

Cuadernos de salud reproductiva

Distrito Federal



Consejo Nacional de Población

**Créditos de la elaboración de
Cuadernos de Salud Reproductiva
*Distrito Federal***

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
Distrito Federal

Primera edición: septiembre de 2000
ISBN: 970-628-503-2

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. ROMÁRICO ARROYO MARROQUÍN
Secretario de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
Secretario de Salud

LIC. MARIANO PALACIOS ALCOCER
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. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación

LIC. DIONISIO PÉREZ JÁ COME
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 PEÓN
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 DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA
Directora General de Programas de Población Directora General de Estudios de Población

LIC. ALICIA CARVAJAL SANTILLÁN MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Directora de Comunicación en Población Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA MTRO. JOSÉ LUIS ÁVILA MARTÍNEZ
Directora de Educación Director de Estudios Socioeconómicos
en Población y Regionales

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA M. en I. GUSTAVO ARGIL CARRILES
Director de Consejos Estatales Director de Apoyo Técnico
de Población

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	13
Edad a la primera unión	14
Tipo de primera unión	16
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	16
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	21
Número ideal de hijos e hijas	21
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	24
Conocimiento de métodos anticonceptivos	24
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	26
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	28
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	30
Anticoncepción posparto	31
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	34
4 Salud materna	36
Nivel de la mortalidad materna	36
Causas de mortalidad materna	38
Aborto	39
5 Atención a la mujer embarazada	40
Atención prenatal	40
Cobertura institucional de la atención prenatal	41

Inicio de la atención prenatal	42
Intensidad y calidad de la atención prenatal	42
Atención del parto	44
Lugar de atención del parto	45
Tipo de parto	46
Atención durante el puerperio	46
6 Lactancia materna	48
Edad de la ablactación	48
7 Mortalidad infantil	51
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	53
VIH/SIDA	54
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	59
Cáncer cérvico uterino	59
Cáncer de la mama	61
Conclusiones	63
Anexo estadístico	65
Nomenclatura de las entidades federativas	71

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 Distrito Federal 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.¹

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

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

El análisis de los factores determinantes de las diferentes dimensiones de la salud reproductiva supera con mucho el alcance de este documento, cuyo propósito principal es dar un panorama general del estado de la salud reproductiva en el Distrito Federal, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser contruidos 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 nivel de escolaridad de las mujeres. Esta variable alude 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.

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

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, particularmente en el Distrito Federal. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 9.8 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. El Distrito Federal es la entidad que presenta el mayor promedio de escolaridad en el país. En 1997, sólo cuatro por ciento de la población no había asistido a la escuela, nueve por ciento no había la primaria, 14.2 por ciento terminó la instrucción primaria, 24 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 48.8 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe destacar que se aprecian ligeras diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados. El número promedio de años de escolaridad fue de 10.3 para los hombres y de 9.3 para las mujeres. Cabe mencionar que la proporción que representan las mujeres sin instrucción en esta entidad duplica la de los varones: 5.4 y 2.5 por ciento, respectivamente, aunque en ambos casos los niveles son muy bajos.²

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por el Distrito Federal tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de las cinco del país cuyo índice de marginación es *muy bajo*, al igual que trece de sus dieciséis delegaciones en donde reside 92.1 por ciento de los habitantes de la entidad, mientras que en las tres restantes el índice de marginación es *bajo*, lo que significa que la mayoría de su población tiene acceso a los bienes y servicios esenciales.³

² INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

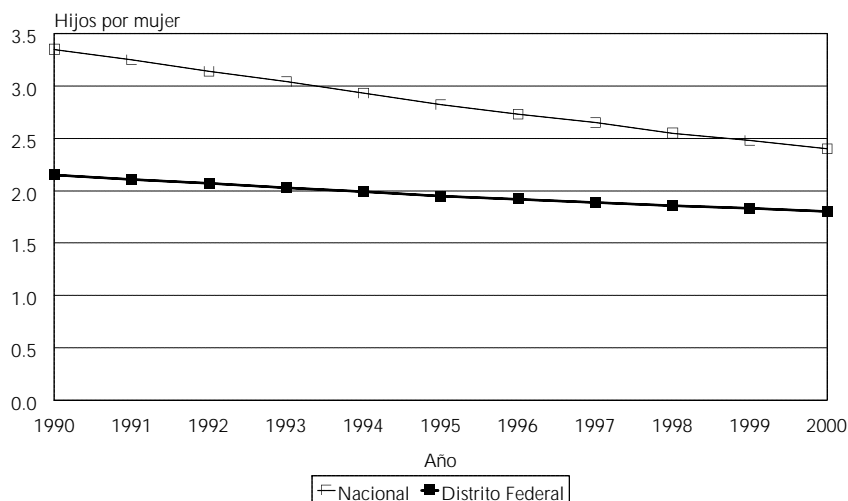
³ CONAPO/Progres, *Índices de marginación*, 1995, México.

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 fecundidad⁴ (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 Distrito Federal, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de la descendencia, aunque esta disminución no fue tan pronunciada como la que presentaron las entidades de alta fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 2.15 hijos por mujer en 1990 a 2.07 en 1992; descendió a 1.89 hijos en 1997, y en la actualidad se estima en 1.8 hijos por mujer. El nivel actual de la fecundidad que se registra en el Distrito Federal es 0.6 puntos menor al que se registra para el país en su conjunto, ubicándolo como la entidad con la menor fecundidad del país (véase gráfica 2).

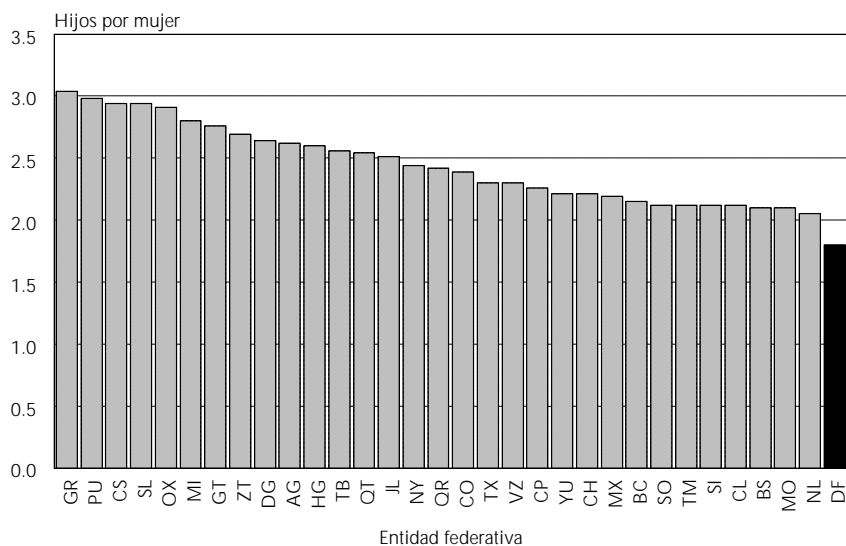
Gráfica 1.
Distrito Federal: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

⁴ Número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

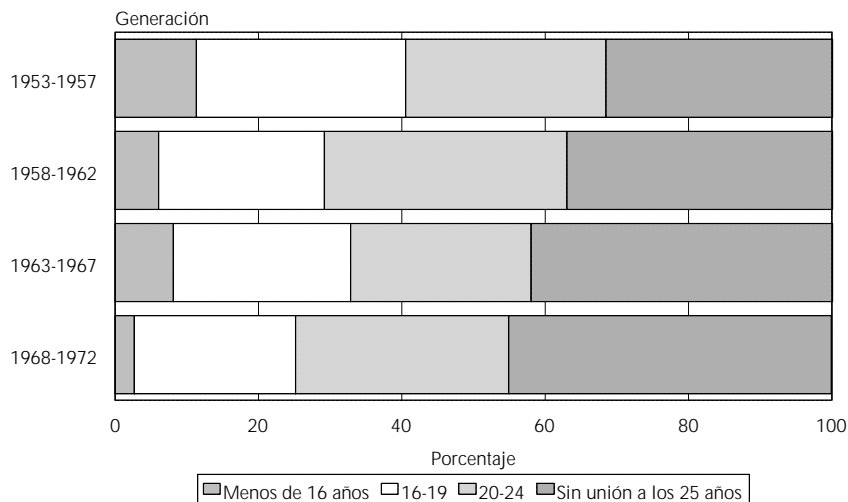
Edad a la primera unión

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.

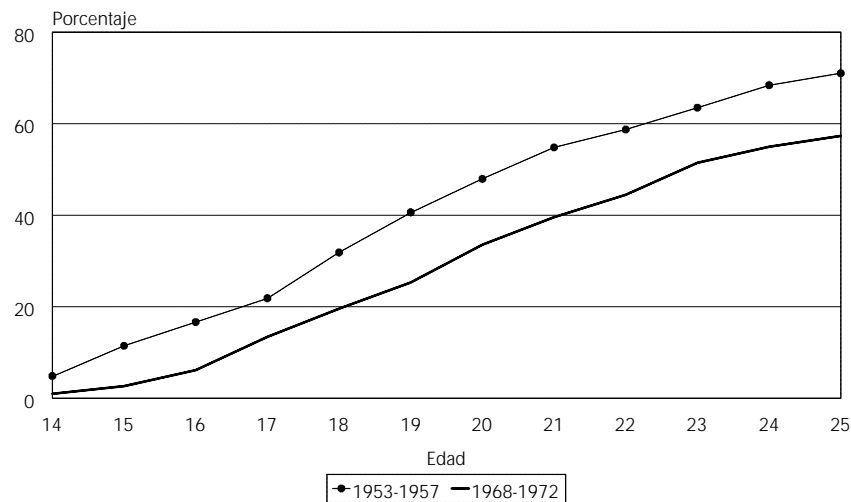
Este retraso en el inicio de la vida en pareja es más acentuado en el Distrito Federal: para las mujeres nacidas entre 1953-1962 la edad mediana a la primera unión fue de 22.4 años, y para la generación 1968-1972, fue de 23.8 años. Esta tendencia de la postergación de la primera unión también puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que cuatro de cada diez mujeres (40.6%) nacidas entre 1953 y 1957 se unieron antes de cumplir 20 años, sólo una de cada cuatro (25.2%) de las mujeres de la generación 1968-1972 presentó esta característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuye de 11.4 a 2.7 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
Distrito Federal: 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.

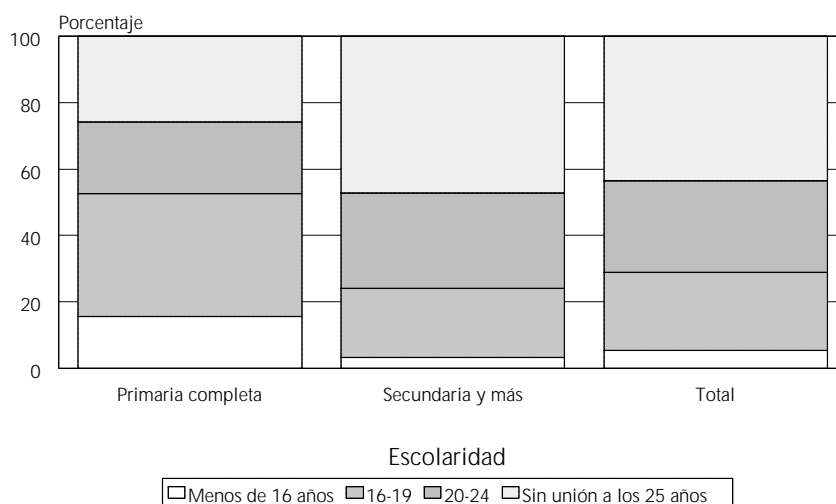
Gráfica 4.
Distrito Federal: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas predomina entre las mujeres con bajos niveles de escolaridad: una de cada cinco mujeres (20.8%) con secundaria y más se unió antes de los 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con la primaria completa este valor ascendió a 37.2 por ciento (véase gráfica 5).

