

Cuadernos de salud reproductiva

San Luis Potosí



Consejo Nacional de Población

**Créditos de la elaboración de
Cuadernos de Salud Reproductiva
*San Luis Potosí***

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

Formación y revisión: Elba Aguilar, Esteban Assadourian,
Ma. Eulalia Mendoza, Martha Mora, Myrna Muñoz,
Virginia Muñoz 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



© 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
San Luis Potosí

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-518-0

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

Consejo Nacional de Población

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

LIC. VÍCTOR LICHTINGER WAISMAN
Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales

SR. JAVIER USABIAGA ARROYO
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

LIC. BENJAMÍN GONZÁLEZ ROARO
Director General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

DR. SANTIAGO LEVY ALGAZI
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

DR. JAVIER MOCTEZUMA BARRAGÁN
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos
y Presidente Suplente del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

MTRO. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

DR. JAVIER MOCTEZUMA BARRAGÁN
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

LIC. ELENA ZÚÑIGA H.
Directora General de Estudios de Población

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

ARO. JORGE ESCANDÓN B.
Director de Estudios Socioeconómicos
y Regionales

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	23
Número ideal de hijos e hijas	23
Deseo de más hijos o hijas	25
3 Práctica anticonceptiva	27
Conocimiento de métodos anticonceptivos	27
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	30
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	34
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	36
Anticoncepción posparto	38
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	40
4 Salud materna	43
Nivel de la mortalidad materna	43
Causas de mortalidad materna	45
Aborto	46
5 Atención a la mujer embarazada	47
Atención prenatal	47
Cobertura institucional de la atención prenatal	49

Inicio de la atención prenatal	49
Intensidad y calidad de la atención prenatal	50
Atención del parto	52
Lugar de atención del parto	53
Tipo de parto	54
Atención durante el puerperio	55
6 Lactancia materna	57
Edad de la ablactación	59
7 Mortalidad infantil	60
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	63
VIH/SIDA	64
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	69
Cáncer cérvico uterino	69
Cáncer de la mama	71
Conclusiones	73
Anexo estadístico	75
Nomenclatura de las entidades federativas	81

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.

La política de población 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.

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 San Luis Potosí y está organizado en nueve apartados, en los que se analiza la fecundidad e inicio de la vida reproductiva; las preferencias reproductivas; la práctica de la anticoncepción; la salud materna; la atención a la mujer embarazada; la práctica de la lactancia; la mortalidad infantil; las enfermedades de transmisión sexual; y el cáncer cérvico uterino y de la mama.

La Secretaría General del CONAPO confía en que los resultados de este estudio serán de utilidad para orientar los esfuerzos que llevan a cabo tanto las instituciones gubernamentales como la sociedad civil en las entidades federativas, con el objeto de contribuir a garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las personas.

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

El análisis de los factores determinantes de las diferentes dimensiones de la salud reproductiva supera con mucho el alcance de este documento, cuyo propósito principal es dar un panorama general del estado de la salud reproductiva en San Luis Potosí, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), a su nivel de escolaridad y a su condición de hablante 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 SSA, *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, México, mayo 1994, p. 15.

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, sin embargo, en San Luis Potosí este proceso no ha tenido el mismo ritmo. En 1995, casi 58 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; asimismo, de las 7 193 localidades censadas en el estado, 92.5 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 22.3 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, pero San Luis Potosí mantenía un rezago en este rubro. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 6.8 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. San Luis Potosí presenta el noveno nivel de escolaridad más bajo del país, tres años menor que el del Distrito Federal (9.8 años de escolaridad promedio), que es la entidad que presenta el mayor nivel en este indicador. En 1997, 11.3 por ciento de la población potosina no había asistido a la escuela, 25.3 por ciento no había concluido la primaria, 19.5 por ciento terminó la instrucción primaria, 21.3 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 22.6 por ciento tenía estudios superiores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 6.9 para los hombres y de 6.7 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es ligeramente mayor entre las mujeres que entre los hombres: 12.1 y 10.4 por ciento, respectivamente.³

San Luis Potosí es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de treinta lenguas indígenas en el estado, cinco de las cuales eran habladas por más de cien personas de cinco años y más, y tres por más de mil: Nahuatl (131.4 mil), Huasteco (74 mil) y Pame (7.2 mil). Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en San Luis Potosí poco más de uno de cada diez habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (11.7% de

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

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

los hombres y 10.6% de las mujeres). La población monolingüe constituye 0.8 por ciento de la población total (1.1% entre las mujeres y 0.5% entre los varones).

Un indicador que refleja las condiciones socioeconómicas que prevalecen en la entidad es el índice de marginación. Al respecto, cabe desatacar que San Luis Potosí es el noveno estado con el mayor índice de marginación del país, después de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Yucatán, Puebla y Campeche, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La marginación alta y muy alta es una realidad que caracteriza a 26 de los 58 municipios de la entidad, en los cuales reside una cuarta parte de los habitantes del estado. Tan sólo en los municipios de marginación muy alta, vive 13.7 por ciento de la población del estado. Por su parte, 35 por ciento de los habitantes de la entidad reside en alguno de los 28 municipios cuya marginación es media, y cuatro de cada diez habitantes viven en los municipios de Cárdenas, Matehuala, San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez, que son los únicos que presentan un índice de marginación bajo o muy bajo.⁴

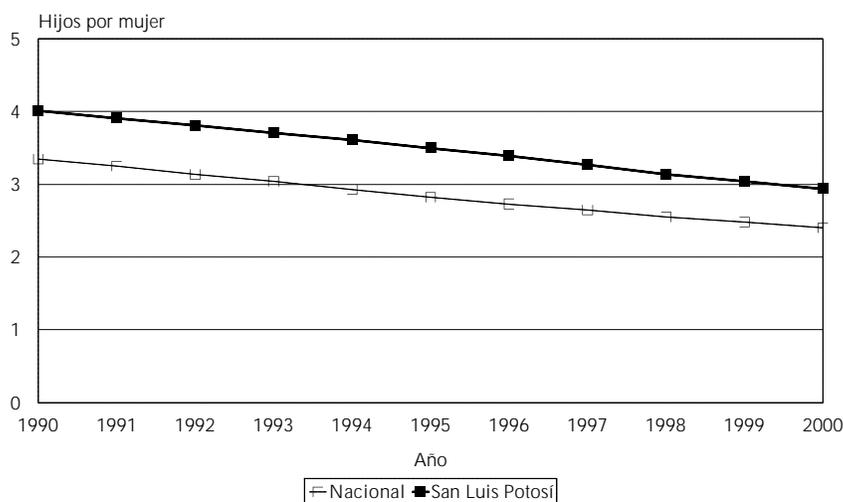
⁴ CONAPO/Progres. *Índices de marginación, 1995*, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

La fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico registrado en México durante las últimas décadas. La tasa global de 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 para el año 2000 se estima que se sitúa en 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En San Luis Potosí las mujeres también redujeron el tamaño de la descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 4.01 hijos por mujer en 1990 a 3.81 en 1992; descendió a 3.27 hijos en 1997, y para el año 2000 se estima en 2.94 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a San Luis Potosí del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de poco menos de dos hijos en 1990, a 1.14 hijos en el año 2000. No obstante, el nivel de la fecundidad de San Luis Potosí en este último año es equivalente a la fecundidad nacional de 1994, lo que equivale a un rezago de seis años. San Luis Potosí presentó, junto con Chiapas, el tercer nivel más alto de fecundidad del país, únicamente por debajo de Puebla y Guerrero (véase gráfica 2).

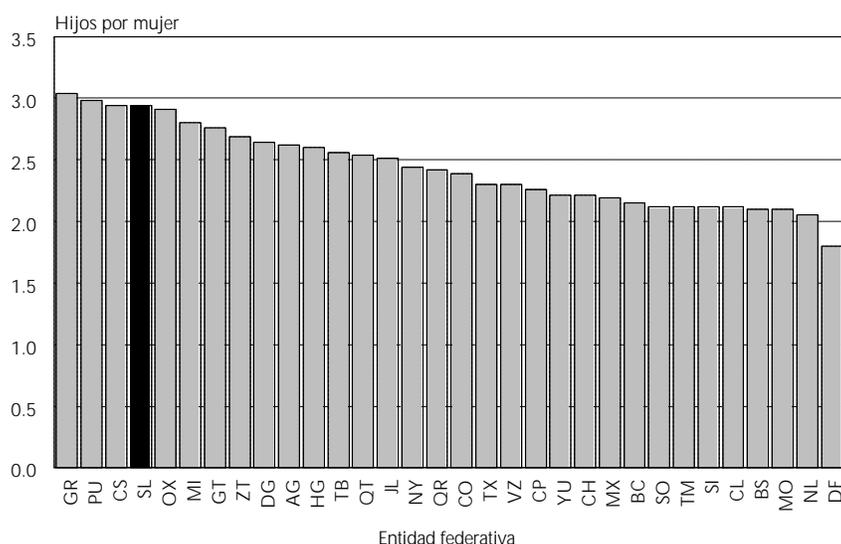
Gráfica 1.
San Luis Potosí: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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.

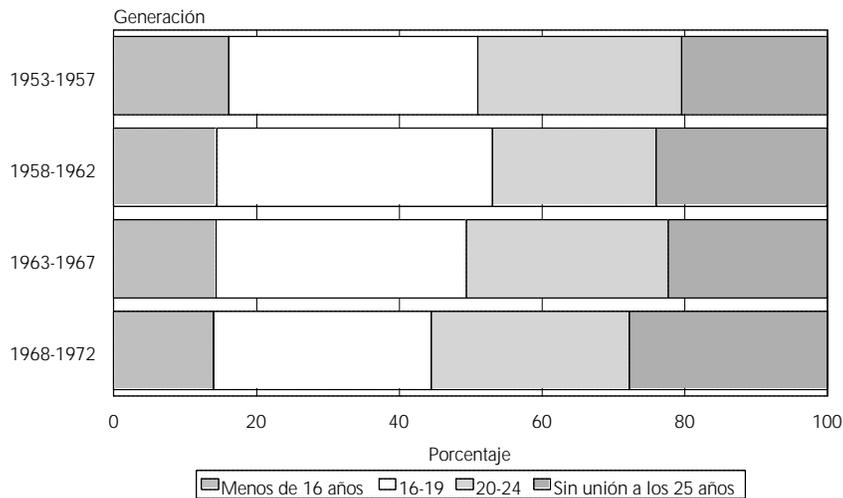
Edad a la primera unión

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 México, el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor de un año: la edad mediana a la primera unión de las mujeres nacidas entre 1953-1962 fue de 20.2 años; para la cohorte nacida entre 1963-1967 fue de 20.8; y para la generación 1968-1972 fue de 21.3 años.

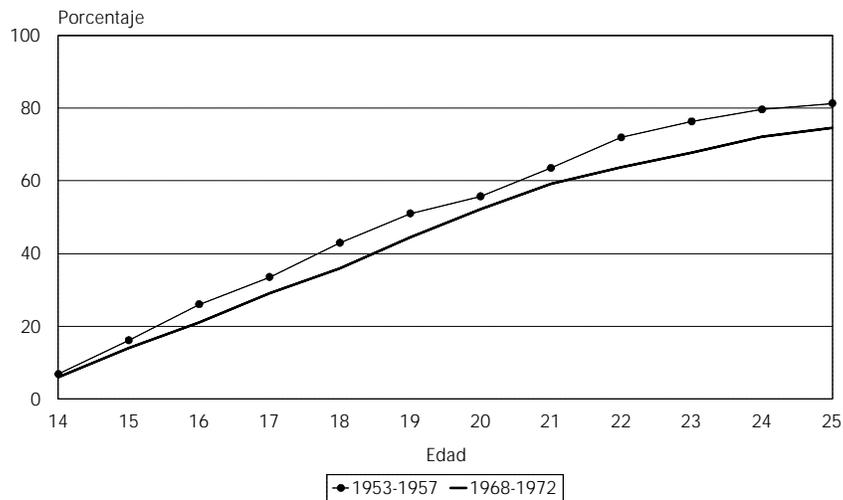
En el caso de San Luis Potosí, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un retraso de casi un año en la edad mediana a la primera unión (de 19.8 a 20.7 años). Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la ligera disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas para las generaciones más recientes: mientras que 51 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 44.5 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 16.1 en la generación 1953-1957 a 14 por ciento en la generación 1968-1972 (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
San Luis Potosí: 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.

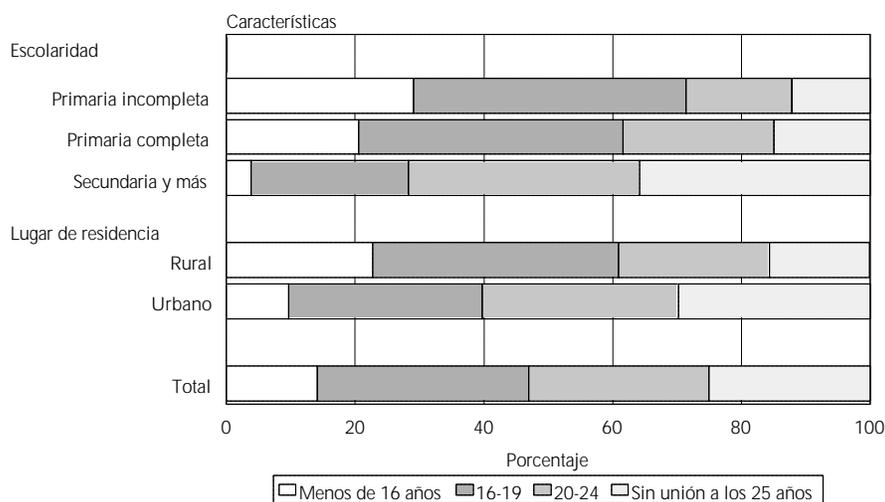
Gráfica 4.
San Luis Potosí: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

Al igual que en el ámbito nacional, en San Luis Potosí el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Poco menos de una de cada cuatro y seis de cada diez mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unieron antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a una y a cuatro de cada diez, en cada caso (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 28.3 por ciento de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor asciende a 71.4 por ciento.

