19.6
DF	19.0	19.6
SO	19.6	19.6
QR	18.6	19.6
VZ	21.3	19.3
NL	22.3	19.1
Nacional	19.6	19.0
PU	16.4	18.6
CH	18.3	18.5
BS	20.8	17.8
MX	18.5	17.2
SL	22.8	17.0
TX	13.6	16.9
QT	17.5	16.8
TB	20.8	16.2
GR	22.2	16.0
BC	21.2	15.1
HG	15.2	14.7
CS	9.5	13.9
OX	9.9	11.7

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

Datos gráfica 49.

Distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por tipo de agente que brindó la atención prenatal, según entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Médico	Enfermera	Partera	Sin revision
NL	98.0	0.7	0.2	1.0
DF	97.1	0.6	0.1	2.1
BC	95.1	1.0		3.9
CO	95.1	1.1	0.8	3.0
SO	94.0	0.8	0.8	4.5
JL	93.1	2.0	0.9	3.9
BS	93.0	1.3	0.5	5.3
YU	92.8	1.8	2.5	2.9
AG	92.0	1.5	3.8	2.7
CH	91.0	4.2	0.9	3.9
SI	90.6	1.2	1.5	6.6
TM	90.5	3.0	1.7	4.8
CL	90.2	2.5	2.8	4.5
NY	89.4	2.2	2.0	6.3
QT	89.0	1.6	3.0	6.4
DG	87.9	2.1	2.7	7.3
ZT	87.6	2.7	5.1	4.7
MX	87.3	1.0	2.7	9.0
TX	84.6	1.5	8.7	5.2
Nacional	83.5	2.5	6.2	7.8
MO	83.3	1.3	9.4	5.9
GT	82.8	2.3	7.0	7.9
MI	82.5	1.2	3.9	12.4
TB	82.5	2.4	8.4	6.8
CP	81.6	1.2	11.3	5.8
SL	81.4	7.6	4.2	6.9
HG	80.2	7.1	4.1	8.6
QR	79.9	2.1	10.5	7.6
VZ	72.7	4.8	13.8	8.8
PU	69.3	4.5	16.2	10.0
OX	66.5	5.8	8.8	19.0
GR	61.4	2.2	16.5	19.9
CS	53.3	2.5	27.1	17.0

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

Datos gráfica 51.
Distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos nacidos vivos por trimestre de inicio
de la atención prenatal, según entidad federativa, 1994-1997

Entidad	1er. trimestre	2o. trimestre	3er. trimestre
NL	82.8	13.6	3.6
BC	82.2	14.7	3.1
SI	81.6	15.6	2.8
DF	81.5	14.8	3.6
BS	80.4	16.4	3.2
TM	80.3	16.8	2.9
QR	79.4	16.9	3.7
ZT	79.3	17.3	3.3
JL	78.9	19.1	2.0
SO	78.4	16.8	4.8
CH	78.3	18.7	3.0
YU	77.1	19.2	3.7
MO	76.6	17.6	5.8
CO	76.3	18.4	5.2
MX	75.9	20.3	3.8
AG	75.9	21.0	3.1
GT	75.2	19.8	5.0
NY	75.1	20.9	4.0
CP	74.2	21.5	4.4
Nacional	74.1	21.4	4.6
DG	73.8	22.2	4.0
CL	73.6	21.0	5.4
TX	73.1	22.7	4.1
QT	73.1	22.6	4.3
TB	73.1	24.9	2.0
MI	71.8	22.2	5.9
SL	70.9	23.6	5.5
CS	70.5	24.3	5.2
HG	66.8	26.5	6.7
VZ	66.4	28.5	5.0
GR	62.3	30.2	7.5
PU	60.3	31.9	7.9
OX	60.1	30.5	9.4