Gráfica 5.
Distrito Federal: distribución
porcentual de las mujeres según edad a la primera
unión o matrimonio, por escolaridad (generación 1963-1972), 1997



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

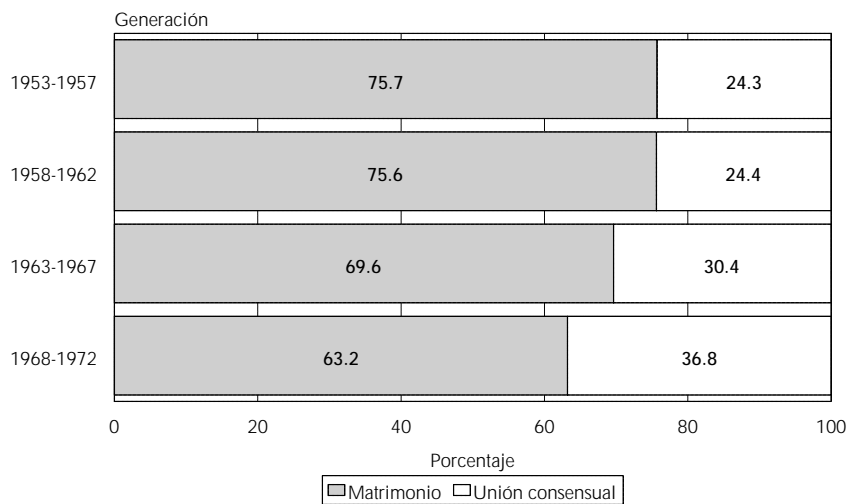
Tipo de primera unión

En el Distrito Federal, al igual que a nivel nacional, es cada vez más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad 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, una de cada cuatro mujeres (24.3%) se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 36.8 por ciento, cifra similar a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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

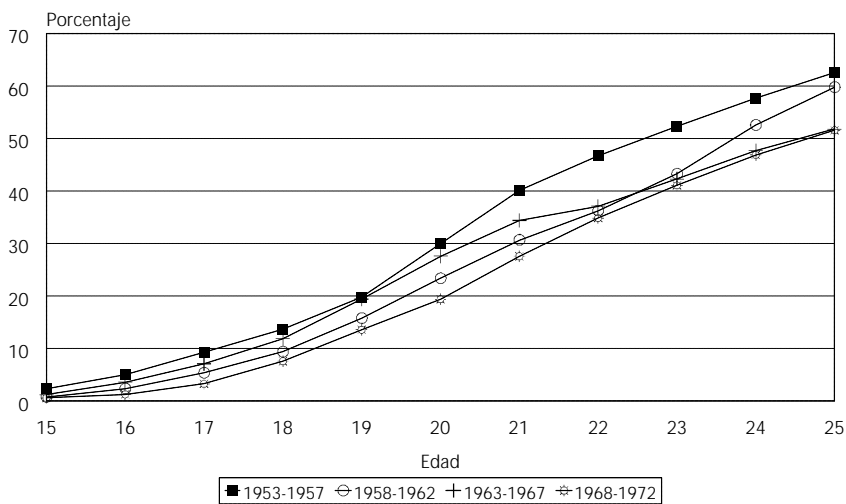
El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En el Distrito Federal se ha registrado un cambio en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, para las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7).

Gráfica 6.
Distrito Federal: 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.

Gráfica 7.
Distrito Federal: 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.

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años, a pesar de haber registrado un comportamiento errático para las cohortes intermedias, muestra un importante descenso para las mujeres más jóvenes: mientras tres de cada diez mujeres nacidas en el periodo 1953-1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, este mismo comportamiento lo presentaron dos de cada diez mujeres de la generación 1968-1972. Por su parte, 13.7 por ciento de las mujeres de la cohorte de nacimiento 1953-1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad, mientras que esta proporción se redujo a 7.6 por ciento entre las mujeres de la cohorte más reciente. Entre las generaciones extremas, la probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 25 años de edad se redujo de 62.6 a 51.6 por ciento, respectivamente.

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 está asociado a un mayor riesgo para la salud de la madre y de su descendencia. Asimismo, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer. En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos(as). Asimismo, 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.

Intervalo protogenésico

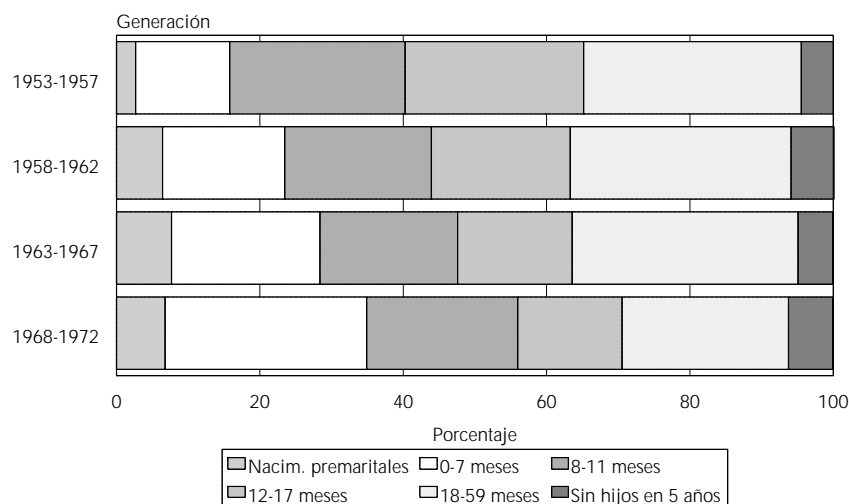
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

El análisis de la duración del intervalo protogenésico para 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 analizadas 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 del Distrito Federal (véase gráfica 8). A pesar de que una proporción importante de mujeres de todas las generaciones de referencia postergaron el nacimiento de su primer hijo(a) hasta después del primer año y medio de la unión o matrimonio, esta práctica descendió entre las mujeres más jóvenes. 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 la oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

En el Distrito Federal, al igual que en el ámbito nacional, las mujeres unidas de las generaciones más jóvenes tienden a presentar una mayor proporción de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más joven esta proporción asciende a una de cada tres, mientras que en la de mayor edad es de menos de la mitad (15.9%). Los datos sugieren que tanto los nacimientos de madres solteras, como las concepciones premaritales, están aumentando en el Distrito Federal.

Gráfica 8.

Distrito Federal: 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)



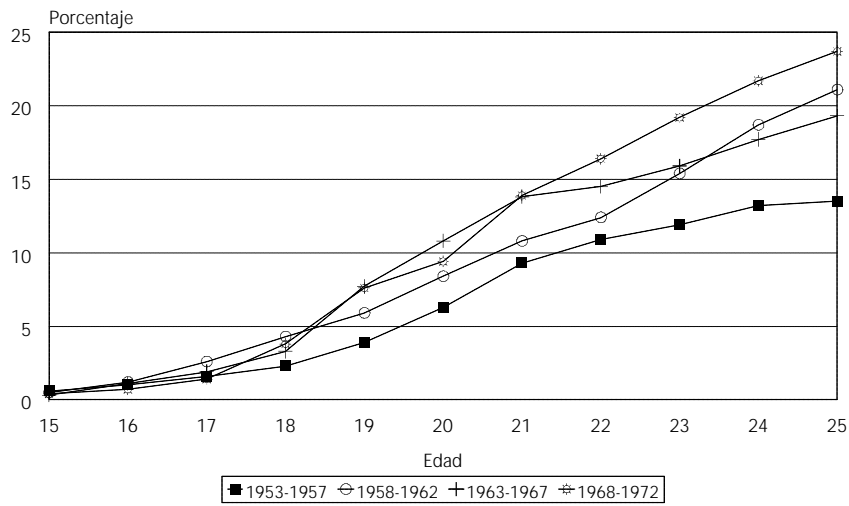
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 el Distrito Federal se ha producido un aumento considerable en 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 aumentó de 13.5 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 23.7 por ciento para las mujeres de la generación más reciente.

En esta entidad capital de la República, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años de edad aumentó de 6.3 a 9.4 por ciento entre las generaciones extremas. Asimismo, una de cada cinco mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, en tanto que esta relación aumentó a poco menos de la mitad de las mujeres de la generación 1968-1972.⁵

⁵ El peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) antes de cumplir una edad específica se obtiene al dividir la probabilidad de tener un embarazo premarital (gráfica 9) entre la probabilidad de tener el primer hijo(a) (gráfica 7).

Gráfica 9.
Distrito Federal: 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 que en promedio declararon las mujeres unidas del Distrito Federal fue de 2.5, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). Ambos promedios se encuentran ligeramente por encima del nivel de la fecundidad registrada en ese año en los dos contextos (el Distrito Federal registró una TGF de 1.89 hijos en 1997 y de 2.7 en el ámbito nacional). 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 de tres, mientras que las mujeres de 20 a 24 años mostraron preferencias por familias de poco más de dos (2.2 en promedio). Cabe señalar que en los grupos mayores de 40 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 las mujeres con primaria incompleta declararon un ideal de tres hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia menor (2.4 en promedio). Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres con secundaria y más reportaron un ideal de hijos mayor a la paridad alcanzada, en tanto que las de menor escolaridad presentan una paridad promedio más numerosa que su fecundidad deseada.

La mayoría de las mujeres con dos hijos(as) (64.1%) declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad. Cabe destacar que casi cuatro de cada diez mujeres con tres hijos(as) (42.3%) reportó un número ideal más reducido que la descendencia alcanzada, mientras que la mayo-

ría de las mujeres con cuatro o cinco hijos(as) y más (58.7% y 73.7%, respectivamente) se encontraba en la misma situación (véase cuadro 2).

El tamaño de familia más frecuentemente citado fue de dos (52.9%), mientras que sólo 2.1 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	2.5	2.3
Grupo de edad		
15-19	-	-
20-24	2.2	1.2
25-29	2.3	1.6
30-34	2.4	2.2
35-39	2.6	2.6
40-44	2.8	3.2
45-49	3.0	3.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	3.0	3.8
Primaria completa	2.8	3.1
Secundaria y más	2.4	1.9

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

Cuadro 2.
Distrito Federal: distribución porcentual de las mujeres
unidas en edad fértil por número ideal de hijos e hijas, según paridad, 1997

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	2.1	9.2	52.9	21.8	7.8	6.2
0	3.2	14.9	59.1	16.8	4.3	1.7
1	0.7	20.0	64.7	10.0	1.5	3.0
2	1.8	4.4	64.1	20.5	5.4	3.8
3	3.7	6.4	32.2	44.4	6.4	6.8
4	1.2	6.0	38.1	13.3	34.2	7.1
5 y más	2.3	5.2	37.1	18.9	10.2	26.3

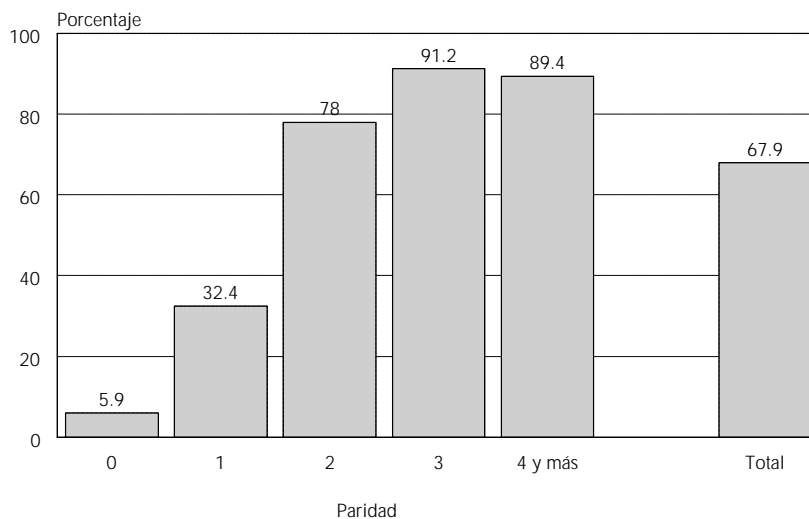
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En el Distrito Federal, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (67.9%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10).

Las mujeres con menos de dos hijos(as), en su mayoría desea ampliar el tamaño de su descendencia. En contraste, entre las que ya han tenido dos y entre aquéllas con paridades mayores, casi ocho y nueve de cada diez, respectivamente, ya no desean incrementar su paridad.

Gráfica 10.
Distrito Federal: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que no desea otro hijo(a) según paridad (incluye embarazo actual), 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 en 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, 96.6 por ciento de las mujeres en edad fértil del país conocía al menos un método para prevenir un embarazo no deseado.

El Distrito Federal registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (99.2%) (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que prácticamente no se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos.

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en el Distrito Federal fue el más popular en 1992 (véase gráfica 11). En 1997, 97.7 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de los condones, y 97.1 por ciento de las pastillas. Después de estos métodos, los más conocidos en ese año eran el dispositivo intrauterino (DIU) (94.6%), la oclusión tubaría bilateral (OTB) o esterilización femenina (93%), las inyecciones (92.1%) y la vasectomía (91.6%).

Dado el alto nivel de conocimiento que se registró en los años de referencia, no se observaron cambios importantes en el conocimiento de los distintos métodos, con excepción del Norplant, cuyo porcentaje de mujeres que declaró conocerlo aumentó 66 por ciento (al pasar de 11.4% en 1992 a 19% en 1997).

