

# Cuadernos de salud reproductiva

---

Hidalgo



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Primera edición: abril de 2001  
ISBN: 970-628-507-5

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)	18
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	22
Número ideal de hijos e hijas	22
Deseo de más hijos o hijas	24
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	32
Anticoncepción posparto	34
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	36
4 Salud materna	39
Nivel de la mortalidad materna	39
Causas de mortalidad materna	41
Aborto	41
5 Atención a la mujer embarazada	43
Atención prenatal	43
Cobertura institucional de la atención prenatal	45

Inicio de la atención prenatal	45
Intensidad y calidad de la atención prenatal	46
Atención del parto	48
Lugar de atención del parto	49
Tipo de parto	50
Atención durante el puerperio	50
6 Lactancia materna	52
Edad de la ablactación	52
7 Mortalidad infantil	55
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	58
VIH/SIDA	59
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	64
Cáncer cérvico uterino	64
Cáncer de la mama	66
Conclusiones	68
Anexo estadístico	70
Nomenclatura de las entidades federativas	76



# Presentación

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán  
Secretario General



# Introducción

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

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

---

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

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

Aun cuando a lo largo del presente siglo México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, en Hidalgo este proceso ha sido incipiente. En 1995, casi 48 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 4 463 localidades censadas en el estado, 83.4 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 22.3 por ciento de la población.<sup>2</sup> 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 Hidalgo 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 6.2 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Hidalgo presenta, junto con Veracruz, el quinto nivel más bajo de escolaridad promedio en el país. En 1997, 14.9 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 23.8 por ciento no había concluido la primaria, 21.5 por ciento terminó la instrucción primaria, 20.8 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 19 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Esta iniquidad en las oportunidades de acceso a la educación es más acentuada para las mujeres del estado: el número promedio de años de escolaridad fue de 6.6 para los hombres y de 5.9 para las mujeres. Asimismo, la proporción que representan las personas sin instrucción es mayor entre las mujeres que entre los hombres: 17.8 y 11.7 por ciento, respectivamente.<sup>3</sup>

Hidalgo es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 34 lenguas indígenas en el estado, siendo las tres principales Náhuatl (que era hablada por 205 079 personas), Otomí (119 206) y Tepehua (1 974). De acuerdo con el Censo de 1995, en Hidalgo 17.7 por ciento de los habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (18.1% de los hombres y 17.3% de las mujeres). La población monolingüe constituye 2.6 por ciento de la población total (3.2% entre las mujeres y 1.9% entre los varones).

---

<sup>2</sup> INEGI, *Censo de Población y Vivienda 1995*, México.

<sup>3</sup> INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

Un indicador que refleja las condiciones socioeconómicas que prevalecen en la entidad es el índice de marginación. Al respecto, cabe destacar que Hidalgo es uno de los ocho estados con un índice de marginación alto, lo que revela que una proporción importante de su población no tiene acceso a los bienes y servicios esenciales. La marginación alta o muy alta es una realidad que caracteriza a 27 de los 84 municipios de la entidad, en los cuales reside una cuarta parte de la población del estado (25.6%). En 33 municipios, el grado de marginación es medio y en ellos residen tres de cada diez habitantes (30.7%); mientras que en 24 municipios, en los que habita poco menos de la mitad de la población (43.7%), el grado de marginación es bajo o muy bajo.<sup>4</sup>

---

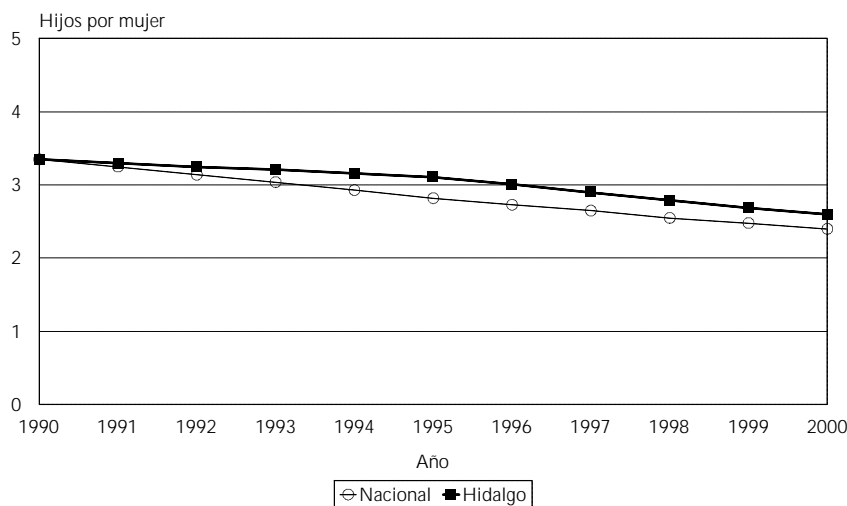
<sup>4</sup> CONAPO/Progres, *Índices de marginación*, 1995, México.



# 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 fecundidad<sup>5</sup> (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).

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

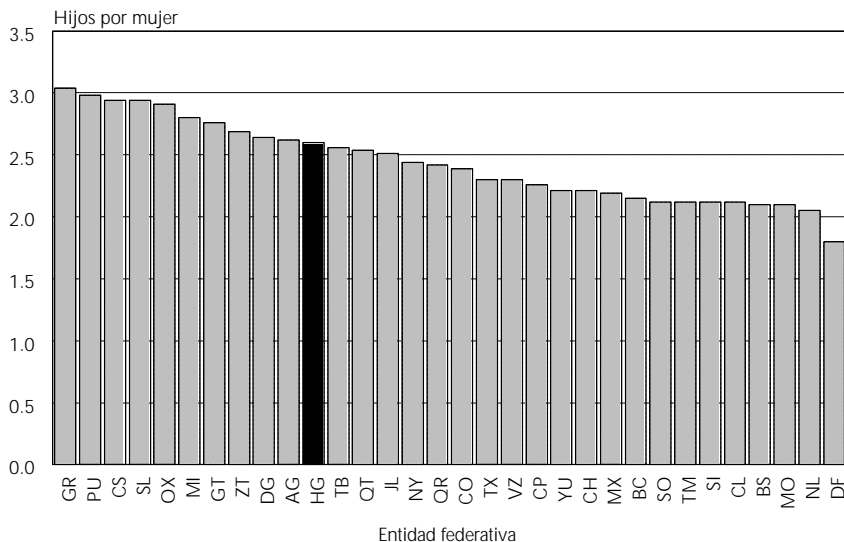


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

En Hidalgo, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.35 hijos por mujer en 1990 a 3.25 en 1992; descendió a 2.9 en 1997, y para el 2000 se estima en 2.6 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Hidalgo del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.2 hijos en 1990 a 0.8 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Hidalgo entre las dieciséis entidades que se encuentran por encima del promedio nacional (véase gráfica 2).

<sup>5</sup> 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.

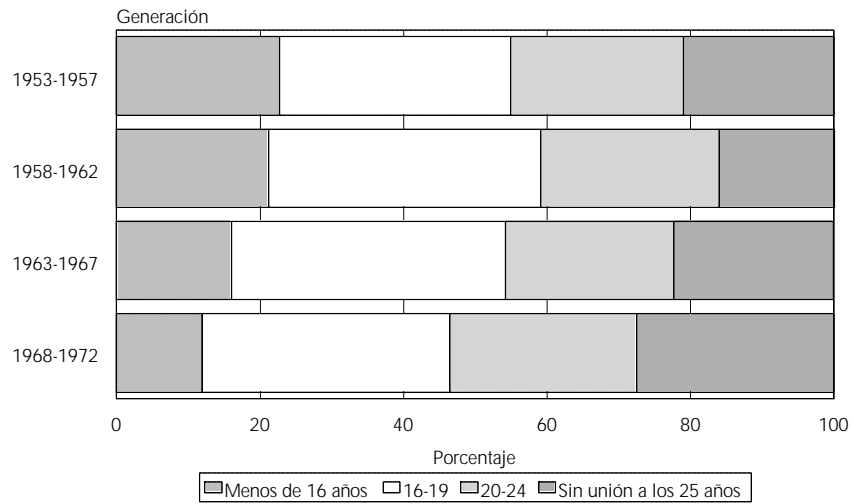
En el caso de Hidalgo, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de poco más de un año en la edad mediana al matrimonio (de 19.1 a 20.6 años). Esta tendencia a la postergación de la primera unión también puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 54.8 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 46.5 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuyó de 22.7 a 11.9 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 58.7 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor fue de 43.5 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: poco menos de una tercera parte



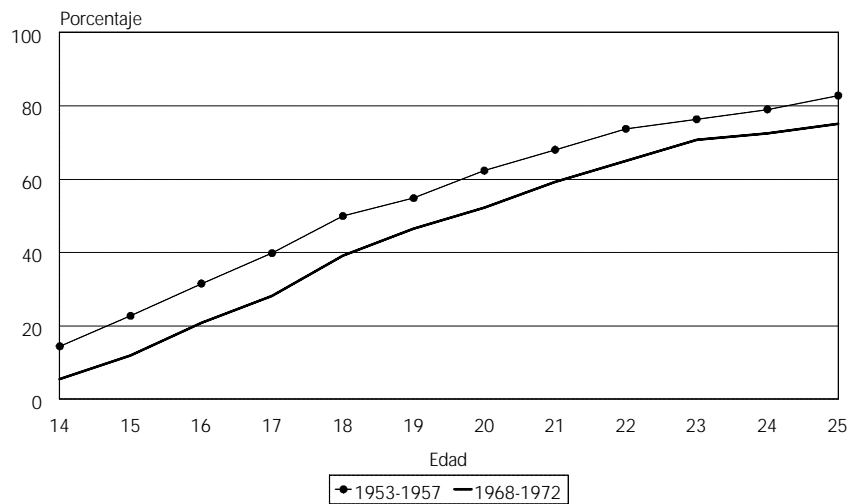
(31.7%) de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad; mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a poco menos de dos de cada tres (64.7%).

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



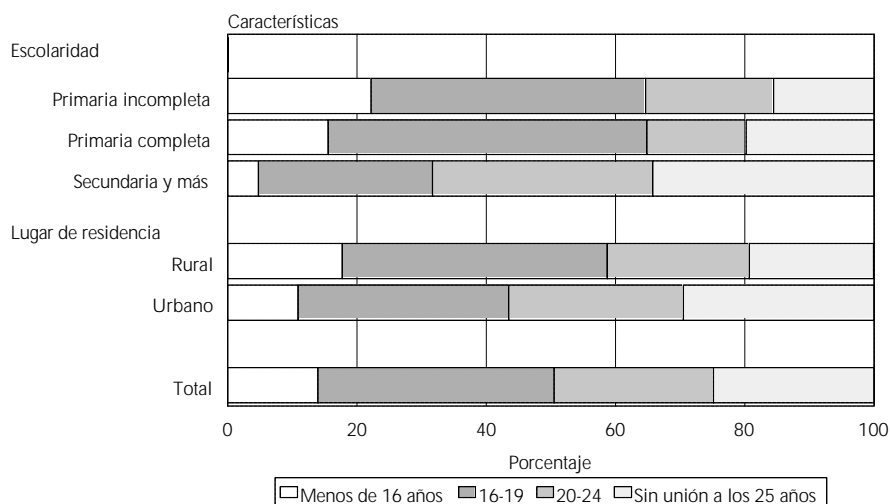
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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



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

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



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

## Tipo de primera unión

En Hidalgo, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 42.2 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 51 por ciento, cifra considerablemente mayor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

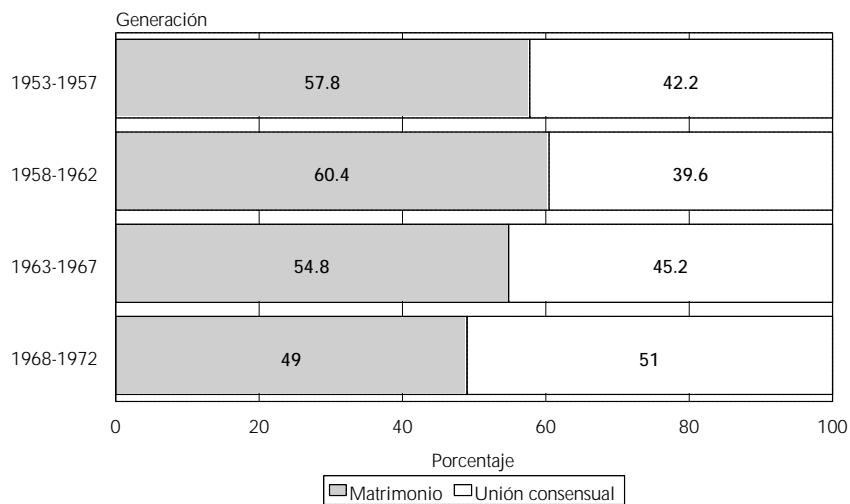
## Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: 50 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que 41.3 por ciento de las mujeres de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes una de cada cinco (19.7%) inició la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad.

Gráfica 6.

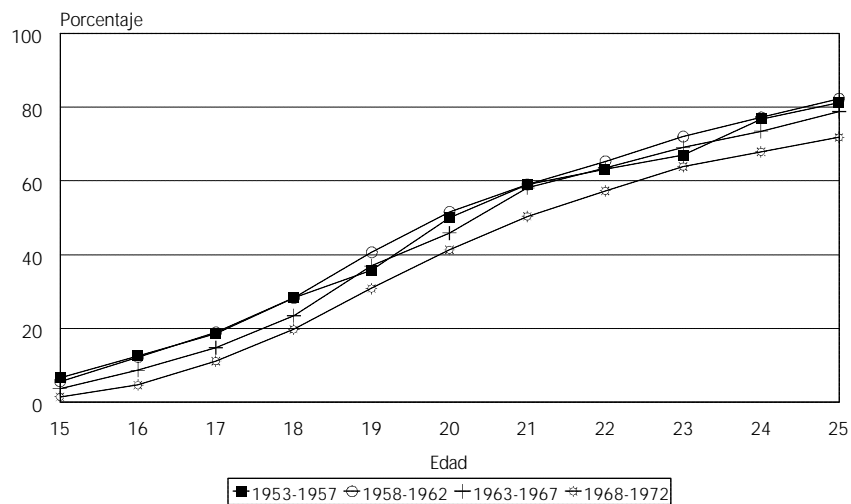
Hidalgo: distribución porcentual de las mujeres que se unieron o casaron antes de los 25 años de edad según tipo de primera unión, por generación, 1997



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

Gráfica 7.

