

Cuadernos de salud reproductiva

Sonora



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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


Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

Formación: Adriana Canela, Martha Mora, Myrna Muñoz,
Alberto Reyes, Guillermo Sánchez y Liliana Velasco

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

La elaboración de los *Cuadernos de
Salud Reproductiva* contó con financiamiento
del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)  **UNFPA**

© CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN
Ángel Urraza 1137, Col. Del Valle
C. P. 03100, México, D. F.
< <http://www.conapo.gob.mx> >

Cuadernos de salud reproductiva
Sonora

Primera edición: septiembre de 2000
ISBN: 970-628-520-2

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

Consejo Nacional de Población

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

EMB. ROSARIO GREEN
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

DR. CARLOS M. JARQUE URIBE
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
Secretario de Salud

LIC. MARIANO PALACIOS ALCOCER
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. EDUARDO ROBLEDO RINCÓN
Secretario de la Reforma Agraria

LIC. ROSARIO ROBLES BERLANGA
Jefa de Gobierno del Distrito Federal

LIC. SOCORRO DÍAZ PALACIOS
Directora General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LIC. MARIO LUIS FUENTES ALCALÁ
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

JOSÉ ÁNGEL PESCADOR OSUNA
Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios
y Presidente Suplente del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación

LIC. DIONISIO PÉREZ JÁ COME
Subsecretario de Gobierno

LIC. ARMANDO LABRA MANJARREZ
Subsecretario de Desarrollo Político

LIC. HUMBERTO LIRA MORA
Subsecretario de Asuntos Religiosos

JOSÉ Á NGEL PESCADOR OSUNA
Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios

LIC. JORGE TELLO PEÓN
Subsecretario de Seguridad Pública

LIC. GABINO CUÉ MONTEAGUDO
Subsecretario de Comunicación Social

LIC. GERARDO CAJIGA ESTRADA
Oficial Mayor

LIC. RAÚ L R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA
Directora General de Programas de Población Directora General de Estudios de Población

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

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

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	18
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	22
Número ideal de hijos e hijas	22
Deseo de más hijos o hijas	24
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	33
Anticoncepción posparto	35
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	37
4 Salud materna	40
Nivel de la mortalidad materna	40
Causas de mortalidad materna	42
Aborto	42
5 Atención a la mujer embarazada	44
Atención prenatal	44
Cobertura institucional de la atención prenatal	46

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

Presentación

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

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

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

El presente documento corresponde al estado de Sonora 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 Sonora, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), su nivel de escolaridad y su condición de habla de lengua indígena. Estas variables aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

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

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Sonora. En 1995, casi 81 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 8 809 localidades censadas en el estado, 97.2 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 9.6 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, al igual que en el estado de Sonora. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 8.1 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Sonora, junto con Coahuila y Baja California Sur, se encuentra en el cuarto lugar con los más altos niveles de escolaridad del país, sólo superada por el Distrito Federal (9.8 años de escolaridad promedio), Nuevo León (9 años) y Baja California (8.3 años). En 1997, cinco por ciento de la población no había asistido a la escuela, 17.8 por ciento no había concluido la primaria, 17 por ciento terminó la instrucción primaria, 27 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 33.2 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 8.3 para los hombres y de ocho para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es similar entre mujeres y hombres: 4.5 y 5.5 por ciento, respectivamente.³

En Sonora la presencia indígena no es cuantiosa en volumen, pero su diversidad se refuerza por la población indígena inmigrante que procede del centro y sur del país. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 40 lenguas indígenas en el estado, 13 de las cuales eran habladas por más de cien personas, seis por más de quinientas, y dos por más de diez mil personas: Mayo (29 mil) y Yaqui (12 mil). De acuerdo con el Censo de 1995, en Sonora 2.6 por ciento de los habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (2.9% de los hombres y 2.4% de las mujeres).

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

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

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Sonora tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que el índice de marginación de Sonora es *bajo*: dos de cada tres habitantes de la entidad (67.9%) viven en municipios cuya marginación es *muy baja*; poco más de dos de cada diez (21.3%) en municipios de *baja* marginación; y uno de cada diez (10.7%) en municipios de marginación *media*.⁴

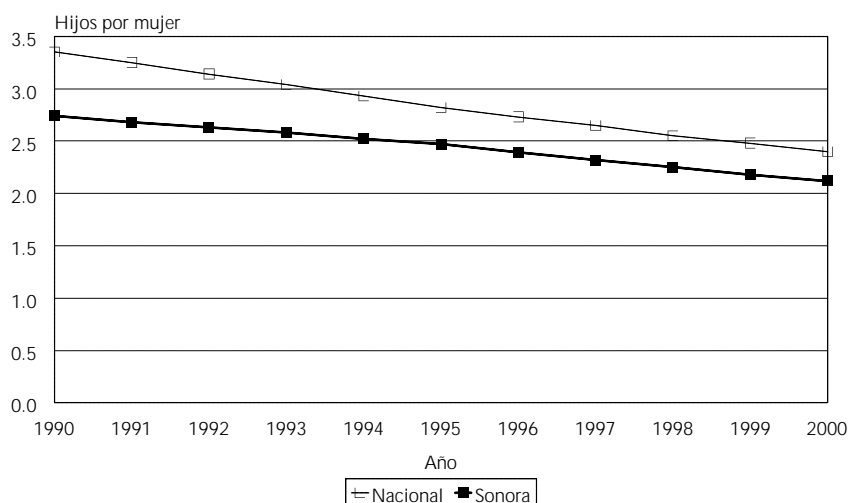
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En Sonora las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de la descendencia, aunque esta disminución no fue tan pronunciada como la que presentaron las entidades de alta fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 2.74 hijos por mujer en 1990 a 2.63 en 1992; descendió a 2.32 hijos en 1997, y en la actualidad se estima en 2.12 hijos por mujer. Este nivel de fecundidad es el quinto más bajo del país junto con el de Tamaulipas y Sinaloa, y ubica a Sonora entre las dieciséis entidades que se encuentran en la actualidad por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

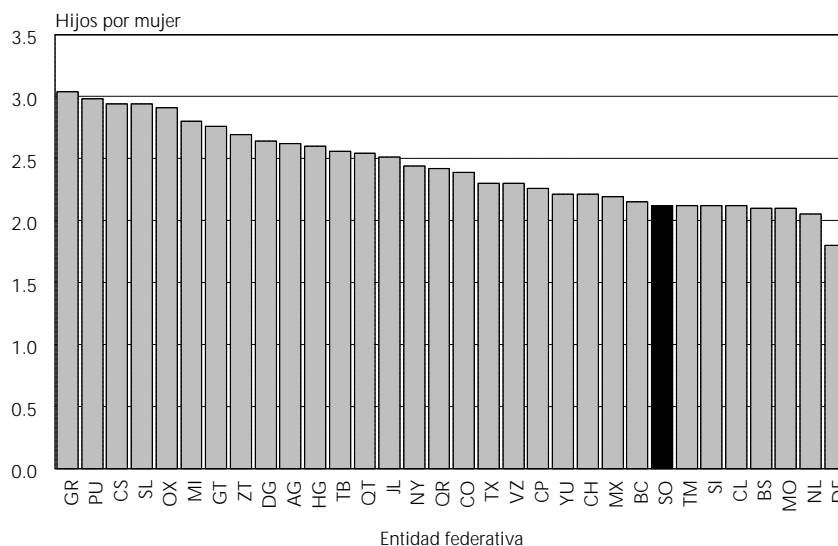
Gráfica 1.
Sonora: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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).

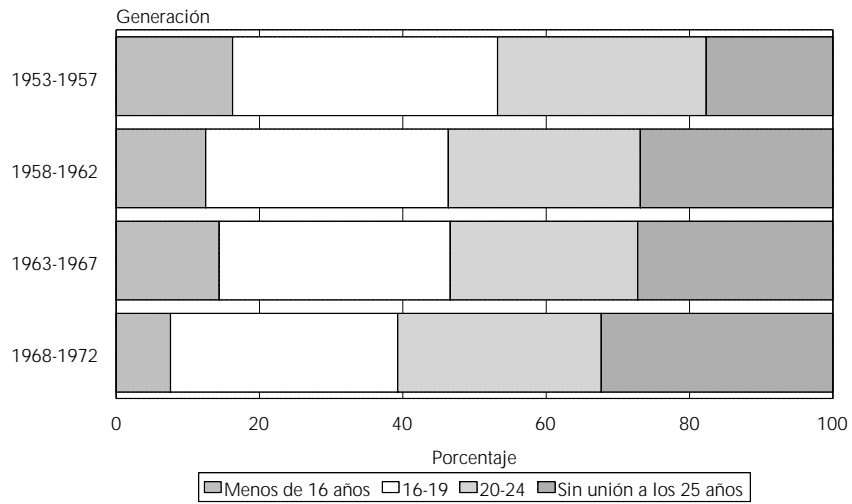
Análisis recientes de los patrones de nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión, el cual puede ilustrarse a través del comportamiento de mujeres de diversas generaciones. En México el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor 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 Sonora, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de más de un año en la edad mediana al matrimonio (de 20.2 a 21.3 años). La tendencia a la postergación de la primera unión también puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas en las generaciones más jóvenes: mientras que 53.2 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 39.3 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuye de 16.3 a 7.6 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 53.6 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor

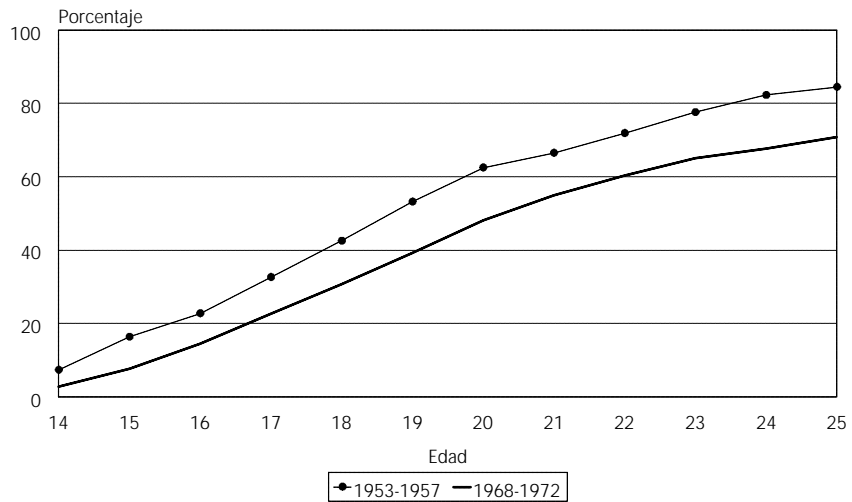
ascendió a 40.8 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: poco más de una de cada tres mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a casi tres de cada cuatro.

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



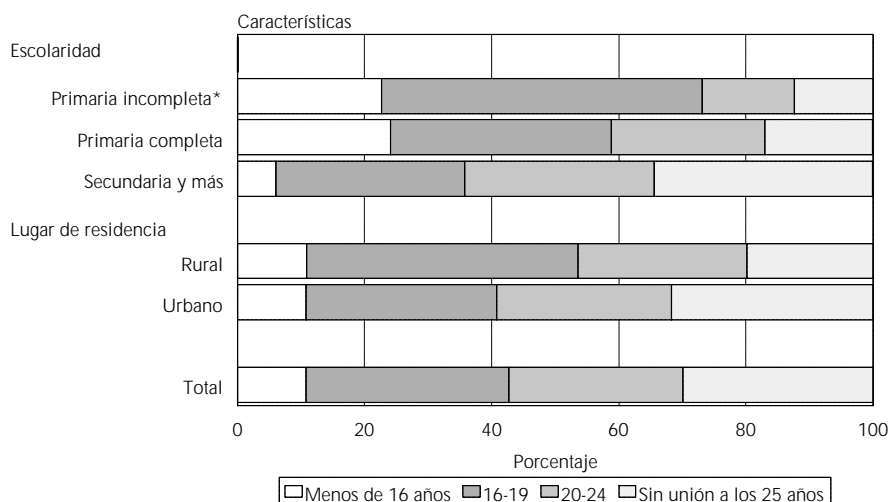
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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



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

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



* Menos de 100 casos en muestra.