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



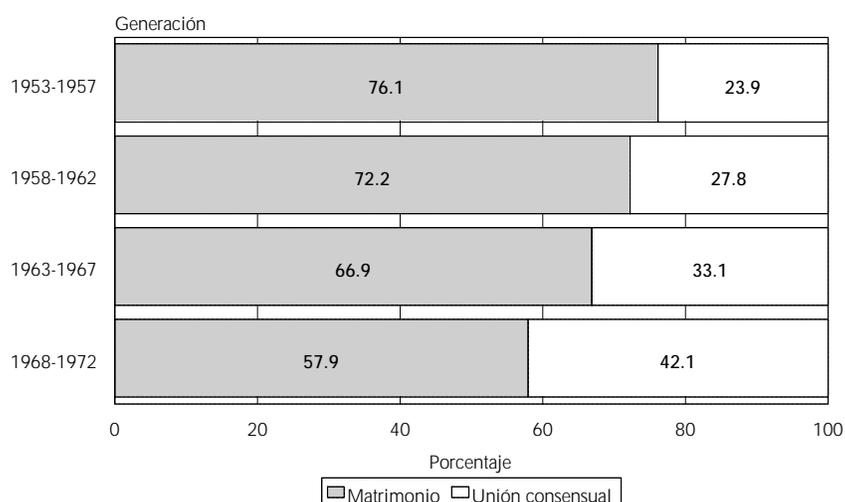
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En San Luis Potosí, 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, 23.9 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a más de cuatro de cada diez (42.1%), cifra mayor a la observada para el país en su conjunto (36.3%).

Gráfica 6.

San Luis Potosí: distribución porcentual de las mujeres que se unieron o casaron antes de los 25 años de edad según tipo de primera unión, por generación, 1997



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

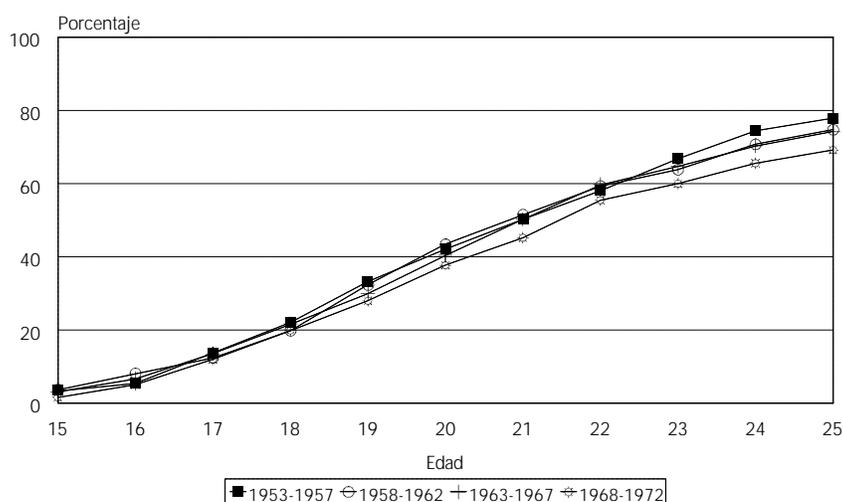
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En San Luis Potosí se ha registrado un ligero retraso 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: 42.1 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que 37.7 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 alrededor de una de cada cinco tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

La iniciación temprana de la maternidad tiene múltiples repercusiones negativas tanto para los individuos y sus trayectorias de vida, como para la sociedad en su conjunto. El embarazo en la adolescencia temprana está asociado a un mayor riesgo para la salud de la madre y de su descendencia. Asimismo, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer. En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y 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.

Gráfica 7.
San Luis Potosí: 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 laENADID, 1997.

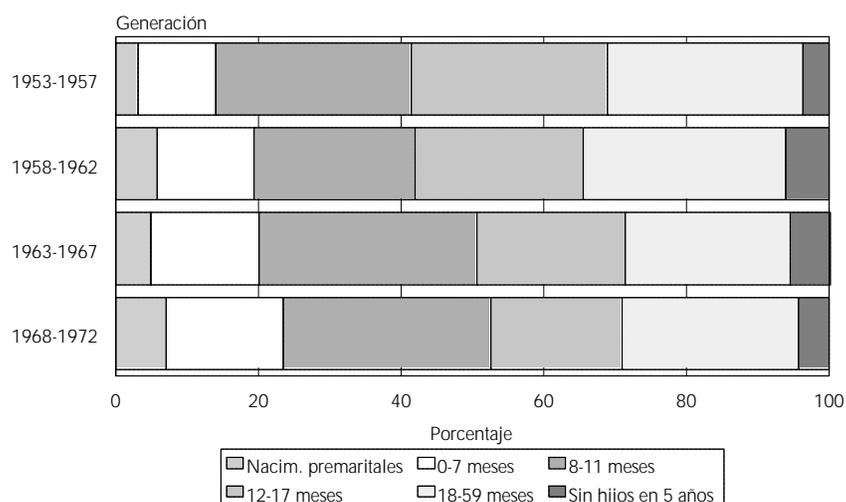
Intervalo protogenésico

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

El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que, en San Luis Potosí, la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones analizadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio, lo cual indica que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido en esta entidad (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).

Gráfica 8.

San Luis Potosí: 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)



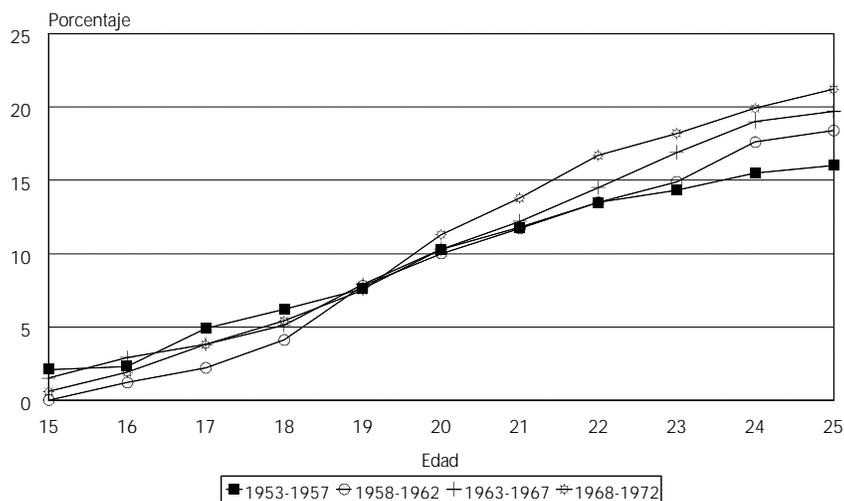
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

En San Luis Potosí, al igual que en el ámbito nacional, las mujeres unidas de la generación más reciente tienden a presentar una mayor proporción de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende por mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje asciende a 23.8, mientras que en la de mayor edad es de 14 por ciento. Aún cuando los datos sugieren que tanto los nacimientos de madres solteras, como las concepciones premaritales, están aumentando en San Luis Potosí, esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

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 San Luis Potosí, se observa una tendencia a que aumente la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 16.0 por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1953-1957, mientras que para las mujeres de las generaciones más recientes (1963-1967 y 1968-1972) esta cifra ascendió a 19.7 y 21.2 por ciento, respectivamente.

En esta entidad, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años se ha mantenido en alrededor de una de cada diez. Sin embargo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia tiende a ser mayor entre las mujeres más jóvenes. Una de cada cuatro mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, en tanto que esta relación aumentó a tres de cada diez para la generación 1968-1972.⁶

Gráfica 9.
San Luis Potosí: 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 de San Luis Potosí fue de 3.7, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en San Luis Potosí, es prácticamente el mismo que la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.6 hijos), y se encuentra por encima del nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.7 hijos).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 40 a 44 y de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.2 y 4.8 hijos e hijas, respectivamente, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, así como las mujeres de 20 a 24 años, mostraron preferencias por familias menos numerosas (3 y 3.1 hijos e hijas, para cada grupo de edad). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon 5.3 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia menor de tres (2.9 en promedio), esto es 2.4 hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres con bajos niveles de escolaridad (con primaria incompleta y sin escolaridad) presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que en los niveles de escolaridad mayores (primaria completa y secundaria y más) predominan mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.7	3.6
Grupo de edad		
15-19*	3.0	0.8
20-24	3.1	1.5
25-29	3.2	2.6
30-34	3.5	3.4
35-39	3.9	4.3
40-44	4.2	5.1
45-49	4.8	6.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	5.3	5.7
Primaria incompleta	4.5	5.0
Primaria completa	3.6	3.4
Secundaria y más	2.9	2.3
Lugar de residencia		
Rural	4.4	4.4
Urbano	3.2	3.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.2	4.0
No habla	3.6	3.6

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4.4 y 3.2, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (4.2) respecto a las que no lo hacen (3.6).

Alrededor de cuatro de cada diez mujeres con dos y tres hijos(as), así como más de la mitad de las mujeres que ya tenían cuatro, declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, 37.8 por ciento de las mujeres con tres hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada, al igual que 57 por ciento de las mujeres con dos hijos(as). Por el contrario, para 42.2 por ciento de las mujeres con cinco o más descendientes 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 (25% y 26.7%, respectivamente), mientras que sólo 1.3 por ciento del total de mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

Cuadro 2.
San Luis Potosí: 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	1.3	3.5	25.0	26.7	21.0	22.4
0*	4.2	9.7	45.1	21.7	11.7	7.6
1	1.2	9.2	39.2	36.9	9.0	4.3
2	1.5	2.0	39.5	30.9	19.2	6.9
3	1.3	2.9	14.0	44.0	27.1	10.7
4	0.5	2.2	17.7	11.2	53.4	15.0
5 y más	1.1	1.4	13.3	14.4	12.0	57.8

* Menos de 100 casos en muestra.

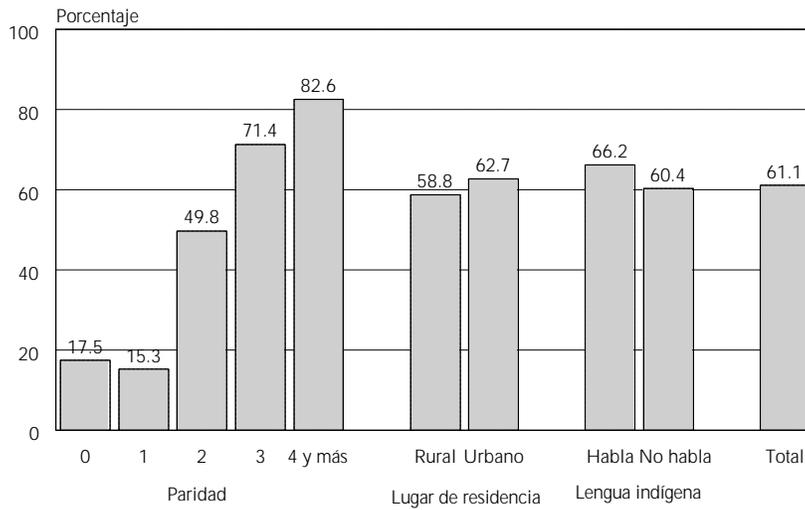
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En San Luis Potosí la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (61.1%) se encuentra con paridad satisfecha debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres que residen en el ámbito urbano (62.7%) con respecto a las que habitan en localidades rurales (58.8%). También, las mujeres que hablan alguna lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (66.2%), siendo este porcentaje mayor en casi seis puntos porcentuales al de las mujeres que no lo hacen.

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

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

En el estado de San Luis Potosí, 96.7 por ciento de mujeres en edad fértil declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que prácticamente no se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos, con excepción de las mujeres sin escolaridad, quienes presentan un valor de 15 puntos porcentuales menor al que registran las mujeres con estudios de secundaria y más (84.3% y 99.5%, respectivamente); así como las mujeres que hablan alguna lengua indígena, cuya diferencia respecto a las que no lo hacen es de 14.2 puntos porcentuales: 83.8 y 98 por ciento, respectivamente.

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en San Luis Potosí continúa siendo el más popular: 93.4 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importancia el dispositivo intrauterino (DIU) (89.6%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (88.6%), las inyecciones (86.9%) y los condones (86.4%). Entre 1992 y 1997, se

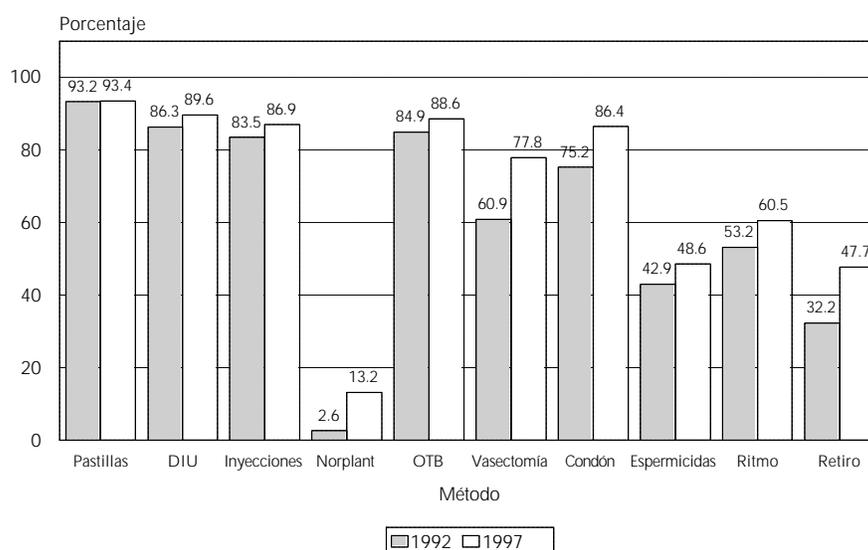
registra un incremento importante en el porcentaje de mujeres que conoce la vasectomía y los condones, con aumentos de 16.9 y 11.2 puntos porcentuales. El Norplant, los métodos naturales (como ritmo y retiro), y los espermicidas, son los que menos conocen las mujeres de San Luis Potosí (véase gráfica 11).

