

Cuadernos de salud reproductiva

Estado de México



Consejo Nacional de Población

**Créditos de la elaboración de
Cuadernos de Salud Reproductiva
*Estado de México***

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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
Estado de México

Primera edición: septiembre de 2000
ISBN: 970-628-509-1

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

Consejo Nacional de Población

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

EMB. ROSARIO GREEN
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

DR. CARLOS M. JARQUE URIBE
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO 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 Á NGEL 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. RAÚ L R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA
Directora General de Estudios de Población

LIC. ALICIA CARVAJAL SANTILLÁN
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales
de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	18
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	22
Número ideal de hijos e hijas	22
Deseo de más hijos o hijas	24
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	32
Anticoncepción posparto	35
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	37
4 Salud materna	40
Nivel de la mortalidad materna	40
Causas de mortalidad materna	42
Aborto	43
5 Atención a la mujer embarazada	44
Atención prenatal	44
Cobertura institucional de la atención prenatal	46

Inicio de la atención prenatal	46
Intensidad y calidad de la atención prenatal	47
Atención del parto	49
Lugar de atención del parto	50
Tipo de parto	51
Atención durante el puerperio	52
6 Lactancia materna	53
Edad de la ablactación	53
7 Mortalidad infantil	56
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	59
VIH/SIDA	60
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	64
Cáncer cérvico uterino	64
Cáncer de la mama	66
Conclusiones	68
Anexo estadístico	70
Nomenclatura de las entidades federativas	76

Presentación

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

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

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

El presente documento corresponde al estado de México 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(as) 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 estado de México, 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 lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), a su nivel de escolaridad y a su condición de habla de lengua indígena. Estas variables aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

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

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

Cabe destacar que el país ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en el estado de México. En 1995, casi 85 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 4 786 localidades censadas en el estado, 68.9 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía cuatro por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

Como ha sido señalado en múltiples investigaciones, la escolaridad es un factor clave del desarrollo de las personas y guarda estrecha relación con el cuidado de la salud y con la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; y fomenta el afán de logro y superación personal, así como una alta valoración parental de los hijos(as). 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 estado de México. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a ocho años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. El estado de México se encuentra entre las siete entidades del país con los más altos niveles de escolaridad, sólo superada por el Distrito Federal (9.8 años de escolaridad promedio), Nuevo León (9 años), Baja California (8.3), y Baja California Sur, Sonora y Coahuila (8.1 en cada caso). En 1997, 7.7 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 15.7 por ciento no había concluido la primaria, 18.4 por ciento terminó la instrucción primaria, 26.1 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 32.1 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. No obstante los indicadores anteriores, se aprecia una diferencia entre los niveles de escolaridad alcanzados entre hombres y mujeres: el número promedio de años de escolaridad fue de 8.4 para los hombres y de 7.6 para las mujeres. Las diferencias son más pronunciadas al considerar la proporción de población sin instrucción: 4.9 por ciento para los hombres y 10.4 por ciento para las mujeres.³

En el estado de México la presencia indígena es cuantiosa en volumen, y su diversidad se refuerza por la población indígena inmigrante que procede del sur del país. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron 51 lenguas indígenas en el estado, siete de las cuales eran habladas por más de cien personas, once por más de quinientas, y cinco por más de diez mil personas: Zapoteco (13 842), Mixteco (21 216), Nahuatl (39 823), Otomí (100 773) y Mazahua (105 784). De acuerdo con el Censo de 1995, en el estado de México tres de cada cien habitantes (hombres o mujeres) de cinco años y más habla alguna lengua indígena.

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

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

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por el estado de México tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de las ocho del país cuyo índice de marginación es bajo. De los 122 municipios que conforman la entidad, 59 se clasifican como de marginación baja o muy baja, y en ellos residen ceca de ocho de cada diez personas (78.8%). De marginación media se clasifican 51 municipios, donde residen poco más de uno de cada seis habitantes (17.4%); mientras que en los doce restantes, de marginación alta o muy alta, reside 3.8 por ciento de la población.⁴

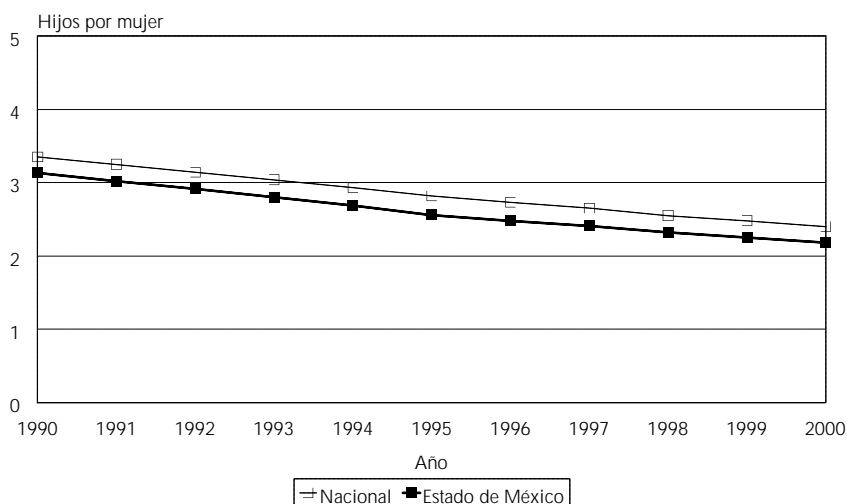
⁴ CONAPO/Progres. *Índices de marginación*, 1995.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

La fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico registrado en El país durante las últimas décadas. La tasa global de fecundidad⁵ (TGF) descendió de casi siete hijos por mujer a principios de los años setenta a 3.4 en 1990, y en la última década del siglo xx continuó disminuyendo a un ritmo más lento: ascendió a 3.1 hijos por mujer en 1992, alcanzó un nivel de 2.7 hijos en promedio en 1997 y en la actualidad (año 2000) se estima que se sitúa en alrededor de 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En el estado de México las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de la descendencia, aunque ésta disminución no fue tan pronunciada como la que presentaron las entidades de alta fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 3.13 hijos por mujer en 1990 a 2.91 en 1992; descendió a 2.41 en 1997, y en la actualidad se estima en 2.18 hijos por mujer. Este nivel de la fecundidad es el séptimo más bajo del país y ubica al estado de México entre las dieciséis entidades que se encuentran en la actualidad por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

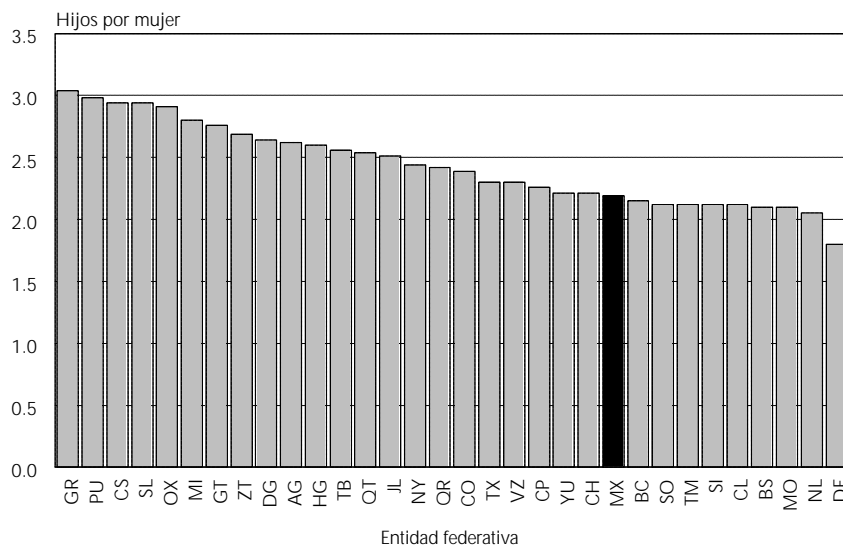
Gráfica 1.
Estado de México: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

⁵ 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).

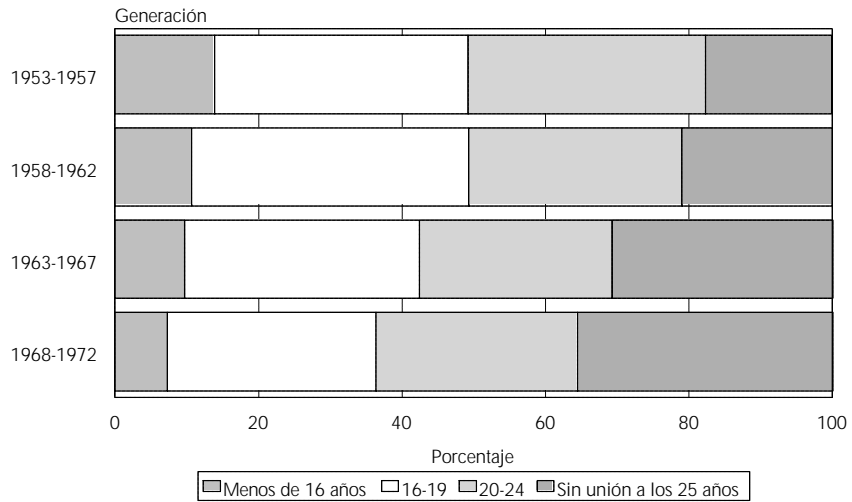
Análisis recientes de los patrones de nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión, el cual puede ilustrarse a través del comportamiento de mujeres de diversas generaciones. En el país el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor de un año: la edad mediana a la primera unión de las mujeres nacidas entre 1953-1962 fue de 20.2 años; para la cohorte nacida entre 1963-1967 fue de 20.8; y para la generación 1968-1972 fue de 21.3 años.

En el caso del estado de México, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de poco menos de dos años en la edad mediana al matrimonio (de 20.1 a 21.7 años). Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 49.3 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 36.4 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad disminuye de 13.9 a 7.3 por ciento, entre las generaciones referidas (véanse gráficas 3 y 4).

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: seis de cada diez mujeres (60.2%) de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor ascendió a poco más de una de cada tres (36.6%) (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón

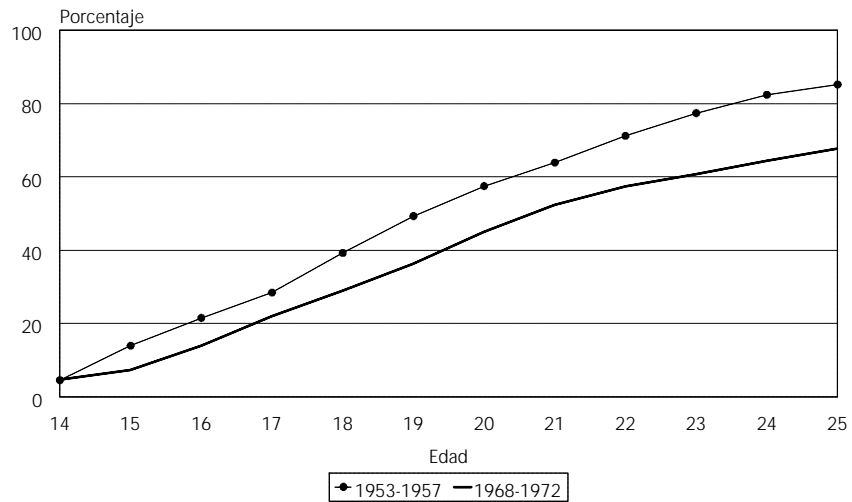
de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: poco más de una de cada cuatro mujeres con secundaria y más (27.1%) se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a casi tres de cada cuatro (72.9%).

Gráfica 3.
Estado de México: distribución porcentual de las mujeres según edad a la primera unión o matrimonio, por generación, 1997



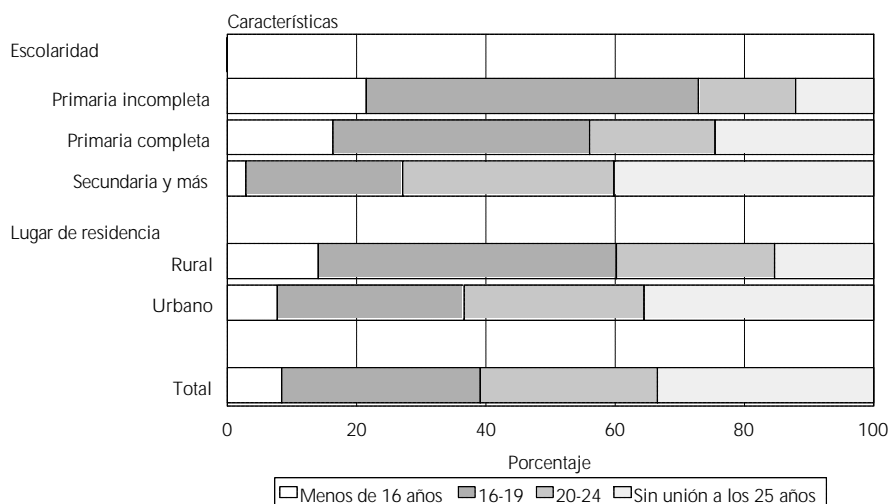
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Gráfica 4.
Estado de México: 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.

