

Cuadernos de salud reproductiva

Campeche



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva
Campeche

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-498-2

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

LIC. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

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

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

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

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

Presentación

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

La política de población establece entre sus prioridades asegurar a las personas de todos los grupos sociales y regiones del país, el acceso a la información pertinente, veraz y comprensible y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva.

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

El análisis de los factores determinantes de las diferentes dimensiones de la salud reproductiva supera con mucho el alcance de este documento, cuyo propósito principal es dar un panorama general del estado de la salud reproductiva en Campeche, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), a su nivel de escolaridad y a su condición de habla de lengua indígena. Estas varia-

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

bles aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Campeche. En 1995, 71.2 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 2 663 localidades censadas en el estado, 94.9 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 13 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, pero Campeche mantenía un rezago importante en este rubro. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 6.9 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Campeche se encuentra entre las 16 entidades del país que registran un nivel promedio de escolaridad por debajo del nacional. En 1997, 12.3 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 24 por ciento no había concluido la primaria, 17.5 por ciento terminó la instrucción primaria, 18.2 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 28 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar las diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.3 para los hombres y de 6.6 para las mujeres. Asimismo, la proporción representada por las personas sin instrucción es mayor entre las mujeres que entre los hombres: 14.1 y 10.4 por ciento, respectivamente.³

Campeche es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 40 lenguas indígenas en el estado, 16 de las cuales eran habladas por más de cien personas y cinco por más de mil personas: Maya (72.9 mil), Chol (7.3 mil), Kanjobal (1.8 mil), Mame (1.7 mil) y Tzeltal (1.5 mil). Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Campeche 15.9 por ciento de los habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena

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

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

(16.5% de los hombres y 15.3% de las mujeres). La población monolingüe representa 0.8 por ciento de la población total (1.1% de las mujeres y 0.6% de los varones).

Se prevé que el menor desarrollo económico y el rezago social de Campeche tendrá implicaciones para la salud reproductiva de su población. Campeche es el octavo estado con el mayor índice de marginación del país, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La entidad tiene un índice de marginación medio, al igual que siete de sus nueve municipios donde habitan más de seis de cada diez habitantes (61.7%). Por su parte, poco más de tres de cada diez habitantes (31.8%) de la entidad reside en el municipio de Campeche, cuya marginación es *baja*, y 6.5 por ciento de la población restante reside en un municipio de marginación *alta*.⁴

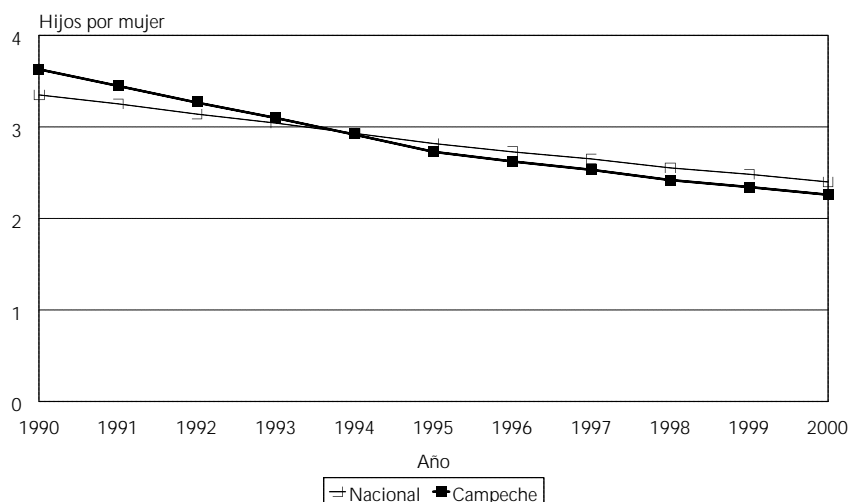
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En el estado de Campeche, las mujeres también han reducido el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.63 hijos por mujer en 1990 a 3.27 en 1992, descendió a 2.53 hijos en promedio en 1997, y para el 2000 se estima en 2.26 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Campeche del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.48 hijos en 1990, a 0.46 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Campeche entre las 16 entidades que se encuentran por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

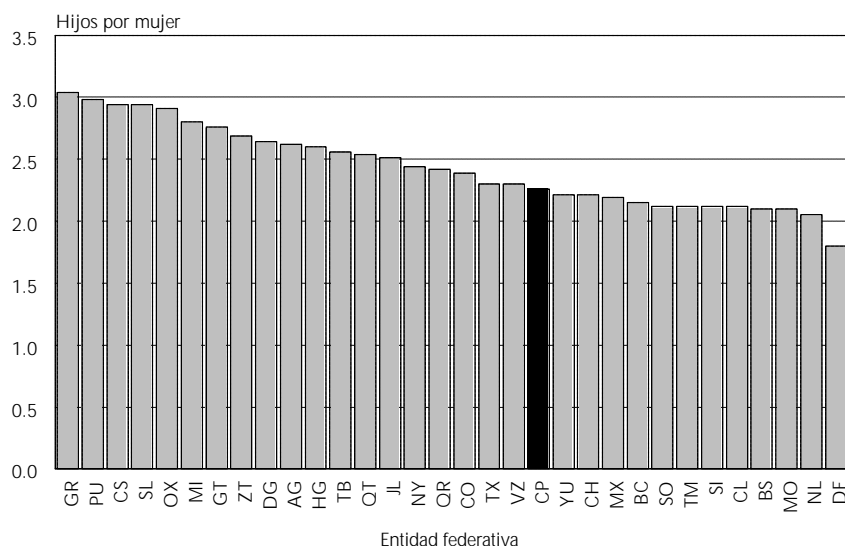
Gráfica 1.
Campeche: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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.

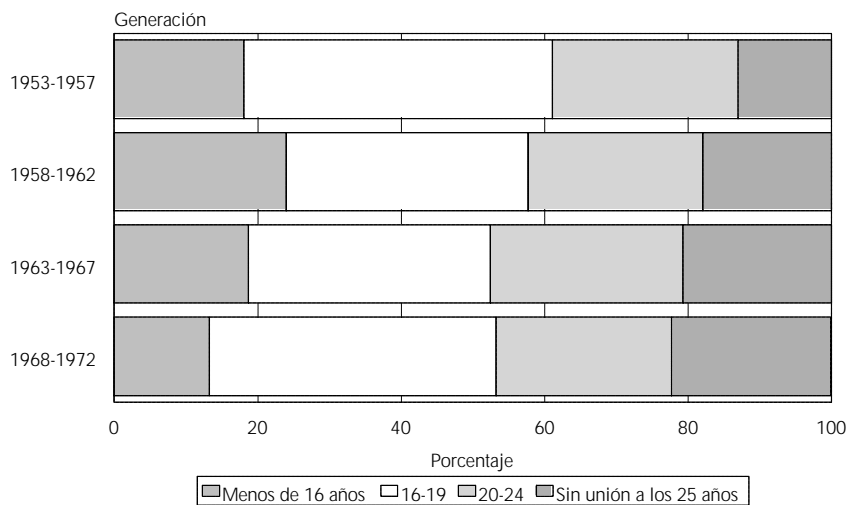
Edad a la primera unión

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.

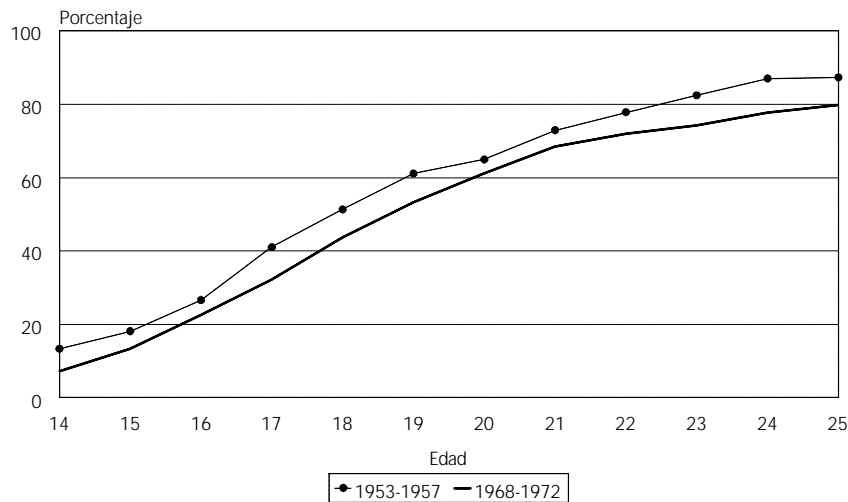
En el caso de Campeche, este indicador muestra un retraso de casi un año en la edad a la primera unión, aunque aun persisten pautas tempranas de iniciación de la vida marital entre las generaciones de nacimiento. Las mujeres nacidas entre 1953 y 1962 registran una edad mediana al matrimonio de 18.9 años, las mujeres de la generación 1963-1967 de 19.8 años y de 19.7 años las de la generación 1968-1972. Esta tendencia a la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más jóvenes: mientras que 61.1 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953-1957 se unió antes de cumplir 20 años, 53.3 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, disminuyó de 18.1 a 13.3 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
Campeche: 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.

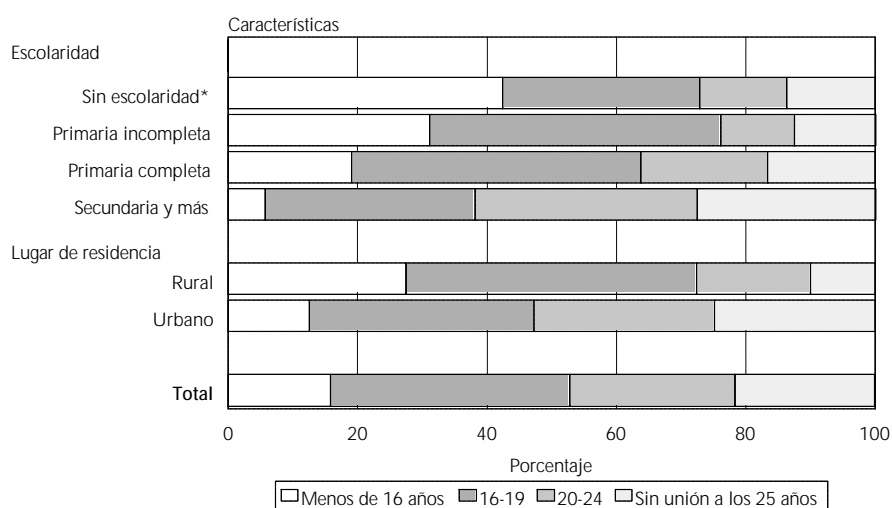
Gráfica 4.
Campeche: proporción acumulada
de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972
que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

Al igual que a escala nacional, en Campeche el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Más de una de cada cuatro y siete de cada diez mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unieron antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a una de cada ocho y a 47.3 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 38.2 por ciento de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta y las mujeres sin escolaridad este valor se ubica en alrededor de tres de cada cuatro mujeres.

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



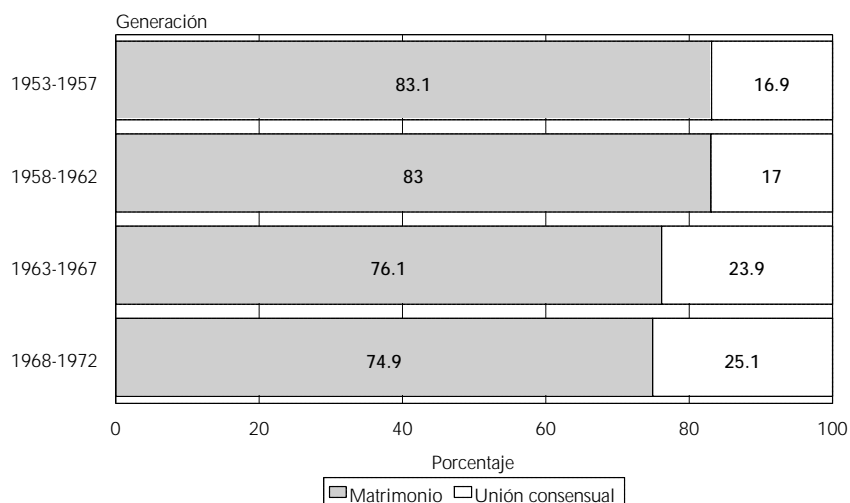
* Menos de 100 casos en muestra.