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

Datos gráfica 53.
Promedio de consultas prenatales
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Porcentaje
DF	8.2
NL	8.2
SO	8.1
BS	7.9
CH	7.8
CO	7.8
CL	7.6
BC	7.6
SI	7.4
ZT	7.4
JL	7.3
QR	7.3
MO	7.2
YU	7.2
VZ	7.2
NY	7.1
CP	7.0
Nacional	6.9
TM	6.9
DG	6.9
MX	6.8
QT	6.7
AG	6.7
GT	6.6
SL	6.3
TX	6.2
TB	6.2
HG	6.1
CS	6.0
MI	6.0
PU	5.9
GR	5.4
OX	5.3

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

Datos gráfica 57.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por tipo de agente que atendió el parto, según entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Médico	Enfermera	Partera	Otro/Ella sola
NL	98.1	0.2	0.8	0.9
BS	97.1	0.9	1.0	1.1
BC	97.0	1.0	0.3	1.6
DF	96.4	1.0	1.1	1.6
JL	95.8	0.6	2.0	1.6
SO	95.6	1.0	1.9	1.5
AG	95.4	1.9	2.3	0.4
CO	94.7	1.7	0.9	2.7
TM	94.2	1.5	3.3	1.0
CL	93.5	1.8	4.0	0.7
CH	93.0	2.9	1.7	2.3
SI	91.6	1.0	6.3	1.0
ZT	90.1	1.1	7.2	1.6
MX	87.5	0.8	7.4	4.2
NY	87.3	1.5	7.3	4.0
QT	87.3	0.8	7.2	4.8
DG	86.4	3.3	8.2	2.0
TX	85.6	1.2	12.0	1.2
GT	83.5	1.7	12.6	2.2
MO	83.4	1.4	13.7	1.5
MI	83.0	0.4	12.7	3.9
Nacional	81.5	1.7	13.6	3.3
YU	80.7	1.1	16.6	1.6
QR	74.3	2.1	22.3	1.4
SL	74.1	2.6	17.9	5.5
CP	72.8	1.1	23.1	3.0
HG	72.6	3.8	17.8	5.8
PU	67.4	2.9	26.8	2.9
VZ	65.8	3.4	27.0	3.8
TB	63.9	1.6	32.7	1.9
GR	62.2	1.7	28.1	8.1
OX	52.3	3.4	31.1	13.2
CS	44.8	2.1	49.4	3.7

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

Datos gráfica 59.
Distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por lugar de atención del parto, según entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Sector público	Sector privado	Casa
CO	86.3	8.8	2.7
BS	85.9	12.3	1.6
SO	82.5	14.0	2.9
CL	81.5	13.3	4.6
NY	80.4	9.7	9.1
AG	78.6	18.1	3.0
NL	76.7	21.6	1.6
ZT	75.1	16.5	8.1
DG	74.6	15.0	9.7
JL	72.8	23.4	3.2
CH	72.1	23.1	2.7
TM	71.0	21.2	4.1
QT	70.5	18.5	9.8
SI	68.2	24.2	7.1
YU	67.4	12.7	18.7
CP	64.9	9.3	24.8
DF	64.6	33.0	2.0
BC	64.0	33.6	1.1
QR	62.9	13.3	23.5
MO	62.5	22.3	15.1
MX	62.1	27.4	10.0
Nacional	61.5	21.3	16.2
HG	61.3	16.3	21.5
SL	60.9	15.4	22.7
TX	57.7	27.2	14.4
GT	57.5	27.0	14.5
VZ	57.2	11.4	30.4
TB	54.8	10.0	34.6
MI	52.0	31.1	15.1
GR	43.4	19.5	35.9
OX	41.7	13.1	44.3
PU	39.3	28.0	30.4
CS	38.2	8.5	51.7

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

Datos gráfica 60.
 Porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
 por cesárea, según entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Porcentaje
CS	11.0
GR	14.8
OX	14.8
SL	18.6
HG	18.8
VZ	19.2
PU	21.1
DG	21.8
MI	22.1
ZT	23.0
TB	23.1
TX	23.1
CP	23.2
GT	24.6
NY	25.9
AG	26.4
Nacional	26.5
QT	26.6
MO	27.2
JL	27.3
YU	28.5
MX	28.6
QR	28.8
SO	30.1
SI	31.1
BC	32.4
TM	32.5
CH	33.0
CL	33.7
CO	36.7
BS	37.4
DF	42.3
NL	48.6