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



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

Tipo de primera unión

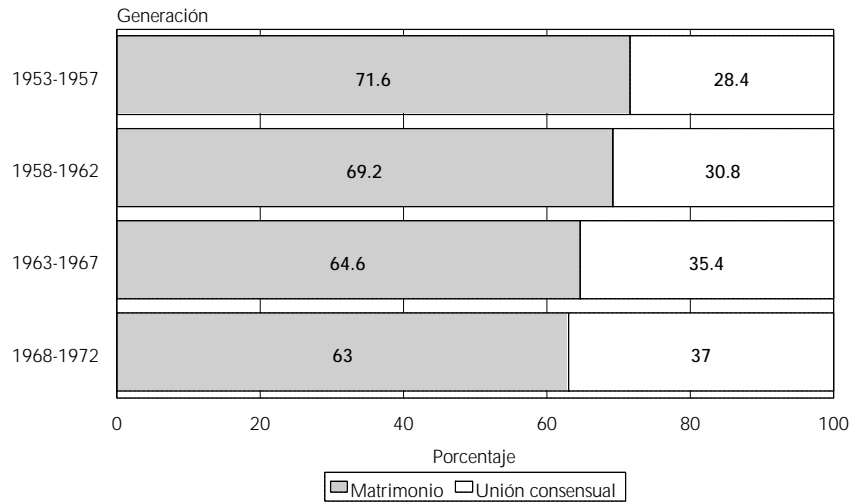
En el estado de México, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 28.4 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 37 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 estado de México se han registrado graduales cambios 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).

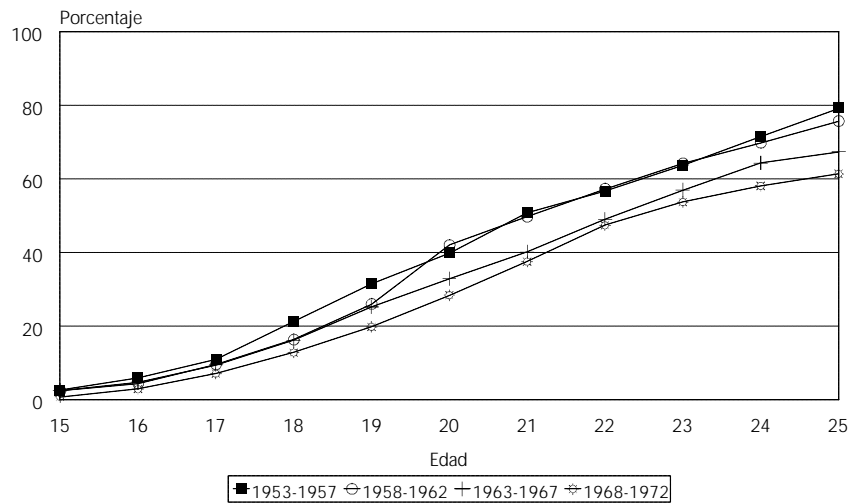
La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: 39.9 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de esa edad, mientras que 28.4 por ciento de las mujeres de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes una de cada ocho (12.8%) tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

Gráfica 6.
Estado de México: 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.
Estado de México: 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 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 per-

sonal 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

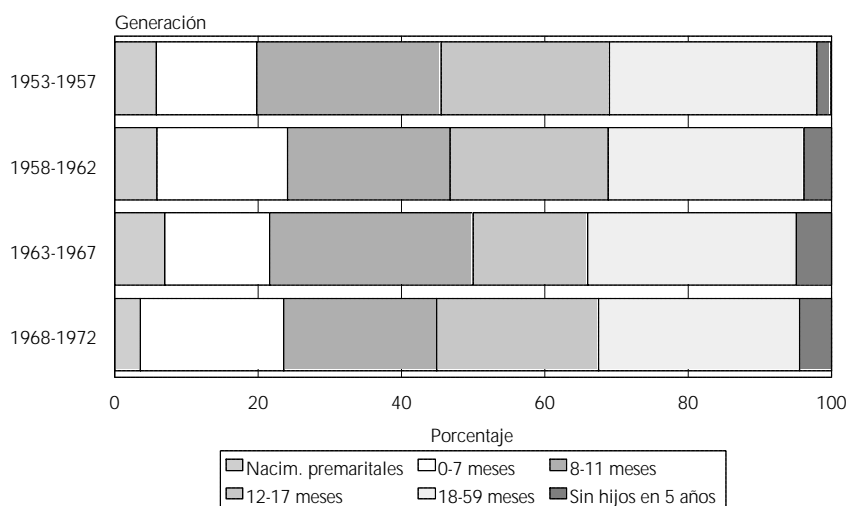
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio. Sin embargo, cerca de tres de cada diez mujeres de la generación más reciente tuvo a su primer hijo(a) entre los 18 y los 59 meses de la unión, lo cual sugiere que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) está empezando a extenderse entre la población mexicana (véase gráfica 8). Esta aparente falta de interés por postergar el nacimiento del primer hijo(a) puede ser resultado del predominio de actitudes y valores favorables a la procreación inmediata, o bien a que muchas parejas se unen cuando ya ha ocurrido el embarazo y no tienen la oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

En el estado de México, al igual que en el país en su conjunto, las mujeres unidas de las generaciones más jóvenes tienden a presentar una proporción ligeramente mayor de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con em-

Gráfica 8.

Estado de México: 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)



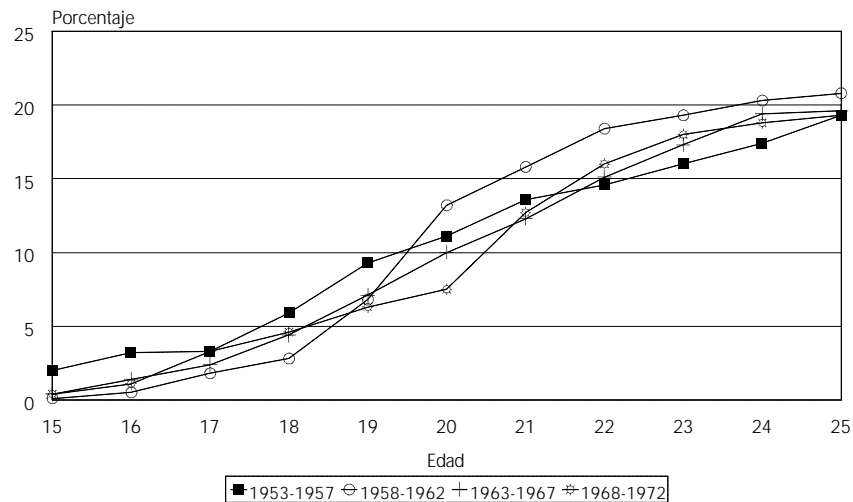
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

barazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje asciende a 23.6, mientras que en la generación de mayor edad fue de 19.8. Los datos sugieren que los nacimientos de madres solteras empiezan a reducirse, pero las concepciones premaritales tienen una tendencia al aumento.

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 estado de México se ha mantenido prácticamente sin cambios la proporción de mujeres que se embaraza 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 se situó alrededor de 19 por ciento en todas las generaciones bajo observación.

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años registró un aumento entre las dos generaciones de mayor edad (11.1 por ciento para las mujeres de la cohorte 1953-1957, y 13.2 por ciento para la generación 1958-1962), pero se observa una reducción gradual entre las mujeres más jóvenes, situándose en 7.5 por ciento para las mujeres nacidas entre 1968-1972. Cabe señalar que el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia experimentó un aumento entre las generaciones intermedias, pero éste se revirtió en la generación más reciente: 27.8 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, esta relación aumentó a 31.4 y 30.4 por ciento para las generaciones 1958-1962 y 1963-1967, respectivamente, y descendió a 26.4 por ciento en la generación más reciente.⁶

Gráfica 9.
Estado de México: 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.

⁶ 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).

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 estado de México fue de 2.8, 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 estado de México registró una TGF de 2.4 hijos en 1997 y de 2.7 el país en su conjunto). Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijas(os), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio cercano a cuatro (3.6), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (2.3). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijas(os) 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 hijas(os). Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 3.9, las mujeres con secundaria o más externaron un tamaño de familia menor (2.4 en promedio). Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres sin escolaridad declararon un ideal menor a la paridad alcanzada, mientras que entre las de mayor escolaridad predominan las mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.4 y 2.7, respectivamente) y se observa que en ambos casos el número ideal es menor a la descen-

dencia alcanzada. La condición de habla indígena es otra variable que discrimina los ideales reproductivos: las mujeres que hablan lengua indígena reportaron un tamaño de familia ideal de 3.3 hijos(as) contra 2.8 de las mujeres que no lo hacen, y en ambos casos el ideal es menor que la paridad alcanzada.

La mayoría de las mujeres con dos y tres hijos(as) declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, tres de cada diez mujeres con dos hijos(as) reportaron un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres con un hijo(a) (83.5%) señaló como ideal una descendencia más numerosa, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (69.7%) el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (44% y 25.9%, respectivamente), mientras que 1.8 por ciento declaró que su ideal era no tener descendencia.

Cuadro 1.
Estado de México: 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	2.8	3.0
Grupo de edad		
15-19*	2.3	1.0
20-24	2.4	1.4
25-29	2.4	2.1
30-34	2.8	2.9
35-39	3.0	3.5
40-44	3.0	4.2
45-49	3.6	5.1
Escolaridad		
Sin escolaridad	3.9	5.4
Primaria incompleta	3.3	4.4
Primaria completa	3.0	3.3
Secundaria y más	2.4	2.1
Lugar de residencia		
Rural	3.4	4.0
Urbano	2.7	2.9
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	3.3	4.7
No habla	2.8	2.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.8	6.7	44.0	25.9	12.7	8.9
0	0.7	20.3	62.7	13.5	2.7	0.2
1	0.0	16.5	59.3	21.1	1.5	1.6
2	0.7	3.8	64.1	21.7	7.7	2.0
3	2.4	4.4	25.0	52.2	9.6	6.3
4	2.2	1.5	30.4	15.9	40.6	9.4
5 y más	4.7	3.3	25.2	17.6	18.9	30.3

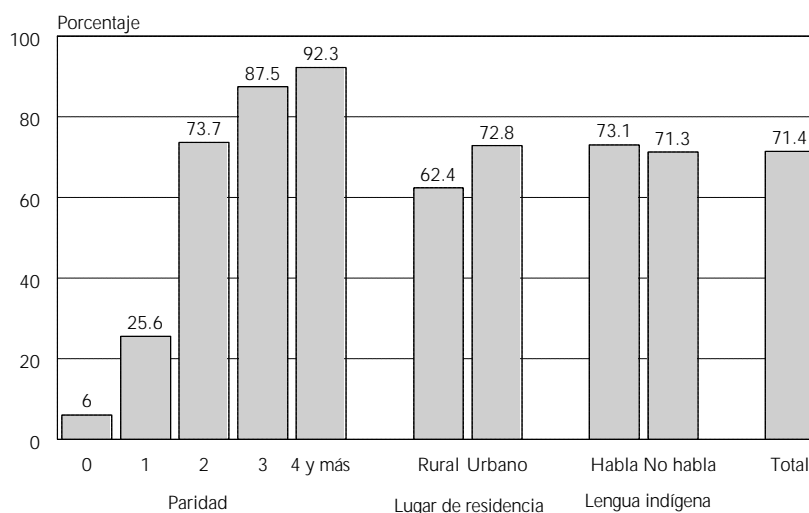
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En estado de México, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (71.4%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación se presenta casi sin diferencias entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no lo hacen; sin embargo entre el ámbito urbano y el rural se observa una diferencia de 10.4 puntos porcentuales.

La mayoría de las mujeres con menos de dos hijos(as) desea ampliar el tamaño de su descendencia. En contraste, más de siete de cada diez mujeres con dos hijos(as) y alrededor de nueve de cada diez de las que ya han tenido tres o más, ya no desean incrementar su paridad.

Gráfica 10.
Estado de México: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que no desea otro hijo(a) según paridad (incluye embarazo actual), lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 1997



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

3 Práctica anticonceptiva

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. En la República Mexicana, 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(as) tener y cuándo tenerlos, es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad; que dispongan de información suficiente acerca de cómo y dónde 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.

En el estado de México, el porcentaje de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 fue de 97 por ciento, cifra similar a la estimada para el país en ese mismo año (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que no se registran diferencias importantes al considerar la edad de las mujeres y el orden de paridad. Sin embargo, al desagregar otras variables socioeconómicas y demográficas, se observan algunas diferencias importantes: las mujeres sin escolaridad presentan un valor de 13.1 puntos porcentuales menor al que registran las mujeres con estudios de secundaria y más (86.1% y 99.2%, respectivamente); situación similar se observa entre las mujeres rurales y urbanas, al situarse la proporción de conocimiento en 85 y 98.6 por ciento, en cada caso. Esta diferencia, aunque menos acentuada, se observa también entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (88.1%) y las que no lo hacen (97.2%).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en la República Mexicana, el método anticonceptivo más conocido y en el estado de México este método

continúa siendo el más popular: poco más de nueve de cada diez mujeres conocía o había oído hablar de ellas, tanto en 1992 como en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el condón (93.4%), la inyección (92.6%), el dispositivo intrauterino (DIU) (92.5%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (89.9%) y la vasectomía (85.3%).

