

Cuadernos de salud reproductiva

Quintana Roo



Consejo Nacional de Población

**Créditos de la elaboración de
Cuadernos de Salud Reproductiva
*Quintana Roo***

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
Quintana Roo

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-517-2

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

Consejo Nacional de Población

LIC. 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 proto-genésico	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	33
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	34
Anticoncepción posparto	36
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	38
4 Salud materna	41
Nivel de la mortalidad materna	41
Causas de mortalidad materna	43
Aborto	44
5 Atención a la mujer embarazada	45
Atención prenatal	45
Cobertura institucional de la atención prenatal	47

Inicio de la atención prenatal	47
Intensidad y calidad de la atención prenatal	48
Atención del parto	50
Lugar de atención del parto	51
Tipo de parto	52
Atención durante el puerperio	53
6 Lactancia materna	55
Edad de la ablactación	57
7 Mortalidad infantil	59
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	62
VIH/SIDA	63
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	68
Cáncer cérvico uterino	68
Cáncer de la mama	70
Conclusiones	72
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 Quintana Roo 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 Quintana Roo, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser contruidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), a su nivel de escolaridad y a su condición de habla de lengua indígena.

¹ SSA, *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, México, mayo 1994, p. 15.

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.

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, que también se manifiesta en Quintana Roo. En 1995, más de 80 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 1 713 localidades censadas en el estado, 93.1 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 6.8 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, y lo mismo ha sucedido en el estado de Quintana Roo. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.7 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Quintana Roo se encuentra entre las doce entidades del país con los más altos niveles de escolaridad, pero es superada por el Distrito Federal (la entidad federativa que presenta el promedio de escolaridad más alto del país) en poco más de dos años de educación formal (9.8 años de escolaridad promedio). En 1997, el porcentaje de la población que no había asistido a la escuela ascendía a 8.7 por ciento, 19.9 por ciento no había concluido la primaria, 15.7 por ciento terminó la instrucción primaria, 24.6 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 31.1 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que se aprecian ligeras diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de ocho para los hombres y de 7.3 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es mayor entre mujeres que entre los hombres: 10 y 7.4 por ciento, respectivamente.³

Quintana Roo es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de cuarenta y cinco lenguas indígenas en el estado, entre las cuales predominó el idioma Maya, el cual era hablado por más de 150 mil personas, y otras dos lenguas que eran

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

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

habladas por más de mil personas: Mame y Kanjobal. Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Quintana Roo 26.1 por ciento de los habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (27.1% de los hombres y 25% de las mujeres). La población monolingüe constituye 1.8 por ciento de la población total (2.3% entre las mujeres y 1.4% entre los varones).

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Quintana Roo tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad tiene un índice de marginación *medio*. Cuatro de sus municipios (Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Lázaro Cárdenas y Solidaridad) comparten esta clasificación, y en ellos vive 18.6 por ciento de la población estatal; por su parte, el índice de marginación de los cuatro restantes municipios es *bajo* (Othón P. Blanco) y *muy bajo* (Cozumel, Isla Mujeres y Benito Juárez), lo que significa que la mayoría de su población tiene acceso a los bienes y servicios esenciales.⁴

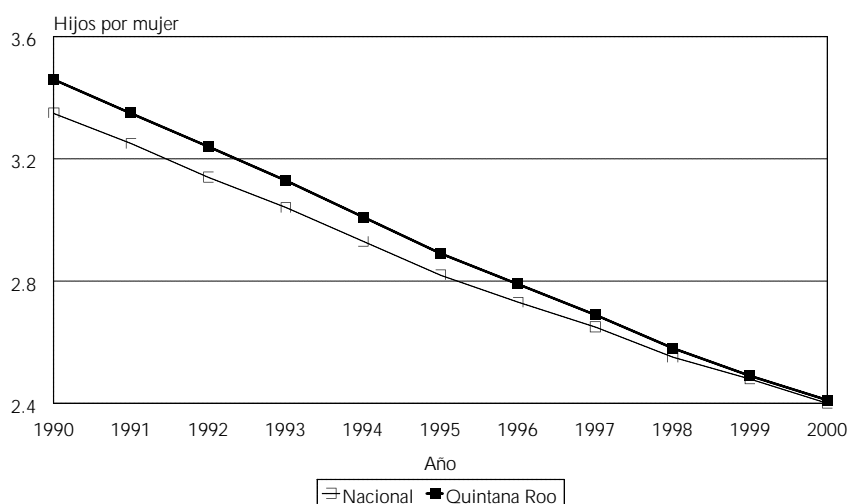
⁴ CONAPO/Progres. *Índices de marginación*, 1995, México.

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 3.35 en 1990, y en la última década del siglo xx continuó disminuyendo a un ritmo más lento: ascendió a 3.14 hijos por mujer en 1992, alcanzó un nivel de 2.65 hijos en promedio en 1997 y para el año 2000 se estima que se sitúa en alrededor de 2.40 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En el estado de Quintana Roo, las mujeres también han reducido el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.46 hijos por mujer en 1990 a 3.24 en 1992, descendió a 2.69 hijos en promedio en 1997, y para el 2000 se estima en 2.41 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Quintana Roo del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.31 hijos en 1990, a 0.61 hijos en el año 2000. En este último año, Quintana Roo tuvo un nivel de fecundidad muy similar al que presenta el promedio nacional, y se ubica en el decimocuarto nivel más bajo (véase gráfica 2).

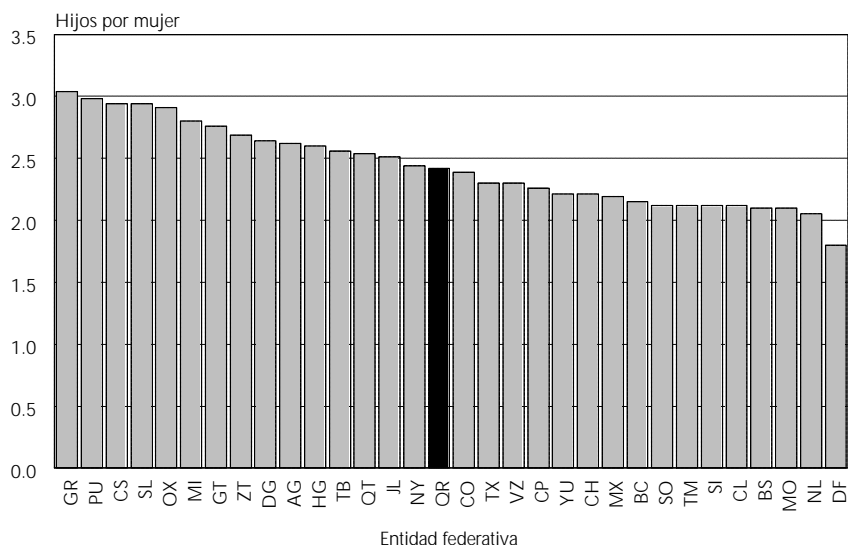
Gráfica 1.
Quintana Roo: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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.

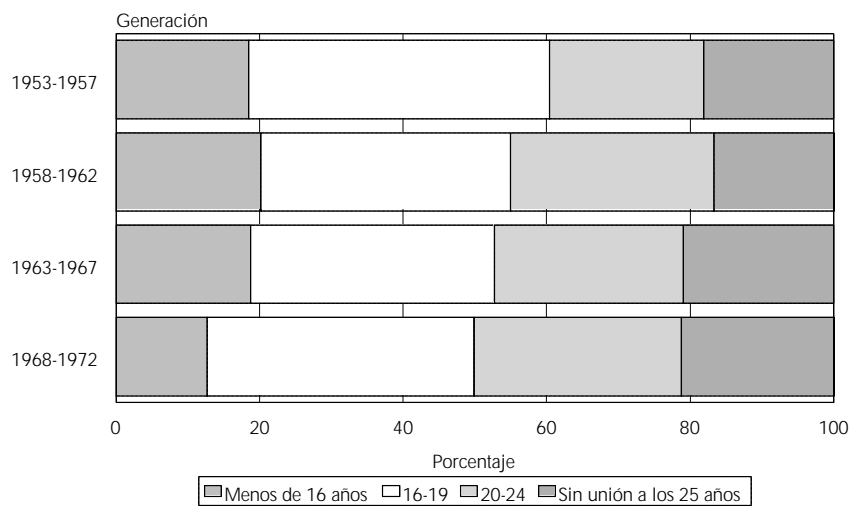
Edad a la primera unión

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.

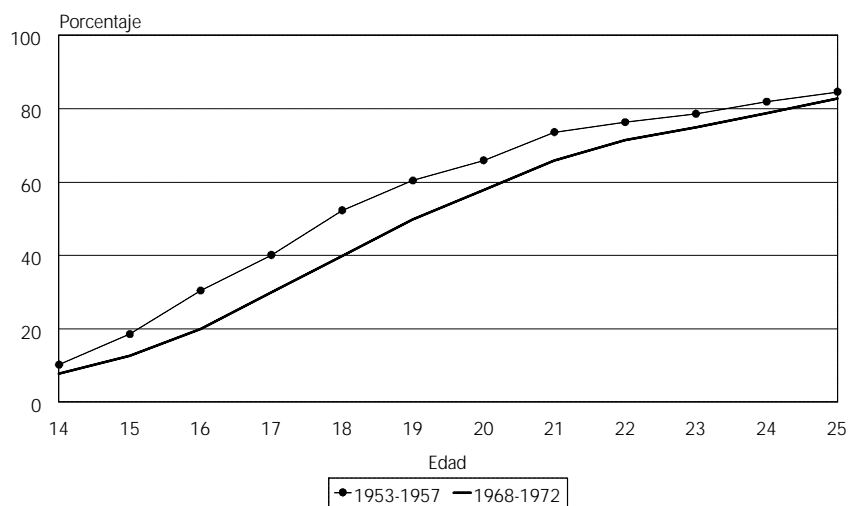
En el caso de Quintana Roo, este indicador muestra un retraso de casi un año en la edad a la primera unión, aunque aun persisten pautas tempranas de iniciación de la vida marital entre las generaciones de nacimiento. Las mujeres nacidas entre 1953 y 1962 registraron una edad mediana al matrimonio de 19.1 años, en tanto que para las mujeres de la generación más reciente (1968-1972) fue de 20 años. Esta tendencia a la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que seis de cada diez mujeres de la generación 1953-1957 se unieron antes de cumplir 20 años de edad, la mitad de las mujeres nacidas en la generación más reciente presentaron esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuyó de 18.5 a 12.7 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
Quintana Roo: 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.

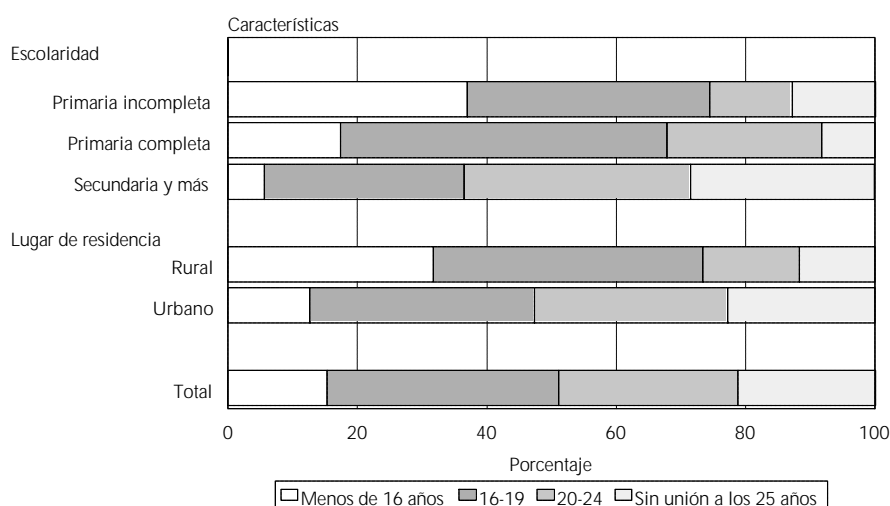
Gráfica 4.
Quintana Roo: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

Al igual que a escala nacional, en Quintana Roo el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Más de tres y siete 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 12.6 y 47.4 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 36.5 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 patrón lo presentaron tres de cada cuatro mujeres.

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



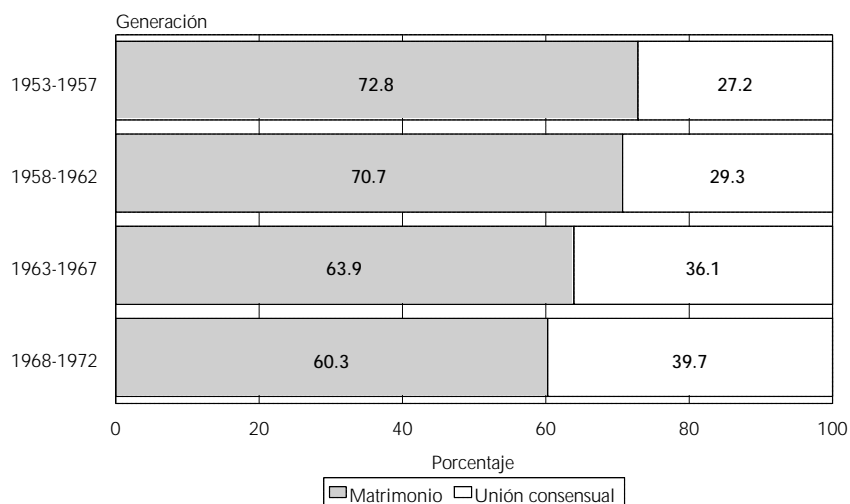
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Quintana Roo, 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, 27.2 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 39.7 por ciento, cifra que es mayor a la observada en el país (36.3%).