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

Datos gráfica 62.
Cobertura de atención del puerperio
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos,
según entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Porcentaje
DF	81.4
CH	74.9
BS	74.9
BC	70.3
QR	69.4
NL	69.0
SO	65.0
MO	63.7
MX	63.5
CL	61.6
SL	61.3
CP	61.3
TX	61.0
SI	60.6
YU	60.6
CO	60.3
TM	59.2
Nacional	59.1
NY	58.6
TB	58.6
QT	58.3
HG	58.0
AG	56.4
CS	54.1
PU	53.2
VZ	53.1
ZT	53.0
JL	51.4
DG	51.3
OX	50.1
GT	49.9
MI	44.9
GR	44.5

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

Datos gráfica 63.
Porcentaje de los últimos y penúltimos
hijos sobrevivientes que fueron amamantados
por entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Porcentaje
OX	96.5
YU	94.8
SI	94.6
HG	94.2
NY	94.0
GR	93.6
PU	93.5
MO	93.2
CL	92.6
CS	92.5
SO	91.9
BS	91.4
VZ	91.3
QT	91.1
CP	90.8
ZT	90.6
QR	90.0
GT	89.9
Nacional	89.9
SL	89.7
TX	89.6
JL	89.2
NL	88.8
MI	88.8
DG	88.6
TB	88.1
CO	87.8
MX	87.6
DF	86.8
AG	86.3
CH	85.2
TM	84.6
BC	79.1

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

Datos gráfica 64.
 Duración mediana de la lactancia
 de los últimos y penúltimos hijos
 sobrevivientes que fueron amamantados
 por entidad federativa, 1994-1997

Entidad	Porcentaje
OX	18.6
CS	14.5
GR	14.4
HG	14.3
YU	12.9
VZ	12.8
PU	12.8
MO	12.4
TB	12.3
SL	12.2
CP	12.2
TX	12.2
NY	12.2
QT	12.1
ZT	12.1
QR	11.8
MI	10.5
Nacional	9.8
BS	9.3
MX	8.9
SI	8.4
GT	8.2
DG	7.8
CO	7.6
CL	7.4
SO	6.8
JL	6.7
AG	6.6
DF	6.4
TM	6.1
NL	6.0
CH	5.8
BC	5.0

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

Datos gráfica 65.
Tasa de mortalidad infantil, 1950-2000

Año	Tasa	Año	Tasa
1950	126.6	1976	62.4
1951	126.3	1977	60.2
1952	119.6	1978	57.9
1953	119.5	1979	55.6
1954	112.5	1980	53.0
1955	109.0	1981	50.2
1956	105.6	1982	47.2
1957	103.0	1983	44.3
1958	99.1	1984	41.7
1959	96.2	1985	39.8
1960	94.5	1986	38.5
1961	90.5	1987	37.6
1962	87.9	1988	36.9
1963	85.6	1989	38.7
1964	83.6	1990	36.6
1965	82.0	1991	34.1
1966	80.6	1992	33.2
1967	79.3	1993	32.3
1968	77.9	1994	31.4
1969	76.4	1995	30.5
1970	79.0	1996	29.3
1971	73.6	1997	28.1
1972	72.7	1998	26.9
1973	70.8	1999	25.9
1974	67.4	2000	24.9
1975	64.6		

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 67.
Tasa de mortalidad infantil
según entidad federativa, 2000

Entidad	Tasa
DF	19.8
NL	20.9
CL	21.9
AG	21.9
MX	22.0
BC	22.0
BS	22.1
JL	22.1
CO	22.3
SO	22.6
MO	23.2
CH	23.4
OR	23.6
TM	23.9
TX	24.2
SI	24.3
QT	24.6
NY	24.8
Nacional	24.9
GT	25.1
TB	25.3
DG	25.7
MI	25.9
CP	26.0
ZT	26.8
YU	27.0
SL	27.3
HG	27.4
PU	27.6
VZ	28.0
GR	29.7
OX	31.7
CS	31.9