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



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

La iniciación temprana de la maternidad tiene múltiples repercusiones negativas tanto para los individuos y sus trayectorias de vida, como para la sociedad en su conjunto. El embarazo en la adolescencia 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.

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

Cabe señalar que en esta entidad, las mujeres unidas de la generación más reciente tienden a presentar una proporción mayor de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje asciende a 24, para las generaciones intermedias es de alrededor de 20 por ciento y en la de mayor edad es de 14.4. Aún cuando los datos sugieren que los nacimientos de madres solteras y particularmente las concepciones premaritales tienen una tendencia al aumento, 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 Hidalgo, la proporción de mujeres que se embaraza de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia presenta una tendencia creciente, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 18.4 por ciento en la generación 1953-1957, se situó en alrededor de 21 por ciento para las generaciones intermedias y ascendió a 25.9 por ciento entre las mujeres de la cohorte 1968-1972.

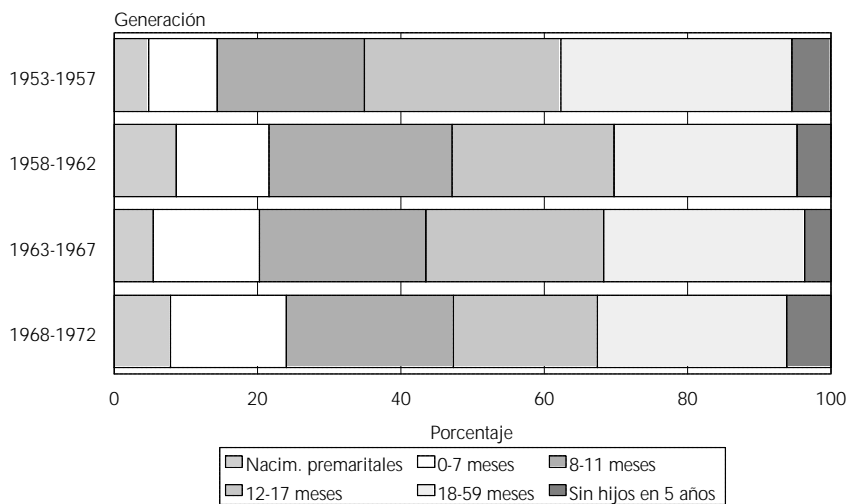
En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años ha oscilado entre una de cada diez y una de cada siete. Sin embargo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia experimentó un aumento importante entre las generaciones extremas: 21 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvieron a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, y esta relación aumentó a 35.1 por ciento entre las mujeres de la generación más reciente.<sup>6</sup>

---

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

Gráfica 8.

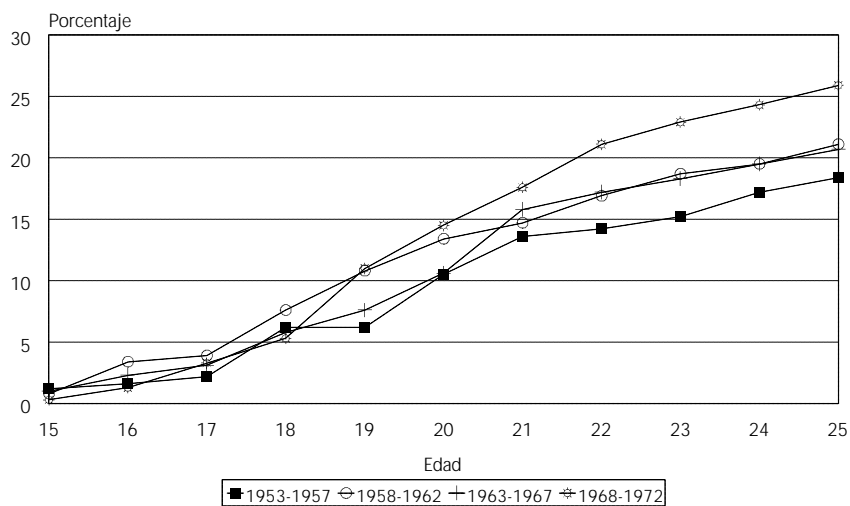
Hidalgo: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Gráfica 9.

Hidalgo: 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 unidas de Hidalgo fue de 3.3, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número de la descendencia, declarado en Hidalgo, es igual a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad, pero ambos se encuentran ligeramente por encima del nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.9 hijos en promedio). Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio cercano a cuatro (3.8), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (2.7). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 4.3 hijos(as) en promedio, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por 2.7 hijos(as) en promedio, esto es casi dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres sin escolaridad reportaron una fecundidad deseada menor en un hijo(a) a la paridad alcanzada, en tanto que entre las mujeres de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
<b>Total</b>	<b>3.3</b>	<b>3.3</b>
Grupo de edad		
15-19	2.7	0.8
20-24	2.7	1.6
25-29	3.0	2.5
30-34	3.3	3.5
35-39	3.6	4.1
40-44	3.6	4.8
45-49	3.8	5.5
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.3	5.4
Primaria incompleta	3.7	4.4
Primaria completa	3.2	3.0
Secundaria y más	2.7	2.1
Lugar de residencia		
Rural	3.6	3.8
Urbano	3.0	2.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.0	4.2
No habla	3.1	3.1

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 (3.6 y 3, respectivamente) y se observa que en el ámbito rural el número ideal de hijos e hijas es ligeramente menor a la descendencia alcanzada; mientras que la situación contraria se presenta en el medio urbano. Asimismo, las mujeres que hablan alguna lengua indígena presentan un ideal de familia mayor al de las que no reúnen esta condición, y entre éstas últimas, el número ideal de hijos e hijas es igual a la paridad alcanzada.

Cerca de la mitad de las mujeres con tres y cuatro hijos(as), declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, poco más de una de cada cuatro mujeres con tres hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que poco más de la mitad de las mujeres con dos hijos(as) (52.3%) desea una descendencia más numerosa, en tanto que para poco más de seis de cada diez mujeres con cinco o más descendientes (62.4%) 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 (32.2% y 29.3%, respectivamente); mientras que el porcentaje de mujeres que desea tener cuatro y cinco o más hijos(as) es considerablemente menor (19.3% y 14%, respectivamente). Cabe señalar que sólo 0.9 por ciento de las mujeres hidalguenses declaró que su ideal era no tener descendencia.

**Cuadro 2.**  
**Hidalgo: 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
<b>Total</b>	<b>0.9</b>	<b>4.2</b>	<b>32.2</b>	<b>29.3</b>	<b>19.3</b>	<b>14.0</b>
0	0.0	7.6	49.2	34.5	7.8	0.9
1	0.3	7.5	57.8	26.8	6.1	1.5
2	0.0	4.1	43.6	33.2	14.1	5.0
3	0.9	5.5	19.0	47.9	20.3	6.3
4	2.1	2.1	22.0	5.1	49.9	18.7
5 y más	1.7	1.4	18.7	21.9	18.8	37.6

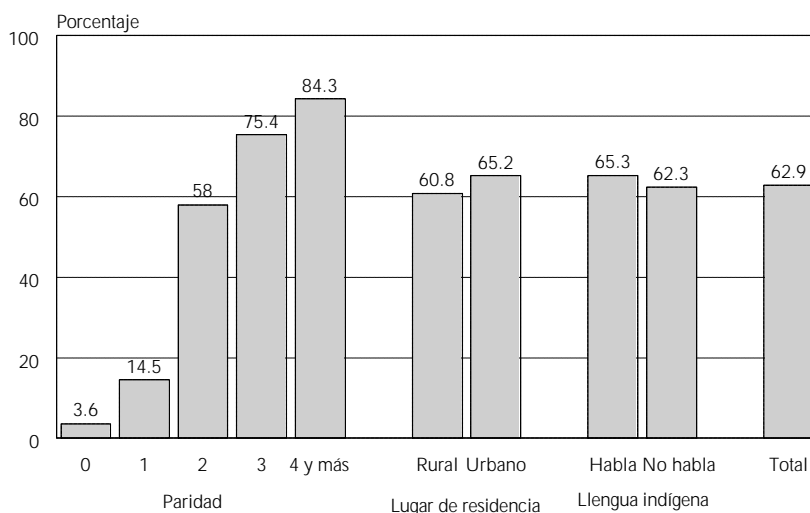
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Deseo de más hijos o hijas

En Hidalgo, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (62.9%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación se presenta con menor frecuencia en el ámbito rural que en el urbano (60.8% y 65.2%, respectivamente).

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

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



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



## 3 Práctica anticonceptiva

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. En México, a raíz de la promulgación de la nueva Ley General de Población en 1974, se dio un acelerado proceso de difusión e incorporación de la planeación familiar en las parejas mexicanas. El Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos(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, 96.6 por ciento de las mujeres en edad fértil del país conocía al menos un método para prevenir un embarazo no deseado.

El estado de Hidalgo es, después de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, la cuarta entidad del país que presenta el menor porcentaje de mujeres que conoce métodos de regulación de la fecundidad. Entre 1992 y 1997, esta proporción se mantuvo prácticamente sin cambios: 94 y 93.9 por ciento en cada año (véase cuadro 3).

Aun cuando la difusión de la planificación familiar se encuentra bastante generalizada, se observa un menor nivel de conocimiento entre las mujeres sin escolaridad y las que hablan una lengua indígena (80% y 85.5%, respectivamente). En contraste, entre las mujeres que tienen un nivel de escolaridad de secundaria o más y entre las que no hablan alguna lengua indígena, este porcentaje asciende a 98.5 y 96 por ciento, respectivamente. También se observan menores niveles de conocimiento entre las mujeres de 45 a 49 años (86.5%), las de paridad cero (90.3%) y las que viven en el medio rural (90.7%).

Este nivel de conocimiento es resultado principalmente del rezago que en esta materia presentan las mujeres sin escolaridad. Entre ellas, sólo 80 por ciento conoce algún medio para

regular la fecundidad. En contraste, entre las mujeres con estudios de secundaria y más, este porcentaje asciende a 98.5 por ciento, valor mayor al que se registra en el ámbito nacional. Además del nivel de escolaridad, los mayores rezagos se observan entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (85.5%) y las que están a final de su vida reproductiva (86.5%).

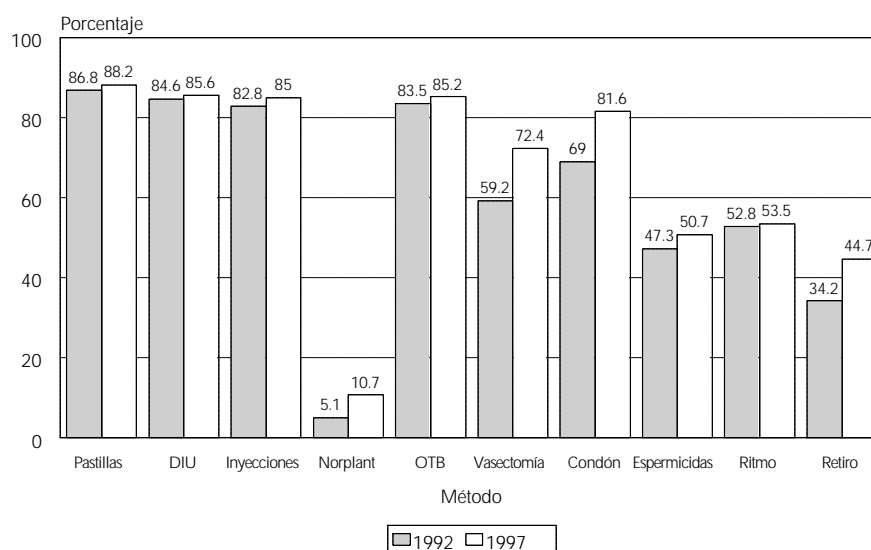
**Cuadro 3.**  
**Hidalgo: porcentaje de mujeres**  
**en edad fértil que conoce al menos un método**  
**anticonceptivo, según características seleccionadas, 1992 y 1997**

Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>94.0</b>	<b>93.9</b>
Grupo de edad		
15-19	90.1	91.6
20-24	96.9	95.5
25-29	95.0	96.0
30-34	94.8	96.0
35-39	94.9	97.3
40-44	94.3	92.1
45-49	93.4	86.5
Paridad		
0	91.9	90.3
1	97.2	95.9
2	96.1	97.3
3	98.6	97.2
4 y más	91.4	93.4
Escolaridad		
Sin escolaridad	80.0	80.0
Primaria incompleta	92.4	93.7
Primaria completa	94.4	91.6
Secundaria y más	98.9	98.5
Lugar de residencia		
Rural	90.2	90.7
Urbano	98.6	96.9
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	85.5
No habla	n.d.	96.0

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

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Hidalgo este método continúa siendo el más popular. En 1992, 86.8 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, y esta misma proporción ascendió a 88.2 por ciento en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el dispositivo intrauterino (DIU) (85.6%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (85.2%), la inyección (85%), el condón (81.6%) y la vasectomía (72.4%). Conviene señalar que en los años de referencia, el conocimiento de la vasectomía y el condón (únicos métodos para el varón) registraron un incremento de 13.2 y 12.6 puntos porcentuales.