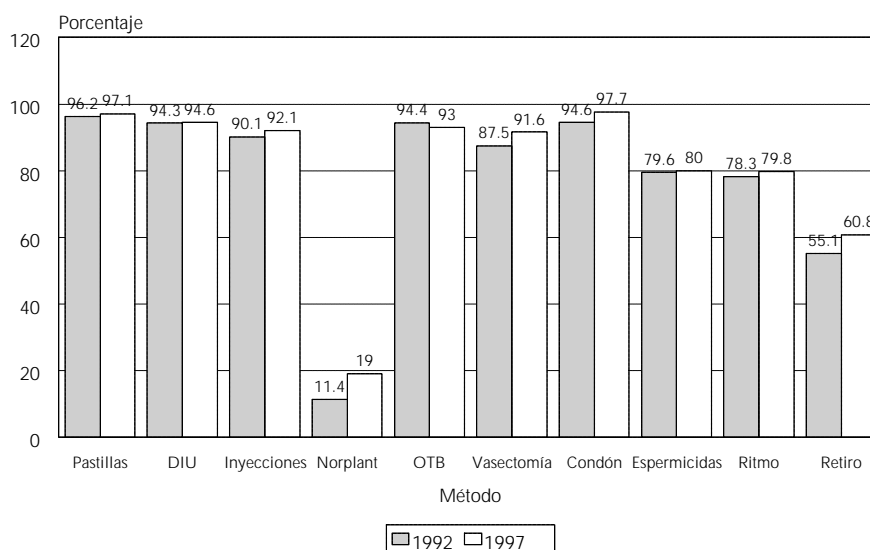
Cuadro 3.
Distrito Federal: porcentaje de mujeres en edad fértil
que conoce al menos un método anticonceptivo,
según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	99.4	99.2
Grupo de edad		
15-19	98.9	98.3
20-24	98.8	99.3
25-29	100.0	99.5
30-34	99.7	100.0
35-39	99.7	99.5
40-44	99.7	99.1
45-49	99.3	98.5
Paridad		
0	99.1	98.3
1	100.0	99.7
2	99.6	100.0
3	100.0	100.0
4 y más	98.8	99.8
Escolaridad		
Sin escolaridad*	94.6	91.1
Primaria incompleta	96.4	96.9
Primaria completa	99.8	98.3
Secundaria y más	99.9	99.8

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Gráfica 11.
Distrito Federal: 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.

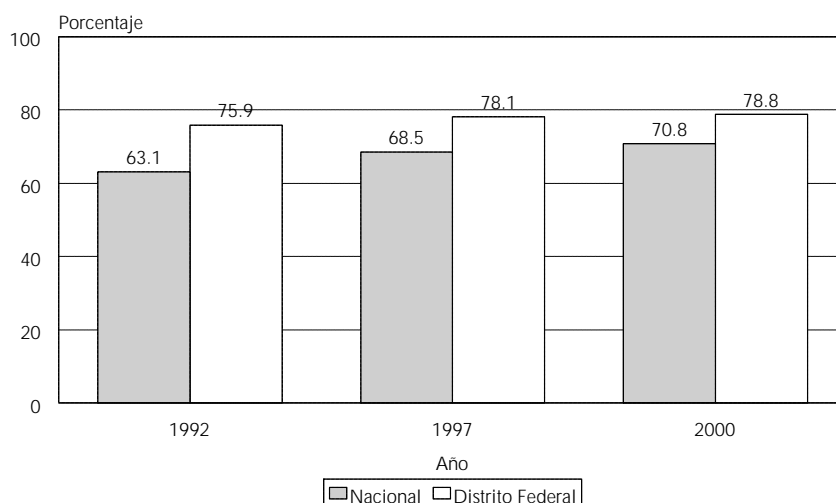
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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 en el año 2000 este porcentaje alcanzó la cifra de 70.8 por ciento (véase gráfica 12).

En el Distrito Federal, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 75.9 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 78.1 por ciento en 1997 y se estima que en la actualidad es de 78.8 por ciento, lo que lo ubica como la segunda entidad con el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos del país, después de Sinaloa (véase gráfica 13).

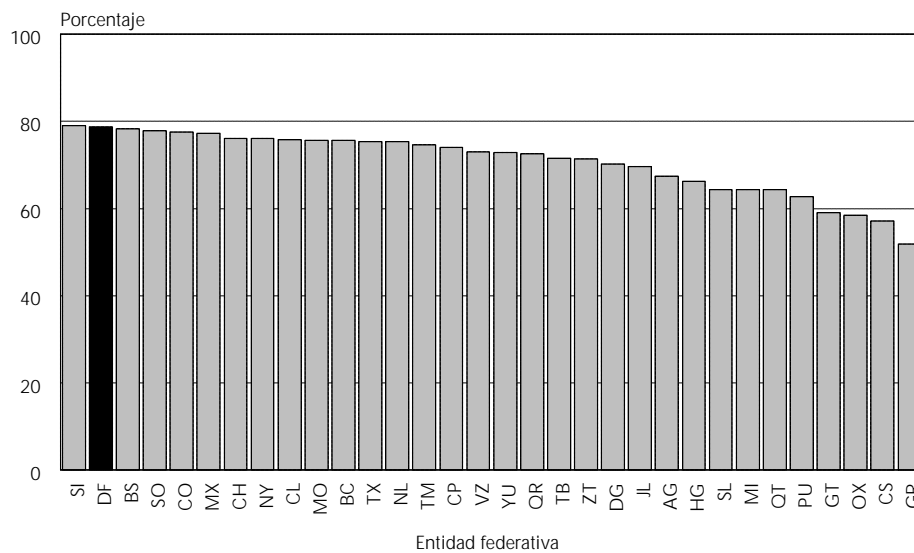
A pesar de que estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres del Distrito Federal, cabe destacar que su desagregación, según algunas variables sociodemográficas, indica que en el quinquenio de 1992-1997 también se registraron algunos retrocesos, que afectan principalmente a las mujeres unidas o casadas de 25 a 29 años de edad, y a las mujeres con paridad uno (véase cuadro 4). En ambos casos los niveles de prevalencia en 1992 eran mayores a los que se registran cinco años después, con reducciones de 6.7 y cuatro puntos porcentuales entre un año y otro, respectivamente. Al contrario, la prevalencia anticonceptiva se incrementó entre las mujeres de mayor edad (de 82.8% a 86% en el grupo 40-44 y de 67.5% a 73.5% en el grupo 45-49), y entre las jóvenes de 20 a 24 años, al pasar de 63.6 a 70.4 por ciento entre 1992 y 1997. En este último año, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años de edad; en esas edades más de ocho de cada diez mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

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



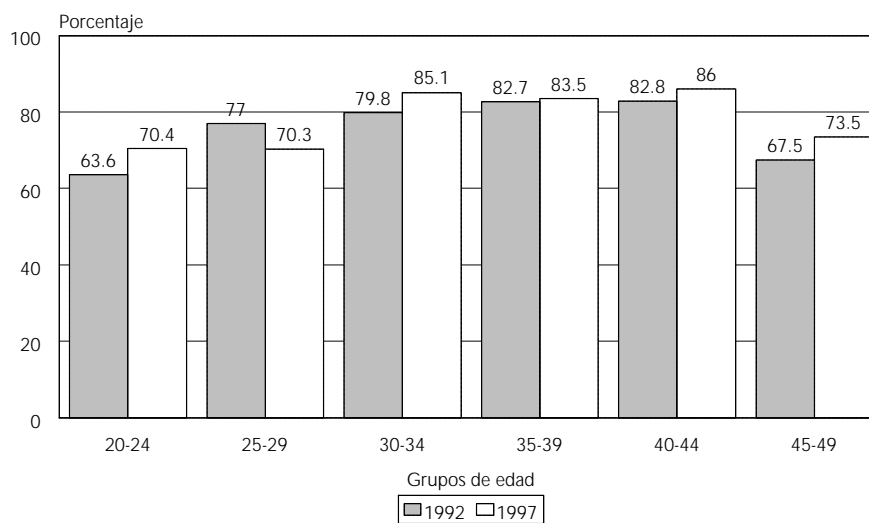
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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.
Distrito Federal: 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.

El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres con primaria incompleta (73.8%), mientras que la prevalencia entre las mujeres con secundaria y más ascendió a 79.5 por ciento. Cabe destacar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró entre las mujeres con la primaria incompleta, por lo que la brecha entre los grupos de escolaridad extremos presentó una ligera reducción (véase cuadro 4).

Cuadro 4.
Distrito Federal: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	75.9	78.1
Grupo de edad		
15-19	-	-
20-24	63.6	70.4
25-29	77.0	70.3
30-34	79.8	85.1
35-39	82.7	83.5
40-44	82.8	86.0
45-49	67.5	73.5
Paridad		
0	41.3*	46.8
1	69.2	65.2
2	82.9	86.0
3	83.9	87.4
4 y más	77.7	84.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	69.0	73.8
Primaria completa	78.2	78.2
Secundaria y más	78.9	79.5

* Menos de 100 casos en muestra.
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil 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

do su participación en la estructura de uso: sólo una de cada diez usuarias recurrió a este método; los naturales, después de una reducción en su participación en la primera década, se mantuvieron como la tercera opción dentro de la gama de métodos; y los más utilizados fueron la OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente.

La estructura de uso de métodos que se observó en el Distrito Federal en 1997 fue semejante al patrón nacional: la OTB apareció como el método más usado por las mujeres unidas en edad fértil (43.8%); una de cada cuatro (24.4%) utilizaba el DIU, lo cual representó que fuera el segundo método más utilizado, seguida por la pastilla (8.3%) y los métodos naturales (8.2%). Entre 1992 y 1997, el uso de la pastilla tuvo una disminución de 3.2 puntos porcentuales en tanto que el condón y la OTB incrementaron su participación en la estructura de uso en 2.3 y 1.7 puntos porcentuales, respectivamente (véase cuadro 5).

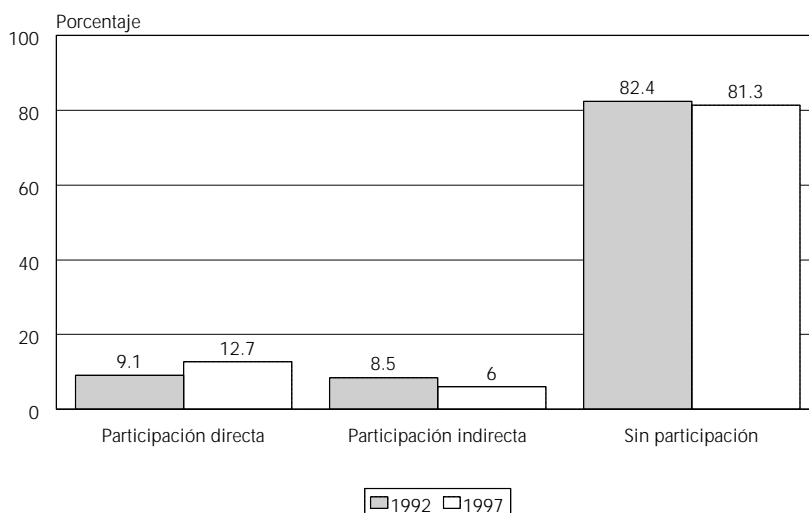
Cuadro 5.
Distrito Federal: distribución
porcentual de mujeres en edad fértil usuarias
de anticonceptivos por tipo de método, 1992 y 1997

Método	1992	1997
Pastillas	11.5	8.3
DIU	24.1	24.4
Inyecciones	4.9	4.3
Locales	1.1	0.4
Condomes	4.5	6.8
OTB	42.1	43.8
Vasectomía	2.7	3.6
Naturales	8.9	8.2
Norplant	0.1	0.2

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

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 3.6 y 6.8 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en el Distrito Federal. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan 18.7 por ciento de las 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 12.7 por ciento de las usuarias y en el segundo seis por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa o indirecta del varón aumentó ligeramente entre 1992 y 1997, al pasar de 17.6 a 18.7 por ciento.

Gráfica 15.
Distrito Federal: 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.