Gráfica 6.

Quintana Roo: 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



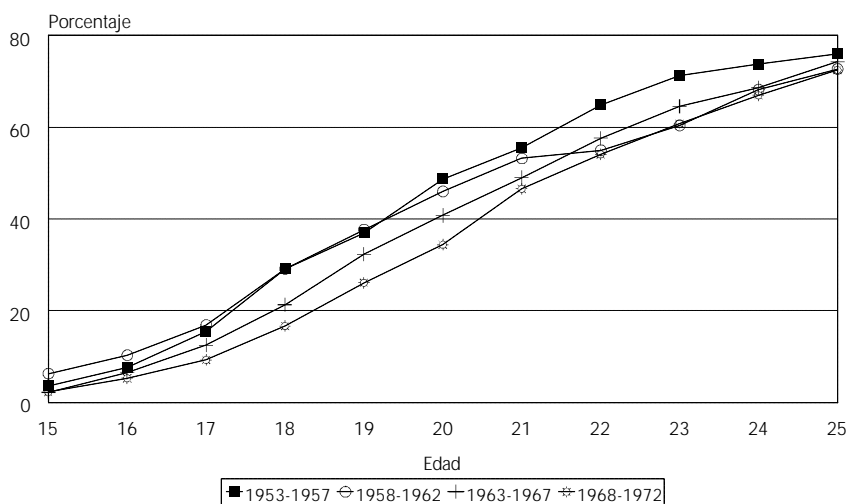
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 Quintana Roo se ha registrado un 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 ser madre antes de cumplir 20 años de edad fue de 37 por ciento para las mujeres nacidas entre 1953 y 1957; mientras que entre las mujeres de la generación más reciente (1968-1972) este valor se redujo a 26.1 por ciento. Asimismo, 15.5 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 inició la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad, valor que descendió a 9.3 por ciento entre las nacidas en el periodo 1968-1972.

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 macro-sociales, 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.
Quintana Roo: 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.

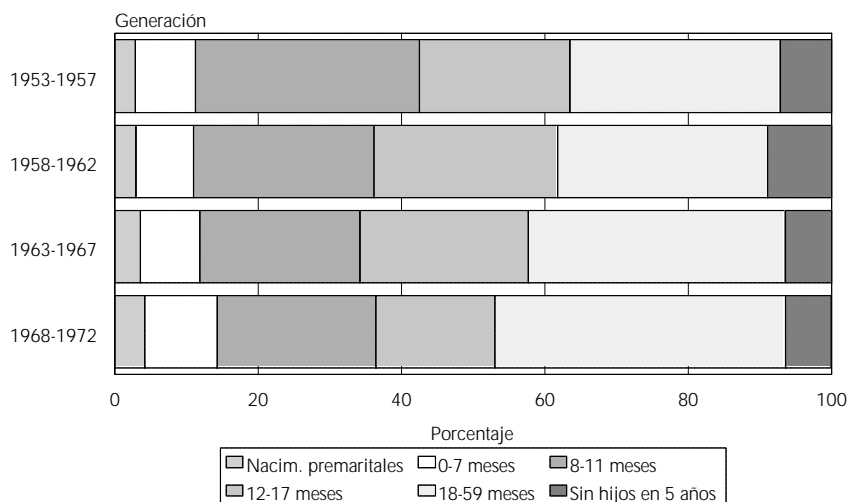
El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio (véase gráfica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

En Quintana Roo, al igual de lo que ocurre a escala nacional, las mujeres unidas de las generaciones más jóvenes tienden a presentar una mayor proporción de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo

premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje asciende a 14.3, mientras que en la de mayor edad es de 11.3. Aún cuando los datos sugieren que tanto los nacimientos de madres solteras, como las concepciones premaritales, están aumentando en la entidad, 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.

Gráfica 8.

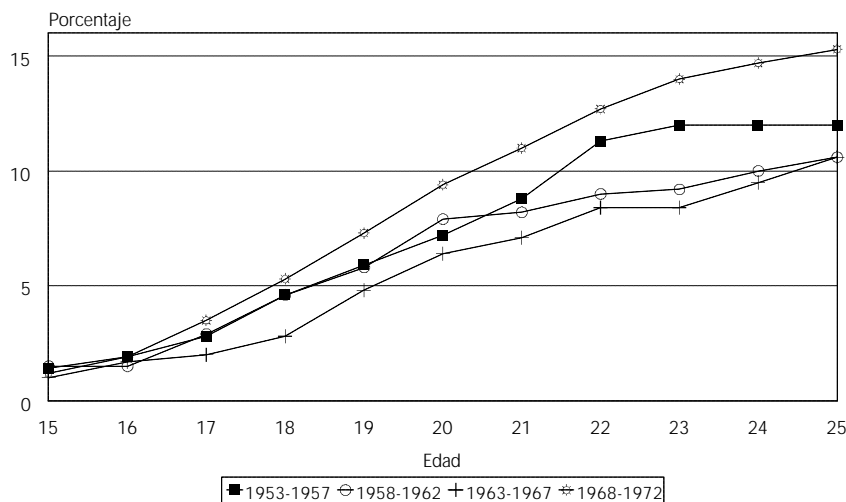
Quintana Roo: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Quintana Roo, 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 doce por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1953-1957, de 10.6 por ciento entre las mujeres de las generaciones intermedias, y de 15.3 por ciento en la generación más reciente.

Gráfica 9.
 Quintana Roo: 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.

En esta entidad la probabilidad de tener un embarazo antes de los 20 años aumentó de 7.2 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 9.4 entre las mujeres más jóvenes. Asimismo, 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 siete (14.8%) mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, en tanto que esta relación aumentó a poco más de una de cada cuatro (27.3%) para la generación 1968-1972.⁶

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 de Quintana Roo fue de 3.2, al igual que lo declarado, para ese mismo año, a escala nacional (véase cuadro 1). Ambos promedios se encuentran ligeramente por encima del nivel de la fecundidad registrada en ese año en los dos contextos (Quintana Roo y el país en su conjunto registraron una TGF de 2.7 hijos en 1997). Las mujeres de distintos grupos de edad presentan 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 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.5 hijos e hijas, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, registraron un promedio cercano a tres (2.8). 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 4.6 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia menor de tres (2.7 en promedio), esto es casi dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres sin escolaridad presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que en los niveles de mayor escolaridad predominan mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4 y 3, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena respecto a las que no lo hacen (4 y 2.8, respectivamente). Se observa que en el medio rural el número ideal de hijos e hijas es ligeramente menor que la descendencia alcanzada.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.2	2.8
Grupo de edad		
15-19	2.8	0.8
20-24	2.7	1.5
25-29	2.7	2.2
30-34	3.1	3.0
35-39	3.4	3.8
40-44	3.9	4.1
45-49	4.5	4.9
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.6	5.5
Primaria incompleta	3.9	3.9
Primaria completa	3.1	2.9
Secundaria y más	2.7	1.9
Lugar de residencia		
Rural	4.0	4.1
Urbano	3.0	2.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.0	3.8
No habla	2.8	2.4

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

Alrededor de la mitad de las mujeres con dos y tres hijos(as), así como cuatro de cada diez mujeres con cuatro hijos(as), declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, 47.5 por ciento de las mujeres con dos hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (55.8%) 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 (35.1% y 27.7%, respectivamente), mientras que sólo 1.9 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

Cuadro 2.
Quintana Roo: 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	1.9	5.2	35.1	27.7	16.2	14.0
0	2.1	11.0	56.1	19.7	6.5	4.6
1	1.0	10.8	49.7	26.2	7.7	4.6
2	0.2	2.4	49.8	29.9	12.3	5.3
3	1.2	4.5	13.9	52.8	18.3	9.4
4	3.4	1.4	23.0	12.3	42.1	17.8
5 y más	4.4	2.6	18.1	14.2	16.5	44.2

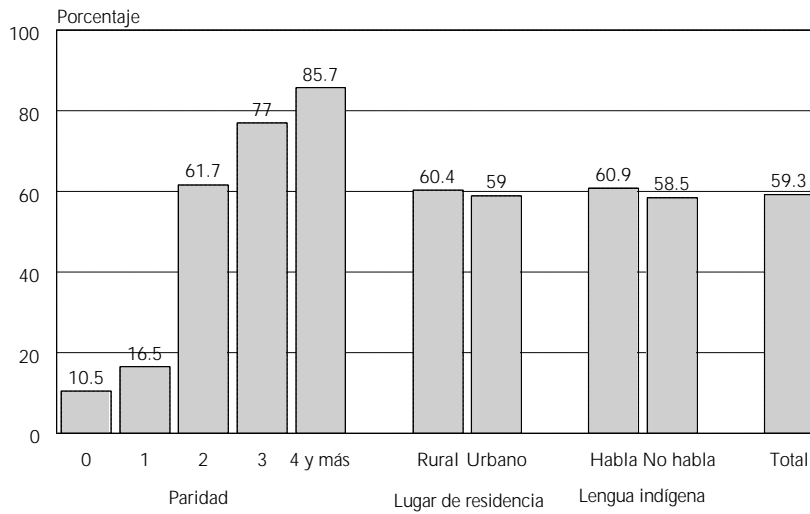
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Quintana Roo, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (59.3%) 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 en una magnitud semejante tanto entre las mujeres que residen en el ámbito urbano (59%) como entre las que habitan en localidades rurales (60.4%). Por su parte, las mujeres que hablan alguna lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (60.9%), siendo este porcentaje mayor en apenas 2.4 puntos porcentuales al de las mujeres que no hablan una lengua indígena.

Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su gran mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido dos, poco menos de cuatro de cada diez expresan este deseo. En contraste, entre las mujeres con tres y cuatro hijos(as) o más, 77 y 85.7 por ciento, respectivamente, no desean incrementar su paridad.

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Quintana Roo registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (98.1%) (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma en la entidad que sólo se registran ligeras diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos. Los niveles más bajos de conocimiento se registraron entre las que viven en el medio rural (88.8%) y las mujeres sin escolaridad (91.1%).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Quintana Roo continúa siendo el más popular: 96.5 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importancia las inyecciones y la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (94.3%, en cada uno de los casos), los condones (92.8%) y el dispositivo intrauterino (DIU) (90.5%). El Norplant, los espermicidas y los métodos naturales (como ritmo y retiro) son los métodos que menos conocen las mujeres de Quintana Roo (véase gráfica 11).

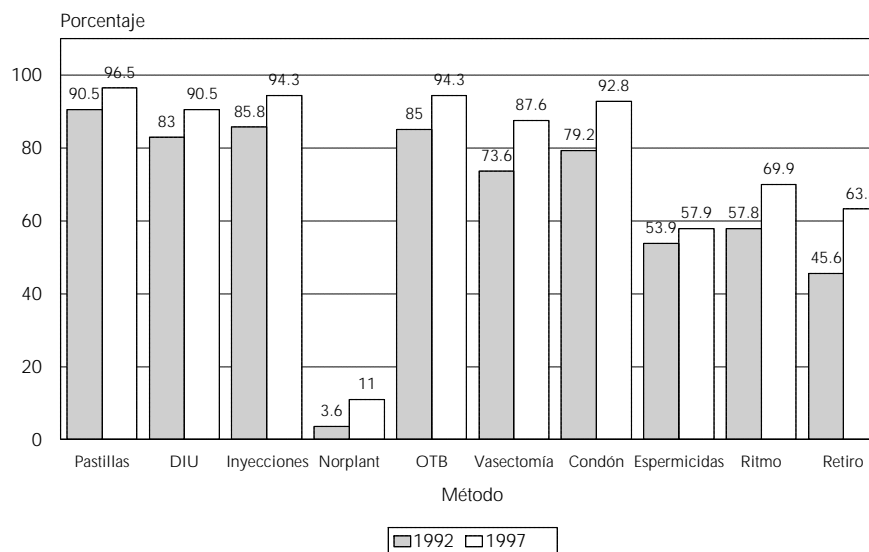
Cuadro 3.
Quintana Roo: porcentaje de mujeres
en edad fértil que conoce al menos un método
anticonceptivo, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	92.2	98.1
Grupo de edad		
15-19	84.1	96.3
20-24	94.6	98.3
25-29	95.8	98.6
30-34	96.9	98.7
35-39	93.6	99.1
40-44	91.1	99.7
45-49	90.6	95.8
Paridad		
0	88.6	96.7
1	94.1	99.8
2	96.4	99.6
3	96.1	99.8
4 y más	90.4	96.7
Escolaridad		
Sin escolaridad	71.0	91.1
Primaria incompleta	88.5	96.2
Primaria completa	91.7	97.7
Secundaria y más	98.6	99.6
Lugar de residencia		
Rural	67.7	88.8
Urbano	97.3	99.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	94.4
No habla	n.d.	99.6

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

Entre 1992 y 1997, se registraron incrementos importantes en el conocimiento de métodos modernos de uso femenino; sin embargo, los métodos que experimentaron un mayor aumento en su difusión fueron: el retiro (de 45.6% a 63.3%), la vasectomía (de 73.6% a 87.6%), el condón (de 79.2% a 92.8%) y el ritmo (de 57.8% a 69.9%).