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

Tipo de primera unión

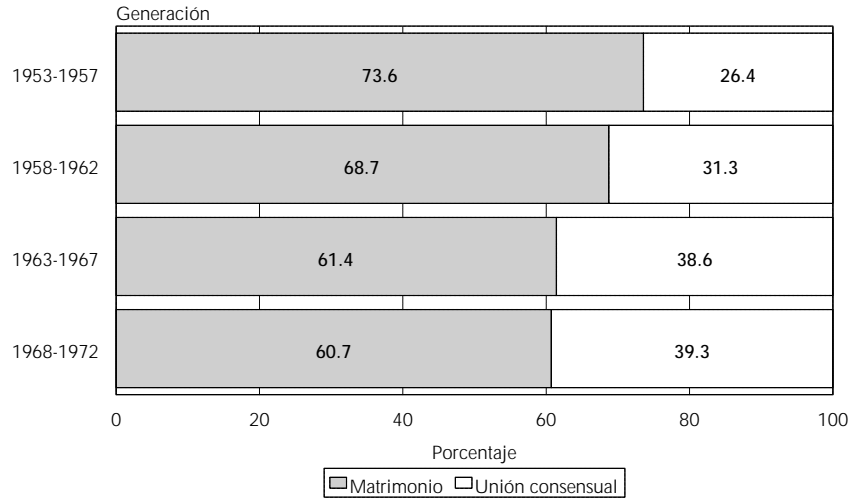
En Sonora, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir los 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 26.4 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 39.3 por ciento, cifra ligeramente mayor que la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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

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

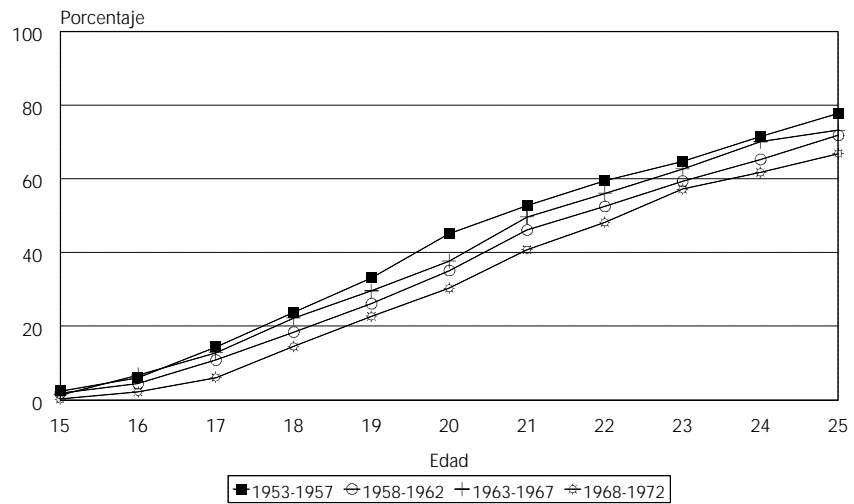
La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: 45.1 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que cerca de tres de cada diez mujeres de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. A pesar de este retraso en el inicio

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



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

Gráfica 7.
Sonora: probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir edades específicas, por generación



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

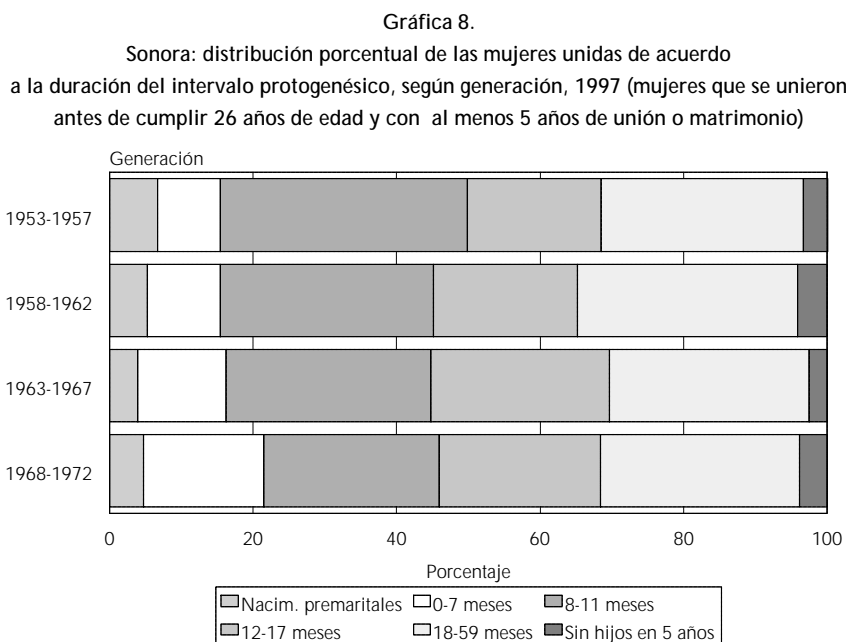
de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes, todavía una de cada siete tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

La iniciación temprana de la maternidad tiene múltiples repercusiones negativas tanto para los individuos y sus trayectorias de vida, como para la sociedad en su conjunto. El embarazo en la adolescencia 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. Asimismo, en términos macrosociales, los patrones de fecundidad temprana agudizan los efectos de corto y mediano plazos de la inercia demográfica y favorecen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Intervalo protogenésico

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

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



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

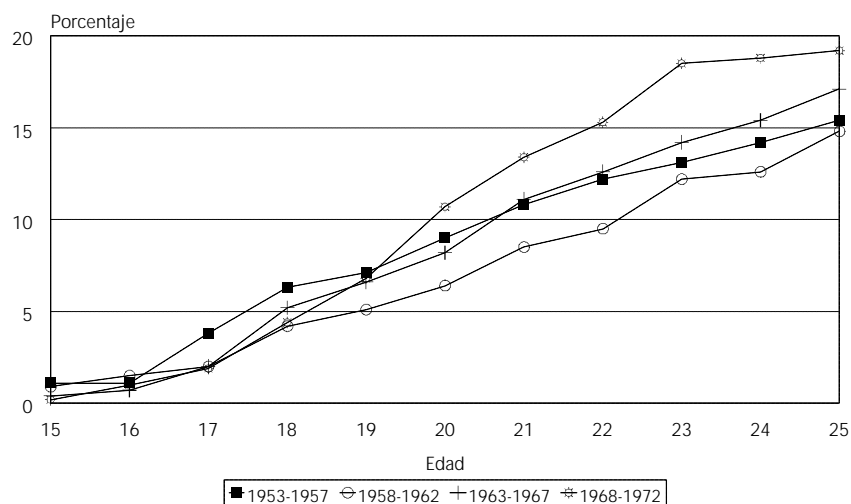
valores favorables a la procreación inmediata, o bien a que muchas parejas se unen cuando ya ha ocurrido el embarazo y no tienen la oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

En Sonora, al igual que en el ámbito nacional, las mujeres unidas de las generaciones más jóvenes tienden a presentar una mayor proporción de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más joven este porcentaje asciende a 21.5, mientras que en la de mayor edad es de 15.4. Los datos sugieren que las concepciones premaritales están aumentando en Sonora.

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 Sonora se ha producido un aumento considerable en la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad aumentó de 15.4 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 19.2 por ciento para las mujeres de la generación más reciente.

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

Gráfica 9.
Sonora: probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital antes de cumplir edades específicas, por generación



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

⁶ El peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) antes de cumplir una edad específica se obtiene al dividir la probabilidad de tener un embarazo premarital (gráfica 9) entre la probabilidad de tener el primer hijo(a) (gráfica 7).

2 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo y otro son algunos indicadores de las preferencias reproductivas de las personas. La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las adoptan en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías prevalecientes, de su posición en la estructura social, del mercado y de los medios de comunicación masiva. Dos indicadores para el análisis de las preferencias reproductivas que generalmente se indagan en las encuestas de fecundidad son el número ideal de hijos e hijas que las mujeres preferirían tener en toda la vida y el deseo de tener o no más hijos o hijas.

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el promedio del número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres unidas de Sonora fue de 3.2 hijos, el mismo declarado por las mujeres del país en su conjunto (véase cuadro 1). Ambos promedios se encuentran por encima del nivel de la fecundidad registrada en ese año en los dos contextos (Sonora registró una TGF de 2.9 hijos en 1997 y 2.7 en el ámbito nacional). Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio mayor a cuatro (4.2), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (2.5). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad alcanzada por las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres con primaria incompleta declararon un ideal de cuatro hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia de poco menos de tres (2.8 en promedio), esto es más de un hijo(a) de diferencia entre los grupos extremos. Es importante resaltar que entre las mujeres con secundaria y más predominan mujeres que todavía no han alcanzado el tamaño de familia deseado, en tanto que las de menor escolaridad presentan una paridad promedio similar a la fecundidad deseada.

Los tamaños ideales de familia son ligeramente mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.6 y 3.1, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan lengua indígena

respecto a las que no lo hacen (4 y 3.1, respectivamente). Se observa, en todos los casos, que el número ideal de hijos e hijas es mayor a la descendencia alcanzada.

Cuadro 1.
Sonora: 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	2.9
Grupo de edad		
15-19*	2.5	0.7
20-24	2.7	1.5
25-29	2.8	2.0
30-34	3.1	2.9
35-39	3.3	3.5
40-44	3.6	4.0
45-49	4.2	4.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	4.0	4.1
Primaria completa	3.4	3.4
Secundaria y más	2.8	2.2
Lugar de residencia		
Rural	3.6	3.2
Urbano	3.1	2.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla*	4.0	3.4
No habla	3.1	2.8

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

La mayoría de las mujeres con tres y cuatro hijos(as) declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad. Sin embargo, poco más de una de cada cuatro mujeres con tres hijos(as) (27.5%) reportó un número ideal mayor que su paridad. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres con dos hijos(as) (58.2%) desea una descendencia más numerosa, en tanto que la mayoría de las mujeres con cinco o más hijos(as) (57.5%) el número citado como ideal es más reducido que la descendencia alcanzada (véase cuadro 2).

El tamaño de familia más frecuentemente citado como ideal fue de dos y tres (28.7% y 37.6%, respectivamente), mientras que sólo nueve de cada mil mujeres declararon que su ideal era no tener descendencia.

Deseo de más hijos e hijas

En Sonora, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (61%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es un poco más frecuente en el ámbito urbano que en el rural. También las mujeres que hablan lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (71.1%), porcentaje más de diez puntos mayor al de las mujeres que no lo hacen.

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

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

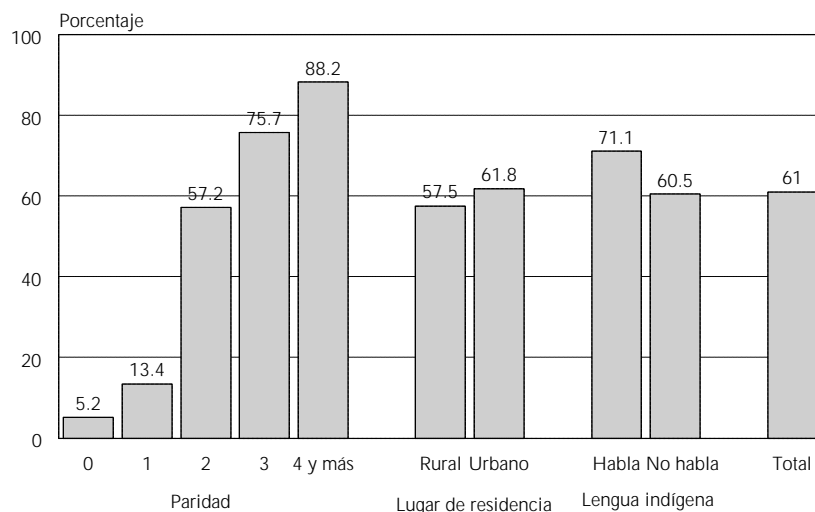
Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	0.9	3.4	28.7	37.6	18.7	10.7
0*	0.7	7.8	50.7	29.1	9.8	1.8
1	0.8	5.5	42.9	38.0	10.3	2.6
2	1.8	4.0	36.0	44.8	10.5	2.9
3	0.1	2.0	15.3	55.0	20.6	6.9
4	0.3	2.2	21.4	13.7	51.4	11.0
5 y más	1.8	1.5	19.0	23.4	11.7	42.5

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Gráfica 10.

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

En el estado de Sonora el conocimiento de al menos un método anticonceptivo por parte de las mujeres en edad fértil es prácticamente universal (99.3%) (véase cuadro 3), lo que ubica a esta entidad, entre las ocho entidades del país en las que este conocimiento está más difundido. La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que prácticamente no se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos, a excepción de las mujeres que hablan alguna lengua indígena, quienes presentaron un valor 6.3 puntos porcentuales menor al que registraron las mujeres que no lo hacen (93.3% y 99.6%, respectivamente).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Sonora continúa siendo el más popular: alrededor de 98 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, tanto en 1992 como en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el condón (97%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (95.9%), el dispositivo intrauterino (DIU) (95.1%), la inyección (91.7%) y la vasectomía (90.8%).

Dado el alto nivel de conocimiento que se registró en los años de referencia, no se observaron cambios importantes en el conocimiento de los distintos métodos, con excepción del Norplant, ya que el porcentaje de mujeres que declaró conocerlo aumentó casi tres veces (al pasar de 6.2% en 1992 a 23.3% en 1997); de los métodos naturales, especialmente el conocimiento del retiro en el medio rural, que en 1997 fue 1.5 veces el registrado en 1992 ; y de la vasectomía, que registró un aumento cercano a los 14 puntos porcentuales en el medio rural y de casi nueve puntos en el urbano (véase cuadro 4).