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



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

En el ámbito rural, el único método que poco más de ocho de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fue la pastilla. Alrededor de 78 por ciento de las mujeres rurales declararon conocer el DIU, la OTB y la inyección, 69.8 por ciento declaró conocer el condón y 59.4 por ciento la vasectomía. Para el resto de los métodos los porcentajes fueron muy bajos, con valores menores a 41 por ciento para los métodos naturales y los espermicidas (véase cuadro 4).

En las localidades urbanas, poco más de nueve de cada diez mujeres conoce los métodos modernos de uso femenino y el condón. Un porcentaje menor conoce la vasectomía (84.4%), siguiendo en importancia el ritmo (65.2%) y los espermicidas (64.9%).

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

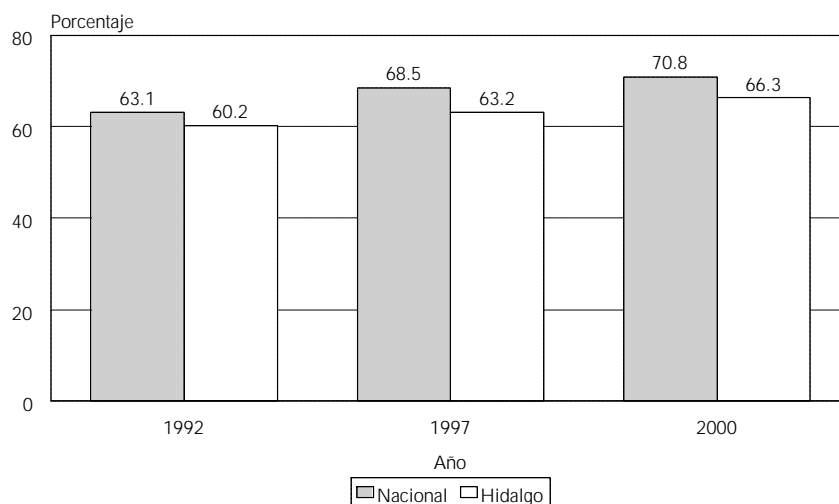
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	86.8	82.4	92.0	88.2	82.1	93.9
DIU	84.6	79.0	91.3	85.6	78.0	92.6
Inyecciones	82.8	77.2	89.4	85.0	78.3	91.2
Norplant	5.1	2.7	7.9	10.7	7.3	13.9
OTB	83.5	77.2	90.9	85.2	78.9	91.1
Vasectomía	59.2	48.2	72.1	72.4	59.4	84.4
Condones	69.0	57.0	83.1	81.6	69.8	92.5
Espermicidas	47.3	35.1	61.7	50.7	35.3	64.9
Ritmo	52.8	43.0	64.4	53.5	40.9	65.2
Retiro	34.2	26.7	43.2	44.7	32.4	56.0

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

## Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

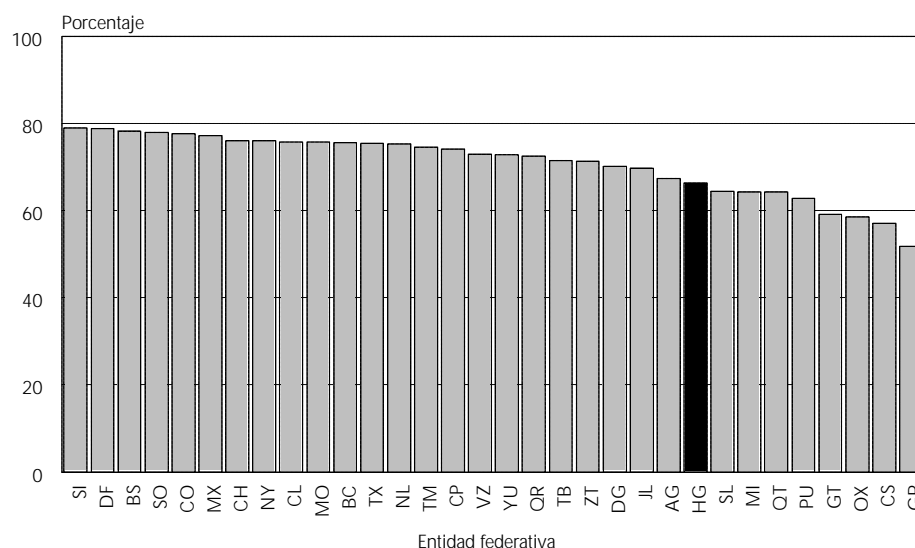
**Gráfica 12.**  
**Hidalgo: porcentaje de mujeres unidas**  
**en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, 1992, 1997 y 2000**



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

En el estado de Hidalgo, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 60.2 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 63.2 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 fue de 66.3 por ciento. Este nivel de prevalencia ubicó a Hidalgo entre las diez entidades con el menor nivel de uso de métodos anticonceptivos del país (véase gráfica 13).

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



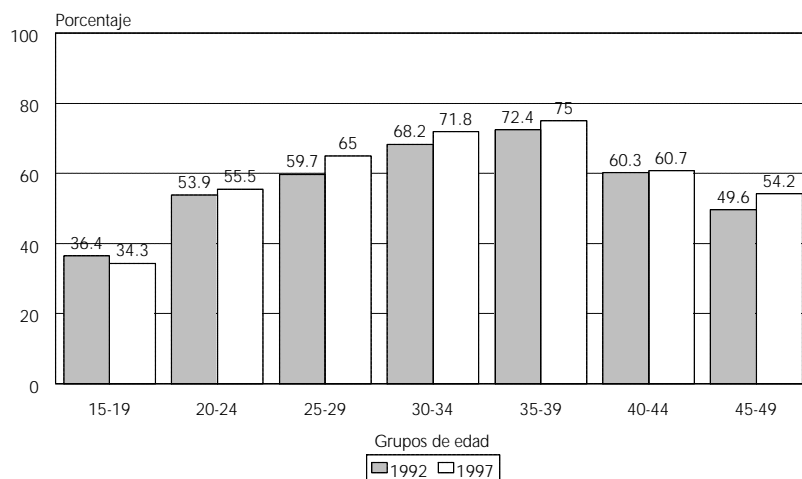
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Un aspecto que llama la atención en el estado de Hidalgo es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva. En 1997, una de cada cinco mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usan métodos anticonceptivos (19.6%), así como una de cada tres mujeres menores de 20 años (34.3%) (véase gráfica 14).

Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a bajos niveles de regulación de la fecundidad aun cuando el aumento en la prevalencia anticonceptiva en la entidad, observado entre 1992 y 1997, se debió en gran medida a los cambios registrados en los grupos más rezagados. Así, la planeación del número y espaciamiento de los nacimientos es una práctica que sólo ha sido incorporada por cuatro de cada nueve mujeres unidas sin escolaridad (45%), así como por poco más de la mitad de las mujeres que hablan alguna lengua indígena y de las que residen en localidades rurales (51.1% y 55%, respectivamente) (véase cuadro 5).

Cabe señalar que en este periodo también se registraron algunos retrocesos, que afectan particularmente a las mujeres unidas o casadas con primaria completa o más y a las que residen en áreas urbanas. En ambos casos los niveles de prevalencia anticonceptiva en 1992 eran superiores a los que se registran cinco años después, con reducciones de hasta seis y poco más de tres puntos porcentuales entre un año y otro, respectivamente. Por lo anterior, la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas registró una importante reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos, pero las diferencias en los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos continúan siendo acentuadas.

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



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

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

Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>60.2</b>	<b>63.2</b>
Grupo de edad		
15-19*	36.4	34.3
20-24	53.9	55.5
25-29	59.7	65.0
30-34	68.2	71.8
35-39	72.4	75.0
40-44	60.3	60.7
45-49	49.6	54.2
Paridad		
0*	18.8	19.6
1	59.2	51.4
2	66.1	67.4
3	70.9	78.8
4 y más	57.6	64.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	33.6	45.0
Primaria incompleta	51.9	58.9
Primaria completa	71.8	65.8
Secundaria y más	72.8	71.4
Lugar de residencia		
Rural	50.4	55.0
Urbano	75.1	71.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	51.1
No habla	n.d.	66.7

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

## Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Hidalgo en 1997 muestra un patrón similar al nacional: la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (48%), seguida por el DIU y los métodos naturales (24.2% y 11.6%, respectivamente). La pastilla y la inyección representaron el cuarto método más utilizado: alrededor de cinco por ciento de las mujeres, en cada caso, recurrió a estos métodos. La importancia relativa de los métodos naturales y la pastilla en la mezcla de métodos se redujo entre 1992 y 1997, en 2.9 y 1.2 puntos respectivamente, en tanto que el DIU aumentó su participación en 3.5 puntos porcentuales (véase cuadro 6).

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

Método	1992			1997		
	Lugar de residencia			Lugar de residencia		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Pastillas	6.4	10.2	2.9	5.2	4.3	5.9
DIU	20.7	18.5	22.8	24.2	25.5	23.3
Inyecciones	5.3	5.9	4.8	5.5	7.0	4.4
Locales	0.2	0.0	0.3	0.1	0.0	0.2
Condomes	3.4	3.1	3.7	4.1	2.2	5.6
OTB	48.0	46.2	49.7	48.0	46.1	49.5
Vasectomía	1.5	0.5	2.3	1.2	0.8	1.5
Naturales	14.5	15.6	13.4	11.6	14.2	9.6

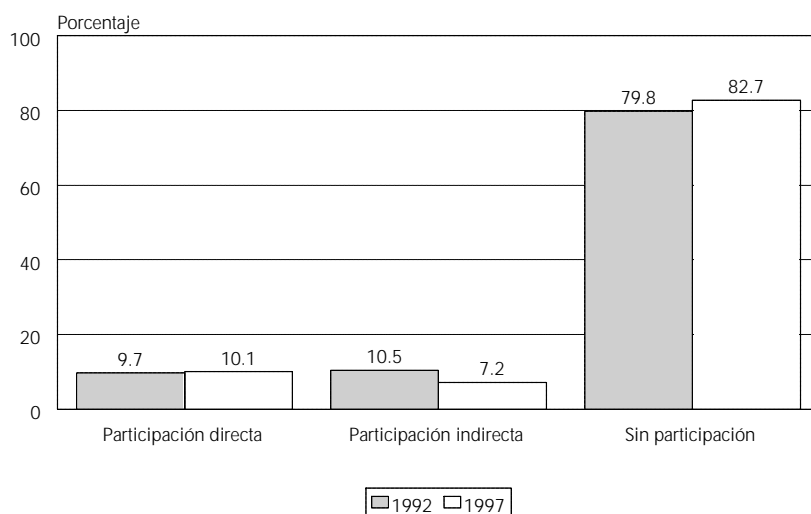
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

En el área rural y en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era mayor en la zona urbana que en la rural (90.4% y 85.8%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: una disminución en la participación de la pastilla

(de 10.2% a 4.3%), y un aumento en la participación del DIU (de 18.5% a 25.5%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento de la pastilla (de 2.9% a 5.9%) y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a los métodos naturales para regular su fecundidad (de 13.4% a 9.6%).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.2 y 4.1 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Hidalgo. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan poco más de una de cada seis 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 10.1 por ciento de las usuarias y en el segundo 7.2 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación indirecta del varón se redujo entre 1992 y 1997, como resultado de la reducción de los métodos naturales.

Gráfica 15.  
Hidalgo: 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

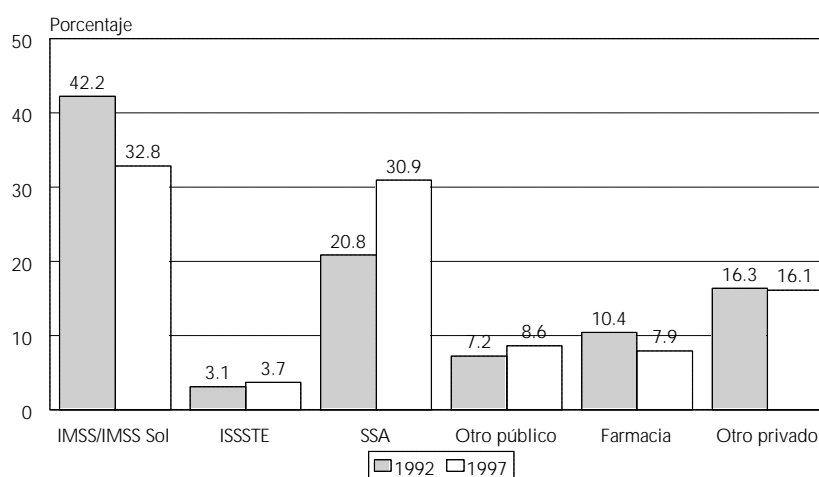
A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias de anticonceptivos 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 Hidalgo ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 73.3 por ciento en 1992 a 76 por ciento en 1997 (véase gráfica 16). En contraste, el sector privado redujo ligeramente su participación, al pasar de 26.7 por ciento a 24 por ciento.

**Gráfica 16.**  
Hidalgo: 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.

Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS el cual, a pesar de haber reducido su participación en cerca de diez puntos porcentuales en los años de referencia, atendió a una tercera parte (32.8%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos. El notable incremento registrado en la participación de la SSA (de 20.8 a 30.9 por ciento), trajo como consecuencia que en 1997 esta institución atendiera a tres de cada diez usuarias (30.9%).

El crecimiento de la SSA como fuente de obtención de anticonceptivos se dio tanto en el ámbito urbano como en el rural, al pasar de 14.3 a 19.9 por ciento, entre 1992 y 1997, en el primero, y de 27.9 a 45.3 por ciento en las localidades rurales. Como resultado de estos cambios, la SSA se convirtió en la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en el medio rural, y en el ámbito urbano, el sector privado en conjunto pasó a ser la principal fuente de obtención de métodos, al atender en 1997 a 34.2 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos, seguido muy de cerca por el IMSS con 32.4 por ciento (véase cuadro 7).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público; este es el caso de 78.8 por ciento de las usuarias de la OTB, así como de 85.6 por ciento de las usuarias del DIU (véase cuadro 8). Los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen con una frecuencia similar tanto en el sector público como en el privado.

