

# Cuadernos de salud reproductiva

---

Chiapas



Consejo Nacional de Población

**Créditos de la elaboración de  
Cuadernos de Salud Reproductiva  
*Chiapas***

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

Autores: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta,  
Cristina Araya y David Delgado

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

Formación: Adriana Canela, Martha Mora, Myrna 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  
*Chiapas*

Primera edición: septiembre de 2000  
ISBN: 970-628-501-6

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 e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	22
Número ideal de hijos e hijas	22
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	33
Anticoncepción posparto	35
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	37
4 Salud materna	40
Nivel de la mortalidad materna	40
Causas de mortalidad materna	42
Aborto	43
5 Atención a la mujer embarazada	44
Atención prenatal	44
Cobertura institucional de la atención prenatal	46

Inicio de la atención prenatal	46
Intensidad y calidad de la atención prenatal	48
Atención del parto	49
Lugar de atención del parto	50
Tipo de parto	51
Atención durante el puerperio	52
6 Lactancia materna	54
Edad de la ablactación	54
7 Mortalidad infantil	57
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	60
VIH/SIDA	61
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	65
Cáncer cérvico uterino	65
Cáncer de la mama	67
Conclusiones	69
Anexo estadístico	72
Nomenclatura de las entidades federativas	78

# 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, que establece que "toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y 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 asegurar 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 relativos al ámbito nacional y a las entidades federativas 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 al estado de Chiapas y está organizado en nueve apartados, en los que se analiza la fecundidad e inicio de la vida reproductiva; las preferencias reproductivas; la práctica de la anticoncepción; la salud materna; la atención a la mujer embarazada; la práctica de 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 que llevan a cabo tanto las instituciones gubernamentales como la sociedad civil en las entidades federativas, con el objeto de contribuir a garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las personas.

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.<sup>1</sup>

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 dar un panorama general del estado de la salud reproductiva en Chiapas, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo 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 el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), a su nivel de escolaridad y a su condición de habla de lengua indígena. Estas variables aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

---

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

Las comunidades rurales, que en este trabajo corresponden a aquellas 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.

Aún cuando a lo largo del presente siglo México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, en Chiapas este proceso ha sido incipiente. En 1995, 55.9 por ciento de la población estatal residía en localidades de menos de 2 500 habitantes; 16.9 por ciento residía en localidades de 2 500 a 14 999 habitantes, 12.1 por ciento en centros urbanos de 15 mil a menos de cien mil, y sólo 15.1 por ciento residía en localidades de cien mil o más. De las 20 102 localidades censadas, 78 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 28 por ciento de la población<sup>2</sup> 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, pero Chiapas mantenía un rezago importante en este rubro en 1997. La población del estado de 15 años y más había aprobado en promedio 5.3 años de educación formal, en tanto que en el país el promedio ascendió a 7.4 años. En Chiapas, 21.4 por ciento de la población de 15 años y más no había recibido instrucción alguna en 1997; el porcentaje que no terminó la primaria fue de 29.4 por ciento; 17.8 por ciento terminó la instrucción primaria y 31.3 por ciento concluyó al menos un grado de secundaria. Esta inequidad en las oportunidades de acceso a la educación es más acentuada para las mujeres del estado, quienes en 1997 presentaron un promedio de escolaridad de tan solo 4.8 años y una proporción de población sin instrucción de 26.6 por ciento.<sup>3</sup>

Chiapas es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 45 lenguas indígenas en el estado, 17 de las cuales eran habladas por más de cien personas, nueve por más de mil, y cinco por más de 30 mil personas: Tzeltal (279 mil), Tzotzil (260 mil), Chol (123.9 mil), Tojolabal (37 mil), Zoque (35.9 mil), Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Chiapas uno de cada cuatro habitantes de 5 años y más habla alguna lengua indígena (25.3% de los hombres y 24.9% de las mujeres). La población monolingüe representa 8.1 por ciento de la población total (10.3% de las mujeres y 5.9% de los varones).

---

<sup>2</sup> INEGI, *Censo de Población y Vivienda 1995*, México.

<sup>3</sup> INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

Se prevé que el menor desarrollo económico y el rezago social de Chiapas tendrá implicaciones para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es la que tiene el mayor índice de marginación del país, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La marginación *alta y muy alta* es una realidad que caracteriza 70 de los 111 municipios de la entidad, en los cuales reside casi la mitad de la población del estado. Sólo en el municipio de Tuxtla Gutiérrez, en el que vive uno de cada diez habitantes del estado, la marginación es *baja*, mientras que en los 40 municipios restantes, donde habita la otra mitad de la población, se registra un nivel *medio* de marginación.<sup>4</sup>

---

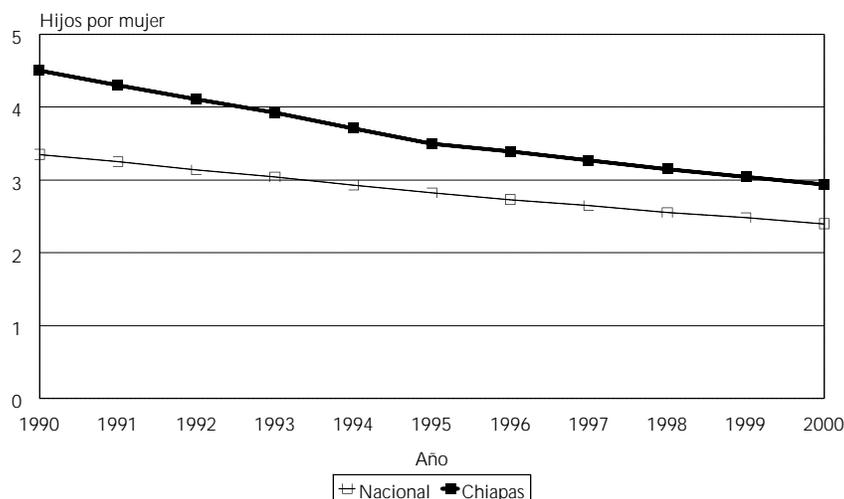
<sup>4</sup> CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

# 1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

La fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico registrado en México durante las últimas décadas. La tasa global de fecundidad<sup>5</sup> (TGF) descendió de casi siete hijos por mujer a principios de los años setenta a 3.4 en 1990, y en la última década del siglo xx continuó disminuyendo a un ritmo más lento: ascendió a 3.1 hijos por mujer en 1992, alcanzó un nivel de 2.7 hijos en promedio en 1997 y en la actualidad (año 2000) se estima que se sitúa en alrededor de 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En el estado de Chiapas, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 4.5 hijos por mujer en 1990 a 4.11 en 1992, descendió a 3.27 hijos en promedio en 1997, y en la actualidad se estima en 2.94 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Chiapas del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 2.35 hijos en 1990, a 1.14 hijos en el año 2000. No obstante, el nivel actual de la fecundidad de Chiapas es

Gráfica 1.  
Chiapas: tasa global de fecundidad, 1990-2000

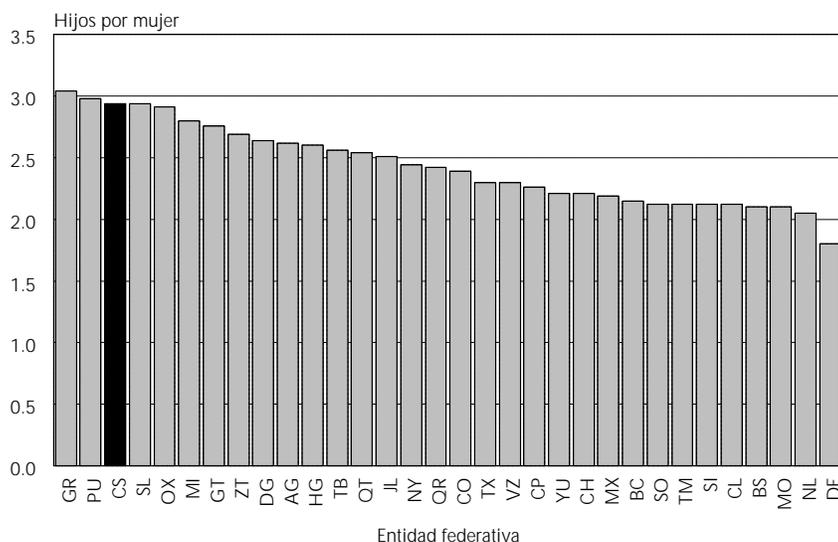


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

<sup>5</sup> Número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva.

equivalente a la fecundidad nacional de 1994. Chiapas, junto con San Luis Potosí, ocupa el tercer lugar con el nivel más alto de fecundidad del país, sólo menor al que se registra en Guerrero y Puebla (véase gráfica 2).

Gráfica 2.  
Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

## Edad a la primera unión

El inicio de la vida en pareja constituye un hecho sobresaliente en la biografía de las personas. En general, esta transición señala el paso de la adolescencia a la edad adulta y coincide o está cercana a la separación del hogar paterno, el abandono de la vida de estudiante, el inicio de la vida laboral y el momento de tener el primer hijo(a).

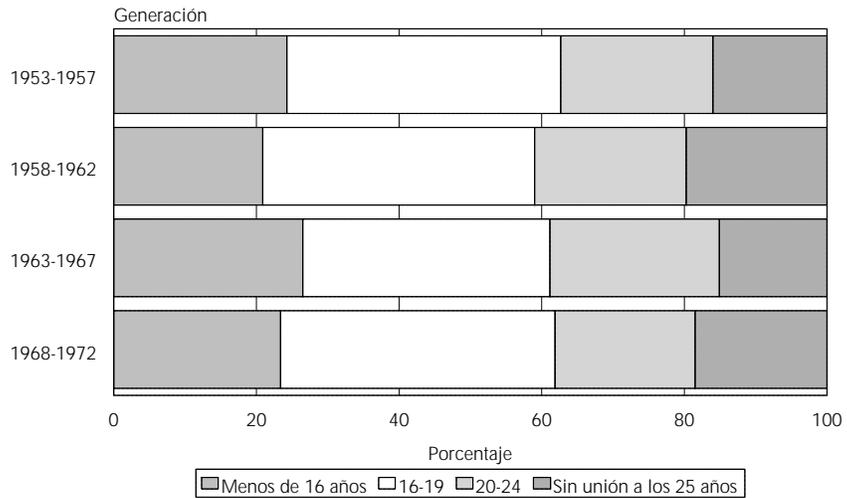
Análisis recientes de los patrones de nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión, el cual puede ilustrarse a través del comportamiento de mujeres de diversas generaciones. En México el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor 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 fue de 20.8; y para la generación 1968-1972 fue de 21.3 años.

En el caso de Chiapas, en contraste, este indicador muestra la persistencia de pautas tempranas de iniciación de la vida marital, sin que se registren cambios en la edad mediana a la primera unión según la generación de nacimiento. Las mujeres nacidas entre 1953-1962 registraron una edad mediana al matrimonio de 19 años, cifra similar a la que presentan las mujeres de las generaciones más recientes: las mujeres de la generación 1963-1967 registraron una edad mediana de 18.3 años, y de 18.7 años las de la generación 1968-1972.

El inicio temprano de la unión o matrimonio se aprecia en el alto porcentaje de mujeres que se encuentran unidas antes de cumplir 16 años de edad, cifra que asciende a alrededor de una

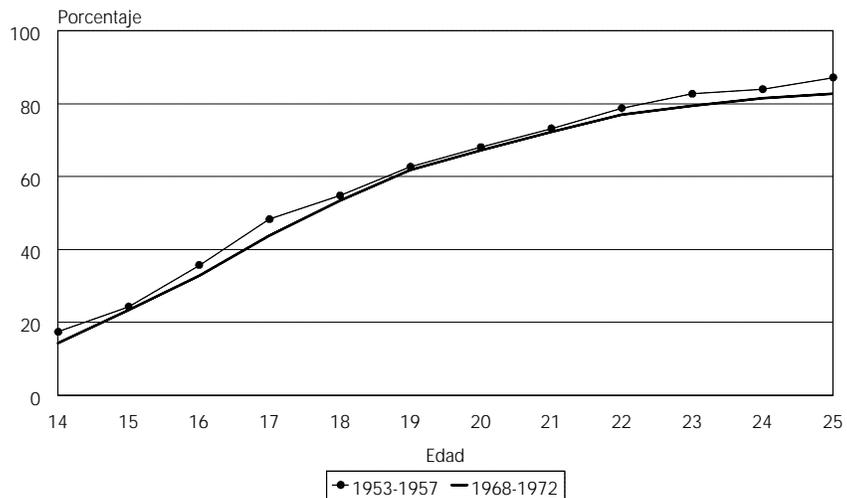
de cada cuatro en cualquiera de las generaciones analizadas, con excepción de las mujeres nacidas entre 1958-1962. El inicio de la vida marital se concentra entre los 16 y los 19 años de edad para el mayor porcentaje de mujeres (poco menos de 40%), por lo que antes de cumplir 20 años de edad, seis de cada diez chiapanecas viven en unión o matrimonio (véanse gráficas 3 y 4).

**Gráfica 3.**  
Chiapas: 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.

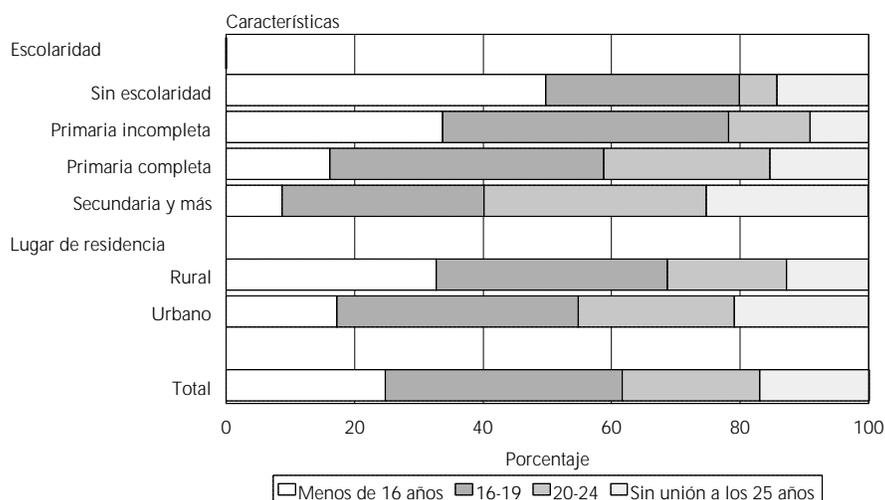
**Gráfica 4.**  
Chiapas: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

Al igual que a escala nacional, en Chiapas el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Una de cada tres y casi siete de cada diez mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a una de cada seis y poco más de cinco de cada diez (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 40 por ciento de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta y las mujeres sin escolaridad este valor asciende a cerca de 80 por ciento.