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

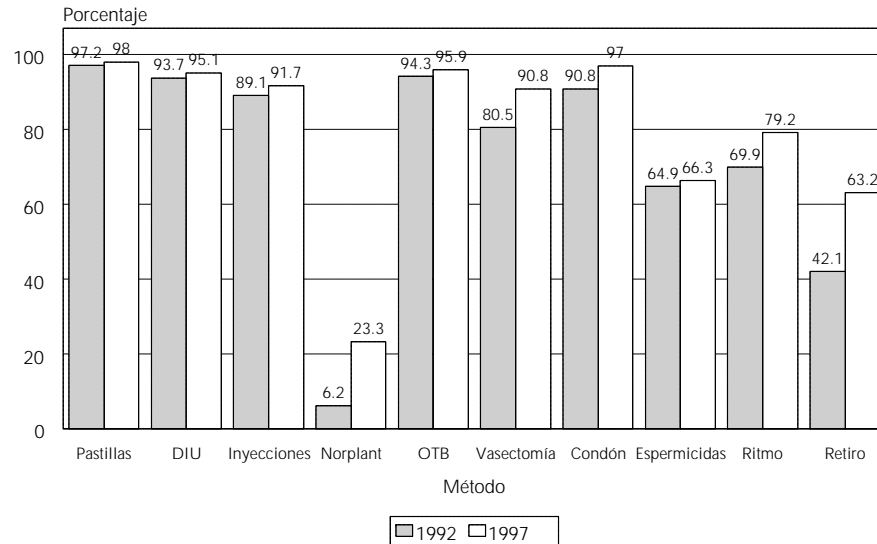
Características	1992	1997
Total	98.2	99.3
Grupo de edad		
15-19	94.7	98.4
20-24	99.4	100.0
25-29	99.9	99.5
30-34	100.0	99.7
35-39	98.4	99.6
40-44	99.0	98.8
45-49	97.1	99.3
Paridad		
0	96.0	98.5
1	98.9	100.0
2	99.8	100.0
3	100.0	100.0
4 y más	99.1	99.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	92.8*	-
Primaria incompleta	97.7	98.2
Primaria completa	98.5	98.9
Secundaria y más	98.5	99.8
Lugar de residencia		
Rural	97.0	97.4
Urbano	98.5	99.7
Condición de habla indígena		
Habla*	n.d.	93.3
No habla	n.d.	99.6

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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



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

Cuadro 4.
Sonora: 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	97.2	94.4	97.9	98.0	92.7	99.0
DIU	93.7	89.1	94.8	95.1	91.5	95.8
Inyecciones	89.1	78.6	91.7	91.7	83.6	93.3
Norplant	6.2	2.6	7.1	23.3	10.7	25.7
OTB	94.3	91.6	95.0	95.9	91.1	96.8
Vasectomía	80.5	64.0	84.6	90.8	77.9	93.3
Condones	90.8	78.8	93.7	97.0	89.1	98.5
Espermicidas	64.9	44.7	69.8	66.3	46.9	70.1
Ritmo	69.9	49.6	75.0	79.2	54.6	84.1
Retiro	42.1	24.2	46.5	63.2	38.7	68.0

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

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

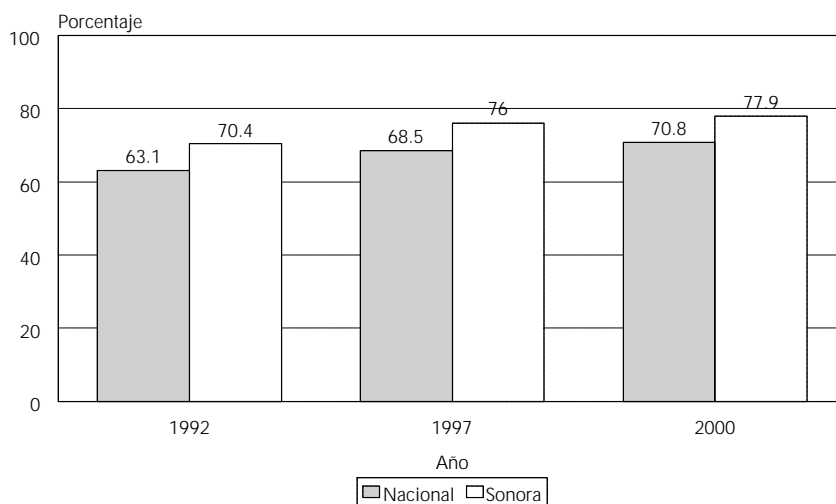
En las últimas dos décadas, la difusión de los medios de regulación de la fecundidad se ha visto acompañada de una amplia aceptación de los mismos, de tal suerte que entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil que utilizaba un método de planificación familiar en el país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

En el estado de Sonora, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 70.4 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 76 por ciento en 1997 y se estima que en la actualidad es de 77.9 por ciento, lo que ubica a la entidad como la cuarta con el mayor nivel de uso de métodos anticonceptivos del país (véase gráfica 13).

Estos avances en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Sonora se manifiestan en el hecho de que durante el quinquenio 1992-1997, se registró un aumento en el uso de métodos en todas las categorías de las variables socioeconómicas que se presentan, a excepción de las mujeres con primaria incompleta (véase cuadro 5), destacando las mujeres entre 20 y 24 años y las mujeres con paridad cero. En el primer caso el aumento fue de 24.3 por ciento y para las mujeres con paridad cero la prevalencia anticonceptiva en 1997 fue 1.5 veces la registrada en 1992. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años; en esas edades alrededor de ocho de cada diez mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

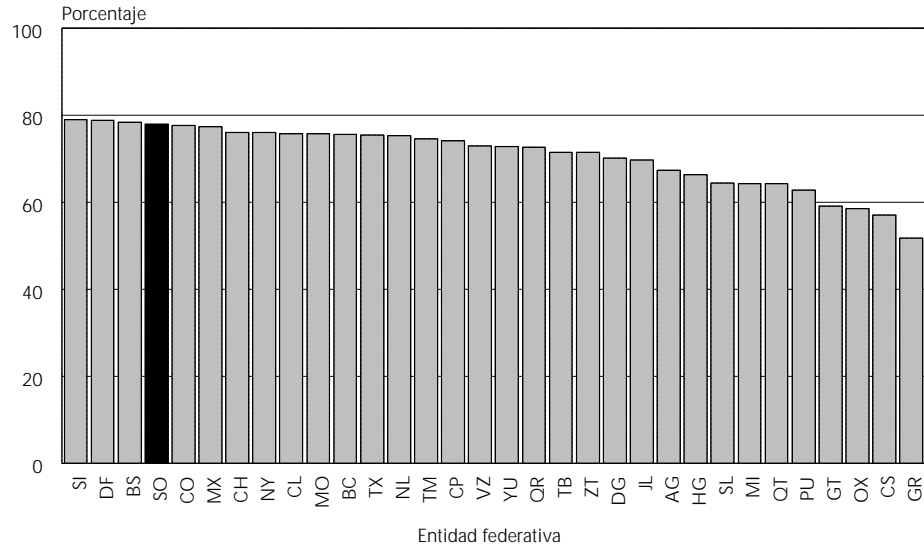
El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres con paridad uno (66.6%), con primaria incompleta (66.7%), que residían en localidades rurales (69.8%) y, de manera especial, entre las mujeres que hablaban alguna lengua indígena (50%).

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



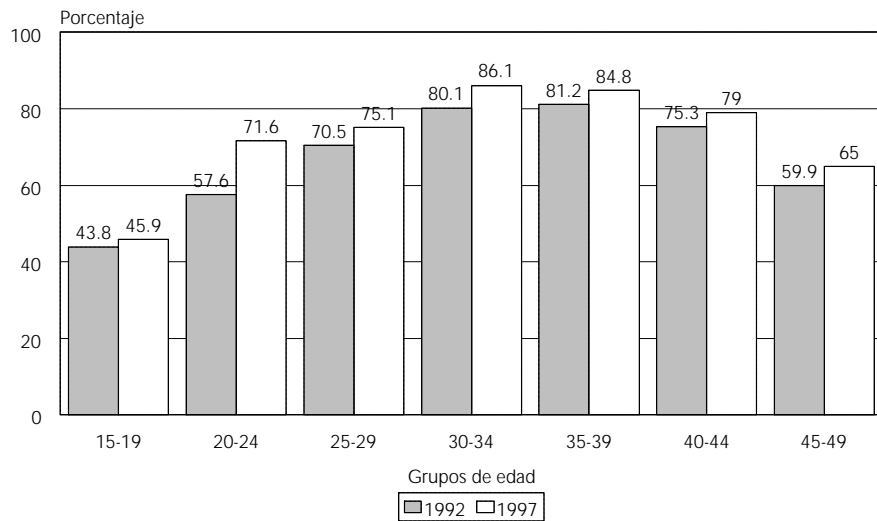
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

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

Características	1992	1997
Total	70.4	76.0
Grupo de edad		
15-19*	43.8	45.9
20-24	57.6	71.6
25-29	70.5	75.1
30-34	80.1	86.1
35-39	81.2	84.8
40-44	75.3	79.0
45-49	59.9	65.0
Paridad		
0*	10.4	15.2
1	56.2	66.6
2	73.2	81.5
3	84.1	86.0
4 y más	80.3	81.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	70.3	66.7
Primaria completa	72.9	78.7
Secundaria y más	70.0	78.0
Lugar de residencia		
Rural	63.2	69.8
Urbano	72.6	77.3
Condición de habla indígena		
Habla*	n.d.	50.0
No habla	n.d.	77.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Sonora en 1997 muestra algunas diferencias con el patrón nacional, ya que si bien la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (45.3%), la pastilla siguió teniendo un peso relativo importante y representó el segundo método más utilizado (19.8%), seguida por el DIU (17.9%) y los métodos naturales (6.9%). A pesar de la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos, es importante señalar que, entre 1992 y 1997, ésta redujo su participación en cerca de tres puntos porcentuales, en tanto que los métodos naturales incrementaron su participación en 1.7 puntos. Por su parte, el DIU y la OTB mantuvieron constante su participación en la estructura de uso (véase cuadro 6).

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

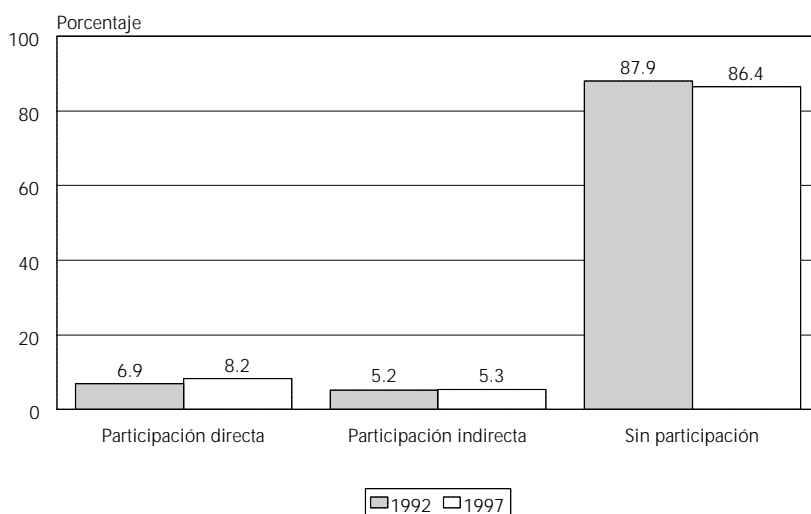
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	22.6	25.2	22.0	19.8	18.0	20.1
DIU	17.4	15.2	17.9	17.9	25.3	16.6
Inyecciones	3.8	4.2	3.7	3.9	0.8	4.4
Locales	0.6	1.8	0.3	0.1	0.0	0.1
Condomes	4.8	4.5	4.9	4.3	4.9	4.1
OTB	44.8	43.1	45.2	45.3	46.8	45.0
Vasectomía	0.8	0.6	0.8	1.9	0.4	2.2
Naturales	5.2	5.5	5.2	6.9	3.7	7.5
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

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

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era ligeramente mayor en la zona rural que en la urbana (96.3% y 92.4%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: la disminución del peso relativo de la pastilla (de 25.2% a 18%) y el aumento en la participación tanto del DIU (de 15.2% a 25.3%) como de la OTB (de 43.1% a 46.8%). En las localidades urbanas, la estructura de uso sólo registró ligeros cambios, con excepción de la vasectomía que casi triplicó su participación en el quinquenio, aunque su peso relativo continúa siendo sumamente bajo (2.2%).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.9 y 4.3 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Sonora. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan 13.5 por ciento de las usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 8.2 por ciento de las usuarias y en el segundo 5.3 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó ligeramente entre 1992 y 1997, como resultado del aumento en el uso de la vasectomía y el retiro.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

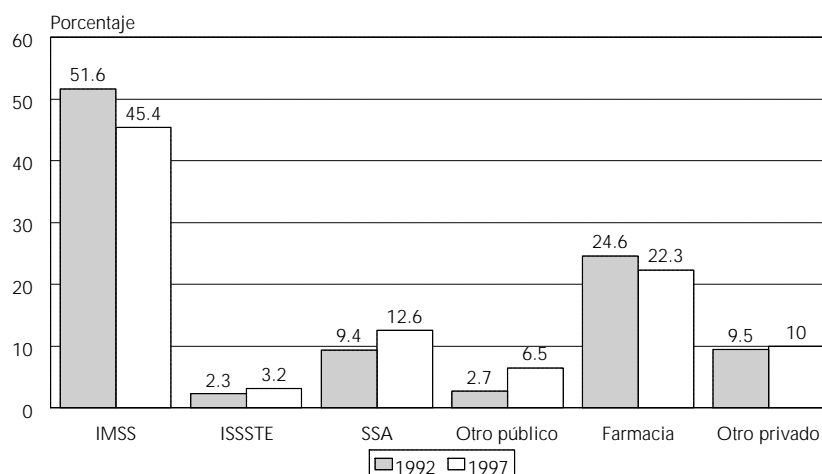
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Sonora se mantuvieron como la principal fuente de obtención de los métodos anticonceptivos (66% en 1992 y 67.7% en 1997) (véase gráfica 16). Sin embargo, a diferencia del entorno nacional, un mayor porcentaje de usuarias de anticonceptivos recurre al sector privado de la entidad, que comprende principalmente farmacias (22.3%) y consultorios y hospitales privados (10%). Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS, el cual atendió a 45.4 por ciento del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a una de cada ocho (12.6%).