Gráfica 11.
Quintana Roo: 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.

En el medio rural se observa un menor nivel de conocimiento de todos los métodos de planificación familiar. Los únicos tres métodos que más de ocho de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron las pastillas, las inyecciones y la OTB, para el resto de los métodos los porcentajes fueron bajos, llegando a ser menores a 45 por ciento en los métodos naturales y los espermicidas, y de 5.9 por ciento en el caso del Norplant (véase cuadro 4).

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

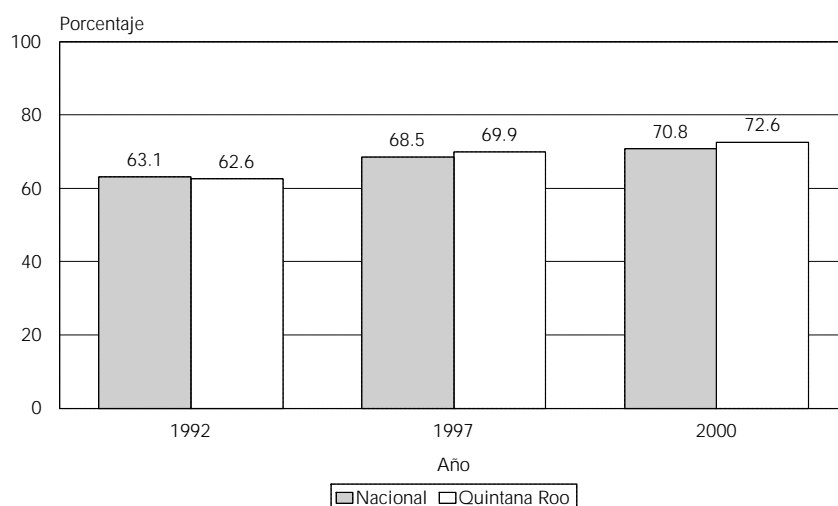
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	90.5	64.2	96.0	96.5	84.8	98.5
DIU	83.0	48.6	90.2	90.5	66.0	94.6
Inyecciones	85.8	55.0	92.3	94.3	80.3	96.6
Norplant	3.6	0.4	4.3	11.0	5.9	11.9
OTB	85.0	49.7	92.4	94.3	80.0	96.7
Vasectomía	73.6	35.1	81.7	87.6	59.7	92.3
Condomes	79.2	37.7	87.9	92.8	69.0	96.9
Espermicidas	53.9	19.0	61.2	57.9	31.1	62.4
Ritmo	57.8	19.4	65.9	69.9	44.8	74.2
Retiro	45.6	13.8	52.2	63.3	41.4	67.0

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).

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

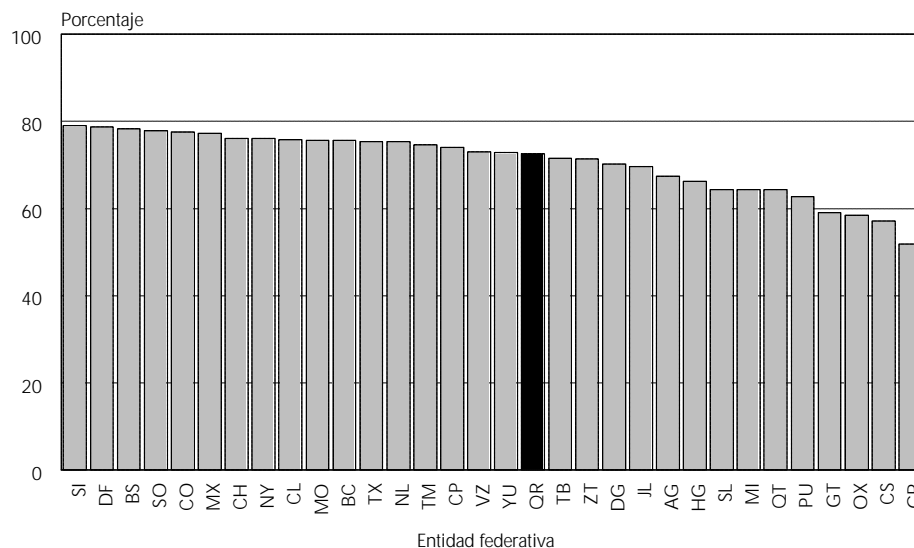


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

En Quintana Roo el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 62.6 por ciento en 1992, cifra que ascendió a 69.9 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 72.6 por ciento, lo que ubica a entidad dentro de las veinte que presentan una prevalencia mayor a la del país en su conjunto (véase gráfica 13).

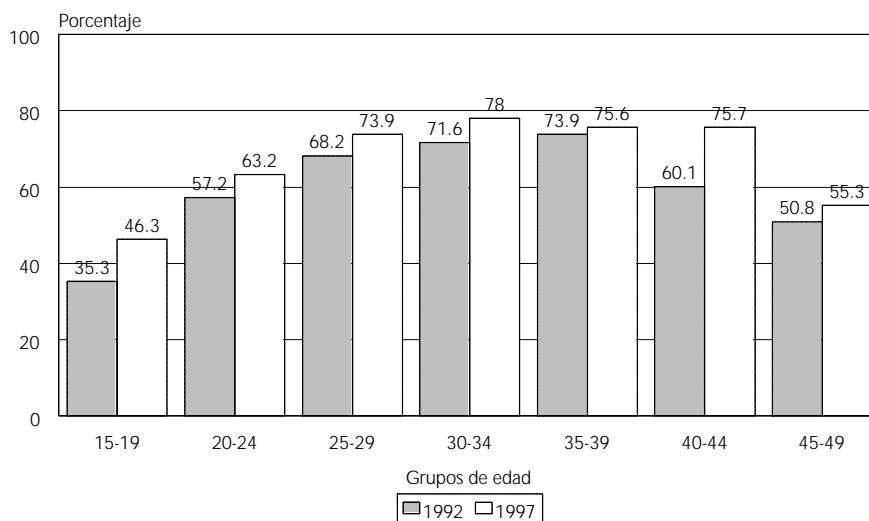
Un aspecto que llama la atención en el estado de Quintana Roo es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva. Poco más de una de cada tres mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos, y 46.3 por ciento de las menores de 20 años, aunque estos porcentajes experimentaron un aumento entre 1992 y 1997 (véase gráfica 14).

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 14.
Quintana Roo: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos por grupos de edad, 1992 y 1997



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

Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a menores 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 45.2 por ciento de las mujeres en unión que residen en localidades rurales en el estado de Quintana Roo; así como por la mitad de las mujeres unidas sin escolaridad; y por 56 por ciento de las mujeres que hablan una lengua indígena (véase cuadro 5).

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

Características	1992	1997
Total	62.6	69.9
Grupo de edad		
15-19	35.3	46.3
20-24	57.2	63.2
25-29	68.2	73.9
30-34	71.6	78.0
35-39	73.9	75.6
40-44	60.1	75.7
45-49	50.8	55.3
Paridad		
0	23.6	36.5
1	56.5	63.5
2	70.7	79.9
3	81.0	80.6
4 y más	61.7	70.7
Escolaridad		
Sin escolaridad	39.6	50.9
Primaria incompleta	55.3	61.9
Primaria completa	70.6	71.5
Secundaria y más	71.6	75.8
Lugar de residencia		
Rural	33.7	45.2
Urbano	69.4	74.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	56.0
No habla	n.d.	76.3

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

Las diferencias en los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos entre estas mujeres y las de los grupos sociales opuestos son acentuadas, ya que los niveles de uso de las mujeres más favorecidas por el desarrollo social, como son las mujeres con secundaria o más y las mujeres que residen en localidades urbanas, presentan niveles de utilización mayores a los que se registraron entre sus homólogas del país. Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos.

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 Quintana Roo en 1997 muestra algunas diferencias con el patrón nacional, ya que si bien el método más usado era la OTB (44.7%), los métodos naturales fueron el segundo método más utilizado (14.9%), seguidos por el DIU (14.2%) y por las pastillas (11.7%) (véase cuadro 6).

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

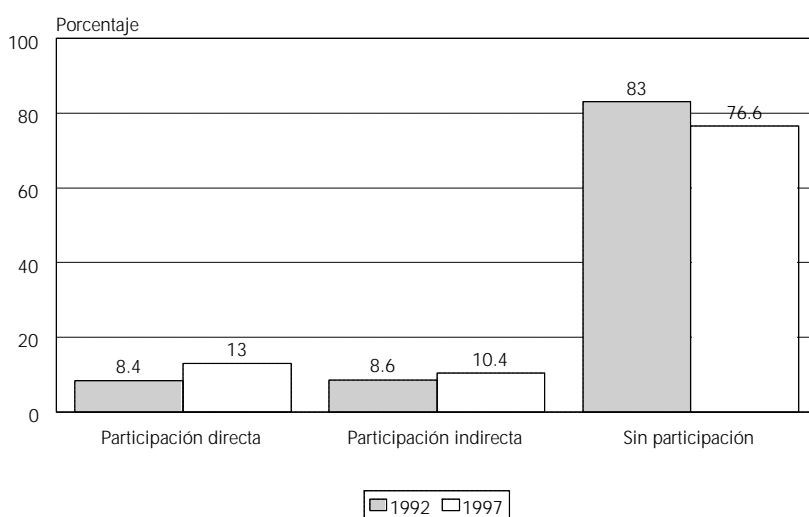
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	22.3	24.3	22.1	11.7	10.3	11.9
DIU	9.2	6.3	9.6	14.2	10.5	14.6
Inyecciones	9.8	6.2	10.2	6.7	10.3	6.3
Locales	0.1	0.5	0.1	0.3	0.0	0.4
Condones	4.1	2.5	4.3	5.0	4.3	5.1
OTB	42.8	45.3	42.5	44.7	43.5	44.9
Vasectomía	1.8	2.5	1.7	2.3	1.4	2.4
Naturales	9.8	12.4	9.5	14.9	19.7	14.4

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

Es importante señalar que, entre 1992 y 1997, las pastillas redujeron su participación a cerca de la mitad en tanto que los métodos naturales y el DIU incrementaron su participación en la estructura de uso en 5.1 y 5 puntos porcentuales, respectivamente. Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era ligeramente mayor en la zona urbana que en la rural (85.6% y 80.3%, respectivamente).

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 2.3 y 5 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Quintana Roo. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan de manera directa o indirecta, que sumados representan a casi una de cada cuatro usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 13 por ciento de las usuarias y en el segundo 10.4 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa e indirecta del varón aumentó considerablemente entre 1992 y 1997, debido al aumento en el uso del condón, la vasectomía y los métodos naturales.

Gráfica 15.
Quintana Roo: distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por tipo de participación del varón, 1992 y 1997



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

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

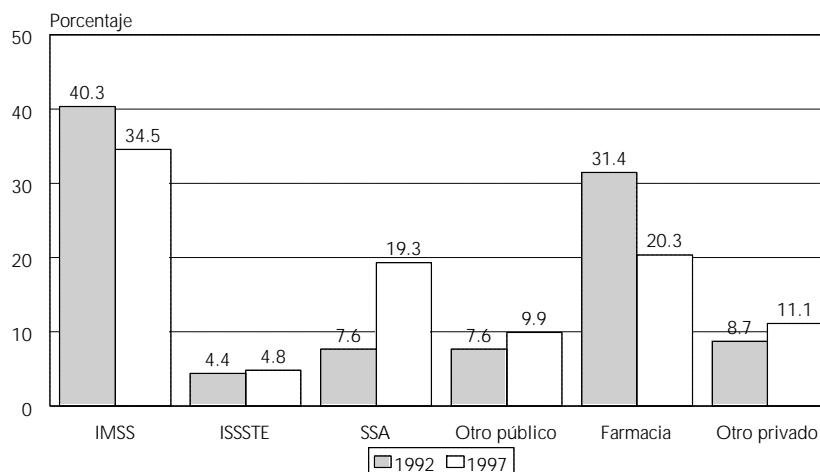
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación

familiar. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias de anticonceptivos de todo el país obtenía el método que empleaba en alguna de las instituciones del sector público, dentro de éstas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) concentraron los mayores porcentajes de usuarias de anticonceptivos modernos (41.4% y 19.6%, respectivamente).

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Quintana Roo ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 59.9 por ciento en 1992 a 68.5 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 40.1 a 31.4 por ciento entre esos años. Entre las instituciones del sector público destaca el IMSS, el cual atendió a dos terceras partes (34.5%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997, y la SSA, que atendió a cerca de una de cada cinco (véase gráfica 16).

Gráfica 16.
Quintana Roo: 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 medio rural, la SSA pasó a ser la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en 1997, como resultado del importante incremento en su participación y de la reducción de la participación relativa del IMSS; la SSA atendió a 52.3 por ciento de las usuarias rurales de métodos modernos, el sector privado a 18.8 por ciento y el IMSS a 18 por ciento. En el ámbito urbano, el sector privado perdió importancia durante el periodo 1992-1997; con lo que el IMSS pasó a ser la principal fuente de obtención de métodos en este ámbito; el IMSS atendió en 1997 a 36.2 por ciento de las usuarias, el sector privado a 32.7 por ciento y la SSA a 15.9 por ciento (véase cuadro 7).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de alrededor de 85 por ciento de las usuarias del DIU y de la OTB (véase cuadro 8). Por su parte, siete de cada diez mujeres en edad fértil usuarias de pastillas obtienen el método en el sector privado, al igual que alrededor de ocho de cada diez usuarias de inyecciones y condones.