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

Tipo de primera unión

En Campeche, 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 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, 16.9 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a una de cada cuatro, cifra que, sin embargo, es menor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



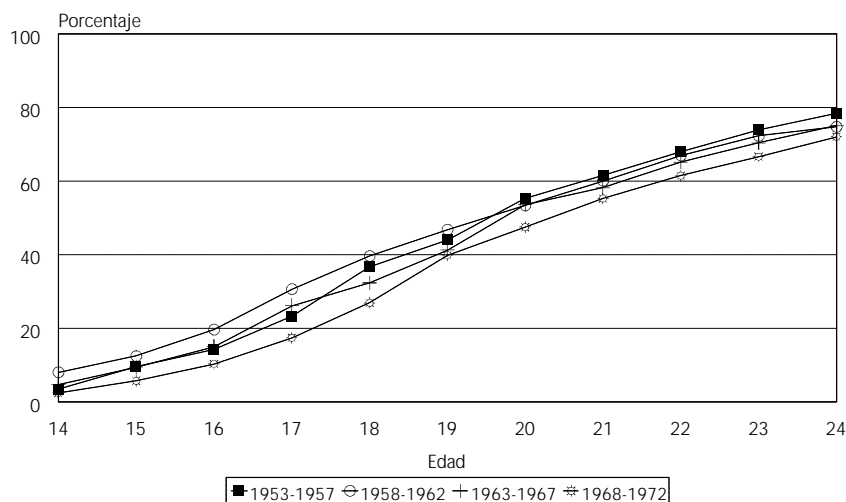
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Campeche se ha registrado un ligero retraso en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestran las probabilidades acumuladas de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, para las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7). La probabilidad de ser madre antes de cumplir 20 años de edad es de 44 por ciento para las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 y de 46.8 por ciento para las de la generación 1958-1962; mientras que entre las mujeres de la generación más reciente (1968-1972) este valor se redujo a 39.9 por ciento. Asimismo, mientras tres de cada diez mujeres de la generación 1958-1962 iniciaron la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad, este valor descendió a 17.4 por ciento entre las nacidas en el periodo 1968-1972.

La iniciación temprana de la maternidad tiene múltiples repercusiones negativas tanto para los individuos y sus trayectorias de vida, como para la sociedad en su conjunto. El embarazo en la adolescencia temprana está asociado a un mayor riesgo para la salud de la madre y de su descendencia. Asimismo, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer. En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos(as). Asimismo, en términos macrosociales, los patrones de fecundidad temprana agudizan los efectos de corto y mediano plazos de la inercia demográfica y favorecen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

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



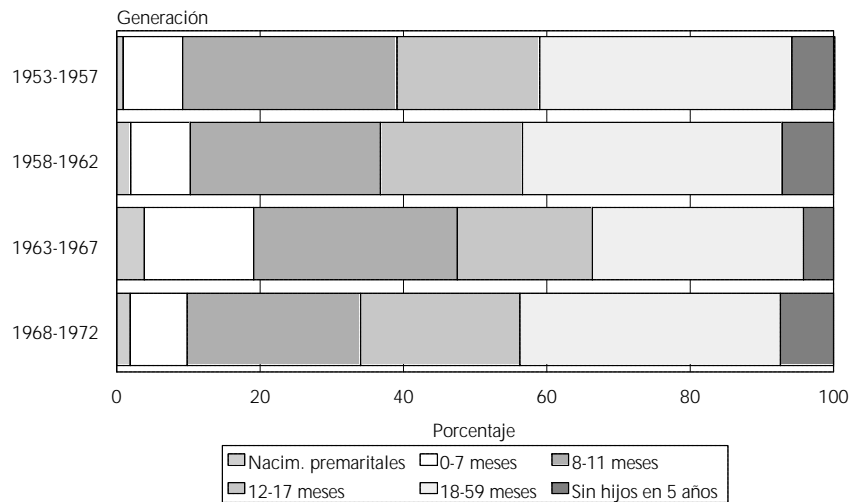
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población, con base en la ENADID, 1997.

Intervalo protogenésico

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

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

Gráfica 8.
Campeche: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)

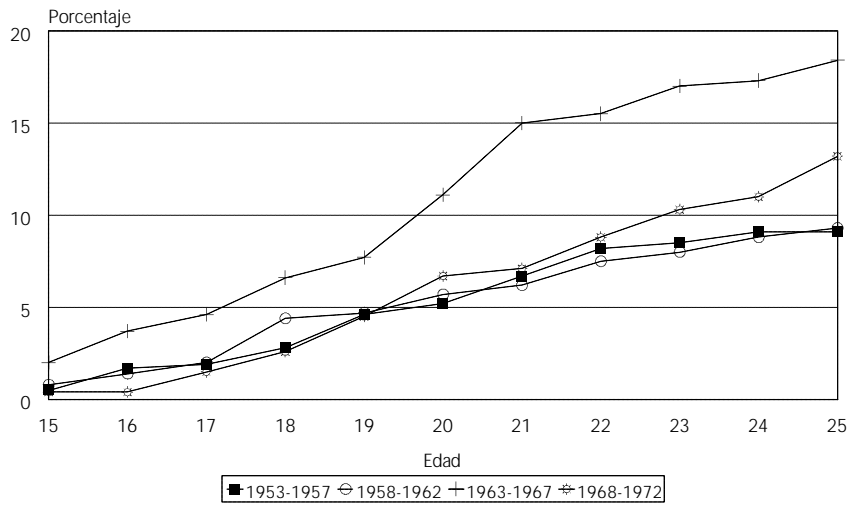


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Cabe señalar que en esta entidad, a diferencia de lo que ocurre a escala nacional, las mujeres unidas de la generación más reciente presentaron una proporción menor 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. Entre las mujeres unidas de la generación más reciente este porcentaje asciende a 9.8, mientras que para las de la generación previa es de 19.1 por ciento y para las de mayor edad es de entre nueve y diez por ciento. Sin embargo, esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Campeche, la proporción de mujeres que se embaraza de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia aumentó para las generaciones intermedias, pero esta tendencia se revirtió para la generación más reciente: 9.1 por ciento entre las mujeres de la cohorte 1953-1957 tuvo un embarazo premarital antes de los 25 años de edad, esta probabilidad aumentó a 18.4 por ciento en la generación 1963-1967 y descendió a 13.2 por ciento en la generación más reciente.

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



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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres de Campeche fue de 3.3, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Campeche, es mayor que la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad y mayor que el nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.5 hijos por mujer).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de casi cinco hijos(as), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, así como las mujeres de 20 a 24 años de edad, mostraron preferencias por familias más pequeñas (2.7 y 2.9 hijos(as), en cada caso). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon 4.7 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por menos de tres (2.7 en promedio), esto es dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres sin escolaridad presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que en los niveles de escolaridad mayores predominan mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Cuadro 1.
Campeche: 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	3.3	3.0
Grupo de edad		
15-19*	2.9	0.8
20-24	2.7	1.6
25-29	3.0	2.2
30-34	3.1	3.2
35-39	3.5	3.8
40-44	4.0	4.1
45-49	4.9	5.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.7	5.3
Primaria incompleta	3.9	3.8
Primaria completa	3.2	2.9
Secundaria y más	2.7	1.9
Lugar de residencia		
Rural	4.2	4.0
Urbano	3.0	2.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.3	4.1
No habla	3.1	2.8

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4.2 y 3, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena respecto a las que no lo hacen (4.3 y 3.1, respectivamente). Se observa en todos los casos que el número ideal de hijos e hijas es ligeramente mayor a la descendencia alcanzada.

Alrededor de cuatro de cada diez mujeres con dos, tres y cuatro hijos(as) declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, cuatro de cada diez mujeres con tres hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres con dos hijos(as) (55.8%) desea una descendencia más numerosa; en tanto que para más de la mitad de las mujeres con cinco o más descendientes el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (31.4% y 31.1%, respectivamente), mientras que sólo nueve mujeres de cada mil declararon que su ideal era no tener descendencia.

Cuadro 2.
Campeche: 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	2.8	31.4	31.1	18.2	15.5
0	0.0	10.3	51.3	24.5	9.8	4.2
1	0.9	3.5	52.8	35.6	5.1	2.0
2	1.1	2.0	41.1	38.5	13.3	4.0
3	0.0	3.5	12.4	44.5	28.7	10.9
4	2.0	0.8	28.1	8.6	38.6	21.8
5 y más	1.5	0.8	12.9	19.6	16.6	48.7

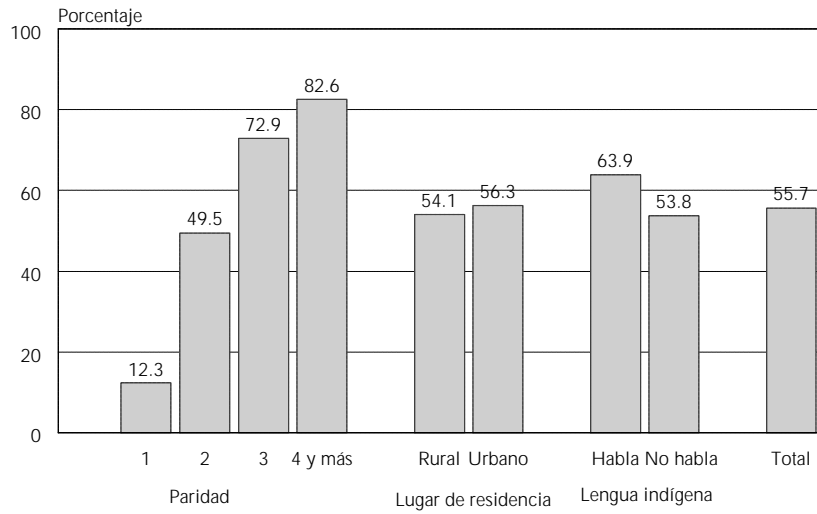
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Campeche, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (55.7%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación se presenta en una magnitud semejante tanto entre las mujeres que residen en el ámbito urbano (56.3%) como entre las que habitan en localidades rurales (54.1%). Por su parte, las mujeres que hablan alguna lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (63.9%), siendo este porcentaje mayor en 10.1 puntos porcentuales al de las mujeres que no hablan una lengua indígena.

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

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en el estado de Campeche en 1997 fue de 97.2 por ciento. La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma en la entidad que sólo se registran ligeras diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos. Los niveles más bajos de conocimiento lo registraron las mujeres que viven en el medio rural (91.8%), las mujeres sin escolaridad (92.4%), y las que hablan una lengua indígena (92.5%). También se observan menores niveles de conocimiento entre las adolescentes (93.7%) y las mujeres de paridad cero (94.5%) (véase cuadro 3).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Campeche continúa siendo el más popular: 94.7 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en impor-

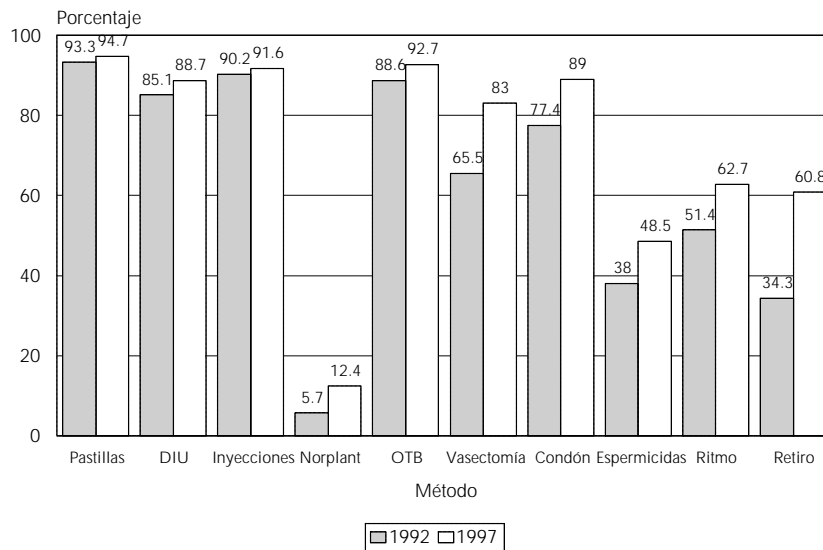
tancia la oclusión tubaria bilateral (OTB) (92.7%), las inyecciones (91.6%), los condones (89%) y el dispositivo intrauterino (DIU) (88.7%). Los métodos naturales (como ritmo y retiro), al igual que los espermicidas y el Norplant, son los que menos conocen las mujeres de Campeche (véase gráfica 11).

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

Características	1992	1997
Total	94.9	97.2
Grupo de edad		
15-19	89.4	93.7
20-24	97.4	96.5
25-29	97.3	99.4
30-34	98.4	98.5
35-39	96.4	99.7
40-44	93.6	97.4
45-49	89.9	96.7
Paridad		
0	91.1	94.5
1	96.6	98.2
2	99.1	98.6
3	98.4	99.8
4 y más	93.8	97.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	90.4	92.4
Primaria incompleta	92.9	94.1
Primaria completa	93.0	96.7
Secundaria y más	98.7	99.7
Lugar de residencia		
Rural	87.5	91.8
Urbano	97.6	99.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	92.5
No habla	n.d.	98.1

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

Gráfica 11.
Campeche: 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 laENADID, 1992 y 1997.