**Cuadro 7.**  
**Hidalgo: 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/IMSS Sol	42.2	42.8	41.6	32.8	33.3	32.4
ISSSTE	3.1	3.0	3.2	3.7	1.5	5.4
SSA	20.8	27.9	14.3	30.9	45.3	19.9
Otro público	7.2	5.1	9.2	8.6	9.1	8.2
Farmacia	10.4	9.5	11.3	7.9	2.9	11.6
Otro	16.3	11.8	20.4	16.1	7.7	22.6

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

**Cuadro 8.**  
**Hidalgo: 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
<b>Total</b>	<b>76.0</b>	<b>24.0</b>
Pastillas*	49.6	50.4
DIU	85.6	14.4
Inyecciones*	55.9	44.1
Condomes	-	-
OTB	78.8	21.2

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

## Anticoncepción posparto

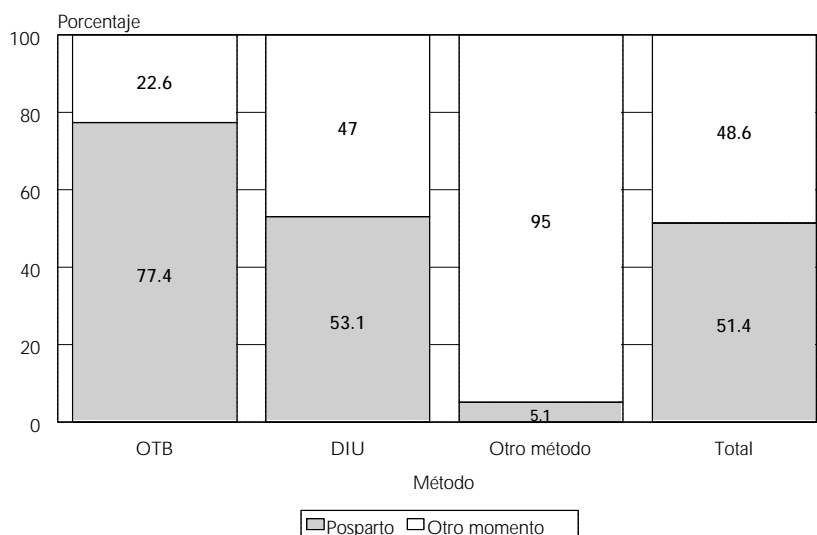
A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar iniciaron importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar, que ayuda a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo asociados a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos, y a la presencia de factores de riesgo derivados de patologías crónico-degenerativas en la mujer gestante. A esta modalidad se le conoce como enfoque de riesgo reproductivo.

Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres en edad reproductiva. Dado que, de manera paralela a la promoción del uso de métodos anticonceptivos, se desea fomentar la práctica de la lactancia materna, los métodos que se promueven en estos programas para el posparto básicamente son: la OTB, para las mujeres con paridad satisfecha, y el DIU, para las mujeres que desean espaciar su próximo embarazo.

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. A escala nacional, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que recurría a la práctica de la planificación familiar en 1997 inició el uso del método actual en el posparto.<sup>7</sup>

En Hidalgo, 51.4 por ciento de las usuarias, en 1997, iniciaron el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Poco más de cinco de cada diez usuarias del DIU (53.1%) y poco más de tres de cada cuatro usuarias de OTB (77.4%), comenzaron el uso del método en este periodo.

**Gráfica 17.**  
Hidalgo: 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.

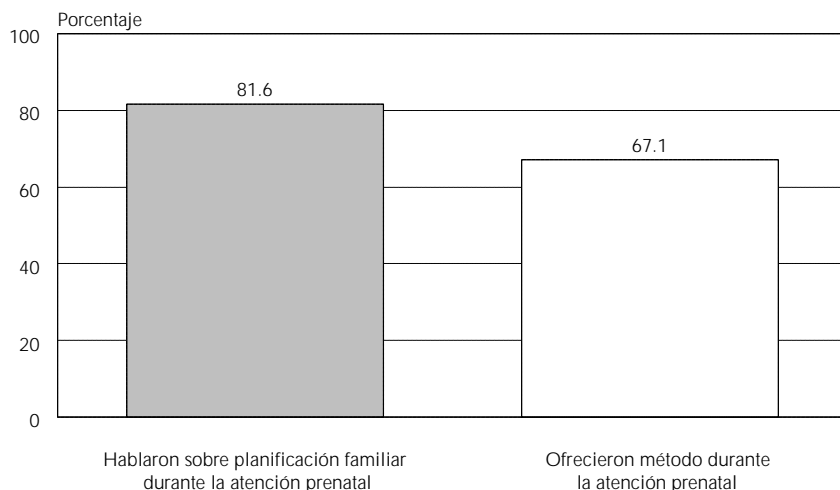
Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, que incluyen la consejería y la oferta de métodos de planificación familiar (principalmente DIU y OTB) para que durante la atención del parto se aplique el método o se realice la intervención quirúrgica.

<sup>7</sup> 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.

gica. Gracias a esta estrategia, ocho de cada diez mujeres del país que acudieron al sector público por atención obstétrica entre 1994 y 1997 recibieron alguna información sobre planificación familiar, y casi siete de cada diez recibieron la oferta de algún método para el posparto durante la atención prenatal.

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

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



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

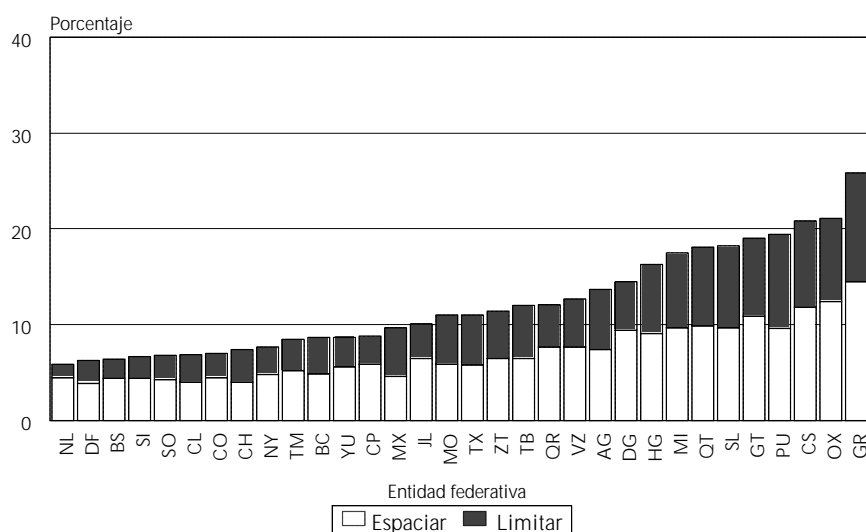
## Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

Un indicador aproximado de la demanda de métodos anticonceptivos puede construirse con base en el número de mujeres que hacen uso de estos medios, y que por lo tanto tienen una demanda satisfecha, más el número de mujeres que no hace uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de expresar su deseo de querer limitar o espaciar su descendencia y estar expuestas a un embarazo, situación que se conoce como demanda insatisfecha. Uno de los principales propósitos de la política de población ha sido abatir la demanda insatisfecha de-

bido a que expresa limitaciones en el ejercicio de los derechos reproductivos. En 1987, una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas (25.1%), presentaba demanda insatisfecha en el país, en tanto que diez años después esta proporción se redujo a más de la mitad, es decir 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Hidalgo, para el año 1997, fue del orden de 16.3 por ciento, lo que ubicó a la entidad dentro de los diez estados más rezagados en este renglón (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: a) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, en los tres grupos de edad menores de 30 años; de 34.5, 27.6 y 18.1 por ciento para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29 años, respectivamente; b) las mujeres que hablan alguna lengua indígena presentan un alto porcentaje de demanda insatisfecha: entre ellas, una de cada cuatro se encuentra en esta situación (24.7%); c) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es más del doble del que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); d) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, e) a diferencia de la mayoría de las entidades federativas, en Hidalgo las mujeres sin hijos(as) presentan uno de los menores niveles de demanda insatisfecha (13.9%) en relación con las mujeres de otras paridades, en tanto que las mujeres con un hijo(a) presentan un nivel muy elevado.

Cuadro 9.

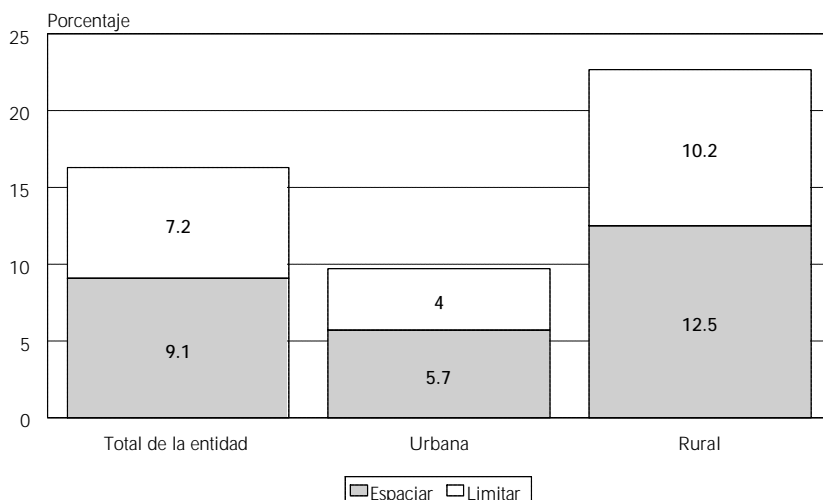
Hidalgo: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	63.2	23.3	39.8	16.3	9.1	7.2	7.6	11.7	1.2
Edad quinquenal									
15-19	34.3	34.3	0.0	34.5	32.4	2.0	29.6	0.9	0.8
20-24	55.5	45.5	9.9	27.6	20.8	6.8	12.9	1.4	2.6
25-29	65.0	37.0	28.0	18.1	9.8	8.3	11.5	2.8	2.6
30-34	71.8	20.2	51.7	16.9	8.2	8.7	5.5	5.0	0.9
35-39	75.0	15.2	59.7	11.6	2.0	9.5	1.8	11.5	0.2
40-44	60.7	7.6	53.1	7.8	1.4	6.4	1.9	28.9	0.6
45-49	54.2	2.6	51.7	3.9	1.1	2.7	0.9	40.9	0.0
Paridad									
0	19.6	19.6	0.0	13.9	13.6	0.4	54.8	11.6	0.0
1	51.4	47.3	4.1	24.3	21.5	2.9	16.2	4.8	3.2
2	67.4	33.0	34.4	15.9	9.7	6.2	4.3	12.4	0.1
3	78.8	21.9	56.9	10.2	5.3	4.9	1.9	7.2	1.9
4 y más	64.3	10.0	54.3	17.2	5.4	11.8	1.1	16.7	0.7
Escolaridad									
Sin escolaridad	45.0	8.8	36.2	21.4	8.9	12.5	3.6	30.1	0.0
Primaria incompleta	58.9	15.5	43.5	19.7	8.6	11.1	5.2	14.4	1.8
Primaria completa	65.8	26.0	39.8	16.0	12.1	3.9	8.5	9.2	0.5
Secundaria y más	71.4	32.9	38.5	11.9	7.4	4.5	10.2	4.8	1.7
Lugar de residencia									
Urbano	71.7	25.4	46.3	9.7	5.7	4.0	8.5	9.0	1.1
Rural	55.0	21.4	33.7	22.6	12.5	10.2	6.8	14.3	1.2
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	51.1	20.5	30.6	24.7	14.9	9.8	5.8	16.8	1.5
No habla	66.7	24.2	42.5	13.8	7.4	6.4	8.2	10.2	1.1

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

Gráfica 20.

Hidalgo: porcentaje de mujeres unidas con demanda insatisfecha de anticonceptivos, según lugar de residencia, 1997



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

## 4 Salud materna

### Nivel de la mortalidad materna

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

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

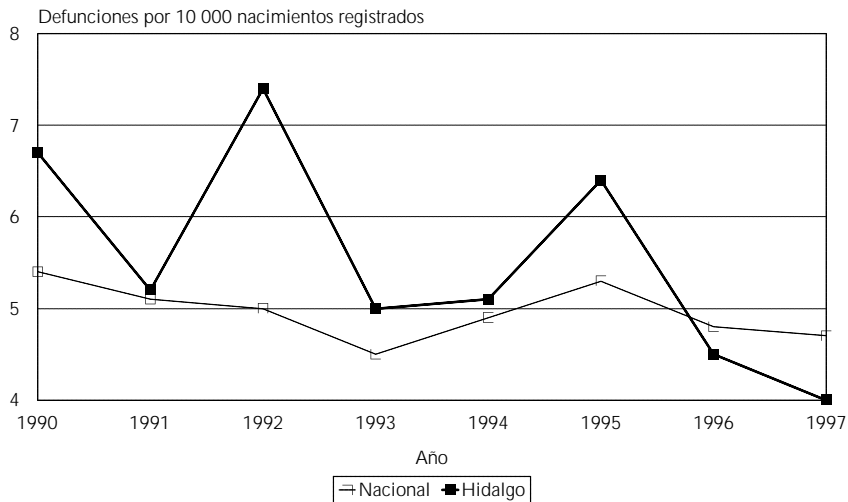
En Hidalgo, la tasa de mortalidad materna presentó entre 1990 y 1997 un comportamiento errático con una tendencia decreciente (véase gráfica 21). En 1997, la tasa de mortalidad materna registrada en Hidalgo fue de cuatro defunciones por diez mil nacimientos registrados, el décimo nivel más bajo de mortalidad materna del país.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Hidalgo 128 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 103 en el periodo 1995-1997.<sup>8</sup> Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Cerca de siete de cada diez mujeres (66.1%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio tenían entre 20 y 34 años de edad; una de cada ocho (12.6%) tenía entre 35 y 39 años; y 13.6 y 7.8 por ciento de las muertes maternas fueron de mujeres menores de 20 y mayores de 40 años, respectivamente.