Cuadro 3.
San Luis Potosí: 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	96.7
Grupo de edad		
15-19	93.1	95.2
20-24	96.7	95.9
25-29	98.1	98.7
30-34	98.9	99.0
35-39	97.5	97.2
40-44	94.5	96.0
45-49	93.1	94.6
Paridad		
0	93.9	93.9
1	96.2	97.5
2	99.3	98.7
3	99.3	99.5
4 y más	95.8	97.5
Escolaridad		
Sin escolaridad	84.8	84.3
Primaria incompleta	94.5	93.2
Primaria completa	96.2	96.4
Secundaria y más	99.0	99.5
Lugar de residencia		
Rural	92.6	92.6
Urbano	98.4	99.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	83.8
No habla	n.d.	98.0

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

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



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

El menor conocimiento de métodos de planificación familiar en el ámbito rural se refleja en todos los métodos anticonceptivos. Los métodos que más de ocho de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron las pastillas, el DIU, las inyecciones y la OTB, para el resto de los métodos los porcentajes fueron más bajos, llegando a menos de 30 por ciento en el caso del retiro y los espermicidas, y de apenas seis por ciento en el caso del Norplant (véase cuadro 4).

En las localidades urbanas, los métodos modernos de uso femenino son los más conocidos. Las pastillas, el DIU, las inyecciones, los condones y la OTB son conocidos por más de nueve de cada diez mujeres en edad fértil. Un porcentaje menor conoce la vasectomía (84.9%), siguiendo en importancia el ritmo (73.3%), los espermicidas (60.2%) y el retiro (59.2%).

Cuadro 4.
San Luis Potosí: 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	93.2	89.0	96.2	93.4	86.3	97.4
DIU	86.3	78.5	92.1	89.6	83.3	93.2
Inyecciones	83.5	77.7	87.8	86.9	80.2	90.7
Norplant	2.6	0.5	4.2	13.2	6.0	17.3
OTB	84.9	78.4	89.7	88.6	83.5	91.5
Vasectomía	60.9	42.1	74.6	77.8	65.1	84.9
Condomes	75.2	58.4	87.5	86.4	73.5	93.6
Espermicidas	42.9	27.3	54.2	48.6	28.0	60.2
Ritmo	53.2	36.5	65.3	60.5	37.8	73.3
Retiro	32.2	19.4	41.6	47.7	27.2	59.2

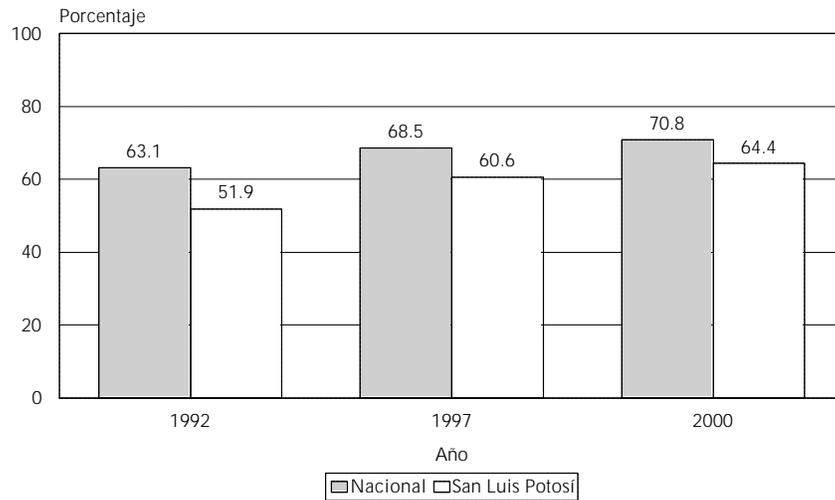
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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 este porcentaje ascendió a 70.8 por ciento en el año 2000 (véase gráfica 12).

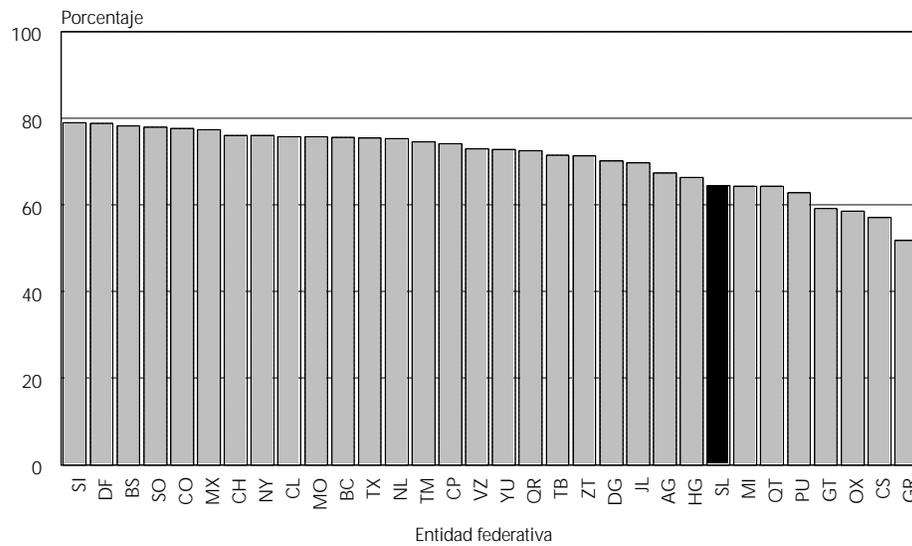
San Luis Potosí es una de las entidades federativas del país que se encuentran más rezagadas en el proceso de adopción de la planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 51.9 por ciento, cifra que ascendió a 60.6 en 1997, y se estima que en el año 2000 fue de 64.4 por ciento, lo que ubica a la entidad en el séptimo nivel más bajo de prevalencia anticonceptiva del país. (véase gráfica 13). Cabe destacar que México registró un nivel de prevalencia similar al de San Luis Potosí a inicios de los años noventa, lo que da cuenta de aproximadamente siete años de diferencia en el proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva entre ambos contextos.

Gráfica 12.
San Luis Potosí: 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 laENADID, 1992 y 1997.

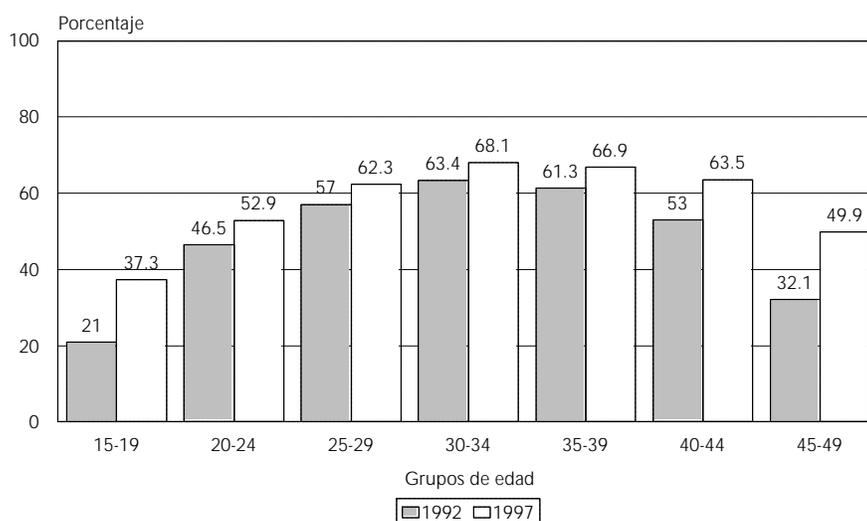
Gráfica 13.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usa métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Otro aspecto que llama la atención en el estado de San Luis Potosí es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva: menos de cuatro de cada diez mujeres menores de 20 años usa anticonceptivos, aunque este último porcentaje experimentó un aumento significativo entre 1992 y 1997 (véase gráfica 14); asimismo, menos de una de cada cinco mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos. La práctica inexistente de postergar el nacimiento del primer hijo, aunada al matrimonio y la fecundidad temprana, caracteriza la conducta reproductiva de las mujeres potosinas.

Gráfica 14.
San Luis Potosí: 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 laENADID, 1992 y 1997.

Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a bajos niveles de regulación de la fecundidad. Así, la planeación del número y espaciamiento de los nacimientos es una práctica que sólo ha sido incorporada por 37.5 por ciento de las mujeres sin escolaridad del estado de San Luis Potosí, así como por cuatro de cada diez mujeres unidas que hablan una lengua indígena, y por la mitad de las mujeres que residen en localidades rurales (véase cuadro 5).

Los niveles de uso de las mujeres más favorecidas del desarrollo social, como son las mujeres con secundaria o más y las mujeres que residen en localidades urbanas, cuyos porcentajes de utilización son 72.1 y 67.7 por ciento respectivamente, presentan niveles de utilización ligeramente menores a los que registran sus homólogas del país. Las diferencias en los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos entre estas mujeres y las de los grupos sociales opuestos son muy acentuadas; sin embargo, cabe señalar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva observada entre 1992 y 1997, se registró en el medio rural, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción.

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

Características	1992	1997
Total	51.9	60.6
Grupo de edad		
15-19*	21.0	37.3
20-24	46.5	52.9
25-29	57.0	62.3
30-34	63.4	68.1
35-39	61.3	66.9
40-44	53.0	63.5
45-49	32.1	49.9
Paridad		
0*	18.7	15.1
1	46.8	54.0
2	64.4	63.8
3	61.4	72.9
4 y más	50.2	62.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	34.2	37.5
Primaria incompleta	45.4	52.1
Primaria completa	47.1	59.0
Secundaria y más	69.1	72.1
Lugar de residencia		
Rural	39.4	50.0
Urbano	62.5	67.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	39.1
No habla	n.d.	63.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en San Luis Potosí en 1997 es similar al patrón nacional, la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (37.3%), el DIU representó el segundo método más utilizado (26.8%), seguido por los métodos naturales (13.1%) y la pastilla (12.5%). Es importante señalar que, entre 1992 y 1997, la participación relativa de la pastilla se redujo en 5.1 puntos porcentuales, en tanto que la OTB incrementó su participación en la estructura de uso en 4.5 puntos (véase cuadro 6).

Cuadro 6.
San Luis Potosí: 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	17.6	21.6	15.6	12.5	13.0	12.2
DIU	25.0	21.8	26.6	26.8	33.2	23.8
Inyecciones	6.3	7.8	5.5	4.0	5.2	3.4
Locales	0.3	0.0	0.5	0.3	0.3	0.3
Condomes	5.5	3.1	6.7	4.9	3.6	5.6
OTB	32.8	35.4	31.5	37.3	35.5	38.1
Vasectomía	0.2	0.0	0.3	1.1	0.0	1.6
Naturales	12.2	10.4	13.2	13.1	9.1	15.0

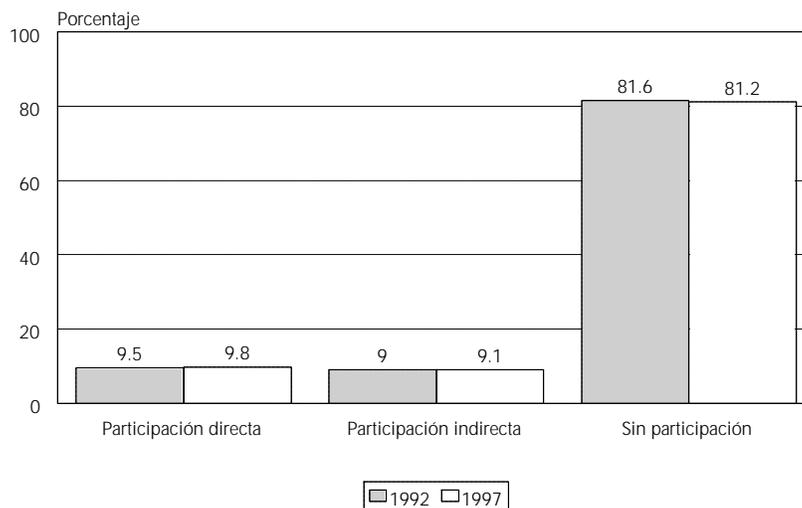
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el uso de métodos modernos era ligeramente mayor en la zona rural que en la urbana (90.9% y 85%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: el aumento en la participación del DIU (de 21.8% a 33.2%) y la reducción en la participación de la pastilla (de 21.6% a 13%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento de la OTB (de 31.5% a 38.1%) y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla y al DIU para regular su fecundidad.

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son en su mayoría para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.1 y 4.9 por ciento de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos en San Luis Potosí. 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 casi 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 9.8 por ciento de las usuarias y en el segundo 9.1 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa e indirecta del varón permaneció prácticamente sin cambios entre 1992 y 1997.

Gráfica 15.