Cuadro 7.
Quintana Roo: 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	40.3	30.4	41.3	34.5	18.0	36.2
ISSSTE	4.4	1.2	4.7	4.8	3.2	5.0
SSA	7.6	30.3	5.2	19.3	52.3	15.9
Otro público	7.6	19.3	6.4	9.9	7.7	10.1
Farmacia	31.4	9.6	33.8	20.3	10.3	21.3
Otro	8.7	9.3	8.6	11.1	8.5	11.4

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

Cuadro 8.
Quintana Roo: 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	68.5	31.5
Pastillas	30.7	69.3
DIU	83.2	16.8
Inyecciones*	21.3	78.7
Condomes*	14.7	85.3
OTB	86.6	13.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Anticoncepción posparto

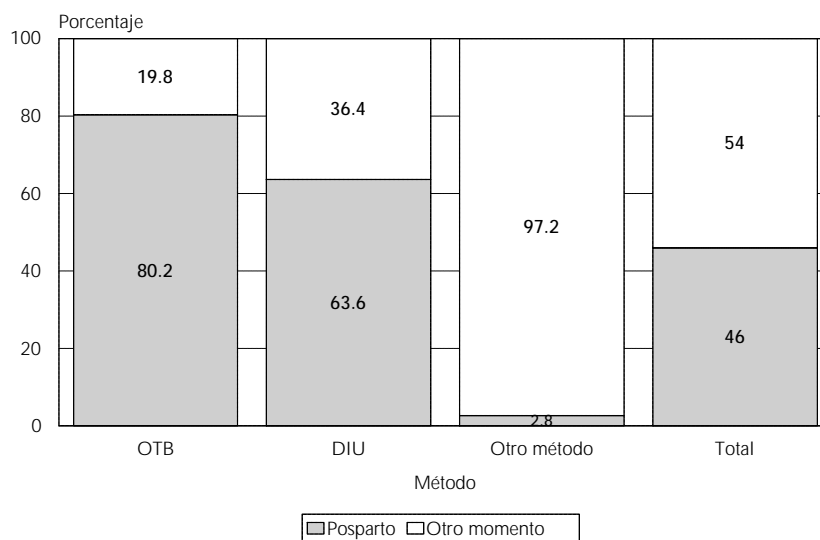
A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar llevaron a cabo importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar, 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 Quintana Roo se manifiesta en el hecho de que 46 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, ocho de cada diez usuarias de la OTB y 63.6 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese momento.

Gráfica 17.
Quintana Roo: distribución porcentual
de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos,
según el momento de adopción del método, 1997



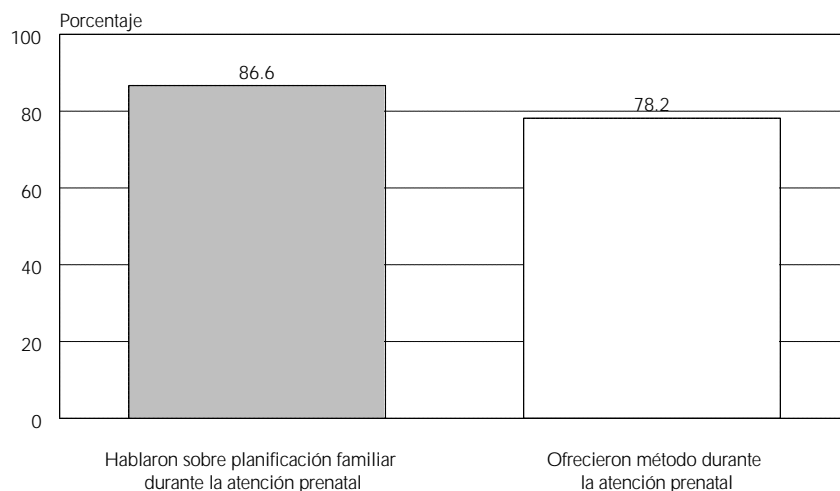
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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.

Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, así como consejería y métodos de planificación familiar (principalmente DIU y OTB), 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 recibió la oferta de algún método para el posparto durante la atención prenatal.

En Quintana Roo, 86.6 por ciento de las mujeres que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo(a) nacido vivo durante el periodo 1994-1997, declaró haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y 78.2 por ciento reportó que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

Gráfica 18.
Quintana Roo: 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 laENADID, 1997.

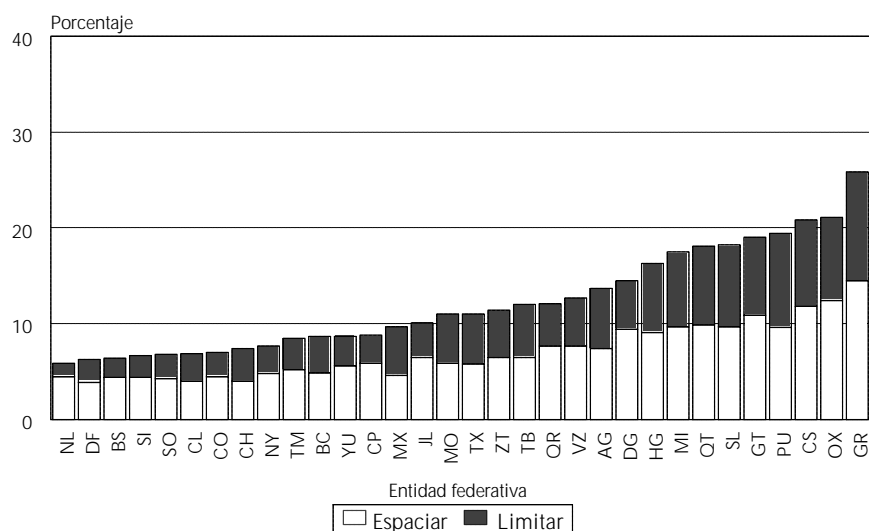
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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 Quintana Roo, para el año de 1997, fue del orden de 12.1 por ciento, es decir, el mismo nivel que presentó el país en su conjunto. Este porcentaje se encuentra 6.3 puntos porcentuales por encima de Nuevo León, que es la entidad mejor ubicada en este renglón (véase gráfica 19).

Gráfica 19.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997



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

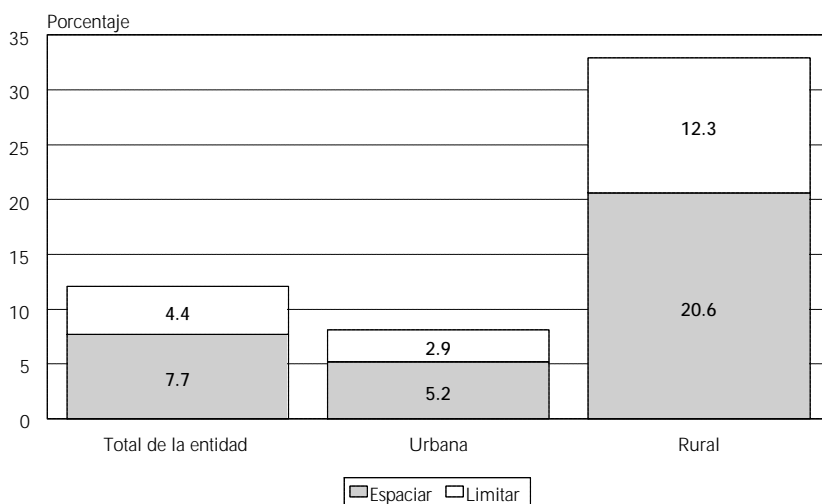
El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: a) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, entre las menores de 20 años; b) las mujeres que hablan una lengua indígena presentan un elevado porcentaje de demanda insatisfecha con respecto a las que no tienen esa condición: entre las primeras, una de una de cada cinco se encuentra en esta situación; c) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es cuatro veces el que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); d) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, e) las mujeres con menos de dos hijos(as), así como las que tienen cuatro y más, presentan mayores niveles de demanda insatisfecha en relación con las mujeres con dos y tres hijos(as).

Cuadro 9.
Quintana Roo: 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	69.9	26.6	43.3	12.1	7.7	4.4	8.3	8.3	1.5
Edad quinquenal									
15-19	46.3	43.0	3.3	31.1	30.0	1.1	20.2	0.0	2.4
20-24	63.2	50.1	13.1	17.8	15.3	2.5	15.1	0.6	3.3
25-29	73.9	39.0	34.9	13.2	7.6	5.6	9.7	2.1	1.1
30-34	78.0	25.2	52.8	9.4	4.5	4.9	7.5	3.8	1.3
35-39	75.6	11.0	64.6	8.5	3.2	5.2	3.1	11.1	1.7
40-44	75.7	2.9	72.8	4.8	0.8	4.0	1.0	18.4	0.0
45-49	55.3	0.0	55.3	6.2	0.0	6.2	3.1	35.3	0.0
Paridad									
0	36.5	34.6	2.0	15.4	13.6	1.8	35.0	10.0	3.0
1	63.5	57.6	5.8	14.7	13.6	1.1	15.0	5.0	1.9
2	79.9	33.7	46.2	7.2	5.0	2.2	4.3	6.9	1.6
3	80.6	13.2	67.4	9.9	5.4	4.5	1.0	8.3	0.3
4 y más	70.7	5.9	64.7	14.6	5.3	9.2	2.6	10.9	1.3
Escolaridad									
Sin escolaridad	50.9	5.3	45.6	25.5	10.6	14.9	3.5	18.9	1.2
Primaria incompleta	61.9	15.6	46.3	19.1	11.3	7.8	5.3	12.2	1.5
Primaria completa	71.5	22.9	48.7	12.0	9.5	2.5	5.9	9.0	1.5
Secundaria y más	75.8	36.4	39.3	7.0	5.0	2.0	11.4	4.5	1.4
Lugar de residencia									
Urbano	74.7	28.6	46.1	8.1	5.2	2.9	8.4	7.4	1.4
Rural	45.2	16.3	28.9	32.9	20.6	12.3	7.5	12.7	1.7
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	56.0	19.0	37.0	20.2	13.0	7.2	8.7	13.3	1.8
No habla	76.3	30.1	46.2	8.4	5.2	3.1	8.1	5.9	1.3

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

Gráfica 20.
Quintana Roo: 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 podrían 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.

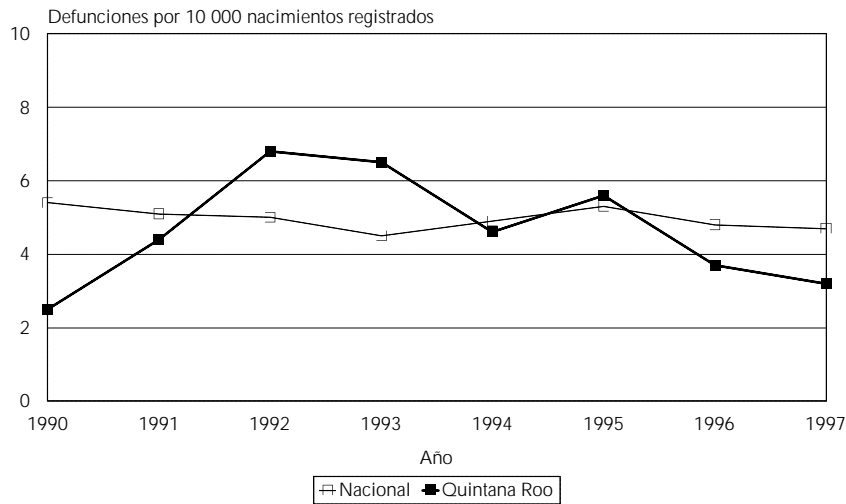
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Quintana Roo la tasa de mortalidad materna durante la década de los noventa presentó una tendencia ascendente hasta 1992, y a partir de este año experimentó un descenso significativo (véase gráfica 21). En 1992, la tasa de mortalidad materna en el estado alcanzó su punto más alto (6.8 defunciones por 10 mil nacimientos registrados). El valor de este indicador en 1997 fue de 3.2 (1.5 puntos menor que el registrado en el país en su conjunto en ese año), por lo que entre los años de 1992 y 1997 se dio un descenso de 52.9 por ciento en este indicador en la entidad.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Quintana Roo 23 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, y en el periodo 1995-1997 se registraron 26.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad, en especial entre las mujeres de 20 a 24 años (véase gráfica 22). Ocho de cada diez mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 39 años de edad; asimismo, una de cada nueve tenía menos de 20 años, mientras que una de cada trece mujeres que fallecieron por esta razón tenía 40 años o más.