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



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

En el área rural, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos, tanto en 1992 como en 1997, aunque en este último año perdió importancia relativa, en tanto que la SSA aumentó su participación y se ubicó en el segundo lugar en la provisión de métodos (véase cuadro 7). Cabe señalar que las farmacias redujeron sensiblemente su peso relativo en este ámbito al pasar de 21.4 a 7.4 por ciento. En el ámbito urbano, el IMSS perdió importancia durante el periodo 1992-1997; sin embargo continuó siendo la principal fuente de obtención de métodos. El IMSS atendió en 1997 a 44.6 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos, el sector privado a 36 por ciento y la SSA a 9.3 por ciento.

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 casi nueve de cada diez usuarias del DIU, así como de 86.1 por ciento de las usuarias de la operación femenina (véase cuadro 8). En contraste, los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen fundamentalmente en el sector privado: poco menos de ocho de cada diez usuarias de pastillas, así como alrededor de dos de cada tres usuarias de condones, acudieron a este sector para su obtención.

Cuadro 7.
Sonora: 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	51.6	54.1	51.0	45.4	49.6	44.6
ISSSTE	2.3	1.2	2.5	3.2	2.6	3.3
SSA	9.4	17.0	7.5	12.6	29.6	9.3
Otro público	2.7	1.2	3.0	6.5	5.0	6.8
Farmacia	24.6	21.4	25.3	22.3	7.4	25.2
Otro	9.5	5.2	10.6	10.0	5.8	10.8

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

Cuadro 8.
Sonora: 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	67.8	32.2
Pastillas	22.4	77.6
DIU	88.9	11.1
Inyecciones	-	-
Condones*	35.4	64.6
OTB	86.1	13.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Anticoncepción posparto

A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar iniciaron importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar, que ayude 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

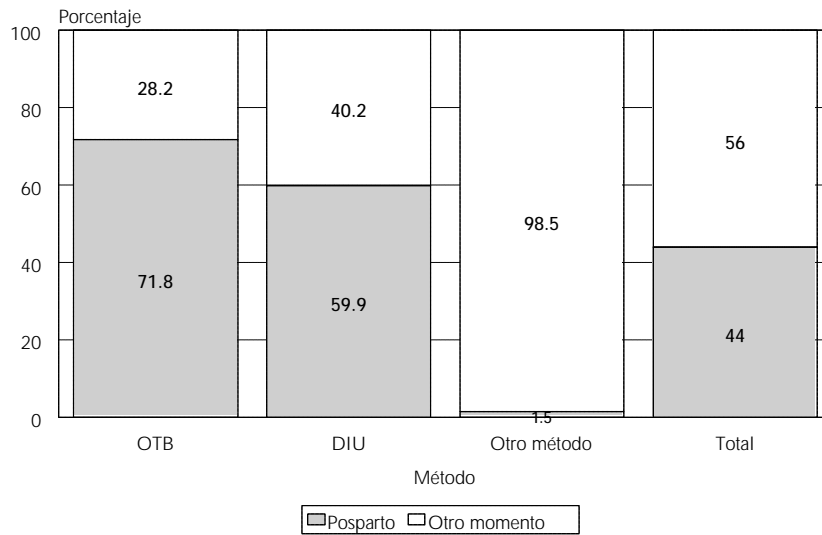
La importancia de estos programas en Sonora se manifiesta en el hecho de que 44 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, siete de cada diez de las usuarias de OTB (71.8%) y cerca de seis de cada diez usuarias del DIU (59.9%) comenzaron el uso del método en ese mismo periodo.

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

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

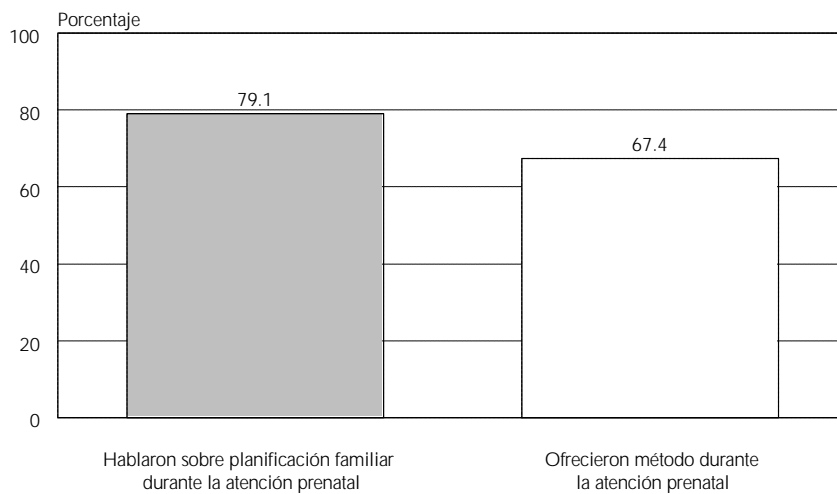
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



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

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



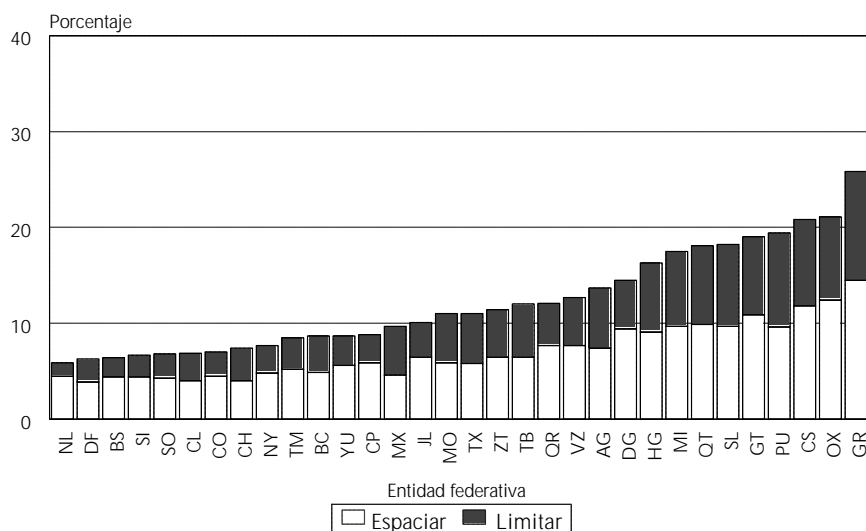
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Sonora, para el año 1997, fue del orden de 6.8 por ciento, esto es, 43.8 por ciento menor que la estimada a escala nacional. Este nivel de la demanda insatisfecha, el quinto más bajo del país junto con Colima, ubicó a Sonora entre los diez estados mejor situados 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 por grupos de edad da cuenta de que en Sonora las mujeres más jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 25.1 y 12.9 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (1.2% para el grupo 45-49). Con respecto a la paridad, los mayores niveles de demanda insatisfecha se encontraban entre las mujeres con paridad cero (16.2%) y con paridad uno (15.4%), en tanto que menos de cuatro por ciento de las mujeres con tres hijos(as) o más se encontraba en esa situación (véase cuadro 9).

Cuadro 9.
Sonora: 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	76.0	28.6	47.4	6.8	4.3	2.5	7.5	8.0	1.8
Edad quinquenal									
15-19*	45.9	44.8	1.0	25.1	21.1	4.1	26.5	1.8	0.7
20-24	71.6	58.8	12.8	12.9	9.6	3.3	12.4	0.0	3.1
25-29	75.1	46.6	28.5	8.6	6.0	2.5	11.5	1.3	3.5
30-34	86.1	29.7	56.5	4.1	2.3	1.8	6.2	2.9	0.7
35-39	84.8	13.1	71.8	3.1	0.7	2.4	3.7	6.2	2.2
40-44	79.0	7.7	71.3	3.8	0.5	3.3	1.9	14.4	0.9
45-49	65.0	2.3	62.7	1.2	0.0	1.2	0.0	33.7	0.0
Paridad									
0*	15.2	14.5	0.7	16.2	14.1	2.1	54.9	11.5	2.2
1	66.6	62.8	3.8	15.4	11.8	3.6	12.6	3.3	2.1
2	81.5	45.5	36.0	4.9	2.8	2.1	4.6	7.0	2.1
3	86.0	15.7	70.3	3.5	1.9	1.6	3.4	5.3	1.8
4 y más	81.8	8.2	73.6	3.9	0.9	3.0	0.1	13.0	1.2
Escolaridad									
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	66.7	13.7	53.0	8.3	3.7	4.5	5.5	16.8	2.8
Primaria completa	78.7	21.1	57.6	4.6	2.3	2.3	5.9	10.4	0.4
Secundaria y más	78.0	36.2	41.8	7.0	5.2	1.9	8.6	4.3	2.1
Lugar de residencia									
Urbano	77.3	29.0	48.3	5.8	4.0	1.8	7.9	7.3	1.6
Rural	69.8	26.9	43.0	11.3	5.8	5.5	5.6	10.9	2.4
Condición de habla de lengua indígena									
Habla*	50.0	15.7	34.3	21.8	8.2	13.6	5.0	21.8	1.4
No habla	77.2	29.2	48.0	6.1	4.1	2.0	7.6	7.3	1.8

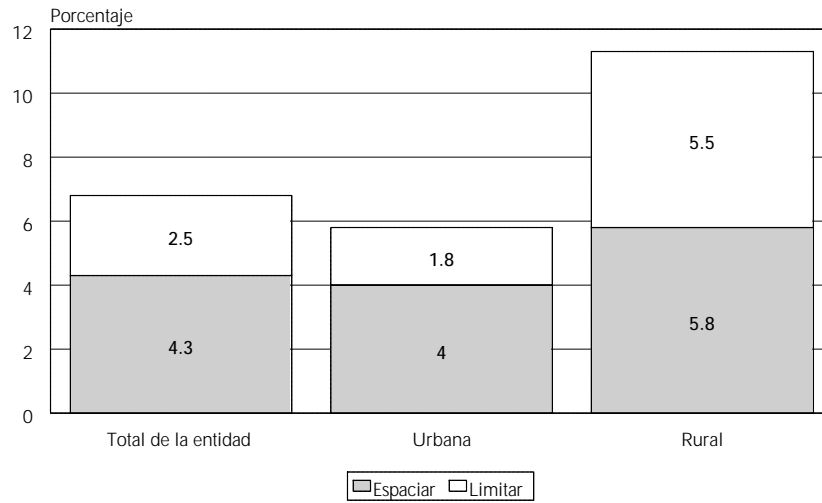
* Menos de 100 casos en muestra.

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

El rezago social condiciona la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos, por lo que llama la atención que en este estado la escolaridad de la mujer no este jugando un papel tan importante en este rubro. Las mayores brechas entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad se presentaron entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (21.8%) al igual que entre las que residen en localidades rurales (11.3%) (véase gráfica 20).

Gráfica 20.
Sonora: 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 puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. La mayoría de las muertes maternas podría evitarse mediante medidas que, por lo común, son sencillas y de bajo costo. Asimismo, los niveles de mortalidad materna son una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población. Las mujeres más expuestas a morir por causas relacionadas o agravadas por un embarazo son las que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y en un limitado acceso a los servicios de salud.