San Luis Potosí: distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por tipo de participación del varón, 1992 y 1997



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

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

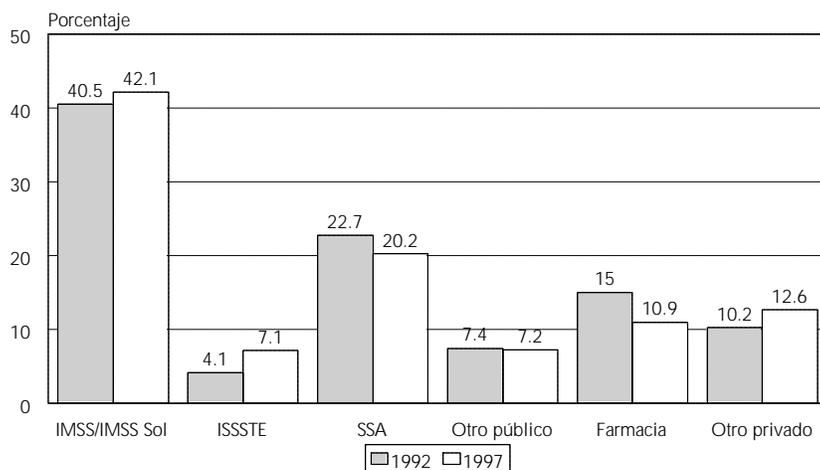
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en San Luis Potosí incrementaron ligeramente su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 74.7 por ciento en 1992 a 76.6 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 25.3 a 23.4 por ciento entre esos años.

Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS, que atendió a 42.1 por ciento de las usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a una de cada cinco. Entre 1992 y 1997, tanto el IMSS como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) incrementaron su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, en tanto que la SSA redujo ligeramente su peso relativo (véase gráfica 16).

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



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

En el área rural, la SSA perdió importancia frente al IMSS durante el periodo 1992-1997, con lo que el IMSS pasó a ser la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos. En el ámbito urbano el IMSS fue la principal fuente de obtención, tanto en 1992 como en 1997, aunque en

este último año redujo ligeramente su importancia relativa; el IMSS atendió en 1997 a 42 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos, el sector privado 29.8 por ciento y la Secretaría de Salud 13.1 por ciento (véase cuadro 7).

Cuadro 7.
San Luis Potosí: 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	40.5	36.6	42.6	42.1	42.3	42.0
ISSSTE	4.1	2.4	5.1	7.1	5.1	8.1
SSA	22.7	39.5	13.9	20.2	34.3	13.1
Otro público	7.4	10.7	5.7	7.2	7.5	7.1
Farmacia	15.0	8.0	18.7	10.9	4.0	14.3
Otro	10.2	2.8	14.1	12.6	6.8	15.5

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

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de nueve de cada diez usuarias del DIU y de más de ocho de cada diez usuarias de la OTB (véase cuadro 8). Por su parte, la mitad de las usuarias de pastillas y condones obtienen el método en el sector privado.

Cuadro 8.
San Luis Potosí: 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	76.6	23.4
Pastillas	48.3	51.7
DIU	90.7	9.3
Inyecciones	-	-
Condomes*	48.9	51.1
OTB	81.6	18.4

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Anticoncepción posparto

A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar 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

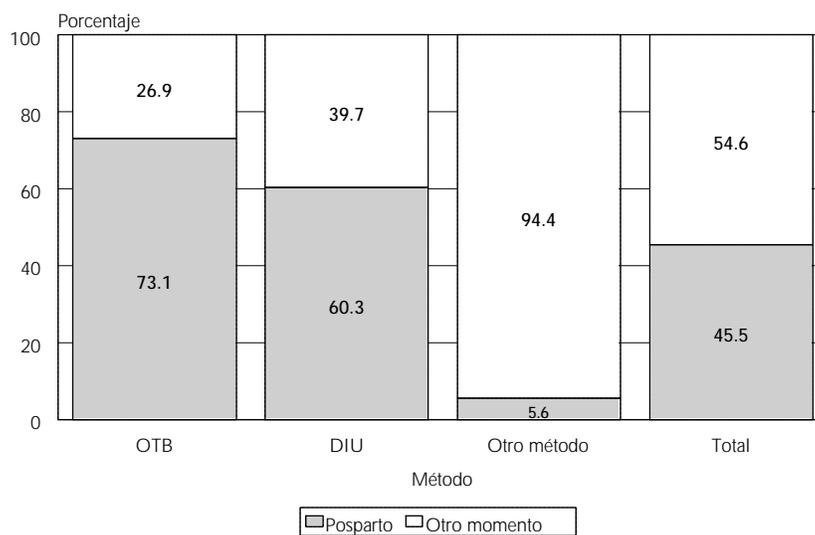
La importancia de estos programas en San Luis Potosí se manifiesta en el hecho de que 45.5 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, poco menos de tres de cada cuatro usuarias de la OTB (73.1%) y seis de cada diez usuarias del DIU (60.3%) comenzaron el uso del método en ese momento.

Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, 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 San Luis Potosí, más de ocho de cada diez mujeres (81.7%) que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo nacido vivo durante el periodo 1994-1997, declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y siete de cada diez (70.3%) reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

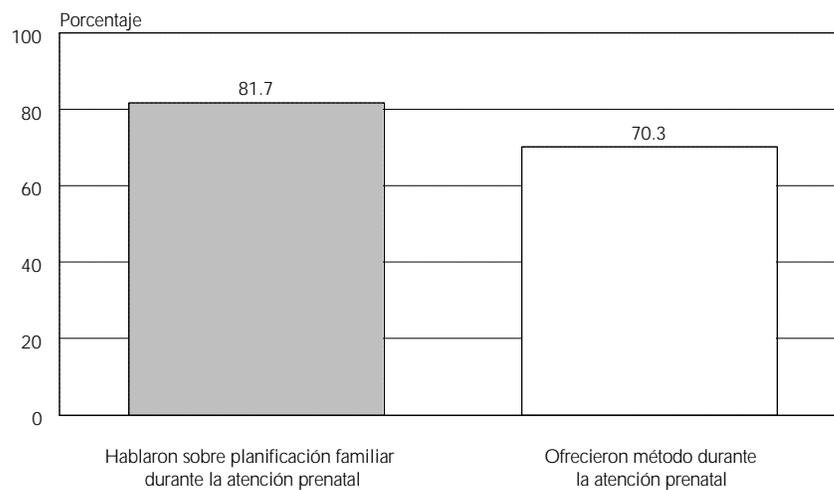
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



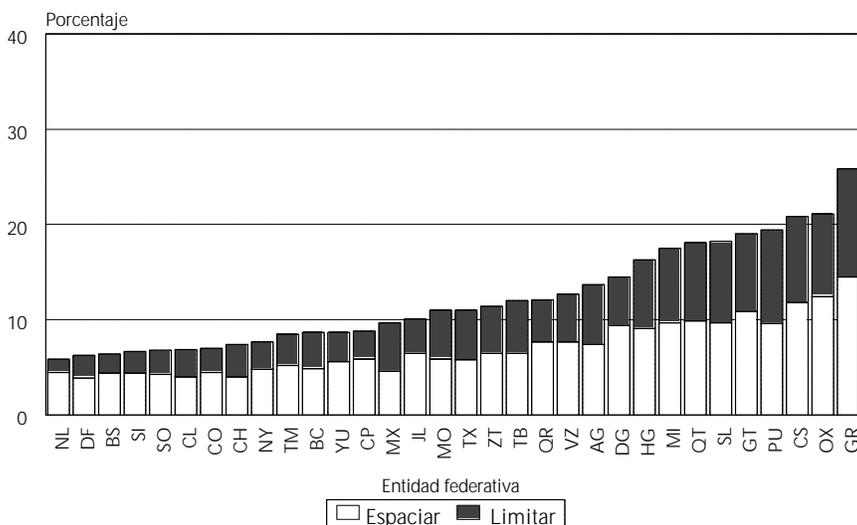
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 expuesta a un embarazo, situación que se conoce como demanda insatisfecha. Uno de los principales propósitos de la política de población ha sido abatir la demanda insatisfecha debido a que expresa limitaciones en el ejercicio de los derechos reproductivos. En 1987, una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas (25.1%), presentaba demanda insatisfecha en el país, en tanto que diez años después esta proporción se redujo a más de la mitad, es decir a 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en San Luis Potosí, para el año de 1997, fue del orden de 18.2 por ciento, lo que ubicó a la entidad con el sexto mayor porcentaje de mujeres en esta situación 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 según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: a) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyos valores son particularmente elevados, y mayores a la media estatal, en los tres grupos de edad menores de 30 años: 37.7, 30.6 y 21.4 por ciento para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29, respectivamente; b) las mujeres que hablan una lengua indígena son las que presentan un mayor porcentaje de demanda insatisfecha: entre ellas, casi cuatro de cada diez se encuentran en esta situación (37.8%); c) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es más del doble del que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); d) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha, las mujeres sin escolaridad registran un nivel de demanda casi tres veces el de aquellas con secundaria y más; y, e) las mujeres con un hijo(a) presentan el mayor nivel de demanda insatisfecha (26.9%) en relación con las mujeres de cualquier otra paridad.

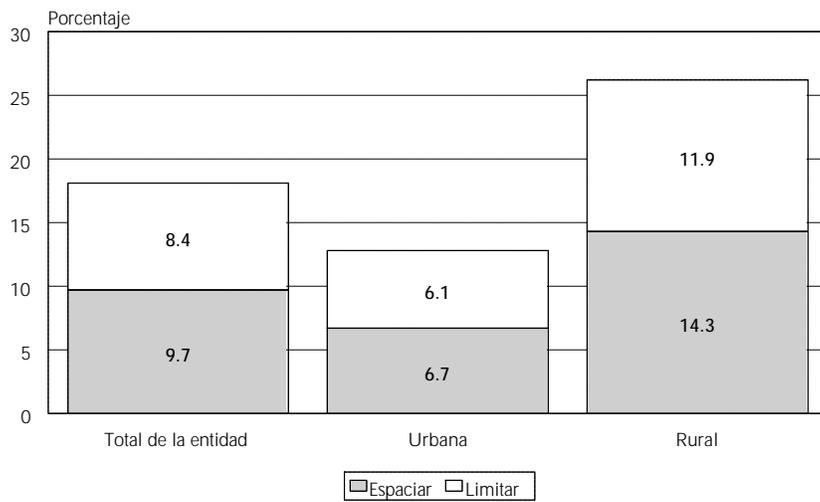
Cuadro 9.
San Luis Potosí: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	60.6	27.7	32.9	18.2	9.7	8.5	7.7	12.2	1.4
Edad quinquenal									
15-19*	37.3	37.3	0.0	37.7	37.7	0.0	22.5	0.0	2.4
20-24	52.9	47.1	5.8	30.6	26.6	4.0	12.6	0.8	3.1
25-29	62.3	45.2	17.1	21.4	11.9	9.5	10.8	3.4	2.1
30-34	68.1	33.8	34.3	14.3	6.2	8.0	8.9	7.4	1.3
35-39	66.9	16.6	50.3	14.2	2.3	11.9	4.8	12.9	1.2
40-44	63.5	7.5	56.0	15.6	2.9	12.7	1.9	19.0	0.0
45-49	49.9	3.8	46.1	6.9	0.7	6.2	0.0	43.2	0.0
Paridad									
0*	15.1	15.1	0.0	18.1	17.1	1.0	40.9	23.8	2.1
1	54.0	50.0	3.9	26.9	23.9	3.0	12.5	4.5	2.1
2	63.8	39.8	23.9	15.7	9.8	5.9	8.6	10.0	2.0
3	72.9	26.9	46.0	11.0	4.0	7.1	5.8	9.2	1.0
4 y más	62.3	15.7	46.6	19.4	6.0	13.4	1.7	15.8	0.9
Escolaridad									
Sin escolaridad	37.5	6.6	30.9	30.2	17.5	12.8	1.6	30.7	0.0
Primaria incompleta	52.1	19.7	32.5	22.8	10.3	12.5	6.4	18.3	0.3
Primaria completa	59.0	27.0	32.0	20.8	11.8	8.9	9.4	9.6	1.2
Secundaria y más	72.1	38.0	34.1	10.8	6.3	4.4	8.3	6.3	2.5
Lugar de residencia									
Urbano	67.7	29.9	37.8	12.7	6.7	6.0	7.3	10.7	1.6
Rural	50.0	24.5	25.5	26.3	14.2	12.1	8.3	14.4	1.0
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	39.1	19.6	19.5	37.8	19.5	18.3	6.3	15.4	1.4
No habla	63.4	28.8	34.6	15.6	8.4	7.2	7.9	11.7	1.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Gráfica 20.
San Luis Potosí: porcentaje de mujeres unidas
con demanda insatisfecha de anticonceptivos, según lugar de residencia, 1997



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

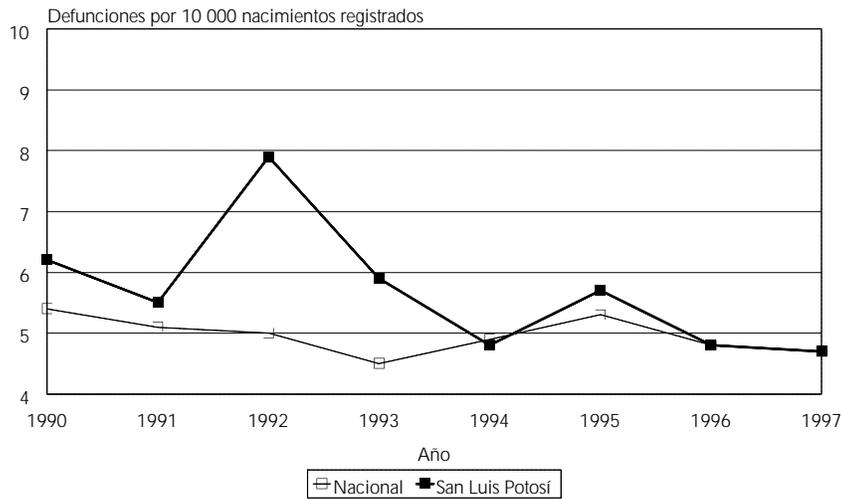
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En San Luis Potosí la tasa de mortalidad materna durante los primeros años de la década de los noventa se mantuvo en un nivel mayor al registrado en el país en su conjunto, y a partir de 1994, tuvo un nivel similar al nacional (véase gráfica 21). En 1992, la tasa de mortalidad materna en el estado ascendió a 7.9 defunciones por diez mil nacimientos registrados y en 1997 fue de 4.7 por diez mil (el mismo que se presentó en el país en su conjunto en ese año), por lo que entre estos años en la entidad se registró un descenso de 40.5 por ciento en este indicador.