**Gráfica 5.**  
**Chiapas: distribución porcentual de las mujeres según edad a la primera unión o matrimonio, por escolaridad y lugar de residencia (generación 1963-1972), 1997**

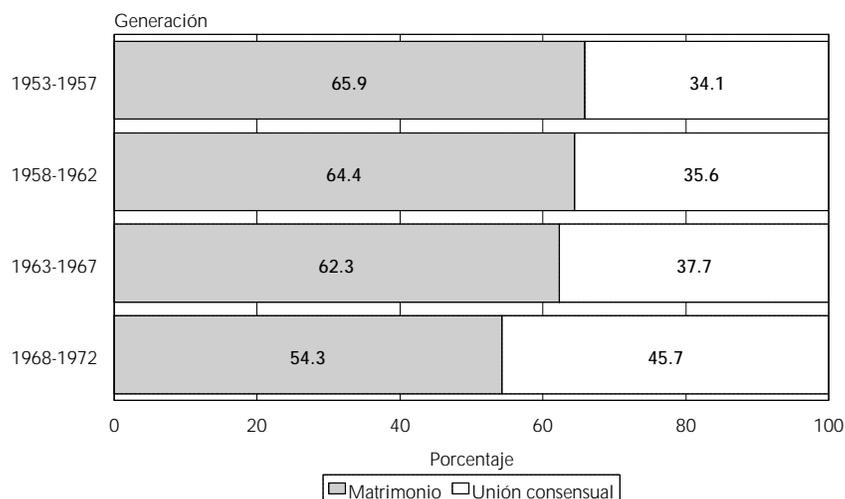


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Tipo de primera unión

En Chiapas, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres unidas antes de los 25 años pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 34.1 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 45.7 por ciento, cifra mayor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

Gráfica 6.  
Chiapas: distribución porcentual de las mujeres que se unieron o casaron antes de los 25 años de edad según tipo de primera unión, por generación, 1997



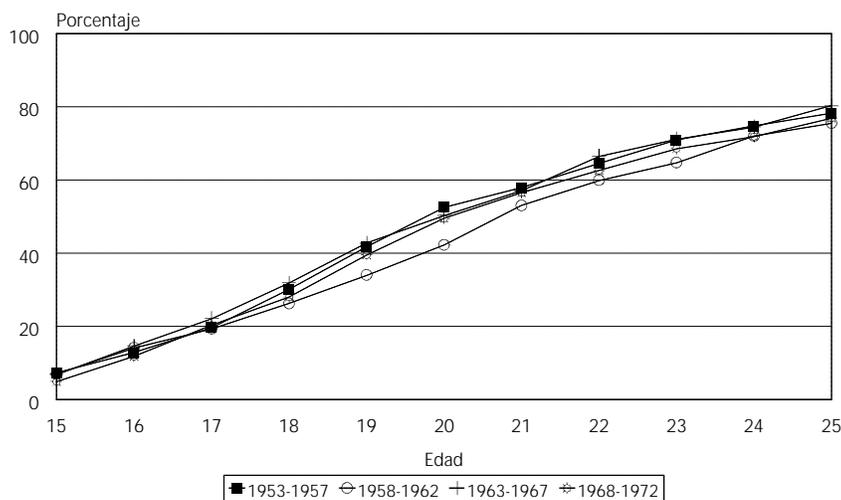
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## 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 el tránsito a la edad adulta. En Chiapas se han registrado pocos cambios en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestran las probabilidades acumuladas de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, en las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7). La probabilidad de ser madre antes de cumplir 20 años de edad es de alrededor de 50 por ciento (52.6% para las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 y 49.5% para las de la generación 1968-72). Asimismo, cerca de 30 por ciento de las mujeres de las cuatro generaciones analizadas inicia la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad.

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 el poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos(as). Asimismo, en términos macrosociales, 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.

Gráfica 7.  
Chiapas: 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.

## Intervalo protogenésico

El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio, lo cual indica que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población chiapaneca (véase gráfica 8). Esta aparente falta de interés por postergar el nacimiento del primer hijo(a) puede ser resultado del predominio 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 oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

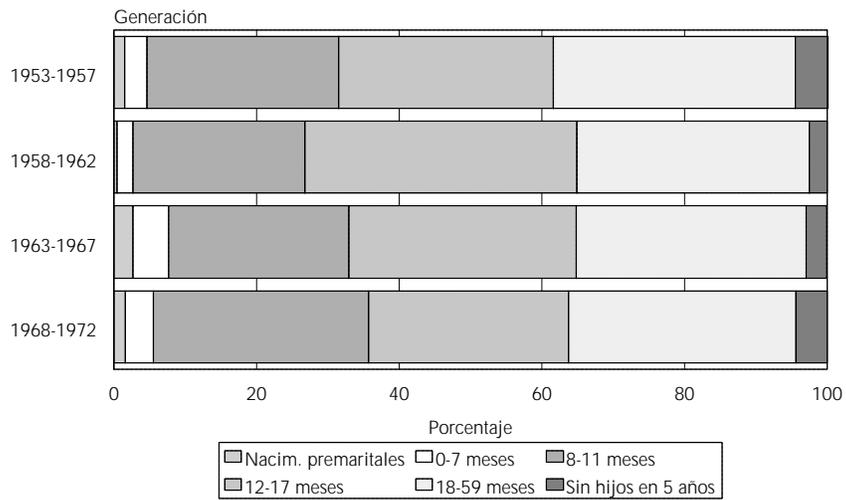
En Chiapas, a diferencia de lo que ocurre a escala nacional, los embarazos premaritales, que comprenden los nacimientos de madres solteras y los que ocurrieron en los primeros siete meses de la unión o matrimonio, son poco frecuentes. Entre tres y ocho por ciento de las mujeres unidas de las distintas generaciones inició la maternidad con un embarazo premarital. Sin embargo, una vez que ocurre la unión o matrimonio el nacimiento del primer hijo(a) se presenta muy rápidamente. Antes del primer aniversario de la pareja, alrededor de una de cada tres mujeres ya tuvo a su primer hijo(a), y poco después del primer año esta cifra se eleva a más de seis de cada diez.

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 9). En Chiapas, se observa una ligera tendencia a que aumente la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad es de alrededor de tres por ciento entre las generaciones de edades avanzadas, y de alrededor de seis por ciento para las generaciones más jóvenes.

Gráfica 8.

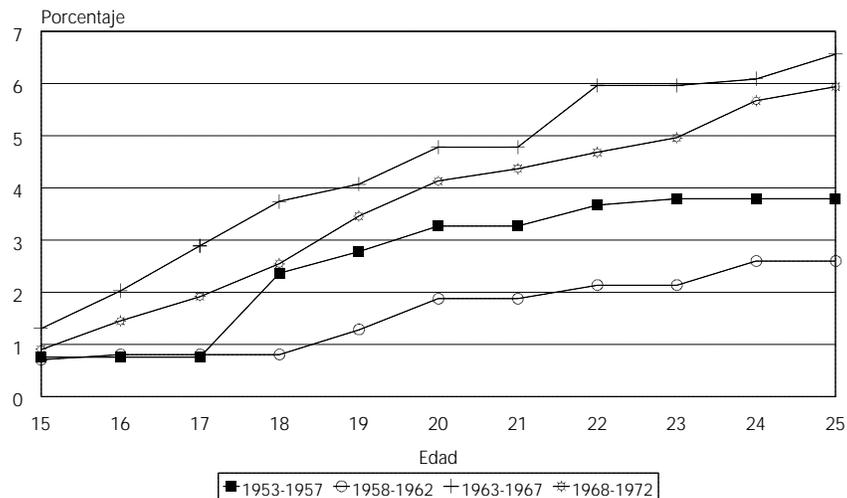
Chiapas: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Gráfica 9.

Chiapas: 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.

## 2 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo 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 adoptan en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías prevalecientes, de su posición en la estructura social, del mercado 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 preferirían tener en toda la vida y el deseo de tener o no más hijos o hijas.

### Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas declarado por las mujeres unidas de Chiapas era de 3.4, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, era de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Chiapas, es ligeramente menor que la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad, y se encuentra por encima del nivel de la fecundidad registrado en 1997 (3.3 hijos por mujer).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio cercano a cinco (4.5), 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 (2.6). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de 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 con primaria incompleta y sin escolaridad declararon alrededor de cuatro hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por poco menos de tres (2.7 en promedio), esto es más de un hijo(a) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres con bajos niveles de escolaridad (con primaria incompleta y sin escolaridad) presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que en los niveles de escolaridad mayores (primaria completa y secundaria y más) predominan mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

**Cuadro 1.**  
Chiapas: promedio del número ideal de hijos e hijas y paridad de las mujeres unidas en edad fértil, según características seleccionadas, 1997

Características	Ideal	Paridad
<b>Total</b>	<b>3.4</b>	<b>3.6</b>
Grupo de edad		
15-19	2.6	0.9
20-24	3.0	1.9
25-29	3.1	2.8
30-34	3.6	3.9
35-39	3.6	4.5
40-44	3.8	5.2
45-49	4.5	6.4
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.1	5.2
Primaria incompleta	3.8	4.2
Primaria completa	3.0	2.4
Secundaria y más	2.7	2.0
Lugar de residencia		
Rural	3.7	4.0
Urbano	3.1	3.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.7	4.5
No habla	3.2	3.4

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

Los tamaños ideales de familia son ligeramente mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.7 y 3.1, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan lengua indígena respecto a las que no lo hacen. Se observa, en todos los casos, que el número ideal de hijos e hijas es similar a la descendencia alcanzada.

Alrededor de la mitad de las mujeres con tres y cuatro hijos(as), declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, casi una de cada tres mujeres con tres hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres con dos hijos(as) (53.9%) desea una descendencia más numerosa, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (55.3%) el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (28.6% y 28.5%, respectivamente), mientras que sólo 2.6 por ciento declaró que su ideal era no tener descendencia.

## Deseo de más hijos o hijas

La gran mayoría de las mujeres unidas en edad fértil de Chiapas (61.3%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as). Esta situación se

presenta por igual entre las mujeres que residen tanto en el ámbito urbano como en el rural. También las mujeres que hablan lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (54.8%) aunque el porcentaje es siete puntos menor al de las mujeres que no hablan una lengua indígena.

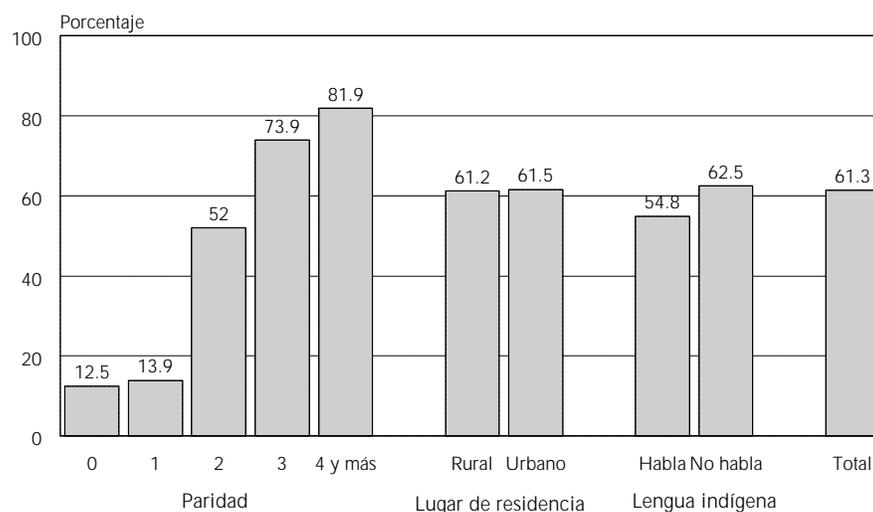
Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su gran mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido dos, poco menos de la mitad expresa este deseo. En contraste, entre las mujeres con tres y cuatro hijos(as) o más, siete y ocho de cada diez no desean incrementar su paridad. (véase gráfica 10).

**Cuadro 2.**  
Chiapas: 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
<b>Total</b>	<b>2.6</b>	<b>3.2</b>	<b>28.6</b>	<b>28.5</b>	<b>19.6</b>	<b>17.5</b>
0	2.9	6.2	44.6	27.5	10.4	8.3
1	2.2	6.4	60.9	23.2	4.2	3.2
2	1.3	1.9	42.8	33.6	16.5	3.8
3	2.6	5.4	15.2	49.6	17.3	9.7
4	1.6	1.3	15.1	14.0	50.1	18.0
5 y más	4.4	0.7	11.9	19.6	18.7	44.7

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

**Gráfica 10.**  
Chiapas: 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.

### 3 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 e incorporación de la planeación familiar entre las parejas mexicanas. El Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para poder hacerlo. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios 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 tener y cuándo tenerlos es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad; que dispongan de información suficiente acerca de cómo y dónde obtener los métodos anticonceptivos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo con sus preferencias y condiciones personales, y su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos se ha difundido ampliamente en los últimos años, gracias a las acciones de difusión realizadas a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación. En 1997, del total de mujeres en edad fértil del país, 96.6 por ciento conocía al menos un método para prevenir un embarazo no deseado.

El estado de Chiapas es, después de Oaxaca, la entidad del país que presenta el menor porcentaje de mujeres que conoce métodos de regulación de la fecundidad, a pesar de que el valor de este indicador aumentó de 83.2 por ciento a 87.2 por ciento, entre 1992 y 1997.

Este nivel de conocimiento es resultado principalmente de la limitada información que en esta materia disponen las mujeres que hablan una lengua indígena. Entre ellas, sólo 41.8 por ciento conoce algún medio para regular la fecundidad. En contraste, entre las mujeres que no hablan lengua indígena este porcentaje asciende a 95.2 por ciento, valor muy similar al que se registra en el ámbito nacional. También se observan bajos niveles de conocimiento entre las mujeres sin escolaridad (67.4%), las que viven en el medio rural (77.7%), las de paridad cero (78.5%) y las adolescentes (80.9%) (véase cuadro 3).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Chiapas continúa siendo el más popular: casi 83 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importan-

cia las inyecciones (81.9%), y la oclusión tubaria bilateral (OTB) (81.1%). Entre 1992 y 1997, se dio un importante incremento en el porcentaje de mujeres que conocen el dispositivo intrauterino (DIU), el condón y la vasectomía, métodos que en la actualidad la mayoría de las mujeres conoce y que registraron aumentos de 27, 61 y 51 por ciento, respectivamente entre un año y otro. El Norplant y los métodos naturales (como ritmo y retiro), al igual que los espermicidas, son los que menos conocen las mujeres chiapanecas (véase gráfica 11).

**Cuadro 3.**  
Chiapas: porcentaje de mujeres  
en edad fértil que conoce al menos un método  
anticonceptivo, según características seleccionadas, 1992 y 1997

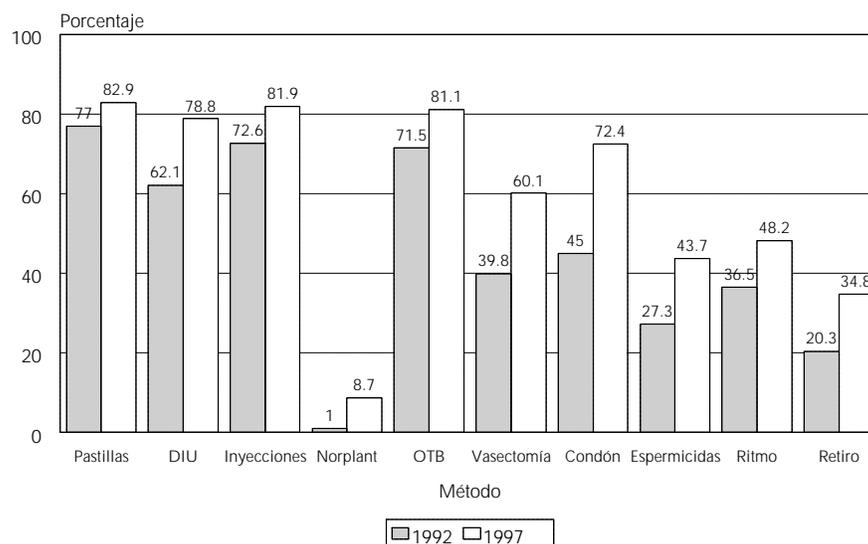
Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>83.2</b>	<b>87.2</b>
Grupo de edad		
15-19	74.5	80.9
20-24	85.0	86.0
25-29	87.0	89.7
30-34	86.8	89.0
35-39	86.0	92.5
40-44	87.6	92.2
45-49	78.4	84.2
Paridad		
0	74.6	78.5
1	85.1	95.0
2	90.5	93.1
3	89.9	93.3
4 y más	84.8	88.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	67.4	67.4
Primaria incompleta	85.9	89.4
Primaria completa	84.5	88.8
Secundaria y más	96.0	97.0
Lugar de residencia		
Rural	75.5	77.7
Urbano	92.9	96.2
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	41.8
No habla	n.d.	95.2

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

El bajo conocimiento de métodos de planificación familiar en el ámbito rural se refleja en todos los métodos anticonceptivos. Los únicos dos métodos que más de siete de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron las pastillas y las inyecciones, para el resto de los métodos los porcentajes fueron más bajos, llegando a ser menores a 50 por ciento en la vasectomía, los métodos naturales, los espermicidas y el Norplant (véase cuadro 4).