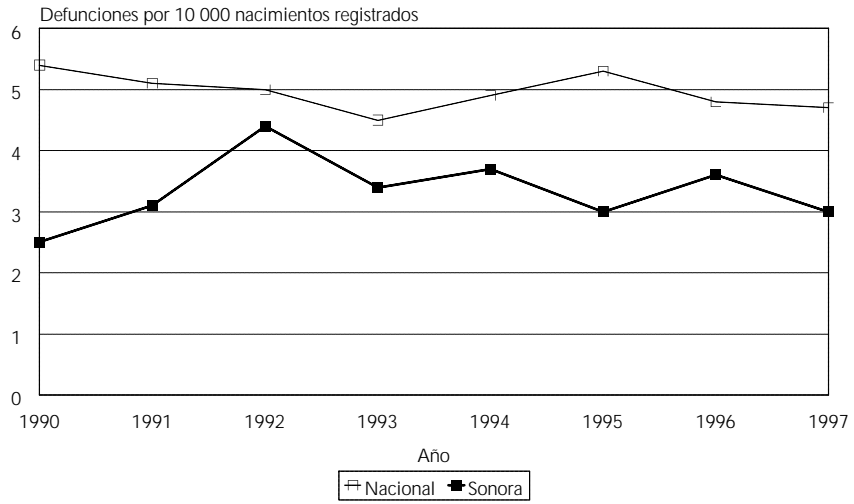
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Sonora, la tasa de mortalidad materna presentó un comportamiento bastante irregular, aunque con una tendencia decreciente a partir de 1992 (véase gráfica 21). No obstante lo anterior, Sonora es la quinta entidad con el menor nivel de mortalidad materna, muy por debajo del registrado en el conjunto nacional. Es importante señalar que el nivel de mortalidad materna de Sonora en 1997 (tres defunciones por diez mil nacimientos registrados) fue casi una tercera parte del nivel registrado en Tlaxcala, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más elevada del país (8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Sonora 38 defunciones asociadas al embarazo, ~~parto y puerperio, las cuales ascendieron a 54 en el periodo 1995-1997.~~ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Poco menos de dos de cada tres mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada cinco tenía menos de 20 años, y una de cada seis muertes maternas correspondieron a mujeres entre 35 y 39 años de edad; en este periodo, no se registraron defunciones asociadas al embarazo entre las mujeres de 40 años y más.

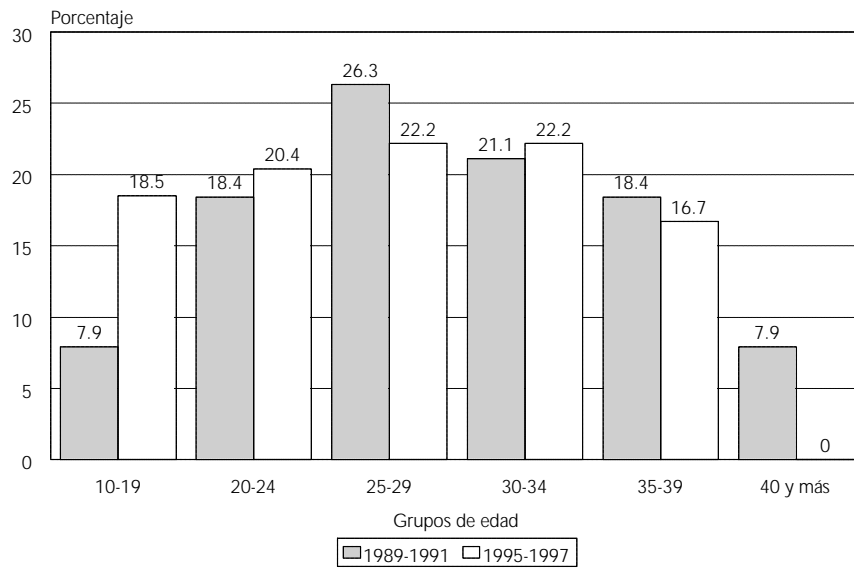
⁸ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



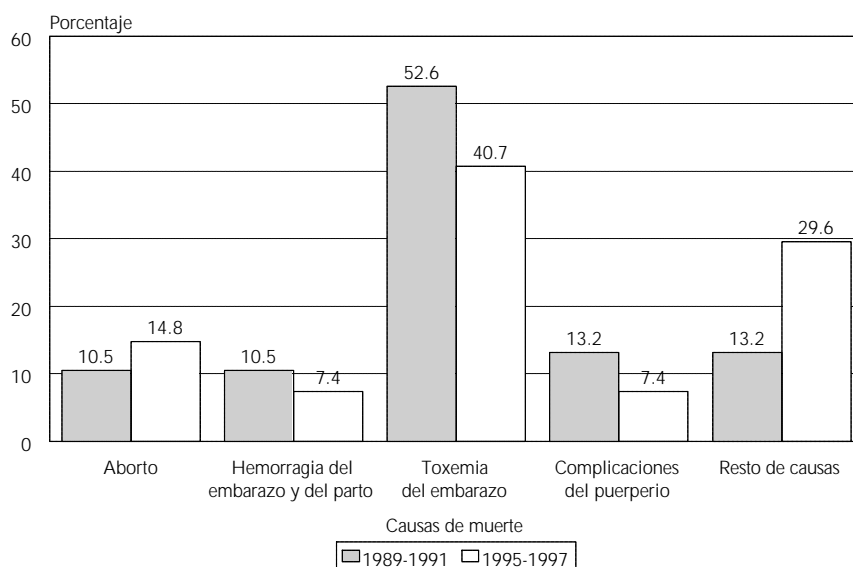
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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 las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

En Sonora, la toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de mortalidad materna, aunque cabe mencionar que su importancia relativa ha disminuido en los años noventa, al pasar de poco más de la mitad en el periodo 1989-1991 a cuatro de cada diez en el periodo 1995-1997 (véase gráfica 23). El aborto y sus complicaciones, la segunda causa en importancia, registró un aumento importante al pasar de cuatro a ocho defunciones en el periodo analizado. Las hemorragias del embarazo y del parto, así como las complicaciones del puerperio, fueron la tercera y cuarta causas en importancia, y en ambos casos su peso relativo tuvo una reducción: en el periodo 1995-1997, cada una de ellas fue responsable de cuatro muertes maternas.

Gráfica 23.
Sonora: 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, duran-

te el periodo 1985-1987 a 220 mil entre 1990-1992 y 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de estas cifras se calcula que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997. El porcentaje de mujeres que declara haber tenido por lo menos un aborto muestra una tendencia decreciente en el tiempo, al pasar de 22.7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992 y a 19 por ciento en 1997.

En Sonora, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto se ha mantenido sin cambios en los últimos años. En 1992 y 1997, cerca de una de cada cinco mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto (19.6% en ambos años).

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal⁹ como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Sonora, 95.5 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo de su último y penúltimo hijo nacido vivo en el periodo 1994-1997, lo que ubica a esta entidad entre los estados con la mayor cobertura de atención prenatal del país y en el cuarto nivel con la mayor cobertura de atención brindada por un médico (94%) (véase cuadro 10).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento. Los porcentajes más bajos de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico lo registran las madres adolescentes y las mujeres con cuatro hijos(as) o más (83.8% y 88.4%, respectivamente).

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).

Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan porcentajes más bajos de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (86.6% y 95.5%, en cada caso). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 97.3 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudieron con un médico para la revisión de su embarazo, sólo ocho de cada diez mujeres (80.6%) con primaria incompleta tuvieron esa oportunidad.

Cuadro 10.
Sonora: 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	94.0	0.8	0.8	4.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	83.8	2.2	3.8	10.2
20-34	96.1	0.6	0.2	3.2
35-49	-	-	-	-
Orden de nacimiento				
1	96.0	1.9	0.0	2.1
2	93.8	0.3	2.1	3.9
3	96.4	0.4	0.0	3.1
4 o más	88.4	0.6	0.7	10.3
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	80.6	0.9	6.1	12.4
Primaria completa	89.3	1.9	0.0	8.8
Secundaria y más	97.3	0.6	0.0	2.1
Lugar de residencia				
Urbano	95.5	0.6	0.9	2.9
Rural	86.6	1.7	0.0	11.7

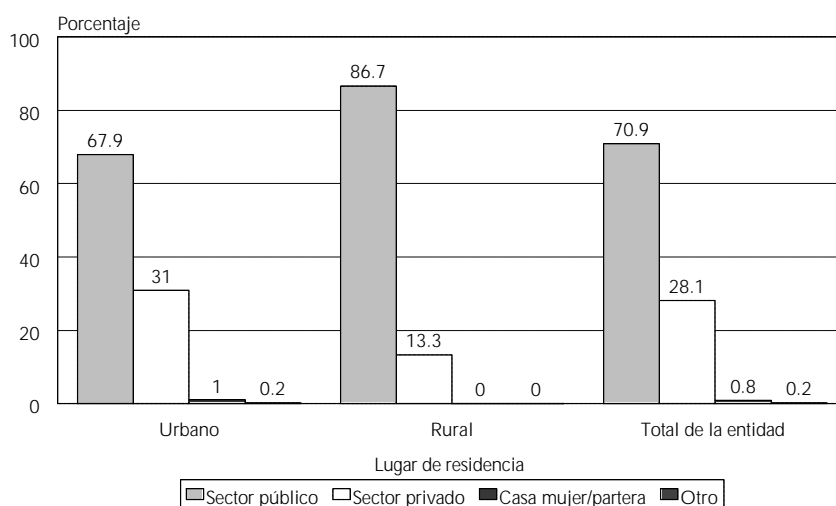
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió 70.9 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió 28.1 por ciento; y apenas 0.8 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (86.7%).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Sonora, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 78.4 por ciento; 16.8 por ciento inició en el segundo trimestre; y 4.8 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que sólo dos de cada tres mujeres con primaria incompleta iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a poco más de ocho de cada diez en aquellas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue significativamente mayor entre las residentes en las zonas urbanas.

Cuadro 11.
Sonora: 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	78.4	16.8	4.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	73.4	21.1	5.5
20-34	79.4	16.4	4.1
35-49	-	-	-
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	66.7	22.3	11.0
Primaria completa	67.1	27.9	5.0
Secundaria y más	83.3	13.3	3.4
Lugar de residencia			
Urbano	80.8	14.8	4.4
Rural	65.8	27.6	6.6

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

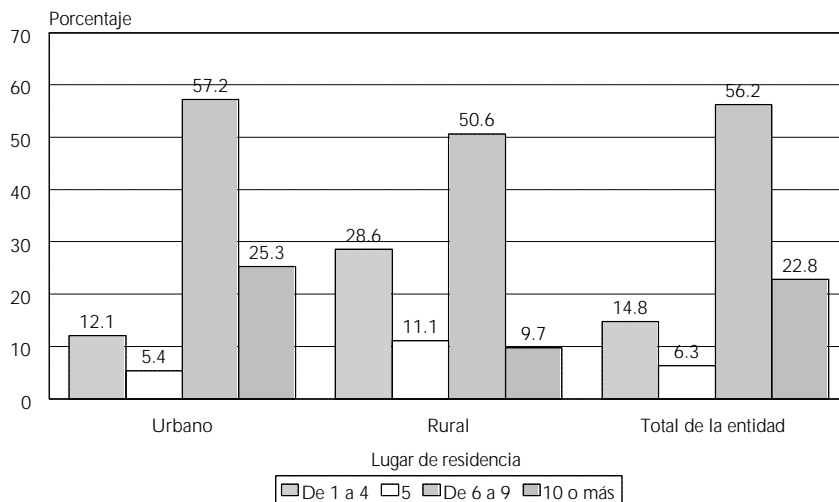
Intensidad y calidad de la atención prenatal

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 Sonora, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 8.1 consultas (8.5 en las zonas urbanas y 6.2 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada siete mujeres sonorenses recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a poco menos de tres de cada diez entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 98.6 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 97.1 por ciento se le pesó; y a 84.3 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Sinaloa por encima de las cifras nacionales (92.3% para la presión, 91.4% el peso, y 80.2% de vacunación).

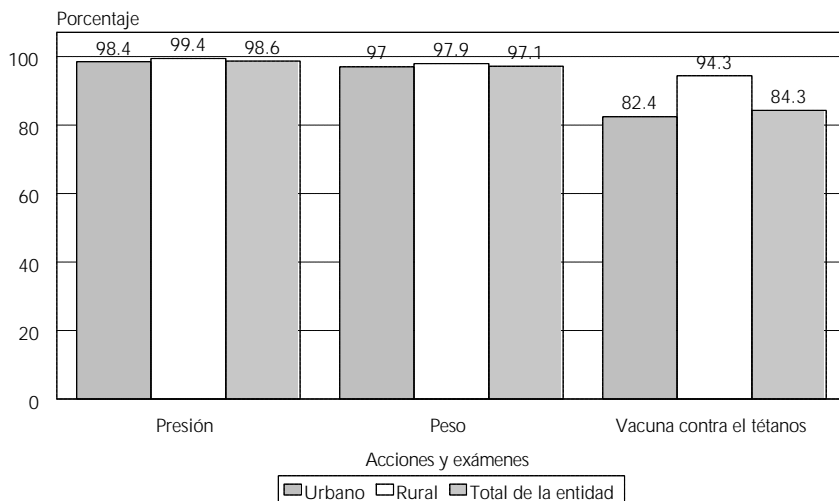
Es importante señalar que si bien el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es muy similar en el ámbito rural que en el urbano, en el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (94.3% contra 82.4% en áreas urbanas).