En el periodo 1989-1991, se registraron en San Luis Potosí 123 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 102 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). Más de la mitad de las mujeres (53.8%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad; poco menos de una de cada cuatro (23.5%) tenía entre 35 y 39 años; y poco más de una de cada diez muertes maternas correspondieron a cada uno de los grupos de edad extremos.

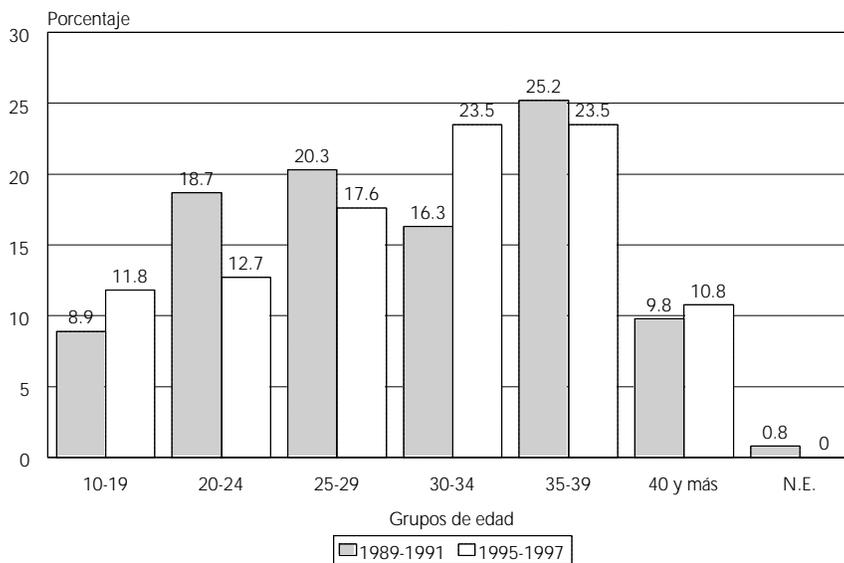
⁸ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Gráfica 21.
San Luis Potosí: tasa de mortalidad materna, 1990-1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



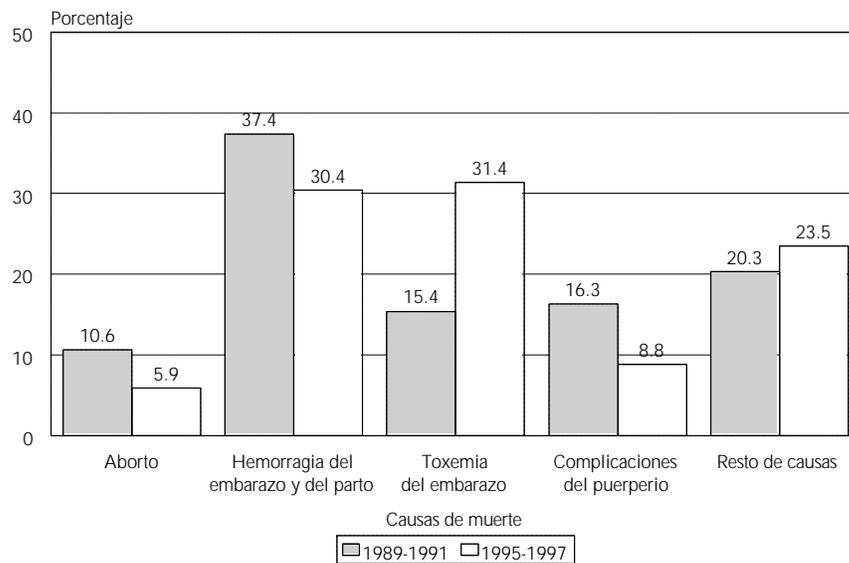
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

Las cuatro principales causas de mortalidad materna en México, en orden de importancia son: 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 de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

En San Luis Potosí, la toxemia del embarazo fue la principal causa de muerte materna, duplicando su importancia relativa en los años noventa, al pasar de 15.4 por ciento en el periodo 1989-1991 a 31.4 por ciento en el de 1995-1997 (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa más importante en el último periodo de referencia (30.4%). La tercera causa correspondió a las complicaciones del puerperio, la cual redujo a la mitad su participación relativa durante la década de los noventa (de 16.3% a 8.8% en los periodos de referencia). El aborto constituyó la cuarta causa más importante de muerte materna, y su participación también disminuyó entre ambos periodos, al reducir su participación de 10.6 a 5.9 por ciento de las muertes maternas.

Gráfica 23.
San Luis Potosí: distribución porcentual
de las muertes maternas según causa, 1989-1991 y 1995-1997



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

Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. A pesar de que no se cuenta con información precisa sobre el número de abortos que ocurren en el país, se estima, con base en las encuestas sociodemográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 230 mil abortos anuales, durante el periodo 1985-1987 a 220 mil entre 1990-1992 y 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de estas encuestas, y con base en el modelo de Bongaarts, se estima que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997. 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 San Luis Potosí, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto no se ha reducido en los últimos años. En 1992, 16.6 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 fue de 17 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la 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 San Luis Potosí, 93.1 por ciento de las mujeres que tuvieron a su último y penúltimo hijo durante el periodo 1994-1997 recibió algún tipo de atención prenatal, lo cual ubica a la entidad entre los doce estados con la menor cobertura de atención prenatal del país. La proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención fue de 81.4 por ciento, la octava más baja del país en este renglón. Por su parte, 4.2 por ciento de las mujeres recibió atención por parte de una partera (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.
San Luis Potosí: distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos nacidos vivos por agente que revisó a la madre
durante el embarazo, según características seleccionadas, 1994-1997

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	81.4	7.6	4.2	6.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	73.8	15.7	6.2	4.3
20-34	85.3	5.6	3.5	5.6
35-49	66.8	9.6	5.7	17.9
Orden de nacimiento				
1	85.5	6.9	3.3	4.4
2	87.7	6.5	2.4	3.4
3	84.7	9.6	2.3	3.5
4 o más	73.3	7.9	6.8	12.1
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	70.3	11.5	6.2	12.1
Primaria completa	78.2	9.9	4.5	7.4
Secundaria y más	94.1	3.0	1.3	1.6
Lugar de residencia				
Urbano	89.2	2.8	3.9	4.1
Rural	71.7	13.4	4.6	10.3
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	58.9	20.0	4.3	16.9
No habla	84.8	5.7	4.2	5.4

-Tamaño de muestra insuficiente.

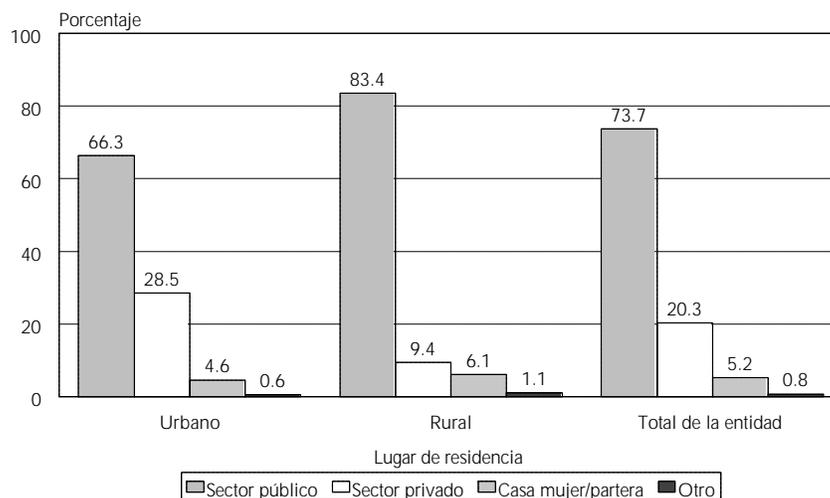
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibió atención prenatal se observa entre aquellas que tienen 35 años de edad o más (17.9%), que hablan alguna lengua indígena (16.9%), con primaria incompleta y que tienen cuatro hijos(as) o más (12.1% en ambos casos), así como en el medio rural (10.3%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran entre el grupo de mujeres con secundaria y más (94.1%), entre las que viven en localidades urbanas (89.2%), entre las primíparas y las que tienen dos hijos(as) (85.5% y 87.7%, en cada caso), y entre las mujeres de 20 a 34 años de edad (85.3%).

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 73.7 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron esta atención; el sector privado atendió 20.3 por ciento de la demanda, y las parteras atendieron únicamente a 5.2 por ciento. Debe destacarse que el mayor porcentaje de usuarias de los servicios públicos se localizó principalmente en las zonas rurales (83.4%).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En San Luis Potosí, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 70.9 por ciento; 23.6 por ciento inició en el segundo trimestre; y 5.5 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que poco más de

seis de cada diez mujeres con primaria incompleta iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, el porcentaje ascendió a 78.6 entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue significativamente mayor entre las residentes de las zonas urbanas (75.8%). Cabe señalar que las mujeres que inician más tardíamente son las que hablan una lengua indígena (57.5%).

Cuadro 11.
San Luis Potosí: 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	70.9	23.6	5.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	65.6	24.7	9.7
20-34	73.8	21.3	4.9
35-49	58.5	38.5	2.9
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	61.2	30.9	7.9
Primaria completa	70.0	24.1	5.9
Secundaria y más	78.6	18.4	3.1
Lugar de residencia			
Urbano	75.8	18.9	5.3
Rural	64.4	29.9	5.6
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	57.5	34.2	8.3
No habla	72.7	22.2	5.1

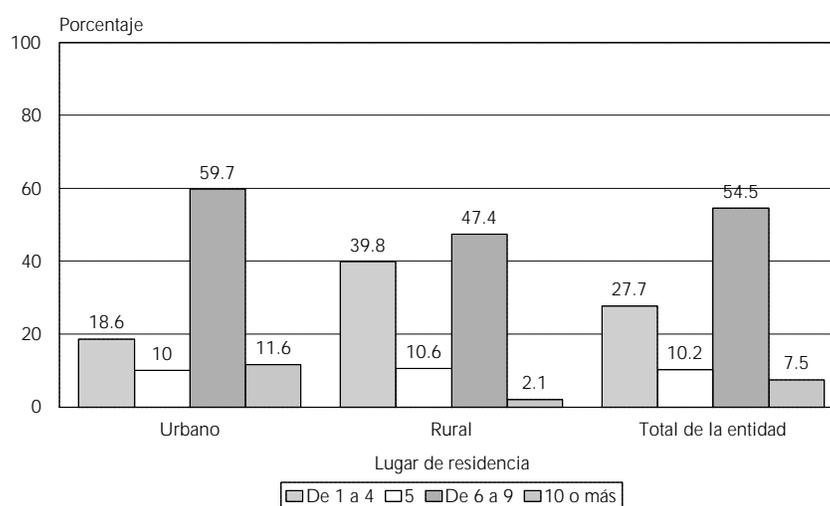
-Tamaño de muestra insuficiente.

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en laENADID, 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 San Luis Potosí, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.3 consultas de atención prenatal (7 en las áreas urbanas y 5.4 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que 27.7 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a cuatro de cada diez entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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



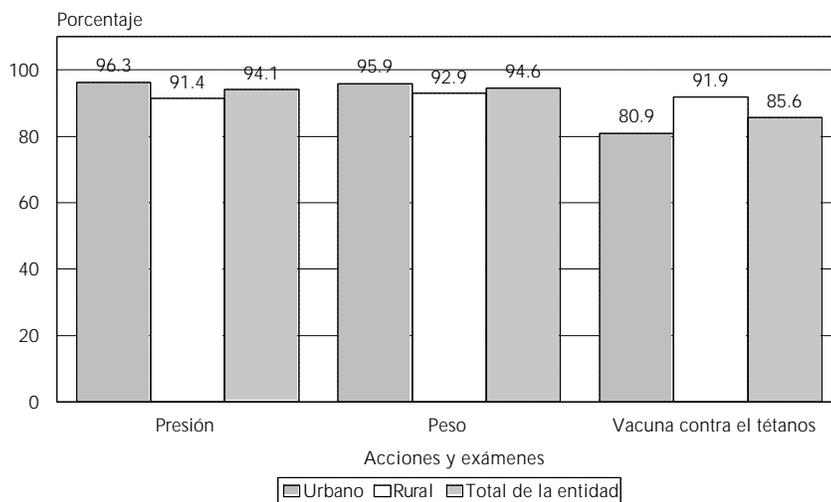
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a más de 94 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial y se le pesó, y a 85.6 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de San Luis Potosí por encima de las cifras nacionales (91.4 por ciento para el peso, 92.3 por ciento para la presión, y 80.2 por ciento de vacunación).

Es importante señalar que si bien el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, las diferencias no son acentuadas. En el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (91.9% contra 80.9% en áreas urbanas).

Gráfica 26.

San Luis Potosí: porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos a cuyas madres les fueron practicadas acciones y exámenes de salud durante las revisiones prenatales, por lugar de residencia, 1994-1997



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. El estado de San Luis Potosí ha quedado rezagado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, poco menos de tres de cada cuatro alumbramientos fueron atendidos por un médico (74.1%), la partera atendió a cerca de uno de cada cinco (17.9%), 2.6 por ciento fue atendido por una enfermera y 5.5 por ciento no recibió atención por parte de personal calificado.