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 69.
Tasa de incidencia
de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990-1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	23.2	4.4	5.7	86.8	112.4
1991	18.3	4.1	3.8	94.7	112.3
1992	21.3	3.8	3.5	105.4	118.6
1993	23.3	3.5	2.2	109.0	115.9
1994	21.8	6.6	2.2	136.5	117.8
1995	20.4	4.5	2.4	172.7	156.9
1996	17.6	4.1	2.3	173.3	140.5
1997	16.9	5.1	2.4	210.5	143.2
1998	15.6	5.0	1.8	238.6	142.1

Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

Datos gráfica 70.
Casos nuevos de SIDA
por año de notificación, 1990-1998

Año	Anuales	Acumulados
1990	2354	7007
1991	2274	9281
1992	3194	12475
1993	5045	17520
1994	4049	21569
1995	4296	25865
1996	4194	30059
1997	3652	33711
1998	4679	38390

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

Datos gráfica 71.
Tasa de incidencia
acumulada de SIDA, 1990 - 1998

Año	Nacional
1990	8.4
1991	10.9
1992	14.3
1993	19.7
1994	23.9
1995	28.1
1996	32.1
1997	35.4
1998	39.7

Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Poblacion con base en: SSA/DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

Datos gráfica 72.
Tasa de mortalidad
por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	3.0	0.6
1991	4.0	0.7
1992	5.1	0.8
1993	6.2	1.0
1994	6.8	1.0
1995	7.8	1.0
1996	8.2	1.2
1997	7.8	1.1

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 73.
Tasa de incidencia anual y acumulada
de SIDA por entidad federativa, 1998

Entidad	Anual	Acumulada
CS	1.3	10.6
TB	1.7	12.5
GT	3.6	13.5
SL	1.0	14.4
CH	3.0	14.6
ZT	2.2	15.0
HG	2.1	15.8
AG	3.5	18.1
DG	5.9	18.6
OX	3.5	19.2
QT	5.7	20.3
SI	2.1	20.8
QR	2.6	21.1
CL	4.6	21.7
SO	3.8	23.4
CP	5.6	25.0
VZ	3.9	25.2
CO	0.3	26.0
TM	3.3	26.1
NL	1.8	26.4
MI	4.4	29.1
TX	5.3	32.7
MX	2.9	37.5
GR	6.0	39.2
Nacional	4.8	39.7
PU	8.2	48.3
YU	9.2	49.6
NY	7.2	52.1
BS	14.0	56.2
MO	4.8	58.8
BC	8.4	62.2
JL	7.6	67.9
DF	12.1	121.6

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/
DGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1998.

Datos gráfica 74.
Tasa de mortalidad
por SIDA según entidad federativa, 1997

Entidad	Tasa
DF	10.2
BC	9.3
CL	6.3
MO	6.1
YU	6.0
QR	5.8
NY	5.6
JL	5.6
PU	5.1
BS	4.9
VZ	4.8
GR	4.5
MX	4.4
Nacional	4.4
TB	4.2
CH	3.9
SI	3.7
NL	3.6
CP	3.1
OX	2.8
TM	2.8
QT	2.6
TX	2.5
AG	2.4
SO	2.2
CO	2.1
DG	2.0
SL	2.0
CS	1.9
MI	1.8
GT	1.7
HG	1.4
ZT	1.1

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 75.
Lugar que ocupa el SIDA
dentro de las 20 principales
causas de mortalidad general, 1997

Estado	Lugar
BC	11
DF	12
QR	12
CL	13
JL	14
NY	14
NL	14
BS	15
MX	15
MO	15
YU	15
Nacional	15
GR	16
PU	16
SI	16
TB	16
TM	16
CP	17
VZ	17
AG	19
CH	19
CO	20
MI	20
SO	20
CS	-
DG	-
GT	-
HG	-
OX	-
QT	-
SL	-
TX	-
ZT	-

Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad, 1997.