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



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

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



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. De todas las entidades del país, Sonora ocupó el sexto lugar en cuanto al más alto porcentaje de partos atendidos por un médico (95.6%), lo que denota lo avanzado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Sonora: 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	95.6	1.0	1.9	1.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	92.9	1.1	5.1	0.9
20-34	96.2	0.8	1.3	1.6
35-49	-	-	-	-
Orden de nacimiento				
1	96.8	0.7	2.3	0.2
2	96.7	1.4	1.2	0.8
3	96.5	0.5	1.1	1.9
4 o más	92.2	1.4	3.0	3.4
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	93.4	0.7	3.3	2.6
Primaria completa	91.8	2.4	4.3	1.5
Secundaria y más	97.3	0.7	1.0	1.1
Lugar de residencia				
Urbano	96.7	0.9	1.2	1.2
Rural	90.4	1.2	5.2	3.2

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Dado el elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, no se observan diferencias importantes en el tipo de agente que atendió el parto al analizar tanto la edad de la madre como el orden de nacimiento. En el caso de la escolaridad, la diferencia en el porcentaje de mujeres con primaria incompleta y con secundaria y más, cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 3.9 puntos porcentuales (93.4% y 97.3%, respectivamente), en tanto que la diferencia entre el medio urbano y el rural fue de 6.3 puntos (96.7% y 90.4%, en cada caso).

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 96.4 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: la mitad acudió al IMSS, 14 por ciento se atendió en una institución privada y 13.7 por ciento lo hizo en la SSA (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria y más acudieron en porcentajes mayores al IMSS, a otras instituciones públicas (como la Secretaría de Defensa Nacional y la Secretaría de Marina) y al sector privado, mientras que las mujeres con menores niveles de escolaridad utilizaron más a menudo los servicios del IMSS y de la SSA.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS, otras instituciones públicas y los servicios privados (51.8%, 16.5% y 15.7%, respectivamente). En el ámbito rural, 47.3 por ciento de los partos fue atendido por el IMSS y uno de cada cuatro por la SSA.

Cuadro 13.
Sonora: 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	51.0	2.2	13.7	15.5	14.0	2.9	0.7
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	43.7	2.7	22.9	15.4	11.0	4.2	0.0
Primaria completa	51.2	0.0	19.4	13.4	9.0	5.0	2.0
Secundaria y más	52.7	2.7	10.5	16.0	16.0	1.8	0.5
Lugar de residencia							
Urbano	51.8	2.3	11.4	16.5	15.7	2.0	0.3
Rural	47.3	1.8	24.4	11.0	6.0	7.1	2.4

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En Sonora, durante el periodo 1994-1997, uno de cada tres alumbramientos (30.1%) se resolvió mediante la operación cesárea, cifra mayor de la registrada a escala nacional (26.5%), lo que la ubica como la décima entidad con el mayor porcentaje de cesáreas del país (véase cuadro 14). Cabe destacar que a pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por personal médico que presentó la entidad, el peso relativo de partos por cesárea es sensiblemente menor al observado en Nuevo León (48.6%) y el Distrito Federal (42.3%), que son los dos estados que muestran los mayores niveles en este indicador.

De los partos que se atendieron en el sector privado, 35.2 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 30.8 por ciento; y en la SSA a 18.4 por ciento; y en otras instituciones públicas fue de 38.2 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

Cuadro 14.
Sonora: 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	69.9	30.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	74.7	25.3
20-34	68.6	31.4
35-49	-	-
Lugar de atención del parto		
IMSS	69.2	30.8
SSA	81.6	18.4
Otras públicas	61.8	38.2
Sector privado*	64.8	35.2
Lugar de residencia		
Urbano	68.2	31.8
Rural	77.8	22.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

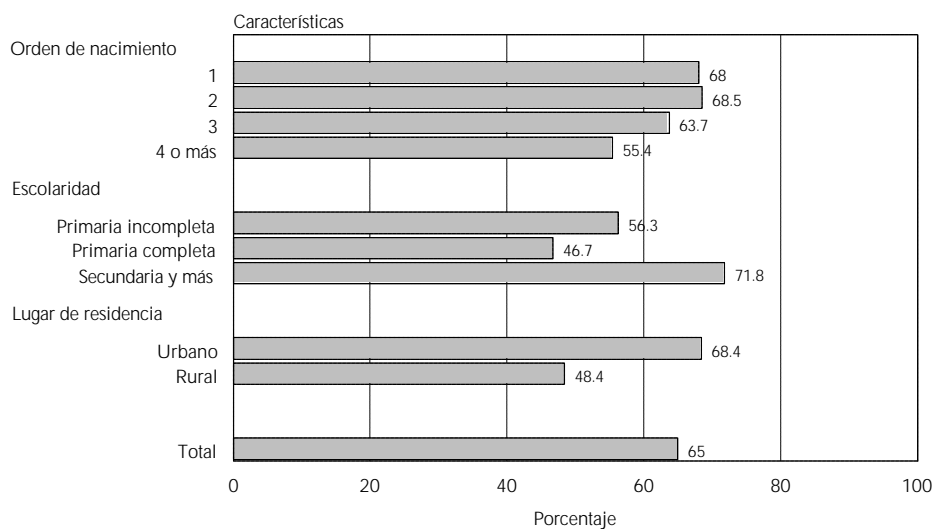
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

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

En el estado de Sonora, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio ascendió a 65 por ciento, el cual es el sexto más alto del país. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las de paridades altas (55.4% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 68% de las primíparas); aquéllas con primaria completa (46.7% a diferencia de 71.8% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (48.4%, en tanto que 68.4% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

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



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

6 Lactancia materna

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

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

En Sonora, el porcentaje de niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 que recibió leche materna fue de 91.9 por ciento; sin embargo, la duración mediana de la lactancia (6.8 meses) fue la octava más baja de todo el país (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 4.8 por ciento más baja y una duración mediana de casi la tercera parte de la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La lactancia es una práctica bastante generalizada en el estado y no se observaron diferencias importantes entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado. Sin embargo, los porcentajes más bajos de niños(as) amamantados se registran entre los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta y completa (88.2% y 89.9%, respectivamente). Cabe señalar que no se observaron diferencias importantes en el porcentaje de niños(as) que recibió leche materna según el lugar de residencia (92.2% en el ámbito urbano y 90.5% en el rural); sin embargo, las mujeres que habitan en localidades rurales amamantaron en promedio, el doble de tiempo que aquéllas residentes en áreas urbanas (12.7 y 6.4 meses, respectivamente).

Edad de la ablactación

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

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

Total		91.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	92.9
	20-34	91.6
	35-49	-
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	88.2
	Primaria completa	89.9
	Secundaria y más	93.0
Lugar de atención del parto		
	Sector público	93.1
	Sector privado	90.5
	Casa	-
Lugar de residencia		
	Urbano	92.2
	Rural	90.5

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cuadro 16.
Sonora: 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	3.5	3.4	4.9
Mediana	6.8	6.4	12.7
Tercer cuartil	12.9	12.3	24.5

*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.

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. Sonora ocupó el sexto lugar en el país en cuanto a ablactación temprana: tres de cada cuatro niños(as) (74.3%) fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad; uno de cada cinco (20.6%) recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado; y 1.2 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos ajenos a la leche materna (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 2.1 meses, es decir, un mes menos que la duración registrada para el país en su conjunto (3.1).

La ablactación temprana fue más frecuente en la zona urbana que en la rural (76.2% y 65.1%, respectivamente). Esta práctica es muy frecuente entre las mujeres con diversos niveles de escolaridad: alrededor de tres de cada cuatro hijos(as) de mujeres con primaria incompleta o que tenían estudios de secundaria o más fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. La ablactación tardía es prácticamente inexistente en la entidad, encontrándose en las áreas rurales el mayor porcentaje de mujeres que introdujo alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses (3.4%).

Cuadro 17.
Sonora: 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	48.2	26.1	20.6	1.2	3.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	42.5	27.8	23.7	2.2	3.8
20-34	49.5	25.7	20.3	1.0	3.5
35-49	-	-	-	-	-
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	52.7	23.7	17.3	3.1	3.1
Primaria completa	38.7	33.8	20.4	1.3	5.9
Secundaria y más	49.8	24.2	21.5	0.9	3.6
Lugar de residencia					
Urbano	50.4	25.8	19.3	0.7	3.9
Rural	37.8	27.3	27.5	3.4	3.9

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

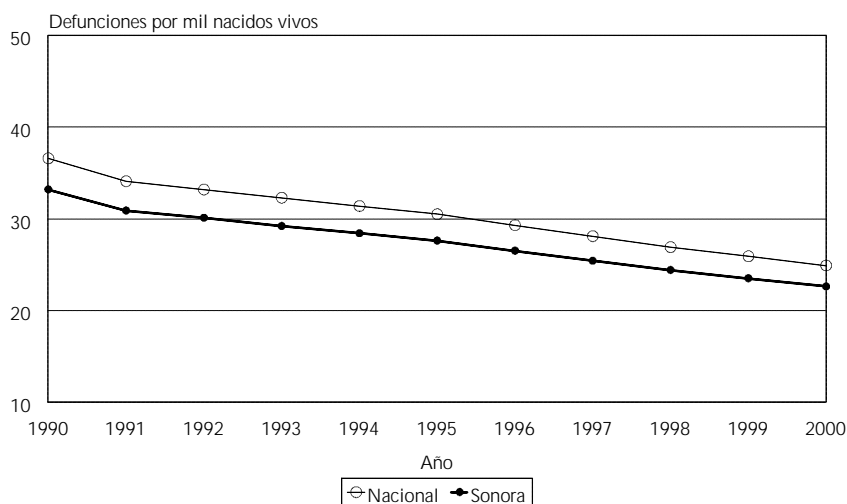
7 Mortalidad infantil

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

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

En el estado de Sonora, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 33.2 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 22.6 por mil en la actualidad (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar cerca de una tercera parte de los decesos, los

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

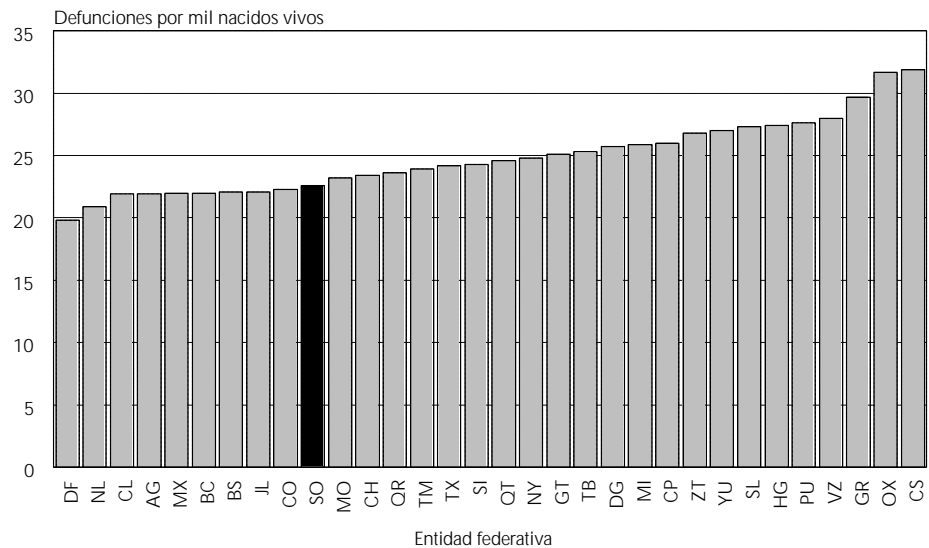


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, Sonora se ubica dentro de las primeras diez entidades con los menores niveles de mortalidad infantil del país, y es 14.1 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil (véase gráfica 29).