En las localidades urbanas, los métodos modernos de uso femenino son los más conocidos. Las pastillas, la OTB, el DIU y las inyecciones son conocidos por nueve de cada diez mujeres en edad fértil. Un porcentaje menor conoce el condón (86.6%) y la vasectomía (73.7%), siguiendo en importancia el ritmo (64.7%) y el retiro (49.1%).

Gráfica 11.  
Chiapas: porcentaje de mujeres  
en edad fértil que declara conocer la existencia  
de distintos métodos anticonceptivos, 1992 y 1997



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

Cuadro 4.  
Chiapas: 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	77.0	66.9	89.9	82.9	72.6	92.7
DIU	62.1	48.6	79.4	78.8	66.8	90.2
Inyecciones	72.6	61.8	86.3	81.9	71.5	91.8
Norplant	1.0	0.5	1.7	8.7	4.0	13.2
OTB	71.5	60.9	85.0	81.1	69.7	92.0
Vasectomía	39.8	26.0	57.3	60.1	45.9	73.7
Condomes	45.0	27.4	67.4	72.4	57.4	86.6
Espermicidas	27.3	13.7	44.5	43.7	27.6	59.0
Ritmo	36.5	22.7	54.0	48.2	30.8	64.7
Retiro	20.3	10.1	33.3	34.8	19.8	49.1

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

## Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

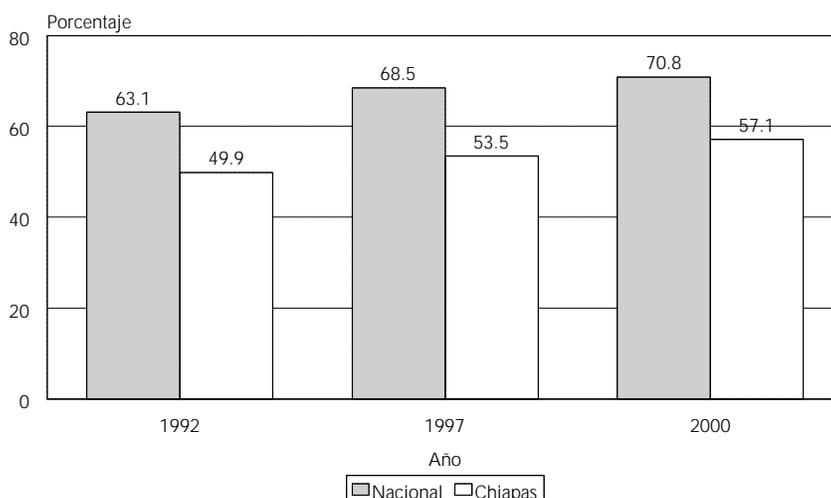
En las últimas dos décadas, la difusión de los medios de regulación de la fecundidad se ha visto acompañada de una amplia aceptación de los mismos, de tal suerte que entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil que utilizaba un método de planificación familiar en el país se elevó de 30.2 a 68.5 por ciento y se estima que durante el año 2000 este porcentaje ascenderá a 70.8 por ciento (véase gráfica 12).

Chiapas es una de las entidades federativas que más rezagada se encuentra en el proceso de adopción de la planificación familiar respecto al país en su conjunto. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 49.9 por ciento, cifra que ascendió a 53.5 en 1997, y se estima que en la actualidad es de 57.1 por ciento, lo que ubica a la entidad, como el estado, después de Guerrero, con el nivel más bajo de prevalencia anticonceptiva del país (véase gráfica 13). Cabe destacar que México registró un nivel de prevalencia similar al de Chiapas a principios de los años noventa, lo que da cuenta de diez años de diferencia en el proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva entre ambos contextos.

Otro aspecto que llama la atención en el estado de Chiapas es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva. Menos de diez por ciento de las mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos (9.4%), y menos de 30 por ciento entre las mujeres menores de 20 años (27.3%), porcentajes que permanecieron casi sin cambios entre 1992 y 1997 (véase gráfica 14). La práctica inexistente de postergar el nacimiento del primer hijo, aunada al matrimonio y la fecundidad temprana, caracteriza la conducta reproductiva de las mujeres chiapanecas.

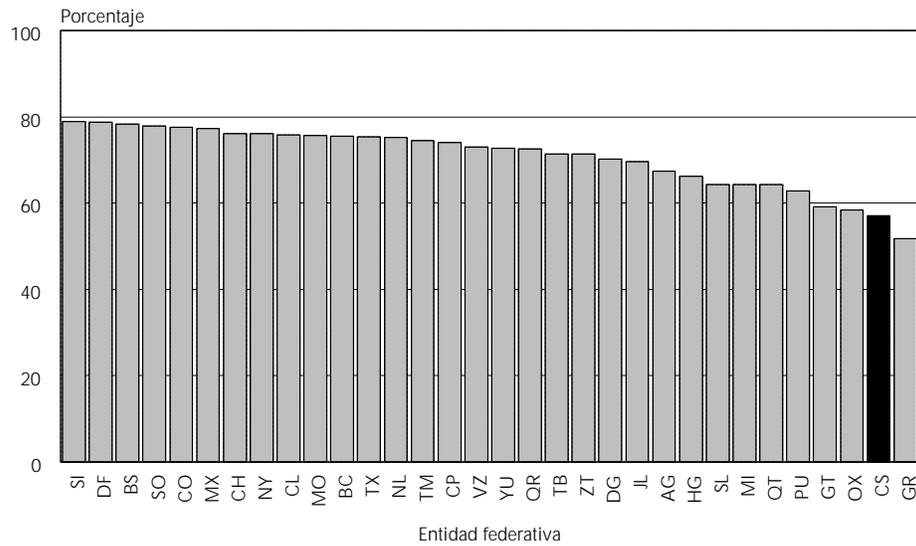
Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a bajos niveles de regulación de la fecundidad. Así, la planeación del número y espaciamiento de los nacimientos es una práctica que sólo ha sido incorporada por una de cada cinco mujeres en unión que hablan una

**Gráfica 12.**  
Chiapas: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, 1992, 1997 y 2000



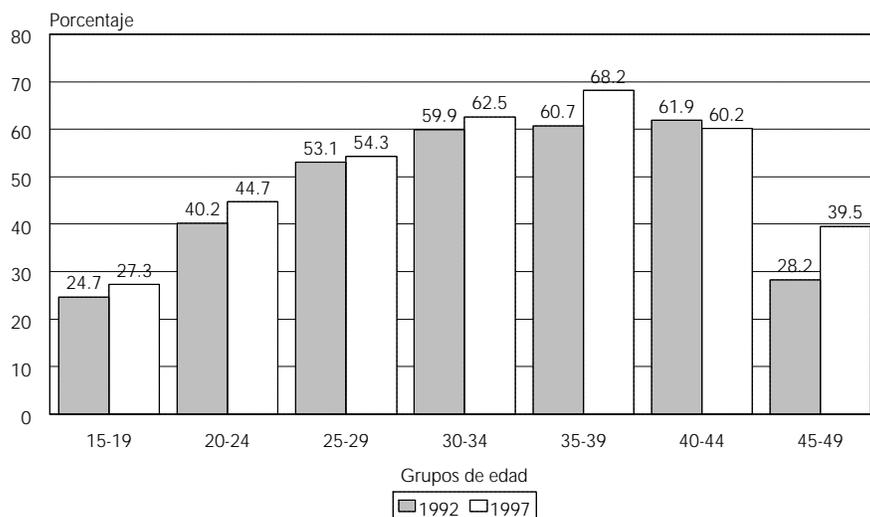
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

**Gráfica 13.**  
**Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usa métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2000**



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

**Gráfica 14.**  
**Chiapas: 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.

**Cuadro 5.**  
**Chiapas: porcentaje de mujeres unidas**  
**en edad fértil que usa métodos anticonceptivos,**  
**según características seleccionadas, 1992 y 1997**

Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>49.9</b>	<b>53.5</b>
<b>Grupo de edad</b>		
15-19	24.7	27.3
20-24	40.2	44.7
25-29	53.1	54.3
30-34	59.9	62.5
35-39	60.7	68.2
40-44	61.9	60.2
45-49	28.2	39.5
<b>Paridad</b>		
0	13.1*	9.4
1	41.0	42.2
2	54.7	62.3
3	63.9	67.2
4 y más	49.6	54.4
<b>Escolaridad</b>		
Sin escolaridad	30.9	39.1
Primaria incompleta	52.1	53.2
Primaria completa	61.6	51.0
Secundaria y más	68.4	69.5
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	38.7	45.0
Urbano	65.4	62.6
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	n.d.	20.6
No habla	n.d.	59.4

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

lengua indígena en el estado de Chiapas; así como por poco menos de cuatro de cada diez mujeres sin escolaridad (39.1%) y por poco menos de una de cada dos mujeres que residen en localidades rurales (45%) (véase cuadro 5).

A pesar de que las diferencias en los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos entre estas mujeres y las de los grupos sociales opuestos son muy acentuadas, los niveles de uso de las mujeres más favorecidas por el desarrollo social, como son las mujeres con secundaria o más y las mujeres que residen en localidades urbanas, cuyos porcentajes de utilización son 69.5 y 62.6 por ciento respectivamente, presentan niveles de utilización por debajo del que registran sus homólogas del país.

Cabe mencionar que el aumento de 3.6 puntos porcentuales en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997 en la entidad, se debió exclusivamente a los cambios registrados en el ámbito rural. En este contexto la cobertura de usuarias se elevó 6.3 puntos porcentuales entre un año y otro, mientras que en las localidades urbanas el porcentaje decreció de 65.4 a 62.6 por ciento. Por ello, la brecha en el uso de anticonceptivos entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción (véase cuadro 5).

## 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 usuarias de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 utilizaba métodos naturales y 18.7 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 recurrió a ella; los métodos naturales se mantuvieron como la tercera opción, después de una reducción en su participación en la primera década; y los métodos más utilizados fueron la OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente.

En Chiapas, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos ha seguido una tendencia similar a la que se observa en el ámbito nacional. En 1992, el método más usado era la OTB, que concentraba a poco menos de una de cada dos usuarias, le seguían los métodos naturales (19.3%) y en tercer lugar las pastillas (13.6%). Cinco años después esta distribución había cambiado, debido al incremento acelerado en el uso del DIU, el cual se convirtió en el segundo método más usado (15.3%) en 1997. El peso relativo de la de OTB aumentó a 55.7 por ciento, mientras que el de los métodos naturales y las pastillas disminuyó a 10.3 y 7.4 por ciento, respectivamente (véase cuadro 6).

**Cuadro 6.**  
Chiapas: distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos por tipo de método, según lugar de residencia, 1992 y 1997

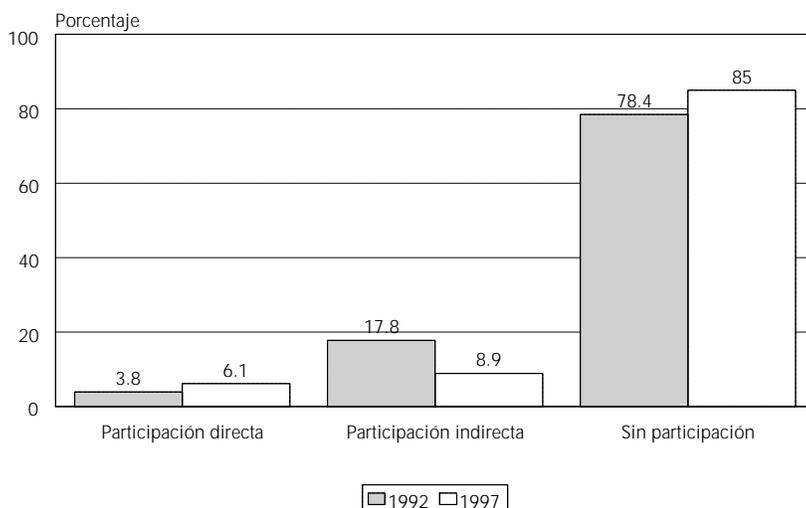
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	13.6	13.6	13.6	7.4	7.8	7.0
DIU	7.8	6.9	8.5	15.3	15.4	15.3
Inyecciones	9.2	12.1	6.9	6.6	6.1	6.9
Locales	0.5	0.2	0.8	0.1	0.0	0.2
Condomes	1.9	0.8	2.8	3.7	1.7	5.2
OTB	47.4	42.0	51.9	55.7	59.8	52.7
Vasectomía	0.2	0.5	0.0	0.9	0.6	1.2
Naturales	19.3	23.9	15.5	10.3	8.6	11.5

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

Los cambios en la distribución de usuarias por tipo de método se deben principalmente a los cambios registrados en el ámbito rural. Las usuarias residentes en localidades urbanas casi no presentan diferencias respecto a 1992, con excepción del incremento del DIU, cuyo porcentaje de usuarias casi se duplicó, mientras que disminuyó el de las pastillas, y en menor medida el de los métodos naturales. En el medio rural, entre 1992 y 1997 se dio un incremento acelerado en el uso de OTB, de 18 puntos porcentuales, y del DIU, de casi nueve puntos porcentuales, disminuyendo el peso relativo del resto de los métodos.

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, mismos que fueron declarados por 1.0 y 3.7 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Chiapas. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan de manera directa o indirecta, que sumados representan poco más de una de cada siete usuarias (véase gráfica 15). 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 6.1 por ciento de las usuarias y en el segundo 8.9 por ciento. La participación relativa de los métodos que exige la participación indirecta del varón disminuyó entre 1992 y 1997, especialmente en el medio rural, como resultado de la reducción del peso relativo del ritmo.

**Gráfica 15.**  
**Chiapas: distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por tipo de participación del varón, 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.

## 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 de todo el país obtenía el método que empleaba en alguna de las instituciones del sector público. 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).

