

# Cuadernos de salud reproductiva

---

Morelos



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva  
*Morelos*

Primera edición: abril de 2001  
ISBN: 970-628-511-3

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	13
Edad a la primera unión	14
Tipo de primera unión	16
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	17
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	21
Número ideal de hijos e hijas	21
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	24
Conocimiento de métodos anticonceptivos	24
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	27
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	29
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	31
Anticoncepción posparto	33
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	35
4 Salud materna	38
Nivel de la mortalidad materna	38
Causas de mortalidad materna	40
Aborto	41
5 Atención a la mujer embarazada	42
Atención prenatal	42
Cobertura institucional de la atención prenatal	44

Inicio de la atención prenatal	44
Intensidad y calidad de la atención prenatal	45
Atención del parto	47
Lugar de atención del parto	48
Tipo de parto	48
Atención durante el puerperio	49
6 Lactancia materna	51
Edad de la ablactación	51
7 Mortalidad infantil	54
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	57
VIH/SIDA	58
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	62
Cáncer cérvico uterino	62
Cáncer de la mama	64
Conclusiones	66
Anexo estadístico	68
Nomenclatura de las entidades federativas	74



# 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 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 la de contribuir a garantizar 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 en los ámbitos nacional y estatal durante 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 Morelos 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 brindar un panorama general del estado de la salud reproductiva en Morelos. En éste se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos 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) y su nivel de escolaridad. 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.

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Morelos. En 1995, casi 86 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 1 181 localidades censadas en el estado, 83.6 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 4.6 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, particularmente en el estado de Morelos. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.9 años, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Morelos se encuentra entre las ocho entidades del país con los más altos niveles de escolaridad. En 1997, 10.3 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 15.3 por ciento no había concluido la primaria, 17 por ciento terminó la instrucción primaria, 25.1 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 32.3 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que se aprecian algunas diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 8.2 para los hombres y de 7.6 para las mujeres. Asimismo, la proporción que representan las personas sin instrucción es mayor entre las mujeres que entre los hombres: 12.2 y ocho por ciento, respectivamente.<sup>3</sup>

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Morelos tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de las ocho del país cuyo índice de marginación es bajo. La marginación baja o muy baja es una realidad que caracteriza a 13 de los 33 municipios, donde residen siete de cada diez habitantes; mientras que los 20 municipios restantes se caracterizan por tener un índice de marginación medio y en ellos residen tres de cada diez habitantes.<sup>4</sup>

---

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

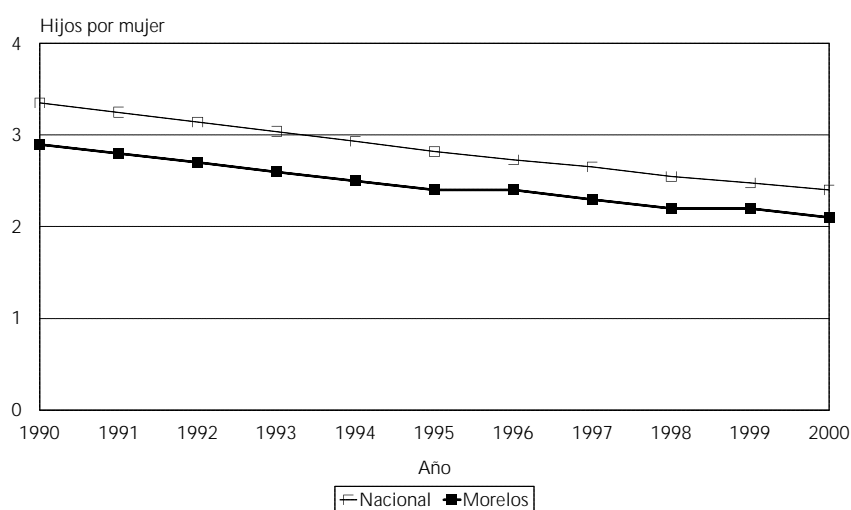
<sup>3</sup> INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

<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.  
Morelos: tasa global de fecundidad, 1990-2000