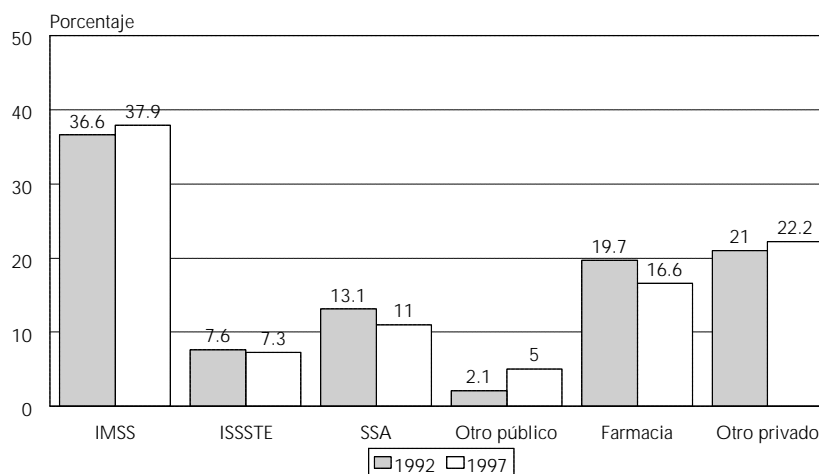
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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 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 el Distrito Federal aumentaron ligeramente su atención como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 59.4 por ciento en 1992 a 61.2 en 1997 (véase gráfica 16). Sin embargo, a diferencia del entorno nacional, un mayor porcentaje de usuarias de anticonceptivos recurre al sector privado de la entidad, que comprende principalmente farmacias (16.6%) y consultorios y hospitales privados (22.2%). Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS, el cual atendió a poco más de una tercera parte (37.9%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, y la SSA que atendió a poco más de una de cada diez usuarias (11%).

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 el caso de tres de cada cuatro usuarias del DIU y de la operación femenina (véase cuadro 6). En contraste, los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen fundamentalmente en el sector privado: más de ocho de cada diez usuarias de condones, pastillas e inyecciones acudieron a este sector para su obtención.

Gráfica 16.
Distrito Federal: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, según lugar de obtención, 1992 y 1997



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

Cuadro 6.
Distrito Federal: distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos modernos por tipo de método, según sector de obtención 1997

Método empleado	1997	
	Sector público	Sector privado
Total	61.2	38.8
Pastillas	15.6	84.4
DIU	74.5	25.5
Inyecciones*	13.5	86.5
Condomes*	16.5	83.5
OTB	72.5	27.5

*Menos de 100 casos en muestra.

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

Anticoncepción posparto

A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar iniciaron importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico,

sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar, que ayuda a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo asociados a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos, y a la presencia de factores de riesgo derivados de patologías crónico-degenerativas en la mujer gestante. A esta modalidad se le conoce como enfoque de riesgo reproductivo.

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

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. A escala nacional, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que recurría a la práctica de la planificación familiar en 1997 inició el uso del método actual en el parto.⁶

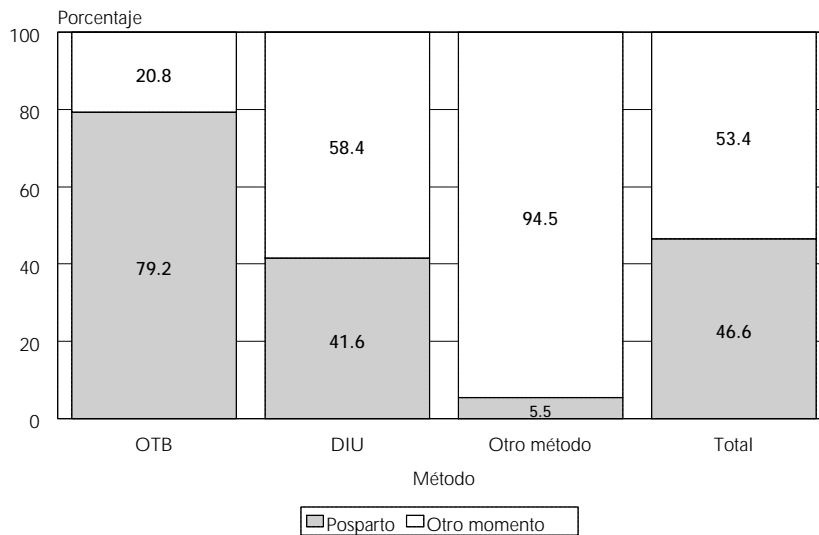
La importancia de estos programas en el Distrito Federal se manifiesta en el hecho de que 46.6 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, ocho de cada diez usuarias de OTB (79.2%) y cuatro de cada diez usuarias del DIU (41.6%) comenzaron el uso del método en este periodo.

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

En el Distrito Federal, más de ocho 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 siete de cada diez reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

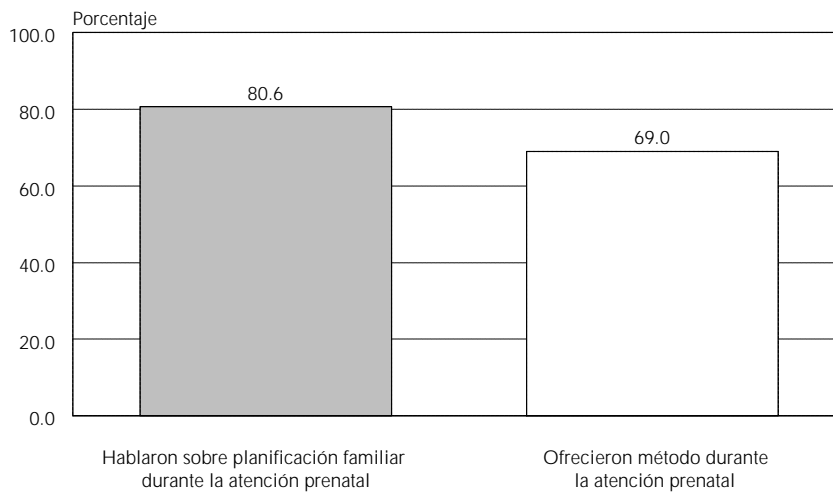
⁶ Se considera que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inicia el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

Gráfica 17.
Distrito Federal: 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.
Distrito Federal: porcentaje de mujeres atendidas
en el sector público que recibió información sobre planificación familiar
durante la atención prenatal (último o penúltimo nacimiento), 1994-1997



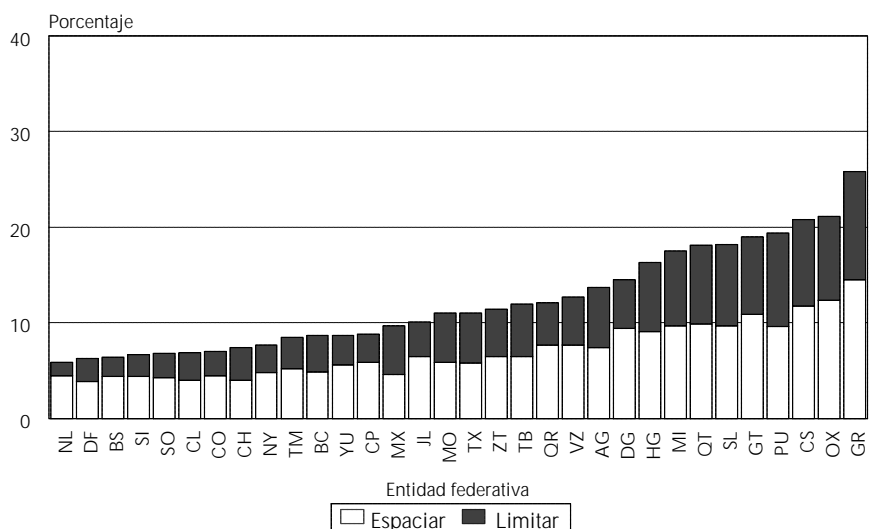
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

Un indicador aproximado de la demanda de métodos anticonceptivos puede construirse con base en el número de mujeres que hacen uso de estos medios, y que por lo tanto 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 expuestas 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 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en el Distrito Federal, para el año 1997, fue del orden de 6.2 por ciento, lo que ubicó a la entidad como la segunda mejor situada en este renglón, únicamente después de Nuevo León (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 por grupos de edad da cuenta de que en el Distrito Federal las mujeres jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 14.8 y 11.4 por ciento de las mujeres unidas de 20 a 24 y de 25 a 29 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de 30 años y más. Con respecto a la paridad, los mayores niveles de demanda insatisfecha se encontraban entre las mujeres con paridad cero (8.6%) y uno (13.5%), en tanto que menos de tres por ciento de las mujeres con cuatro hijos(as) o más se encontraba en esa situación (véase cuadro 7).

El rezago social condiciona fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. Respecto a la escolaridad, la brecha entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad fue amplia: 11.4 por ciento de las mujeres que no terminaron la primaria tenían insatisfecha su demanda, en tanto que sólo 4.2 y 6.4 por ciento de las que habían concluido la primaria y de las que tenían secundaria y más, respectivamente, presentaron la misma característica.

Cuadro 7.
Distrito Federal: distribución porcentual de 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 demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	78.1	29.1	49.0	6.2	3.9	2.4	6.8	7.7	1.2
Edad quinquenal									
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24	70.4	61.1	9.4	14.8	12.3	2.5	12.9	1.2	0.7
25-29	70.3	46.3	24.0	11.4	8.2	3.2	13.5	2.4	2.3
30-34	85.1	36.9	48.2	2.4	1.1	1.3	5.9	3.9	2.6
35-39	83.5	16.0	67.5	3.4	0.3	3.0	5.0	7.8	0.4
40-44	86.0	6.0	79.9	1.3	0.5	0.8	1.0	11.7	0.1
45-49	73.5	5.6	67.9	2.3	0.0	2.3	0.0	24.2	0.0
Paridad									
0	46.8	46.1	0.7	8.6	7.7	0.9	31.7	11.2	1.7
1	65.2	52.0	13.2	13.5	10.8	2.7	12.0	7.6	1.8
2	86.0	31.2	54.8	4.6	2.4	2.2	2.8	5.2	1.5
3	87.4	13.2	74.2	3.8	0.7	3.1	1.8	7.1	0.0
4 y más	84.2	7.1	77.1	2.3	0.0	2.3	1.1	11.3	1.1
Escolaridad									
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	73.8	13.4	60.5	11.4	4.1	7.3	2.9	9.5	2.4
Primaria completa	78.2	18.2	59.9	4.2	2.8	1.5	5.3	11.9	0.4
Secundaria y más	79.5	34.8	44.7	6.4	4.2	2.2	7.5	5.3	1.4

- Tamaño de muestra insuficiente.

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 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.

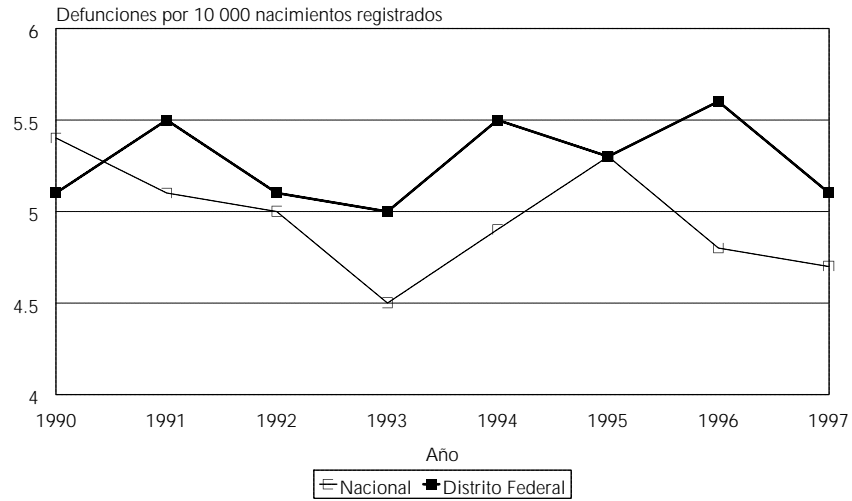
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En el Distrito Federal, la tasa de mortalidad materna presentó un comportamiento irregular con una ligera tendencia creciente (véase gráfica 20). El Distrito Federal se encuentra entre las diez entidades del país con los mayores niveles de mortalidad materna. Sin embargo, el nivel de la mortalidad materna del Distrito Federal en 1997 (5.1 muertes por diez mil nacimientos registrados) es 40.7 por ciento menor que la registrada en Tlaxcala, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más elevada del país (8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en el Distrito Federal 358 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 302 en el periodo 1995-1997.⁷ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 21). Alrededor de siete de cada diez mujeres (68.9%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo y al parto tenían entre 20 y 34 años de edad, 13.6 y 5.3 por ciento tenían de 35 a 39 y 40 años y más, respectivamente, y 11.9 por ciento correspondieron a menores de 20 años.