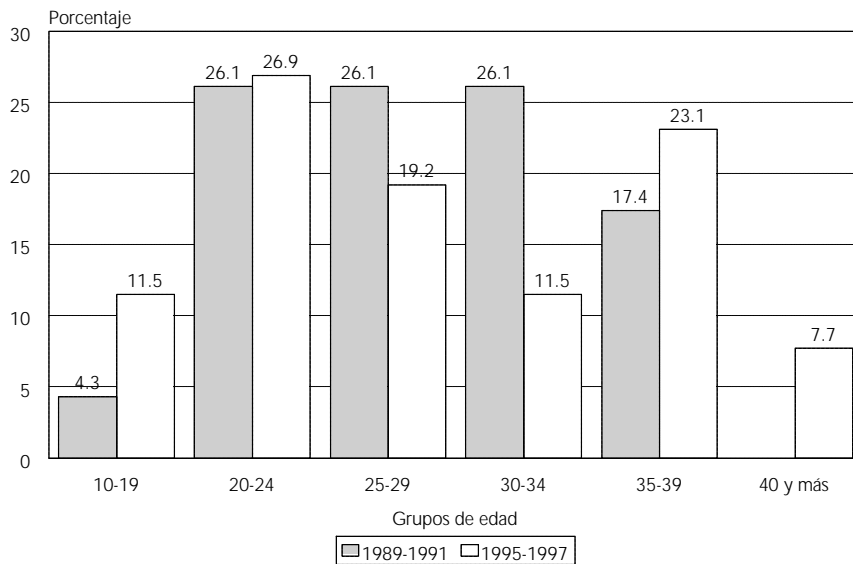
⁸ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Gráfica 21.
Quintana Roo: tasa de mortalidad materna, 1990-1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



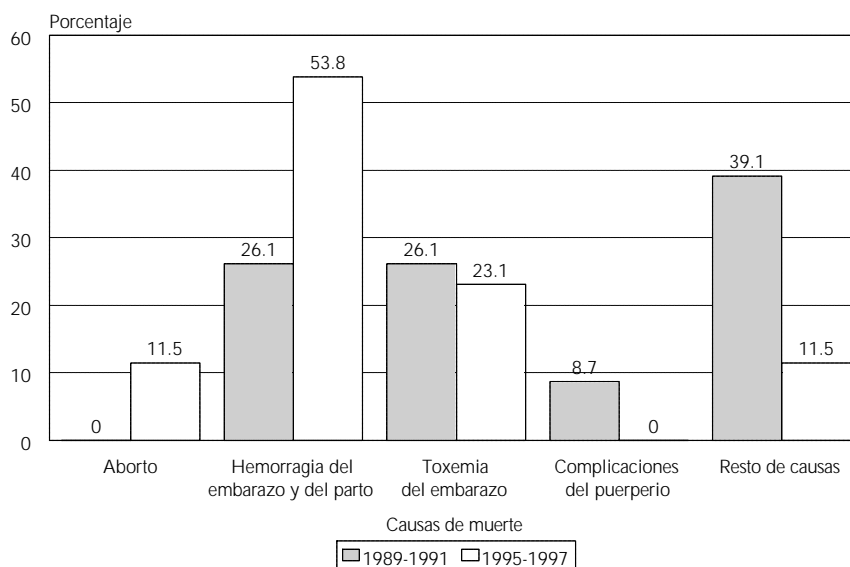
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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 Quintana Roo, las hemorragias del embarazo y del parto fueron la principal causa de muerte materna, y su importancia se duplicó en los años noventa (véase gráfica 23). La toxemia del embarazo fue la segunda causa más importante en el último periodo de referencia, y con respecto al periodo 1989-1991, su peso relativo se mantuvo prácticamente constante. El aborto fue la tercera causa de muerte materna en el estado y fue responsable de poco más de una de cada diez muertes maternas. Cabe señalar que entre 1995 y 1997, no se registraron muertes maternas por complicaciones del puerperio.

Gráfica 23.
Quintana Roo: 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 de 15 a 49 años de edad alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992 y a 19 por ciento en 1997.

En Quintana Roo, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha aumentado en los últimos años. En 1992, 17.5 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 ascendió a casi una de cada cinco (19.6%).

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 este tipo de atención, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal por algún tipo de agente ha aumentado en el país de poco más de 66 por ciento en 1974-1976 a 92.2 por ciento en 1994-1997. Los médicos proporcionan 83.5 por ciento del total de las atenciones, las enfermeras o promotoras 2.5 por ciento, las parteras tradicionales 6.2 por ciento, y cerca de ocho por ciento no acude a revisión.

En Quintana Roo, 92.4 por ciento de las mujeres que tuvieron a su último o penúltimo hijo durante el periodo 1994-1997 recibió algún tipo de atención prenatal. Sin embargo, esta entidad registra el sexto porcentaje más bajo de mujeres que recibieron atención por parte de un médico (79.9%); y la sexta proporción más elevada de mujeres que acudieron con una partera (10.5%) (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.
Quintana Roo: 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	79.9	2.1	10.5	7.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	76.5	2.7	14.8	6.0
20-34	80.9	1.8	10.0	7.4
35-49*	78.9	3.2	4.8	13.1
Orden de nacimiento				
1	90.3	2.1	4.4	3.2
2	87.5	1.8	7.1	3.6
3	77.8	2.1	13.0	7.1
4 o más	60.7	1.6	19.4	18.3
Escolaridad				
Sin escolaridad*	46.3	2.9	16.5	34.2
Primaria incompleta	57.0	3.1	25.3	14.6
Primaria completa	76.9	3.1	15.6	4.4
Secundaria y más	95.6	1.1	1.3	2.0
Lugar de residencia				
Urbano	88.6	1.5	4.4	5.5
Rural	49.2	4.1	31.7	15.1
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	61.1	3.2	24.5	11.2
No habla	88.4	1.6	4.0	6.0

* Menos de 100 casos en muestra.

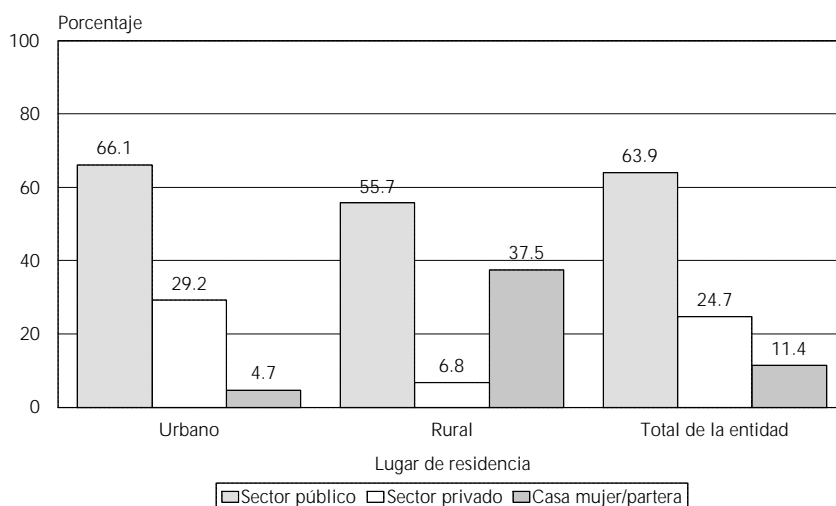
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquellas sin escolaridad (poco más de una de cada tres), las que tienen cuatro hijos(as) o más (18.3%), que viven en el medio rural (15.1%), las que tienen entre 35 y 49 años de edad (13.1%) y las que hablan alguna lengua indígena (11.2%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (95.6%), entre las primíparas (90.3%), entre las que viven en localidades urbanas (88.6%) y entre las mujeres que no hablan una lengua indígena (88.4%). La escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 63.9 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron esta atención; el sector privado atendió a una de cada cuatro, mientras que poco menos de una de cada nueve recibió la atención en casa de la partera o de la mujer. El mayor porcentaje de usuarias de los servicios del sector público se localizó en las zonas urbanas (66.1%), en tanto que la atención en casa fue más frecuente en el medio rural (37.5%).

Gráfica 24.
Quintana Roo: 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 Quintana Roo, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 79.4 por ciento; 16.9 por ciento inició en

el segundo trimestre; y 3.7 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia con el inicio oportuno: mientras que alrededor de siete de cada diez mujeres con primaria iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a 85.8 por ciento entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas (80.6%) con respecto a las que vivían en el ámbito rural (74.9%), y entre las mujeres que no hablan alguna lengua indígena (82%) con relación a las que sí tienen esta condición (73.4%).

Cuadro 11.
Quintana Roo: 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	79.4	16.9	3.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	75.2	20.7	4.1
20-34	81.4	15.3	3.3
35-49*	71.2	23.0	5.8
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	73.8	20.0	6.1
Primaria completa	68.9	26.3	4.8
Secundaria y más	85.8	12.0	2.1
Lugar de residencia			
Urbano	80.6	16.1	3.4
Rural	74.9	20.4	4.8
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	73.4	23.1	3.5
No habla	82.0	14.3	3.7

* Menos de 100 casos en muestra.

— Tamaño de muestra insuficiente.

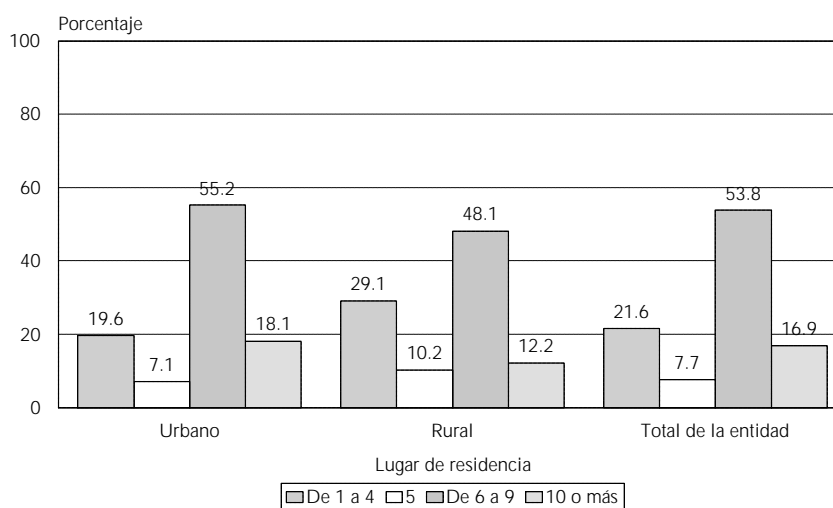
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Quintana Roo, las mujeres embarazadas que tuvieron atención prenatal recibieron, en promedio, 7.3 consultas de atención prenatal (7.4 en las áreas urbanas y 6.7 en las

rurales). Sin embargo, cabe destacar que poco más de una de cada cinco de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a cerca de tres de cada diez entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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



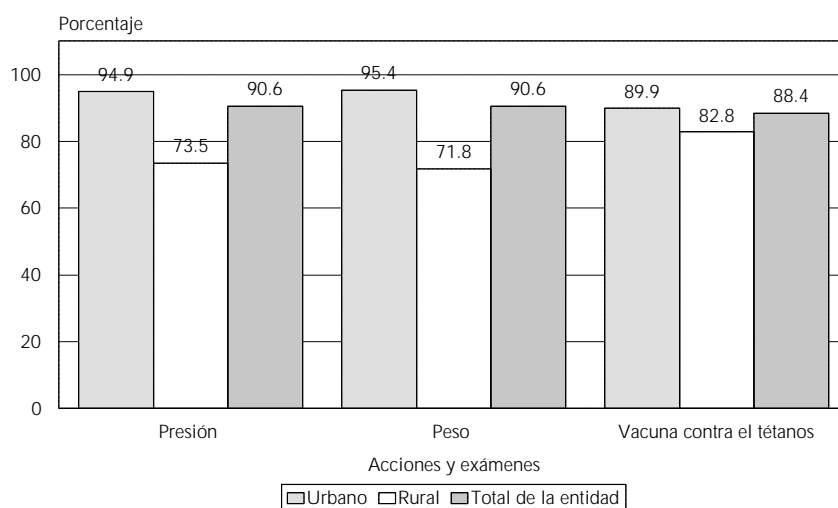
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 nueve de cada diez mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se les tomó la presión arterial y se les pesó, y a 88.4 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Los dos primeros valores que presenta el estado de Quintana Roo están ligeramente por debajo de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión), mientras que en el caso de la vacunación la cifra estatal supera en 8.2 puntos porcentuales al promedio nacional (80.2%).

El porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mucho mayor en el ámbito urbano que en el rural, con diferencias de más de veinte puntos porcentuales en el caso de la toma de presión arterial y del peso, y de 7.1 puntos en el caso de la aplicación de la vacuna antitetánica. La toma de presión arterial y del peso se le practicó únicamente a poco más de siete de cada diez mujeres de las localidades rurales, mientras que a poco más de ocho de cada diez mujeres rurales se les aplicó la vacuna antitetánica.

Gráfica 26.

Quintana Roo: 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 Quintana Roo ha quedado ligeramente rezagado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, tres de cada cuatro (74.3%) alumbramientos fueron atendidos por un médico. En contraparte, la partera atendió a poco más de uno de cada cinco (22.3%).

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto entre las mujeres que residen en localidades rurales (62.4%), las menos escolarizadas (alrededor de 50% entre las mujeres con primaria incompleta o menos), las que hablan una lengua indígena (47.5%) y las que tienen cuatro hijos(as) o más (44.7%) (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Quintana Roo: 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	74.3	2.1	22.3	1.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	69.7	1.2	29.1	0.0
20-34	76.3	1.9	20.3	1.5
35-49*	66.3	6.1	24.4	3.2
Orden de nacimiento				
1	86.7	2.5	10.8	0.0
2	83.8	0.4	14.5	1.2
3	78.8	0.7	19.8	0.7
4 o más	47.5	4.2	44.7	3.6
Escolaridad				
Sin escolaridad*	37.9	4.4	52.3	5.4
Primaria incompleta	47.2	3.2	47.7	1.9
Primaria completa	72.1	0.5	27.5	0.0
Secundaria y más	91.9	1.9	5.2	1.0
Lugar de residencia				
Urbano	86.6	1.8	10.8	0.8
Rural	31.2	3.2	62.4	3.2
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	48.9	1.9	47.5	1.7
No habla	85.8	2.2	10.8	1.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 76.2 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: poco más de uno de cada tres acudió al IMSS (36.4%), uno de cada siete se atendió en la Secretaría de Salud (14.8%) y 13.3 en el sector privado (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores a los servicios del IMSS (47.7%) y del sector privado (20%) que las mujeres con niveles de escolaridad meno-

res. En estas últimas, después de la atención en casa, los servicios de la SSA fueron los más utilizados. En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y el sector privado (41.8% y 16.4%, respectivamente). En las localidades rurales dos de cada tres partos (65.8%) fueron atendidos en casa de la partera o de la mujer y uno de cada seis (16.9%) en la SSA.