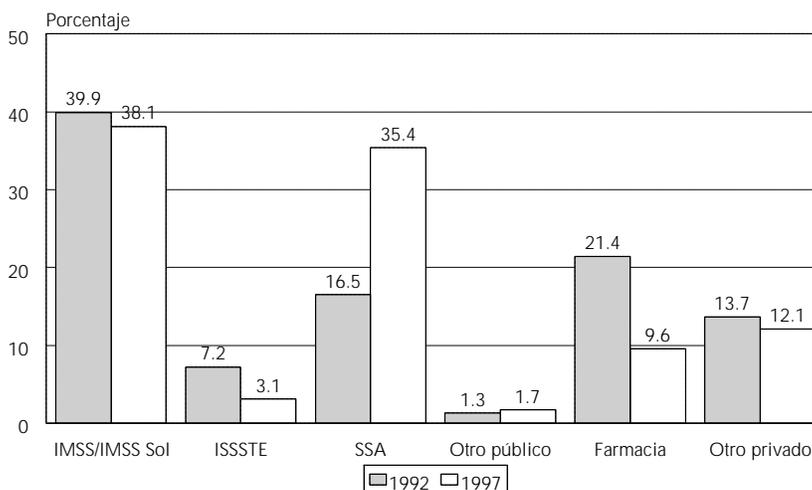
Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Chiapas ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 64.9 por ciento en 1992 a 78.3 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 35.1 por ciento a 21.7 por ciento.

Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS, que atendió a casi cuatro de cada diez usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a poco más de una de cada tres. En los últimos cinco años, la Secretaría de Salud incrementó en más del doble su participación relativa como fuente de obtención de métodos anticonceptivos (véase gráfica 16). Puede decirse, que el aumento en la prevalencia anticonceptiva, registrado en la entidad entre 1992 y 1997, se debió esencialmente al incremento de las usuarias de los servicios de la SSA.

El crecimiento de la SSA como fuente de obtención de anticonceptivos se dio tanto en el ámbito urbano como en el rural, al pasar de 12.1 a 27.7 por ciento, entre 1992 y 1997, en el primero, y de 22.6 a 45.4 por ciento en las localidades rurales. En estas últimas, la SSA es actualmente la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos (véase cuadro 7).

Gráfica 16.

Chiapas: 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.

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 DIU y de OTB (véase cuadro 8). Aunque en menor proporción que los métodos mencionados, la mayoría de las usuarias de pastillas también obtiene el método en las instituciones de salud del sector público, mientras que las inyecciones se obtienen principalmente en el sector privado.

**Cuadro 7.**  
Chiapas: 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	39.9	44.6	36.5	38.1	40.0	36.7
ISSSTE	7.2	2.3	10.7	3.1	2.6	3.4
SSA	16.5	22.6	12.1	35.4	45.4	27.7
Otro público	1.3	1.1	1.5	1.7	1.6	1.8
Farmacia	21.4	21.1	21.6	9.6	3.4	14.4
Otro	13.7	8.3	17.6	12.1	6.9	16.1

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

**Cuadro 8.**  
Chiapas: 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
<b>Total</b>	<b>78.3</b>	<b>21.7</b>
Pastillas*	62.4	37.6
DIU	85.4	14.6
Inyecciones*	44.6	55.4
Condomes	-	-
OTB	85.8	14.2

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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 llevaron a cabo 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 podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar para ayudar 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 México, en 1997, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que usaba métodos de planificación familiar inició su utilización en el periodo posparto.<sup>6</sup>

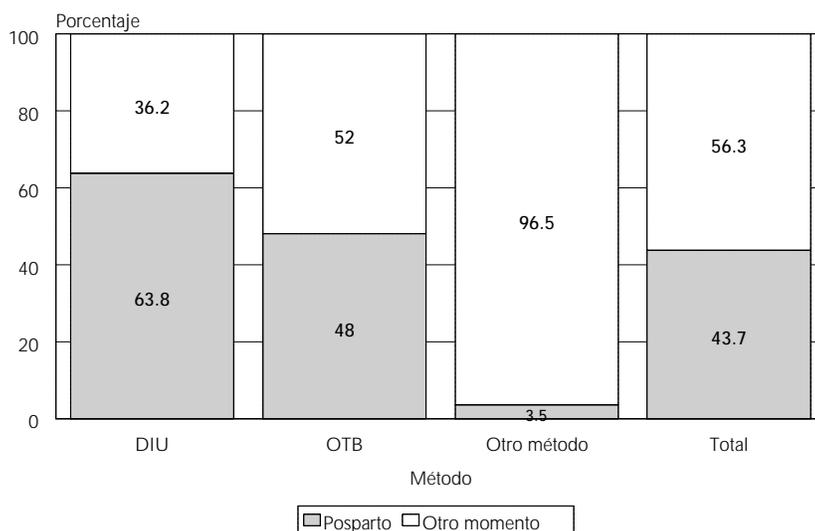
La importancia de estos programas en Chiapas se manifiesta en el hecho de que 43.7 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, poco más de seis de cada diez usuarias de OTB (63.8%) y casi cinco de cada diez usuarias de DIU (48%) comenzaron el uso del método en ese momento.

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, así como consejería y métodos de planificación familiar (principalmente DIU y OTB). 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 casi siete de cada diez recibió la oferta de algún método para el posparto durante la atención prenatal.

En Chiapas, casi nueve de cada diez mujeres que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último hijo nacido vivo durante el periodo 1994-1997, declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y más de siete de cada diez reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

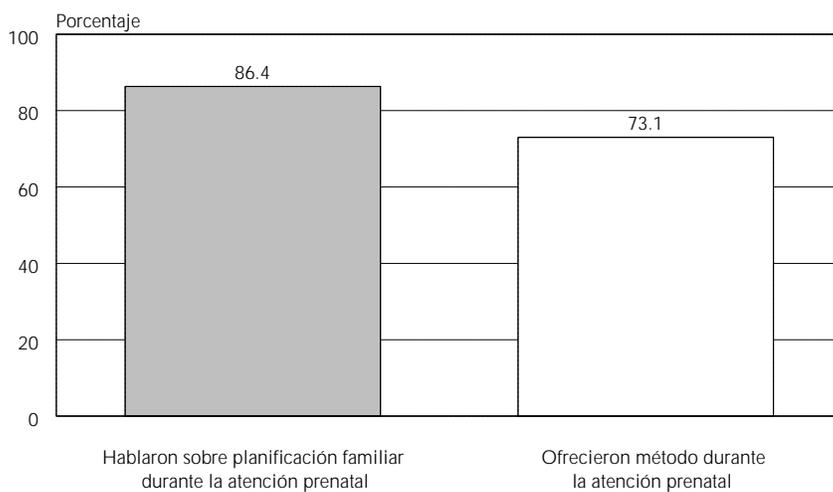
<sup>6</sup> Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

**Gráfica 17.**  
**Chiapas: 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.

**Gráfica 18.**  
**Chiapas: porcentaje de mujeres atendidas**  
**en el sector público que recibió información sobre planificación familiar**  
**durante la atención prenatal (último o penúltimo nacimiento), 1994-1997**



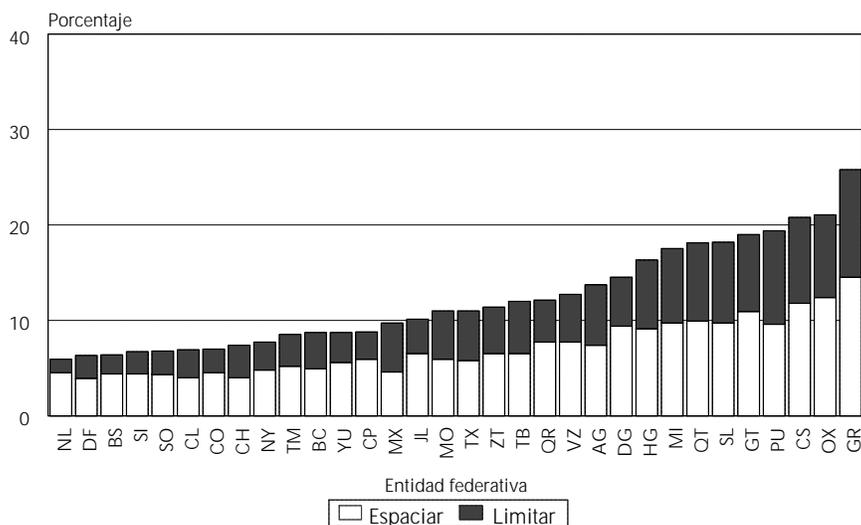
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

Un indicador aproximado de la demanda de métodos anticonceptivos se construye con base en el número de mujeres que hacen uso de estos medios, y que por lo tanto se considera que tienen una demanda satisfecha, más el número de mujeres que no hace uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de expresar su deseo de querer limitar o espaciar su descendencia y estar expuesta a un embarazo, situación que se conoce como demanda insatisfecha. Uno de los principales propósitos de la política de población ha sido abatir la demanda insatisfecha debido a que expresa limitaciones en el ejercicio de los derechos reproductivos. En 1987, una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas (25.1%), presentaba demanda insatisfecha en el país, en tanto que diez años después esta proporción se redujo a más de la mitad, es decir a 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Chiapas, para el año de 1997, fue del orden de 20.8 por ciento, lo que ubicó a la entidad entre los tres estados del país con mayor porcentaje de mujeres en esta situación (véase gráfica 19).

**Gráfica 19.**  
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.

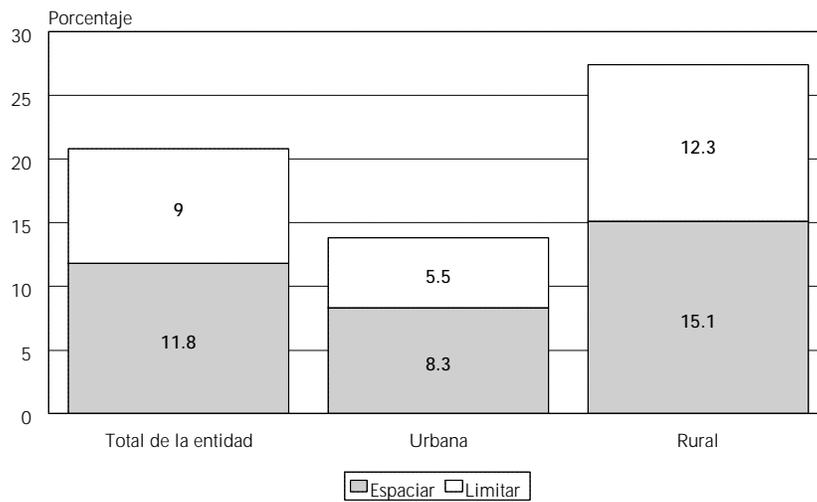
El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: *a*) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, en los tres grupos de edad menores de 30 años; de 36, 33 y 27 por ciento para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29, respectivamente; *b*) las mujeres que hablan una lengua indígena son las que presentan el mayor porcentaje de demanda insatisfecha: entre ellas, casi una de cada dos se encuentra en esta situación (46.6%); *c*) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha duplica al que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); *d*) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, *e*) a diferencia de la mayoría de las entidades federativas, en Chiapas las mujeres sin hijos(as) presentan el menor nivel de demanda insatisfecha (11.1%) en relación con las mujeres de cualquier otra paridad.

**Cuadro 9.**  
**Chiapas: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997**

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin		Falla del
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
<b>Total</b>	<b>53.5</b>	<b>19.0</b>	<b>34.4</b>	<b>20.8</b>	<b>11.8</b>	<b>9.0</b>	<b>10.9</b>	<b>13.8</b>	<b>1.0</b>
<b>Edad quinquenal</b>									
15-19	27.3	22.0	5.3	36.0	30.7	5.4	35.3	0.3	1.1
20-24	44.7	32.1	12.7	33.2	26.5	6.7	18.1	2.7	1.3
25-29	54.3	26.7	27.6	26.7	13.8	12.9	12.1	5.6	1.3
30-34	62.5	15.0	47.4	19.6	6.5	13.1	8.7	7.6	1.7
35-39	68.2	14.0	54.2	13.2	3.9	9.3	4.0	14.1	0.5
40-44	60.2	7.3	52.9	8.5	1.3	7.2	1.8	29.6	0.0
45-49	39.5	5.2	34.2	2.0	0.0	2.0	1.2	56.5	0.8
<b>Paridad</b>									
0	9.4	9.4	0.0	11.1	8.1	3.0	62.2	17.0	0.3
1	42.2	38.6	3.6	31.2	30.0	1.2	13.5	11.5	1.5
2	62.3	32.2	30.1	18.6	11.9	6.6	9.2	7.9	2.0
3	67.2	15.3	51.9	19.5	9.2	10.3	4.0	8.9	0.4
4 y más	54.4	9.6	44.8	20.8	7.5	13.2	5.0	19.1	0.8
<b>Escolaridad</b>									
Sin escolaridad	39.1	12.0	27.0	29.2	12.0	17.3	6.5	24.9	0.3
Primaria incompleta	53.3	12.6	40.7	23.1	14.3	8.8	8.6	13.6	1.5
Primaria completa	51.0	18.0	32.9	23.1	15.2	7.8	15.7	9.1	1.2
Secundaria y más	69.5	35.5	34.0	7.9	5.5	2.4	14.8	6.9	0.9
<b>Lugar de residencia</b>									
Urbano	62.6	25.3	37.3	13.8	8.3	5.5	10.0	12.7	0.9
Rural	45.0	13.2	31.8	27.4	15.1	12.3	11.7	14.8	1.1
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>									
Habla	20.6	7.1	13.6	46.6	23.6	23.0	14.6	17.6	0.5
No habla	59.4	21.2	38.2	16.2	9.7	6.5	10.2	13.1	1.1

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

**Gráfica 20.**  
**Chiapas: 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.

## 4 Salud materna

### Nivel de la mortalidad materna

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y el 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.

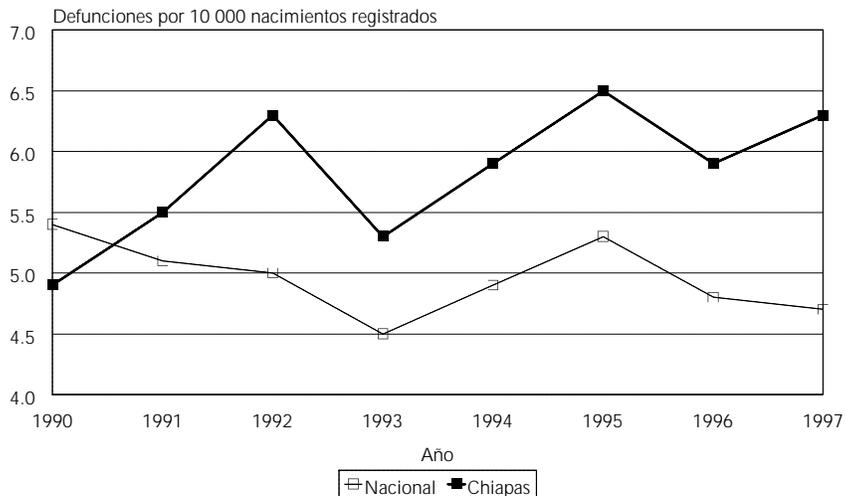
En Chiapas la tasa de mortalidad materna se mantuvo elevada durante la década de los noventa. A partir de 1992, el nivel de la mortalidad materna se ubica alrededor de seis por diez mil nacimientos registrados (véase gráfica 21). El valor de este indicador en 1997, fue de 6.3 lo que situó a Chiapas como una de las entidades con mayor nivel de mortalidad materna, sólo superada por Tlaxcala (8.6) y Oaxaca (7.5), y por encima del registrado en el conjunto nacional (4.7 por 10 mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Chiapas 330 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 245 en el periodo 1995-1997.<sup>7</sup> Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Seis de cada diez mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, poco menos de una de cada seis tenía entre 35 y 39 años, 15.1 por ciento tenía menos de 20 años y casi una de cada diez muertes maternas correspondió a las mujeres del grupo de 40 años y más.