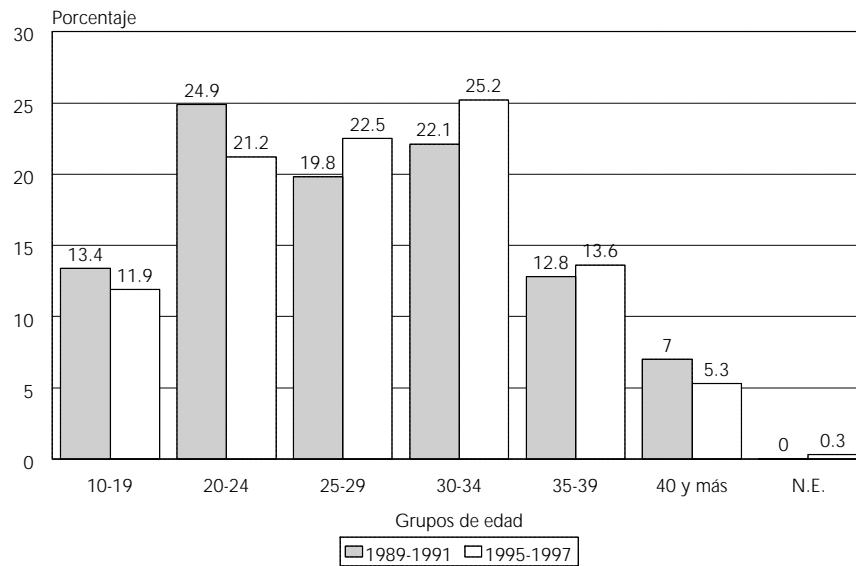
⁷ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Gráfica 20.
Distrito Federal: tasa de mortalidad materna, 1990 - 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

Gráfica 21.
Distrito Federal: distribución porcentual de muertes maternas por grupos de edad, 1989-1991 y 1995-1997



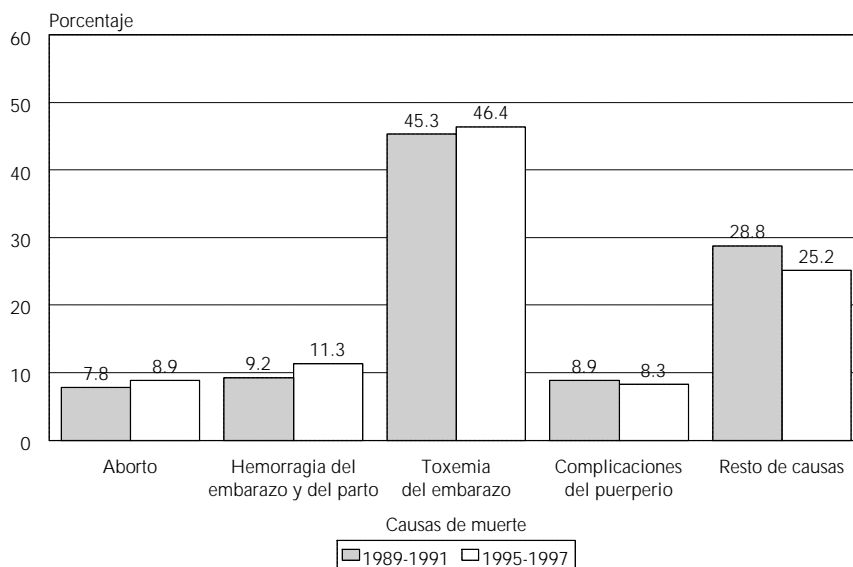
Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

Causas de mortalidad materna

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

En el Distrito Federal, la toxemia del embarazo fue la principal causa de mortalidad materna, y su peso relativo prácticamente no tuvo cambios en la década de los noventa, al pasar de 45.3 por ciento en el periodo 1989-1991 a 46.4 por ciento en el periodo 1995-1997 (véase gráfica 22). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia en ambos periodos, mismas que representaron 9.2 y 11.3 por ciento de las defunciones maternas. La tercera causa corresponde al aborto, cuya participación relativa en el periodo 1995-1997 fue de 8.9 por ciento. Las complicaciones del puerperio, la cuarta causa más importante, presentó una ligera disminución al pasar de 8.9 a 8.3 por ciento.

Gráfica 22.
Distrito Federal: 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.

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 el Distrito Federal, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto no se ha reducido en los últimos años. En 1992, el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que declaró haber experimentado un aborto fue de 19.0 por ciento, proporción que ascendió a 19.6 por ciento en 1997.

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(a). Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal⁸ 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, 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 el Distrito Federal, 97.9 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último y penúltimo hijo nacido vivo en el periodo 1994-1997, ubicándolo entre las entidades con la mayor cobertura de atención prenatal del país y el segundo con el porcentaje más alto de atención brindada por un médico (97.1%), sólo detrás de Nuevo León (véase cuadro 8).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía ligeramente dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento. Los porcentajes más bajos de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico se

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

registran entre las madres adolescentes y las mujeres con tres hijos(as) o más (94.4% y 95.3%, respectivamente). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad, de tal forma que mientras 99.6 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, sólo 87.6 por ciento de aquellas con primaria completa tuvieron esa oportunidad.

Cuadro 8.
Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por agente que revisó a la madre durante el embarazo, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	97.1	0.6	0.1	2.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19*	94.4	0.0	1.1	4.4
20-34	98.0	0.8	0.0	1.2
35-49	-	-	-	-
Orden de nacimiento				
1	98.4	0.0	0.0	1.6
2	98.1	0.9	0.4	0.6
3	95.3	0.8	0.0	3.9
4 o más	-	-	-	-
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-	-
Primaria completa*	87.6	4.1	0.0	8.3
Secundaria y más	99.6	0.2	0.0	0.2

* Menos de 100 casos en muestra.

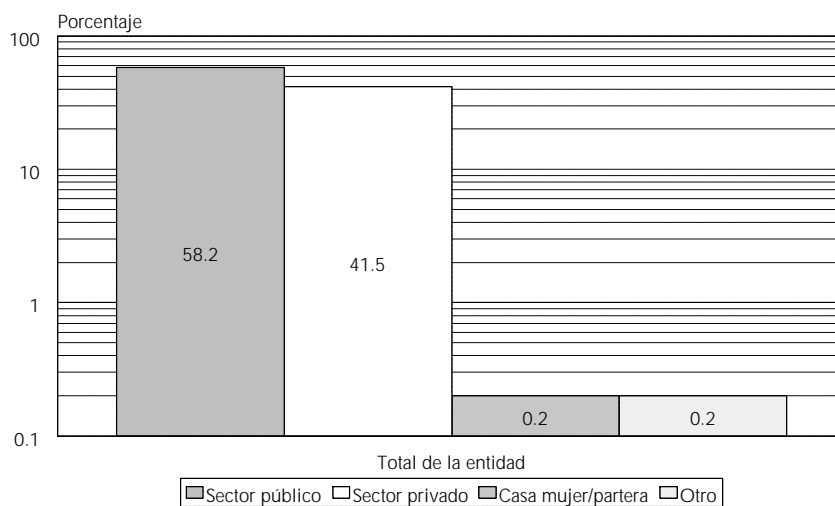
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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 23). El sector público atendió a 58.2 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió a 41.5 por ciento; y apenas 0.4 por ciento se atendió en casa o en otro sitio.

Gráfica 23.
Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar de atención del embarazo, 1994 - 1997



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

Inicio de la atención prenatal

El trimestre en el que inicia la atención prenatal es un indicador útil, ya que permite medir la oportunidad de la atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños 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 el Distrito Federal, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 81.5 por ciento; 14.8 por ciento inició en el segundo trimestre; y sólo 3.6 por ciento en el tercero (véase cuadro 9). Tanto la edad de la mujer como el nivel de escolaridad se asocian directamente con el inicio oportuno, ya que fue mayor entre las mujeres de 20 a 34 años y entre las que tenían secundaria y más, con respecto a las adolescentes y a las que contaban con la primaria completa.

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 el Distrito Federal, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 8.2 consultas. Sin embargo, cabe destacar que 17.6 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales (véase gráfica 24).

Cuadro 9.

Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por trimestre de inicio de la atención prenatal, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Trimestre de inicio de la atención prenatal		
	1er.	2o.	3er.
Total	81.5	14.8	3.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19*	75.2	21.8	3.0
20-34	81.9	14.3	3.8
35-49	-	-	-
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-
Primaria completa*	70.5	22.7	6.8
Secundaria y más	84.4	13.5	2.1

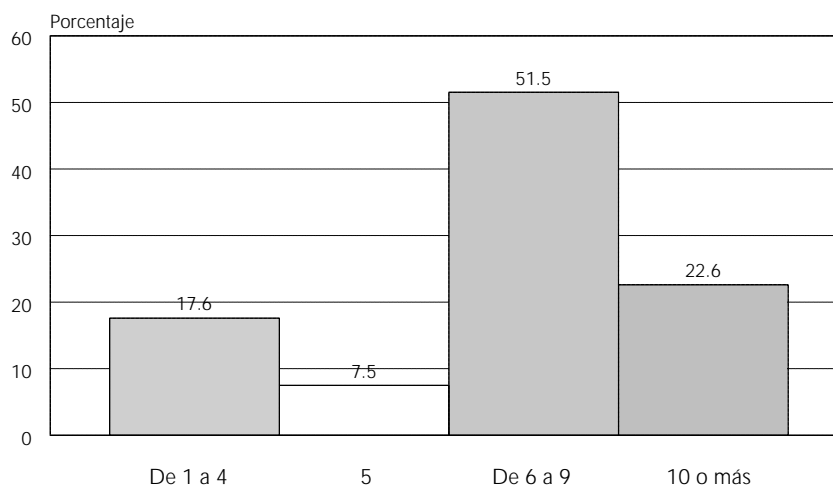
* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Gráfica 24.

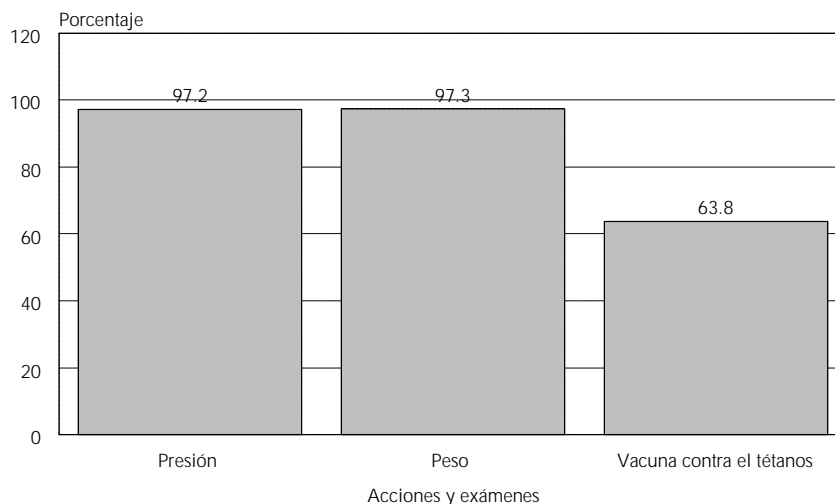
Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por número de consultas prenatales, 1994-1997



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

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 97.2 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 97.3 por ciento se le pesó; y a 63.8 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 25). Estos valores, con excepción de la vacuna contra el tétanos, ubican al Distrito Federal por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

Gráfica 25.
Distrito Federal: porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos a cuyas madres les fueron practicados acciones y exámenes de salud durante las revisiones prenatales, 1994 - 1997



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. De todas las entidades del país, el Distrito Federal ocupó el cuarto lugar en cuanto al porcentaje de partos atendidos por un médico (96.4%), después de Nuevo León, Baja California Sur y Baja California, lo que denota lo avanzados que se encuentran estas entidades en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 10).

Dado el elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, no se observan diferencias importantes en el tipo de agente que atendió el parto al analizar tanto la edad de la madre como el orden de nacimiento. En el caso de la escolaridad, la diferencia entre las mujeres con primaria completa y con secundaria y más, cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 8.5 puntos porcentuales (89.1% y 97.6%, respectivamente).

Cuadro 10.
Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	96.4	1.0	1.1	1.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19*	98.9	0.0	1.1	0.0
20-34	95.6	1.2	1.2	2.0
35-49	-	-	-	-
Orden de nacimiento				
1	98.4	0.2	1.4	0.0
2	95.2	1.4	0.9	2.5
3	97.0	2.1	0.0	0.9
4 o más	-	-	-	-
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-	-
Primaria completa*	89.1	6.2	1.4	3.3
Secundaria y más	97.6	0.3	0.8	1.3

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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, 97.7 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: 37.4 por ciento acudió al IMSS, una de cada tres se atendió en una institución privada y una de cada diez lo hizo en la SSA (véase cuadro 11).

El nivel de escolaridad marcó pautas ligeramente distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con secundaria y más acudieron en mayor proporción tanto al IMSS como al sector privado, mientras que las mujeres con menores niveles de escolaridad utilizaron en menor medida los servicios privados.