Entre 1992 y 1997, se registran ligeros incrementos en el conocimiento de los métodos modernos de uso femenino, en tanto que los métodos que experimentaron un mayor aumento en su difusión fueron: el retiro (de 34.3% a 60.8%), la vasectomía (de 65.5% a 83%), el ritmo (de 51.4% a 62.7%), el condón (de 77.4% a 89%) y los espermicidas (de 38% a 48.5%).

En el medio rural se observa un menor nivel de conocimiento de todos los métodos de planificación familiar. Los únicos tres métodos que más de ocho de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron las pastillas, la OTB y las inyecciones, para el resto de los métodos los porcentajes fueron relativamente bajos, llegando a ser menores a 50 por ciento en los métodos naturales y los espermicidas, y de 7.1 por ciento en el caso del Norplant (véase cuadro 4).

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	93.3	84.8	96.3	94.7	87.5	97.0
DIU	85.1	72.8	89.5	88.7	79.2	91.8
Inyecciones	90.2	81.7	93.2	91.6	82.8	94.4
Norplant	5.7	1.9	7.1	12.4	7.1	14.1
OTB	88.6	79.6	91.8	92.7	84.8	95.3
Vasectomía	65.5	43.4	73.4	83.0	66.4	88.4
Condomes	77.4	54.6	85.6	89.0	72.6	94.3
Espermicidas	38.0	22.1	43.7	48.5	31.6	54.0
Ritmo	51.4	35.6	57.1	62.7	44.4	68.7
Retiro	34.3	20.2	39.4	60.8	45.9	65.7

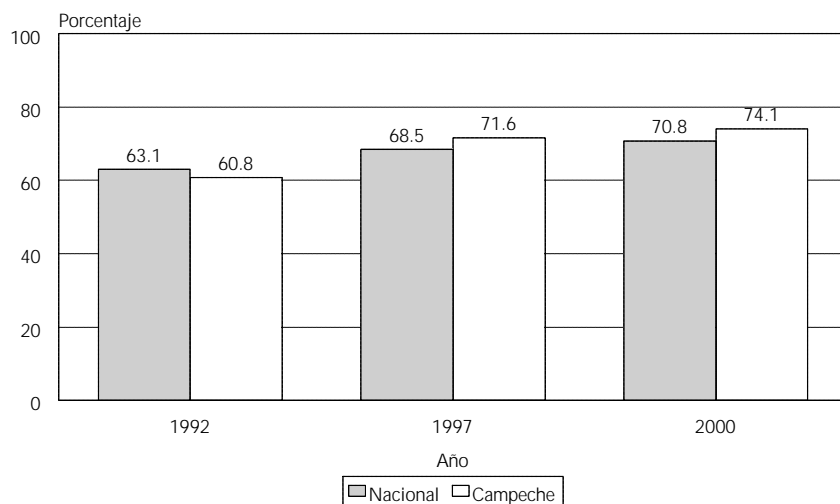
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

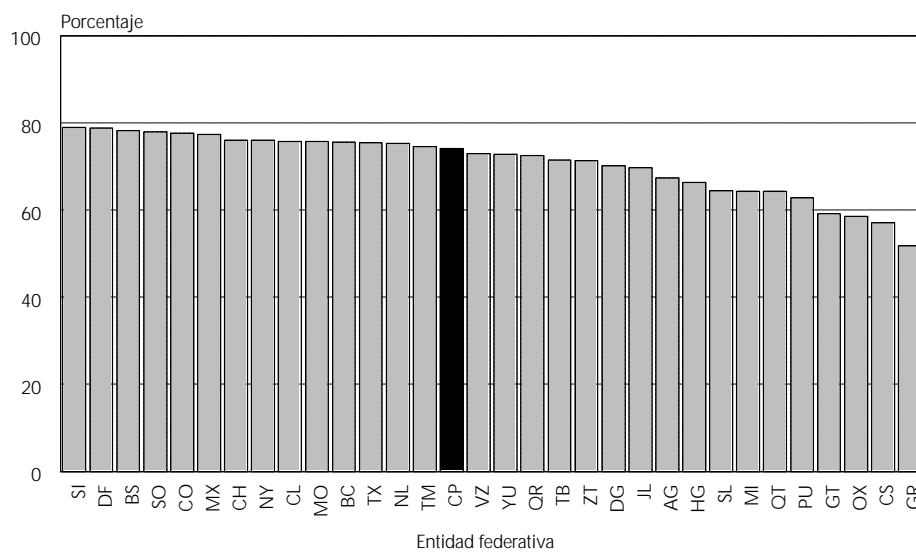
En el estado de Campeche el porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 60.8 por ciento, esta cifra ascendió a 71.6 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 74.1 por ciento, lo que ubica a la entidad dentro de los 20 estados que están por encima del promedio nacional (véase gráfica 13).

Gráfica 12.
Campeche: 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.

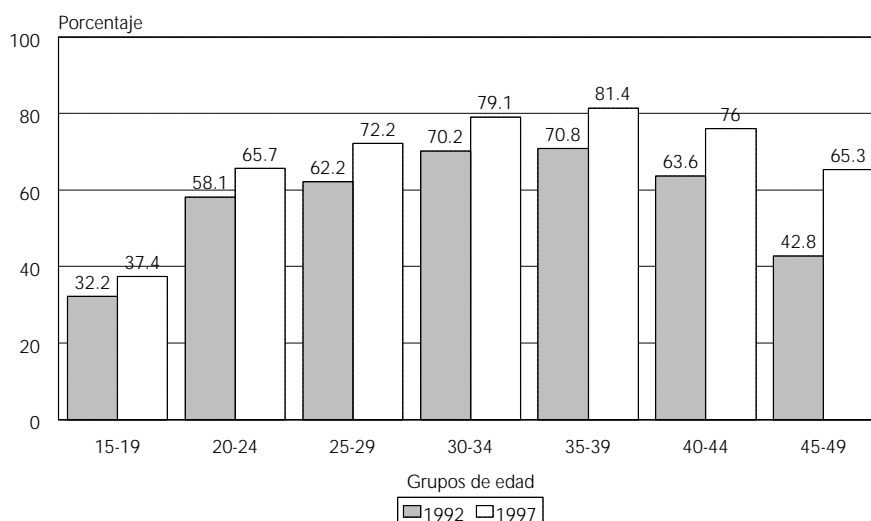
Gráfica 13.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usa métodos anticonceptivos por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Estos resultados sugieren avances en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Campeche y su desagregación según algunas variables sociodemográficas indica que en el quinquenio 1992-1997 éstos se registraron en todos los grupos de la entidad. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 39 años de edad; en esas edades alrededor de ocho de cada diez mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

Gráfica 14.
Campeche: 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.

Un aspecto que llama la atención en el estado de Campeche es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva. Una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos, y poco menos de cuatro de cada diez mujeres menores de 20 años de edad.

El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres que hablan lengua indígena (57%), entre las mujeres sin escolaridad (61.4%) y entre las que residían en localidades rurales (60.6%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

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

Características	1992	1997
Total	60.8	71.6
Grupo de edad		
15-19	32.2	37.4*
20-24	58.1	65.7
25-29	62.2	72.2
30-34	70.2	79.1
35-39	70.8	81.4
40-44	63.6	76.0
45-49	42.8	65.3
Paridad		
0	14.3*	25.5
1	53.7	58.9
2	64.4	78.9
3	73.9	83.3
4 y más	61.2	77.1
Escolaridad		
Sin escolaridad	45.6	61.4
Primaria incompleta	55.7	68.9
Primaria completa	62.5	71.6
Secundaria y más	72.4	76.6
Lugar de residencia		
Rural	44.6	60.6
Urbano	67.3	75.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	57.0
No habla	n.d.	75.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

En Campeche, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos ha seguido una tendencia distinta a la que se observa en el ámbito nacional. En 1992, el método más usado era la OTB, el cual concentraba a la mitad de las usuarias, le seguían las pastillas (22.9%) y en tercer lugar los métodos naturales (9.6%). Cinco años después esta distribución había cambiado, debido al incremento en el uso del DIU, el cual se convirtió en el tercer método más usado (10.3%) en 1997. El porcentaje de usuarias de la OTB fue de 52.9 por ciento, mientras que el porcentaje de usuarias de métodos naturales se ubicó en 16.2 por ciento; le seguían en importancia el uso de las pastillas (9.9%) y de las inyecciones (7.1%) (véase cuadro 6).

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

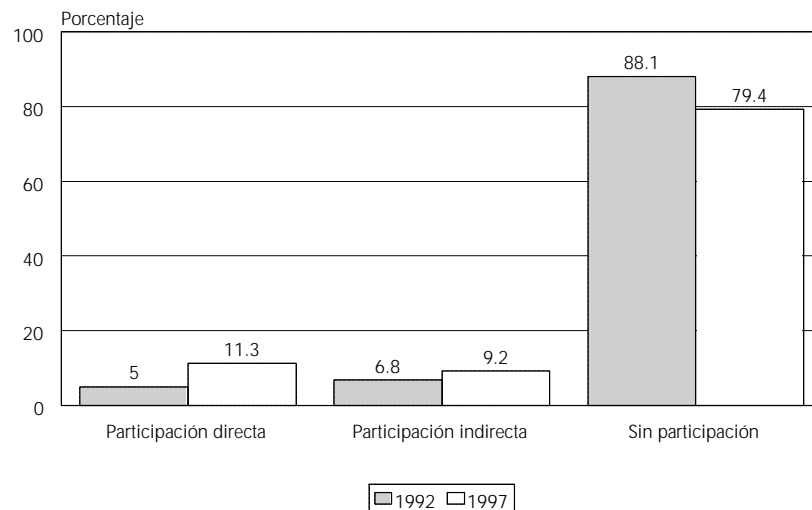
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	22.9	25.7	22.1	9.9	14.0	8.7
DIU	7.0	6.2	7.2	10.3	9.7	10.4
Inyecciones	8.3	7.9	8.4	7.1	11.2	5.9
Locales	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0
Condones	1.1	0.6	1.3	2.9	2.7	2.9
OTB	50.3	49.6	50.5	52.9	41.9	56.0
Vasectomía	0.5	0.0	0.6	0.8	0.0	1.0
Naturales	9.6	10.0	9.5	16.2	20.7	15.0

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

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era ligeramente mayor en la zona urbana que en la rural (85% y 79.3%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento en la participación de los naturales (de 10% a 20.7%), y una reducción en la participación de la pastilla (25.7% a 14%) y de la OTB (de 49.6 a 41.9%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento de la OTB (de 50.5% a 56%) y de los naturales (de 9.5% a 15%), y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla para regular su fecundidad (de 22.1% a 8.7%).

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 0.8 y 2.9 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Campeche. 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 dos de cada diez 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 11.3 por ciento de las usuarias y en el segundo 9.2 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa e indirecta del varón aumentó considerablemente entre 1992 y 1997, debido a que prácticamente se duplicó el uso de la vasectomía, los condones y los métodos naturales.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y ritmo.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

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

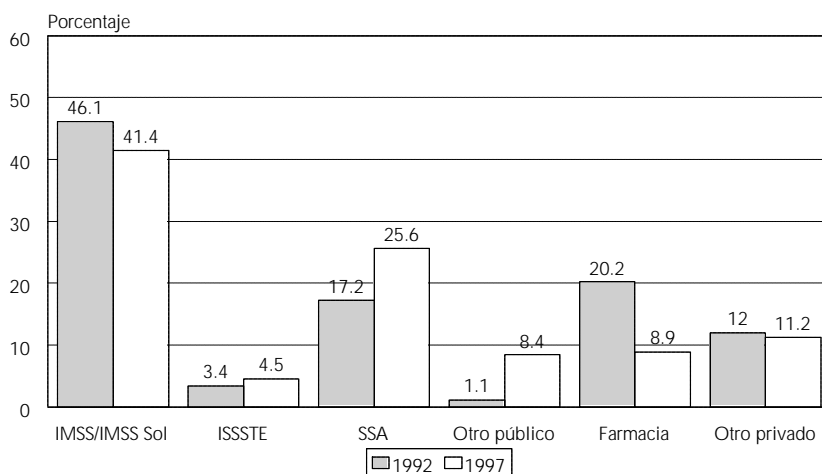
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Campeche ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 67.8 por ciento en 1992 a 79.9 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 32.2 a 20.1 por ciento entre esos años.

Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS, que atendió a 41.4 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en 1997, y la SSA, que atendió a una de cada cuatro. Entre 1992 y 1997, la SSA aumentó su participación como fuente de obtención de métodos anticonceptivos, en tanto que el peso relativo de las farmacias disminuyó a menos de la mitad (véase gráfica 16).

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



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

En el área rural la SSA fue la principal fuente de obtención de anticonceptivos en 1997, ya que el IMSS perdió importancia relativa en este ámbito. En las localidades urbanas, el IMSS fue la principal fuente de obtención, tanto en 1992 como en 1997, y las farmacias redujeron su participación entre esos años; sin embargo, el sector privado en conjunto continuó ocupando el segundo lugar en cuanto a provisión de métodos: el IMSS atendió en 1997 a 45 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos, el sector privado a 21.8 por ciento, y la SSA a 19.6 por ciento (véase cuadro 7).