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

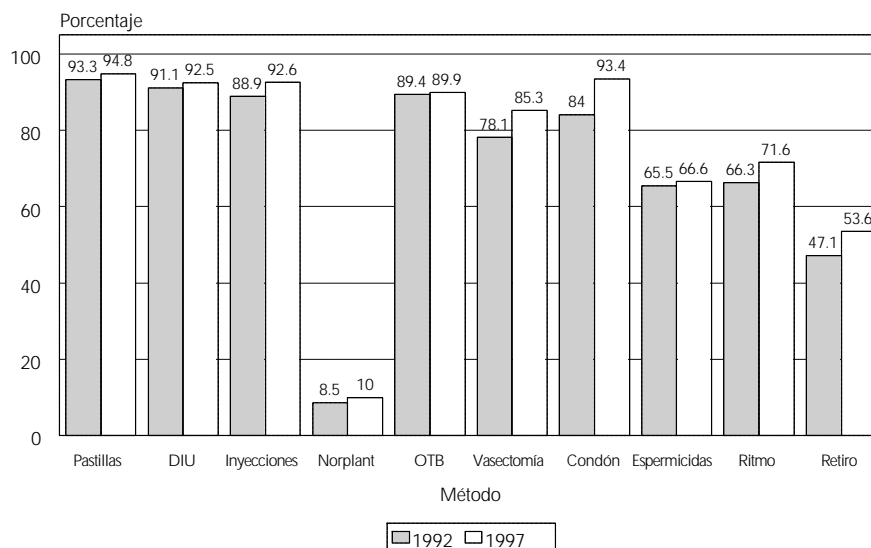
Características	1992	1997
Total	95.9	97.0
Grupo de edad		
15-19*	92.1	93.6
20-24	97.4	96.7
25-29	97.5	98.4
30-34	97.9	98.8
35-39	96.9	97.2
40-44	97.3	98.1
45-49	93.4	97.5
Paridad		
0	93.6	94.6
1	98.6	97.4
2	99.0	99.3
3	96.5	99.5
4 y más	95.4	97.0
Escolaridad		
Sin escolaridad	82.9	86.1
Primaria incompleta	93.0	92.9
Primaria completa	95.0	95.7
Secundaria y más	98.8	99.2
Lugar de residencia		
Rural	85.8	85.0
Urbano	97.2	98.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	88.1
No habla	n.d.	97.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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 de aquellos que requieren la participación directa o indirecta del varón. Así, el conocimiento del condón se incrementó en 9.4 puntos porcentuales, el de la vasectomía en 7.2 puntos, mientras que el retiro y el ritmo en 6.5 y 5.3 puntos, respectivamente (véase cuadro 4).

Gráfica 11.
Estado de México: 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, 1997.

Cuadro 4.
Estado de México: porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer
la existencia de distintos métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1992 y 1997

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	93.3	79.1	95.1	94.8	80.8	96.7
DIU	91.1	73.0	93.5	92.5	74.2	95.0
Inyecciones	88.9	74.3	90.8	92.6	79.2	94.4
Norplant	8.5	8.2	8.5	10.0	4.6	10.7
OTB	89.4	74.3	91.4	89.9	70.9	92.5
Vasectomía	78.1	47.0	82.2	85.3	57.7	89.0
Condomes	84.0	48.9	88.6	93.4	72.8	96.2
Espermicidas	65.5	30.7	70.1	66.6	31.3	71.4
Ritmo	66.3	31.8	70.9	71.6	37.8	76.2
Retiro	47.1	24.8	50.0	53.6	22.6	57.8

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

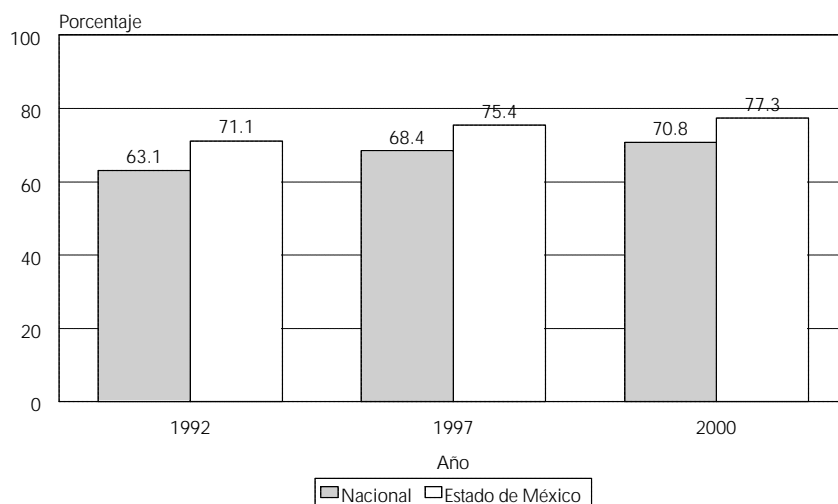
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

En el estado de México, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 71.1 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 75.4 por ciento en 1997 y se estima que en la actualidad es de 77.3 por ciento, lo que ubica a la entidad en el sexto lugar dentro de los 20 estados que están por encima del promedio nacional (véase gráfica 13).

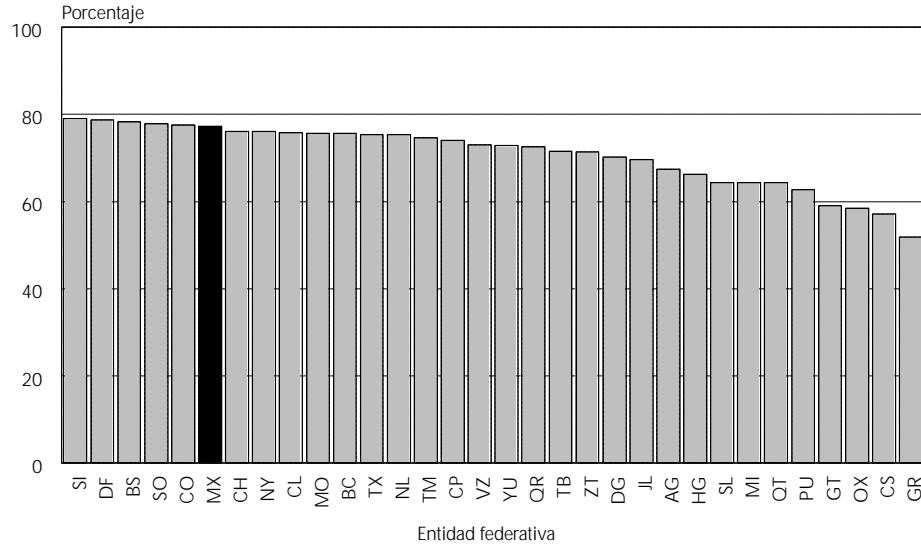
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres mexiquenses, y su desagregación según algunas variables sociodemográficas indica que en el quinquenio 1992-1997 éstos se registraron particularmente entre las mujeres unidas o casadas en edades extremas, y entre las mujeres con paridad uno, tres y cuatro o más (véase cuadro 5). Para las mujeres de 15 a 19 y de 40 a 44 años de edad, los niveles de prevalencia anticonceptiva en 1992 eran considerablemente menores a los que se registran cinco años después, con incrementos de 24.2 y 11.2 puntos porcentuales entre un año y otro, respectivamente. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años de edad; en esas edades alrededor de ocho de cada diez mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14). Cabe señalar que en 1997, el nivel de uso de las mujeres unidas con paridad cero continuaba en niveles bajos (21.4%).

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



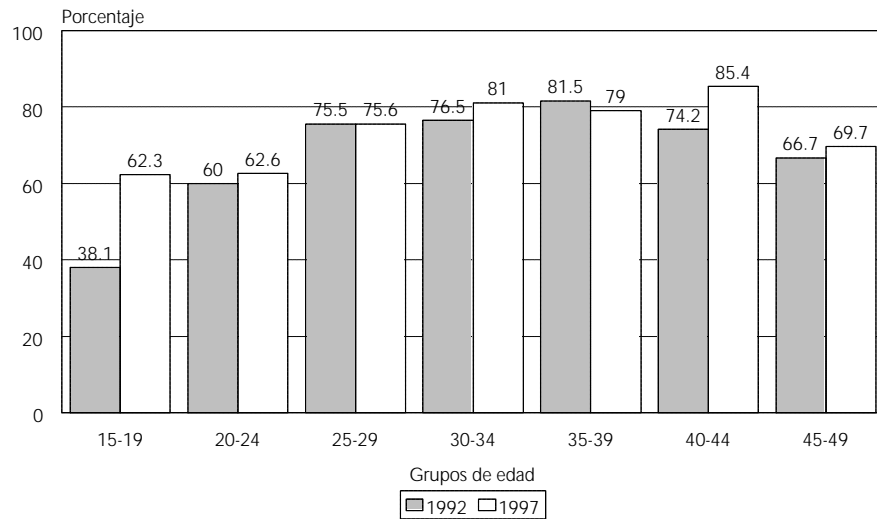
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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.
Estado de México: 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, 1997.

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

Características	1992	1997
Total	71.1	75.4
Grupo de edad		
15-19*	38.1	62.3
20-24	60.0	62.6
25-29	75.5	75.6
30-34	76.5	81.0
35-39	81.5	79.0
40-44	74.2	85.4
45-49	66.7	69.7
Paridad		
0	28.9*	21.4
1	61.5	70.3
2	82.0	80.0
3	75.8	86.1
4 y más	71.5	76.5
Escolaridad		
Sin escolaridad	44.1	57.6
Primaria incompleta	61.9	67.4
Primaria completa	74.3	79.0
Secundaria y más	78.9	79.0
Lugar de residencia		
Rural	42.8	51.6
Urbano	75.0	78.9
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	60.4
No habla	n.d.	76.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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 sin escolaridad (57.6%), las que residían en localidades rurales (51.6%) y las que hablan alguna lengua indígena (60.4%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 utilizaba métodos naturales y 18.7 empleaba el DIU. Con el paso del tiempo, la mezcla de métodos ha ido cambiando en favor de los métodos de mayor continuidad: la operación femenina y el dispositivo intrauterino. En 1997, la pastilla continuó reduciendo su participación en la estructura de uso: sólo una de cada diez usuarias recurrió a 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 estado de México en 1997 muestra el mismo comportamiento que el patrón nacional: la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (41.9%), seguida por el DIU y los métodos naturales (27.2% y 12.3%, respectivamente). Es importante señalar que, entre 1992 y 1997, la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos redujo su participación en cerca de cuatro puntos porcentuales, y que su participación relativa es muy similar a la del condón. Asimismo, el uso de la OTB se redujo en 3.5 puntos, mientras que el DIU aumentó su participación en la misma puntuación (véase cuadro 6).

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos, y en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era muy similar (87.4% y 87.8%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento en la participación del DIU (de 18.8% a 23.6%), y de los métodos naturales (de 3.7% a 12.6%), así como una reducción en la participación de la OTB (de 50.9% a 40.1%).

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

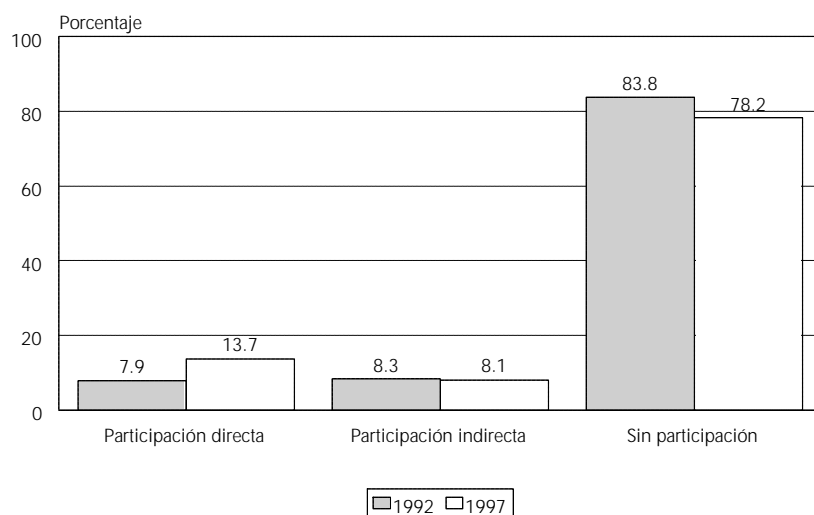
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	9.8	9.3	9.9	5.9	6.4	5.9
DIU	23.7	18.8	24.0	27.2	23.6	27.5
Inyecciones	4.1	8.7	3.8	4.3	11.3	3.7
Locales	0.7	0.0	0.7	0.2	0.0	0.2
Condomes	4.3	6.5	4.1	5.4	5.9	5.4
OTB	45.4	50.9	44.9	41.9	40.1	42.0
Vasectomía	1.9	2.1	1.9	2.8	0.0	3.0
Naturales	10.2	3.7	10.7	12.3	12.6	12.2
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1

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

En las localidades urbanas cabe destacar el aumento del DIU (de 24% a 27.5%) y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla y la OTB para regular su fecundidad (de 9.9% a 5.9% y de 44.9% a 42%, respectivamente).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en el país 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 2.8 y 5.4 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en el estado de México. 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 poco más de una de cada cinco 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 13.7 por ciento de las usuarias y en el segundo 8.1 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó entre 1992 y 1997, como resultado del aumento en el uso del condón y de la vasectomía.

Gráfica 15.
Estado de México: 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, 1997.