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto entre las mujeres que hablan una lengua indígena (43.2%), las que residen en localidades rurales (29.9%), las que tienen cuatro hijos(as) o más (27.4%) y las menos escolarizadas (alrededor de una de cada cuatro de las mujeres con primaria). Cabe señalar que cerca de una de cada cuatro mujeres que hablan una lengua indígena no recibió atención calificada durante el parto (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
San Luis Potosí: 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	74.1	2.6	17.9	5.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	69.9	3.8	20.2	6.1
20-34	77.2	2.4	17.0	3.4
35-49	59.9	2.3	20.7	17.0
Orden de nacimiento				
1	84.1	2.8	11.8	1.3
2	83.6	3.0	11.3	2.1
3	79.4	3.2	13.3	4.1
4 o más	60.2	1.9	27.4	10.5
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	59.8	3.2	25.7	11.3
Primaria completa	66.3	4.6	24.5	4.6
Secundaria y más	93.2	1.0	5.3	0.4
Lugar de residencia				
Urbano	89.5	1.1	8.2	1.2
Rural	55.0	4.4	29.9	10.8
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	25.7	5.7	43.2	25.5
No habla	81.5	2.1	14.0	2.4

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 76.4 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: poco más de uno de cada tres fue atendido en el IMSS (34.1%), 15.4 por ciento en el sector privado y 15.2 por ciento en la SSA (véase cuadro 13). Cabe destacar que poco más de uno de cada cinco nacimientos (22.7%) se atendió en la casa de la mujer o de la partera.

Cuadro 13.

San Luis Potosí: 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	34.1	3.3	15.2	8.3	15.4	22.7	0.9
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	23.8	2.6	21.7	9.2	6.7	33.6	2.3
Primaria completa	34.6	1.0	13.2	9.9	9.5	31.1	0.7
Secundaria y más	41.3	5.8	13.4	7.3	26.7	5.3	0.3
Lugar de residencia							
Urbano	42.0	4.7	13.1	9.2	21.8	8.4	0.8
Rural	24.2	1.4	17.8	7.3	7.4	40.8	1.1
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	16.4	0.6	4.7	1.8	6.3	69.4	0.8
No habla	36.7	3.7	16.7	9.3	16.8	15.9	0.9

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS (41.3%) y al sector privado (26.7%), que las mujeres con primaria incompleta. Entre estas últimas, después de la atención en casa, los servicios del IMSS son los más utilizados, siguiendo en importancia la SSA.

En el medio urbano, 42 por ciento de los partos fueron atendidos en el IMSS y poco más de una quinta parte fue atendida en el sector privado; mientras que en el ámbito rural cuatro de cada diez alumbramientos fueron atendidos en casa y uno de cada cuatro en el IMSS.

Tipo de parto

En asociación directa con el alto porcentaje de nacimientos que son atendidos por parteras, San Luis Potosí registra el tercer menor porcentaje de partos que son resueltos mediante cesárea. El porcentaje de partos vaginales ocurridos en el periodo 1994-1997 ascendió a 81.4 por ciento; esto implica que 18.6 por ciento de los partos terminó en cesárea, valor muy por debajo del promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado, cuatro de cada diez partos se resolvieron mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra fue de 22.9 y en la SSA de 15.3 por ciento. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los nacimientos.

Cuadro 14.
San Luis Potosí: 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	81.4	18.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	81.9	18.1
20-34	82.4	17.6
35-49	74.6	25.4
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	77.1	22.9
SSA	84.7	15.3
Otras públicas	79.8	20.2
Sector privado	59.2	40.8
Lugar de residencia		
Urbano	74.4	25.6
Rural	90.1	9.9

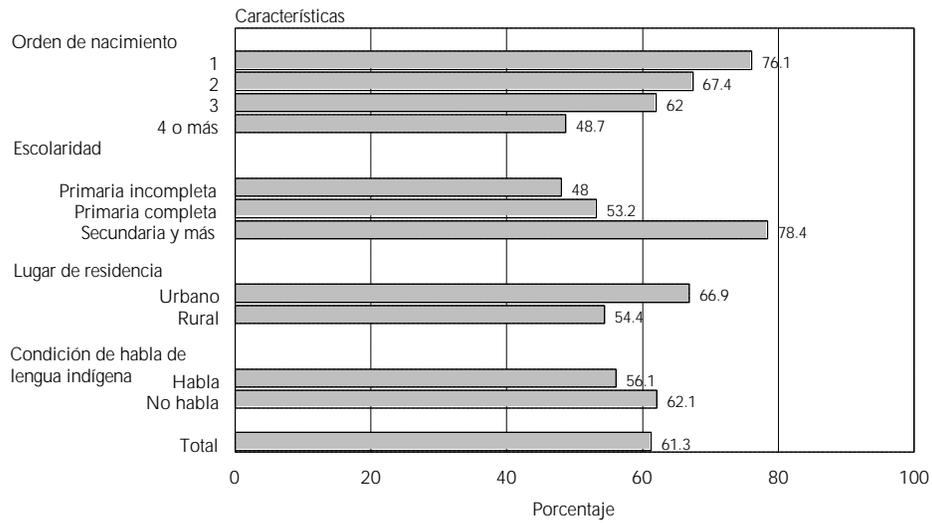
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar. En el ámbito nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, pues sólo acudió 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto entre 1994 y 1997.

En el estado de San Luis Potosí, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (61.3%) es ligeramente mayor al promedio nacional y fue el décimo mayor porcentaje de mujeres que acuden a este servicio del país. Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las que tenían primaria incompleta (48% a diferencia de 78.4% de las mujeres con secundaria y más), las de paridades altas (48.7% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 76.1% de las primíparas), las del medio rural (54.4% contra 66.9% de las mujeres urbanas) y las mujeres que hablan alguna lengua indígena (56.1% contra 62.1% de las que no tienen esa condición) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
San Luis Potosí: porcentaje de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos cuyas madres fueron atendidas durante el puerperio, según características seleccionadas, 1994-1997



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

6 Lactancia materna

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

Durante los años sesenta y setenta, la práctica de la lactancia en México, al igual que en el resto del mundo, experimentó una gradual disminución. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, 83.2 por ciento de las y los recién nacidos 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).

El porcentaje de mujeres que practican la lactancia en San Luis Potosí ascendió a 89.7 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 y es uno de los diez estados en los que esta práctica presenta la duración mediana más larga (12.2 meses). Estos resultados indican una incidencia siete por ciento más baja y una duración 6.4 meses menor que la observada en Oaxaca, que es la entidad en que la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos se registran entre los hijos(as) de mujeres de 35 a 49 años de edad (81.1%), entre aquellos cuyas madres tenían primaria incompleta (87.4%) y entre los que nacieron en el sector privado (87.5%). En el medio rural, 91.5 por ciento de los niños y las niñas fueron amamantados y la mitad ya había sido destetada a los 18.2 meses, mientras que 88.3 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de siete meses (véase cuadro 16). El elevado porcentaje de los hijos e hijas de mujeres que hablan alguna lengua indígena que recibió leche materna (97.2%), muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada entre la población indígena.

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

Total		89.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	89.5
	20-34	91.2
	35-49	81.1
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	87.4
	Primaria completa	93.2
	Secundaria y más	88.1
Lugar de atención del parto		
	Sector público	89.4
	Sector privado	87.5
	Casa	93.3
Lugar de residencia		
	Urbano	88.3
	Rural	91.5
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	97.2
	No habla	88.6

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cuadro 16.
San Luis Potosí: 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	4.7	3.6	9.0
Mediana	12.2	7.0	18.2
Tercer cuartil	20.1	14.8	24.7

*El primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil corresponden al número de meses a los cuales, entre los niños que sí recibieron leche materna, 75, 50 y 25 por ciento no habían sido destetados.

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

Edad de la ablactación

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

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 San Luis Potosí, 63.3 por ciento fue ablactado antes de los cuatro meses, 3.5 por ciento lo hizo después del periodo recomendado y 27.7 por ciento se llevó a cabo durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.3 meses, cifra ligeramente mayor que la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente en las zonas urbanas (75.7%) y entre las y los hijos de mujeres con secundaria y más (72.3%). En tanto que la ablactación tardía se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres que hablan alguna lengua indígena (8.3%), con primaria incompleta (7%) y en el medio rural (6.5%). Sin embargo, las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observaron entre los hijos(as) de mujeres que hablan alguna lengua indígena (40.8%), que residían en el ámbito rural (36.9%) y de madres adolescentes (35.5%) (véase cuadro 17).

Cuadro 17.
San Luis Potosí: 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	31.7	31.6	27.7	3.5	5.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	23.6	27.8	35.5	4.6	8.5
20-34	34.3	30.3	27.1	3.2	5.1
35-49	24.8	45.6	21.5	4.3	3.9
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	22.1	32.8	33.3	7.0	4.7
Primaria completa	26.3	33.4	30.4	2.7	7.1
Secundaria y más	41.1	31.2	22.3	1.2	4.2
Lugar de residencia					
Urbano	42.9	32.8	20.2	1.1	3.0
Rural	17.9	30.2	36.9	6.5	8.4
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	15.4	22.9	40.8	8.3	12.5
No habla	34.4	33.1	25.5	2.7	4.3

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

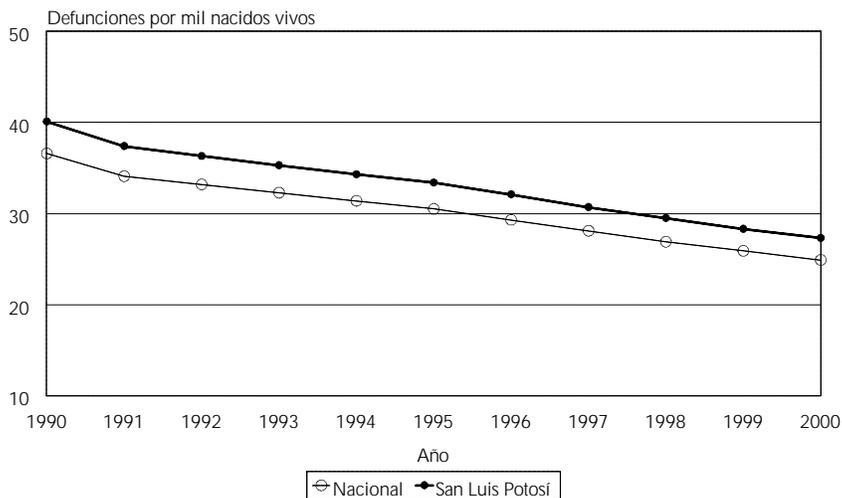
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 37. Seis décadas más tarde, en 1990, la esperanza de vida al nacimiento casi se duplicó, al situarse en 68.8 y 74 años, respectivamente. Para el 2000, 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 para el 2000 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 San Luis Potosí, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 40.1 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 27.3 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 31.9 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el año 2000, la tasa de San Luis Potosí fue 37.9 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país. Este nivel de mortalidad sitúa a San Luis Potosí entre las 14 entidades que presentaron una mortalidad infantil mayor que la observada para el conjunto del país (véase gráfica 29).

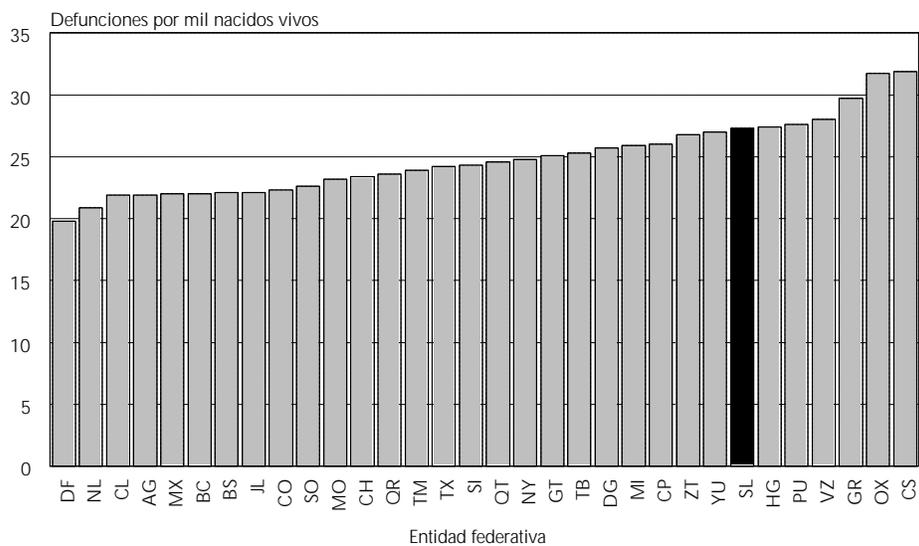
En San Luis Potosí, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997 aun cuando esta causa de muerte experimentó una importante reducción respecto a 1990 (véase gráfica 30). La mortalidad por anomalías congénitas pasó a ser la segunda causa de mortalidad infantil en la entidad, aún cuando no presentó cambios durante el periodo analizado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en San Luis Potosí existe un subregistro muy importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables.