Cuadro 7.
Campeche: 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	46.1	44.6	46.5	41.4	27.5	45.0
ISSSTE	3.4	1.0	4.0	4.5	0.8	5.5
SSA	17.2	34.9	12.8	25.6	48.4	19.6
Otro público	1.1	0.0	1.4	8.4	10.1	8.0
Farmacia	20.2	12.0	22.3	8.9	4.8	9.9
Otro	12.0	7.6	13.1	11.2	8.5	11.9

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

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

Cuadro 8.
Campeche: 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	79.9	20.1
Pastillas	69.2	30.8
DIU	85.1	14.9
Inyecciones*	50.7	49.3
Condomes	-	-
OTB	86.2	13.8

* 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 llevaron a cabo importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar, para ayudar 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. En México, en 1997, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que usaba métodos de planificación familiar inició su utilización en el periodo posparto.⁶

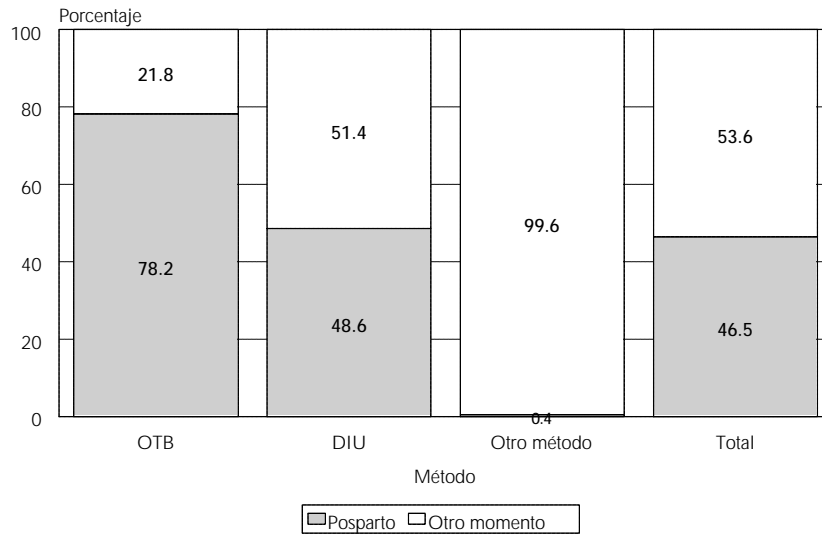
La importancia de estos programas en Campeche se manifiesta en el hecho de que 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, poco menos de ocho de cada diez usuarias de la OTB y poco menos de la mitad de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese momento (78.2% y 48.6%, respectivamente).

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

En Campeche, nueve 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 ocho de cada diez reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

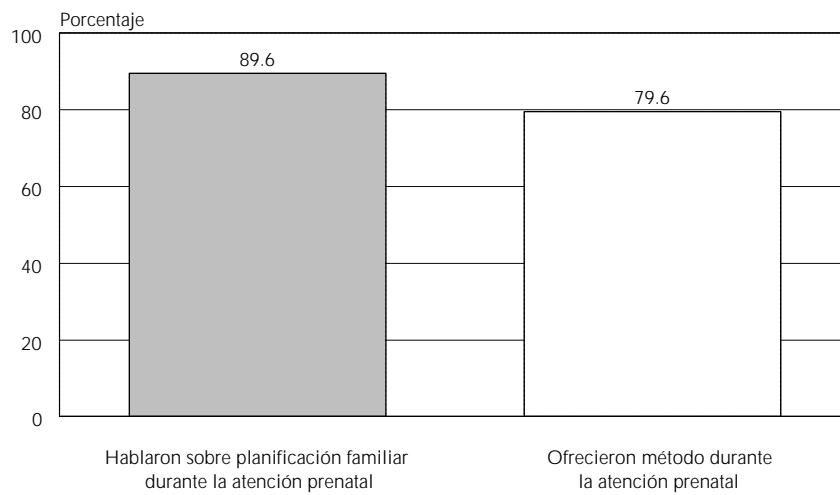
⁶ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

Gráfica 17.
Campeche: 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.
Campeche: 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.

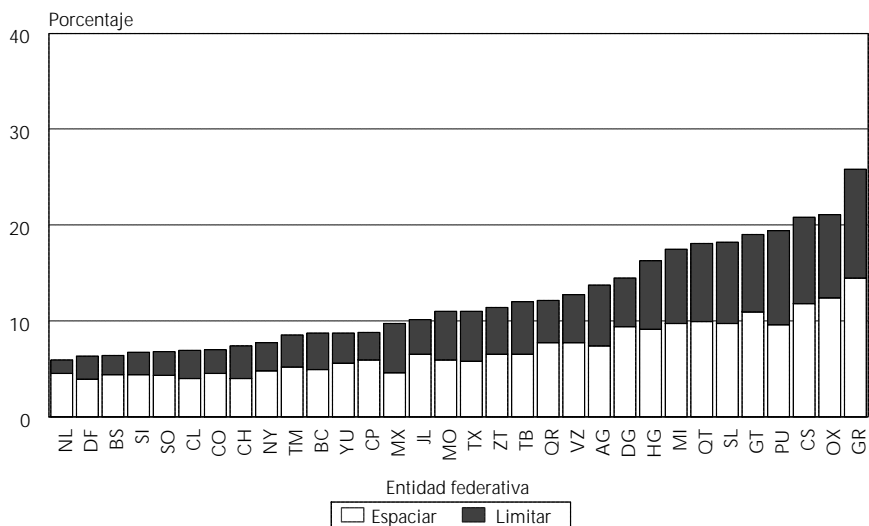
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Campeche, para el año de 1997, fue del orden de 8.8 por ciento, por lo que se situó entre las 14 entidades mejor situadas en este renglón (véase gráfica 19).

El comportamiento de la demanda insatisfecha por grupos de edad da cuenta de que en Campeche las mujeres jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 28 y 15.2 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (2.5% para el grupo 45-49). Con respecto a la paridad, los mayores niveles de demanda insatisfecha se encontraban con un hijo(a) (13.8%), en tanto que seis por ciento de las mujeres con paridad tres se encontraba en esa situación (véase cuadro 9).

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.

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

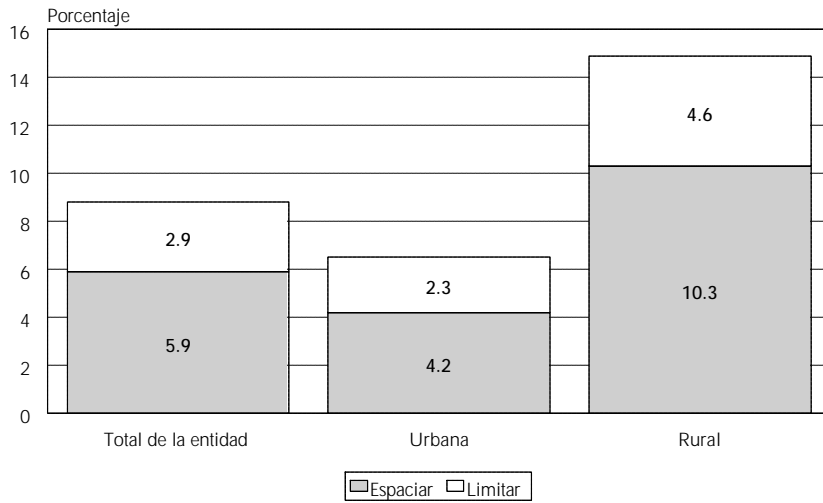
	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin	Falla del	
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
Total	71.6	25.4	46.2	8.8	5.9	2.9	9.0	8.6	1.9
Edad quinquenal									
15-19*	37.4	34.8	2.7	28.0	25.5	2.4	26.8	0.0	7.8
20-24	65.7	51.0	14.7	15.2	12.8	2.5	16.3	1.3	1.5
25-29	72.2	38.3	33.9	10.2	7.0	3.2	12.3	1.5	3.8
30-34	79.1	21.6	57.6	7.1	2.7	4.4	6.0	6.0	1.8
35-39	81.4	9.6	71.8	2.6	0.7	2.0	3.9	11.4	0.6
40-44	76.0	5.3	70.8	3.8	1.0	2.8	2.7	17.1	0.4
45-49	65.3	3.0	62.2	2.5	0.0	2.5	0.0	32.2	0.0
Paridad									
0	25.5	25.5	0.0	9.0	9.0	0.0	50.2	8.7	6.6
1	58.9	56.2	2.7	13.8	13.2	0.7	17.3	8.3	1.7
2	78.9	37.1	41.8	8.9	6.4	2.5	5.1	6.4	0.7
3	83.3	11.3	72.0	6.1	3.2	2.9	1.4	7.7	1.5
4 y más	77.1	8.3	68.8	7.8	2.5	5.3	1.9	11.1	2.0
Escolaridad									
Sin escolaridad	61.4	13.4	48.0	13.4	5.4	8.0	3.8	19.1	2.4
Primaria incompleta	68.9	16.9	51.9	10.6	7.1	3.5	6.7	11.1	2.7
Primaria completa	71.6	24.1	47.5	9.4	7.4	1.9	10.8	6.2	2.0
Secundaria y más	76.6	35.2	41.3	6.0	4.4	1.5	11.1	5.2	1.2
Lugar de residencia									
Urbano	75.8	25.2	50.6	6.5	4.2	2.3	8.2	7.7	1.8
Rural	60.6	26.0	34.7	15.0	10.3	4.6	11.2	11.0	2.2
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	57.0	18.3	38.7	19.5	11.3	8.3	6.8	15.8	0.8
No habla	75.0	27.0	48.0	6.4	4.7	1.7	9.5	7.0	2.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

El rezago social condiciona fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. Las mayores brechas entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad se presentaron entre las mujeres que hablan lengua indígena (19.5%), entre las mujeres con bajos niveles de escolaridad (13.4% para las que no asistieron a la escuela), así como entre las que residían en localidades rurales (15%) (véase gráfica 20).

Gráfica 20.
Campeche: 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 muerte de las mujeres en edad fértil. En México la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública por las implicaciones que tiene en la vida de las mujeres y sus familias, por su importancia numérica y porque la mayoría de ellas podrían evitarse mediante medidas que, por lo común, son sencillas y de bajo costo. Los niveles de mortalidad materna son una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población. Las mujeres más expuestas a morir por causas relacionadas o agravadas por un embarazo son las que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y en un limitado acceso a los servicios de salud.

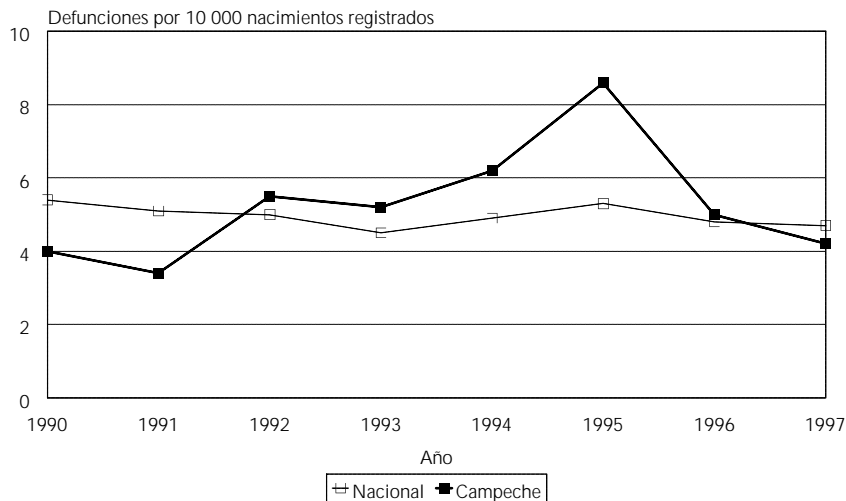
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. Se estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacidos vivos, lo que equivale poco más de mil muertes por año.

En Campeche, la tasa de mortalidad materna pasó de cuatro defunciones por diez mil nacimientos en 1990 a 8.6 en 1995, y a partir de este año inició un descenso de tal magnitud que la tasa se redujo a 4.2 por diez mil en 1997, cifra ligeramente menor a la registrada para el país en su conjunto (véase gráfica 21).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Campeche 22 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 33 en el periodo 1995-1997.⁷ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad, en especial entre las mujeres de 20 a 24 años (véase gráfica 22). Tres de cada cuatro mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, poco menos de una de cada siete tenía 35 años o más y una de cada once tenía menos de 20 años de edad.