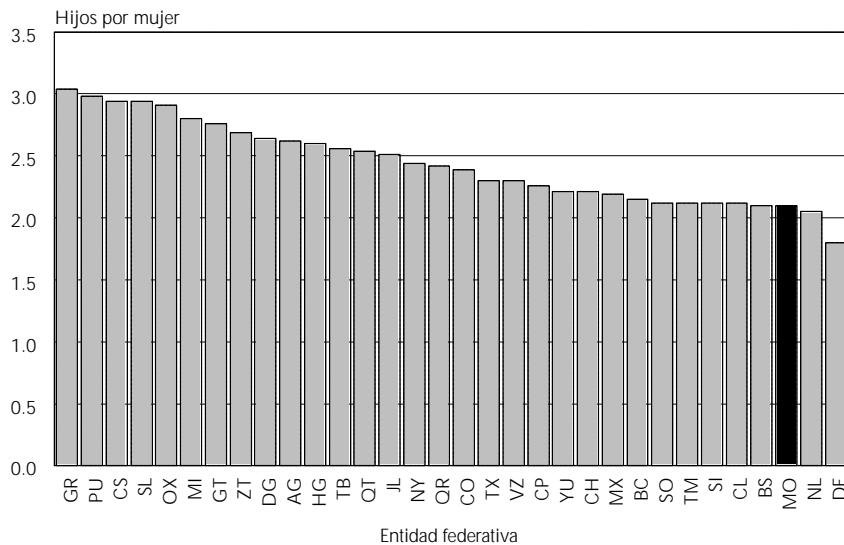
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

En el estado de Morelos, las mujeres también han reducido el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 2.88 hijos por mujer en 1990 a 2.7 en 1992, descendió a 2.29 hijos en 1997, y para el 2000 se estima en 2.1 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Morelos del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 0.73 hijos en 1990, a 0.3 hijos en el año 2000. Este

<sup>5</sup> Número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva.

nivel de fecundidad es el tercero más bajo del país, junto con el de Baja California Sur, y ubica a Morelos entre las 16 entidades que se encuentran por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

**Gráfica 2.**  
Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

## Edad a la primera unión

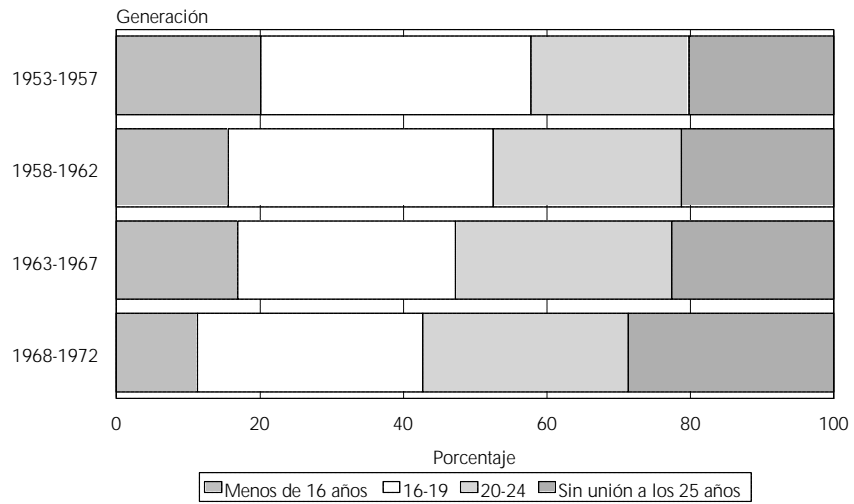
El inicio de la vida en pareja constituye un hecho sobresaliente en la biografía de las personas. En general, esta transición señala el paso de la adolescencia a la edad adulta y coincide o está cercana a la separación del hogar paterno, el abandono de la vida de estudiante, el inicio de la vida laboral 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 Morelos, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de casi dos años en la edad mediana al matrimonio (de 19.4 a 21.2 años), lo que sugiere que en la entidad han ocurrido cambios en el patrón de matrimonio. Esta tendencia a la postergación del matrimonio también puede apreciarse en el porcentaje de mujeres que se encuentran unidas antes de cumplir 20 años de edad, alrededor de la mitad de las mujeres de Morelos nacidas entre 1953 y 1967 ya vivía en unión o matrimonio, porcentaje que