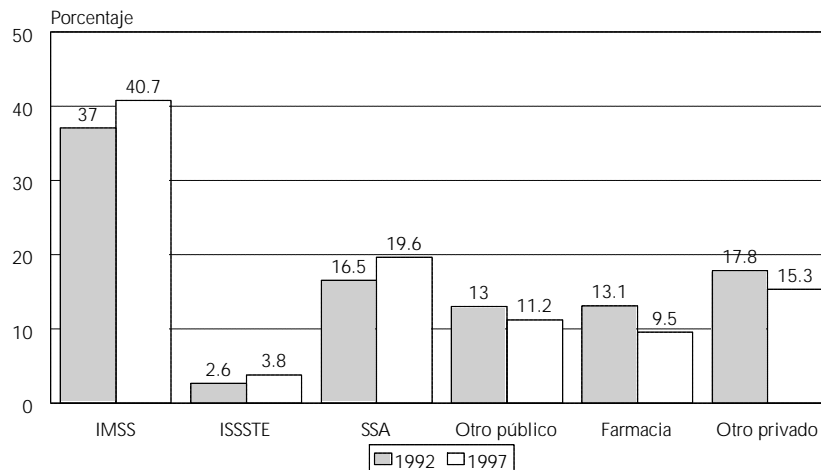
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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 del país obtenía el método que empleaba en alguna de las instituciones del sector público. Dentro de éstas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) concentraron los mayores porcentajes de usuarias de anticonceptivos modernos (41.4% y 19.6%, respectivamente).

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en el estado de México ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 69.1 por ciento en 1992 a 75.3 en 1997 (véase gráfica 16). Sin embargo, un porcentaje significativo de usuarias de anticonceptivos recurre al sector privado de la entidad, que comprende principalmente farmacias (9.5%) y consultorios y hospitales privados (15.3%). Dentro de las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS, el cual atendió dos quintas partes (40.7%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a una de cada cinco usuarias (19.6%).

Gráfica 16.
Estado de México: 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, 1997.

En el área rural, la SSA fue la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos, tanto en 1992 como en 1997, y en este último año el IMSS redujo su participación (véase cuadro 7). En el ámbito urbano, las farmacias perdieron importancia frente al IMSS durante el periodo 1992-1997, sin embargo, el sector privado en su conjunto continua teniendo un peso relativo importante: el IMSS atendió en 1997 a 42.7 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos, el sector privado a 25 por ciento, y la Secretaría de Salud a 16.8 por ciento.

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como es la OTB y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público; este es el caso de alrededor de ocho de cada diez usuarias de ambos métodos (véase cuadro 8). En contraste, los métodos temporales, como los hormonales (orales e inyectables) y el condón (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen fundamentalmente en el sector privado: poco más de la mitad de las usuarias de pastillas y condones, y seis de cada diez de las usuarias de inyecciones, acudieron a este sector para su obtención.

Cuadro 7.
Estado de México: distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos modernos por lugar de obtención, según lugar de residencia, 1992 y 1997

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS	37.0	23.5	38.1	40.7	18.8	42.7
ISSSTE	2.6	1.2	2.7	3.8	0.0	4.1
SSA	16.5	41.9	14.4	19.6	51.0	16.8
Otro público	13.0	11.6	13.1	11.2	8.3	11.4
Farmacia	13.1	9.2	13.5	9.5	5.8	9.8
Otro	17.8	12.5	18.2	15.3	16.1	15.2

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

Cuadro 8.
Estado de México: 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	75.3	24.7
Pastillas*	43.5	56.5
DIU	84.6	15.4
Inyecciones*	38.6	61.4
Condomes*	47.1	52.9
OTB	80.8	19.2

* 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 posparto.⁷

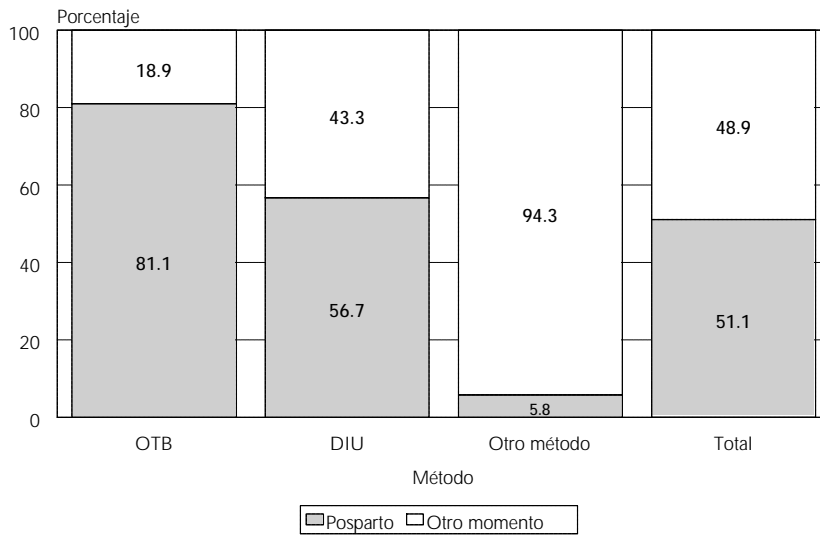
La importancia de estos programas en el estado de México se manifestó en el hecho de que 51.1 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, ocho de cada diez usuarias de la OTB (81.1%) y más de la mitad de las usuarias del DIU (56.7%) comenzaron el uso del método en ese mismo 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 estado de México, cerca de ocho de cada diez mujeres que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo nacido vivo en el periodo 1994-1997, declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y casi seis de cada diez reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

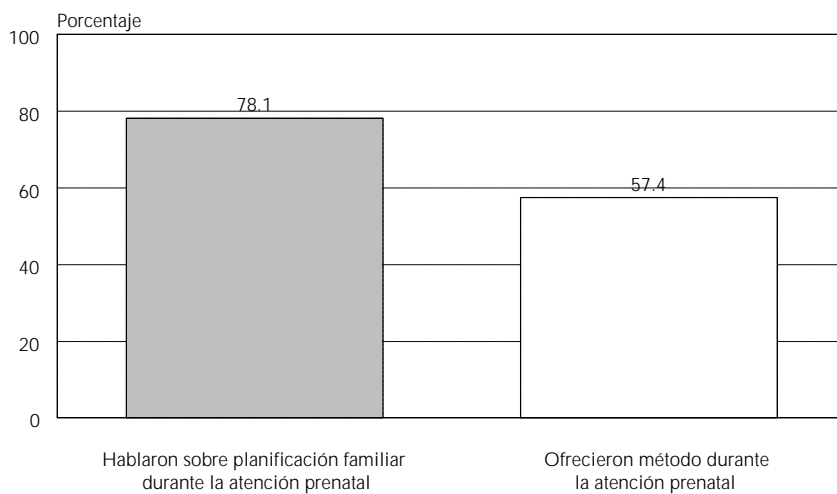
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



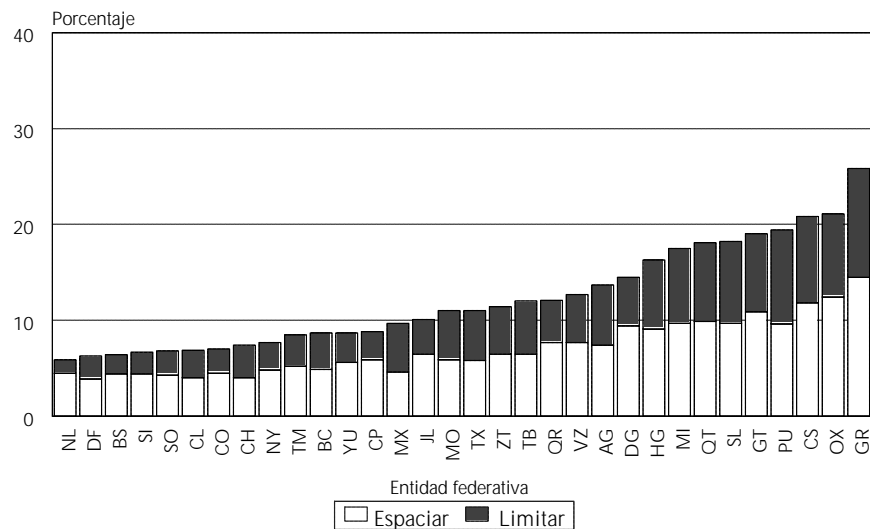
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 estado de México, para el año de 1997, fue del orden de 9.7 por ciento, lo que ubicó a la entidad dentro de las 19 con un nivel de demanda insatisfecha menor que la registrada en el país (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 estado de México las mujeres jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 15 y 17.9 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (2.9% para el grupo 45-49). Con respecto a la paridad, el nivel de demanda insatisfecha fue similar para los diferentes grupos (alrededor de 10%); excepto para las mujeres con tres hijos(as) que se redujo a 6.2 por ciento (véase cuadro 9).

El rezago social condiciona fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. Las mayores brechas entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad se presentaron entre las mujeres que residen en localidades rurales (27.2%), entre las mujeres con menores niveles de escolaridad (20% para aquéllas sin escolaridad y 14.2% para las que no terminaron la primaria), y entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (17.5%) (véase gráfica 20).

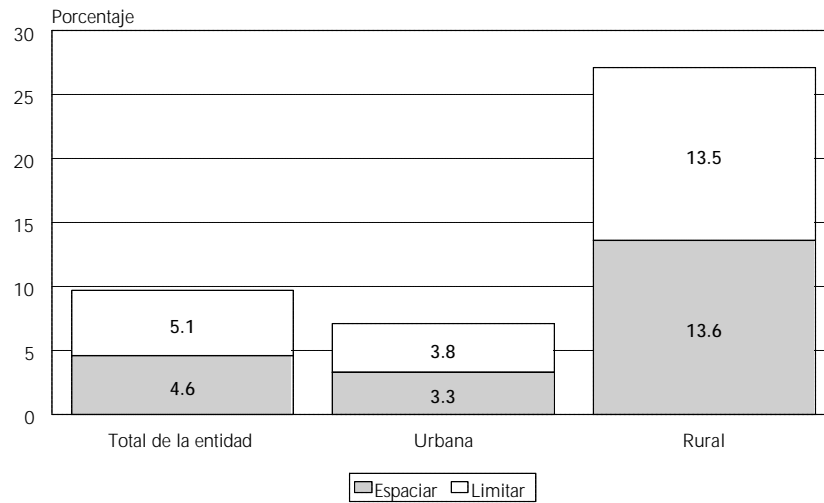
Cuadro 9.
Estado de México: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	75.4	26.9	48.6	9.7	4.6	5.1	6.3	7.7	0.9
Edad quinquenal									
15-19*	62.3	59.1	3.3	15.0	10.7	4.4	18.6	0.2	3.8
20-24	62.6	49.3	13.3	17.9	14.2	3.7	16.1	1.9	1.5
25-29	75.6	46.0	29.6	10.4	5.6	4.8	10.3	1.7	2.0
30-34	81.0	28.2	52.8	8.9	2.0	6.9	3.4	6.0	0.8
35-39	79.0	10.7	68.3	11.0	3.5	7.5	2.4	7.6	0.0
40-44	85.4	9.4	75.9	4.4	0.7	3.6	0.4	9.9	0.0
45-49	69.7	1.7	68.0	2.9	0.0	2.9	1.3	26.1	0.0
Paridad									
0	21.4	21.4	0.0	10.0	9.3	0.7	50.8	16.5	1.3
1	70.3	62.2	8.1	10.7	10.0	0.7	10.5	6.7	1.7
2	80.0	34.4	45.7	10.2	5.3	4.9	4.0	4.3	1.5
3	86.1	14.6	71.5	6.3	1.8	4.4	2.3	4.9	0.5
4 y más	76.5	8.9	67.6	10.9	2.0	8.9	1.1	11.4	0.1
Escolaridad									
Sin escolaridad	57.6	10.9	46.8	20.0	7.5	12.6	6.2	16.2	0.0
Primaria incompleta	67.4	18.6	48.8	14.2	6.3	7.9	3.4	14.7	0.3
Primaria completa	79.0	21.9	57.0	8.0	3.9	4.1	4.5	8.0	0.6
Secundaria y más	79.0	34.4	44.6	7.6	4.0	3.6	8.1	4.0	1.3
Lugar de residencia									
Urbano	78.9	27.2	51.7	7.1	3.3	3.8	6.1	7.0	0.9
Rural	51.6	24.8	26.8	27.2	13.6	13.5	7.9	12.3	1.0
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	60.4	15.7	44.7	17.5	8.8	8.7	3.8	18.2	0.0
No habla	76.2	27.4	48.8	9.3	4.4	4.9	6.4	7.1	0.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Gráfica 20.
Estado de México: porcentaje de mujeres unidas
con demanda insatisfecha de anticonceptivos, según lugar de residencia, 1997



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En la República Mexicana, 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.