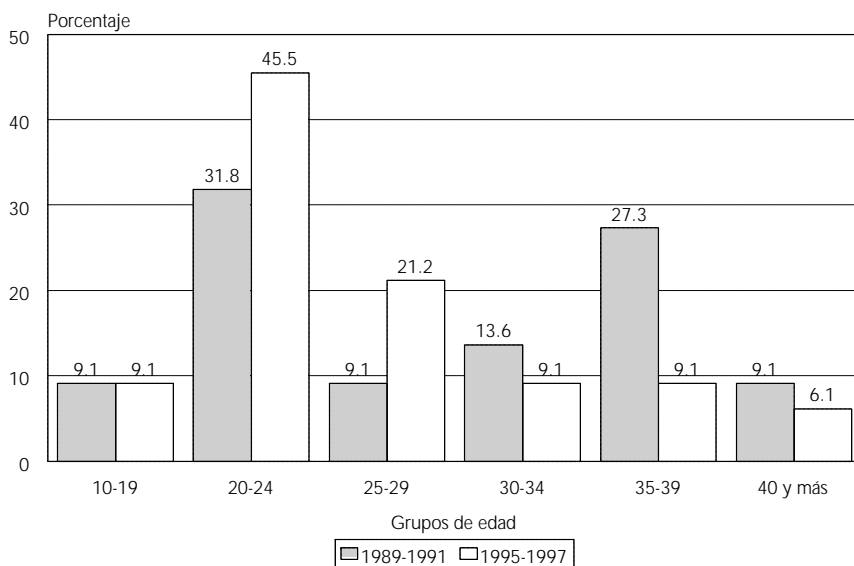
⁷ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



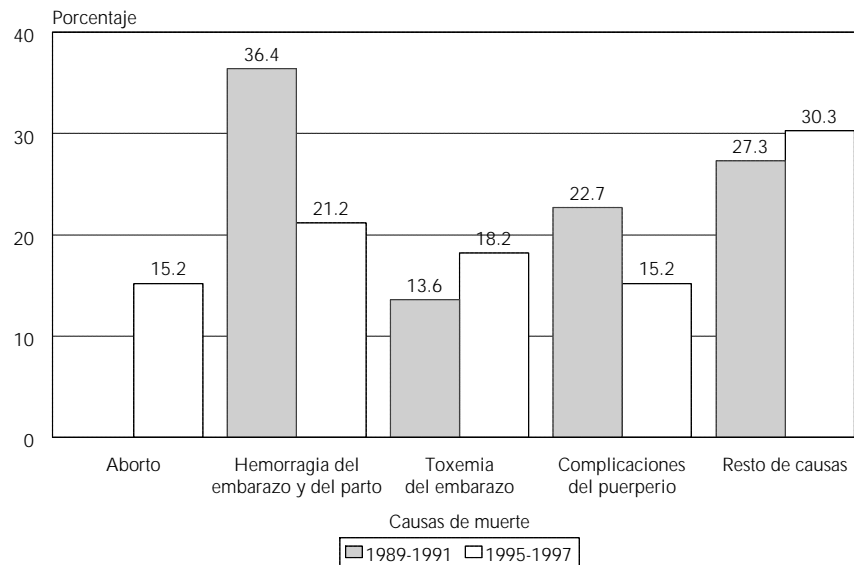
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

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

En Campeche, las hemorragias del embarazo y del parto fueron la principal causa de muerte materna, aunque su importancia relativa ha disminuido en los años noventa, al pasar de una de cada tres en el periodo 1989-1991 a una de cada cinco en el periodo de 1995-1997 (véase gráfica 23). La toxemia del embarazo fue la segunda causa más importante en el último periodo de referencia y su peso relativo aumentó de una de cada siete a casi dos de cada diez. Las complicaciones del puerperio y el aborto fueron la tercera causa de muerte materna en el periodo 1995-1997, ya que ocasionaron, cada una de ellas, poco más de una de cada siete muertes.

Gráfica 23.
Campeche: 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 socio-demográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 230 mil

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

En Campeche, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha aumentado en los últimos años. En 1992, 16.8 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 ascendió a casi una de cada cinco (19.7%).

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal⁸ como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia este tipo de atención, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Campeche, 94.2 por ciento de las mujeres que tuvieron a su último y penúltimo hijo durante el periodo 1994-1997 recibió algún tipo de atención prenatal. Sin embargo, esta entidad registra el noveno porcentaje más bajo de mujeres que recibieron atención por parte de un médico (81.6%) y el quinto más alto de mujeres que acudieron con una partera (11.3%) (véase cuadro 10).

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

Cuadro 10.
Campeche: distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos nacidos vivos por agente que revisó
a la madre durante el embarazo, según características seleccionadas, 1994-1997

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	81.6	1.2	11.3	5.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	83.1	3.3	8.2	5.4
20-34	81.3	0.8	11.9	6.0
35-49	80.8	0.0	13.7	5.5
Orden de nacimiento				
1	89.0	1.9	5.4	3.7
2	87.1	1.2	6.9	4.8
3	84.2	1.2	11.6	3.0
4 o más	66.9	0.7	22.0	10.4
Escolaridad				
Sin escolaridad	44.6	3.9	37.9	13.7
Primaria incompleta	72.5	1.5	16.4	9.6
Primaria completa	78.3	1.6	13.9	6.2
Secundaria y más	95.4	0.4	2.1	2.2
Lugar de residencia				
Urbano	91.9	0.6	3.7	3.8
Rural	62.9	2.4	25.2	9.6
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	65.7	1.9	26.3	6.2
No habla	85.5	1.0	7.7	5.8

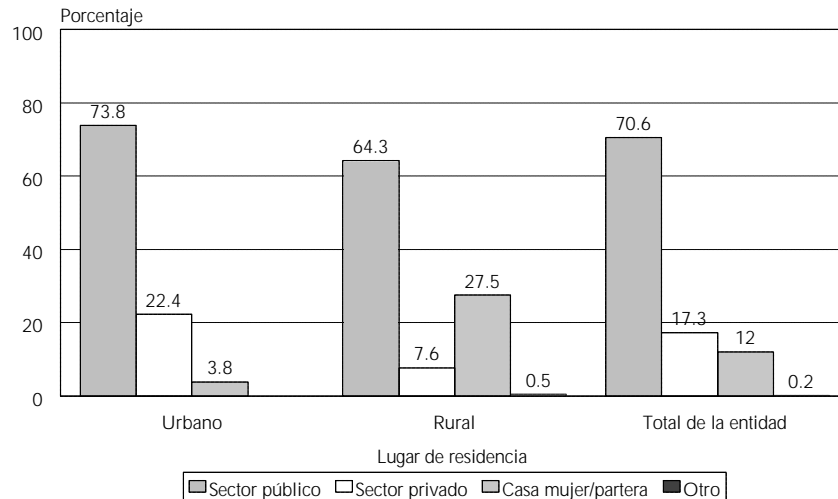
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquellas que hablan lengua indígena (6.2%), las mujeres sin escolaridad (13.7%), las que tienen cuatro hijos(as) o más (10.4%) y las mujeres que viven en el medio rural (9.6%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (95.4%), en las que viven en localidades urbanas (91.9%), entre las primíparas (89%) y entre las mujeres que no hablan una lengua indígena (85.5%). La escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a siete de cada diez mujeres embarazadas que solicitaron esta atención; el sector privado atendió a 17.3 por ciento de la demanda, y poco menos de una de cada ocho mujeres recibió la atención en casa de la partera o en su domicilio. El mayor porcentaje de usuarias de los servicios del sector público se localizó en las zonas urbanas (73.8%).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Campeche, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 74.2 por ciento; 21.5 por ciento inició en el segundo trimestre; y 4.4 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que cerca de siete

de cada diez mujeres con primaria completa o menos iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a 78.5 por ciento en aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue significativamente mayor entre las residentes de las zonas urbanas (77.5%) y entre las mujeres que no hablan lengua indígena (76.4%). En contraste, las mujeres que inician más tardíamente son las que hablan una lengua indígena, las que residen en el medio rural y las adolescentes.

Cuadro 11.
Campeche: 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	74.2	21.5	4.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	63.1	30.5	6.5
20-34	77.4	18.9	3.7
35-49	71.0	23.6	5.4
Escolaridad			
Sin escolaridad*	65.8	30.1	4.2
Primaria incompleta	70.1	25.6	4.3
Primaria completa	72.1	20.8	7.1
Secundaria y más	78.5	18.4	3.1
Lugar de residencia			
Urbano	77.5	18.5	4.0
Rural	67.8	27.1	5.1
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	65.1	31.0	3.9
No habla	76.4	19.1	4.5

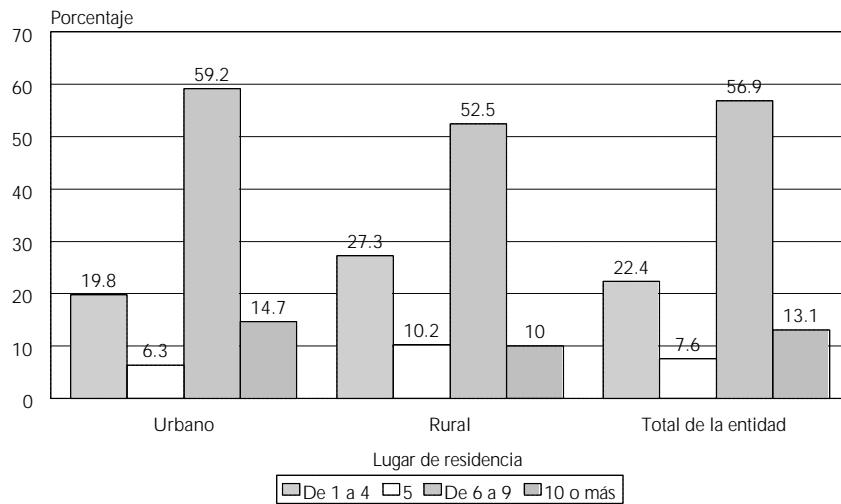
* Menos de 100 casos en muestra.

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 Campeche, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, siete consultas (7.3 en las áreas urbanas y 6.5 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que 22.4 por ciento de las mujeres de Campeche recibieron cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 27.3 por ciento entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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



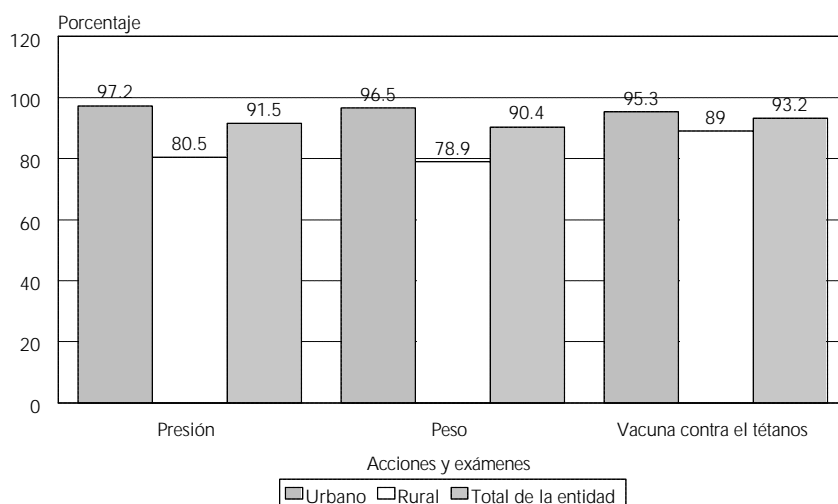
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 91.5 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial, a 90.4 por ciento se le pesó, y a 93.2 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores que presenta el estado de Campeche están ligeramente por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

El porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mucho mayor en el ámbito urbano que en el rural con diferencias de entre seis y dieciséis puntos porcentuales respecto a las mujeres que residen en localidades rurales. En el caso de la toma de presión arterial y del peso, a ocho de cada diez mujeres de las localidades rurales se les tomaron estas medidas, mientras que a cerca de nueve de cada diez mujeres rurales se les aplicó la vacuna antitetánica (véase gráfica 26).

Gráfica 26.

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



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. El estado de Campeche ha quedado ligeramente rezagado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, 72.8 por ciento de los alumbramientos fue atendido por un médico y una cuarta parte de los partos (23.1%) fue atendido por la partera.

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto entre las mujeres menos escolarizadas, (62.2% de las mujeres sin escolaridad y 43.1% con primaria incompleta), las que residen en localidades rurales (51.6%), las que hablan una lengua indígena (51.2%) y las que tienen cuatro o más hijos(as) (41.3%) (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Campeche: 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	72.8	1.1	23.1	3.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	70.6	2.8	23.8	2.8
20-34	74.6	0.8	21.8	2.8
35-49	60.8	0.0	33.7	5.5
Orden de nacimiento				
1	82.9	2.6	11.8	2.7
2	80.9	1.3	17.1	0.7
3	74.8	0.0	21.6	3.7
4 o más	52.8	0.4	41.3	5.5
Escolaridad				
Sin escolaridad*	26.6	0.0	62.2	11.2
Primaria incompleta	52.4	0.9	43.1	3.6
Primaria completa	72.3	1.6	23.7	2.4
Secundaria y más	93.1	1.2	4.2	1.6
Lugar de residencia				
Urbano	89.0	0.9	7.4	2.7
Rural	43.2	1.6	51.6	3.6
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	44.7	1.7	51.2	2.5
No habla	79.6	1.0	16.2	3.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 74.2 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: tres de cada diez fueron atendidos en el IMSS (31.5%), uno de cada cuatro fue atendido en la casa de la mujer o de la partera (24.8%), y uno de cada cinco en la SSA (22.2%) (véase cuadro 13).