---

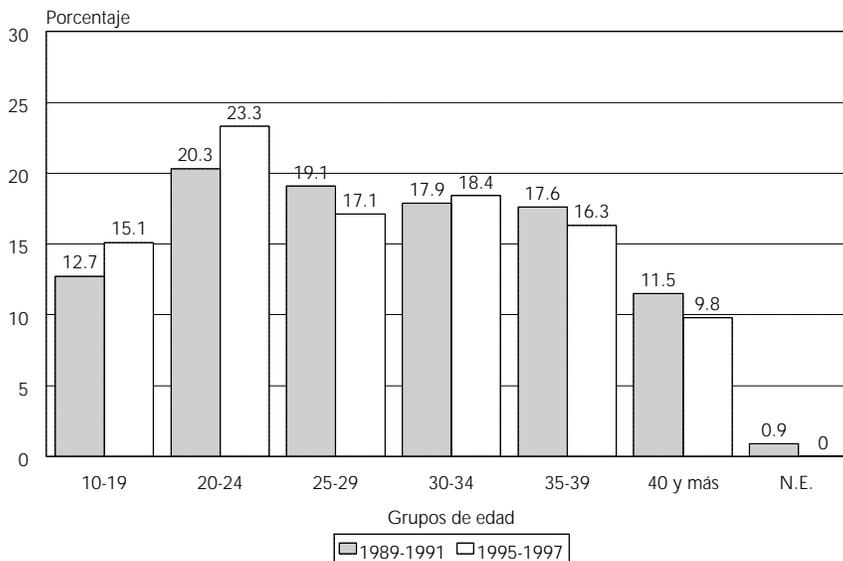
<sup>7</sup> INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

**Gráfica 21.**  
Chiapas: tasa de mortalidad materna, 1990 - 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

**Gráfica 22.**  
Chiapas: distribución porcentual de las muertes maternas por grupos de edad, 1989-1991 y 1995-1997



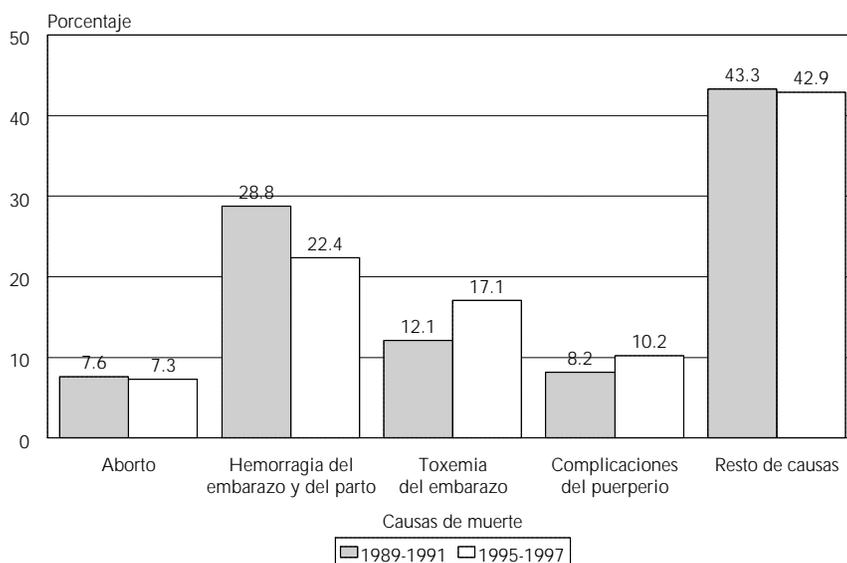
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

## Causas de mortalidad materna

Las cuatro principales causas de mortalidad materna en México, en orden de importancia son: las hemorragias del embarazo y del parto, la toxemia del embarazo, las complicaciones del puerperio y el aborto. En conjunto, estas cuatro causas concentran poco más de 70 por ciento de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

En Chiapas, las hemorragias del embarazo y del parto fueron la principal causa de muerte materna, aunque cabe mencionar que su importancia relativa disminuyó en los años noventa, al pasar de 28.8 por ciento en el periodo 1989-1991 a 22.4 por ciento en el periodo 1995-1997 (véase gráfica 23). La toxemia del embarazo fue la segunda causa más importante en ambos periodos, misma que representó poco menos de una quinta parte de las defunciones maternas. La tercera causa correspondió a las complicaciones del puerperio, la cual incrementó su participación relativa de 8.2 por ciento en 1989-1991 a 10.2 por ciento en 1995-1997. El aborto representó poco menos de ocho por ciento de las muertes maternas en ambos periodos.

**Gráfica 23.**  
**Chiapas: 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.

## 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 sociodemográficas, 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 cifras se calcula que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997. 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.

En Chiapas, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha aumentado en los últimos años. En 1992, cerca de una de cada diez mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto (9.5%), proporción que ascendió a poco menos de una de cada siete en 1997 (13.9%).

## 5 Atención a la mujer embarazada

### Atención prenatal

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, 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. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal<sup>8</sup> 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. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir 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 este tipo de atención, 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 poco más de 66 por ciento en 1974-1976 a 92.2 por ciento en 1994-1997. Los médicos proporcionan 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 acude a revisión.

En Chiapas, 83 por ciento de las mujeres que tuvieron a su último y penúltimo hijo durante el periodo 1994-1997 recibieron algún tipo de atención prenatal. Este porcentaje es de los más bajos del país, después de Guerrero (80.1%) y Oaxaca (81%). Asimismo, Chiapas registra el porcentaje más elevado de mujeres que recibió esta atención por parte de una partera (27.1%) y el menor, de todas las entidades federativas, que acudió con un médico a consulta prenatal (53.3%) (véase cuadro 10). En contraste, en entidades como Nuevo León y el Distrito Federal este porcentaje es casi del doble (98% y 97%, respectivamente), mientras que el promedio nacional es de 83.5 por ciento.

---

<sup>8</sup> La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

**Cuadro 10.**  
**Chiapas: 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
<b>Total</b>	<b>53.3</b>	<b>2.5</b>	<b>27.1</b>	<b>17.0</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	51.8	2.8	30.6	14.7
20-34	55.0	2.3	26.5	16.2
35-49*	43.2	3.5	24.2	29.0
Orden de nacimiento				
1	72.3	1.4	17.9	8.4
2	60.8	2.4	25.4	11.4
3	54.9	2.4	29.9	12.9
4 o más	37.7	3.3	31.5	27.5
Escolaridad				
Sin escolaridad	28.2	2.0	35.2	34.5
Primaria incompleta	45.2	3.8	36.3	14.7
Primaria completa	54.5	2.8	24.4	18.3
Secundaria y más	86.8	1.1	8.9	3.2
Lugar de residencia				
Urbano	71.8	2.0	17.8	8.4
Rural	38.7	3.0	34.5	23.8
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	22.2	1.9	38.3	37.6
No habla	60.8	2.7	24.4	12.1

\* Menos de 100 casos en muestra.

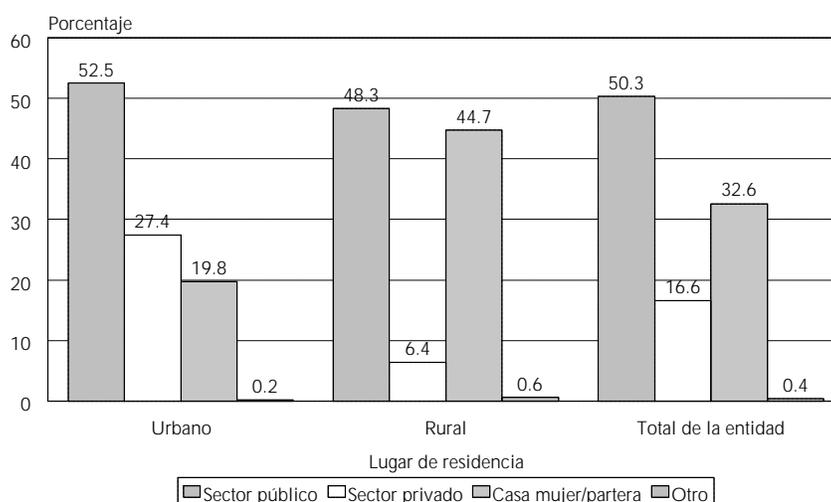
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquellas que hablan lengua indígena (37.6%), las mujeres sin escolaridad (34.5%), las que tienen 35 años de edad o más (29%), las que tienen cuatro o más hijos(as) (27.5%) y las mujeres que viven en el medio rural (23.8%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (86.8%), en las que viven en localidades urbanas (71.8%) y entre las mujeres que no hablan una lengua indígena (60.8%). La escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

## 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 24). El sector público atendió a 50.3 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron esta atención; mientras que casi una de cada tres (32.6%) recibió la atención en casa de la partera o de la mujer y el sector privado atendió a 16.6 por ciento de la demanda. El mayor porcentaje de usuarias de los servicios del sector público se localizó en las zonas urbanas (52.5%).

**Gráfica 24.**  
**Chiapas: 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 con la que se inicia esta atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños de 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 Chiapas, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 70.5 por ciento; 24.3 por ciento inició en el segundo trimestre; y 5.2 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que dos de cada tres 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 secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas (73.6%) y entre las mujeres que no hablan lengua indígena (73%). En contraste las mujeres que inician más tardíamente son las que hablan una lengua indígena y las que residen en el medio rural.

**Cuadro 11.**  
Chiapas: 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.
<b>Total</b>	<b>70.5</b>	<b>24.3</b>	<b>5.2</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	67.5	25.7	6.8
20-34	72.0	23.7	4.3
35-49*	65.6	25.7	8.7
Escolaridad			
Sin escolaridad	66.9	28.9	4.2
Primaria incompleta	59.9	30.5	9.7
Primaria completa	74.6	23.1	2.3
Secundaria y más	82.5	15.1	2.4
Lugar de residencia			
Urbano	73.6	22.0	4.4
Rural	67.6	26.4	6.0
Condición de habla de lengua indígena			
Habla*	55.9	33.5	10.6
No habla	73.0	22.7	4.3

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

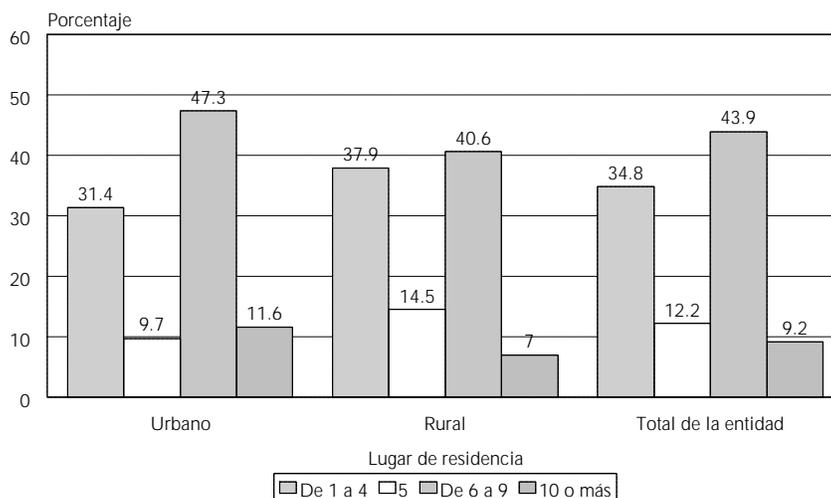
## Intensidad y calidad de la atención prenatal

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 Chiapas, las mujeres embarazadas que tuvieron atención prenatal recibieron, en promedio, seis consultas (6.4 en las áreas urbanas y 5.6 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada tres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a casi una de cada cuatro entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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 cerca de 72.5 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial, a 71.8 por ciento se le pesó, y a 78 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Chiapas por debajo de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

El porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mucho mayor en el ámbito urbano que en el rural con diferencias de entre quince y más de veinte puntos porcentuales respecto a las mujeres que residen en localidades rurales. En el caso de la toma de presión arterial y del peso, seis de cada diez mujeres de las localidades rurales se les tomaron estas medidas, mientras que esta proporción ascendió a más de ocho de cada diez entre las mujeres urbanas (véase gráfica 26).

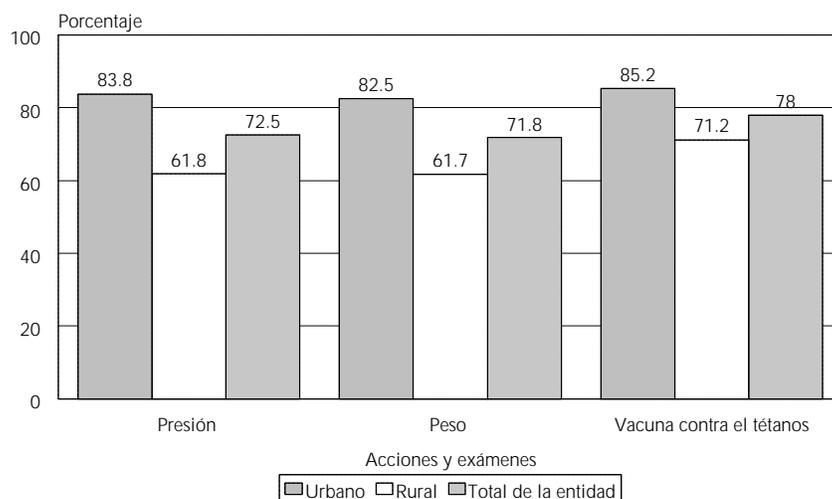
**Gráfica 25.**  
Chiapas: distribución porcentual  
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por número  
de consultas prenatales, según lugar de residencia, 1994-1997



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

Gráfica 26.

Chiapas: porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos a cuyas madres les fueron practicadas 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.

## Atención del parto

Para mejorar la salud reproductiva de la población, resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. 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: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. Chiapas ha quedado profundamente rezagada en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, poco menos de la mitad de los alumbramientos fueron atendidos por un médico (44.8%). En contraparte, la partera atendió uno de cada dos partos (49.4%).

La partera continúa siendo el agente al que más se recurre para la atención del parto entre las mujeres menos escolarizadas, (74.8% y 61.2% entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, respectivamente), las que hablan una lengua indígena (81.6%), las que residen en localidades rurales (64%), las que tienen más de cuatro hijos(as) (69.6%) y las mayores de 35 años de edad (56.5%) (véase cuadro 12).

**Cuadro 12.**  
**Chiapas: 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/promo- tora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
<b>Total</b>	<b>44.8</b>	<b>2.1</b>	<b>49.4</b>	<b>3.7</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	44.7	2.1	49.0	4.2
20-34	45.8	2.2	48.7	3.3
35-49*	37.0	0.8	56.5	5.8
Orden de nacimiento				
1	76.2	1.5	21.2	1.1
2	50.9	2.7	39.8	6.6
3	47.8	1.5	49.7	1.1
4 o más	23.9	2.2	69.6	4.3
Escolaridad				
Sin escolaridad	19.7	1.9	74.8	3.6
Primaria incompleta	31.5	2.4	61.2	4.9
Primaria completa	53.8	3.4	38.7	4.0
Secundaria y más	78.8	0.9	18.2	2.0
Lugar de residencia				
Urbano	65.2	1.5	30.9	2.4
Rural	28.7	2.5	64.0	4.8
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	8.9	2.3	81.6	7.2
No habla	53.6	2.0	41.5	2.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

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, 51.7 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en la casa de la mujer o de la partera. El resto de los partos fueron atendidos principalmente en la SSA (18.9%), en el IMSS o IMSS- Solidaridad (16%), y en el sector privado (8.5%) (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS (29.6%) y al sector privado (19.6%), que las mujeres con menores niveles de escolaridad. En estas últimas, después de la partera, los servicios de la SSA son los más utilizados, siguiendo el IMSS en importancia.