Cuadro 13.
Quintana Roo: 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	34.6	3.1	14.8	10.4	13.3	23.5	0.3
Escolaridad							
Sin escolaridad*	8.2	0.0	20.7	11.3	0.0	59.8	0.0
Primaria incompleta	18.0	0.0	15.8	11.2	4.7	49.0	1.2
Primaria completa	28.3	2.2	15.5	16.7	9.8	27.5	0.0
Secundaria y más	47.7	5.1	13.4	7.6	20.0	6.1	0.1
Lugar de residencia							
Urbano	41.8	3.7	14.3	12.1	16.4	11.5	0.2
Rural	9.1	0.8	16.9	4.4	2.1	65.8	0.9
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	16.9	0.6	17.0	8.4	7.0	49.8	0.2
No habla	42.7	4.2	13.8	11.3	16.1	11.5	0.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Tipo de parto

En Quintana Roo, el porcentaje de partos que fue resuelto mediante la operación cesárea en el periodo 1994-1997, ascendió a 28.8 por ciento, valor que está ligeramente por encima del promedio nacional (26.5%) a pesar del mayor porcentaje de partos asistidos por parteras (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el IMSS y en otras instituciones públicas tales como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), más de 40 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea; mientras que en la SSA y en el sector privado, este valor fue de tres de cada diez. 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.
Quintana Roo: distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994-1997

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	71.2	28.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	82.9	17.1
20-34	67.8	32.2
35-49*	74.4	25.6
Lugar de atención del parto		
IMSS	56.5	43.5
SSA	71.9	28.1
Otras públicas	58.1	41.9
Sector privado	70.1	29.9
Lugar de residencia		
Urbano	66.2	33.8
Rural	88.9	11.1

* Menos de 100 casos en muestra.

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

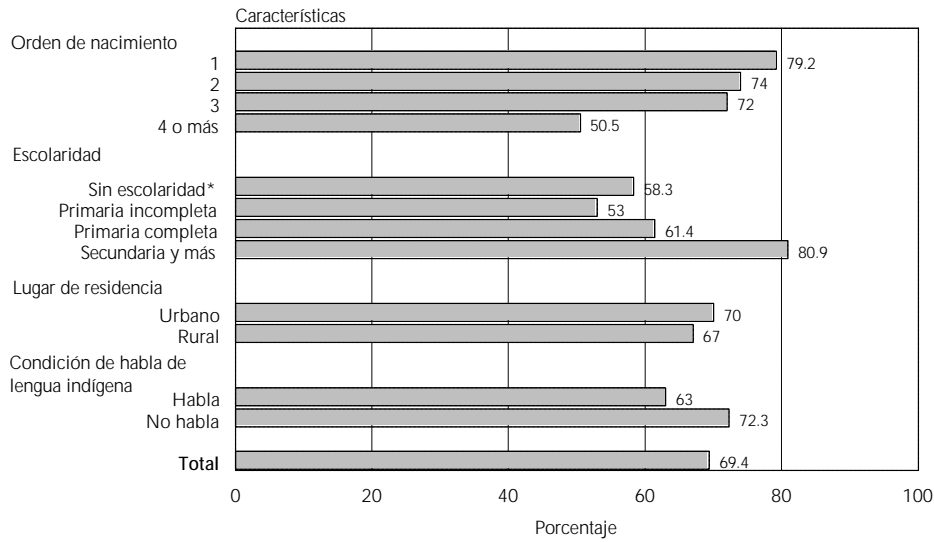
Atención durante el puerperio

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 Quintana Roo, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio ascendió a 69.4 por ciento, el cuarto nivel más alto de mujeres que acuden a este servicio de todas las entidades federativas del país.

Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las de paridades altas (50.5% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 79.2% de las primíparas), las mujeres con primaria incompleta (53%, a diferencia de 80.9% de las mujeres con secundaria y más), las mujeres que hablan alguna lengua indígena (63%, contra 72.3% de las que no tienen esa condición) y las rurales (67% contra 70% de las mujeres urbanas) (véase gráfica 27).

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



* Menos de 100 casos en muestra.

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

6 Lactancia materna

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

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

Quintana Roo se encuentra entre los estados del país que tienen un porcentaje mayor de mujeres que practican la lactancia con respecto al país en su conjunto —90 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997— y presenta la décimo primera duración mediana más larga (11.8 meses) de todo el país, superada en poco más de medio año por Oaxaca (18.6 meses), que es la entidad que presenta la duración de la lactancia más prolongada de la República.

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). El porcentaje más bajo se registra entre aquéllos cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (81.4%). En el medio rural, 96.4 por ciento de los niños y las niñas fue amamantado y la mitad ya había sido destetada a los 16.1 meses, mientras que 88.2 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 8.4 meses (véase cuadro 16). Un elevado porcentaje de los hijos(as) de mujeres que hablan alguna lengua indígena recibió leche materna (94.9%), lo que muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada entre la población indígena.

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

Total		90.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	90.2
	20-34	90.5
	35-49*	85.1
Escolaridad		
	Sin escolaridad*	88.3
	Primaria incompleta	91.8
	Primaria completa	88.4
	Secundaria y más	90.0
Lugar de atención del parto		
	Sector público	91.6
	Sector privado	81.4
	Casa	91.2
Lugar de residencia		
	Urbano	88.2
	Rural	96.4
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	94.9
	No habla	87.8

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Cuadro 16.
Quintana Roo: 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	5.4	4.2	12.2
Mediana	11.8	8.4	16.1
Tercer cuartil	18.5	16.9	24.4

* 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 Quintana Roo, 75.3 por ciento de los niños(as) fue ablactado antes de los cuatro meses, tres por ciento lo hizo tardíamente y 18.2 por ciento se llevó a cabo durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de apenas 1.9 meses, o sea, 1.2 meses menos que la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente entre las y los niños cuyas madres tenían entre 35 y 49 años de edad (más de 80%), en las zonas urbanas (79.1%) y entre los niños(as) cuyas madres tenían secundaria o más (78.5%). La ablactación tardía es una práctica poco recurrente en la entidad, y se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta o menos y del medio rural (alrededor de 7%). Por su parte, las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observan entre los hijos(as) de mujeres adolescentes (25.6%), en el ámbito rural (25.5%), entre aquéllos cuyas madres cursaron la primaria (22.3%) y que hablaban alguna lengua indígena (21.1%) (véase cuadro 17).

Cuadro 17.
Quintana Roo: 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	51.4	23.9	18.2	3.0	3.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	41.1	22.9	25.6	4.1	6.3
20-34	53.9	23.5	16.8	2.7	3.1
35-49*	53.5	30.0	13.4	2.5	0.6
Escolaridad					
Sin escolaridad*	56.2	21.4	12.2	7.8	2.5
Primaria incompleta	40.7	27.4	20.7	6.8	4.3
Primaria completa	60.8	13.6	22.3	1.1	2.2
Secundaria y más	52.1	26.4	16.4	1.3	3.8
Lugar de residencia					
Urbano	53.6	25.5	15.9	1.7	3.2
Rural	44.4	18.6	25.5	7.1	4.4
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	52.2	19.3	21.1	4.6	2.8
No habla	51.0	26.2	16.7	2.2	3.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

7 Mortalidad infantil

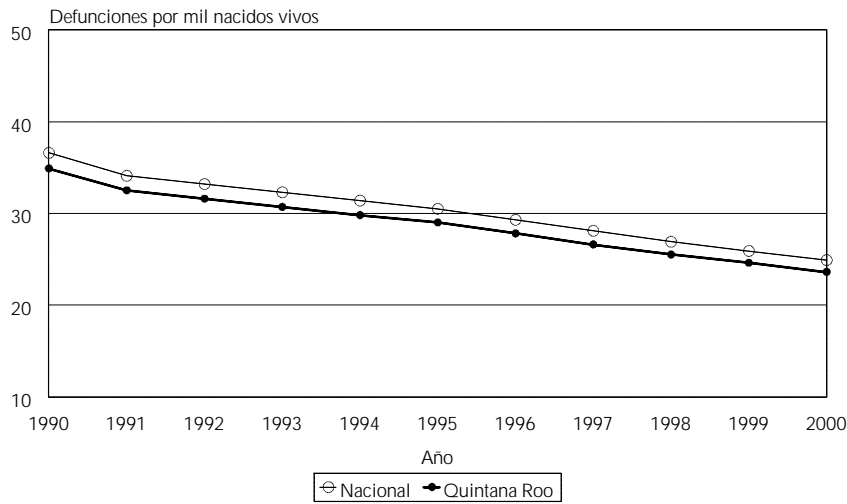
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 37. Seis décadas más tarde, en 1990, la esperanza de vida al nacimiento casi se duplicó, al situarse en 68.8 y 74 años, respectivamente. 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 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 Quintana Roo, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 34.9 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 23.6 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32.4 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Quintana Roo es 16.1 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país (véase gráfica 29).

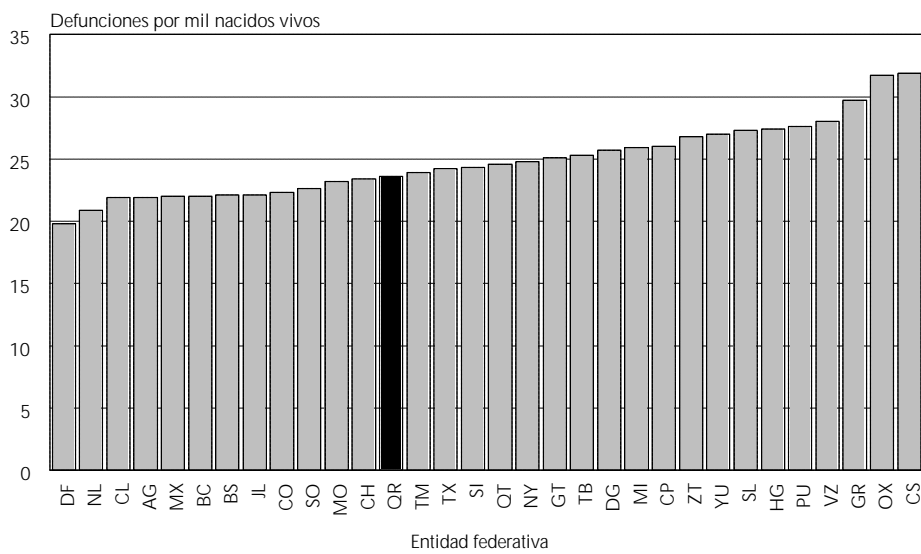
En Quintana Roo, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas tuvo una ligera reducción en los años de referencia, manteniéndose como la segunda causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Quintana Roo existe un subregistro importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

Gráfica 28.
Quintana Roo: tasa de mortalidad infantil, 1990-2000



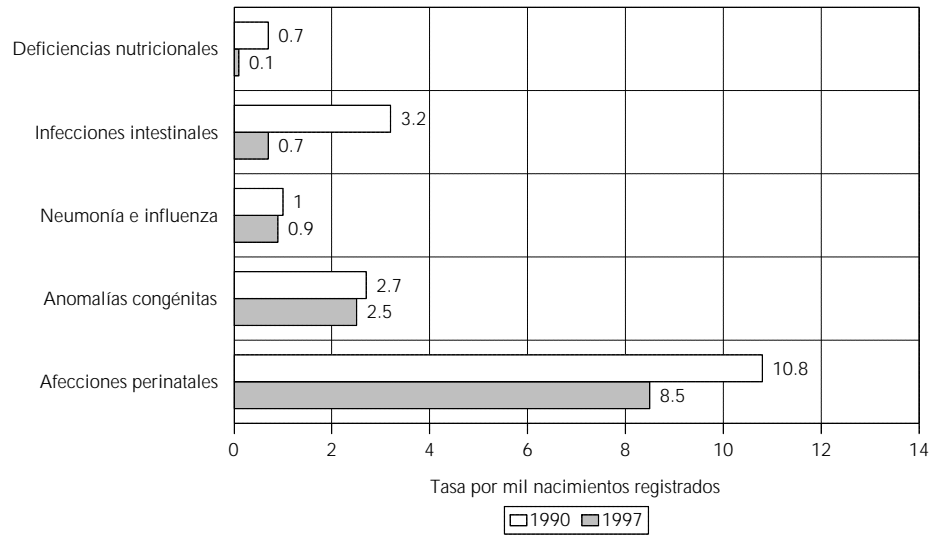
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/BGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

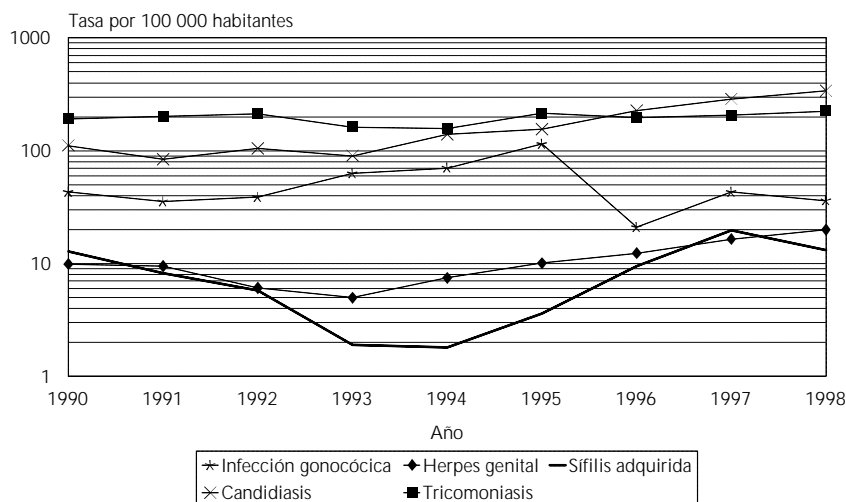
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos 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 Quintana Roo, las principales ETS registraron un aumento muy importante en su grado de incidencia a partir de 1995, y los niveles alcanzados en 1998 son mayores a los registrados en el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 340.7 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 224.2 casos por 100 mil habitantes. Esto significa que Quintana Roo se ubicó entre las diez entidades con los niveles más altos de incidencia de ambas enfermedades.