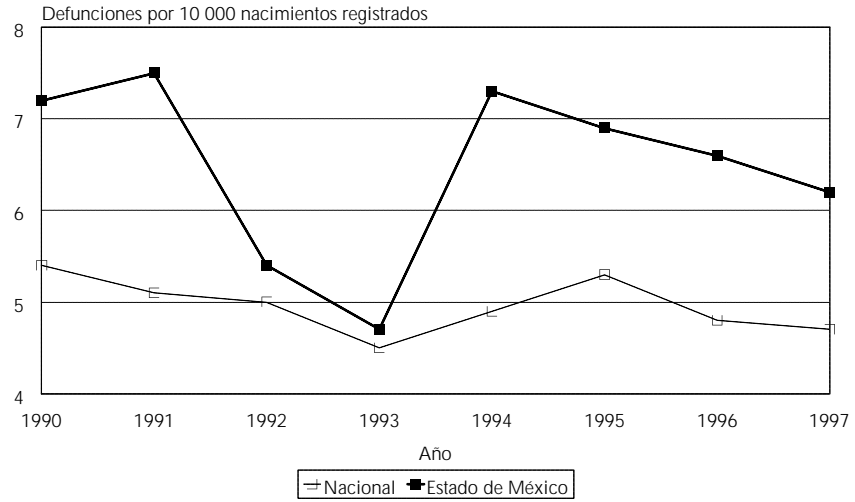
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En el estado de México, la tasa de mortalidad materna presentó una tendencia decreciente hasta 1993, año a partir del cual la tasa mostró un aumento, pero un año después presentó una ligera tendencia a la reducción (véase gráfica 21). La tasa estatal registrada en 1997 era de 6.2 defunciones por diez mil nacimientos registrados, ubicando a esta entidad como la cuarta con el mayor nivel de mortalidad materna. Es importante señalar que el nivel de la mortalidad materna entre las mujeres mexiquenses fue más del triple de la registrada entre las mujeres de Baja California, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más baja del país (1.9 defunciones por diez mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en el estado de México 695 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 636 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Cerca de dos terceras partes (64%) de las mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio tenían entre 20 y 34 años de edad; una de cada seis (16.2%) tenía entre 35 y 39 años; mientras que once y 8.6 por ciento de las muertes maternas correspondieron a cada uno de los dos grupos de edad extremos (menores de 20 y mayores de 40 años, respectivamente).

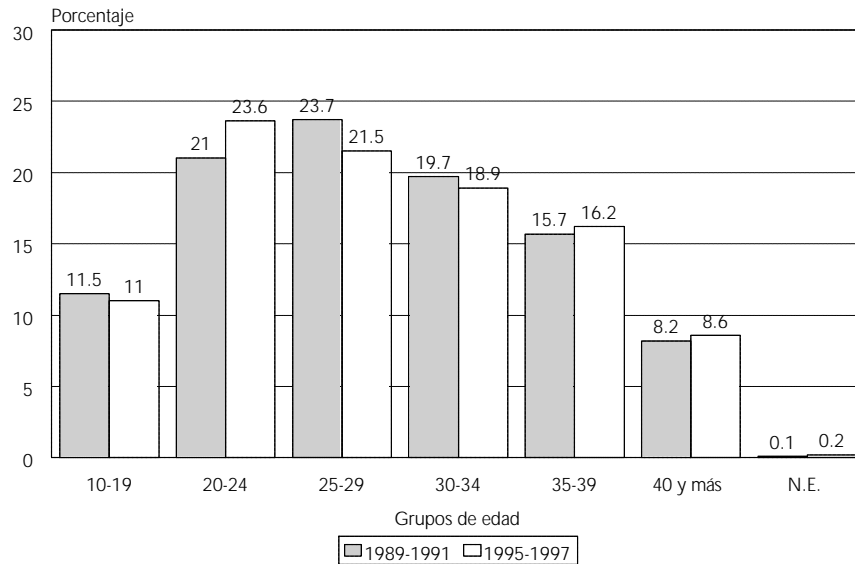
⁸ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Gráfica 21.
Estado de México: tasa de mortalidad materna, 1990 - 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



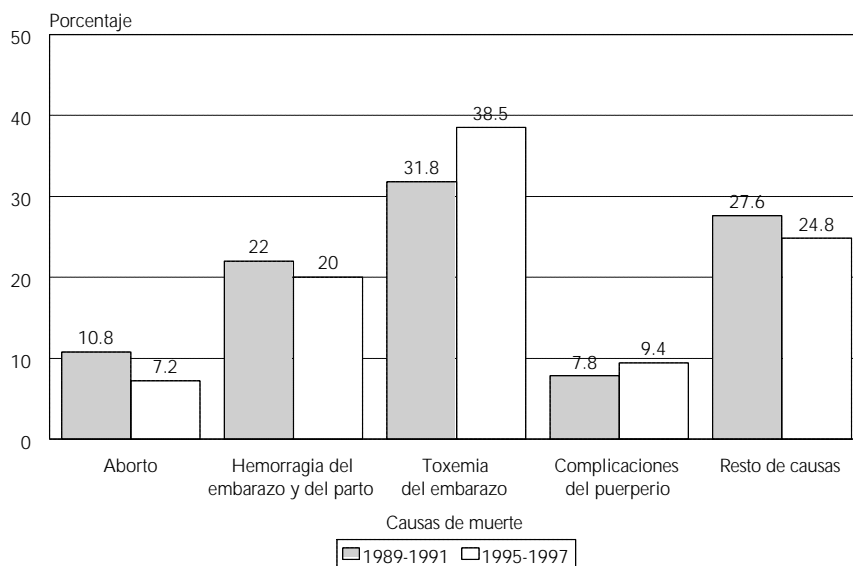
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

Las cuatro principales causas de mortalidad materna en la República Mexicana, 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 estado de México, la toxemia del embarazo fue la principal causa de mortalidad materna, y su importancia relativa presentó un incremento en la década de los noventa. Entre 1989 y 1991 esta causa fue responsable de 31.8 por ciento de las defunciones y en el periodo 1995-1997 concentró 38.5 por ciento de las muertes maternas del estado (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia en ambos periodos, mismas que representaron alrededor de una quinta parte de las defunciones. La tercera causa corresponde a las complicaciones del puerperio, cuyo porcentaje presentó un ligero incremento, al pasar de 7.8 por ciento en 1989-1991 a 9.4 por ciento en 1995-1997. El aborto, la cuarta causa en importancia, disminuyó su peso relativo al pasar de 10.8 a 7.2 por ciento.

Gráfica 23.
Estado de México: distribución porcentual
de las muertes maternas según causa, 1989-1991 y 1995-1997



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

Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. A pesar de que no se cuenta con información precisa sobre el número de abortos que ocurren en el país, se estima, con base en las encuestas sociodemográficas, que la incidencia del aborto en el país 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 alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992 y a 19 por ciento en 1997.

En el estado de México, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto no registró cambios importantes en los últimos años. En 1992, el 18.3 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, proporción que descendió a 17.2 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 prenatal⁹ 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 estado de México, 91 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último o penúltimo hijo nacido vivo entre 1994 y 1997, lo que situó a la entidad entre las nueve que registran un porcentaje menor al nacional. La proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención fue de 87.3 por ciento, cifra ligeramente mayor a la nacional (véase cuadro 10).

⁹ La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

Cuadro 10.
Estado de México: 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/ Partera o		Sin revisión
		promotora de salud	comadrona	
Total	87.3	1.0	2.7	9.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	86.8	2.2	2.1	8.9
20-34	88.9	0.7	2.6	7.8
35-49	76.7	0.6	4.6	18.1
Orden de nacimiento				
1	95.2	1.0	0.8	2.9
2	93.8	0.2	1.5	4.6
3	87.0	2.2	1.5	9.3
4 o más	69.3	1.1	7.6	21.9
Escolaridad				
Sin escolaridad*	60.5	2.9	4.6	32.0
Primaria incompleta	63.4	0.4	10.2	26.1
Primaria completa	89.4	1.8	3.1	5.7
Secundaria y más	95.6	0.6	0.6	3.2
Lugar de residencia				
Urbano	92.3	0.6	1.1	6.0
Rural	64.1	2.6	10.3	23.0

* Menos de 100 casos en muestra.

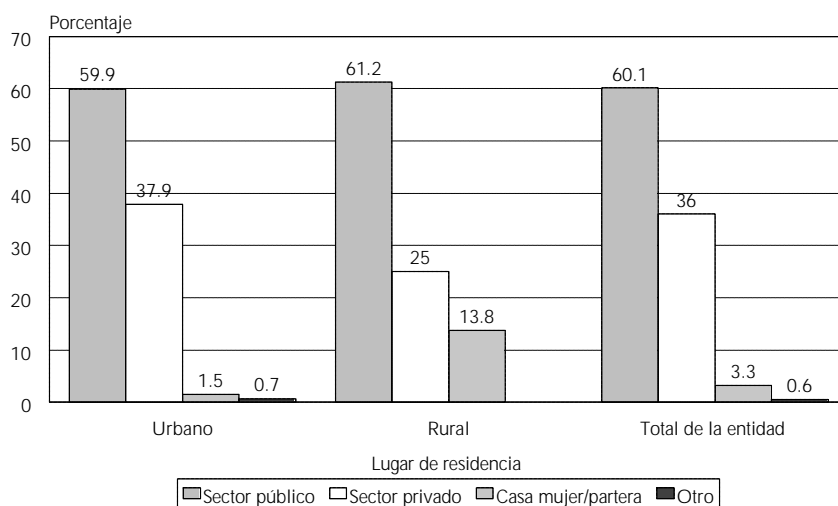
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquellas sin escolaridad y con primaria incompleta (32% y 26.1%, respectivamente), las que viven en el medio rural (23%), las que tienen 4 hijos(as) o más (21.9%) y las de 35 años o más de edad (18.1%). En contraste los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (95.6%), entre las primíparas (95.2%) y entre las que viven en localidades urbanas (92.3%). La escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 60.1 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió a 36 por ciento; y 3.3 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de mujeres que recibieron la atención en casa de la partera o en su domicilio se localizó en las zonas rurales (13.8%).

Gráfica 24.
Estado de México: distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar
de atención del embarazo, según lugar de residencia, 1994-1997



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

Inicio de la atención prenatal

El trimestre en el que inicia la atención prenatal es un indicador útil, ya que permite medir la oportunidad de la atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños 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 estado de México, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 75.9 por ciento; una quinta parte inició en el segundo trimestre (20.3%) y 3.8 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que 64.7 por ciento de las mujeres con primaria incompleta iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a 83 por ciento entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas.

Cuadro 11.
Estado de México: 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	75.9	20.3	3.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	70.6	24.4	5.1
20-34	77.7	19.4	2.9
35-49	72.1	19.5	8.4
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	64.7	28.8	6.6
Primaria completa	64.4	29.5	6.1
Secundaria y más	83.0	14.6	2.4
Lugar de residencia			
Urbano	77.8	18.9	3.3
Rural	65.2	28.4	6.4

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

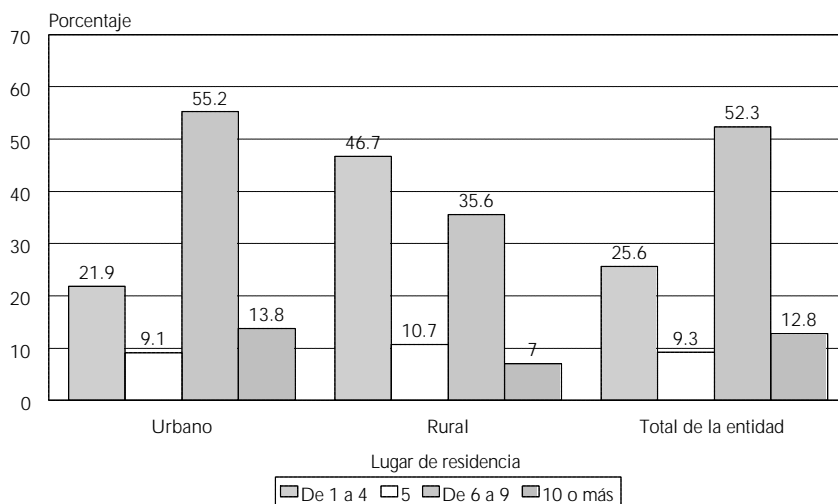
La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En el estado de México, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.8 consultas de atención prenatal (7 en las zonas urbanas y 5.4 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que una cuarta parte de estas mujeres (25.6%) recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 46.7 por ciento entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 95.1 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 93.4 por ciento se le pesó; y a 73.8 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores, con excepción de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, ubican al estado de México por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

Es importante señalar que el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad fue considerablemente mayor en el ámbito urbano que en el rural; y en el caso de la aplicación

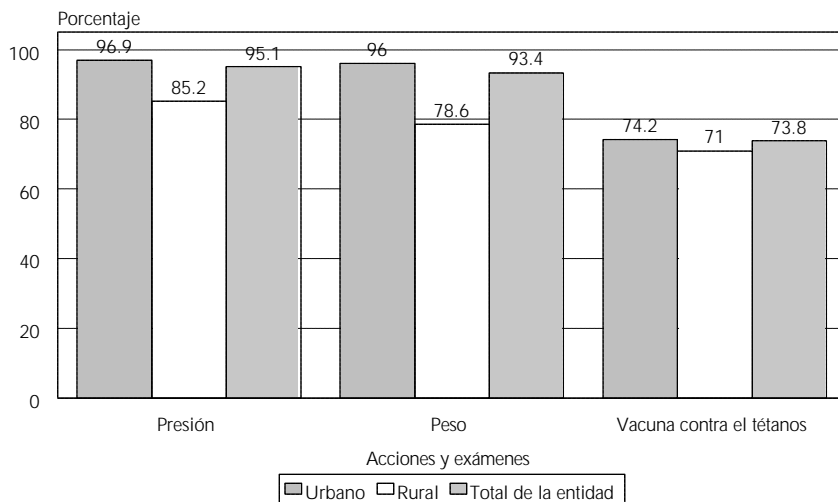
de la vacuna contra el tétanos, contrario a lo que era de esperar, fueron las mujeres que residen en áreas urbanas las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (74.2% contra 71% en áreas rurales).