---

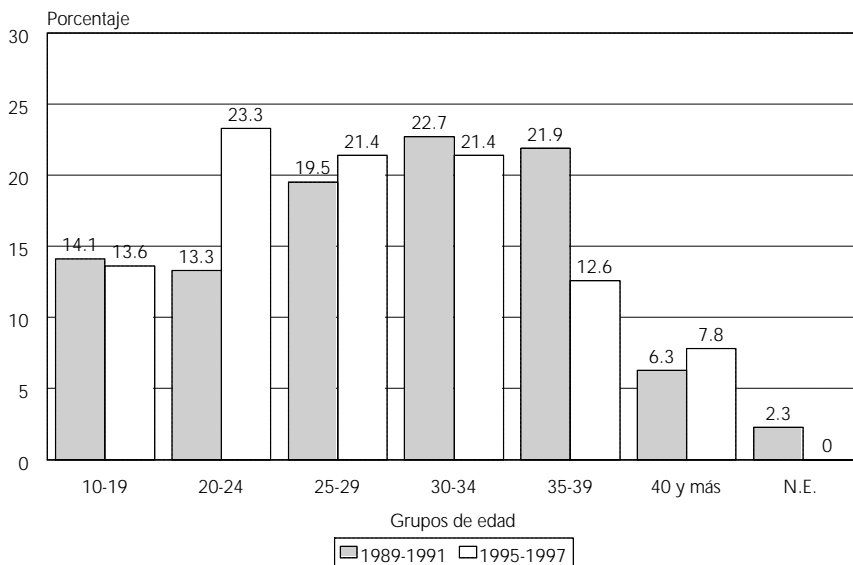
<sup>8</sup> INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



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



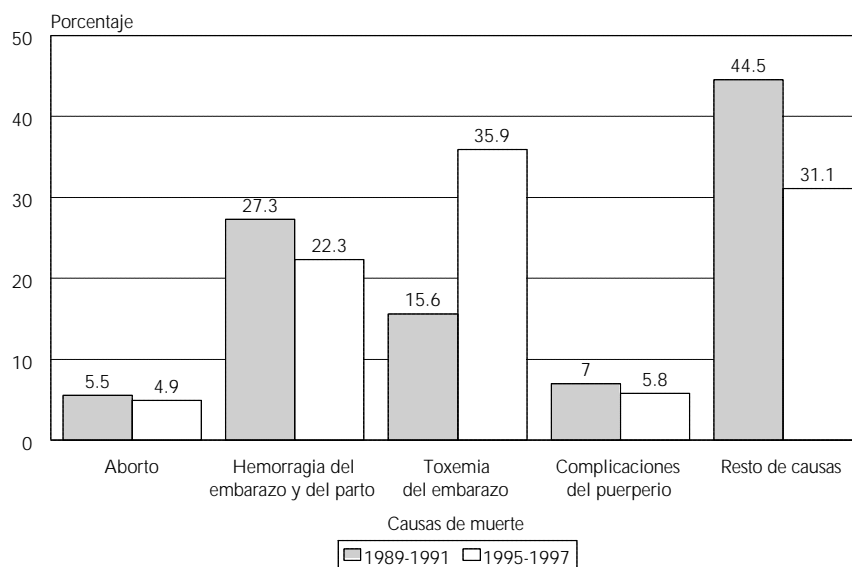
## Causas de mortalidad materna

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

En Hidalgo, la toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de mortalidad materna, presentando un importante aumento porcentual en la década de los noventa (véase gráfica 23). Entre 1989 y 1991 esta causa fue responsable de 15.6 por ciento de las defunciones maternas del estado y en el periodo 1995-1997 este porcentaje se incrementó a 35.9 por ciento. Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso relativo tuvo una disminución de cinco puntos porcentuales, al pasar de 27.3 a 22.3 por ciento en el periodo analizado. La tercera causa corresponde a las complicaciones del puerperio, la cual disminuyó su participación relativa de siete por ciento en 1989-1991 a 5.8 por ciento en 1995-1997. El aborto, la cuarta causa más importante, también disminuyó ligeramente su peso relativo al pasar de 5.5 a 4.9 por ciento.

Gráfica 23.

Hidalgo: distribución porcentual de las muertes maternas según causa, 1989-1991 y 1995-1997



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

## Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. A pesar de que no se cuenta con información precisa sobre el número de abortos que ocurren en el país, se estima, con base en las encuestas sociodemográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 230 mil abortos

anuales, durante el periodo 1985-1987 a 220 mil entre 1990-1992 y 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de estas 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 Hidalgo, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto no ha registrado mayores cambios en los últimos años. En 1992, 15.2 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, proporción que ascendió a 14.7 por ciento en 1997.

## 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 prenatal<sup>9</sup> como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Hidalgo, 91.4 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último o penúltimo hijo nacido vivo entre 1994 y 1997, lo cual ubica a esta entidad entre los nueve estados con una cobertura de atención prenatal menor a la registrada en el conjunto del país y como el séptimo con la menor cobertura de atención brindada por un médico (80.2%) (véase cuadro 10).

---

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

El porcentaje más bajo de mujeres que recibió atención prenatal con un médico se registra entre las mujeres de 35 años y más (75.4%), con cuatro hijos(as) o más (68% contra 90.1% de las primíparas). Las mujeres que residen en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico en comparación con las que viven en áreas urbanas (71.2% y 93.6%, en cada caso), así como aquellas que hablan alguna lengua indígena (68.4% contra 84.4% de las que no lo hacen). Al analizar el nivel de escolaridad, se observó que fueron las mujeres sin instrucción las que en menor proporción se atendieron con este agente de salud: 57.8 por ciento contra 93.8 por ciento de las que tenían estudios de secundaria y más.

**Cuadro 10.**  
**Hidalgo: 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	Partera o comadrona	Sin revisión
<b>Total</b>	<b>80.2</b>	<b>7.1</b>	<b>4.1</b>	<b>8.6</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	79.2	9.1	4.5	7.2
20-34	81.0	6.5	4.2	8.2
35-49*	75.4	7.6	1.4	15.5
Orden de nacimiento				
1	90.1	6.2	0.4	3.3
2	81.0	6.3	6.3	6.4
3	86.4	5.8	3.1	4.7
4 o más	68.0	9.4	5.6	16.9
Escolaridad				
Sin escolaridad	57.8	12.2	4.6	25.4
Primaria incompleta	70.3	11.2	6.5	12.0
Primaria completa	80.9	8.1	5.4	5.6
Secundaria y más	93.8	2.0	0.7	3.5
Lugar de residencia				
Urbano	93.6	1.5	0.2	4.6
Rural	71.2	10.9	6.7	11.3
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	68.4	9.1	8.2	14.4
No habla	84.4	6.4	2.6	6.6

\* Menos de 100 casos en muestra.

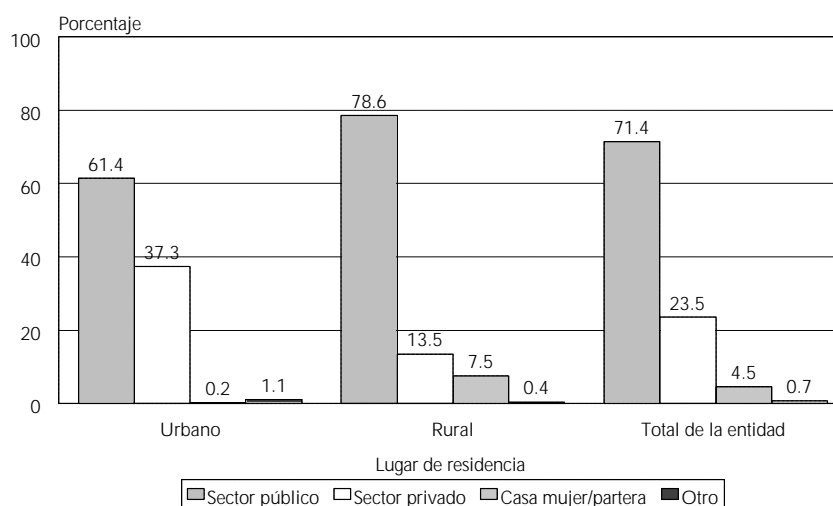
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 71.4 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, y el sector privado atendió a 23.5 por ciento. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (78.6% contra 61.4% en el ámbito urbano).

Gráfica 24.

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



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

## Inicio de la atención prenatal

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

El estado de Hidalgo presenta el quinto porcentaje más bajo de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, esto es, 66.8 por ciento; poco más de una cuarta parte inició en el segundo trimestre (26.5%) y sólo 6.7 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). Las mujeres menores de 20 años fueron las que en menor proporción iniciaron oportunamente la atención de su embarazo (59.2%). Por otro lado, el nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que poco menos de la mitad de las mujeres sin escolaridad iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a cerca de ocho de cada diez entre aquellas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas y entre las que no hablan alguna lengua indígena.

**Cuadro 11.**  
**Hidalgo: 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.
<b>Total</b>	<b>66.8</b>	<b>26.5</b>	<b>6.7</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	59.2	32.9	7.9
20-34	68.9	25.0	6.1
35-49*	66.4	24.3	9.3
Escolaridad			
Sin escolaridad*	46.0	41.8	12.3
Primaria incompleta	60.1	33.7	6.3
Primaria completa	62.7	29.1	8.2
Secundaria y más	78.7	16.7	4.7
Lugar de residencia			
Urbano	74.9	21.5	3.6
Rural	60.9	30.2	8.9
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	54.3	36.0	9.7
No habla	70.8	23.5	5.7

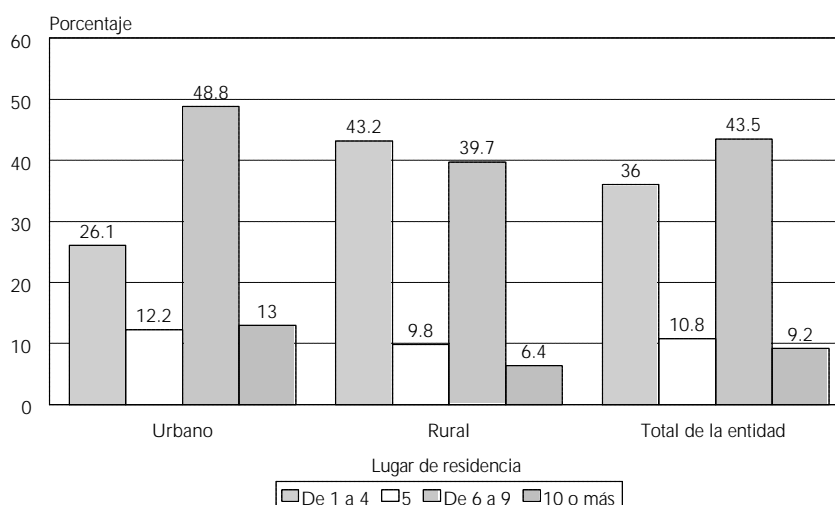
\* Menos de 100 casos en muestra.

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 Hidalgo, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.1 consultas de atención prenatal (6.8 en la zona urbana y 5.5 en la zona rural). Sin embargo, cabe destacar que 36 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 43.2 por ciento entre las residentes de localidades rurales, contra 26.1 por ciento de las mujeres urbanas (véase gráfica 25).

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



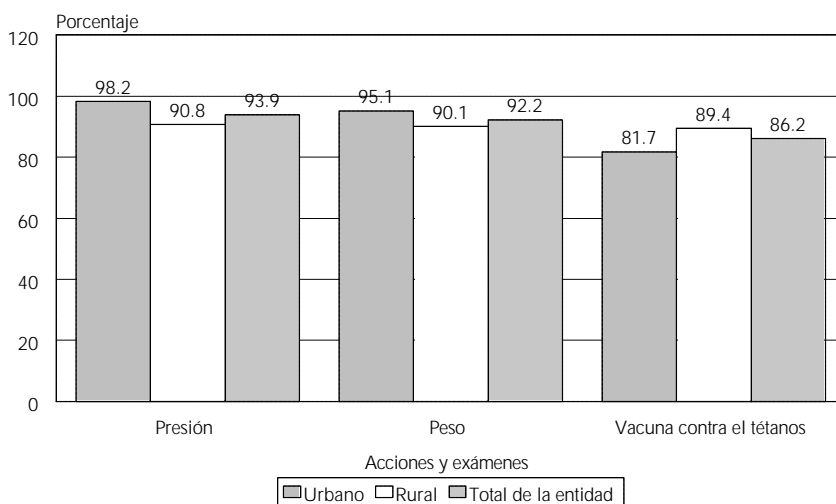
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 93.9 por ciento de las mujeres embarazadas con atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 92.2 por ciento se le pesó; y a 86.2 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores, con excepción del peso, ubican al estado de Hidalgo por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

Es importante señalar que el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural; sin embargo, en el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (89.4% contra 81.7% en áreas urbanas).

Gráfica 26.

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



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

## Atención del parto

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

En el país, se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. De todas las entidades del país, Hidalgo ocupó el séptimo lugar en cuanto al menor porcentaje de partos atendidos por un médico (72.6%), lo que denota lo rezagado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

Los porcentajes más bajos de mujeres que atendieron su parto con un médico lo registran las madres de 35 años y más (58.2% contra 76.8% de las menores de 20 años); las mujeres con cuatro hijos(as) y más (53.1% contra 86.3% de las primíparas), las mujeres que residían en localidades rurales (57.6% contra 94.7% de las urbanas), y las mujeres que hablan alguna lengua indígena (48.5% contra 81% de las que no lo hacen). Sin embargo, la diferencia más notoria la presentan las mujeres sin escolaridad en comparación con las que tenían estudios de secundaria y más (40.7% y 93%, en cada caso).