Cuadro 13.
Campeche: 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	31.5	3.1	22.2	8.1	9.3	24.8	1.0
Escolaridad							
Sin escolaridad*	2.3	0.0	20.0	5.3	0.0	68.0	4.3
Primaria incompleta	15.6	0.3	24.6	7.4	5.6	45.3	1.2
Primaria completa	35.5	2.4	24.3	4.0	7.4	25.5	0.9
Secundaria y más	43.5	5.5	20.3	11.1	13.9	5.3	0.4
Lugar de residencia							
Urbano	41.2	4.6	25.8	8.0	11.1	8.9	0.5
Rural	14.1	0.2	15.7	8.2	6.0	53.7	2.1
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	24.2	0.8	14.9	1.5	4.5	52.7	1.3
No habla	33.3	3.6	24.0	9.7	10.4	17.9	1.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores a los servicios del IMSS e IMSS/Solidaridad (43.5%), que las mujeres con niveles de escolaridad menores. En estas últimas, después de la atención en casa de la partera o de la mujer, los servicios de la SSA fueron los más utilizados.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y la SSA (41.2% y 25.8%, respectivamente). En el ámbito rural, la mitad de los partos fueron atendidos en casa (53.7%), siguiendo en orden de importancia la Secretaría de Salud y el IMSS, en las que se atendieron alrededor de uno de cada siete partos (15.7% y 14.1%, respectivamente).

Tipo de parto

En Campeche, durante el periodo 1994-1997, uno de cada cuatro alumbramientos (23.2%) se resolvió mediante la operación cesárea, valor ligeramente menor al registrado en el país en su conjunto (26.5%) (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el IMSS e IMSS/Solidaridad, 28 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea, en la SSA esta cifra ascendió a 20.2 por ciento y en las otras instituciones públicas, así como en el sector privado, fue de alrededor de la mitad de los partos. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los nacimientos.

Cuadro 14.
Campeche: 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	76.8	23.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	85.5	14.5
20-34	74.4	25.6
35-49	78.4	21.6
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	72.0	28.0
SSA	79.8	20.2
Otras públicas*	53.3	46.7
Sector privado*	48.9	51.1
Lugar de residencia		
Urbano	70.7	29.3
Rural	87.9	12.1

* Menos de 100 casos en muestra.

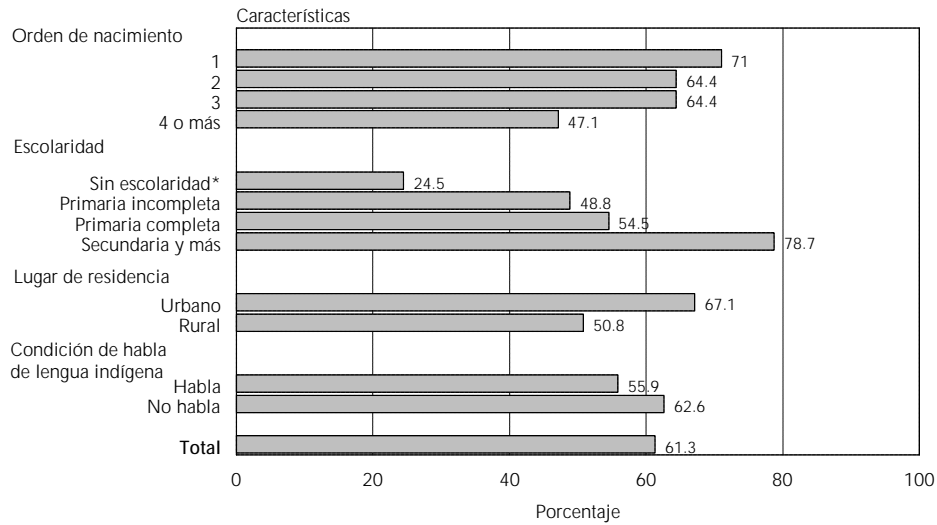
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una importante oportunidad para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición infantil, así como la planificación familiar. La vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, ya que sólo 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron sus hijos e hijas entre 1994 y 1997 de todo el país recibió este tipo de atención.

En el estado de Campeche, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (61.3%) fue ligeramente mayor que el promedio nacional. Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a esta revisión fueron las de paridades altas (47.1% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 71% de las primíparas), las mujeres sin escolaridad (24.5% a diferencia de 78.7% de las mujeres con secundaria y más), las que viven en localidades rurales (50.8% contra 67.1% de las mujeres urbanas). Las diferencias no son tan acentuadas entre las mujeres que hablan una lengua indígena y las que no lo hacen (véase gráfica 27).

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



* Menos de 100 casos en muestra.

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

6 Lactancia materna

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

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

Campeche se encuentra entre las 17 entidades del país con el mayor porcentaje de mujeres que practican la lactancia —90.8 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997— y en los que esta práctica presenta la duración mediana más larga (12.2 meses) de todo el país. Estos resultados indican una incidencia 6 por ciento más baja y una duración mediana 34 por ciento menor que 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 práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). En el medio rural, 92.1 por ciento de los niños y las niñas fue amamantado y la mitad ya había sido destetada a los 14.8 meses, mientras que 90.1 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 8.5 meses (véase cuadro 16). Un elevado porcentaje de los hijos e hijas de mujeres que hablan alguna lengua indígena recibió leche materna (97.2%), lo que muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada entre la población indígena.

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

Total		90.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	88.9
	20-34	91.1
	35-49	91.9
Escolaridad		
	Sin escolaridad*	84.2
	Primaria incompleta	91.0
	Primaria completa	90.1
	Secundaria y más	92.1
Lugar de atención del parto		
	Sector público	92.7
	Sector privado*	88.9
	Casa	87.8
Lugar de residencia		
	Urbano	90.1
	Rural	92.1
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	97.2
	No habla	89.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	5.1	4.1	8.8
Mediana	12.2	8.5	14.8
Tercer cuartil	24.1	18.7	24.9

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

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

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Campeche, 72.4 por ciento de los niños(as) fue ablactado antes de los cuatro meses, 21.7 por ciento se llevó a cabo durante el periodo recomendado por la norma de salud y 2.4 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de apenas 2.2 meses, es decir, casi un mes menos prolongada que la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente en las zonas urbanas (76.7%), entre los hijos(as) de mujeres con primaria completa o más (77.2% para primaria completa y 76% para secundaria y más). En tanto que la ablactación tardía se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres que hablan alguna lengua indígena (6.9%), en el medio rural (6.1%) y entre los de mujeres sin escolaridad (5.6%) (véase cuadro 17).

Cuadro 17.
Campeche: 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	47.7	24.7	21.7	2.4	3.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	43.2	19.9	31.4	4.5	1.1
20-34	48.2	26.1	19.7	1.9	4.1
35-49	54.0	23.1	17.8	1.5	3.6
Escolaridad					
Sin escolaridad*	43.0	16.5	27.5	5.6	7.5
Primaria incompleta	37.4	28.0	27.1	4.5	2.9
Primaria completa	49.7	27.5	17.7	2.9	2.2
Secundaria y más	53.0	23.0	19.9	0.2	3.9
Lugar de residencia					
Urbano	50.8	25.9	20.1	0.2	2.9
Rural	42.2	22.6	24.4	6.1	4.6
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	33.0	26.7	30.4	6.9	3.1
No habla	51.6	24.2	19.4	1.2	3.6

* Menos de 100 casos en muestra.

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

7 Mortalidad infantil

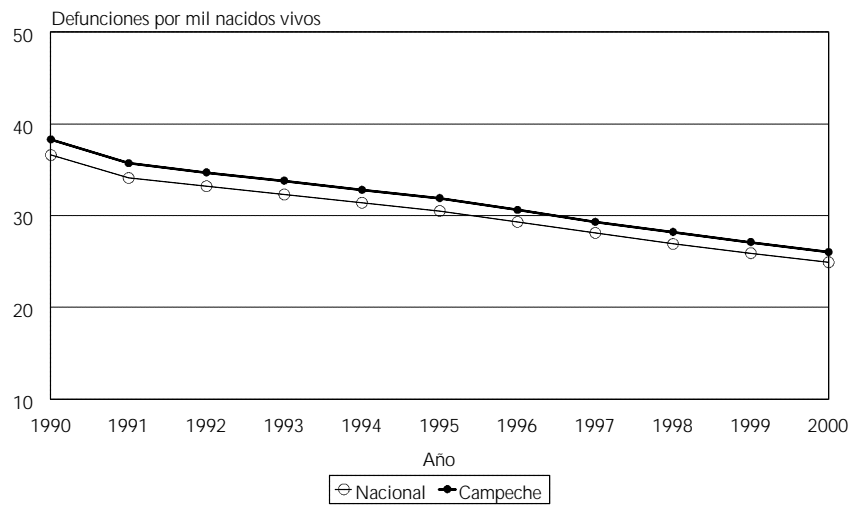
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 37. Seis décadas más tarde, en 1990, la esperanza de vida al nacimiento casi se duplicó, al situarse en 68.8 y 74 años, respectivamente. Para el 2000, se estima que los hombres viven en promedio 73.1 y las mujeres 77.6 años.

La disminución del riesgo de fallecer en la infancia ha contribuido de manera significativa a propiciar estos cambios. De hecho, las mayores ganancias en la esperanza de vida se han concentrado entre los menores de un año de edad. En 1990, 36.6 de cada mil recién nacidos fallecía antes de su primer aniversario y para el 2000 esta proporción se estima en 24.9 por mil. Sin embargo, todavía persisten marcadas diferencias en el territorio nacional y una proporción importante de las defunciones infantiles se considera evitable.

En el estado de Campeche, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 38.3 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 26 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32.1 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Campeche es 31.3 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país, lo que sitúa a Campeche entre las 14 entidades con una mortalidad infantil mayor que la observada para el conjunto del país (véase gráfica 29).

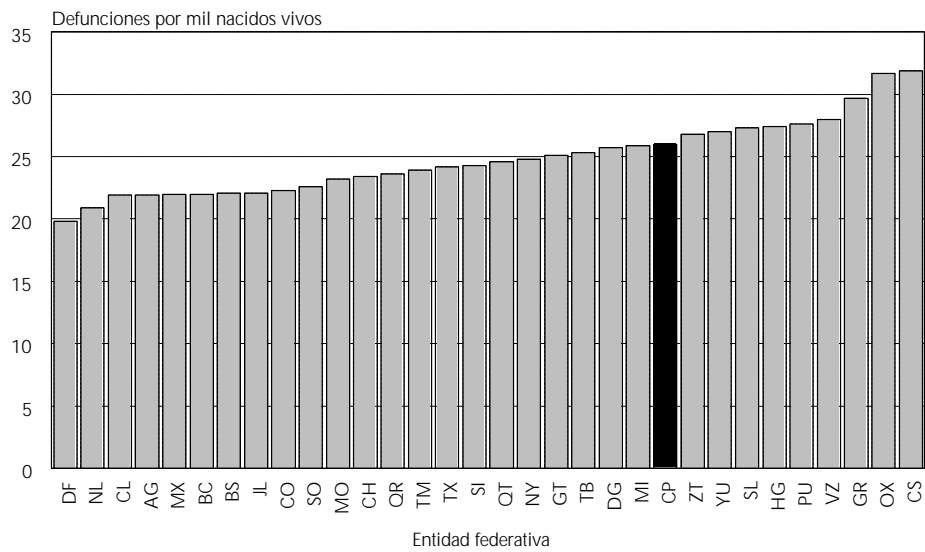
En Campeche, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una importante reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas tuvo un aumento 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 Campeche existe un subregistro muy importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