Gráfica 28.
San Luis Potosí: tasa de mortalidad infantil, 1990-2000



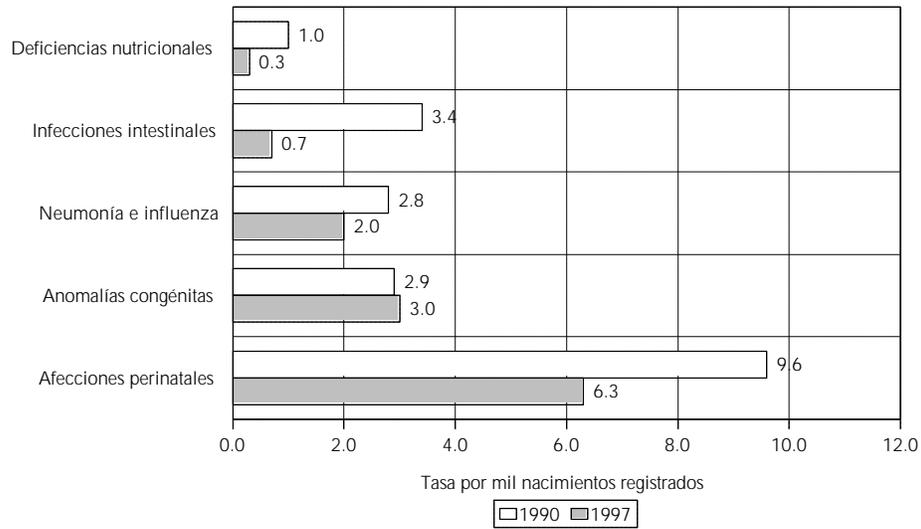
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 30.
San Luis Potosí: 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, 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 del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

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

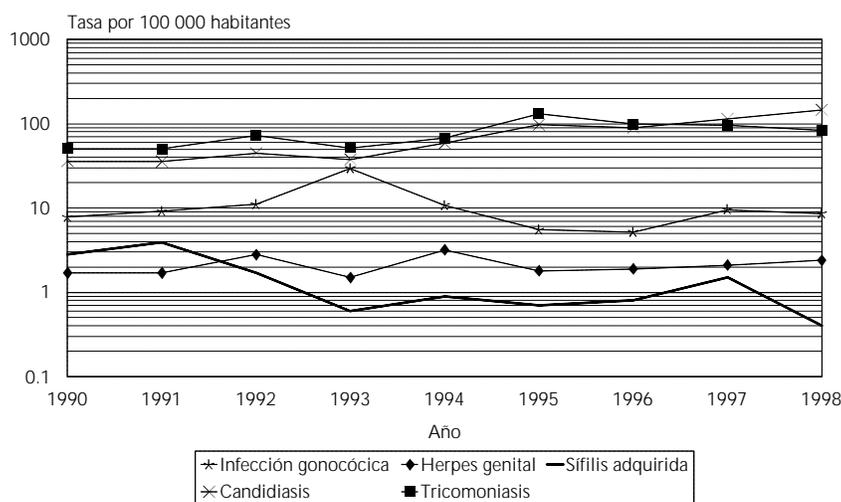
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

Las ETS de 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 prácticas sexuales riesgosas.

En San Luis Potosí los índices de incidencia de las principales ETS registraron un aumento muy importante en 1995; sin embargo, los niveles alcanzados en 1998 son menores a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 146.6 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 83.6 por 100 mil; para ambos casos, los niveles registrados estaban dentro de los siete menores de toda la República.

Contrario a lo observado en el país en su conjunto, la incidencia de las ETS clásicas no muestran una tendencia descendente y presentaron importantes altibajos en el estado. En 1990, la tasa de incidencia de la gonorrea fue de 7.8 casos por 100 mil habitantes, ascendió a 29.6 en 1993, y se ubicó en 8.6 casos por 100 mil habitantes en 1998. Por su parte, la sífilis adquirida redujo su incidencia en el periodo de referencia: pasó de 2.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 0.7 en 1995, y en 1998 se ubicó en 0.4 casos por 100 mil habitantes (véase gráfica 31).

Gráfica 31.
San Luis Potosí: tasa de incidencia
de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990-1998



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

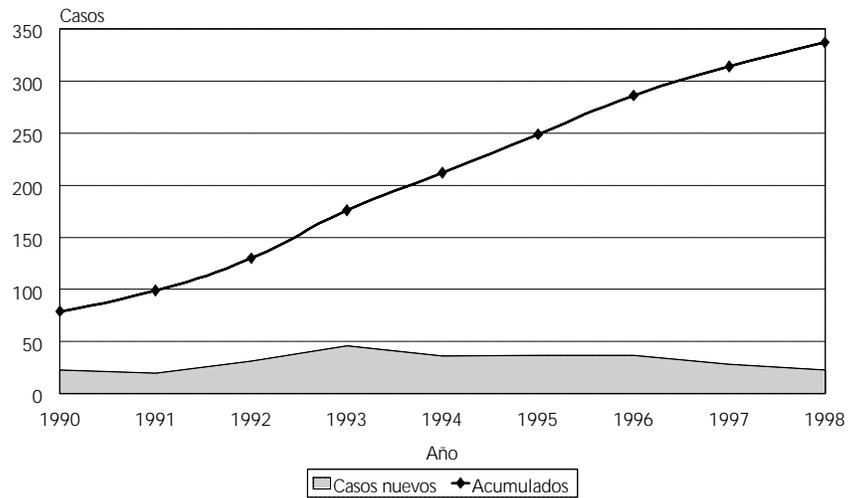
VIH/SIDA

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

Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el número de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con el 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 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.

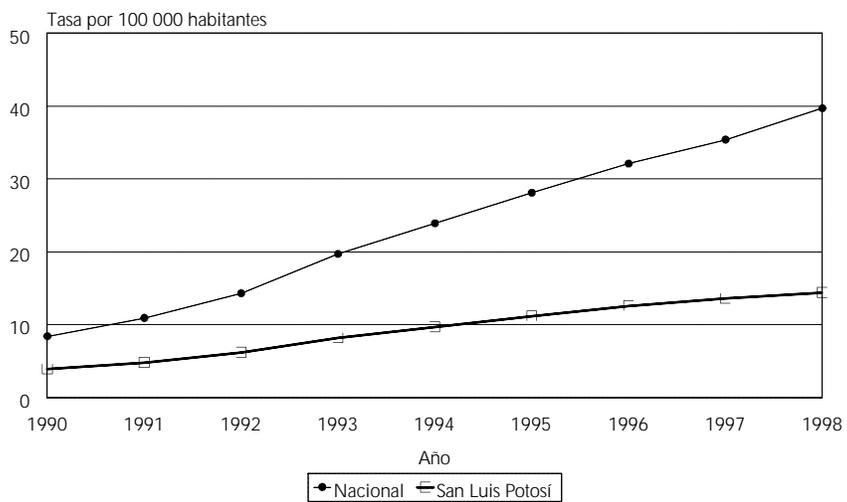
En San Luis Potosí, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 337 casos de SIDA en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 3.9 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 14.4 en 1998, esta última cifra representa la cuarta menor incidencia acumulada de toda la República, y los niveles presentados en la entidad son considerablemente menores a los del país en su conjunto (véanse gráficas 32 y 33).

Gráfica 32.
San Luis Potosí: 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.
San Luis Potosí: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990-1998



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

La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en San Luis Potosí fue 48.4 por ciento menor que lo registrado para el país (14.8% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

Cuadro 18.
San Luis Potosí: casos acumulados de SIDA,
según categoría de transmisión, al 31 de diciembre de 1998

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	337	100.0
Vía sexual	250	87.1
Homosexual	83	28.9
Bisexual	89	31.0
Heterosexual	78	27.2
Vía sanguínea	25	8.7
Transfusión	20	7.0
Hemofílico	1	0.3
Usuario de drogas intravenosas	2	0.7
Donador remunerado	2	0.7
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	4	1.4
Perinatal	8	2.8
Subtotal	287	100.0
No documentado	50	14.8

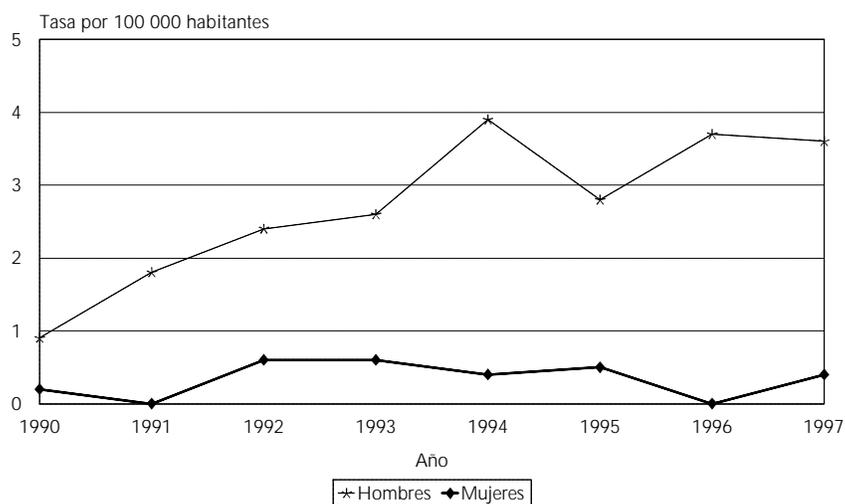
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

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

En San Luis Potosí, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (87.1%), mientras que 8.7 por ciento fue contagiado por vía sanguínea, y 2.8 por ciento fue infectado por la vía perinatal. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de seis, es decir, había una mujer infectada por cada seis hombres, razón muy similar a la del país en su conjunto.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 274 muertes en el estado de San Luis Potosí,¹⁰ con una tasa de mortalidad que pasó de 0.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a dos en 1997. La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 0.9 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 3.6 en 1997. La tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 0.2 a 0.4 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en San Luis Potosí esta patología no figura entre las veinte principales causas de mortalidad general como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

Gráfica 34.
San Luis Potosí: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997



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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 243 hombres y 31 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, seis de cada diez (61.3%) tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción era de poco más de la mitad (véase cuadro 19).

¹⁰ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.
San Luis Potosí: 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	1.1	1.2	0.0
1-4	0.7	0.4	3.2
5-14	1.1	0.8	3.2
15 - 19	0.7	0.8	0.0
20 - 24	8.0	8.2	6.5
25 - 29	16.1	16.0	16.1
30 - 34	24.5	23.5	32.3
35 - 39	20.1	21.8	6.5
40 - 44	9.5	9.1	12.9
45 - 49	4.0	4.1	3.2
50 - 64	12.0	11.9	12.9
65 y más	1.8	1.6	3.2

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

Desde la década de los sesenta, el cáncer se encontraba entre las diez principales causas de muerte en México, en tanto que en la década de los noventa fue 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.

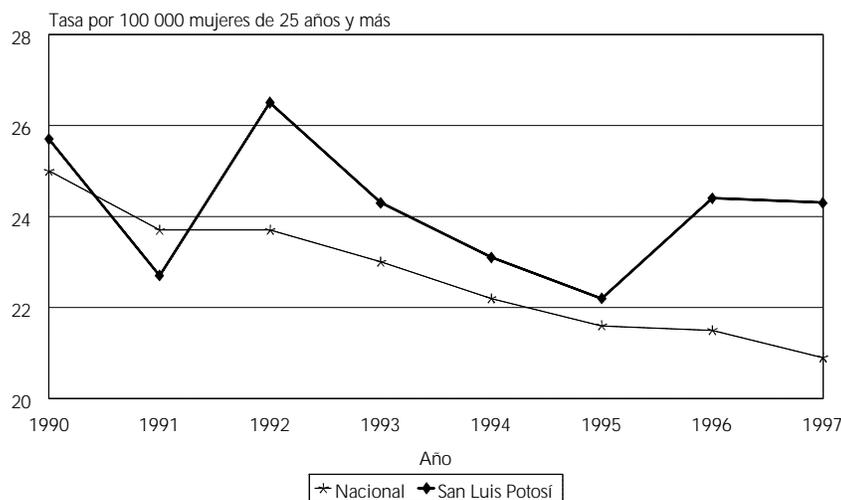
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento 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 San Luis Potosí, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento descendente en el primer quinquenio de la década de los noventa, aunque experimentó un aumento importante en 1992 (año en que el nivel de mortalidad por este cáncer fue de 26.5 fallecimientos por 100 mil mujeres de 25 años y más), y a partir de 1996 inició un comportamiento ascendente. Los niveles de mortalidad por cáncer cérvico uterino fueron mayores a los del país en su conjunto, con excepción del año 1991 (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad que se registró en San Luis Potosí por este cáncer fue de 24.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, la cual es 64.2 por ciento mayor que la de Nuevo León y Zacatecas (los estados con las tasas más bajas del país).

Al analizar la mortalidad por grupos de edad se observó que, como ocurre con la mayoría de los tumores malignos, ésta se incrementa con la edad: ocho de cada diez defunciones en el país por esta causa corresponden a mujeres de 45 años y más.

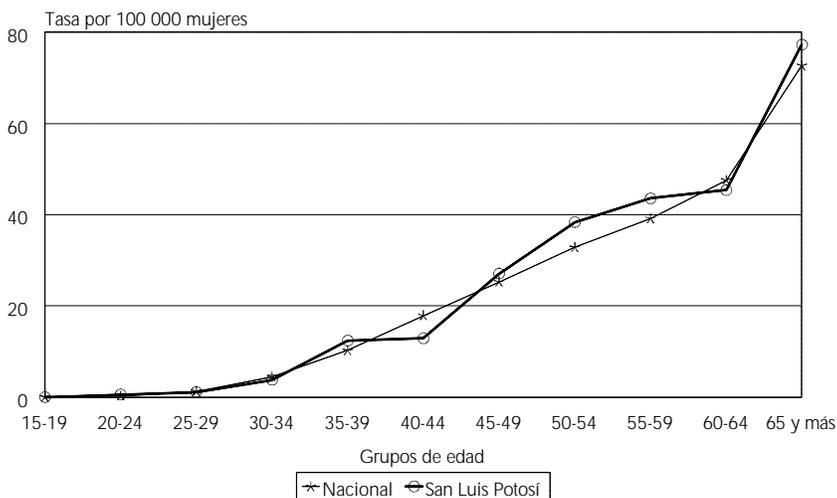
En San Luis Potosí, las mujeres de casi todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, registraron un nivel de mortalidad por cáncer cérvico uterino ligeramente mayor al observado en el ámbito nacional, con excepción de los grupos 30-34, 40-44 y 60-64 años de edad (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
San Luis Potosí: 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.
San Luis Potosí: 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.