Cuadro 11.
Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos
nacidos vivos por lugar donde fue atendido el parto, según escolaridad, 1994 - 1997

	Lugar de atención del parto						
	IMSS	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
Total	37.4	7.5	10.7	9.1	33.0	2.0	0.3
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-	-	-	-	-
Primaria completa*	46.2	6.1	14.9	6.0	22.0	3.4	1.5
Secundaria y más	38.5	7.9	8.1	7.8	36.0	1.4	0.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En el Distrito Federal, durante el periodo 1994-1997, poco más de cuatro de cada diez alumbramientos (42.3%) se resolvieron mediante la operación cesárea, valor muy por encima del registrado en el conjunto nacional (26.5%), lo que lo ubica como la segunda entidad con el mayor porcentaje de cesáreas del país (véase cuadro 12).

Seis de cada diez partos atendidos en el sector privado (59.8%) se resolvieron mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 37 por ciento; en la SSA a 31.4 por ciento; y en otras instituciones públicas (como el Departamento del Distrito Federal, el ISSSTE y la Secretaría de Defensa Nacional, entre otras) fue de 33 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

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. A escala nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperadas, pues acudió sólo 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron sus hijos e hijas entre 1994 y 1997.

En el Distrito Federal, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (81.4%), fue mucho mayor que el promedio nacional cifra que lo ubicó en la primera posición nacional. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las primíparas y las de menor escolaridad (véase gráfica 26).

Cuadro 12.
Distrito Federal: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

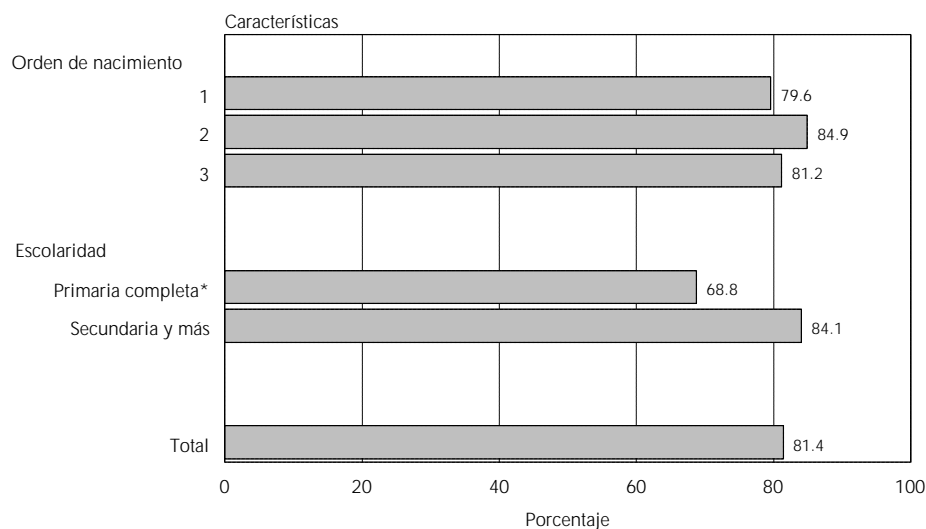
	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	57.7	42.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19*	57.3	42.7
20-34	59.3	40.7
35-49	-	-
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	63.0	37.0
SSA	68.6	31.4
Otras públicas	67.0	33.0
Sector privado	40.2	59.8

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Gráfica 26.
Distrito Federal: porcentaje de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos cuyas madres fueron atendidas durante el puerperio, según características seleccionadas, 1994 - 1997



* Menos de 100 casos en muestra.

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 destetados, 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).

En el Distrito Federal la lactancia está ampliamente difundida; sin embargo, ésta no se practica por periodos prolongados: 86.8 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió leche materna, con una duración mediana de 6.4 meses (véanse cuadros 13 y 14). Estos resultados indican una incidencia diez por ciento más baja y una duración mediana de casi un tercio de la de Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La incidencia de la lactancia es muy similar entre grupos socioeconómicos y demográficos de la entidad. Los porcentajes más bajo de niños(as) amamantados se registran entre los de mujeres adolescentes (81.6%) y entre aquéllos cuyas madres sólo completaron la primaria (78.1%). Cabe hacer notar que no se observaron diferencias en el porcentaje que recibió leche materna según el lugar de atención del parto.

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 13.
Distrito Federal: porcentaje de los últimos
y penúltimos hijos sobrevivientes que fueron amamantados,
según características seleccionadas, 1994 - 1997

Total		86.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19*	81.6
	20-34	86.9
	35-49	-
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	-
	Primaria completa*	78.1
	Secundaria y más	89.3
Lugar de atención del parto		
	Sector público	87.4
	Sector privado	86.4
	Casa	-

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cuadro 14.
Distrito Federal: duración de la lactancia
de los últimos y penúltimos hijos sobrevivientes
que recibieron leche materna, 1994-1997

Duración de la lactancia*	Total
Primer cuartil	3.3
Mediana	6.4
Tercer cuartil	11.2

*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: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. El Distrito Federal ocupó el primer lugar en el país en cuanto a ablactación temprana: ocho de cada diez fueron ablactados antes de los cuatro meses; 15.3 por ciento recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado; y sólo seis de cada mil no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos ajenos a la leche materna (véase cuadro 15). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 2.5 meses, es decir, 0.6 meses menos que la duración registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

Cuadro 15.
Distrito Federal: 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
Total	39.9	40.5	15.3	0.6	3.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19*	38.2	37.7	13.4	3.0	7.7
20-34	39.3	42.0	15.5	0.3	2.9
35-49	-	-	-	-	-
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	-	-	-	-	-
Primaria completa	43.5	40.4	10.6	1.9	3.7
Secundaria y más	40.0	41.1	14.8	0.2	3.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

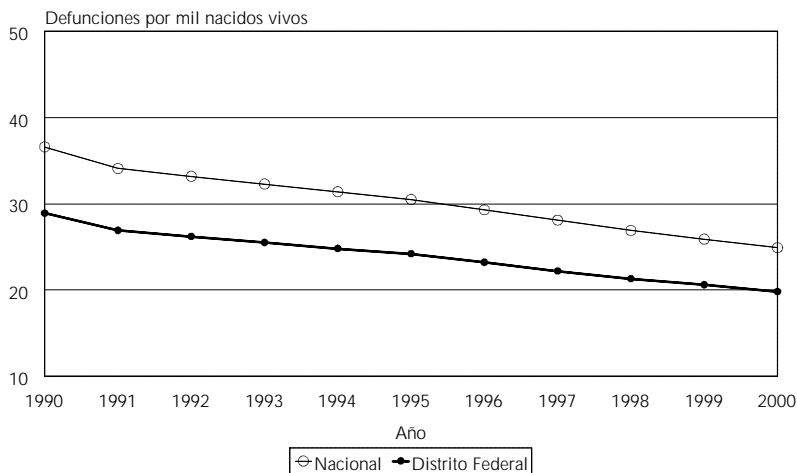
7 Mortalidad infantil

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 Distrito Federal, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 28.9 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 19.8 por mil en la actualidad (véase gráfica 27). Esta reducción equivale a evitar más de un tercio de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, la tasa de mortalidad infantil del Distrito Federal es la más baja del país (véase gráfica 28).

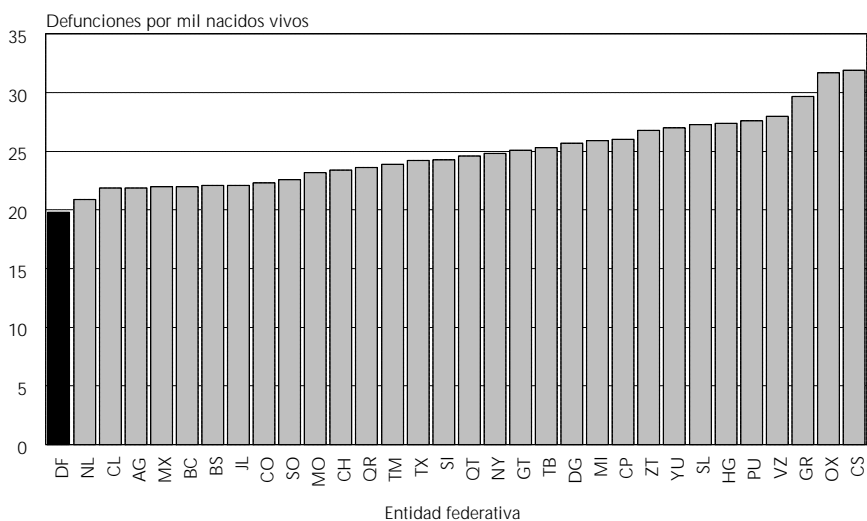
Gráfica 27.
Distrito Federal: tasa de mortalidad infantil, 1990 - 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

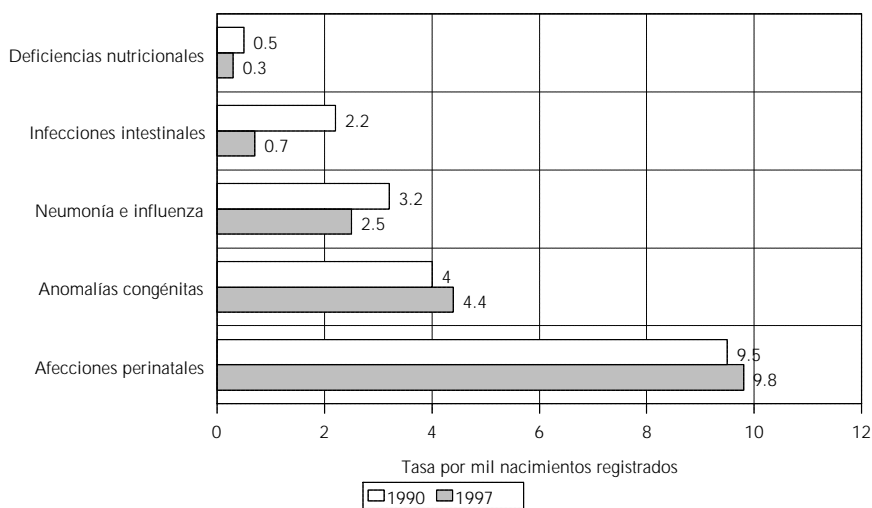
En el Distrito Federal, al igual que en el nivel nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, sin que se observen cambios en su nivel respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas tuvo un ligero aumento en los años de referencia, manteniéndose como la segunda causa de muerte infantil en la entidad (véase gráfica 29).

Gráfica 28.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 29.
Distrito Federal: 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 cinco casos por 100 mil.

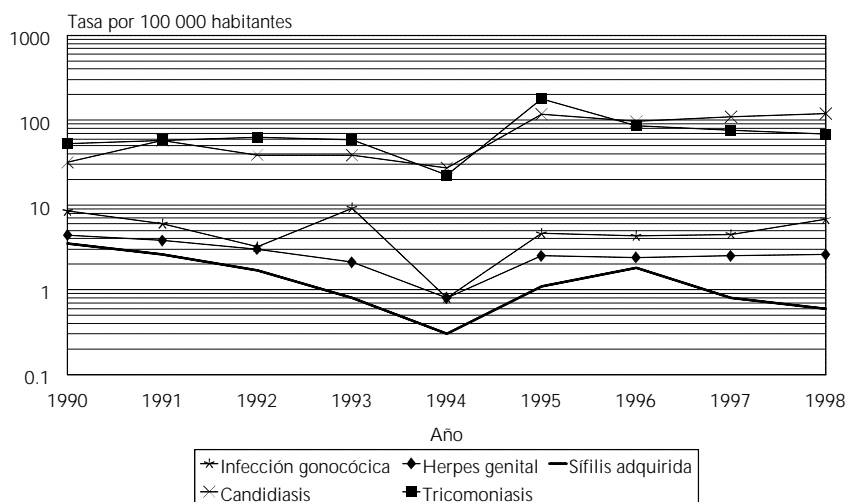
Las ETS de la nueva generación son susceptibles de ser tratadas adecuadamente pero no son curables; de ahí la necesidad de reorientar los programas de ETS hacia la prevención y la importancia de evitar las prácticas sexuales riesgosas.

En el Distrito Federal las principales ETS registraron un aumento importante en su grado de incidencia de 1990 a 1995, y en los años subsecuentes muestran un comportamiento más estable, de tal manera que los niveles alcanzados en 1998 son sensiblemente menores a los registrados para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 118.8 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 68.1 casos por 100 mil (véase gráfica 30). Esto significa que el Distrito Federal fue la entidad con el nivel más bajo de incidencia en la candidiasis urogenital, en tanto que la tasa reportada para la tricomoniasis urogenital lo ubicó en el tercer nivel más bajo de incidencia de todas las entidades del país.