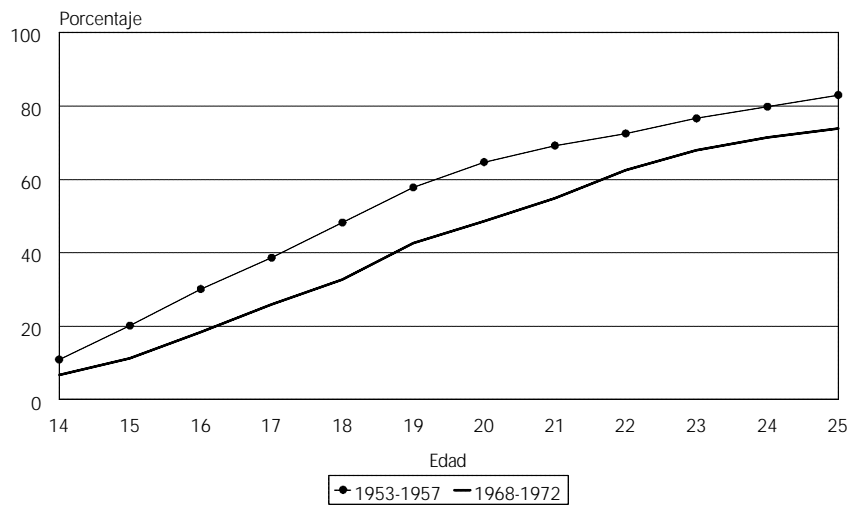
asciende a más de cuatro de cada diez (42.7%) entre las de la generación más reciente. Asimismo, el porcentaje de mujeres unidas antes de cumplir 16 años de edad disminuyó de 20.1 a 11.3 por ciento entre las generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

**Gráfica 3.**  
**Morelos: 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.

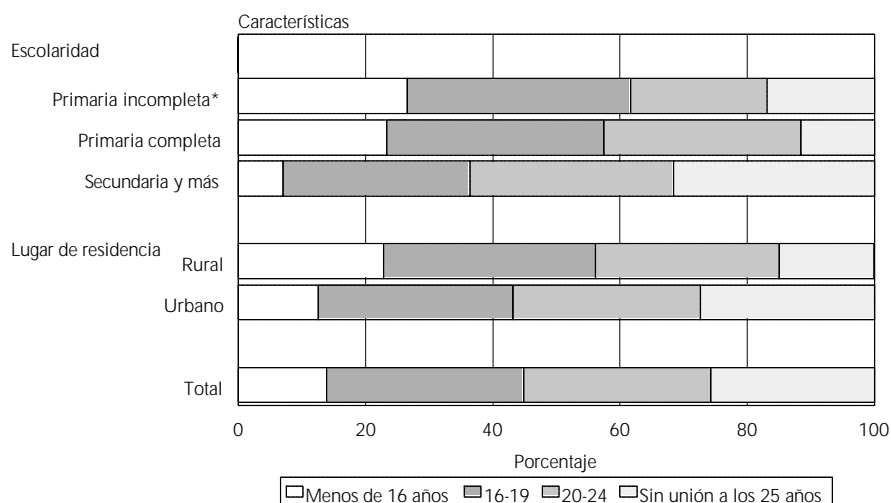
**Gráfica 4.**  
**Morelos: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997**



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

Al igual que en el país, en Morelos el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. El porcentaje de mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, que se unieron antes de cumplir 16 y 20 años de edad, fue de 22.8 y 56.2 por ciento, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a 12.6 y a 43.2 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 36.4 por ciento de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con un menor nivel educativo este valor asciende a alrededor de seis de cada diez.

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



\* Menos de 100 casos en muestra

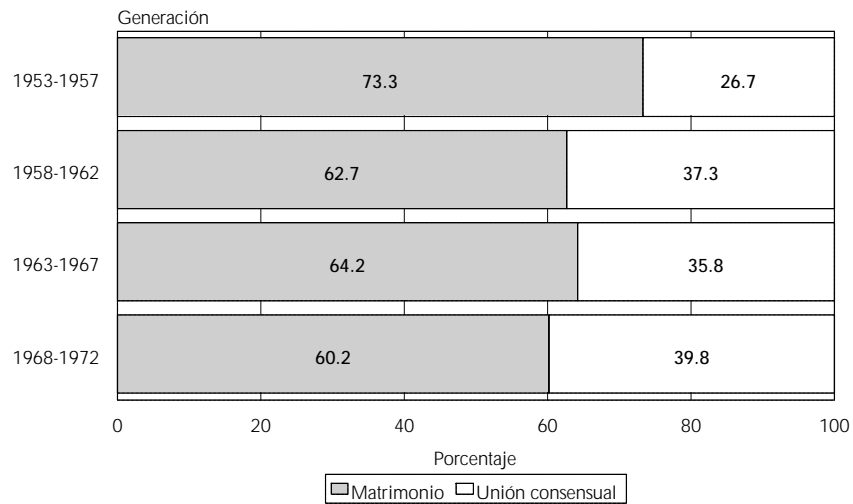
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Tipo de primera unión

En Morelos, 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, poco más de una de cada cuatro mujeres (26.7%) se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a cuatro de cada diez (39.8%), cifra ligeramente mayor a la observada para el país en su conjunto (36.3%).