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



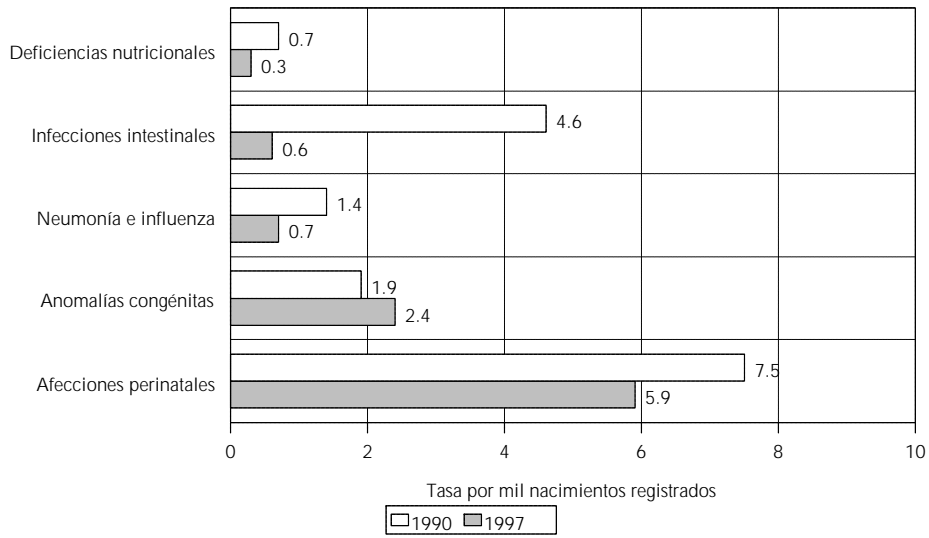
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

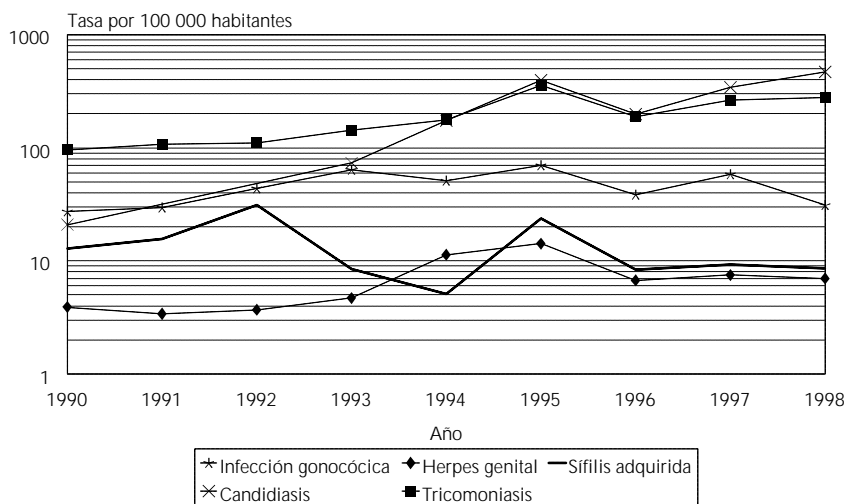
Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema endémico en nuestro país que requiere atención prioritaria debido a una multiplicidad de factores: éstas tienen una frecuencia elevada; su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia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

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

De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil. Las ETS de nueva generación son susceptibles de ser adecuadamente tratadas 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 Campeche, las principales ETS registraron un aumento importante en su grado de incidencia, y en 1998 alcanzaron niveles que casi duplicaban a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 467.2 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 278.8 casos por 100 mil habitantes, esto es, el quinto nivel más alto en toda la República en ambos casos. En el estado, las ETS clásicas presentan altibajos importantes en el periodo de observación con niveles más altos que los registrados para el país. En el caso de la gonorrea, la tasa de incidencia fue de 27.2 en 1990, ascendió a 69.9 en 1995 y luego descendió a 31 casos por 100 mil habitantes en 1998; en el caso del herpes genital, la tasa de incidencia pasó de 3.9 casos en 1990 a 14.2 en 1995, y se redujo a siete casos por 100 mil habitantes en 1998; y la incidencia de la sífilis adquirida pasó de 12.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 23.6 en 1995, y en 1998 fue de 8.6 casos por 100 mil habitantes (véase gráfica 31).

Gráfica 31.
Campeche: 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.

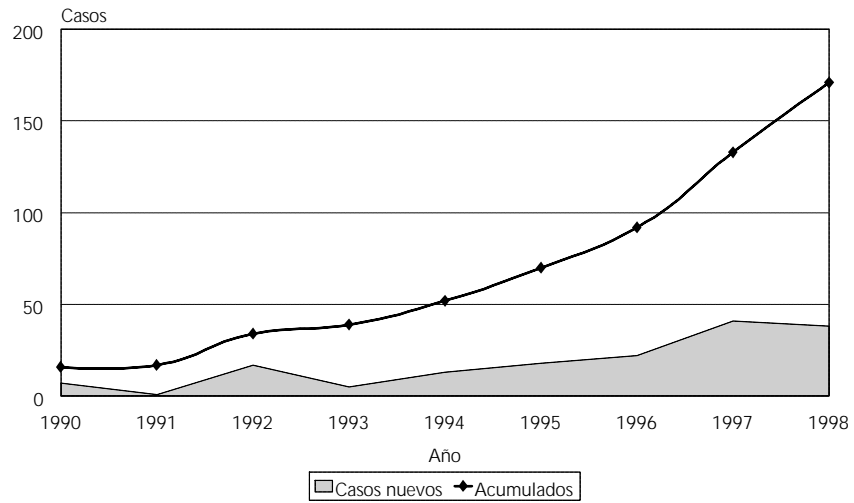
VIH/SIDA

El SIDA se ha convertido en un problema 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 número de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con el que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, notificados entre 1983 y 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.

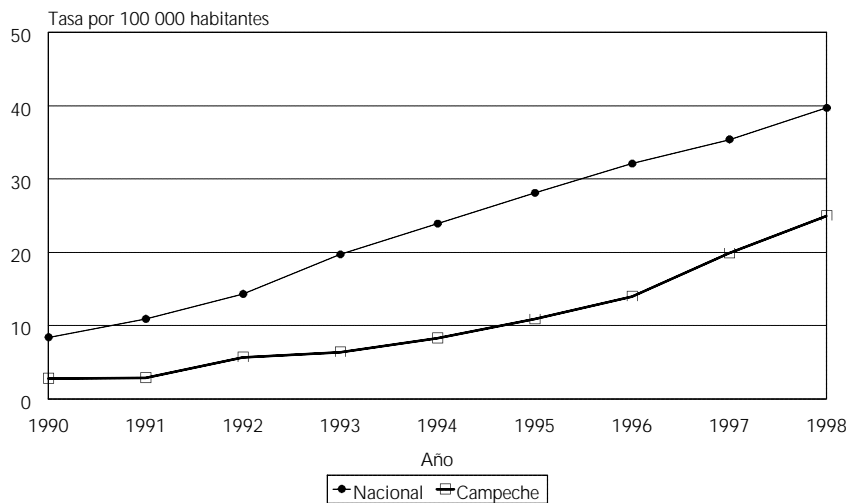
En Campeche, hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 171 casos de SIDA en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 2.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 25 en 1998, presentando niveles considerablemente menores a los del país en su conjunto (véanse gráficas 32 y 33).

Gráfica 32.
Campeche: 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.
Campeche: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990-1998



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

La proporción de casos cuya categoría de transmisión 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 Campeche fue 16.8 por ciento mayor de lo acumulado para el país (34.5% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	171	100.0
Vía sexual	98	87.5
Homosexual	34	30.4
Bisexual	24	21.4
Heterosexual	40	35.7
Vía sanguínea	10	8.9
Transfusión	9	8.0
Hemofílico	0	0.0
Usuario de drogas intravenosas	1	0.9
Donador remunerado	0	0.0
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	1	0.9
Perinatal	3	2.7
Subtotal	112	100.0
No documentado	59	34.5

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

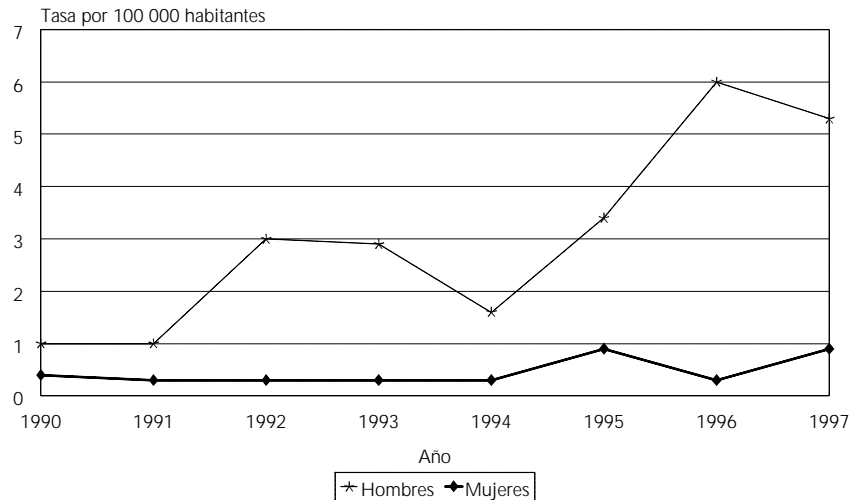
En México, la transmisión sexual es la principal vía de contagio del VIH. La amplia difusión de las formas de contagio de la enfermedad, aunada al fortalecimiento de las medidas de examen y manejo de productos sanguíneos, ha disminuido la transmisión asociada a transfusiones sanguíneas. Por otro lado,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

En Campeche, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (87.5%), poco menos de uno de cada once fue contagiado por vía sanguínea y 2.7 por ciento fue infectado por la vía perinatal. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de cinco, es decir, había una mujer infectada por cada cinco hombres, lo cual es congruente con el predominio de contagio heterosexual en la entidad (35.7%).

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 91 muertes en el estado de Campeche,⁹ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.7 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 3.1 en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el décimo séptimo lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general en la entidad.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de una defunción por 100 mil habitantes en 1990 a 5.3 en 1997. Mientras tanto, la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 0.4 a 0.9 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34).

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



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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 78 hombres y 13 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, siete de cada diez tenían al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción era de 46.2 por ciento. Sin embargo, es importante recalcar el elevado porcentaje de defunciones de mujeres de 20 a 24 años de edad (30.8%), lo cual muestra que una proporción importante de los casos femeninos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH en edades tempranas (véase cuadro 19).

⁹ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.
Campeche: 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	0.0	0.0	0.0
1-4	1.1	0.0	7.7
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	0.0	0.0	0.0
20 - 24	12.1	9.0	30.8
25 - 29	33.0	33.3	30.8
30 - 34	22.0	25.6	0.0
35 - 39	11.0	10.3	15.4
40 - 44	5.5	6.4	0.0
45 - 49	3.3	3.8	0.0
50 - 64	9.9	9.0	15.4
65 y más	2.2	2.6	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 de los noventa fue la segunda causa después de las enfermedades del corazón. La mortalidad relacionada con el cáncer es distinta para las mujeres y los hombres, padeciendo las primeras, en orden de magnitud, tumores del cuello del útero, de la mama y del estómago.

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

Cáncer cérvico uterino

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

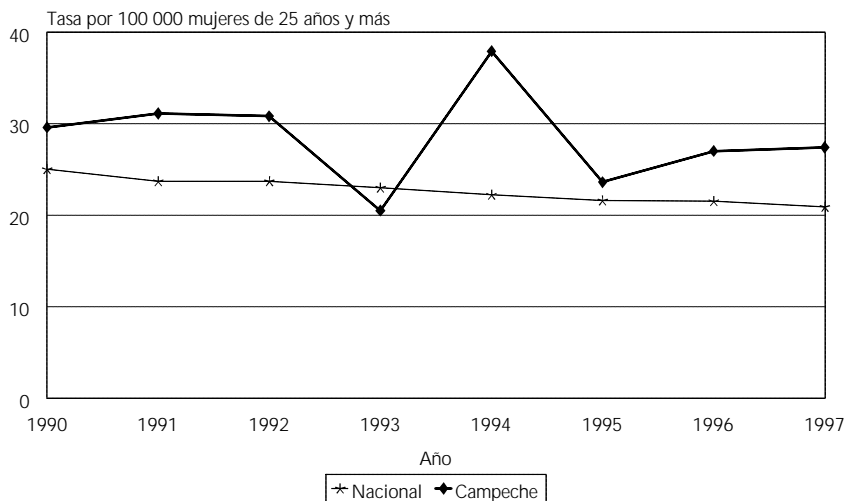
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento de gratuidad en la realización de la citología vaginal (Papanicolaou), así como su manejo y tratamiento en las clínicas de displasias de lesiones preneoplásicas y cánceres *in situ*. Sin embargo, los resultados de estas acciones podrán ser visibles hasta dentro de algunos años.

En Campeche, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento errático en la década de los noventa, con niveles mayores al promedio nacional, excepto en 1993, y alcanzó su tasa más alta en 1994 (37.9 fallecimientos por 100 mil mujeres de 25 años y más) (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero en Campeche fue de 27.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más; el sexto nivel más alto de mortalidad por este cáncer en el país.