Al igual que lo observado en todo el país, la incidencia de las ETS clásicas en el Distrito Federal es descendente; sin embargo, cabe mencionar un repunte importante de la gonorrea a partir de 1995. Así, mientras que entre 1990 y 1994, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 8.5 a 0.8 casos por 100 mil habitantes, en 1998 se registró una tasa de 6.8 casos por 100 mil. En el caso de la sífilis adquirida, ésta pasó de 3.5 a 0.6 casos por 100 mil entre 1990 y 1998.

Cabe destacar que la incidencia de estas enfermedades en 1998 eran de entre 56 y 66 por ciento menores en el Distrito Federal que las registradas para el ámbito nacional.

Gráfica 30.
Distrito Federal: 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

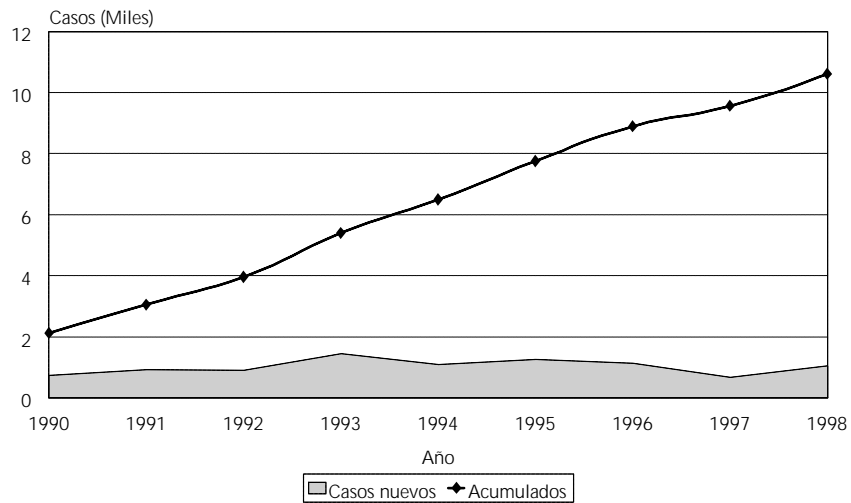
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre 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, desde los primeros casos notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

Tan sólo en el Distrito Federal se concentra alrededor de 40 por ciento de los casos notificados en el país. El incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1991 y a partir de 1992 el crecimiento ha presentado un comportamiento irregular; en 1997 presenta un descenso importante, para volver a incrementarse a partir de 1998. Hasta el 31 de diciembre de 1998

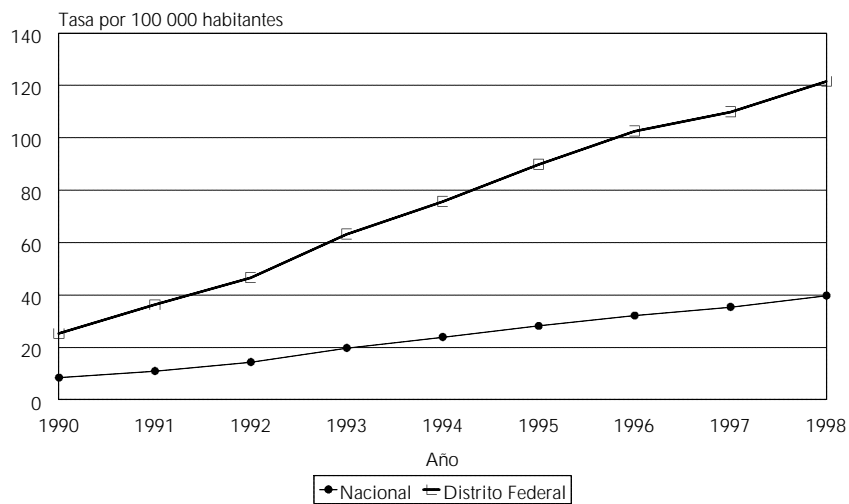
se habían registrado 10 616 casos en la entidad, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 25.3 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 121.6 en 1998 (véanse gráficas 31 y 32). Este aumento ubicó al Distrito Federal como la entidad con la mayor tasa de incidencia acumulada del país en 1998.

Gráfica 31.
Distrito Federal: 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 32.
Distrito Federal: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990 - 1998



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

La proporción de casos cuyo factor de riesgo 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 el Distrito Federal fue 10.3 por ciento mayor de lo acumulado para el país (32% y 28.7%, respectivamente).

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, para toda la República, una razón de 25 hombres por cada mujer infectada; y al 31 de diciembre de 1998 la razón se redujo a 6.5.

En el Distrito Federal, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (89.5%); 9.0 por ciento fue contagiado por vía sanguínea; y sólo uno de cada cien fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 16). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto homosexual concentró 46.1 por ciento, siguiendo en orden de importancia el heterosexual (22.2%) y con un porcentaje similar el bisexual (21.2%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de nueve, es decir, había nueve hombres infectados por cada mujer, lo cual resulta congruente con el predominio del contagio homosexual en esta entidad.

Cuadro 16.
Distrito Federal: casos acumulados de SIDA,
según categoría de transmisión, al 31 de diciembre de 1998

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	10 616	100.0
Vía sexual	6 468	89.5
Homosexual	3 332	46.1
Bisexual	1 529	21.2
Heterosexual	1 607	22.2
Vía sanguínea	647	9.0
Transfusión	467	6.5
Hemofílico	67	0.9
Usuario de drogas intravenosas	27	0.4
Donador remunerado	84	1.2
Exposición ocupacional	2	0.0
Homosexual/drogas	14	0.2
Perinatal	95	1.3
Subtotal	7 224	100.0
No documentado	3 392	32.0

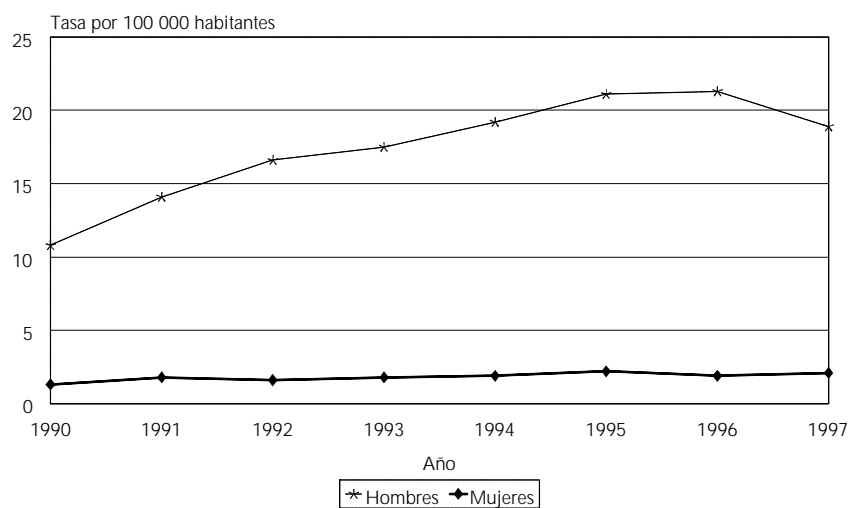
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 6 814 muertes en el Distrito Federal,⁹ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de seis defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 10.2 defunciones en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el décimo segundo lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general de la entidad.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente, al pasar de 10.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 18.9 en 1997 (véase gráfica 33). La tasa de mortalidad femenina, por su parte, también aumentó pero su nivel es considerablemente menor, en 1990 se registraron 1.3 defunciones por cada 100 mil mujeres y para 1997, 2.1 defunciones por 100 mil.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 6 136 hombres y 678 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 56.5 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, mientras que entre las mujeres de ese rango de edad, este porcentaje ascendió a 45.4 por ciento (véase cuadro 17).

Gráfica 33.
Distrito Federal: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997



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

⁹ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 17.
Distrito Federal: distribución porcentual
de las defunciones por SIDA por grupos de edad, según sexo, 1989-1997

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.3	0.1	1.6
1-4	0.6	0.4	2.4
5-14	0.5	0.3	2.5
15 - 19	0.9	0.8	1.5
20 - 24	6.7	6.5	8.4
25 - 29	17.1	17.4	14.6
30 - 34	21.2	21.5	18.0
35 - 39	17.2	17.6	12.8
40 - 44	12.7	12.9	10.8
45 - 49	9.2	9.1	10.2
50 - 64	11.7	11.5	13.7
65 y más	1.9	1.8	3.1
N.E.	0.1	0.1	0.4

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

Cáncer cérvico uterino

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

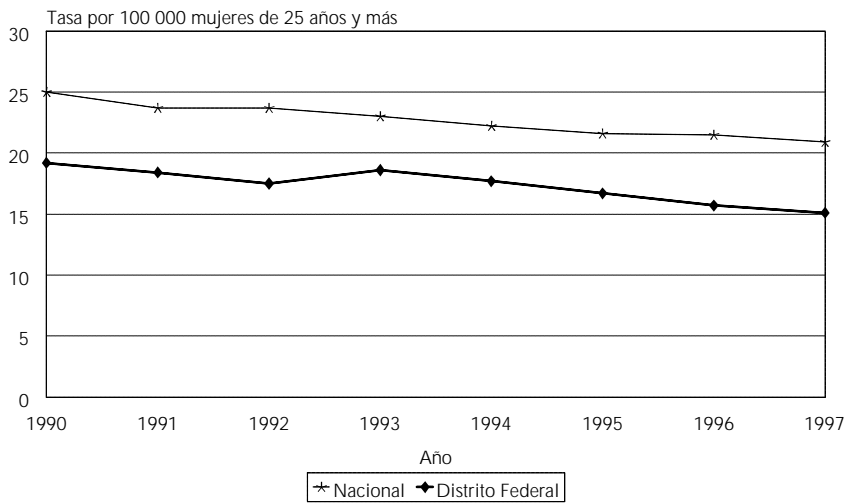
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento 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 el Distrito Federal, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento regular de 1990 a 1997, con una tendencia descendente y con niveles menores a los registrados en el país en su conjunto (véase gráfica 34). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en el Distrito Federal fue de 15.1 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que lo ubicó en el segundo nivel más bajo de mortalidad por este cáncer en el país.

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.

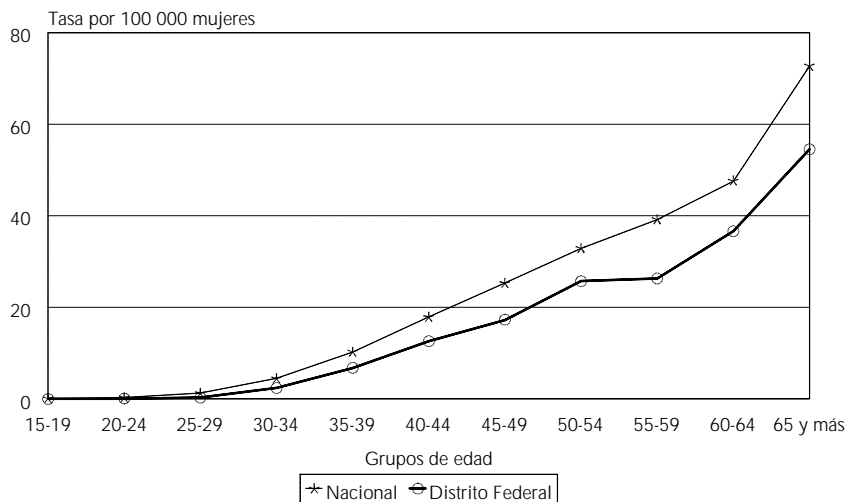
En el Distrito Federal, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino para todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, son menores que las observadas a nivel nacional, destacando que a partir de los 50 años de edad, se registraron tasas hasta 33 por ciento menores que las del país en su conjunto (véase gráfica 35).

Gráfica 34.
Distrito Federal: tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 1997



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

Gráfica 35.
Distrito Federal: 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.

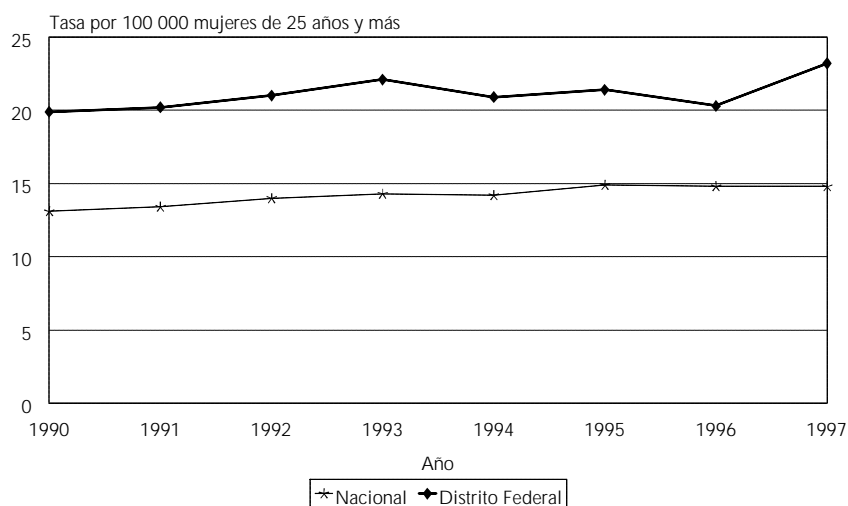
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En el Distrito Federal, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una tendencia creciente entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad fue de 23.2 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, o sea, un nivel 56.8 por ciento mayor que el promedio nacional ubicándolo como la entidad con la más alta mortalidad por este cáncer (véase gráfica 36).