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto entre las mujeres que hablan una lengua indígena (38.3%), las menos escolarizadas (37.3%), y las que residen en localidades rurales (28.5%).



**Cuadro 12.**  
**Hidalgo: 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
<b>Total</b>	<b>72.6</b>	<b>3.8</b>	<b>17.8</b>	<b>5.8</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	76.8	4.5	15.6	3.0
20-34	73.0	3.7	17.3	5.9
35-49*	58.2	2.9	27.8	11.1
Orden de nacimiento				
1	86.3	2.7	9.7	1.2
2	79.4	5.3	13.5	1.8
3	78.8	3.7	16.3	1.2
4 o más	53.1	3.6	28.0	15.3
Escolaridad				
Sin escolaridad	40.7	1.8	37.3	20.2
Primaria incompleta	56.7	8.1	26.2	9.0
Primaria completa	73.0	1.9	20.7	4.3
Secundaria y más	93.0	2.7	4.0	0.3
Lugar de residencia				
Urbano	94.7	2.8	2.0	0.5
Rural	57.6	4.5	28.5	9.3
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	48.5	1.6	38.3	11.6
No habla	81.0	4.6	10.7	3.7

\* 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, 61.3 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: más de una de cada cuatro mujeres (26.4%) acudió a la SSA para la atención de su parto; poco más de una de cada cinco se atendió en el IMSS (21.6%) o en casa (21.5%) y 16.3 por ciento lo hizo en una institución privada (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS (31.2%) y al sector privado (29.2%), en tanto que las mujeres sin instrucción, una de cada dos (49.6%) se atendió en casa, y 22.5 por ciento utilizó los servicios de la SSA.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el sector privado y el IMSS (28.3% y 27.1%, respectivamente), en tanto que en el ámbito rural, los partos fueron atendidos con mayor frecuencia en casa (35.5%) y en la SSA (31.8%). Cerca de la mitad de las mujeres que hablan alguna lengua indígena (45%) se atendieron en casa y una de cada cinco (20.7%) acudió al IMSS.

**Cuadro 13.**  
**Hidalgo: 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/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
<b>Total</b>	<b>21.6</b>	<b>1.9</b>	<b>26.4</b>	<b>11.4</b>	<b>16.3</b>	<b>21.5</b>	<b>0.8</b>
Escolaridad							
Sin escolaridad	12.7	0.4	22.5	8.2	4.5	49.6	2.2
Primaria incompleta	14.1	0.6	32.1	11.9	6.4	34.9	0.0
Primaria completa	18.2	1.3	34.4	10.2	11.9	22.9	1.1
Secundaria y más	31.2	3.6	17.8	12.7	29.2	4.6	0.9
Lugar de residencia							
Urbano	27.1	2.9	18.9	19.5	28.3	2.1	1.2
Rural	17.6	1.3	31.8	5.6	7.7	35.5	0.6
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	20.7	2.0	17.5	7.3	7.5	45.0	0.1
No habla	21.9	1.9	29.3	12.7	19.2	13.9	1.1

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

## Tipo de parto

En Hidalgo, 18.8 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo 1994-1997 fueron resueltos mediante operación cesárea, valor muy por debajo del promedio nacional (26.5%), lo que la ubica como la entidad con el cuarto menor porcentaje de cesáreas del país (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado, 35.3 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 31.1 por ciento y en la SSA a 14.9 por ciento. En el medio urbano, la proporción de cesáreas fue 1.6 veces mayor que en el ámbito rural. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los nacimientos.

## Atención durante el puerperio

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

En el estado de Hidalgo, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio fue ligeramente menor que el promedio nacional (58% y 59.1%, respectivamente) (véase gráfica 27). Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron aquéllas sin escolaridad (37.5% a diferencia de 74.2% de las mujeres con secundaria y más) las de paridades altas (40.4% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 71.4% de las primíparas); las

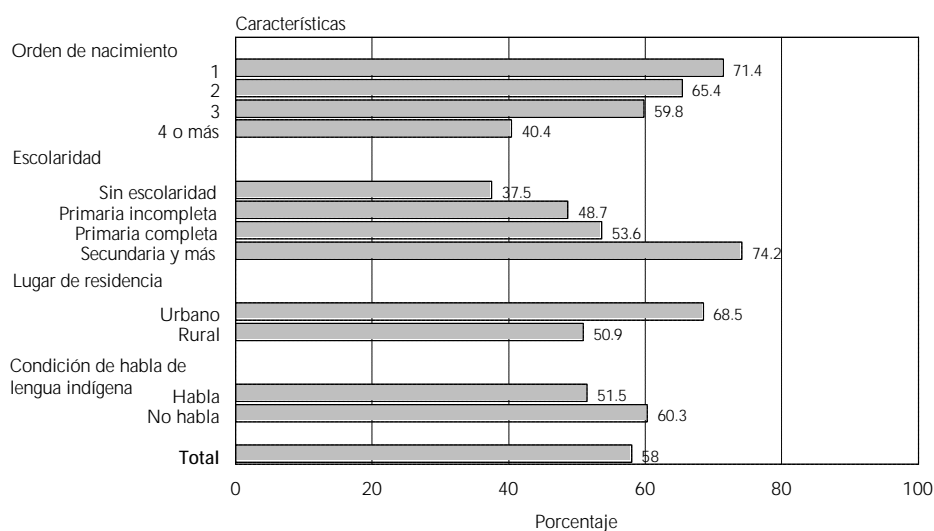
que residían en localidades rurales (50.9% en tanto que 68.5% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio); y las que hablan alguna lengua indígena (51.5% contra 60.3% de las que no lo hacen).

**Cuadro 14.**  
Hidalgo: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994-1997

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
<b>Total</b>	<b>81.2</b>	<b>18.8</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	84.9	15.1
20-34	80.3	19.7
35-49	80.1	19.9
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	68.9	31.1
SSA	85.1	14.9
Otras públicas	78.1	21.9
Sector privado	64.7	35.3
Lugar de residencia		
Urbano	70.1	29.9
Rural	88.6	11.4

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

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



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

## 6 Lactancia materna

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

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

En Hidalgo, la lactancia está ampliamente difundida y se practica por periodos prolongados, ubicándolo como el cuarto estado con la mayor proporción en ambos renglones: 94.2 por ciento de los niños y las niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió leche materna, con una duración mediana de 14.3 meses. Estos resultados indican una incidencia 2.4 por ciento menor y una duración mediana de dos terceras partes de la observada en Oaxaca, que es el estado en el cual la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos se registran en aquéllos cuyas madres tenían 35 años y más y que se atendieron el parto en el sector privado (83.6% y 88.6%, respectivamente). En el medio rural, 95.7 por ciento de los niños y las niñas fue amamantado y la mitad ya había sido destetada a los 19.2 meses, mientras que en las ciudades 92 por ciento de los y las recién nacidas recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 9.6 meses (véase cuadro 16). Prácticamente todos los hijos e hijas de mujeres que hablan alguna lengua indígena recibieron leche materna (97.8%), lo que muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada en la población indígena.

### 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

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

<b>Total</b>		<b>94.2</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	94.8
	20-34	95.0
	35-49*	83.6
Escolaridad		
	Sin escolaridad	98.4
	Primaria incompleta	95.7
	Primaria completa	92.3
	Secundaria y más	93.2
Lugar de atención del parto		
	Sector público	93.8
	Sector privado	88.6
	Casa	98.5
Lugar de residencia		
	Urbano	92.0
	Rural	95.7
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	97.8
	No habla	92.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

**Cuadro 16.**  
**Hidalgo: 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	8.7	6.2	12.4
Mediana	14.3	9.6	19.2
Tercer cuartil	24.3	14.2	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.

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 del niño.

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. Al contrario, en Hidalgo 52.2 por ciento de las y los recién nacidos fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad, lo que lo sitúa como la tercera entidad con la menor proporción en este renglón. Poco más de la tercera parte (35.1%) recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado por la norma de salud; y seis de cada cien no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.9 meses, cifra mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

La ablactación temprana fue más frecuente en las zonas urbanas (63.5%) y entre los hijos(as) de mujeres con secundaria y más (60.8%). En tanto que la ablactación tardía se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres sin escolaridad (15.3%) y entre aquellos cuyas mujeres hablan alguna lengua indígena (12.7%).

**Cuadro 17.**  
Hidalgo: 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
<b>Total</b>	<b>20.7</b>	<b>31.5</b>	<b>35.1</b>	<b>6.6</b>	<b>6.2</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	20.8	28.5	37.7	5.1	7.8
20-34	19.9	32.7	34.5	6.7	6.1
35-49*	29.4	26.1	33.3	9.3	1.9
Escolaridad					
Sin escolaridad	11.6	24.8	40.4	15.3	7.9
Primaria incompleta	20.5	27.9	35.3	11.6	4.7
Primaria completa	19.9	29.9	39.9	3.0	7.3
Secundaria y más	24.2	36.6	30.3	2.9	6.0
Lugar de residencia					
Urbano	26.5	37.0	28.9	2.1	5.5
Rural	16.9	27.8	39.1	9.5	6.7
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	14.6	23.2	41.0	12.7	8.4
No habla	22.9	34.5	32.9	4.3	5.4

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

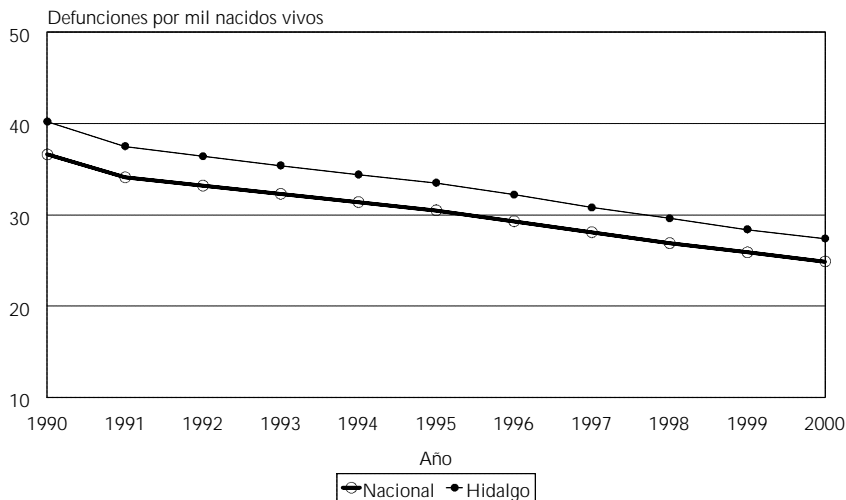
## 7 Mortalidad infantil

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 Hidalgo, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 40.2 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 27.4 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 31.8 por ciento de los decesos, los cuales habrían

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

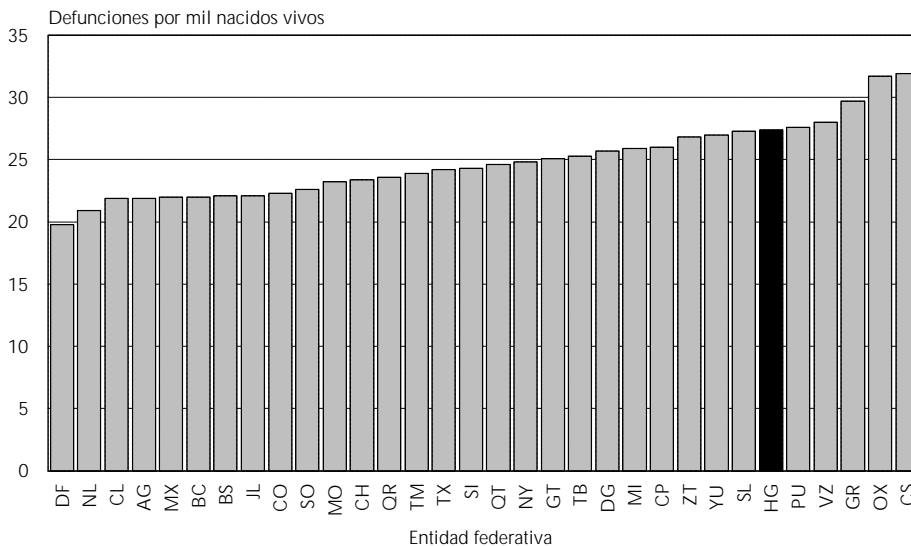


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Hidalgo es 38.4 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, situando a Hidalgo como el sexto estado con la mayor mortalidad en este renglón (véase gráfica 29).

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

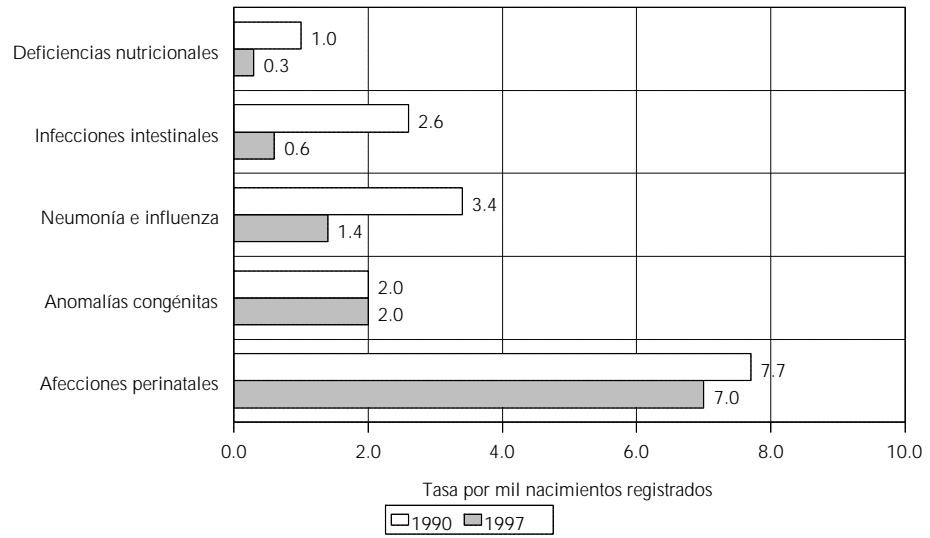
Gráfica 29.  
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.