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



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

Gráfica 26.
Estado de México: porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
a cuyas madres les fueron practicadas acciones y exámenes de salud
durante las revisiones prenatales, por lugar de residencia, 1994 - 1997



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

Atención del parto

Para 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. En el estado de México, los médicos fueron la principal fuente de atención del parto: 87.5 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo 1994-1997 fueron atendidos por este agente de salud, en tanto que la partera atendió al 7.4 por ciento de los partos y 4.2 por ciento no tuvo atención profesional (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Estado de México: 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	87.5	0.8	7.4	4.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	85.5	0.7	7.5	6.3
20-34	88.3	1.0	7.1	3.6
35-49	85.6	0.0	9.3	5.2
Orden de nacimiento				
1	96.5	0.2	1.8	1.6
2	92.6	0.5	3.4	3.5
3	83.4	2.4	10.3	3.9
4 o más	72.9	1.1	18.3	7.8
Escolaridad				
Sin escolaridad*	63.0	3.2	15.3	18.5
Primaria incompleta	68.2	0.5	22.5	8.9
Primaria completa	85.8	1.3	10.1	2.8
Secundaria y más	95.8	0.3	1.9	2.0
Lugar de residencia				
Urbano	93.8	0.7	2.9	2.7
Rural	58.1	1.7	28.7	11.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

A pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, se observan diferencias importantes al analizar algunas variables sociodemográficas: mientras que más de nueve de cada diez mujeres con uno o dos hijos(as) atendieron su parto con un médico, 72.9 por ciento de las mujeres con mayor paridad tuvieron esta oportunidad. En el caso de la escolaridad, la diferencia en el porcentaje de mujeres cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 32.8 puntos porcentuales entre las mujeres sin escolaridad y las que aprobaron algún grado de secundaria o más (63% y 95.8%, respectivamente), en tanto que la diferencia fue mayor en el medio urbano y en el rural (93.8% y 58.1%, en cada caso).

Los servicios de las parteras son más utilizados por las que residen en localidades rurales (28.7%), las mujeres menos escolarizadas (15.3% y 22.5% entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, respectivamente) y las multíparas (18.3%).

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 89.6 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: cerca de tres de cada diez mujeres acudieron, en cada caso, al IMSS o al sector privado, poco menos de una de cada seis se atendió en la Secretaría de Salud (15.3%). (véase cuadro 13).

Cuadro 13.
Estado de México: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar donde fue atendido el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Lugar de atención del parto						
	IMSS	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
Total	28.6	3.9	15.3	14.4	27.4	10.0	0.4
Escolaridad							
Sin escolaridad*	8.7	0.0	24.8	29.3	12.1	24.3	0.7
Primaria incompleta	9.6	0.4	26.4	15.4	20.1	26.6	1.5
Primaria completa	26.6	4.1	18.0	12.4	25.5	13.3	0.0
Secundaria y más	35.6	5.0	10.6	13.3	31.4	3.8	0.3
Lugar de residencia							
Urbano	32.3	4.5	13.4	15.7	28.6	5.0	0.5
Rural	9.8	0.6	24.9	7.9	21.6	35.2	0.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de primaria completa o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS y al sector privado, mientras que las mujeres con menores niveles de escolaridad utilizaron más a menudo los servicios de la Secretaría de Salud y la atención en casa.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y el sector privado (32.3% y 28.6%, respectivamente). En el ámbito rural, 35.2 por ciento de los partos fueron atendidos en casa, 24.9 por ciento en la SSA, siguiendo en importancia el sector privado, donde se atendió 21.6 por ciento de los partos ocurridos.

Tipo de parto

En el estado de México, durante el periodo 1994-1997, cerca de tres de cada diez alumbramientos (28.6%) se resolvió mediante la operación cesárea, cifra ligeramente más alta que la registrada en el país en su conjunto (26.5%) (véase cuadro 14). Cabe destacar que a pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por personal médico que presentó esta entidad, el peso relativo de los partos por cesárea es sensiblemente menor al observado en Nuevo León (48.6%) y el Distrito Federal (42.3%), que son las dos entidades que muestran los mayores niveles en este indicador.

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado, 34.8 por ciento se resolvieron mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 33.7 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 19.1 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.

Cuadro 14.
Estado de México: 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	71.4	28.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	78.4	21.6
20-34	68.9	31.1
35-49	76.7	23.3
Lugar de atención del parto		
IMSS	66.3	33.7
SSA	80.9	19.1
Otras públicas	62.7	37.3
Sector privado	65.2	34.8
Lugar de residencia		
Urbano	68.1	31.9
Rural	86.7	13.3

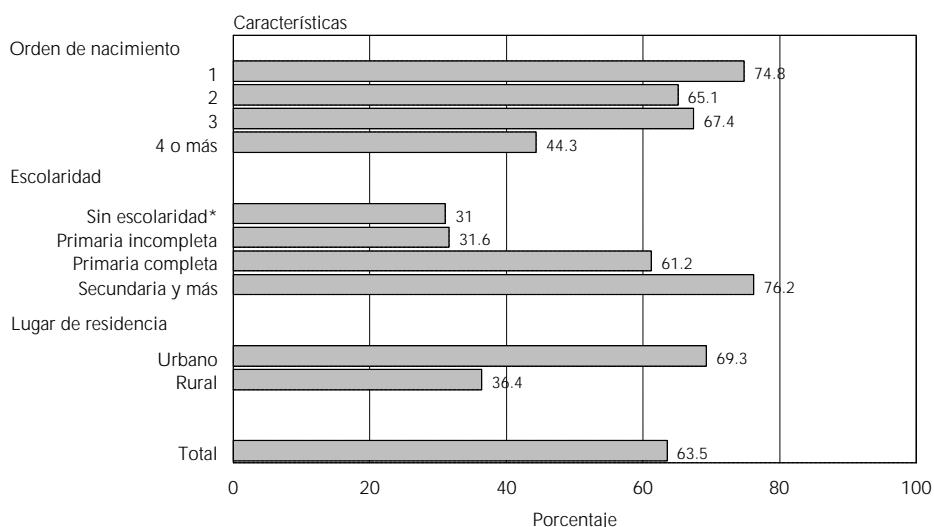
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una importante oportunidad para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición infantil, 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 estado de México, 63.5 por ciento de las mujeres acudió a revisión durante el puerperio, por lo que ubicó entre las 17 entidades mejor situadas en este renglón. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las de paridades altas (44.3% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 74.8% de las primíparas); aquéllas sin escolaridad (31% a diferencia de 76.2% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (36.4% en tanto que 69.3% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
Estado de México: 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 la República Mexicana, al igual que en el resto del mundo, experimentó una gradual disminución. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, 83.2 por ciento de los y las recién nacidas fue amamantado y la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad en que la mitad de ellos ya había sido destetado, fue de 12.4 meses. Sin embargo, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, puede apreciarse un aumento en el porcentaje de niños(as) amamantados (89.9%) y una reducción en la duración mediana de la lactancia (9.8 meses).

En el estado de México, 87.6 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió lactancia materna con una duración mediana de 8.9 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 9.2 por ciento menor y una duración mediana de casi la mitad de la observada en 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 bajos se registran entre los hijos(as) de las mujeres de 35 años y más (85.2%), con primaria incompleta (84.8%) y entre aquéllos cuyas madres atendieron el parto en el sector privado o en casa (85.3% y 85.9%, respectivamente). Cabe hacer notar que no se observaron diferencias acentuadas en el porcentaje de niños y niñas que recibió leche materna según lugar de residencia (86.6% en el ámbito urbano y 92.4% en el rural); sin embargo, las mujeres que habitan en localidades rurales amamantaron, en promedio, 3.9 meses más que aquéllas residentes en áreas urbanas (12.2 y 8.3 meses, respectivamente).

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 alimen-

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

Total		87.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	88.9
	20-34	87.6
	35-49	85.2
Escolaridad		
	Sin escolaridad*	98.4
	Primaria incompleta	84.8
	Primaria completa	87.1
	Secundaria y más	87.3
Lugar de atención del parto		
	Sector público	89.1
	Sector privado	85.3
	Casa	85.9
Lugar de residencia		
	Urbano	86.6
	Rural	92.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	4.6	4.3	7.6
Mediana	8.9	8.3	12.2
Tercer cuartil	12.9	12.8	16.3

*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.

tos en los y las recién nacidas, mientras que una tardía se asocia a deficiencias en el crecimiento y la nutrición infantil.

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En el estado de México, 73.3 por ciento de los niños(as) fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad; una quinta parte (19.7%) recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado; y dos de cada cien no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos ajenos a la leche materna (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 2.9 meses, cifra ligeramente menor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

Tanto en las zonas urbanas como en las rurales se encuentra muy extendida la práctica de ablactar tempranamente a los niños(as), con una frecuencia mayor en las primeras (75% contra 65.7% en las áreas rurales). La escolaridad es una variable directamente asociada con la ablactación temprana: mientras que 53.1 por ciento de los hijos(as) de madres sin escolaridad fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad; tres de cada cuatro hijos(as) de mujeres con secundaria y más (76.9%) lo hicieron antes de lo recomendado. La ablactación tardía es prácticamente inexistente en la entidad, encontrándose entre las mujeres adolescentes y sin escolaridad el mayor porcentaje de mujeres que introdujo alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses (3.1% y 6.2%, respectivamente).

Cuadro 17.
Estado de México: 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	37.5	35.8	19.7	2.3	4.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	32.9	36.2	24.1	3.1	3.8
20-34	37.2	36.2	19.2	2.4	5.0
35-49*	49.4	32.1	15.0	0.0	3.5
Escolaridad					
Sin escolaridad*	27.1	26.0	33.7	6.2	6.9
Primaria incompleta	44.2	27.5	21.4	2.4	4.5
Primaria completa	27.7	44.2	22.0	2.0	4.1
Secundaria y más	40.8	36.1	16.6	1.9	4.6
Lugar de residencia					
Urbano	39.3	35.7	18.7	2.3	4.0
Rural	29.4	36.3	24.4	2.3	7.5

* Menos de 100 casos en muestra.

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

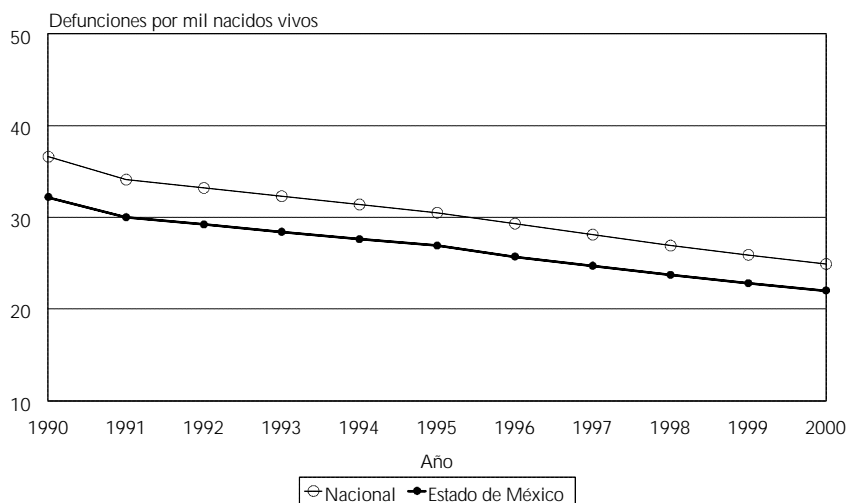
7 Mortalidad infantil

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

La disminución del riesgo de fallecer en la infancia ha contribuido de manera significativa a propiciar estos cambios. De hecho, las mayores ganancias en la esperanza de vida se han concentrado entre los menores de un año de edad. En 1990, 36.6 de cada mil recién nacidos fallecía antes de su primer aniversario y en la actualidad esta proporción se estima en 24.9 por mil. Sin embargo, todavía persisten marcadas diferencias en el territorio nacional y una proporción importante de las defunciones infantiles se considera evitable.

En el estado de México, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 32.2 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 22 por mil en la actualidad (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32 por ciento de los decesos, los cuales

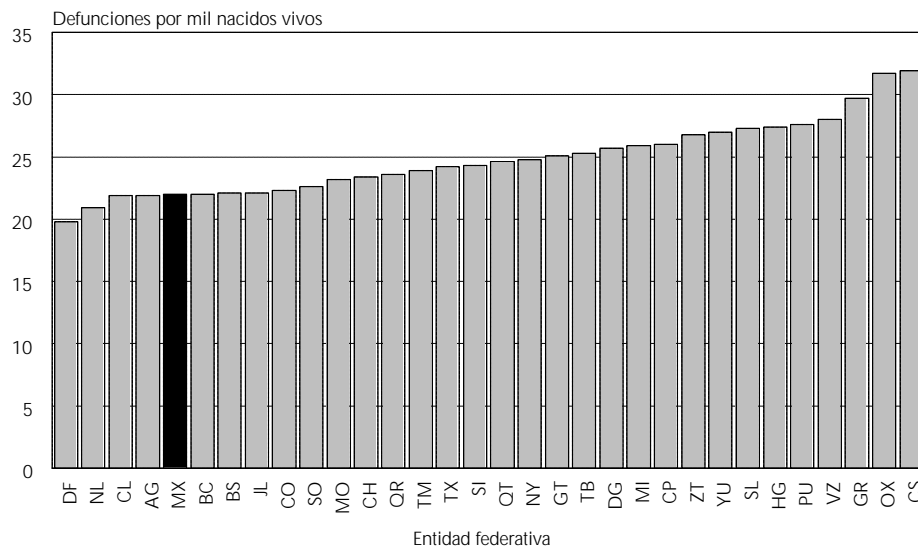
Gráfica 28.
Estado de México: tasa de mortalidad infantil, 1990 - 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, el nivel de mortalidad infantil en el estado de México es el cuarto más bajo del país, junto con el de Baja California, y es 11.1 por ciento mayor que el del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil (véase gráfica 29).