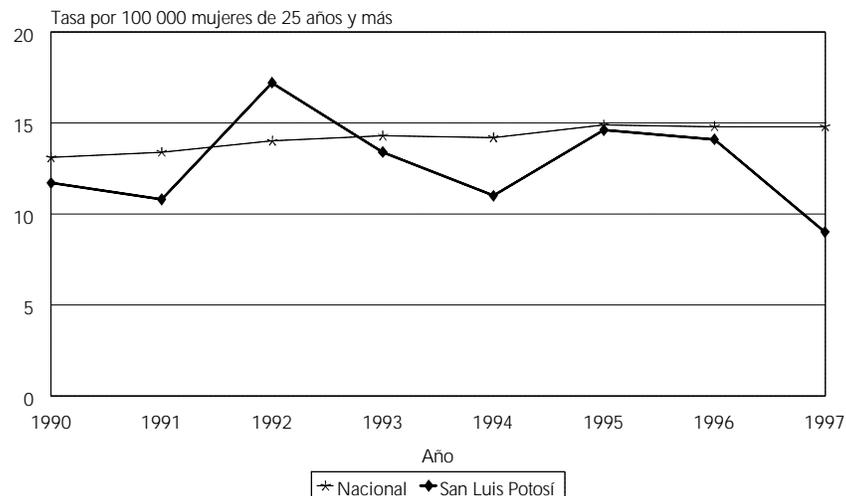
En San Luis Potosí, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró un comportamiento errático. En 1997, la tasa de mortalidad fue de nueve defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, ubicando a San Luis Potosí como la tercera entidad con la menor mortalidad por esta patología, después de Quintana Roo y Chiapas (véase gráfica 37).

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

En San Luis Potosí, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional; destacando el grupo de 50 a 54 años, que presentó una tasa ocho puntos más baja que la de sus monólogas nacionales (véase gráfica 38).

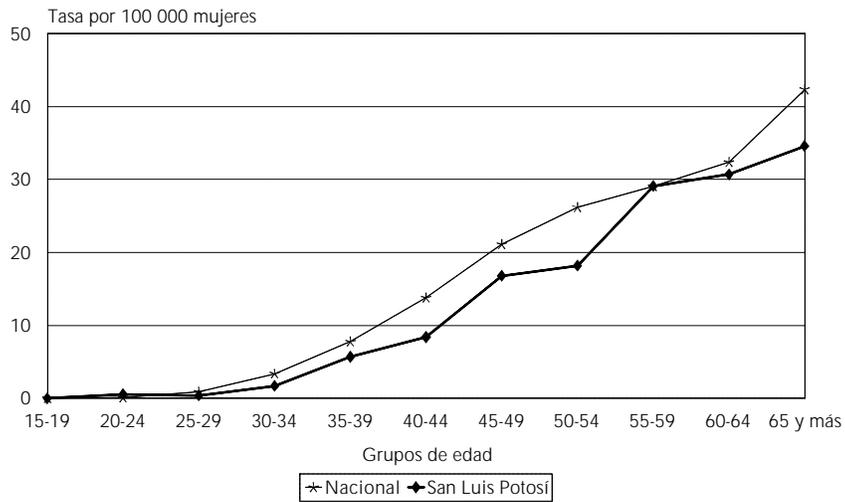
Gráfica 37.

San Luis Potosí: 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.
San Luis Potosí: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama según grupos de edad, 1995-1997



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

Conclusiones

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

La población de San Luis Potosí se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica. Los resultados de este trabajo indican que entre 1992 y 1997 en San Luis Potosí se dio un descenso acelerado en los niveles de la fecundidad de 3.81 a 3.27 hijos por mujer, y para el año 2000 se estima que se situó en 2.94 hijos, nivel que corresponde al observado en el país en 1994.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, San Luis Potosí presenta importantes diferencias respecto al país en su conjunto. Entre 1992 y 1997, el porcentaje de mujeres unidas que usaba métodos de planificación familiar aumentó de 51.9 a 60.6 por ciento y se estima que para el año 2000 este porcentaje ascendió a 64.4 por ciento. La prevalencia de uso en el estado es equivalente a la del país siete años atrás.

A pesar de que, en los últimos años, el incremento de la prevalencia anticonceptiva en San Luis Potosí se registró en mayor medida entre las mujeres que residen en el medio rural, lo que ha hecho que se reduzca la brecha con respecto a las de las localidades urbanas, la diferencia todavía es acentuada, casi 18 puntos porcentuales en 1997.

El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres sin hijos(as), adolescentes, sin escolaridad y que hablan una lengua indígena. En este último grupo, cuatro de cada diez mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron hace aproximadamente dos décadas y la brecha entre las mujeres indígenas y las no indígenas del estado fue de 24.3 puntos porcentuales. Estos resultados permiten afirmar que para la mayoría de las mujeres indígenas el ejercicio de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad. De hecho, casi cuatro de cada diez de ellas (37.8%) se encuentran en condición de demanda insatisfecha.

El bajo nivel de uso de las mujeres jóvenes, acompañado de un patrón de matrimonio en el que una de cada siete ya se encontraba unida a los 16 años, y 44.3 por ciento antes del vigésimo aniversario, da pie a un inicio muy temprano de la maternidad y a elevados niveles de fecundidad en las edades jóvenes. La elevada probabilidad de que las mujeres inicien la maternidad durante su adolescencia (cerca de 40%) es resultado del patrón de matrimonio temprano y de una cultura en la que es inexistente la práctica de esperar un tiempo, después de la unión o matrimonio, antes de encargar familia.

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

entre las mujeres de 25 a 29 años, ya que una de cada cinco se encuentra en situación de demanda insatisfecha.

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

En la dimensión de la salud materno-infantil, San Luis Potosí presenta niveles elevados de mortalidad materna, derivada de una alta incidencia de muertes por toxemias, hemorragias del embarazo y el parto, de complicaciones en el puerperio y en menor medida de aborto. La mayoría de estas muertes se considera que pueden ser evitables, si las mujeres disponen de servicios de atención prenatal de calidad. Sin embargo, 6.9 por ciento de las mujeres que se embarazan no recibe atención alguna durante el embarazo, y ocho de cada diez acuden con un médico.

Los resultados indican que en la mayoría de los casos la atención prenatal que se otorga es de calidad. Siete de cada diez embarazadas inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y tienen en promedio poco más de siete consultas, tal como recomienda la norma oficial respectiva. Asimismo, a más de 94 por ciento de las mujeres se les tomó la presión arterial y se les pesó, y a 85.6 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos, porcentajes que son mayores a los observados a escala nacional.

El agente de salud al que más recurre la población para la atención del parto es el médico (74.1%). A la partera acude 17.9 por ciento de la población, y su participación aumenta entre los sectores más pobres de la entidad, llegando a ser de 43.2 por ciento en el caso de las mujeres indígenas.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad. Sin embargo, San Luis Potosí registra tasas de incidencia de tricomoniasis y candidiasis urogenital menores al promedio nacional. El VIH/SIDA muestra también un importante aumento, aunque la tasa de incidencia acumulada es la cuarta más baja del país.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en San Luis Potosí entre 1992 y 1997, fueron ligeramente mayores a las que se observaron en el país en su conjunto, en tanto que las tasas de mortalidad por cáncer de la mama, se han mantenido en un nivel menor al registrado en el país a partir de 1993.

Anexo estadístico

Datos gráfica 1.
San Luis Potosí: tasa
global de fecundidad, 1990-2000

Año	Nacional	San Luis Potosí
1990	3.4	4.0
1991	3.3	3.9
1992	3.1	3.8
1993	3.0	3.7
1994	2.9	3.6
1995	2.8	3.5
1996	2.7	3.4
1997	2.7	3.3
1998	2.6	3.1
1999	2.5	3.0
2000	2.4	2.9

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
San Luis Potosí: 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	6.8	6.0
15	16.1	14.0
16	26.0	21.0
17	33.5	29.1
18	42.9	35.9
19	51.0	44.5
20	55.7	52.1
21	63.5	59.2
22	71.9	63.7
23	76.3	67.7
24	79.6	72.2
25	81.3	74.5

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

Datos gráfica 3.
San Luis Potosí: 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	16.0	35.2	28.5	20.4
1958-1962	14.5	38.6	22.9	24.1
1963-1967	14.0	35.1	28.5	22.4
1968-1972	13.8	30.5	27.8	27.9

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

Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	29.1	42.3	16.5	12.1
Primaria completa	20.6	41.0	23.5	14.9
Secundaria y más	3.8	24.5	35.9	35.8
Rural	22.7	38.2	23.5	15.5
Urbano	9.7	30.1	30.4	29.8
Total	14.1	32.9	28.0	25.0

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

Datos gráfica 7.

San Luis Potosí: probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir edades específicas, por generación

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.4	3.7	3.1	1.6
16	5.5	8.1	6.7	5.0
17	13.7	12.4	13.5	12.0
18	22.1	19.8	21.6	19.9
19	33.2	32.3	29.9	28.0
20	42.1	43.4	40.4	37.7
21	50.2	51.5	50.3	45.2
22	58.1	59.3	59.7	55.5
23	66.8	63.8	64.7	60.0
24	74.4	70.7	70.3	65.6
25	77.9	74.7	74.2	69.2

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

Datos gráfica 8.

San Luis Potosí: 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	3.1	10.9	27.4	27.5	27.4	3.7
1958-1962	5.8	13.6	22.6	23.5	28.4	6.1
1963-1967	4.9	15.2	30.5	20.8	23.1	5.6
1968-1972	7.1	16.4	29.1	18.4	24.7	4.3

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

Datos gráfica 9.

San Luis Potosí: probabilidad acumulada de tener un embarazo
premarital antes de cumplir edades específicas, por generación

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	2.1	0.0	1.5	0.6
16	2.3	1.2	2.9	1.9
17	4.9	2.2	3.8	3.8
18	6.2	4.1	5.1	5.4
19	7.6	7.8	7.9	7.5
20	10.3	10.0	10.3	11.3
21	11.8	11.7	12.2	13.8
22	13.5	13.5	14.5	16.7
23	14.3	14.9	16.9	18.2
24	15.5	17.6	19.0	19.9
25	16.0	18.4	19.7	21.2

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 21.
San Luis Potosí: tasa de mortalidad
materna, 1990-1997

Año	Nacional	San Luis Potosí
1990	5.4	6.2
1991	5.1	5.5
1992	5.0	7.9
1993	4.5	5.9
1994	4.8	4.8
1995	5.3	5.7
1996	4.8	4.8
1997	4.7	4.7

Tasa por 10 000 nacimientos registrados.
Fuente: SSA/BGEI, Mortalidad 1990-1997.

Datos gráfica 28.
San Luis Potosí: tasa de mortalidad
infantil, 1990-2000

Año	Nacional	San Luis Potosí
1990	36.6	40.1
1991	34.1	37.4
1992	33.2	36.3
1993	32.3	35.3
1994	31.4	34.3
1995	30.5	33.4
1996	29.3	32.1
1997	28.1	30.7
1998	26.9	29.5
1999	25.9	28.3
2000	24.9	27.3

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

Datos gráfica 31.
San Luis Potosí: tasa de incidencia
de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990-1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	7.8	1.7	2.8	35.9	50.8
1991	9.2	1.7	3.9	35.6	50.5
1992	11.1	2.8	1.7	44.9	73.2
1993	29.6	1.5	0.6	37.7	51.7
1994	10.8	3.2	0.9	59.0	67.7
1995	5.5	1.8	0.7	97.1	130.1
1996	5.2	1.9	0.8	90.1	98.6
1997	9.6	2.1	1.5	113.4	95.4
1998	8.6	2.4	0.4	146.6	83.6

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

Datos gráfica 32.

San Luis Potosí: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990-1998

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	23	79
1991	20	99
1992	31	130
1993	46	176
1994	36	212
1995	37	249
1996	37	286
1997	28	314
1998	23	337

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

Datos gráfica 33.

San Luis Potosí: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990-1998

Año	Nacional	San Luis Potosí
1990	8.4	3.9
1991	10.9	4.8
1992	14.3	6.2
1993	19.7	8.2
1994	23.9	9.7
1995	28.1	11.2
1996	32.1	12.6
1997	35.4	13.6
1998	39.7	14.4

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

Datos gráfica 34.

San Luis Potosí: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.9	0.2
1991	1.8	0.0
1992	2.4	0.6
1993	2.6	0.6
1994	3.9	0.4
1995	2.8	0.5
1996	3.7	0.0
1997	3.6	0.4

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

Datos gráfica 35.

San Luis Potosí: tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, 1990-1997

Año	Nacional	San Luis Potosí
1990	25.0	25.7
1991	23.7	22.7
1992	23.7	26.5
1993	23.0	24.3
1994	22.2	23.1
1995	21.6	22.2
1996	21.5	24.4
1997	20.9	24.3

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.

San Luis Potosí: tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	San Luis Potosí
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.6
25-29	1.3	1.1
30-34	4.5	3.8
35-39	10.3	12.4
40-44	17.9	12.9
45-49	25.3	27.1
50-54	32.9	38.4
55-59	39.2	43.6
60-64	47.6	45.4
65 y más	72.7	77.3

Tasa por 100 000 mujeres.

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

Datos gráfica 37.

San Luis Potosí: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama, 1990-1997

Año	Nacional	San Luis Potosí
1990	13.1	11.7
1991	13.4	10.8
1992	14.0	17.2
1993	14.3	13.4
1994	14.2	11.0
1995	14.9	14.6
1996	14.8	14.1
1997	14.8	9.0

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.

San Luis Potosí: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama según
grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	San Luis Potosí
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.6
25-29	0.9	0.4
30-34	3.4	1.7
35-39	7.8	5.7
40-44	13.8	8.4
45-49	21.1	16.8
50-54	26.2	18.2
55-59	29.1	29.1
60-64	32.4	30.7
65 y más	42.4	34.6

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
San Luis Potosí

Se imprimió en
Talleres Gráficos de México
Av. Canal del Norte núm. 80
Col. Felipe Pescador C. P. 06280
México, D. F.

El tiraje fue de 1000 ejemplares.