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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

## 8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

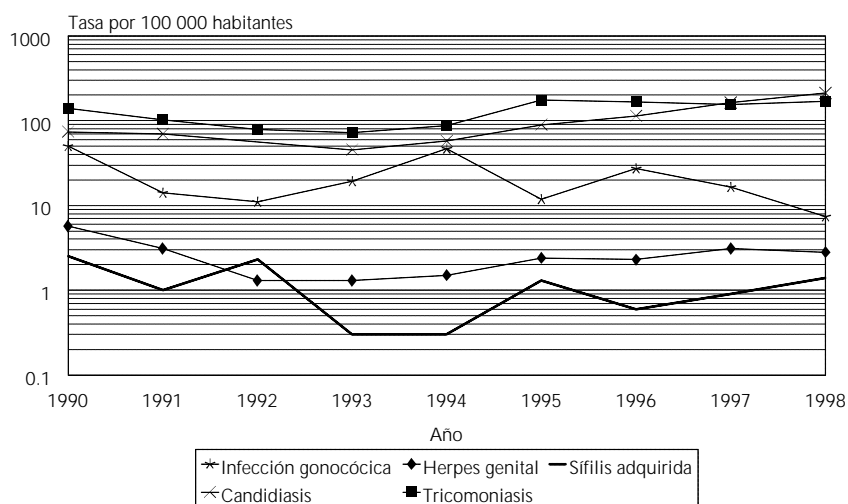
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos 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 cinco casos por 100 mil.

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

En Hidalgo, las dos principales ETS registraron un comportamiento a la baja entre 1990 y 1993, y a partir de 1994 aumentaron su incidencia de tal forma que en 1998 la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 211.4 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 170 por 100 mil (véase gráfica 31). Esto significa que Hidalgo era el estado con el décimo segundo nivel más bajo de incidencia en la candidiasis urogenital, y el decimoquinto con la tasa de tricomoniasis urogenital más alta de todas las entidades del país.

La incidencia de las ETS clásicas en Hidalgo presentó un comportamiento muy irregular con una tendencia decreciente. Así, entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 50.2 a 7.4 casos por 100 mil habitantes; y en el caso de la sífilis adquirida, ésta pasó de 2.5 a 1.4 casos por 100 mil. Cabe destacar que, en el último año bajo observación, la incidencia de ambas enfermedades fue menor que la registrada a escala nacional.

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



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

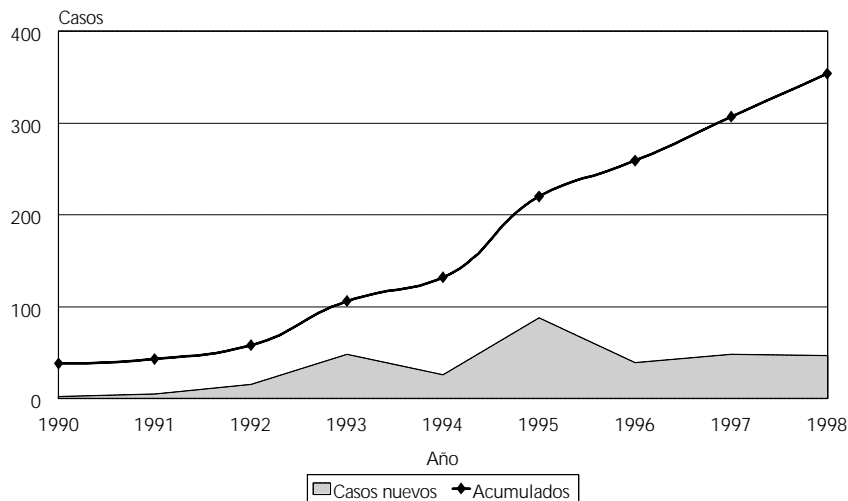
## VIH/SIDA

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

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

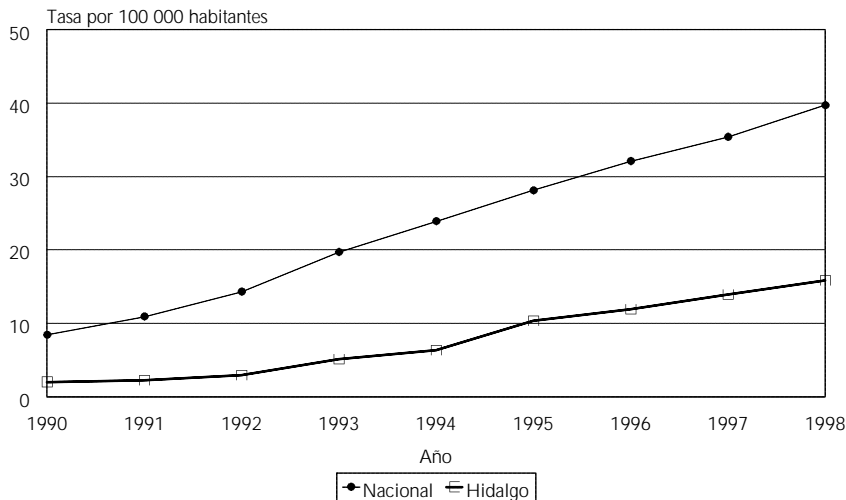
En Hidalgo, el incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1991. A partir de este año presentó un comportamiento de altibajos con una tendencia creciente. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 354 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de dos casos por 100 mil habitantes en 1990 a 15.8 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). A pesar de este aumento, Hidalgo es el séptimo estado que presenta la menor incidencia acumulada del país.

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



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

La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce, ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, ya que no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Hidalgo fue 18.1 por ciento mayor que lo registrado para el país (33.9% y 28.7%, respectivamente)

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 Hidalgo, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (84.2%); poco más de uno de cada ocho casos fueron contagiados por vía sanguínea (13.2%); y 2.1 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 42.7 por ciento, mientras que alrededor de 20 por ciento de los casos fueron contagiados por vía homosexual y bisexual, en cada caso. La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de cuatro, es decir, había cuatro hombres infectados por cada mujer, lo cual es congruente con el alto porcentaje de contagio heterosexual en la entidad.

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

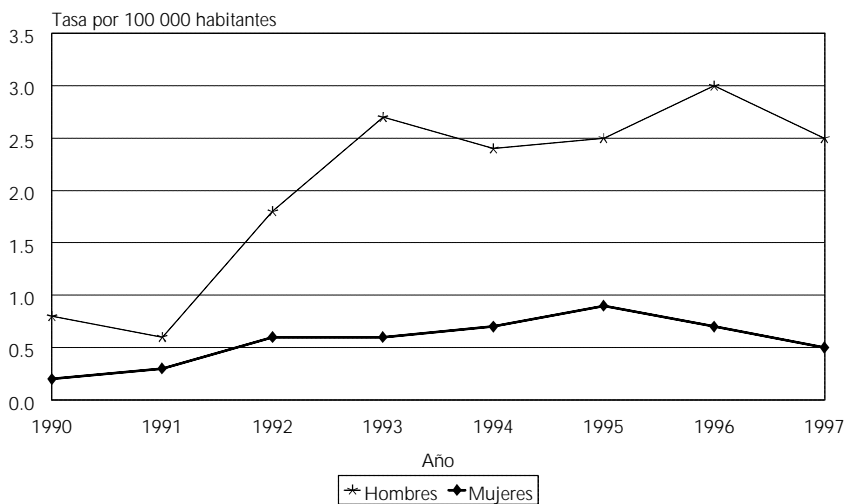
Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100.0</b>
Vía sexual	197	84.2
Homosexual	48	20.5
Bisexual	49	20.9
Heterosexual	100	42.7
Vía sanguínea	31	13.2
Transfusión	18	7.7
Hemofílico	5	2.1
Usuario de drogas intravenosas	6	2.6
Donador remunerado	2	0.9
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	1	0.4
Perinatal	5	2.1
Subtotal	234	100.0
No documentado	120	33.9

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

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 225 muertes en el estado de Hidalgo,<sup>10</sup> con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 1.4 defunciones en 1997. Cabe destacar que en Hidalgo esta patología todavía no se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presenta una clara tendencia ascendente, al pasar de 0.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 2.5 defunciones por 100 mil en 1997 (véase gráfica 34). La tasa de mortalidad femenina, por su parte, es considerablemente menor, registrándose 0.2 defunciones por cada 100 mil mujeres en 1990 y 0.5 defunciones por 100 mil en 1997.

Gráfica 34.  
Hidalgo: 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 177 hombres y 48 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 61.6 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que para las mujeres esta proporción asciende a casi la mitad. Llama la atención el elevado porcentaje de defunciones de mujeres de 20 a 24 años de edad (20.8%), lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH a edades tempranas (véase cuadro 19).

<sup>10</sup> INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.

Hidalgo: distribución porcentual de las defunciones por SIDA por grupos de edad, según sexo, 1989-1997

	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
< 1	1.3	1.1	2.1
1-4	0.9	0.6	2.1
5-14	0.9	0.6	2.1
15 - 19	0.9	0.6	2.1
20 - 24	11.1	8.5	20.8
25 - 29	21.8	24.9	10.4
30 - 34	20.0	19.8	20.8
35 - 39	16.9	16.9	16.7
40 - 44	8.9	9.0	8.3
45 - 49	7.1	8.5	2.1
50 - 64	7.6	8.5	4.2
65 y más	2.7	1.1	8.3

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 Hidalgo, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento de altibajos, con niveles más bajos que los registrados en el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Hidalgo fue de 16.5 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubicó a esta entidad en el sexto nivel más bajo de mortalidad por este cáncer en el país, sólo mayor al que se registró en los estados de Nuevo León, Zacatecas, Distrito Federal, México, Baja California Sur y Aguascalientes.

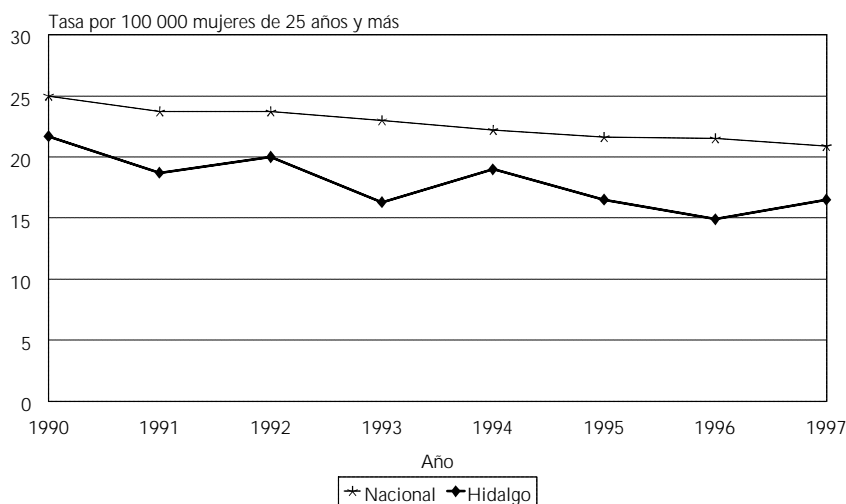
Al analizar la mortalidad por grupos de edad se observó que, como ocurre con la mayoría de los tumores malignos, ésta se incrementa con la edad: ocho de cada diez defunciones en el país por esta causa corresponde a mujeres de 45 años y más.

En Hidalgo, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino para casi todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, son menores que las observadas a escala nacional. En particular



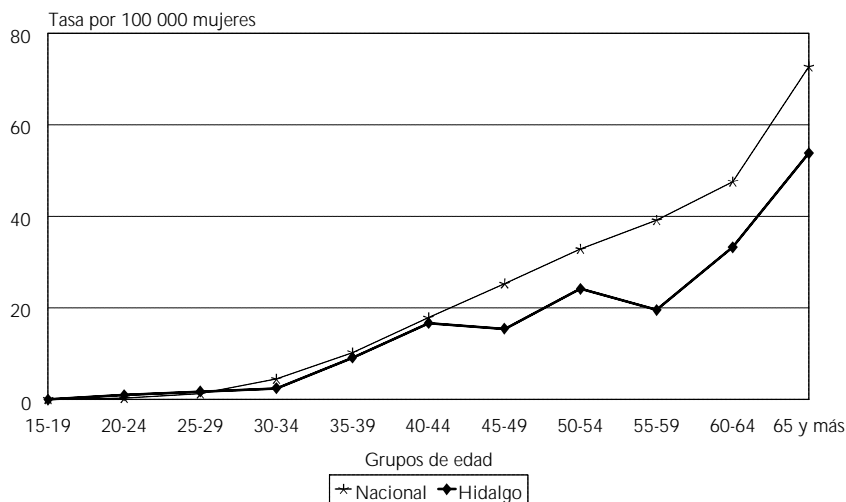
destacan los grupos de 55-59 y de 65 años y más, en el que la diferencia es cercana a los veinte puntos porcentuales (véase gráfica 36).

**Gráfica 35.**  
Hidalgo: 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.**  
Hidalgo: 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.