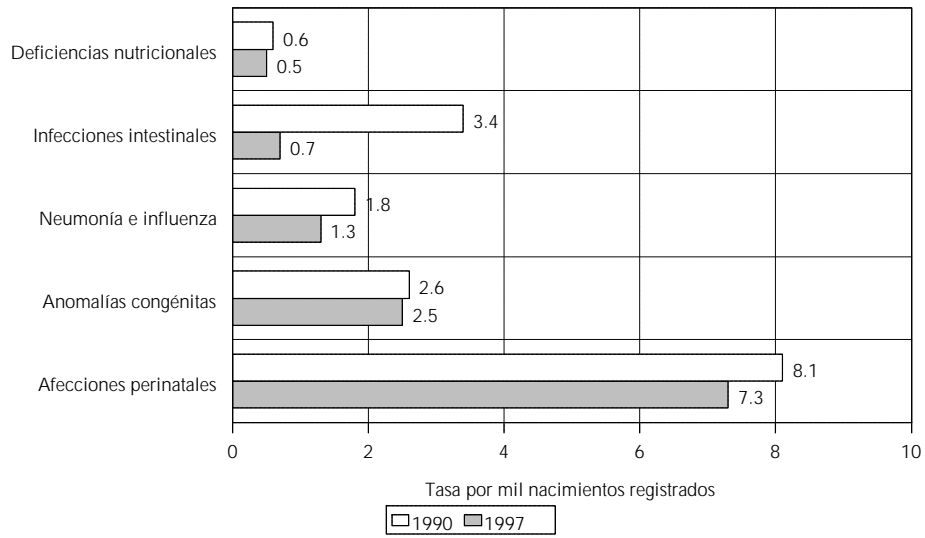
En Sonora, al igual que en el nivel nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas prácticamente no registró cambios en los años de referencia y pasó a ser la segunda causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Sonora 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 29.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

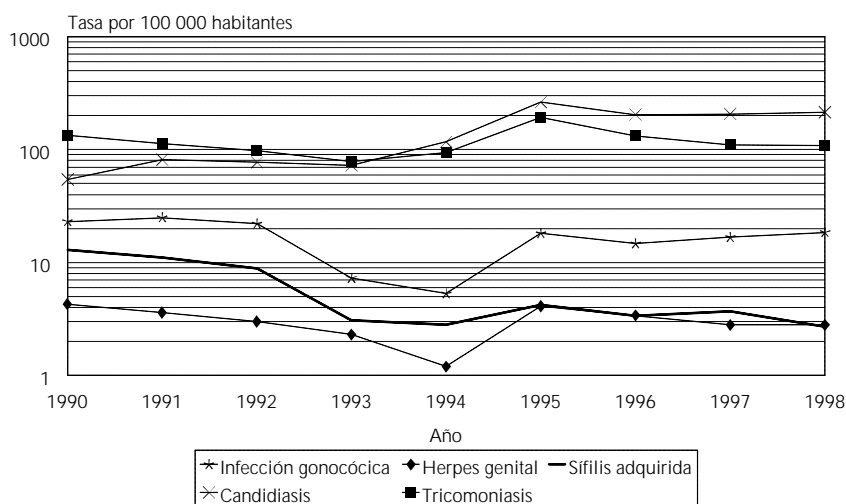
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

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

En Sonora, las principales ETS registraron un aumento significativo en su grado de incidencia a mediados de los años noventa y a partir de 1996 mostraron una tendencia descendente de tal manera que, los niveles alcanzados en 1998, son menores a los registrados para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 214.2 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 109.2 por 100 mil personas (véase gráfica 31).

Al igual que lo observado a escala nacional, la incidencia de las ETS clásicas en Sonora es descendente; sin embargo, cabe mencionar un repunte importante de la gonorrea en 1995. Así, mientras que entre 1990 y 1994, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 23.1 a 5.3 casos por 100 mil habitantes, en 1995 esta ascendió a 18.2 casos por 100 mil y en 1998 a 18.5. Por su parte, la incidencia de la sífilis adquirida pasó de 13 a 2.7 casos por 100 mil habitantes entre 1990 y 1998. Cabe destacar que la incidencia de estas enfermedades en 1998 era 18.6 y 50 por ciento mayor en Sonora que la registrada para el ámbito nacional.

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



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

VIH/SIDA

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

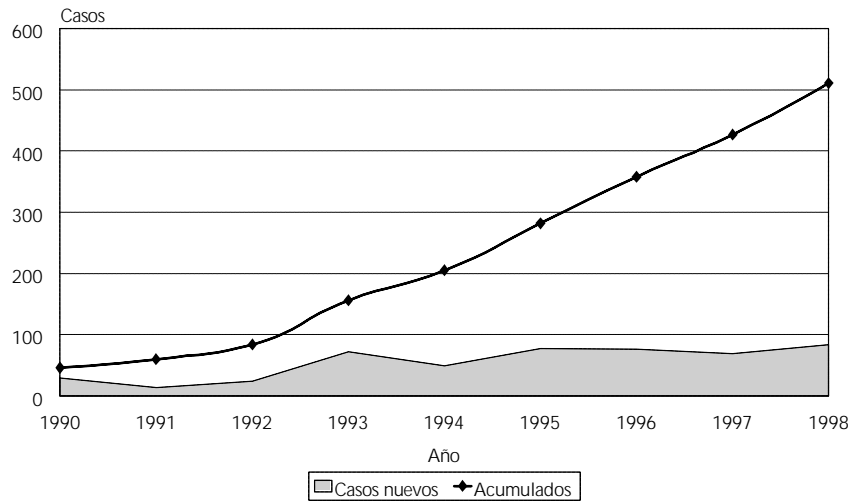
Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762 casos. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el nivel de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, desde los primeros casos notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

En Sonora, el incremento en el número de casos de SIDA se ha producido de manera acelerada. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 511 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 2.4 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 23.4 en 1998 (véase gráficas 32 y 33). Este aumento ubicó a Sonora dentro de los 24 estados que tenían una tasa de incidencia acumulada menor que la registrada para el país en su conjunto en 1998 (39.7 casos por 100 mil habitantes).

La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Sonora fue 16 por ciento mayor que lo registrado para el país (33.4% y 28.7%, respectivamente).

Gráfica 32.

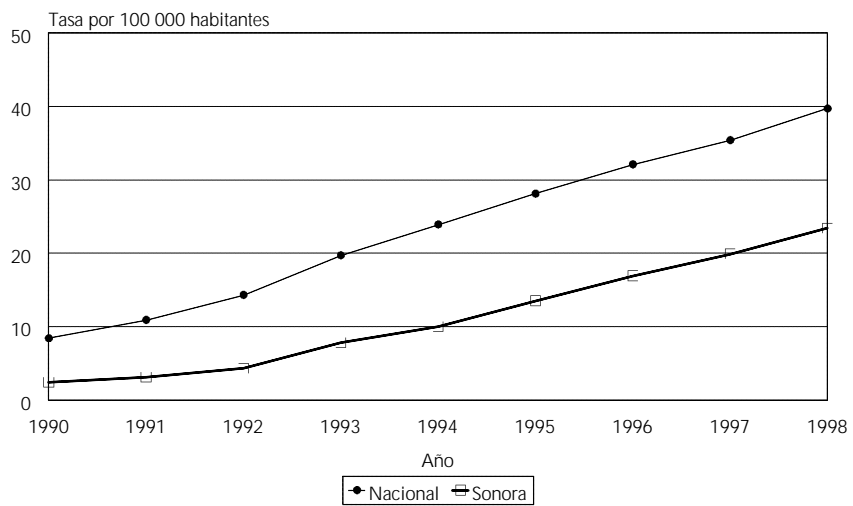
Sonora: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990 - 1998



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

Gráfica 33.

Sonora: 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.

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.

La principal vía de transmisión del VIH/SIDA en Sonora fue la sexual (82%); uno de cada ocho casos fue contagiado por vía sanguínea (12.7%); y 0.5 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto homosexual concentró 30.4 por ciento, siguiendo en orden de importancia el heterosexual (27.4%) y con un porcentaje similar el bisexual (24.2%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de nueve, es decir, había nueve hombres infectados por cada mujer.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 256 muertes en el estado de Sonora,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 2.2 defunciones por 100 mil en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el vigésimo lugar dentro de las principales causas de mortalidad general en la entidad.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una tendencia ascendente, al pasar de 1.4 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a cuatro decesos por 100 mil en 1997 (véase gráfica 34). La tasa mortalidad femenina, por su parte, presentó un comportamiento

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	511	100.0
Vía sexual	329	82.0
Homosexual	122	30.4
Bisexual	97	24.2
Heterosexual	110	27.4
Vía sanguínea	51	12.7
Transfusión	28	7.0
Hemofílico	3	0.7
Usuario de drogas intravenosas	20	5.0
Donador remunerado	0	0.0
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	19	4.7
Perinatal	2	0.5
Subtotal	401	100.0
No documentado	110	33.4

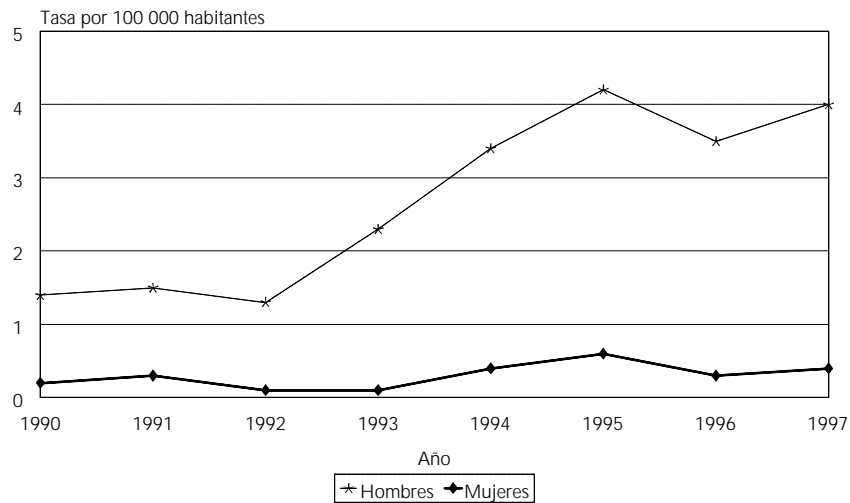
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

¹⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

irregular, pero con una tendencia al aumento: entre 1990 y 1997, ésta pasó de 0.2 a 0.4 defunciones por 100 mil habitantes.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 232 hombres y 24 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 75.9 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 44 años de edad, mientras que entre las mujeres, este porcentaje ascendió a 79.1 por ciento (véase cuadro 19).

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



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

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

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.4	0.4	0.0
1-4	0.0	0.0	0.0
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	0.8	0.4	4.2
20 - 24	9.4	9.9	4.2
25 - 29	19.9	19.8	20.8
30 - 34	21.5	22.0	16.7
35 - 39	19.1	19.0	20.8
40 - 44	15.6	15.1	20.8
45 - 49	3.5	3.9	0.0
50 - 64	9.0	8.6	12.5
65 y más	0.8	0.9	0.0
N.E.	0.0	0.0	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

Desde la década de los sesenta, el cáncer se encontraba entre las diez principales causas de muerte en México, en tanto que en la década actual es la segunda causa después de las enfermedades del corazón. La mortalidad relacionada con el cáncer es distinta para las mujeres y los hombres, padeciendo las primeras, en orden de magnitud, tumores del cuello del útero, de la mama y del estómago.

El cáncer cérvico uterino y de 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.

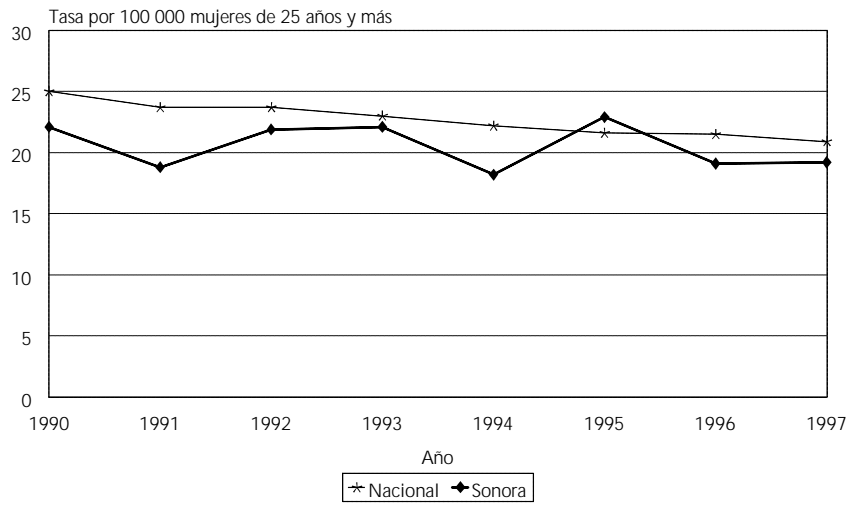
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento 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 Sonora, la tasa de mortalidad por este cáncer presenta un comportamiento irregular entre 1990 y 1997, aunque en términos generales se mantuvo en alrededor de veinte defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más (véase gráfica 35). En el último año bajo observación, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Sonora fue de 19.2 defunciones por 100 mil, lo que ubicó a esta entidad por debajo del promedio 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.

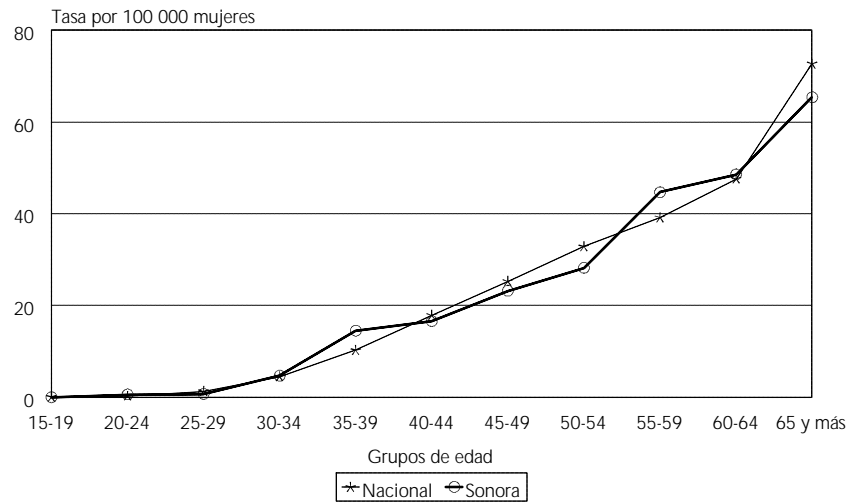
En Sonora, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registraron para todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, son similares a las observadas en el ámbito nacional (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Sonora: 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.
Sonora: 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.