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

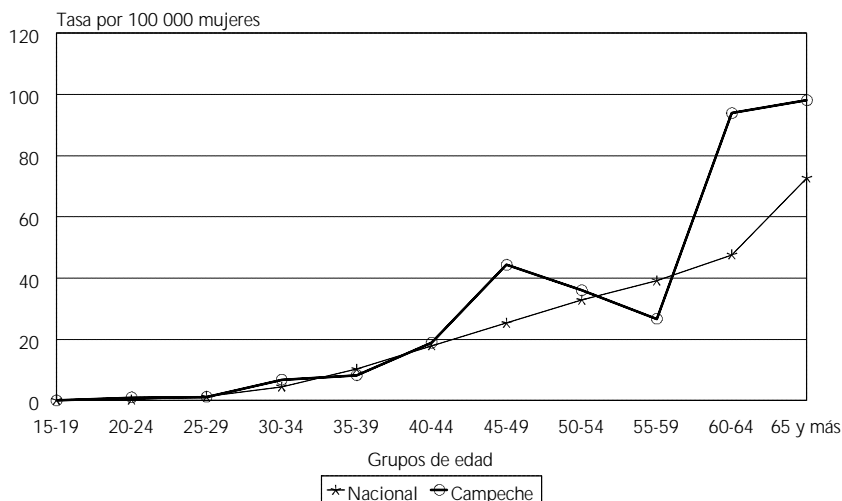
En Campeche, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino, en el periodo 1995-1997, son similares a las observadas en el ámbito nacional entre las mujeres menores de 45 años y en el grupo de 50 a 54 años de edad. Sin embargo, entre las mujeres de 45 a 49 y de 60 años y más, la tasa de mortalidad estatal es mucho más elevada que la nacional (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Campeche: 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.
Campeche: 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.

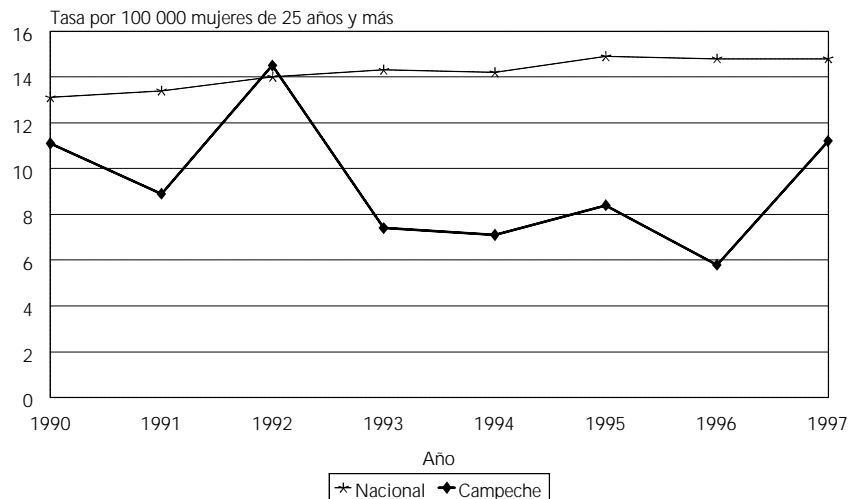
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Campeche, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró un comportamiento irregular entre 1990 y 1997, con niveles menores al promedio nacional, excepto en 1992. En 1997, la tasa de mortalidad ascendió a 11.2 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubica a la entidad entre las diez entidades que presentan la tasa de mortalidad más baja del país por esta patología (véase gráfica 37).

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

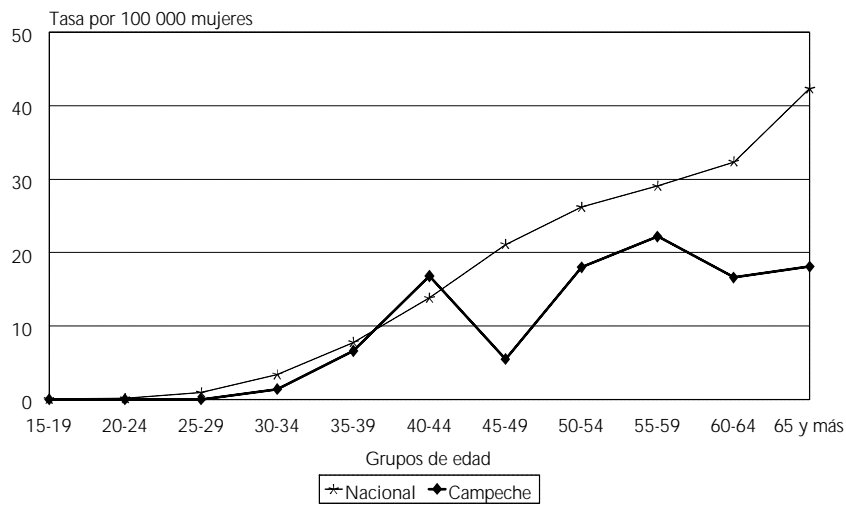
En Campeche, las mujeres de los grupos de edades de 45 años y más registraron una tasa de mortalidad mucho menor que el promedio nacional, en tanto que las menores de 45 presentaron un nivel de mortalidad similar al que mostraron sus homólogas del país en su conjunto (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Campeche: tasa de mortalidad por cáncer de mama, 1990-1997



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

Gráfica 38.
Campeche: 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 Campeche 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 Campeche se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, próxima a alcanzar un 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 (74.1%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹⁰ 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, algunos resultados 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, poco más de la mitad de las mujeres se une antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. A los 21 años de edad, más de 50 por ciento de las mujeres de las diferentes generaciones analizadas ya había iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras está aumentando en Campeche: 18.4 y 13.2 por ciento de las mujeres de las generaciones más jóvenes (1963-1967 y 1968-1972, respectivamente) se encuentran en esa situación.
- ✦ A pesar de que, en los últimos años, el mayor incremento de la prevalencia anticonceptiva en Campeche se registró entre las mujeres que residen en el medio rural, la diferencia con respecto a las mujeres de las localidades urbanas es de 15.2 puntos porcentuales.

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

- ✦ El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres que hablan una lengua indígena. En ese grupo, 57 por ciento de las mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron hace aproximadamente una década.
- ✦ Por su parte, las mujeres menores de 25 años, con paridad cero o uno, las mujeres que hablan lengua indígena, las mujeres con bajos niveles de escolaridad, y las del área rural, también presentan niveles elevados de demanda insatisfecha.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Campeche ha alcanzado niveles altos de atención prenatal y ocho de cada diez mujeres que se embarazan tiene vigilancia médica. Asimismo, el nivel de mortalidad materna y de la mortalidad infantil es ligeramente menor al del país en su conjunto.

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

- ✦ Una de cada diez mujeres que residen en el medio rural cursan su embarazo sin atención prenatal.
- ✦ La mayoría de los partos de mujeres con bajos niveles de escolaridad, que hablan lengua indígena y que residen en el medio rural se atienden fuera de las instituciones de salud.
- ✦ 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, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad y una incidencia mayor que la observada en el país en su conjunto. El VIH/SIDA muestra también un importante aumento, aunque la tasa de incidencia acumulada es menor a la nacional. En este estado, la razón hombre/mujer de casos de SIDA es de cinco hombres por cada mujer, cifra que está por debajo de la nacional (6.5), y que resulta del alto porcentaje de casos cuya categoría de transmisión es la vía heterosexual (35.7%). Un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer su rápida expansión entre las mujeres.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas anuales de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Campeche entre 1990 y 1997, fueron mayores a las que se observaron en todo el país. En contraste, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado, se ha mantenido por debajo de las registrada en el entorno nacional, aunque con un comportamiento muy irregular.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Campeche
1990	3.35	3.63
1991	3.25	3.45
1992	3.14	3.27
1993	3.04	3.10
1994	2.93	2.92
1995	2.82	2.73
1996	2.73	2.62
1997	2.65	2.53
1998	2.55	2.42
1999	2.48	2.34
2000	2.40	2.26

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Campeche: 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	13.3	7.2
15	18.1	13.3
16	26.6	22.6
17	41.0	32.2
18	51.3	43.7
19	61.1	53.3
20	64.9	61.1
21	72.9	68.4
22	77.8	71.9
23	82.4	74.2
24	87.0	77.8
25	87.3	79.8

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	18.1	43.0	25.9	13.0
1958-1962	24.0	33.7	24.4	17.9
1963-1967	18.7	33.7	26.9	20.7
1968-1972	13.3	39.9	24.5	22.2

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

Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Sin escolaridad	42.4	30.5	13.5	13.6
Primaria incompleta	31.1	45.1	11.4	12.5
Primaria completa	19.1	44.7	19.6	16.6
Secundaria y más	5.7	32.5	34.3	27.6
Rural	27.5	44.9	17.6	10.0
Urbano	12.5	34.8	27.9	24.8
Total	15.8	37.0	25.6	21.5

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.4	8.0	4.7	2.4
16	9.5	12.4	9.4	5.7
17	14.2	19.6	15.0	10.3
18	23.2	30.6	26.1	17.4
19	36.7	39.6	32.3	26.9
20	44.0	46.8	41.3	39.9
21	55.4	53.4	53.6	47.5
22	61.5	60.1	58.2	55.3
23	68.1	67.0	65.2	61.5
24	74.0	72.3	70.4	66.7
25	78.5	74.8	75.1	72.1

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

Datos gráfica 8.
Campeche: 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	0.9	8.3	29.9	19.9	35.2	5.9
1958-1962	2.0	8.3	26.5	19.8	36.2	7.2
1963-1967	3.9	15.2	28.4	18.8	29.5	4.2
1968-1972	1.9	7.9	24.2	22.2	36.4	7.4

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

Datos gráfica 9.
Campeche: probabilidad acumulada de tener un embarazo
premarital antes de cumplir edades específicas, por generación

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.5	0.8	2.0	0.4
16	1.7	1.4	3.7	0.4
17	1.9	2.0	4.6	1.5
18	2.8	4.4	6.6	2.6
19	4.6	4.7	7.7	4.5
20	5.2	5.7	11.1	6.7
21	6.7	6.2	15.0	7.1
22	8.2	7.5	15.5	8.8
23	8.5	8.0	17.0	10.3
24	9.1	8.8	17.3	11.0
25	9.1	9.3	18.4	13.2

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

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

Año	Nacional	Campeche
1990	5.4	4.0
1991	5.1	3.4
1992	5.0	5.5
1993	4.5	5.2
1994	4.8	6.2
1995	5.3	8.6
1996	4.8	5.0
1997	4.7	4.2

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

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

Año	Nacional	Campeche
1990	36.6	38.3
1991	34.1	35.7
1992	33.2	34.7
1993	32.3	33.8
1994	31.4	32.8
1995	30.5	31.9
1996	29.3	30.6
1997	28.1	29.3
1998	26.9	28.2
1999	25.9	27.1
2000	24.9	26.0

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	27.2	3.9	12.8	20.9	95.9
1991	29.5	3.4	15.6	n.d.	107.6
1992	43.7	3.7	31.3	n.d.	110.9
1993	63.9	4.7	8.5	73.2	142.7
1994	50.9	11.3	5.1	173.0	177.1
1995	69.9	14.2	23.6	397.1	354.7
1996	38.5	6.7	8.4	198.7	189.2
1997	58.3	7.5	9.3	341.0	264.0
1998	31.0	7.0	8.6	467.2	278.8

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

Datos gráfica 32.

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	7	16
1991	1	17
1992	17	34
1993	5	39
1994	13	52
1995	18	70
1996	22	92
1997	41	133
1998	38	171

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

Datos gráfica 33.

Campeche: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990-1998

Año	Nacional	Campeche
1990	8.4	2.8
1991	10.9	2.9
1992	14.3	5.7
1993	19.7	6.4
1994	23.9	8.3
1995	28.1	10.9
1996	32.1	14.0
1997	35.4	19.9
1998	39.7	25.0

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.

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.0	0.4
1991	1.0	0.3
1992	3.0	0.3
1993	2.9	0.3
1994	1.6	0.3
1995	3.4	0.9
1996	6.0	0.3
1997	5.3	0.9

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

Datos gráfica 35.

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

Año	Nacional	Campeche
1990	25.0	29.6
1991	23.7	31.1
1992	23.7	30.8
1993	23.0	20.5
1994	22.2	37.9
1995	21.6	23.6
1996	21.5	27.0
1997	20.9	27.4

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

Edad	Nacional	Campeche
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	1.0
25-29	1.3	1.2
30-34	4.5	6.8
35-39	10.3	8.3
40-44	17.9	18.9
45-49	25.3	44.3
50-54	32.9	36.0
55-59	39.2	26.7
60-64	47.6	93.9
65 y más	72.7	98.1

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

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

Año	Nacional	Campeche
1990	13.1	11.1
1991	13.4	8.9
1992	14.0	14.5
1993	14.3	7.4
1994	14.2	7.1
1995	14.9	8.4
1996	14.8	5.8
1997	14.8	11.2

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

Edad	Nacional	Campeche
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.0
30-34	3.4	1.4
35-39	7.8	6.6
40-44	13.8	16.8
45-49	21.1	5.5
50-54	26.2	18.0
55-59	29.1	22.2
60-64	32.4	16.6
65 y más	42.4	18.1

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
Campeche

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

El tiraje fue de 1000 ejemplares.