Contrario a lo observado en el país en su conjunto, la incidencia de las ETS clásicas presentó un comportamiento muy irregular en el estado, y los niveles alcanzados en 1998 fueron mayores a los registrados en el país en su conjunto: en 1990 la tasa de incidencia de la gonorrea fue de 43.1 casos por 100 mil habitantes, ascendió a 114.9 casos en 1995 y luego descendió a 36.2 en 1998; en tanto que la sífilis adquirida pasó de 12.9 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 3.6 en 1995, y en 1998 se ubicó en 13.1 casos por 100 mil habitantes (véase gráfica 31).

Gráfica 31.
Quintana Roo: tasa de incidencia
de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990-1998



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

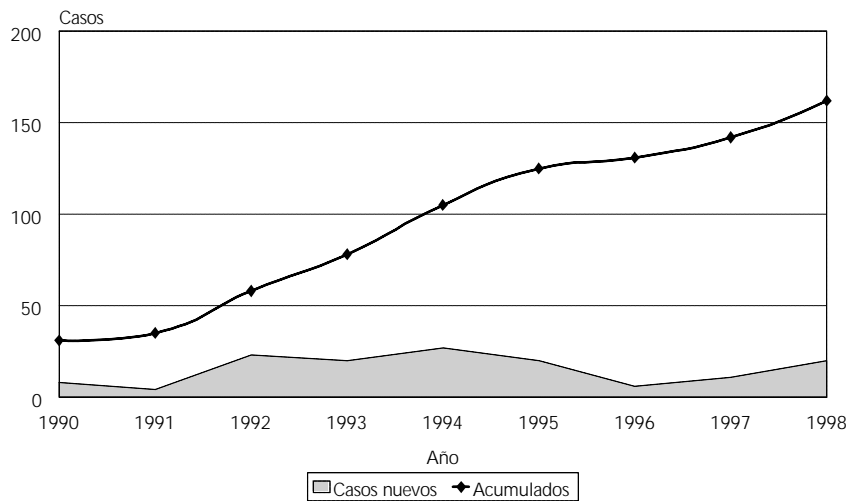
VIH/SIDA

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

Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762. 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.

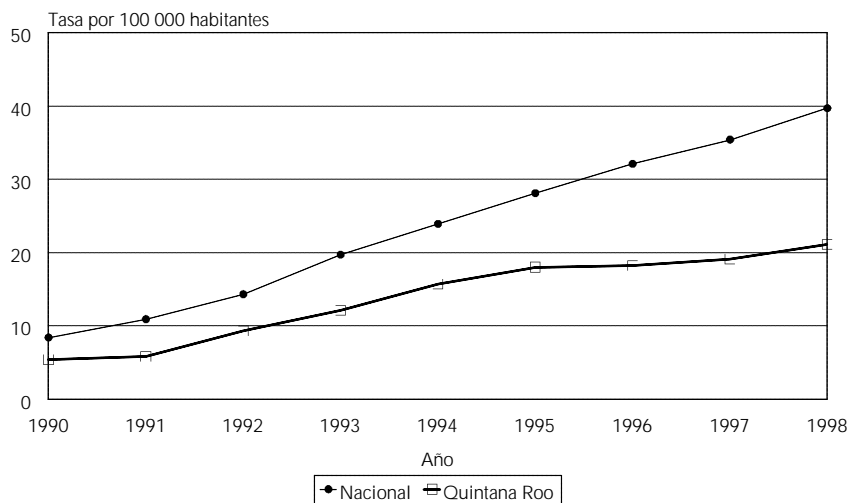
En Quintana Roo, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 162 casos de SIDA en el estado, y la incidencia acumulada del SIDA pasó de 5.4 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 21.1 en 1998, presentando niveles muy inferiores a los del país en su conjunto (véanse gráficas 32 y 33).

Gráfica 32.
Quintana Roo: 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.
Quintana Roo: 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 Quintana Roo fue ligeramente menor que lo registrado para el país en su conjunto (24.7% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	162	100.0
Vía sexual	107	87.7
Homosexual	45	36.9
Bisexual	36	29.5
Heterosexual	26	21.3
Vía sanguínea	10	8.2
Transfusión	8	6.6
Hemofílico	0	0.0
Usuario de drogas intravenosas	2	1.6
Donador remunerado	0	0.0
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	0	0.0
Perinatal	5	4.1
Subtotal	122	100.0
No documentado	40	24.7

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

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

En Quintana Roo, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (87.7%), poco más de uno de cada doce fue contagiado por vía sanguínea y 4.1 por ciento fue infectado por la vía perinatal. De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto homosexual concentró cerca de 37 por ciento, siguiendo en orden de importancia el bisexual (29.5%) y el heterosexual (21.3%). La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de ocho, es decir, había una mujer infectada por cada ocho hombres.

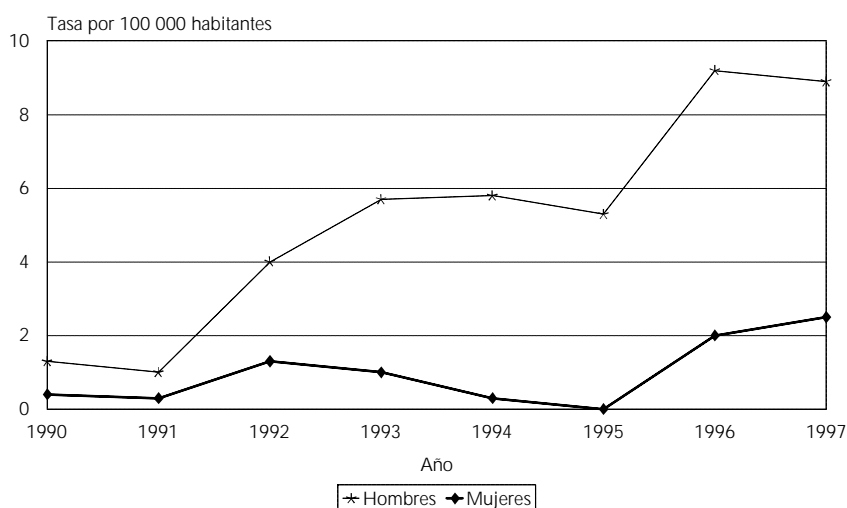
Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 176 muertes en el estado de Quintana Roo,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.9 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 5.8 en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el décimo segundo lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general en la entidad. Conviene señalar que el número de

¹⁰ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

defunciones es mayor que los casos acumulados (162), lo que muestra que algunas personas infectadas reciben atención médica en una entidad federativa diferente a la de su residencia habitual.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 1.3 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 8.9 en 1997. La tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente, pero de menor magnitud: entre 1990 y 1997 pasó de 0.4 a 2.5 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34).

Gráfica 34.
Quintana Roo: 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 150 hombres y 26 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, dos de cada tres tenían al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción fue de una de cada dos. Sin embargo, es importante recalcar el elevado porcentaje de defunciones de mujeres de 20 a 24 años de edad (26.9%), lo cual muestra que una proporción importante de los casos femeninos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH en edades tempranas (véase cuadro 19).

Cuadro 19.
Quintana Roo: 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	1.7	1.3	3.8
1-4	1.7	1.3	3.8
5-14	1.1	1.3	0.0
15 - 19	2.3	2.7	0.0
20 - 24	11.4	8.7	26.9
25 - 29	19.9	18.7	26.9
30 - 34	31.3	33.3	19.2
35 - 39	13.1	14.7	3.8
40 - 44	7.4	8.7	0.0
45 - 49	5.1	5.3	3.8
50 - 64	3.4	2.7	7.7
65 y más	0.6	0.7	0.0
N.E.	1.1	0.7	3.8

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.

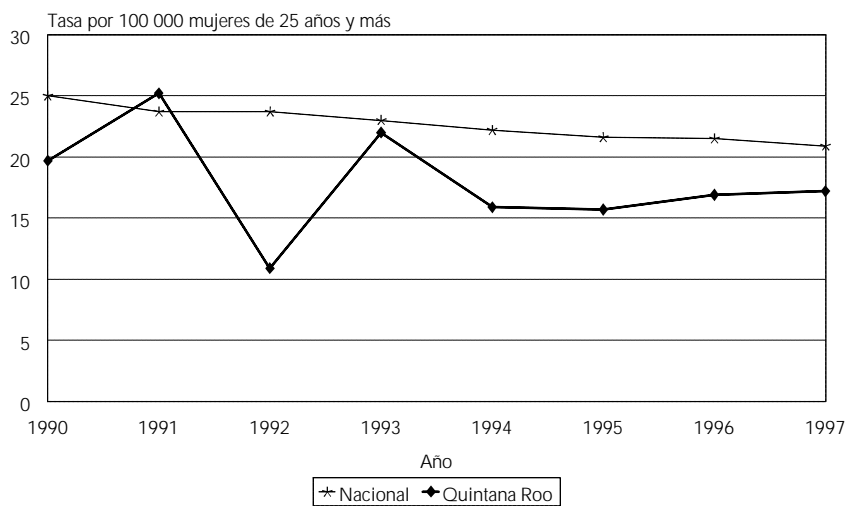
En Quintana Roo, la mortalidad por este tipo de cáncer presentó un comportamiento errático en el primer quinquenio de la década de los noventa, alcanzando su nivel más alto en 1991 (25.2 fallecimientos por 100 mil mujeres de 25 años y más); sin embargo, los niveles de mortalidad fueron menores a los del país en su conjunto con excepción del año 1991 (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero en Quintana Roo fue de 17.2 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubicó a esta entidad entre las 16 que se encuentran por debajo de la tasa nacional.

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 Quintana Roo, las mujeres de la mayoría de los grupos de edades en el periodo 1995-1997 registraron una tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino similar o mayor que la

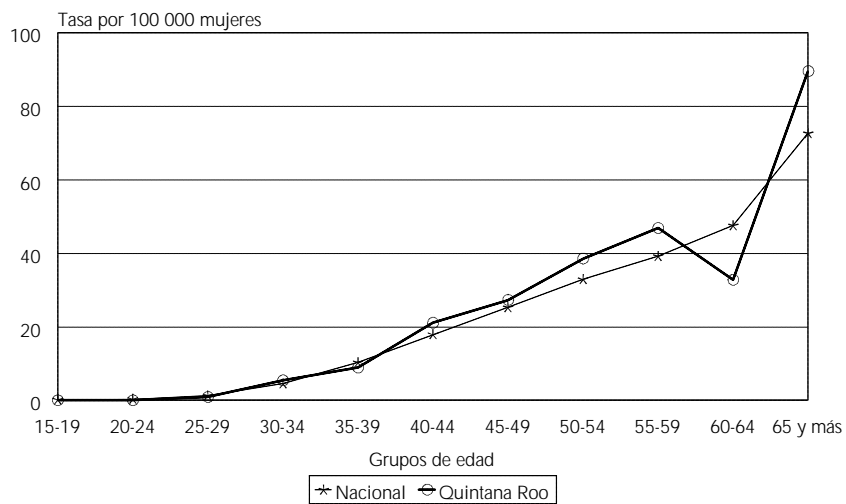
observada en el país en su conjunto, con excepción del grupo 60-64. Entre los grupos que presentan una mortalidad mayor destacan aquéllas de 65 años y más cuya tasa fue 16.9 puntos mayor que la del país en su conjunto (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Quintana Roo: 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.
Quintana Roo: 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.