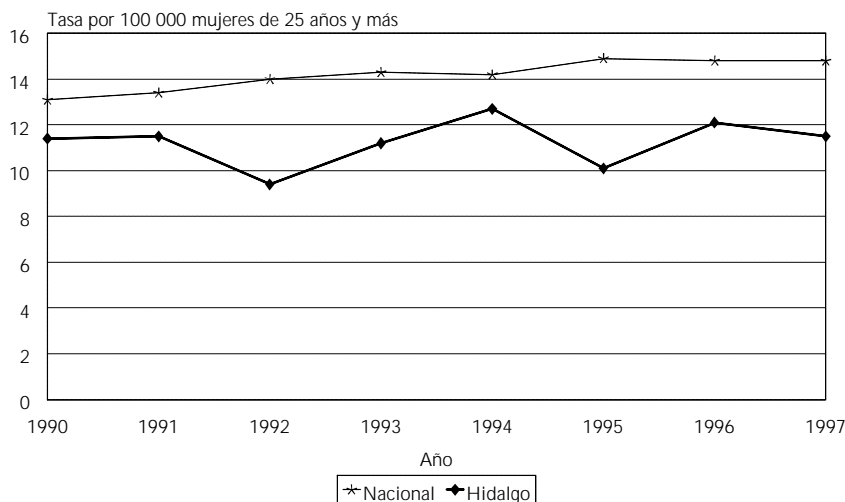
## Cáncer de la mama

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 Hidalgo, la tasa de mortalidad por cáncer mamario se ubicó entre 10 y 13 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad fue de 11.5 defunciones por 100 mil, cinco puntos porcentuales menos que el promedio nacional, lo que situó a Hidalgo como el décimo primer estado con la menor mortalidad por este cáncer (véase gráfica 37).

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

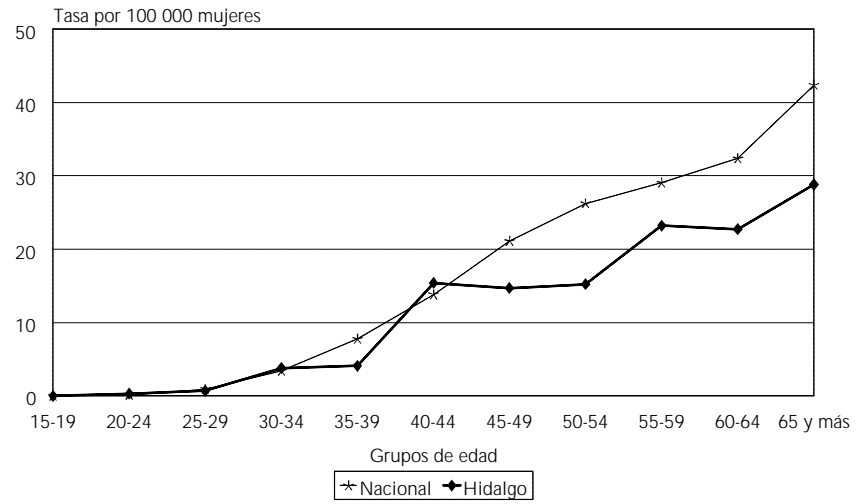


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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

En Hidalgo, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad por esta causa menor que el promedio nacional, destacando las mujeres de 65 años y más, cuya tasa de mortalidad fue 13.6 puntos porcentuales más baja que la registrada para la República (véase gráfica 38).

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



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

## Conclusiones

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

Los resultados de este trabajo indican que entre 1992 y 1997, en Hidalgo se dio un descenso acelerado en los niveles de la fecundidad de 3.25 a 2.9 hijos por mujer, y se estima que en el año 2000 ascendió a 2.6, nivel que corresponde al observado en el país a principios de 1998. Lo mismo sucede con la tasa de mortalidad infantil, la cual se estima que ascendió en el año 2000 a 27.4 defunciones por mil nacidos vivos, nivel similar al observado en el ámbito nacional tres años antes.

El rezago demográfico al interior del estado es más acentuado en los grupos sociales y étnicos con menos acceso a los beneficios del desarrollo, como son las mujeres indígenas, las que residen en localidades rurales y las mujeres con menores niveles de escolaridad. Sin embargo, las mujeres con las mejores condiciones socioeconómicas del estado también presentan un importante rezago respecto a sus homólogas de todo el país.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, Hidalgo presenta importantes diferencias respecto a la población del país en su conjunto. Entre 1992 y 1997 el porcentaje de mujeres unidas que usaba métodos de planificación familiar aumentó de 60.2 a 63.2 por ciento y se estima que en el año 2000 ascendió a 66.3 por ciento. La prevalencia de uso en el estado es equivalente a la del país hace cinco años.

A pesar de que, en los últimos años, el mayor incremento de la prevalencia anticonceptiva en Hidalgo se registró entre los grupos más rezagados y que los grupos más favorecidos por el desarrollo registraron algunos retrocesos, la diferencia entre las mujeres que residen en el medio rural con respecto a las de las localidades urbanas es de 16.7 puntos porcentuales y de 26.4 puntos entre niveles de escolaridad extremos.

Los menores niveles de uso se registran entre las mujeres sin escolaridad (45%), entre las mujeres que hablan lengua indígena (51.1%) y las que residen en el medio rural (55%). El nivel de uso del primer grupo es similar al observado en el país en 1982 y el del segundo grupo es similar al que las mujeres mexicanas presentaron en 1987. Asimismo, estos grupos son los que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.

Las diferencias respecto al promedio nacional de las mujeres jóvenes de la entidad también son importantes. En Hidalgo el nivel de uso de anticonceptivos de las mujeres unidas, menores de 20 años de edad, es similar al registrado por ese grupo de edad siete años antes en el país, mientras que el de las mujeres de 20 a 24 corresponde al de sus homólogas nacionales de hace cinco años. Algo similar ocurre con la prevalencia anticonceptiva de las mujeres con paridad cero: el porcentaje observado en 1997 en Hidalgo es semejante al que registró este grupo en 1992 en el país.

La importancia de incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes se basa principalmente en los elevados niveles de demanda insatisfecha que

registran las mujeres menores de 30 años y que superan la media estatal. En Hidalgo, 34.5 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas de 15 a 19 años, 27.6 de las de 20 a 24 años, y 18.1 por ciento de las de 25 a 29 años de edad desea espaciar o limitar sus embarazos y no hace uso de métodos anticonceptivos.

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

En la dimensión de la salud materno-infantil, Hidalgo presenta en 1997 el décimo nivel más bajo de mortalidad materna; a pesar de ello, en la entidad se presenta una alta incidencia de muertes por toxemia y hemorragias del embarazo y el parto. La mayoría de estas muertes se considera que pueden ser evitables, si las mujeres disponen de servicios de atención prenatal de calidad. Sin embargo, una de cada doce mujeres que se embarazan no recibe atención alguna durante el embarazo, y sólo ocho de cada diez tiene vigilancia médica, situando al estado de Hidalgo en el séptimo lugar con la menor cobertura de atención prenatal medicalizada.

Los resultados indican que en la mayoría de los casos la atención prenatal que se otorga es de calidad. Dos de cada tres embarazadas inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, y tienen en promedio más de cinco consultas tal como lo recomienda la norma oficial respectiva. Asimismo, a poco más de nueve de cada diez mujeres se les tomó la presión arterial y se les pesó, mientras a que a más de ocho de cada diez se les aplicó la vacuna contra el tétanos.

El agente de salud al que más recurre la población para la atención del parto es el médico (72.6%). Sin embargo, la partera continúa teniendo un peso relativo importante como agente para la atención del parto (17.8%) y su participación aumenta entre los sectores más pobres de la entidad, llegando a ser cercano a 40 por ciento en el caso de las mujeres sin escolaridad e indígenas.

Con relación a las dos principales enfermedades de transmisión sexual, éstas presentaron un comportamiento errático en la entidad durante los años noventa; sin embargo, Hidalgo era el estado con el décimo segundo nivel más bajo de incidencia en la candidiasis urogenital, y el decimoquinto con la tasa de tricomoniasis urogenital más alta de todas las entidades del país en 1998. El VIH/SIDA, registró un aumento, aunque el nivel de incidencia acumulado de esta enfermedad es el séptimo más bajo del país. Destaca, en este estado, que la razón hombre/mujer de casos de SIDA sea de cuatro hombres por cada mujer, lo cual es congruente con el alto porcentaje de casos cuya categoría de transmisión es la vía sexual heterosexual (42.7%). 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 estar favoreciendo 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 Hidalgo entre 1990 y 1997 fueron menores a las que se observaron en el país en su conjunto, y en 1997 fue la entidad con el sexto menor nivel de mortalidad por esta patología. Asimismo, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado se ha mantenido por debajo de la registrada en el país, sin cambios importantes en el periodo analizado.

# Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Hidalgo
1990	3.35	3.35
1991	3.25	3.30
1992	3.14	3.25
1993	3.04	3.21
1994	2.93	3.16
1995	2.82	3.11
1996	2.73	3.01
1997	2.65	2.90
1998	2.55	2.79
1999	2.48	2.69
2000	2.40	2.60

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

**Datos gráfica 4.**  
Hidalgo: 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	14.4	5.4
15	22.7	11.9
16	31.5	20.8
17	39.8	28.1
18	49.9	39.2
19	54.8	46.5
20	62.3	52.2
21	68.0	59.2
22	73.7	64.9
23	76.3	70.7
24	79.0	72.5
25	82.8	75.1

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

**Datos gráfica 3.**  
Hidalgo: 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	22.7	32.2	24.1	21.0
1958-1962	21.2	37.9	24.9	16.1
1963-1967	16.0	38.2	23.5	22.2
1968-1972	11.9	34.6	26.0	27.5

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

## Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	22.2	42.5	19.8	15.5
Primaria completa	15.5	49.4	15.3	19.8
Secundaria y más	4.7	27.0	34.1	34.2
Rural	17.7	41.0	22.0	19.2
Urbano	10.9	32.6	27.0	29.5
<b>Total</b>	<b>14.0</b>	<b>36.5</b>	<b>24.7</b>	<b>24.8</b>

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

## Datos gráfica 7

Hidalgo: 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	6.6	5.6	3.7	1.4
16	12.5	12.2	8.6	4.6
17	18.5	18.9	14.7	11.1
18	28.2	28.2	23.4	19.7
19	35.7	40.6	36.9	30.8
20	50.0	51.6	45.8	41.3
21	59.0	59.0	58.1	50.4
22	63.2	65.3	63.5	57.3
23	67.0	72.0	69.0	63.9
24	76.8	77.2	73.5	67.9
25	81.2	82.3	78.8	71.8

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

**Datos gráfica 8.**

**Hidalgo: 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	4.8	9.6	20.5	27.4	32.2	5.4
1958-1962	8.7	12.9	25.5	22.6	25.5	4.8
1963-1967	5.5	14.8	23.2	24.8	28.0	3.7
1968-1972	7.9	16.1	23.3	20.1	26.4	6.2

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

**Datos gráfica 9.**

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.2	0.8	1.0	0.3
16	1.6	3.4	2.3	1.3
17	2.2	3.9	3.1	3.3
18	6.2	7.6	5.8	5.3
19	6.2	10.8	7.6	11.0
20	10.5	13.4	10.6	14.5
21	13.6	14.7	15.8	17.6
22	14.2	16.9	17.2	21.1
23	15.2	18.7	18.3	22.9
24	17.2	19.5	19.5	24.3
25	18.4	21.1	20.7	25.9

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.



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

Año	Nacional	Hidalgo
1990	5.4	6.7
1991	5.1	5.2
1992	5.0	7.4
1993	4.5	5.0
1994	4.8	5.1
1995	5.3	6.4
1996	4.8	4.5
1997	4.7	4.0

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

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

Año	Nacional	Hidalgo
1990	36.6	40.2
1991	34.1	37.5
1992	33.2	36.4
1993	32.3	35.4
1994	31.4	34.4
1995	30.5	33.5
1996	29.3	32.2
1997	28.1	30.8
1998	26.9	29.6
1999	25.9	28.4
2000	24.9	27.4

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	50.2	5.7	2.5	74.1	140.1
1991	14.1	3.1	1.0	69.5	101.9
1992	11.0	1.3	2.3	n.d.	78.1
1993	19.3	1.3	0.3	45.5	72.8
1994	46.6	1.5	0.3	57.5	87.1
1995	11.9	2.4	1.3	89.7	175.3
1996	27.2	2.3	0.6	114.2	165.8
1997	16.5	3.1	0.9	162.2	154.3
1998	7.4	2.8	1.4	211.4	170.0

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	2	38
1991	5	43
1992	15	58
1993	48	106
1994	26	132
1995	88	220
1996	39	259
1997	48	307
1998	47	354

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

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

Año	Nacional	Hidalgo
1990	7.4	2.0
1991	10.9	2.2
1992	14.3	2.9
1993	19.7	5.1
1994	23.9	6.3
1995	28.1	10.3
1996	32.1	11.9
1997	35.4	13.9
1998	39.7	15.8

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.8	0.2
1991	0.6	0.3
1992	1.8	0.6
1993	2.7	0.6
1994	2.4	0.7
1995	2.5	0.9
1996	3.0	0.7
1997	2.5	0.5

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

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

Año	Nacional	Hidalgo
1990	25.0	21.7
1991	23.7	18.7
1992	23.7	20.0
1993	23.0	16.3
1994	22.2	19.0
1995	21.6	16.5
1996	21.5	14.9
1997	20.9	16.5

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

Edad	Nacional	Hidalgo
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	1.0
25-29	1.3	1.8
30-34	4.5	2.5
35-39	10.3	9.2
40-44	17.9	16.7
45-49	25.3	15.5
50-54	32.9	24.2
55-59	39.2	19.6
60-64	47.6	33.3
65 y más	72.7	53.8

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

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

Año	Nacional	Hidalgo
1990	13.1	11.4
1991	13.4	11.5
1992	14.0	9.4
1993	14.3	11.2
1994	14.2	12.7
1995	14.9	10.1
1996	14.8	12.1
1997	14.8	11.5

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

Edad	Nacional	Hidalgo
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.3
25-29	0.9	0.7
30-34	3.4	3.8
35-39	7.8	4.1
40-44	13.8	15.4
45-49	21.1	14.7
50-54	26.2	15.2
55-59	29.1	23.2
60-64	32.4	22.7
65 y más	42.4	28.8

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  
*Hidalgo*

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.