**Cuadro 13.**  
**Chiapas: 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 partera/ mujer	Otro lugar/no especificado
<b>Total</b>	<b>16.0</b>	<b>1.4</b>	<b>18.9</b>	<b>2.0</b>	<b>8.5</b>	<b>51.7</b>	<b>1.5</b>
Escolaridad							
Sin escolaridad	6.6	0.6	13.1	0.0	1.7	78.0	0.0
Primaria incompleta	12.0	0.4	15.4	1.4	4.8	64.3	1.7
Primaria completa	16.4	0.6	30.0	0.8	8.6	42.5	1.2
Secundaria y más	29.6	4.0	20.8	5.4	19.6	17.7	2.9
Lugar de residencia							
Urbano	22.4	2.0	22.5	4.0	15.6	31.9	1.6
Rural	10.9	0.9	16.1	0.3	2.9	67.4	1.5
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	7.2	0.7	2.9	0.0	0.8	88.4	0.0
No habla	18.1	1.5	22.7	2.4	10.4	43.0	1.9

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

En el medio urbano, también los partos atendidos en casa de la partera o de la mujer concentran el mayor porcentaje de los alumbramientos (31.9%). El IMSS y la SSA atienden cada uno, a una quinta parte de ellos, y el sector privado a 15.6 por ciento.

## Tipo de parto

En asociación directa con el alto porcentaje de nacimientos que son atendidos por parteras, Chiapas es la entidad con el menor porcentaje de partos que son resueltos mediante la operación cesárea. El 89 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo 1994-1997 fueron partos vaginales; esto implica que sólo uno de cada diez terminó en cesárea, valor muy por debajo del promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado, 38.9 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en la SSA esta cifra fue de 20.8 por ciento y en el IMSS de 18.0 por ciento. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los nacimientos.

**Cuadro 14.**  
**Chiapas: distribución porcentual**  
**de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos**  
**por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997**

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
<b>Total</b>	<b>89.0</b>	<b>11.0</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	89.3	10.7
20-34	89.0	11.0
35-49*	88.3	11.7
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	82.0	18.0
SSA	79.2	20.8
Otras públicas	-	-
Sector privado	61.1	38.9
Lugar de residencia		
Urbano	81.3	18.7
Rural	95.1	4.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

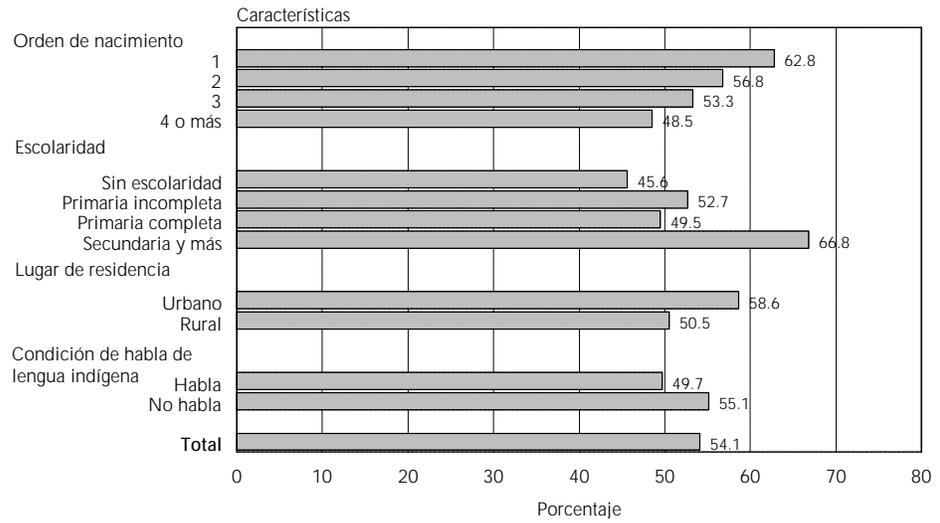
## Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una importante oportunidad para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición de los niños y niñas, así como la planificación familiar. La vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, ya que sólo 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron sus hijos e hijas entre 1994 y 1997 de todo el país recibió este tipo de atención.

En el estado de Chiapas, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio ascendió a 54.1 por ciento, cifra ligeramente menor al promedio nacional (59.1%).

Las mujeres que con menor frecuencia acudieron a este servicio fueron las de paridades altas (48.5% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 62.8% de las primíparas) y las mujeres sin escolaridad (45.6% a diferencia de 66.8% de las mujeres con secundaria y más). Las diferencias no son tan acentuadas entre localidades rurales y urbanas, ni entre las mujeres que hablan o no una lengua indígena (véase gráfica 27).

**Gráfica 27.**  
**Chiapas: 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.

## 6 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 los y las recién nacidas fue amamantado y la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad en que la mitad de ellos ya había sido destetado, fue de 12.4 meses. Sin embargo, 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%) y una reducción en la duración mediana de la lactancia (9.8 meses).

Chiapas se encuentra entre los diez estados del país con el mayor porcentaje de mujeres que practican la lactancia —92.5 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997— y es uno de los dos estados en los que esta práctica presenta la duración mediana más larga (14.5 meses) de todo el país, sólo superada en Oaxaca (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos se registran entre aquéllos cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (85.6%). En el medio rural, 95 por ciento de los niños y las niñas fue amamantado y la mitad ya había sido destetada a los 15.9 meses, mientras que 89.3 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 12.4 meses (véase cuadro 16). Prácticamente todos los hijos e hijas de mujeres que hablan alguna lengua indígena recibieron leche materna (98.7%), lo que muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada entre la población indígena.

### Edad de 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 nacidas, mientras que una tardía se asocia a deficiencias en el crecimiento y la nutrición infantil.

**Cuadro 15.**  
**Chiapas: porcentaje de los últimos**  
**y penúltimos hijos sobrevivientes que fueron**  
**amamantados, según características seleccionadas, 1994 - 1997**

<b>Total</b>		<b>92.5</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	91.7
	20-34	93.2
	35-49*	88.7
Escolaridad		
	Sin escolaridad	93.4
	Primaria incompleta	93.5
	Primaria completa	92.3
	Secundaria y más	90.4
Lugar de atención del parto		
	Sector público	93.3
	Sector privado	85.6
	Casa	93.1
Lugar de residencia		
	Urbano	89.3
	Rural	95.0
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	98.7
	No habla	90.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

**Cuadro 16.**  
**Chiapas: duración de la lactancia**  
**de los últimos y penúltimos hijos sobrevivientes**  
**que recibieron leche materna, según lugar de residencia, 1994-1997**

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	8.9	6.2	12.2
Mediana	14.5	12.4	15.9
Tercer cuartil	24.3	21.1	24.7

\*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, 75, 50 y 25 por ciento no habían sido destetados.  
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional ya que dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Chiapas, 58.8 por ciento fue ablactado antes de los cuatro meses, 6.4 por ciento lo hizo tardíamente y sólo 28.7 por ciento se llevó a cabo durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.5 meses, cifra ligeramente mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

La ablactación temprana fue más frecuente en las zonas urbanas (66.9%) y entre los hijos(as) de mujeres con secundaria y más (65.6%). En tanto que la ablactación tardía se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres sin escolaridad (11.2%) y en el medio rural (9.5%). Las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observaron entre los hijos(as) de mujeres que hablaban alguna lengua indígena (35%), que sólo terminaron la primaria (35.1%), y de madres adolescentes (33.8%) (véase cuadro 17).

**Cuadro 17.**  
Chiapas: 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				
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	No ha ablactado
<b>Total</b>	<b>30.1</b>	<b>28.7</b>	<b>28.7</b>	<b>6.4</b>	<b>6.1</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	22.9	30.7	33.8	8.0	4.6
20-34	29.1	29.9	28.6	6.0	6.3
35-49*	54.9	14.7	17.4	5.8	7.3
Escolaridad					
Sin escolaridad	30.0	25.4	26.3	11.2	7.2
Primaria incompleta	28.0	29.9	28.8	8.7	4.5
Primaria completa	24.2	31.3	35.1	2.1	7.3
Secundaria y más	37.5	28.1	25.8	2.3	6.3
Lugar de residencia					
Urbano	35.8	31.1	24.6	2.2	6.4
Rural	25.9	27.0	31.8	9.5	5.8
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	22.4	26.2	35.0	6.8	9.6
No habla	32.2	29.4	26.9	6.3	5.2

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

## 7 Mortalidad infantil

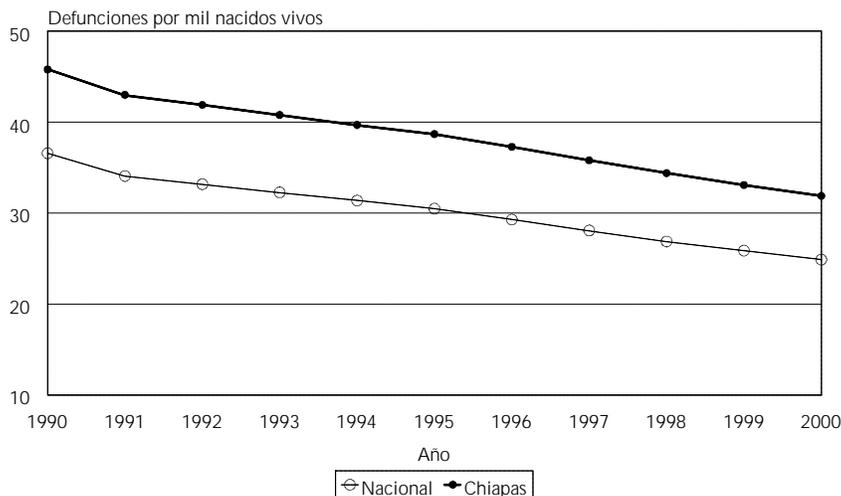
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 37. 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 y las mujeres 77.6 años.

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 1990, 36.6 de cada mil recién nacidos fallecía antes de su primer aniversario y en la actualidad esta proporción se estima en 24.9 por mil. Sin embargo, todavía persisten marcadas diferencias en el territorio nacional y una proporción importante de las defunciones infantiles se considera evitable.

En el estado de Chiapas, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 45.8 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 31.9 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 30.3 por ciento de los decesos, los cuales habrían

Gráfica 28.

Chiapas: tasa de mortalidad infantil, 1990 - 2000

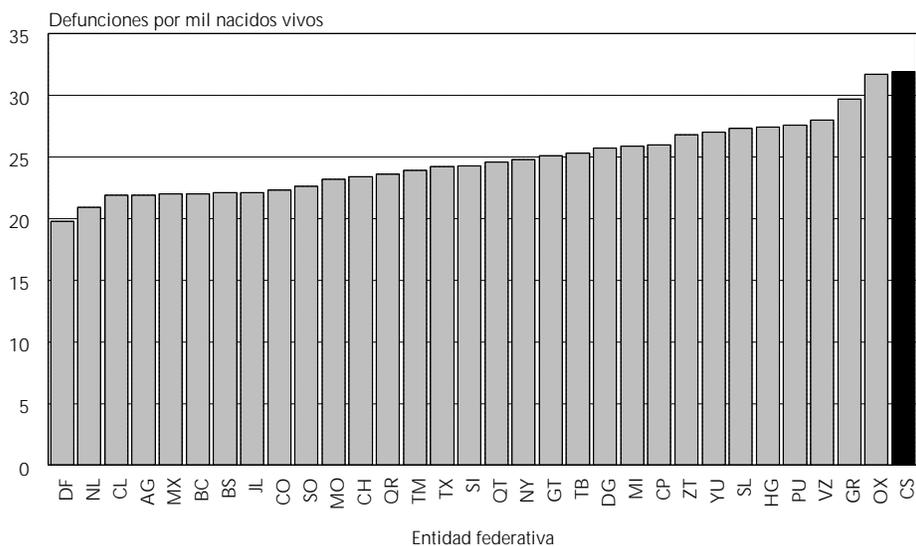


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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 (véase gráfica 29).

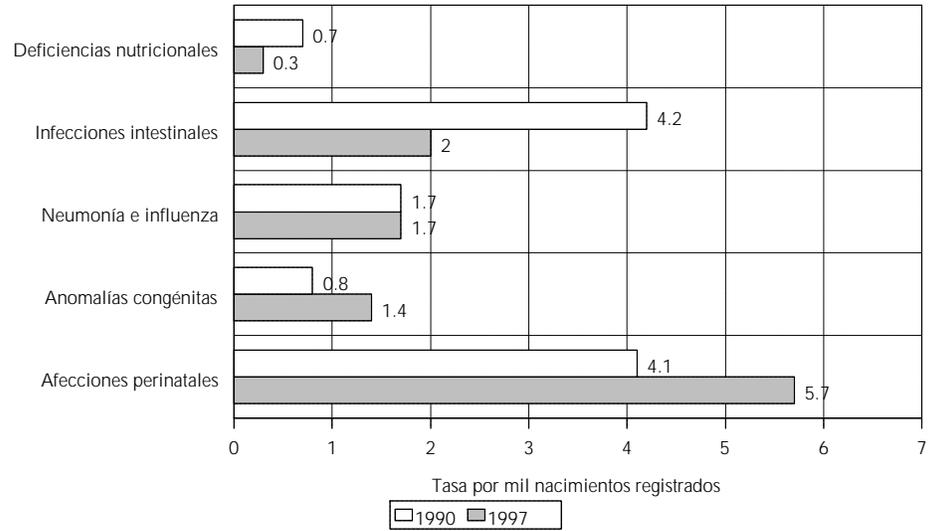
En Chiapas, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, al haber experimentado un aumento respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas tuvo un importante aumento en los años de referencia, ubicándose como la cuarta causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Chiapas existe un subregistro muy 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 30).

Gráfica 29.  
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 30.  
Chiapas: tasa de mortalidad infantil por causas seleccionadas, 1990 y 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

## 8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

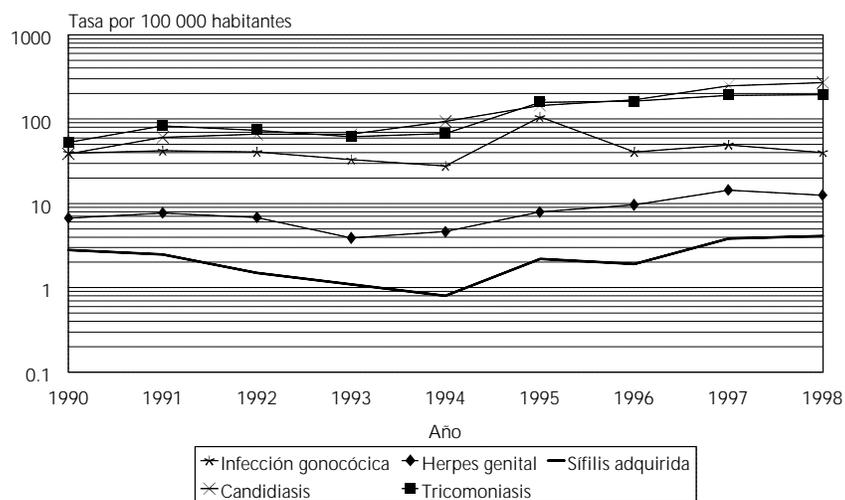
Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema endémico en nuestro país que requiere atención prioritaria debido a una multiplicidad de factores. Estas tienen una frecuencia elevada; su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia entre los 15 y 49 años de edad, y ocasionan secuelas graves en materia de salud reproductiva y salud materno-infantil. Estas enfermedades, además, 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.