Datos gráfica 76.
Razón hombre/mujer
de casos de SIDA al 1º de enero de 1999

Estado	Razón
MO	3
PU	3
TX	3
CS	4
HG	4
JL	4
CP	5
MX	5
NY	5
BC	6
CL	6
GT	6
MI	6
QT	6
SL	6
SI	6
Nacional	6.5
GR	7
OX	7
TM	7
VZ	7
ZT	7
QR	8
AG	9
CH	9
DF	9
DG	9
SO	9
TB	9
YU	9
BS	10
CO	10
NL	14

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA, Dirección General de Epidemiología SSA.

Datos gráfica 77.
Tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino, 1990 - 1997

Año	Nacional
1990	25.0
1991	23.7
1992	23.7
1993	23.0
1994	22.2
1995	21.6
1996	21.5
1997	20.9

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 78.
Tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional
15-19	0.1
20-24	0.3
25-29	1.3
30-34	4.5
35-39	10.3
40-44	17.9
45-49	25.3
50-54	32.9
55-59	39.2
60-64	47.6
65 y más	72.7

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 79.
Tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino
según entidad federativa, 1997

Estado	Cáncer cérvicouterino
NY	31.5
YU	30.4
OX	29.9
TB	28.3
CL	28.1
VZ	28.1
CS	27.4
CP	27.4
MI	27.2
MO	26.9
TX	24.6
SL	24.3
TM	23.8
GR	23.3
PU	22.4
CH	22.4
Nacional	20.9
JL	20.4
BC	19.3
SO	19.2
SI	18.3
QT	17.9
QR	17.2
CO	17.2
GT	17.1
DG	16.8
HG	16.5
AG	16.1
BS	15.9
MX	15.8
DF	15.1
ZT	14.8
NL	14.8

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 80.
Tasa de mortalidad
por cáncer de la mama, 1990 - 1997

Año	Nacional
1990	13.1
1991	13.4
1992	14.0
1993	14.3
1994	14.2
1995	14.9
1996	14.8
1997	14.8

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 81.
Tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional
15-19	0.0
20-24	0.1
25-29	0.9
30-34	3.4
35-39	7.8
40-44	13.8
45-49	21.1
50-54	26.2
55-59	29.1
60-64	32.4
65 y más	42.4

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Datos gráfica 82.
Tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
según entidad federativa, 1997

Estado	cancer de la mama
DF	23.2
NL	22.1
SO	21.2
AG	21.1
CL	20.5
JL	20.1
TM	19.7
CO	18.7
SI	16.7
BS	15.9
CH	15.2
Nacional	14.8
YU	14.2
TX	13.3
QT	13.3
GT	13.2
MI	13.0
BC	12.9
ZT	12.8
DG	12.4
NY	12.3
MX	11.6
HG	11.5
CP	11.2
VZ	11.0
PU	10.6
MO	10.4
GR	10.1
TB	9.7
OX	9.4
SL	9.0
CS	8.4
QR	4.6

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

**Nomenclatura de las entidades federativas
usada en las gráficas y cuadros**

AG	Aguascalientes
BC	Baja California
BS	Baja California Sur
CP	Campeche
CO	Coahuila
CL	Colima
CS	Chiapas
CH	Chihuahua
DF	Distrito Federal
DG	Durango
GT	Guanajuato
GR	Guerrero
HG	Hidalgo
JL	Jalisco
MX	México
MI	Michoacán
MO	Morelos
NY	Nayarit
NL	Nuevo León
OX	Oaxaca
PU	Puebla
QT	Querétaro
QR	Quintana Roo
SL	San Luis Potosí
SI	Sinaloa
SO	Sonora
TB	Tabasco
TM	Tamaulipas
TX	Tlaxcala
VZ	Veracruz
YU	Yucatán
ZT	Zacatecas

Cuadernos de salud reproductiva
República Mexicana

Se imprimió en
Imágen y Arte Gráfica S. A. de C. V.
Andrés Molina Enriquez núm. 152,
Col. San Pedro Iztacalco
C.P. 08240. México, D. F.

El tiraje fue de 1000 ejemplares.