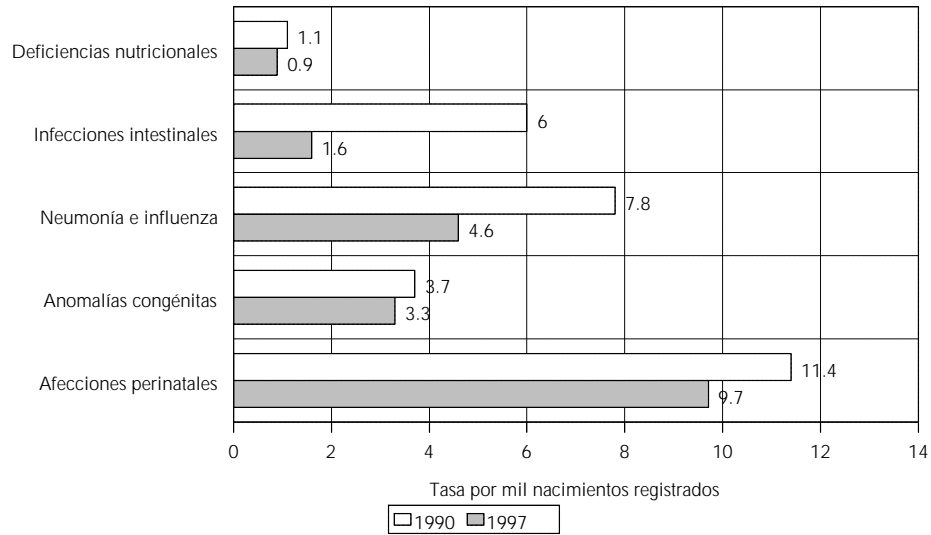
Gráfica 29.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

En el estado de México, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una ligera reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas no registró cambios importantes en los años de referencia y pasó a ser la tercera causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones de CONAPO sugieren que en el estado de México existe un subregistro de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

Gráfica 30.
Estado de México: 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 la República Mexicana, como en otros países, existe un subregistro de las ETS. Esto se debe a que a menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades.

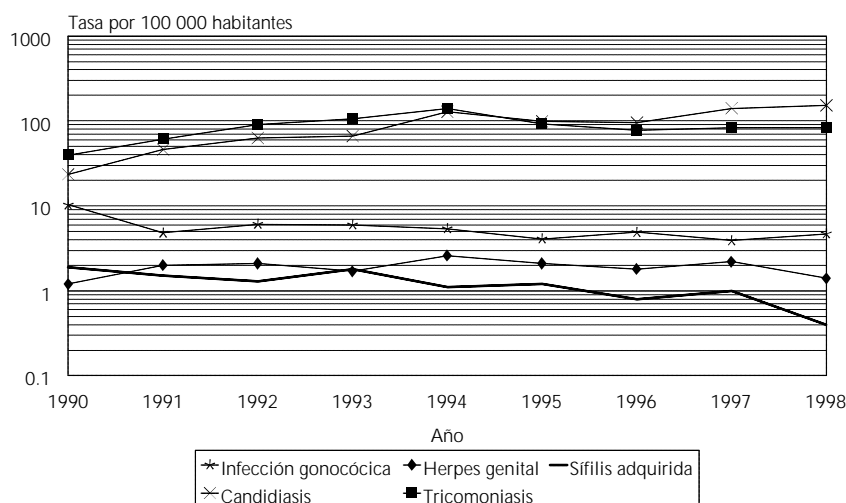
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil.

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

En el estado de México, las dos principales ETS mostraron un comportamiento errático en los años noventa; sin embargo, los niveles alcanzados en 1998 son sensiblemente menores a los registrados para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 152.6 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 83.3 casos por 100 mil (véase gráfica 31). Esto significa que el estado de México ocupó el sexto lugar con el nivel más bajo de incidencia en ambas enfermedades de todas las entidades del país.

Al igual que lo observado a escala nacional, la incidencia de las ETS clásicas en el estado de México es descendente. Así, entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 10.3 a 4.7 casos por 100 mil habitantes, mientras que la sífilis adquirida pasó de 1.9 a 0.4 casos por 100 mil en el mismo periodo. Cabe destacar que la incidencia de estas enfermedades en 1998 era 69.9 y 77.8 por ciento menor en el estado de México que la registrada para el ámbito nacional.

Gráfica 31.
Estado de México: 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

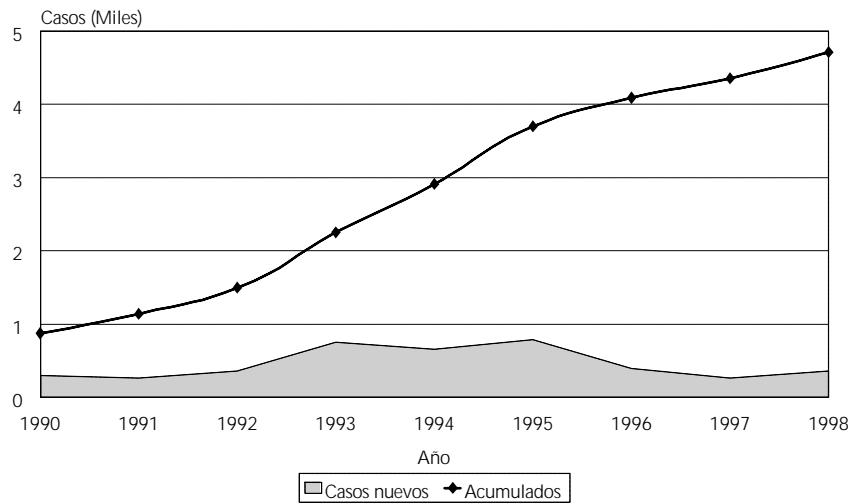
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en el país, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera 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 la República Mexicana, 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.

En el estado de México, el incremento en el número de casos de SIDA se ha producido de manera acelerada. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 4 712 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 8.5 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 37.5 por 100 mil en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). Este aumento ubicó al estado de México como la décima entidad con la tasa de incidencia acumulada más alta del país en 1998.

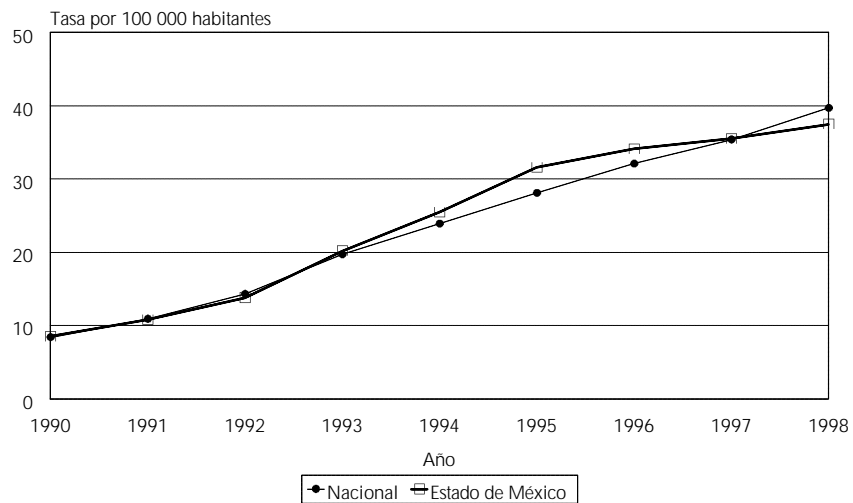
La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en el estado de México fue 37 por ciento mayor que lo registrado para el país (39.3% y 28.7%, respectivamente).

Gráfica 32.
Estado de México: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990 - 1998



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

Gráfica 33.
Estado de México: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990 - 1998



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

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

En el estado de México, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (80.2%); uno de cada seis casos (16.8%) fue contagiado por vía sanguínea; y 2.7 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual y homosexual concentraron, respectivamente, 30.7 y 30.5 por ciento; y un porcentaje menor (19.1%) fue por contacto bisexual. La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de cinco, es decir, había cinco hombres infectados por cada mujer.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 3 913 muertes en el estado de México,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 2.6 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.4 defunciones en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el décimo quinto lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general en la entidad.

La tasa de mortalidad masculina y femenina por esta causa presentaron una tendencia ascendente, al pasar la primera de 4.4 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 7.6 en

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	4712	100.0
Vía sexual	2292	80.2
Homosexual	876	30.7
Bisexual	545	19.1
Heterosexual	871	30.5
Vía sanguínea	481	16.8
Transfusión	303	10.6
Hemofílico	46	1.6
Usuario de drogas intravenosas	22	0.8
Donador remunerado	107	3.7
Exposición ocupacional	3	0.1
Homosexual/drogas	7	0.2
Perinatal	78	2.7
Subtotal	2858	100.0
No documentado	1854	39.3

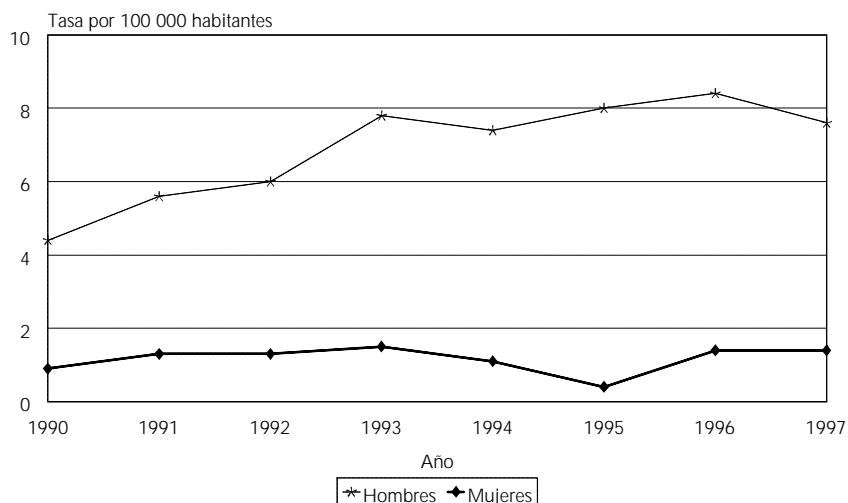
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

¹⁰ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

1997; mientras que la tasa de mortalidad femenina pasó de 0.9 a 1.4 defunciones por 100 mil habitantes en esos años (véase gráfica 34).

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 3 294 hombres y 619 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 60.2 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, mientras que casi la mitad de las mujeres (47.4%) tenía entre 20 y 34 años (véase cuadro 19).

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



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

Cuadro 19.
Estado de México: 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	0.6	0.4	1.5
1-4	0.4	0.2	1.6
5-14	1.0	0.8	2.3
15 - 19	0.9	0.8	1.1
20 - 24	8.0	7.9	8.3
25 - 29	19.6	20.1	16.7
30 - 34	22.3	22.2	22.4
35 - 39	18.0	17.9	18.3
40 - 44	11.6	11.6	11.8
45 - 49	7.6	7.8	6.3
50 - 64	8.7	8.8	8.3
65 y más	1.4	1.4	1.5

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 el país, 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.

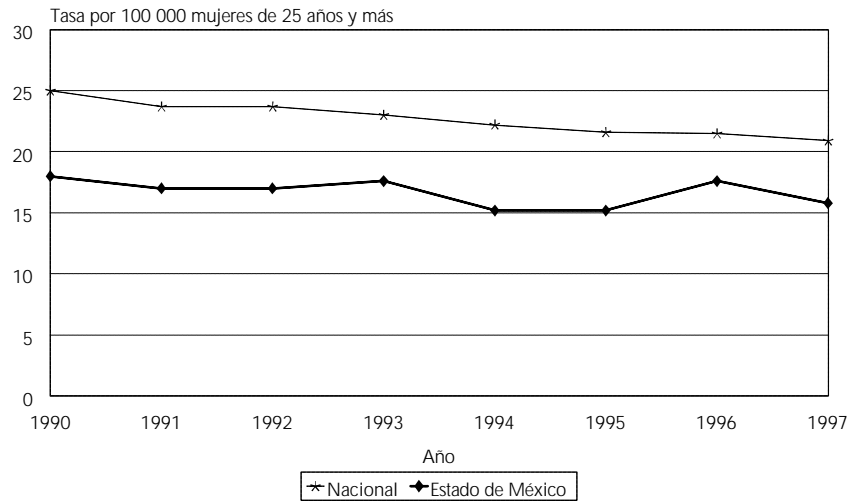
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento 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 estado de México, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento irregular con una tendencia descendente (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en el estado de México fue de 15.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que situó a la entidad en el tercer nivel más bajo de mortalidad por este cáncer en el país, sólo mayor al que se registró en Nuevo León y Zacatecas (14.8 en cada caso) y el Distrito Federal (15.1).

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.