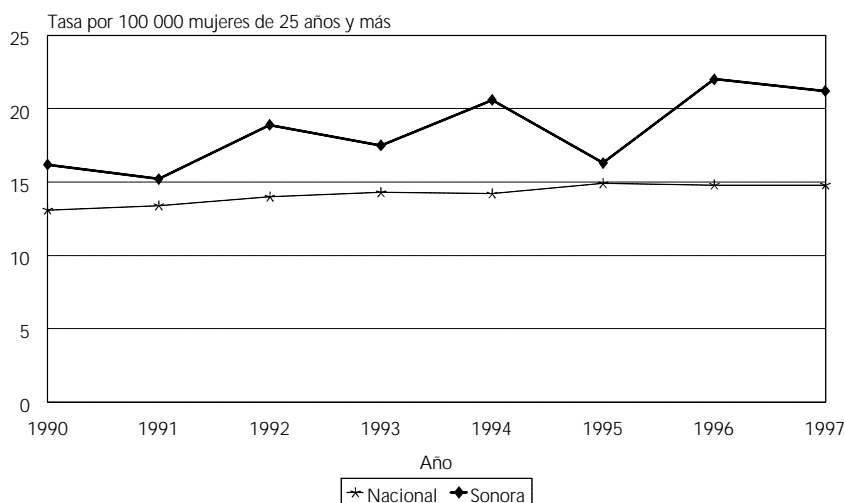
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Sonora, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró, entre 1990 y 1997, un comportamiento de altibajos, con una tendencia ascendente y en un nivel más alto que el promedio nacional (véase gráfica 37). En 1997, la tasa de mortalidad fue de 21.2 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es 1.4 veces la registrada a escala nacional, ubicándose como el tercer estado con el nivel más alto de mortalidad por este cáncer.

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

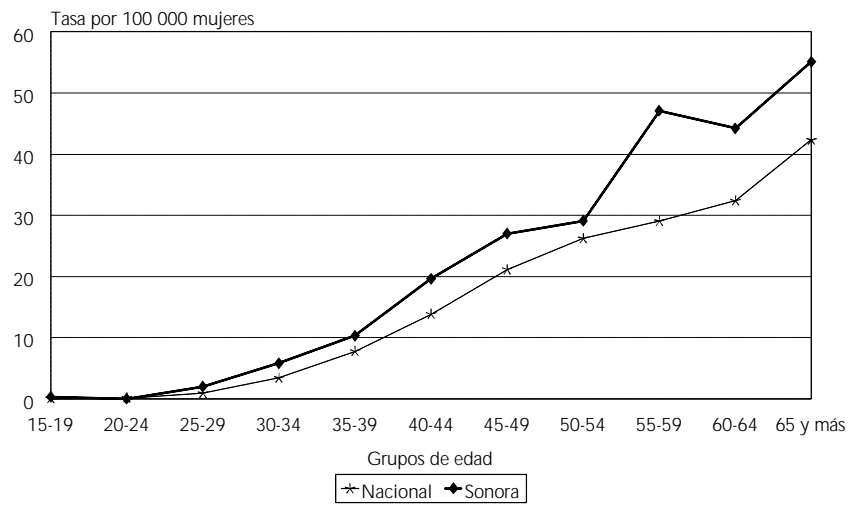
En Sonora, las mujeres de todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad mayor que el conjunto del país, entre las que destacan las mayores de 55 años, cuyas tasas de mortalidad por esta causa fueron considerablemente mayores que las registradas para el país en conjunto (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Sonora: 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.
 Sonora: 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 Sonora se encuentra en una mejor situación que la observada para el país en su conjunto, en concordancia con el desarrollo económico y social que ha alcanzado esta entidad.

La población de Sonora se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, y en la actualidad ya alcanzó el nivel de fecundidad de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (77.9%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹¹ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de las más bajas del país, y las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

No obstante estos importantes logros en el ámbito de la reproducción, Baja California 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 las generaciones más recientes, cuatro de cada diez mujeres se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Una de cada siete mujeres de la generación más reciente inició esta transición del curso de vida antes de cumplir la mayoría de edad.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras está aumentando muy rápidamente en Sonora: alrededor de una de cada cinco mujeres de las generaciones más jóvenes se encuentra en esa situación.
- ✦ Las mujeres menores de 25 años, con paridad cero o uno, y las mujeres del área rural, y en especial las que hablan alguna lengua indígena, son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.
- ✦ Las instituciones de salud del sector público de la entidad constituyen las principales fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (67.7%); sin embargo, el nivel de participación de este sector es más bajo que el mostrado por el país en su conjunto (72.2%). En contraparte,

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

el sector privado, aunque presenta una tendencia a disminuir su participación, continua atendiendo a una de cada tres usuarias.

- ✦ El sector público en la entidad atiende la demanda de métodos de mayor continuidad, que dependen del personal de salud para su utilización, como el dispositivo intrauterino, la operación femenina, los cuales son preferidos por las mujeres multíparas, y particularmente por aquéllas con paridad satisfecha (alrededor de ocho de cada diez usuarias de estos métodos los obtuvieron en las instituciones del sector público). En contraste, las mujeres que usan métodos temporales, como los hormonales orales e inyectables y los métodos locales, acuden en su mayoría al sector privado (alrededor de siete de cada diez).

En la dimensión de la salud materno-infantil, Sonora ha alcanzado niveles muy elevados de cobertura médica en la atención prenatal y del parto (94% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 95.6% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997). Asimismo, la tasa de mortalidad materna en el estado es la quinta más baja del país, mientras que la tasa de mortalidad infantil se encuentra en el séptimo nivel más bajo de la República.

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

- ✦ El porcentaje de partos que se resuelven por cesárea es muy elevado (30.1%), lo que sitúa a Sonora como la décima entidad en este renglón.
- ✦ La incidencia de la lactancia en Sonora fue de 91.9 por ciento; sin embargo, su duración mediana (6.8 meses) es la octava más baja de las entidades federativas del país. Asimismo, la ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Sonora registra la novena menor tasa de incidencia de tricomoniasis urogenital y la décimo tercera más baja de candidiasis urogenital del país; las tasas de incidencia de gonorrea y de sífilis son mayores a las registradas en el país en su conjunto en 1998. Respecto al VIH/SIDA, Sonora ocupa el décimo quinto lugar con la tasa más baja de incidencia acumulada de SIDA, lo que la ubicó dentro de las 24 entidades federativas que presentaron una incidencia acumulada menor que la registrada para el país en 1998.

En relación con otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registró entre 1990 y 1997 en Sonora es menor al promedio nacional, con excepción de 1995. Mientras tanto, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama, ha sido mayor que la registrada en el país.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Sonora
1990	3.35	2.74
1991	3.25	2.68
1992	3.14	2.63
1993	3.04	2.58
1994	2.93	2.52
1995	2.82	2.47
1996	2.73	2.39
1997	2.65	2.32
1998	2.55	2.25
1999	2.48	2.18
2000	2.40	2.12

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Sonora: 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	7.3	2.8
15	16.3	7.6
16	22.7	14.4
17	32.6	22.7
18	42.5	30.7
19	53.2	39.3
20	62.5	48.2
21	66.5	55.0
22	71.9	60.4
23	77.6	65.1
24	82.3	67.7
25	84.5	70.9

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	16.3	36.9	29.1	17.7
1958-1962	12.5	33.9	26.7	26.9
1963-1967	14.4	32.2	26.2	27.2
1968-1972	7.6	31.7	28.4	32.3

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

Datos gráfica 5.

Sonora: 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*	22.7	50.4	14.5	12.4
Primaria completa	24.1	34.7	24.2	16.9
Secundaria y más	6.1	29.7	29.8	34.3
Rural	10.9	42.7	26.6	19.8
Urbano	10.8	30.0	27.5	31.7
Total	10.8	31.9	27.4	29.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	2.4	1.8	1.3	0.2
16	6.1	4.4	6.8	2.2
17	14.4	10.8	12.8	6.1
18	23.7	18.4	22.2	14.5
19	33.1	26.1	29.6	22.7
20	45.1	35.1	37.7	30.3
21	52.8	46.1	49.6	40.8
22	59.6	52.5	56.1	48.2
23	64.7	59.4	62.7	57.2
24	71.5	65.3	70.1	61.8
25	77.8	71.8	73.2	66.9

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

Datos gráfica 8.

**Sonora: 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	6.7	8.7	34.5	18.6	28.2	3.4
1958-1962	5.3	10.1	29.7	20.1	30.7	4.1
1963-1967	3.9	12.3	28.6	24.9	27.8	2.5
1968-1972	4.7	16.8	24.4	22.5	27.7	3.9

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.1	0.9	0.4	0.2
16	1.1	1.5	0.7	1.0
17	3.8	2.0	2.0	1.9
18	6.3	4.2	5.2	4.4
19	7.1	5.1	6.6	6.8
20	9.0	6.4	8.2	10.7
21	10.8	8.5	11.1	13.4
22	12.2	9.5	12.6	15.3
23	13.1	12.2	14.2	18.5
24	14.2	12.6	15.4	18.8
25	15.4	14.8	17.1	19.2

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Sonora
1990	5.4	2.5
1991	5.1	3.1
1992	5.0	4.4
1993	4.5	3.4
1994	4.8	3.7
1995	5.3	3.0
1996	4.8	3.6
1997	4.7	3.0

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

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

Año	Nacional	Sonora
1990	36.6	33.2
1991	34.1	30.9
1992	33.2	30.1
1993	32.3	29.2
1994	31.4	28.4
1995	30.5	27.6
1996	29.3	26.5
1997	28.1	25.4
1998	26.9	24.4
1999	25.9	23.5
2000	24.9	22.6

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	23.1	4.3	13.0	54.4	134.1
1991	25.0	3.6	11.1	81.6	112.5
1992	22.1	3.0	8.9	77.0	98.2
1993	7.3	2.3	3.1	72.3	77.9
1994	5.3	1.2	2.8	116.9	93.6
1995	18.2	4.1	4.2	262.4	191.9
1996	14.7	3.4	3.4	204.4	131.9
1997	16.8	2.8	3.7	207.2	109.4
1998	18.5	2.8	2.7	214.2	109.2

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	29	46
1991	14	60
1992	24	84
1993	72	156
1994	49	205
1995	77	282
1996	76	358
1997	69	427
1998	84	511

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

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

Año	Nacional	Sonora
1990	8.4	2.4
1991	10.9	3.1
1992	14.3	4.3
1993	19.7	7.8
1994	23.9	10.0
1995	28.1	13.5
1996	32.1	16.9
1997	35.4	19.9
1998	39.7	23.4

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.
Sonora: tasa de mortalidad
por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.4	0.2
1991	1.5	0.3
1992	1.3	0.1
1993	2.3	0.1
1994	3.4	0.4
1995	4.2	0.6
1996	3.5	0.3
1997	4.0	0.4

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

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

Año	Nacional	Sonora
1990	25.0	22.1
1991	23.7	18.8
1992	23.7	21.9
1993	23.0	22.1
1994	22.2	18.2
1995	21.6	22.9
1996	21.5	19.1
1997	20.9	19.2

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

Edad	Nacional	Sonora
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.6
25-29	1.3	0.7
30-34	4.5	4.7
35-39	10.3	14.5
40-44	17.9	16.6
45-49	25.3	23.2
50-54	32.9	28.2
55-59	39.2	44.7
60-64	47.6	48.6
65 y más	72.7	65.4

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

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

Año	Nacional	Sonora
1990	13.1	16.2
1991	13.4	15.2
1992	14	18.9
1993	14.3	17.5
1994	14.2	20.6
1995	14.9	16.3
1996	14.8	22
1997	14.8	21.2

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 38.
Sonora: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Sonora
15-19	0.0	0.3
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	2.0
30-34	3.4	5.8
35-39	7.8	10.3
40-44	13.8	19.6
45-49	21.1	27.0
50-54	26.2	29.1
55-59	29.1	47.1
60-64	32.4	44.2
65 y más	42.4	55.1

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
Sonora

Se imprimió en
Imagen y Arte Gráfica S. A. de C. V.
Andrés Molina Enriquez núm. 152,
Col. San Pedro Iztacalco
C.P. 08240. México, D. F.

El tiraje fue de 500 ejemplares.