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



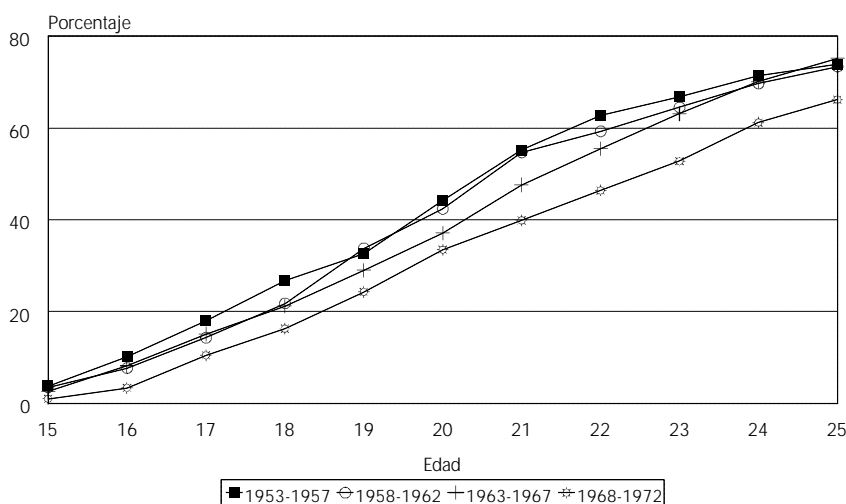
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Morelos se ha registrado un ligero retraso en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestran las probabilidades acumuladas de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, en las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7). La probabilidad de ser madre antes de cumplir 20 años de edad es de alrededor de 43 por ciento para las mujeres nacidas entre 1953 y 1962; mientras que entre las mujeres de la generación más reciente (1968-1972) este valor ascendía a una de cada tres. Asimismo, mientras poco más de una de cada cuatro mujeres de la generación 1953-1957 iniciaron la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad, este valor descendió a 16.3 por ciento entre las nacidas en el periodo 1968-1972.

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

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



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

## Intervalo protogenésico

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

El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que, en Morelos, una vez que ocurre la unión o matrimonio el nacimiento del primer hijo(a) se presenta muy rápidamente. Antes del primer aniversario de la pareja, más de cuatro de cada diez mujeres de las distintas generaciones ya tuvieron a su primer hijo(a), y poco después del primer año esta cifra se eleva a más de seis de cada diez, lo cual indica que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población de Morelos (véase gráfica 8). Esta aparente falta de interés por postergar el nacimiento del primer hijo(a) puede ser resultado del predominio de actitudes y valores favorables a la procreación inmediata, o bien a que muchas parejas se unen cuando ya ha ocurrido el embarazo y no tienen oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

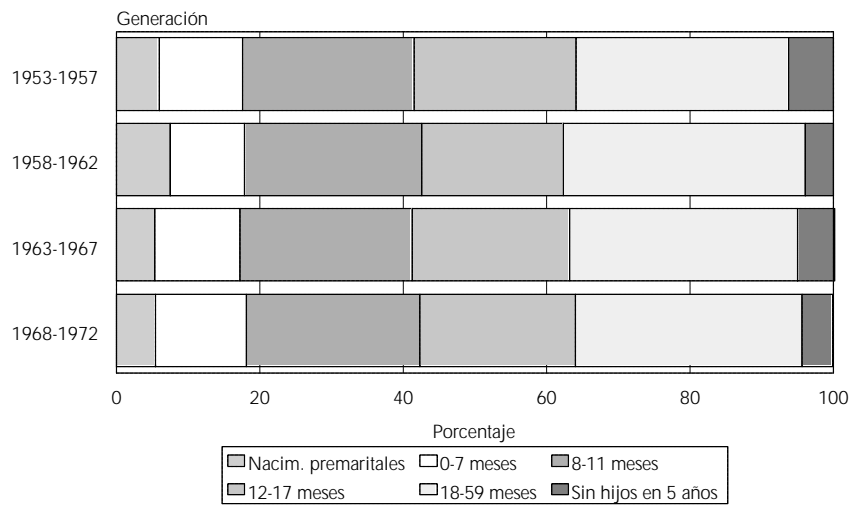
Cabe señalar que en esta entidad, al igual que a escala nacional, las mujeres unidas de las generaciones más recientes presentan una proporción importante de embarazos premaritales. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. Más de 17 por ciento de las mujeres de las distintas generaciones inició la maternidad con un embarazo premarital; sin embargo, esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a)