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. 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, 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 5 casos por 100 mil. 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 reducir la ocurrencia de prácticas sexuales riesgosas.

Los índices de incidencia de las principales ETS en Chiapas registraron un aumento muy importante a partir de 1995, y en 1998 alcanzaron niveles mayores a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 269.5 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 194.2 por 100 mil. A diferencia de lo observado en el país en su conjunto, la incidencia de las ETS clásicas no presentaron una tendencia a la baja en el estado: entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la sífilis adquirida pasó de 2.8 a 4.1 casos por 100 mil y la de la gonorrea se mantuvo en alrededor de 40 casos por 100 mil habitantes, a excepción del año 1995. Las tasas de incidencia de estas enfermedades son más del doble que las registradas en el país en 1998 (véase gráfica 31).

Gráfica 31.  
Chiapas: 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.

## VIH/SIDA

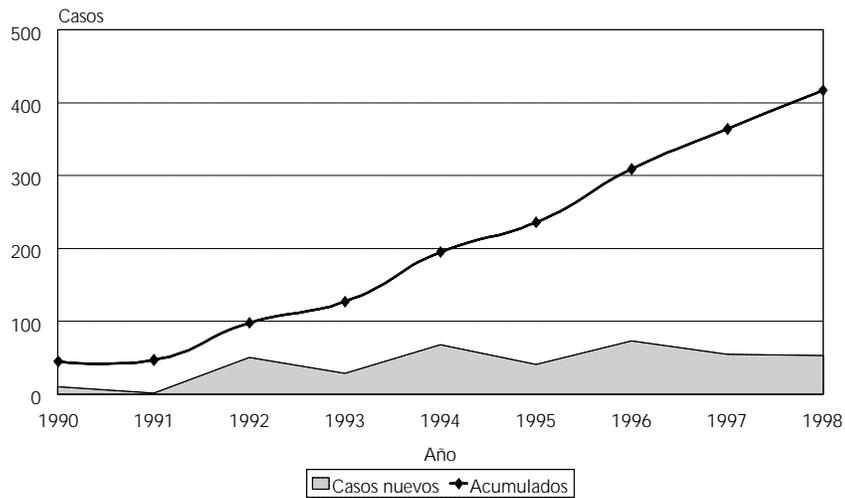
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre 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 casos. 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, notificados entre 1983 y 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 Chiapas, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado el total acumulado de 417 casos de SIDA en el estado, y la incidencia acumulada del SIDA pasó de 1.3 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 10.6 en 1998. A pesar de este aumento, el estado continúa presentando la menor incidencia acumulada del país (véanse gráficas 32 y 33).

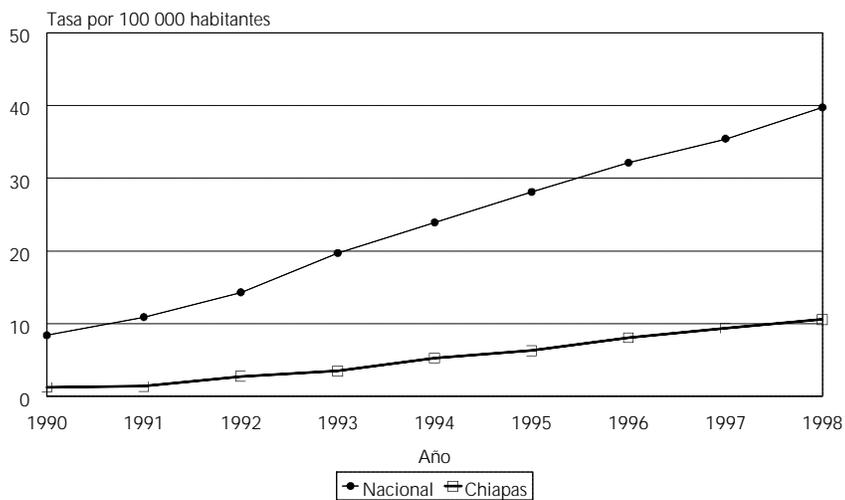
La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Chiapas fue de menos de la mitad de lo acumulado para el país (13.4% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

Gráfica 32.  
Chiapas: 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 33.  
Chiapas: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990 - 1998



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

**Cuadro 18.**  
**Chiapas: casos acumulados**  
**de SIDA, según categoría de transmisión, al 31 de diciembre de 1998**

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>417</b>	<b>100.0</b>
Vía sexual	316	87.5
Homosexual	74	20.5
Bisexual	60	16.6
Heterosexual	182	50.4
Vía sanguínea	34	9.4
Transfusión	32	8.9
Hemofílico	2	0.6
Otros	0	0.0
Usuario de drogas intravenosas	0	0.0
Donador remunerado	0	0.0
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	0	0.0
Perinatal	11	3.0
Subtotal	361	100.0
No documentado	56	13.4

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

En México, la transmisión sexual es la principal vía de contagio del VIH. 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, y al 31 de diciembre de 1998 la razón se redujo a 6.5.

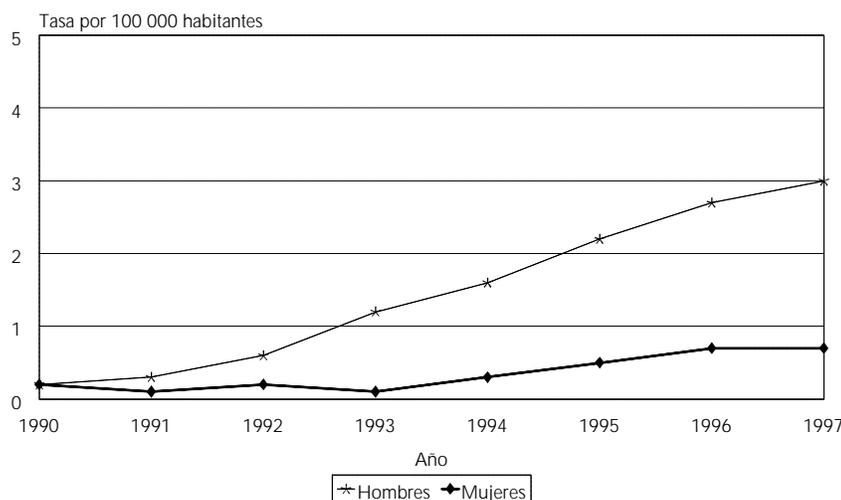
En Chiapas, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (87.5%), menos de uno de cada diez casos fueron contagiados por vía sanguínea (9.4%) y 3.0 por ciento fueron infectados por vía perinatal. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de cuatro, es decir, había una mujer infectada por cada cuatro hombres, lo cual resulta congruente con el predominio del contagio heterosexual (50.4%) en este estado.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 277 muertes en el estado de Chiapas.<sup>9</sup> La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 0.2 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 3 en 1997. Mientras tanto la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 0.2 a 0.7 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en Chiapas esta patología todavía no se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

<sup>9</sup> INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 225 hombres y 52 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 65.1 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que para las mujeres esta proporción asciende a poco menos de seis de cada diez. Llama la atención el elevado porcentaje de defunciones tanto de hombres como de mujeres de 20-24 años de edad (12.6% y 15.4%, respectivamente), lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH a edades tempranas. (véase cuadro 19).

Gráfica 34.  
Chiapas: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997



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

Cuadro 19.  
Chiapas: distribución porcentual de las defunciones por SIDA por grupos de edad, según sexo, 1989-1997

	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.9</b>	<b>100.0</b>
< 1	1.1	0.4	3.8
1-4	1.1	0.9	1.9
5-14	0.4	0.4	0.0
15 - 19	1.4	0.4	5.8
20 - 24	13.0	12.6	15.4
25 - 29	25.3	24.7	28.8
30 - 34	21.7	23.8	13.5
35 - 39	16.2	16.6	15.4
40 - 44	5.8	5.8	5.8
45 - 49	6.1	7.2	1.9
50 - 64	5.8	5.4	7.7
65 y más	1.4	1.8	0.0
N.E.	0.7	0.9	0.0

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

## 9 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 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.

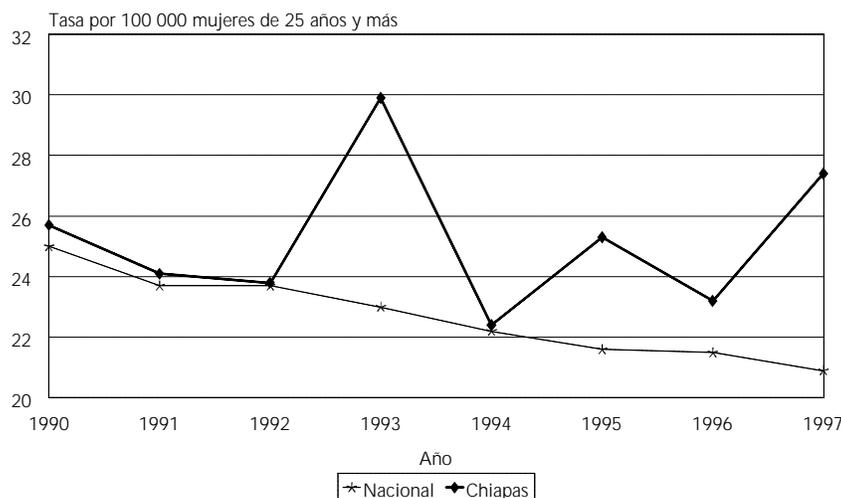
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento 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 podrán ser visibles hasta dentro de algunos años.

En Chiapas, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento muy irregular y niveles mayores a los registrados en el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Chiapas fue de 27.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubicó a esta entidad, junto con Campeche, como el séptimo estado con el nivel más alto de mortalidad por este cáncer en el país, sólo menor al que se registró en Nayarit, Yucatán, Oaxaca, Tabasco, Veracruz y Colima.

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 corresponde a mujeres de 45 años y más.

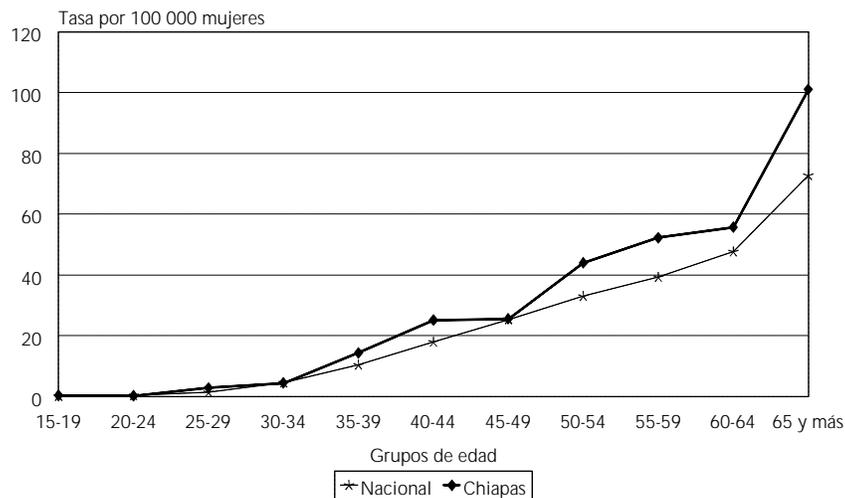
En Chiapas, entre 1995 y 1997, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad por cáncer cérvico uterino mayor que el promedio nacional. En particular destaca el grupo de 65 años y más, en el que la diferencia es de 28.3 puntos porcentuales (véase gráfica 36).

**Gráfica 35.**  
Chiapas: tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 1997



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

**Gráfica 36.**  
Chiapas: 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.

## 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.

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.

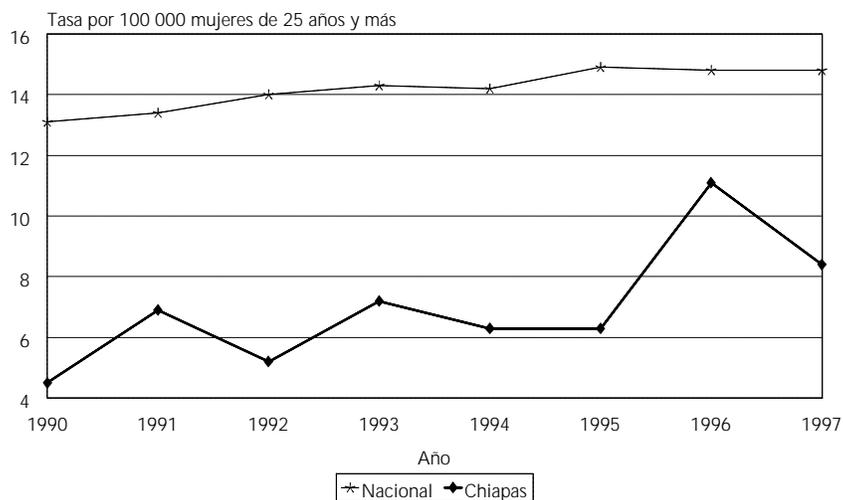
En Chiapas, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una tendencia ascendente, a pesar de los altibajos experimentados entre 1990 y 1997. En 1997, la tasa de mortalidad fue de 8.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, ubicando a Chiapas como la segunda entidad, después de Quintana Roo, con la menor mortalidad por esta patología (véase gráfica 37).

La probabilidad de fallecer por cáncer de la mama aumenta rápidamente a partir de los 30 años de edad. Entre 1995 y 1997, más de 75 por ciento de las defunciones ocurridas en el país por esta causa se registró en mujeres de 45 años o más. En Chiapas, las muertes por esta causa se concentran aún más en este grupo de edad (92%).

En Chiapas, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad mucho menor que el promedio nacional, a excepción de las del grupo de 40 a 44 años, en el que la diferencia es casi nula (véase gráfica 38).

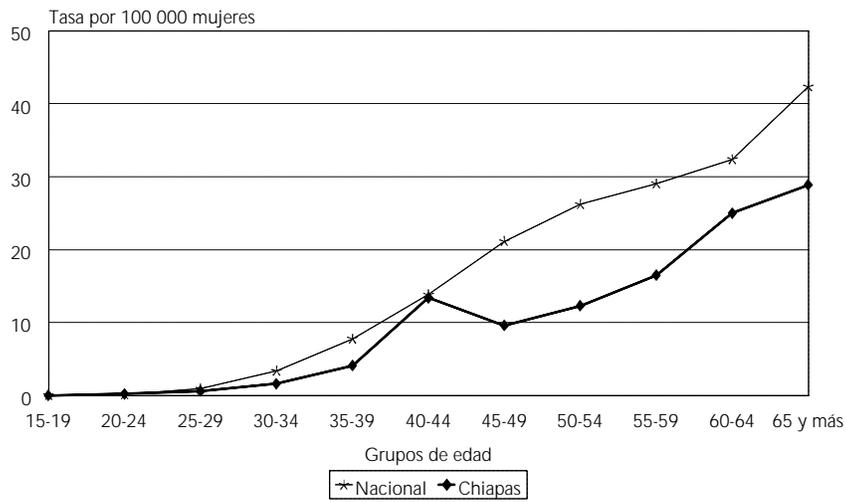
Gráfica 37.