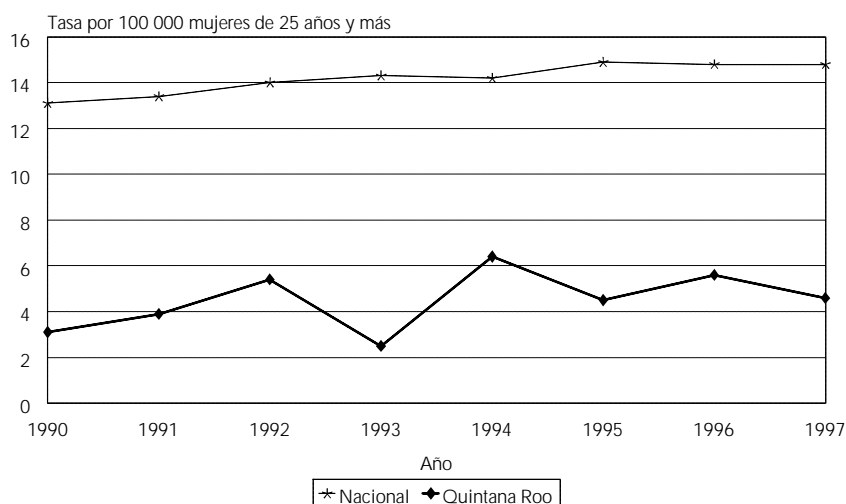
En Quintana Roo, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró un comportamiento irregular entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad ascendió a 4.6 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más (véase gráfica 37). Cabe destacar que Quintana Roo es la entidad que presenta la menor mortalidad por esta patología en todo el país.

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 ocurridas en el país por esta causa se registró en mujeres mayores de 45 años.

En Quintana Roo, las mujeres de todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional, con excepción del grupo de mujeres de 20 a 24 años. Aun cuando las diferencias más acentuadas se observan antes de los 60 años, a partir de esta edad las tasas de mortalidad por cáncer de la mama en el estado son alrededor de 30 por ciento menores que las del país en su conjunto (véase gráfica 38).

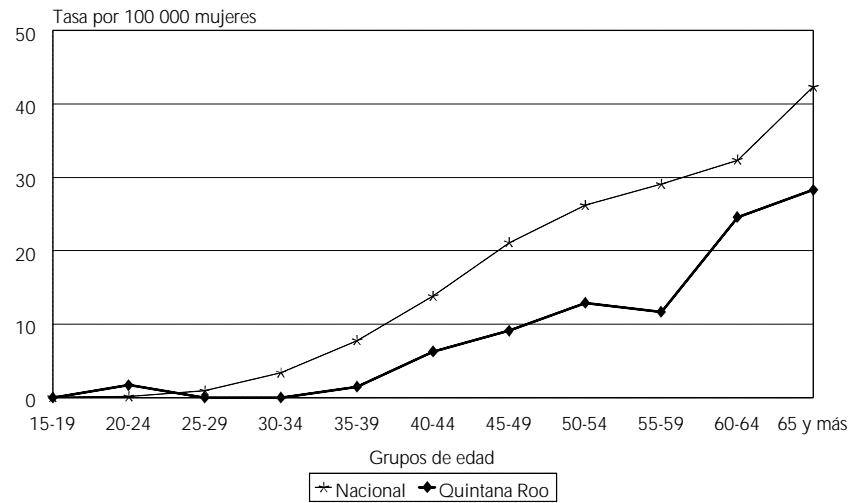
Gráfica 37.

Quintana Roo: 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.
Quintana Roo: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama según grupos de edad, 1995-1997



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

Conclusiones

La información de este trabajo da cuenta de que en múltiples indicadores de la salud reproductiva, el estado de Quintana Roo se encuentra en una situación similar o mejor que la observada para el país en su conjunto, en concordancia con el desarrollo económico y social que ha alcanzado esta entidad.

La población de Quintana Roo se encuentra en una fase de plena transición demográfica. Entre 1992 y 1997, en la entidad se dio un descenso en los niveles de la fecundidad de 3.2 a 2.7 hijos por mujer, y para el año 2000 se estima que se sitúa en 2.4 hijos, nivel que corresponde al estimado para el país.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (72.6%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹¹

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

- ✦ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. Entre la generación más reciente, la mitad de las mujeres se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Alrededor de una tercera parte de las mujeres de la generación más reciente inició esta transición del curso de vida antes de los 20 años de edad.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras está aumentando en Quintana Roo: una de cada siete mujeres de la generación más reciente se encuentra en esa situación.
- ✦ A pesar de que, en los últimos años, el mayor incremento de la prevalencia anticonceptiva en Quintana Roo se registró entre las mujeres que residen en el medio rural, la diferencia con respecto a las mujeres de las localidades urbanas es de 29.5 puntos porcentuales.

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

- ✦ Las mujeres sin escolaridad y que hablan una lengua indígena presentan bajos niveles de uso de métodos anticonceptivos. En este último grupo, 56 por ciento de las mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron ocho años antes. Estos resultados permiten afirmar que para una parte importante de las mujeres indígenas el ejercicio de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad. De hecho, una de cada cinco de ellas se encuentra en condición de demanda insatisfecha.
- ✦ Las mujeres del área rural, menores de 20 años y aquéllas sin escolaridad son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.
- ✦ El sector público atiende la demanda de métodos de mayor continuidad, que dependen del personal de salud para su utilización, como el dispositivo intrauterino y la operación femenina, los cuales son preferidos por las multíparas, y particularmente por aquéllas con paridad satisfecha (poco más de ocho de cada diez usuarias de estos métodos obtuvieron el método en las instituciones del sector público). En contraste, las mujeres que usan métodos temporales, como los hormonales orales e inyectables y los métodos locales, acuden en su mayoría al sector privado (alrededor de siete de cada diez en el caso de los dos primeros y 85 por ciento los últimos).

En la dimensión de la salud materno-infantil, Quintana Roo ha alcanzado niveles altos de atención prenatal y ocho de cada diez mujeres que se embarazan tiene vigilancia médica. Asimismo, el nivel de mortalidad materna en 1997 está entre los diez más bajos del país y la tasa de mortalidad infantil estimada para el año 2000 es ligeramente menor que la de la República.

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

- ✦ Una de cada siete mujeres que residen en el medio rural cursan su embarazo sin atención prenatal.
- ✦ La atención prenatal que reciben las mujeres que residen en el medio rural no siempre es de calidad. Alrededor de tres de cada diez mujeres no se les tomó la presión arterial y no se les pesó durante la atención prenatal.
- ✦ La mayoría de los partos que ocurren en el medio rural (62.4%) son atendidos por parteras.
- ✦ El porcentaje de partos que se resuelven por cesárea es elevado (28.8%), principalmente entre las instituciones públicas de salud, donde se registran niveles mayores a 40 por ciento.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad. Además, Quintana Roo registra el octavo mayor nivel de incidencia de tricomoniasis y el décimo de candidiasis urogenital de todo el país. El VIH/SIDA muestra también un importante aumento, aunque la tasa de incidencia acumulada que registra es menor a la del país en su conjunto. En este estado, la razón hombre / mujer de casos de SIDA es de ocho hombres por cada mujer, cifra que está por encima de la nacional (6.5). Sin embargo, cabe destacar que un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de

decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer la rápida expansión de las mismas.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino y cáncer de la mama, que se registraron en Quintana Roo entre 1990 y 1997, fueron menores a las que se observaron en el país es su conjunto. De hecho, en el caso del cáncer del cuello del útero, el nivel registrado en 1997 fue el noveno más bajo del país, mientras que en el caso del de la mama, la tasa que se registró en ese mismo año fue la menor de toda la República.

Anexo estadístico

Datos gráfica 1.
Quintana Roo: tasa
global de fecundidad, 1990-2000

Año	Nacional	Quintana Roo
1990	3.35	3.46
1991	3.25	3.35
1992	3.14	3.24
1993	3.04	3.13
1994	2.93	3.01
1995	2.82	2.89
1996	2.73	2.79
1997	2.65	2.69
1998	2.55	2.58
1999	2.48	2.49
2000	2.40	2.41

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Quintana Roo: 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	10.2	7.8
15	18.5	12.7
16	30.4	20.0
17	40.1	29.9
18	52.3	39.9
19	60.4	49.8
20	65.9	57.9
21	73.6	65.9
22	76.3	71.4
23	78.6	75.0
24	81.9	78.7
25	84.6	82.7

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

Datos gráfica 3.
Quintana Roo: 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	18.5	41.9	21.5	18.1
1958-1962	20.2	34.8	28.3	16.8
1963-1967	18.8	33.9	26.3	21.0
1968-1972	12.7	37.2	28.9	21.3

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

Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	37.0	37.5	12.8	12.8
Primaria completa	17.4	50.5	23.9	8.2
Secundaria y más	5.6	30.9	35.0	28.4
Rural	31.7	41.7	15.0	11.6
Urbano	12.6	34.8	29.9	22.7
Total	15.3	35.8	27.8	21.2

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

Datos gráfica 7.

Quintana Roo: 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	3.6	6.3	2.2	2.3
16	7.6	10.3	6.6	5.3
17	15.5	16.9	12.5	9.3
18	29.2	29.1	21.3	16.7
19	37.0	37.7	32.3	26.1
20	48.7	46.0	40.8	34.4
21	55.5	53.2	49.0	46.6
22	64.9	55.0	57.6	54.1
23	71.2	60.4	64.5	60.8
24	73.8	68.2	68.6	67.0
25	76.0	72.7	74.3	72.5

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

Datos gráfica 8.

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	2.9	8.4	31.2	21.0	29.3	7.2
1958-1962	3.0	8.0	25.2	25.6	29.2	9.0
1963-1967	3.6	8.3	22.3	23.5	35.8	6.5
1968-1972	4.2	10.1	22.1	16.6	40.5	6.4

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.4	1.5	1.0	1.2
16	1.9	1.5	1.7	1.9
17	2.8	2.9	2.0	3.5
18	4.6	4.6	2.8	5.3
19	5.9	5.8	4.8	7.3
20	7.2	7.9	6.4	9.4
21	8.8	8.2	7.1	11.0
22	11.3	9.0	8.4	12.7
23	12.0	9.2	8.4	14.0
24	12.0	10.0	9.5	14.7
25	12.0	10.6	10.6	15.3

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 21.
Quintana Roo: tasa de mortalidad
materna, 1990-1997

Año	Nacional	Quintana Roo
1990	5.4	2.5
1991	5.1	4.4
1992	5.0	6.8
1993	4.5	6.5
1994	4.8	4.6
1995	5.3	5.6
1996	4.8	3.7
1997	4.7	3.2

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

Datos gráfica 28.
Quintana Roo: tasa de mortalidad
infantil, 1990-2000

Año	Nacional	Quintana Roo
1990	36.6	34.9
1991	34.1	32.5
1992	33.2	31.6
1993	32.3	30.7
1994	31.4	29.8
1995	30.5	29.0
1996	29.3	27.8
1997	28.1	26.6
1998	26.9	25.5
1999	25.9	24.6
2000	24.9	23.6

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

Datos gráfica 31.
Quintana Roo: tasa de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles, 1990-1998

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	43.1	9.9	12.9	111.2	191.9
1991	35.6	9.5	8.2	84.0	202.2
1992	38.9	6.1	5.8	104.4	211.8
1993	63.2	5.0	1.9	90.3	162.5
1994	70.5	7.5	1.8	139.9	157.1
1995	114.9	10.1	3.6	155.2	215.0
1996	21.0	12.4	9.5	226.2	196.6
1997	43.1	16.5	19.8	287.8	206.6
1998	36.2	20.0	13.1	340.7	224.2

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

Datos gráfica 32.

Quintana Roo: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990-1998

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	8	31
1991	4	35
1992	23	58
1993	20	78
1994	27	105
1995	20	125
1996	6	131
1997	11	142
1998	20	162

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

Datos gráfica 33.

Quintana Roo: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990-1998

Año	Nacional	Quintana Roo
1990	8.4	5.4
1991	10.9	5.8
1992	14.3	9.3
1993	19.7	12.1
1994	23.9	15.7
1995	28.1	18.0
1996	32.1	18.2
1997	35.4	19.1
1998	39.7	21.1

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

Datos gráfica 34.

Quintana Roo: tasa de mortalidad por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.3	0.4
1991	1.0	0.3
1992	4.0	1.3
1993	5.7	1.0
1994	5.8	0.3
1995	5.3	0.0
1996	9.2	2.0
1997	8.9	2.5

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

Datos gráfica 35.

Quintana Roo: tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, 1990-1997

Año	Nacional	Quintana Roo
1990	25.0	19.7
1991	23.7	25.2
1992	23.7	10.9
1993	23.0	22.0
1994	22.2	15.9
1995	21.6	15.7
1996	21.5	16.9
1997	20.9	17.2

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

Datos gráfica 36.

Quintana Roo: tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Quintana Roo
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.0
25-29	1.3	0.9
30-34	4.5	5.4
35-39	10.3	8.9
40-44	17.9	21.1
45-49	25.3	27.3
50-54	32.9	38.6
55-59	39.2	46.9
60-64	47.6	32.8
65 y más	72.7	89.6

Tasa por 100 000 mujeres.

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

Datos gráfica 37.

Quintana Roo: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama, 1990-1997

Año	Nacional	Quintana Roo
1990	13.1	3.1
1991	13.4	3.9
1992	14.0	5.4
1993	14.3	2.5
1994	14.2	6.4
1995	14.9	4.5
1996	14.8	5.6
1997	14.8	4.6

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.

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

Datos gráfica 38.

Quintana Roo: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Quintana Roo
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	1.7
25-29	0.9	0.0
30-34	3.4	0.0
35-39	7.8	1.5
40-44	13.8	6.3
45-49	21.1	9.1
50-54	26.2	12.9
55-59	29.1	11.7
60-64	32.4	24.6
65 y más	42.4	28.3

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
Quintana Roo

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.