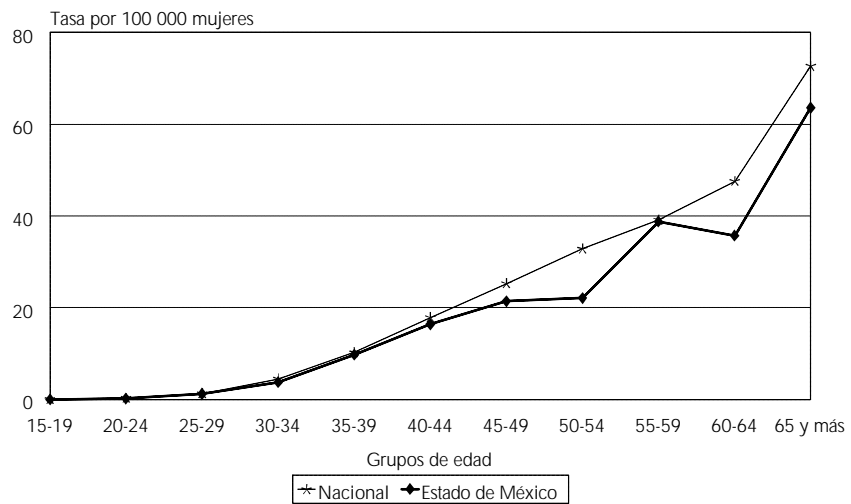
En el estado de México, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron, entre 1995 y 1997, un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional, destacando las mujeres entre 55 y 59 años, cuya tasa fue menor en 6.2 puntos porcentuales (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Estado de México: tasa de mortalidad
por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 1997



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

Gráfica 36.
Estado de México: tasa de mortalidad por cáncer
cérvico-uterino según grupos de edad, 1995-1997



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

Cáncer de la mama

El cáncer de la mama es una enfermedad que va en aumento en el país, la tasa de mortalidad ascendió en 1997 a 14.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que implicó la pérdida de más de tres mil vidas.

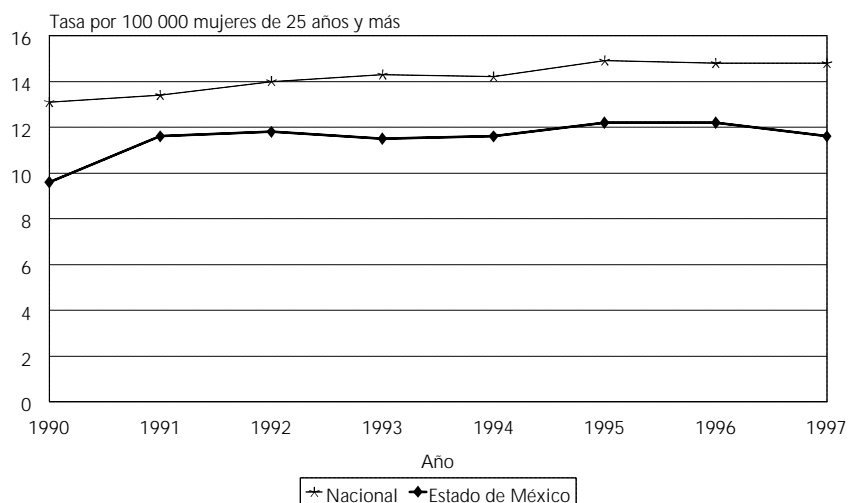
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En el estado de México, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró un comportamiento errático (véase gráfica 37). En 1997, la tasa de mortalidad fue de 11.6 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, situándose entre las 21 entidades con una mortalidad por esta patología menor que la registrada en toda la República.

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

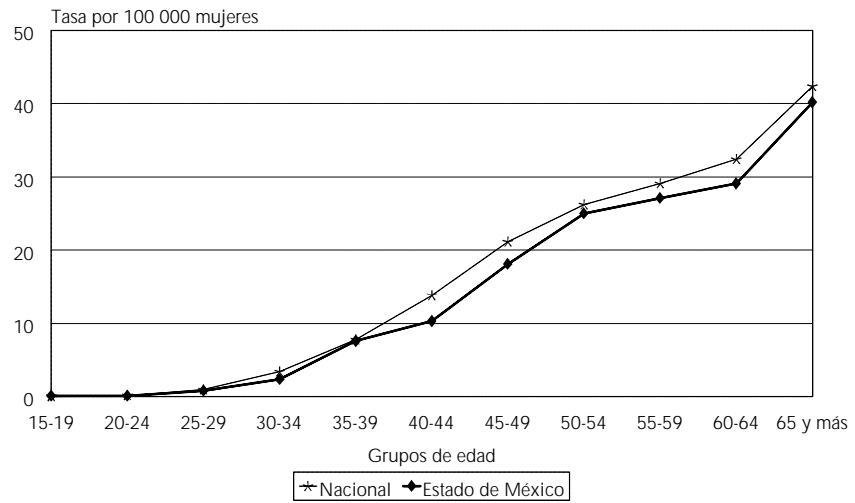
En el estado de México, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad mayor que el conjunto del país, destacando las mujeres de 65 años y más, cuya mortalidad por esta causa fue 11.1 puntos porcentuales mayor que la de sus homólogas del país (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Estado de México: tasa de mortalidad por cáncer de la mama, 1990 - 1997



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

Gráfica 38.
Estado de México: 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 estado de México 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 estado de México se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica y, de acuerdo a las previsiones de la fecundidad, está próxima a alcanzar el nivel de fecundidad de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (77.3%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹¹

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

- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Antes de los 18 años de edad, una de cada ocho mujeres de la generación más reciente ya había iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres inicien un embarazo estando solteras es elevada en esta entidad: alrededor de 19 por ciento en todas las generaciones bajo observación se encuentra en esta situación antes de los 25 años de edad.
- ✦ El uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres con paridad cero es muy bajo (21.4%), lo que sugiere que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población mexicana.
- ✦ El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres rurales. En ese grupo, una de cada dos mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres del país presentaron diez años atrás. Las mujeres sin escolaridad y que hablan alguna lengua indígena también presentaron menores niveles de prevalencia (57.6% y 60.4%, respectivamente). Estos resultados permiten afirmar que para una proporción importante de las mujeres rurales, sin escolaridad e indígenas el ejercicio

¹¹ Al respecto, véase FNUAP, *Estado de la Población Mundial 2000*, Nueva York, 2000.

de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad. En estos tres grupos, además de las mujeres menores de 25 años, se presentan los porcentajes más altos de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

En la dimensión de la salud materno-infantil, el estado de México se encuentra en un proceso intermedio en la medicalización de la atención prenatal y del parto (87.3% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 87.5% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997). Asimismo, el estado de México registra (junto con Baja California) el cuarto nivel más bajo de mortalidad infantil del país.

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

- ✦ El nivel de mortalidad materna es el cuarto más alto del país.
- ✦ Cerca de una de cada cuatro mujeres del medio rural y de baja escolaridad cursan su embarazo sin vigilancia prenatal.
- ✦ Entre las mujeres rurales que tuvieron atención prenatal, casi la mitad recibió menos de cinco consultas prenatales, lo que contraviene la Norma de salud respectiva.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, el estado de México se encuentra entre las entidades que registran las tasas de incidencia más bajas; sin embargo, con relación al VIH/SIDA, el estado ocupó la décima posición con la tasa de incidencia acumulada de SIDA más alta del país.

Respecto a otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registro entre 1990 y 1997 en el estado de México es menor al promedio nacional y, en 1997, registró el tercer nivel más bajo del país. Mientras tanto, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama ha sido menor que la registrada en el país en esos años.

Anexo estadístico

Datos gráfica 1.
Estado de México: tasa global de fecundidad, 1990-2000

Año	Nacional	Estado de México
1990	3.35	3.13
1991	3.25	3.02
1992	3.14	2.91
1993	3.04	2.80
1994	2.93	2.69
1995	2.82	2.56
1996	2.73	2.48
1997	2.65	2.41
1998	2.55	2.32
1999	2.48	2.25
2000	2.40	2.18

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Estado de México: 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	4.5	4.7
15	13.9	7.3
16	21.5	13.9
17	28.4	22.0
18	39.2	29.0
19	49.3	36.4
20	57.5	45.0
21	63.9	52.4
22	71.2	57.5
23	77.4	60.8
24	82.4	64.4
25	85.2	67.8

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

Datos gráfica 3.
Estado de México: 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	13.9	35.3	33.1	17.6
1958-1962	10.7	38.6	29.7	21.0
1963-1967	9.7	32.7	26.9	30.8
1968-1972	7.3	29.1	28.1	35.6

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

Datos gráfica 5.

Estado de México: 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 incompleta	21.5	51.4	15.0	12.1
Primaria completa	16.3	39.8	19.4	24.5
Secundaria y más	2.9	24.2	32.7	40.2
Rural	14.1	46.1	24.5	15.3
Urbano	7.7	28.9	27.9	35.5
Total	8.4	30.7	27.5	33.4

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

Datos gráfica 7

Estado de México: 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	2.6	2.4	2.5	0.8
16	6.0	4.4	4.7	2.9
17	10.9	9.6	9.5	7.1
18	21.2	16.3	16.1	12.8
19	31.5	26.0	25.2	19.8
20	39.9	42.0	32.9	28.4
21	50.8	49.7	40.1	37.5
22	56.7	57.3	49.0	47.4
23	63.7	64.2	56.9	53.7
24	71.5	69.8	64.3	58.1
25	79.2	75.7	67.3	61.4

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

Datos gráfica 8.

**Estado de México: 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	5.8	14.0	25.7	23.5	28.9	2.0
1958-1962	5.9	18.2	22.7	22.0	27.3	3.9
1963-1967	7.0	14.6	28.4	16.0	29.1	4.9
1968-1972	3.6	20.0	21.3	22.6	28.0	4.5

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

Datos gráfica 9.

**Estado de México: probabilidad acumulada de tener
un embarazo premarital antes de cumplir edades específicas, por generación**

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	2.0	0.1	0.4	0.4
16	3.2	0.5	1.4	1.1
17	3.3	1.8	2.4	3.3
18	5.9	2.8	4.4	4.6
19	9.3	6.8	7.1	6.3
20	11.1	13.2	10.0	7.5
21	13.6	15.8	12.3	12.7
22	14.6	18.4	15.1	16.0
23	16.0	19.3	17.3	18.0
24	17.4	20.3	19.4	18.8
25	19.3	20.8	19.6	19.3

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 21.
Estado de México: tasa
de mortalidad materna, 1990 - 1997

Año	Nacional	Estado de México
1990	5.4	7.2
1991	5.1	7.5
1992	5.0	5.4
1993	4.5	4.7
1994	4.8	7.3
1995	5.3	6.9
1996	4.8	6.6
1997	4.7	6.2

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

Datos gráfica 28.
Estado de México: tasa
de mortalidad infantil, 1990 - 2000

Año	Nacional	Estado de México
1990	36.6	32.2
1991	34.1	30.0
1992	33.2	29.2
1993	32.3	28.4
1994	31.4	27.6
1995	30.5	26.9
1996	29.3	25.7
1997	28.1	24.7
1998	26.9	23.7
1999	25.9	22.8
2000	24.9	22.0

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

Datos gráfica 31.
Estado de México: tasa de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990 - 1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sifilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	10.3	1.2	1.9	23.6	39.8
1991	4.8	2.0	1.5	46.1	61.1
1992	6.1	2.1	1.3	63.2	89.9
1993	6.0	1.7	1.8	66.7	105.2
1994	5.4	2.6	1.1	128.3	139.8
1995	4.1	2.1	1.2	98.4	92.7
1996	4.9	1.8	0.8	95.9	77.3
1997	3.9	2.2	1.0	141.1	83.1
1998	4.7	1.4	0.4	152.6	83.3

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

Datos gráfica 32.

Estado de México: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990 - 1998

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	297	874
1991	265	1139
1992	356	1495
1993	755	2250
1994	660	2910
1995	787	3697
1996	391	4088
1997	264	4352
1998	360	4712

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

Datos gráfica 33.

Estado de México: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990 - 1998

Año	Nacional	Estado de México
1990	7.4	8.5
1991	10.9	10.8
1992	14.3	13.8
1993	19.7	20.2
1994	23.9	25.5
1995	28.1	31.6
1996	32.1	34.1
1997	35.4	35.5
1998	39.7	37.5

Tasa por 100 000 habitantes.

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

Datos gráfica 34.

Estado de México: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	4.4	0.9
1991	5.6	1.3
1992	6.0	1.3
1993	7.8	1.5
1994	7.4	1.1
1995	8.0	1.1
1996	8.4	1.4
1997	7.6	1.4

Tasa por 100 000 habitantes.

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

Datos gráfica 35.

Estado de México: tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 1997

Año	Nacional	Estado de México
1990	25.0	18.0
1991	23.7	17.0
1992	23.7	17.0
1993	23.0	17.6
1994	22.2	15.2
1995	21.6	15.2
1996	21.5	17.6
1997	20.9	15.8

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.

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

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

Edad	Nacional	Estado de México
15-19	0.0	0.0
20-24	0.5	0.2
25-29	1.1	1.2
30-34	3.6	3.8
35-39	10.9	9.8
40-44	16.8	16.4
45-49	22.4	21.4
50-54	27.0	22.1
55-59	45.0	38.8
60-64	41.4	35.7
65 y más	69.0	63.6

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

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

Año	Nacional	Estado de México
1990	13.1	9.6
1991	13.4	11.6
1992	14.0	11.8
1993	14.3	11.5
1994	14.2	11.6
1995	14.9	12.2
1996	14.8	12.2
1997	14.8	11.6

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

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

Edad	Nacional	Estado de México
15-19	0.0	0.1
20-24	0.1	0.1
25-29	0.9	0.8
30-34	3.4	2.4
35-39	7.8	7.6
40-44	13.8	10.3
45-49	21.1	18.1
50-54	26.2	25.0
55-59	29.1	27.1
60-64	32.4	29.1
65 y más	42.4	40.2

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
Estado de México

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.