Chiapas: 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 38.  
Chiapas: 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.

# Conclusiones

La información de este trabajo da cuenta de que en múltiples indicadores de la salud reproductiva, las mujeres de Chiapas se encuentran en una situación de desventaja en relación con las mujeres del país en su conjunto.

Es sabido que las desigualdades e insuficiencias de nuestro desarrollo se expresan en pautas diferenciadas en la velocidad que sigue la transición demográfica en las entidades y regiones del país. Las entidades del norte del país y el Distrito Federal, que presentan un mayor desarrollo, han alcanzado fases más avanzadas de la transición demográfica, mientras que los estados del sur, en donde es mayor la dispersión territorial y la marginación social, se encuentran a la zaga en este proceso de cambio.

El rezago demográfico de Chiapas se manifiesta en los elevados niveles de mortalidad y de fecundidad de su población, en el predominio de patrones de nupcialidad sumamente tempranos, y en patrones de espaciamiento relativamente cortos entre los embarazos.

Los resultados de este trabajo indican que entre 1992 y 1997 en Chiapas se dio un descenso acelerado en la tasa global de fecundidad de 4.1 a 3.3 hijos por mujer y para el 2000 se estima que se sitúa en 2.9 hijos, nivel que corresponde al observado en el país en 1994. Lo mismo sucede con la tasa de mortalidad infantil, la cual se estima asciende en el año 2000 a 31.9 defunciones por mil nacidos vivos, nivel similar al observado en el ámbito nacional hace seis años.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, Chiapas presenta importantes diferencias respecto al país en su conjunto. Entre 1992 y 1997 el porcentaje de mujeres unidas que usaba métodos de planificación familiar aumentó ligeramente de 49.9 a 53.5 por ciento y se estima que para el año 2000 este porcentaje ascenderá a 57.1 por ciento. La prevalencia de uso en el estado es equivalente a la del país hace diez años.

A pesar de que, en los últimos años, el incremento de la prevalencia anticonceptiva en Chiapas se registró en mayor medida entre las mujeres que residen en el medio rural, lo que ha hecho que se reduzca la brecha respecto a las de las localidades urbanas, las diferencias todavía son acentuadas, casi 20 puntos porcentuales en 1997.

El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres que hablan una lengua indígena. En ese grupo, sólo una de cada cinco mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos en 1997, nivel que las mujeres mexicanas presentaron a principios de los años setenta. La brecha entre las mujeres indígenas y las no indígenas del estado es de casi 40 puntos porcentuales. Estos resultados permiten afirmar que para la absoluta mayoría de las mujeres indígenas el ejercicio de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad. De hecho, casi la mitad de ellas se encuentra en condición de demanda insatisfecha.

La diferencia en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres jóvenes de la entidad respecto a sus homólogas nacionales es mayor a la que presenta el total de mujeres en edad fértil de la entidad. En Chiapas, el nivel de uso de anticonceptivos en 1997 de las mujeres unidas, menores de 20 años de edad, es similar al registrado por ese grupo de edad once años antes en el país, mientras que el de las mujeres de 20 a 24 corresponde al de sus homólogas nacionales de hace 17 años. Algo similar ocurre con la prevalencia anticonceptiva de las mujeres con paridad cero y uno: en el primer caso, el porcentaje observado en 1997 en Chiapas es similar al que registró este grupo de edad en 1980 en el país, es decir 17 años de diferencia, mientras que para el segundo es de 13 años.

El bajo nivel de uso entre las mujeres jóvenes, acompañado de un patrón de matrimonio en el que una de cada cuatro mujeres se une antes de cumplir 16 años de edad, y seis de cada diez antes del vigésimo aniversario, da pie a un inicio muy temprano de la maternidad y a elevados niveles de fecundidad en las edades jóvenes. La alta probabilidad de que las mujeres inicien la maternidad durante su adolescencia (50%) es resultado del patrón de matrimonio temprano y de una cultura en la que es inexistente la práctica de esperar un tiempo, después de la unión o matrimonio, antes de encargar familia.

La necesidad de incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes se apoya básicamente en los elevados niveles de demanda insatisfecha que registran las mujeres menores de 25 años. Chiapas es uno de los pocos estados del país en donde una de cada tres mujeres de este grupo de edad, desea espaciar o limitar sus embarazos y no hace uso de métodos anticonceptivos. Esta situación es también elevada entre las mujeres de 25 a 29 años, quienes una de cada cuatro se encuentra en situación de demanda insatisfecha.

Es posible que el predominio de métodos como la OTB y el DIU, que se registra en la entidad, sea reflejo de un patrón tardío de iniciación de la planificación familiar. Sin embargo, las características de una oferta de servicios, dirigida principalmente a los métodos sobre los que menos dominio tienen las mujeres, como son el DIU y la OTB, podría tener el efecto no anticipado de restringir el acceso de las mujeres jóvenes a la anticoncepción. Estos métodos pueden no ser los más adecuados para este tipo de mujeres, debido a que se encuentran en una etapa de la vida en la que cultural y socialmente enfrentan múltiples presiones de tipo pronatalista.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Chiapas presenta niveles muy elevados de mortalidad materna, situación derivada de una alta incidencia de muertes por hemorragias del embarazo y el parto, de toxemia, de complicaciones en el puerperio y en menor medida de aborto, entre otras. La mayoría de estas muertes se considera que pueden ser evitables, si las mujeres disponen de servicios de atención prenatal de calidad. Sin embargo, poco menos de una de cada cinco mujeres que se embarazan no recibe atención alguna durante el embarazo, y sólo una de cada dos tiene vigilancia médica.

Los resultados indican que en la mayoría de los casos la atención prenatal que se otorga es de calidad. Alrededor de siete de cada diez embarazadas que reciben atención prenatal la inician en el primer trimestre del embarazo y dos de cada tres tienen al menos cinco consultas, tal como recomienda la norma oficial respectiva. Asimismo, a más de siete de cada diez mujeres se les toma la presión arterial, se les pesa y se les aplica la vacuna contra el tétanos. No obstante estos resultados, cabe señalar que estos porcentajes son entre 10 y 20 puntos porcentuales más bajos que los observados en el país.

La partera continúa siendo el agente de salud al que más recurre la población para la atención del parto (49.4%) y su participación aumenta entre los sectores más pobres de la entidad, llegando a ser de más de 80 por ciento entre las mujeres indígenas.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad. Además, Chiapas registra tasas de incidencia mayores al promedio nacional de tricomoniasis y candidiasis urogenital.

El VIH/SIDA, muestra también un ligero aumento, aunque el nivel de incidencia de esta enfermedad continua siendo de los más bajos del país. Destaca, en este estado, que la razón hombre/mujer de casos de SIDA sea de cuatro hombres por cada mujer, cifra que constituye una de las más bajas del país, y que resulta del alto porcentaje de casos cuya categoría de transmisión es la vía heterosexual (50.4%). Un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer la rápida expansión de las mismas.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas anuales de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Chiapas entre 1990 y 1997, han sido ligeramente mayores a las que se observaron en el país es su conjunto. En contraste, las tasas de mortalidad por cáncer de la mama en el estado, se han mantenido por debajo de las registradas en el país, aunque con una clara tendencia a aumentar más rápidamente que el promedio nacional.

# Anexo estadístico

**Datos gráfica 1.**  
Chiapas: tasa  
global de fecundidad, 1990-2000

Año	Nacional	Chiapas
1990	3.35	4.50
1991	3.25	4.30
1992	3.14	4.11
1993	3.04	3.92
1994	2.93	3.71
1995	2.82	3.50
1996	2.73	3.39
1997	2.65	3.27
1998	2.55	3.15
1999	2.48	3.04
2000	2.40	2.94

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

**Datos gráfica 4.**  
Chiapas: 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	17.4	14.3
15	24.3	23.4
16	35.7	32.8
17	48.3	43.9
18	54.8	53.5
19	62.7	61.9
20	68.1	67.3
21	73.2	72.3
22	78.8	77.0
23	82.7	79.5
24	84.0	81.5
25	87.2	82.7

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

**Datos gráfica 3.**  
Chiapas: distribución porcentual de las mujeres  
según edad a la primera unión o matrimonio, por generación, 1997

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	24.3	38.4	21.3	16.0
1958-1962	20.9	38.1	21.3	19.7
1963-1967	26.5	34.7	23.7	15.1
1968-1972	23.4	38.5	19.6	18.5

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

Datos gráfica 5.

Chiapas: 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	20-24	Sin unión a los 25 años
Sin escolaridad	49.8	30.1	5.8	14.3
Primaria incompleta	33.7	44.5	12.7	9.1
Primaria completa	16.2	42.6	25.8	15.4
Secundaria y más	8.7	31.4	34.6	25.2
Rural	32.7	36.0	18.5	12.8
Urbano	17.3	37.5	24.3	20.9
<b>Total</b>	<b>24.8</b>	<b>36.8</b>	<b>21.5</b>	<b>17.0</b>

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

Datos gráfica 7.

Chiapas: 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	7.3	7.0	6.8	4.9
16	12.8	14.1	14.6	11.8
17	19.7	19.3	22.1	20.3
18	30.1	26.2	31.8	28.0
19	41.7	34.0	42.7	39.5
20	52.6	42.2	50.3	49.5
21	58.0	53.0	57.0	56.5
22	64.6	59.9	66.5	62.6
23	71.0	64.7	71.2	68.6
24	74.7	72.0	74.5	71.9
25	78.3	75.5	80.3	76.9

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

Datos gráfica 8.

Chiapas: distribución porcentual de las mujeres unidas  
de acuerdo a la duración del 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	Nacimientos					Sin hijos en 5 años
	premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	
1953-1957	1.5	3.2	26.8	30.1	33.9	4.6
1958-1962	0.5	2.2	24.1	38.1	32.6	2.5
1963-1967	2.7	5.0	25.3	31.8	32.2	2.9
1968-1972	1.6	4.0	30.1	28.1	31.8	4.4

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

Datos gráfica 9.

Chiapas: probabilidad acumulada de tener un embarazo  
premarital antes de cumplir edades específicas, por generación

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.8	0.7	1.3	0.9
16	0.8	0.8	2.0	1.5
17	0.8	0.8	2.9	1.9
18	2.4	0.8	3.7	2.6
19	2.8	1.3	4.1	3.5
20	3.3	1.9	4.8	4.1
21	3.3	1.9	4.8	4.4
22	3.7	2.1	6.0	4.7
23	3.8	2.1	6.0	5.0
24	3.8	2.6	6.1	5.7
25	3.8	2.6	6.6	5.9

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

**Datos gráfica 21.**  
Chiapas: tasa de mortalidad  
materna, 1990 - 1997

Año	Nacional	Chiapas
1990	5.4	4.9
1991	5.1	5.5
1992	5.0	6.3
1993	4.5	5.3
1994	4.8	5.9
1995	5.3	6.5
1996	4.8	5.9
1997	4.7	6.3

Tasas por 10 000 nacimientos registrados.  
Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

**Datos gráfica 28.**  
Chiapas: tasa de mortalidad  
infantil, 1990 - 2000

Año	Nacional	Chiapas
1990	36.6	45.8
1991	34.1	43.0
1992	33.2	41.9
1993	32.3	40.8
1994	31.4	39.7
1995	30.5	38.7
1996	29.3	37.3
1997	28.1	35.8
1998	26.9	34.4
1999	25.9	33.1
2000	24.9	31.9

Tasas por mil nacidos vivos,  
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

**Datos gráfica 31.**  
Chiapas: tasa de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990 - 1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	39.6	6.7	2.8	38.4	52.6
1991	42.0	7.7	2.5	60.6	83.4
1992	40.7	6.8	1.5	65.6	74.1
1993	33.2	3.9	1.1	65.6	62.2
1994	27.6	4.6	0.8	94.0	67.6
1995	105.1	7.9	2.2	145.4	158.5
1996	40.7	9.6	1.9	170.5	162.8
1997	49.5	14.4	3.8	249.8	192.5
1998	40.3	12.6	4.1	269.5	194.2

Tasa por 100 000 habitantes.  
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/BGE, Morbilidad Compendios y Anuarios, 1990-1998.

**Datos gráfica 32.**  
**Chiapas: casos nuevos y acumulados**  
**de SIDA por año de notificación, 1990 - 1998**

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	10	45
1991	2	47
1992	51	98
1993	29	127
1994	68	195
1995	41	236
1996	73	309
1997	55	364
1998	53	417

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

**Datos gráfica 33.**  
**Chiapas: tasa de incidencia**  
**acumulada de SIDA, 1990 - 1998**

Año	Nacional	Chiapas
1990	8.4	1.3
1991	10.9	1.4
1992	14.3	2.8
1993	19.7	3.5
1994	23.9	5.3
1995	28.1	6.3
1996	32.1	8.1
1997	35.4	9.4
1998	39.7	10.6

Tasa por 100 000 habitantes.  
 Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: SSA/DGE, Morbilidad Compendio y Anuarios, 1990-1998.

**Datos gráfica 34.**  
**Chiapas: tasa de mortalidad**  
**por SIDA según sexo, 1990-1997**

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.2	0.2
1991	0.3	0.1
1992	0.6	0.2
1993	1.2	0.1
1994	1.6	0.3
1995	2.2	0.5
1996	2.7	0.7
1997	3.0	0.7

Tasa por 100 000 habitantes.  
 Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

**Datos gráfica 35.**  
**Chiapas: tasa de mortalidad**  
**por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 1997**

Año	Nacional	Chiapas
1990	25.0	25.7
1991	23.7	24.1
1992	23.7	23.8
1993	23.0	29.9
1994	22.2	22.4
1995	21.6	25.3
1996	21.5	23.2
1997	20.9	27.4

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.  
 Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

**Datos gráfica 36.**  
**Chiapas: tasa de mortalidad**  
**por cáncer cérvico-uterino**  
**según grupos de edad, 1995-1997**

Edad	Nacional	Chiapas
15-19	0.1	0.3
20-24	0.3	0.2
25-29	1.3	2.8
30-34	4.5	4.4
35-39	10.3	14.3
40-44	17.9	25.1
45-49	25.3	25.5
50-54	32.9	43.9
55-59	39.2	52.2
60-64	47.6	55.7
65 y más	72.7	101.0

Tasa por 100 000 mujeres.  
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

**Datos gráfica 37.**  
**Chiapas: tasa de mortalidad**  
**por cáncer de la mama, 1990 - 1997**

Año	Nacional	Chiapas
1990	13.1	4.5
1991	13.4	6.9
1992	14.0	5.2
1993	14.3	7.2
1994	14.2	6.3
1995	14.9	6.3
1996	14.8	11.1
1997	14.8	8.4

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.  
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

**Datos gráfica 38.**  
**Chiapas: tasa de mortalidad**  
**por cáncer de la mama**  
**según grupos de edad, 1995-1997**

Edad	Nacional	Chiapas
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.2
25-29	0.9	0.6
30-34	3.4	1.6
35-39	7.8	4.1
40-44	13.8	13.4
45-49	21.1	9.6
50-54	26.2	12.3
55-59	29.1	16.5
60-64	32.4	25.0
65 y más	42.4	28.9

Tasa por 100 000 mujeres.  
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  
*Chiapas*

Se imprimió en  
Imagen 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 500 ejemplares.