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

En el Distrito Federal, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad mayor que el conjunto del país, destacando las mujeres de 50 años y más, cuyas tasas se encontraban muy por arriba del promedio nacional (véase gráfica 37).

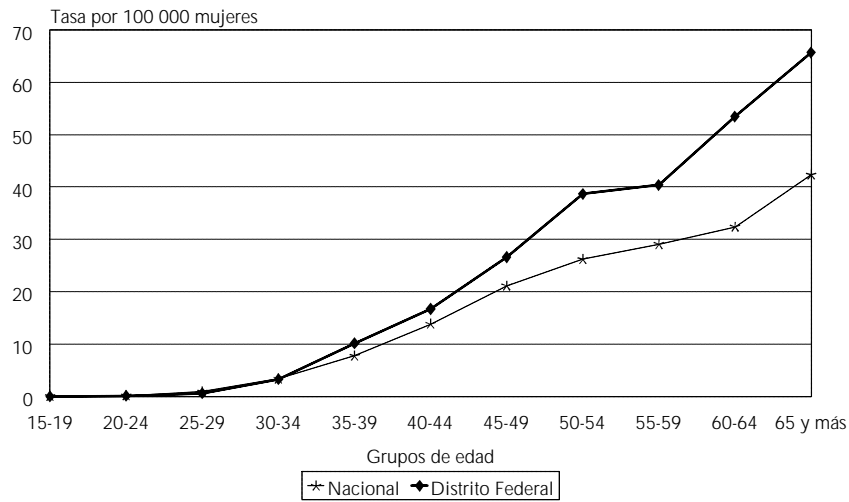
Gráfica 36.
Distrito Federal: tasa de mortalidad por cáncer de la mama, 1990 - 1997



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

Gráfica 37.

Distrito Federal: 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, el Distrito Federal se encuentra en una mejor situación que la observada para el país en su conjunto, en concordancia con el desarrollo económico y social que ha alcanzado esta entidad.

La población del Distrito Federal se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, y su nivel de fecundidad es menor al de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). La edad mediana a la primera unión es la más alta del país (23.8 años entre las mujeres de la generación 1968-1972) y se aprecia un retraso gradual en la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo(a). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (78.8%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹⁰ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de la segunda más baja del país, y las brechas entre grupos sociales ha tendido a reducirse.

No obstante estos importantes logros en el ámbito de la reproducción, el Distrito Federal presenta algunos resultados que llaman la atención por ser indicativos de conductas desfavorables para la salud reproductiva. Cabe mencionar los siguientes:

- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras está aumentando muy rápidamente en el Distrito Federal: poco menos de una de cada cuatro mujeres (23.7%) de la generación más joven se encuentra en esa situación antes de los 25 años de edad, y cerca de la mitad de las mujeres de la generación 1968-1972 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera.
- ✦ Las mujeres jóvenes, así como aquellas que se encuentran en las etapas iniciales de su vida reproductiva, presentan un claro retroceso en la utilización de métodos anticonceptivos entre 1992 y 1997. Las mujeres de 25 a 29 años de edad y las mujeres con un hijo(a), redujeron el uso de métodos anticonceptivos casi siete y cuatro puntos porcentuales entre un año y otro, respectivamente.
- ✦ Las mujeres menores de 30 años, con paridad cero o uno, y las mujeres con bajos niveles de escolaridad, son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.

¹⁰ Al respecto, véase FNUAP, Estado de la Población Mundial 2000, Nueva York, 2000.

- ✦ Las instituciones de salud del sector público en la entidad constituyen las principales fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (61.2%); sin embargo, el nivel de participación de este sector es de los más bajos del país (72.2% a nivel nacional). En contraparte, el sector privado, aunque presenta una tendencia a disminuir su participación, continúa atendiendo a poco menos de cuatro de cada diez usuarias.
- ✦ El sector público atiende la demanda de métodos de mayor continuidad, que dependen del personal de salud para su utilización, como el dispositivo intrauterino y la operación femenina, los cuales son preferidos por las mujeres multíparas, y particularmente por aquellas con paridad satisfecha (siete de cada diez usuarias de estos métodos los obtuvieron en las instituciones del sector público). En contraste, las mujeres que usan métodos temporales, como los hormonales orales e inyectables y los métodos locales, acuden en su mayoría al sector privado (más de ocho de cada diez).

En la dimensión de la salud materno-infantil, el Distrito Federal ha alcanzado niveles muy elevados de cobertura médica en la atención prenatal y del parto (97.1% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 96.4% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997). Asimismo, la tasa de mortalidad infantil es la más baja de la República.

A pesar de los logros alcanzados en la salud materno-infantil, especial cuidado deberá brindarse a los siguientes resultados:

- ✦ La tasa de mortalidad materna en la entidad se encuentra en el noveno nivel más alto del país.
- ✦ El porcentaje de partos que se resuelven por cesárea es muy elevado (42.3%), lo que sitúa al Distrito Federal como la segunda entidad en este renglón.
- ✦ Tanto la incidencia de la lactancia como su duración presentan en el Distrito Federal valores muy por debajo de lo recomendable. Asimismo, la ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, el Distrito Federal registra la tercera menor tasa de incidencia de tricomoniasis urogenital y la más baja de candidiasis urogenital del país. Sin embargo, respecto al VIH/SIDA, el Distrito Federal ocupa el primer lugar con la tasa más alta de incidencia acumulada de SIDA, y concentra 40 por ciento de los casos acumulados en el país.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa anual de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registró entre 1990 y 1997, fue en el Distrito Federal menor al nivel nacional y en el último año ocupó el segundo nivel más bajo del país. Mientras tanto, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en la entidad fue mayor que la registrada en el país, entre 1990 y 1997 y en el último año alcanzó el nivel más alto de la República.

Anexo estadístico

Datos gráfica 1.
Distrito Federal: tasa
global de fecundidad, 1990-2000

Año	Nacional	Distrito Federal
1990	3.35	2.15
1991	3.25	2.11
1992	3.14	2.07
1993	3.04	2.03
1994	2.93	1.99
1995	2.82	1.95
1996	2.73	1.92
1997	2.65	1.89
1998	2.55	1.86
1999	2.48	1.83
2000	2.40	1.80

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Distrito Federal: 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	4.8	0.9
15	11.4	2.7
16	16.6	6.1
17	21.8	13.4
18	31.8	19.5
19	40.6	25.3
20	47.9	33.6
21	54.8	39.6
22	58.7	44.4
23	63.5	51.5
24	68.4	55.0
25	71.0	57.3

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

Datos gráfica 3.
Distrito Federal: 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	11.4	29.2	27.9	31.6
1958-1962	6.1	23.1	33.9	37.0
1963-1967	8.2	24.7	25.2	42.0
1968-1972	2.7	22.5	29.7	45.0

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

Datos gráfica 5.

Distrito Federal: 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
Primaria completa	15.5	37.2	21.6	25.7
Secundaria y más	3.3	20.8	28.7	47.2
Total	5.3	23.5	27.6	43.6

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

Datos gráfica 7.

Distrito Federal: 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	2.3	0.8	1.2	0.6
16	5.1	2.4	3.6	1.3
17	9.3	5.4	7.1	3.3
18	13.7	9.4	11.9	7.6
19	19.8	15.8	19.4	13.6
20	30.0	23.4	27.6	19.4
21	40.2	30.7	34.4	27.6
22	46.7	36.3	37.1	34.9
23	52.3	43.3	42.3	41.1
24	57.7	52.6	47.7	46.9
25	62.6	59.8	51.8	51.6

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

Datos gráfica 8.

Distrito Federal: 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	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	2.7	13.1	24.5	24.9	30.3	4.5
1958-1962	6.4	17.1	20.4	19.4	30.8	6.0
1963-1967	7.7	20.7	19.2	16.0	31.5	4.8
1968-1972	6.8	28.1	21.1	14.5	23.2	6.2

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.6	0.5	0.3	0.4
16	1.0	1.2	1.1	0.7
17	1.6	2.6	1.9	1.4
18	2.3	4.3	3.3	3.8
19	3.9	5.9	7.7	7.6
20	6.3	8.4	10.8	9.4
21	9.3	10.8	13.8	13.9
22	10.9	12.4	14.5	16.4
23	11.9	15.4	15.9	19.2
24	13.2	18.7	17.7	21.7
25	13.5	21.1	19.3	23.7

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

Datos gráfica 20.
Distrito Federal: tasa
de mortalidad materna, 1990 - 1997

Año	Nacional	Distrito Federal
1990	5.4	5.1
1991	5.1	5.5
1992	5.0	5.1
1993	4.5	5.0
1994	4.8	5.5
1995	5.3	5.3
1996	4.8	5.6
1997	4.7	5.1

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

Datos gráfica 27.
Distrito Federal: tasa
de mortalidad infantil, 1990 - 2000

Año	Nacional	Distrito Federal
1990	36.6	28.9
1991	34.1	26.9
1992	33.2	26.2
1993	32.3	25.5
1994	31.4	24.8
1995	30.5	24.2
1996	29.3	23.2
1997	28.1	22.2
1998	26.9	21.3
1999	25.9	20.6
2000	24.9	19.8

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

Datos gráfica 30.
Distrito Federal: tasa de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990 - 1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	8.5	4.4	3.5	31.6	52.4
1991	6.0	3.8	2.6	57.3	58.0
1992	3.2	3.0	1.7	38.9	62.4
1993	9.2	2.1	0.8	38.7	58.4
1994	0.8	0.8	0.3	27.2	22.6
1995	4.6	2.5	1.1	117.4	178.7
1996	4.3	2.4	1.8	96.2	85.6
1997	4.5	2.5	0.8	109.6	75.3
1998	6.8	2.6	0.6	118.8	68.1

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

Datos gráfica 31.

Distrito Federal: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990 - 1998

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	736	2 125
1991	931	3 056
1992	906	3 962
1993	1 441	5 403
1994	1 098	6 501
1995	1 258	7 759
1996	1 135	8 894
1997	669	9 563
1998	1 053	10 616

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

Datos gráfica 32.

Distrito Federal: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990 - 1998

Año	Nacional	Distrito Federal
1990	8.4	25.3
1991	10.9	36.2
1992	14.3	46.6
1993	19.7	63.2
1994	23.9	75.7
1995	28.1	89.9
1996	32.1	102.6
1997	35.4	109.9
1998	39.7	121.6

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 33.

Distrito Federal: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	10.8	1.3
1991	14.1	1.8
1992	16.6	1.6
1993	17.5	1.8
1994	19.2	1.9
1995	21.1	2.2
1996	21.3	1.9
1997	18.9	2.1

Tasa por 100 000 habitantes.

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

Datos gráfica 34.

Distrito Federal: tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 1997

Año	Nacional	Distrito Federal
1990	25.0	19.2
1991	23.7	18.4
1992	23.7	17.5
1993	23.0	18.6
1994	22.2	17.7
1995	21.6	16.7
1996	21.5	15.7
1997	20.9	15.1

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 35.
Distrito Federal: tasa
de mortalidad por cáncer cérvico-uterino
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Distrito Federal
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.1
25-29	1.3	0.3
30-34	4.5	2.4
35-39	10.3	6.8
40-44	17.9	12.6
45-49	25.3	17.3
50-54	32.9	25.7
55-59	39.2	26.3
60-64	47.6	36.6
65 y más	72.7	54.5

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

Datos gráfica 36.
Distrito Federal: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama, 1990 - 1997

Año	Nacional	Distrito Federal
1990	13.1	19.9
1991	13.4	20.2
1992	14.0	21.0
1993	14.3	22.1
1994	14.2	20.9
1995	14.9	21.4
1996	14.8	20.3
1997	14.8	23.2

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 37.
Distrito Federal: tasa
de mortalidad por cáncer de la mama
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Distrito Federal
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.1
25-29	0.9	0.6
30-34	3.4	3.3
35-39	7.8	10.1
40-44	13.8	16.7
45-49	21.1	26.6
50-54	26.2	38.7
55-59	29.1	40.4
60-64	32.4	53.5
65 y más	42.4	65.7

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
Distrito Federal

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.