estando soltera (véase gráfica 9). En Morelos, se observa una ligera tendencia a que disminuya la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad es de 15.9 por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1953-1957, mientras que para las mujeres de la generación más reciente esta cifra es de 14.4 por ciento.

Gráfica 8.

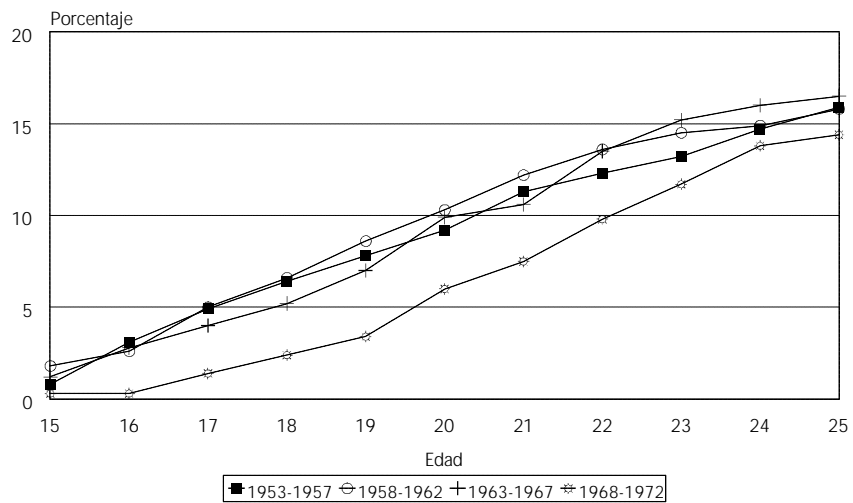
Morelos: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Gráfica 9.

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



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

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años también registró una disminución entre las generaciones extremas, al pasar de 9.2 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957, a seis por ciento entre las nacidas en el periodo 1968-1972. Sin embargo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia continúa siendo elevado: 20.8 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, en las generaciones intermedias esta proporción se situó en alrededor de 25 por ciento, en tanto que esta relación disminuyó a 17.9 por ciento para las de la generación 1968-1972.<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).

## 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 Morelos fue de 2.8, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia declarado en Morelos es similar a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (2.9), pero mayor al nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.3 hijos por mujer).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de entre 35 y 49 años de edad declararon un ideal promedio de alrededor de tres hijos e hijas, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, así como las mujeres de 20 a 24 años de edad, mostraron preferencias por familias cercanas a dos hijos (2.3 y 2.4 hijos e hijas, en cada caso). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada, con diferencias de más de un hijo(a) entre las mujeres de 40 años y más.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon 3.7 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia de 2.5 en promedio, esto es más de un hijo(a) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres con primaria completa o menos presentan una paridad promedio más numerosa que la fecun-

dad deseada, mientras que entre las que cursaron algún grado de secundaria predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

**Cuadro 1.**  
**Morelos: 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>2.8</b>	<b>2.9</b>
Grupo de edad		
15-19*	2.3	0.6
20-24	2.4	1.4
25-29	2.6	2.2
30-34	2.6	3.0
35-39	3.2	3.5
40-44	2.9	4.0
45-49	3.4	5.0
Escolaridad		
Sin escolaridad*	3.7	5.7
Primaria incompleta	3.0	4.0
Primaria completa	2.9	3.2
Secundaria y más	2.5	2.2
Lugar de residencia		
Rural	3.0	3.5
Urbano	2.7	2.8

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los tamaños ideales de familia son ligeramente mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3 y 2.7, respectivamente) y se observa que en ambos casos, el número ideal de hijos e hijas es menor a la descendencia alcanzada, aunque la diferencia es más acentuada en el medio rural.

Poco menos de seis de cada diez mujeres con dos y tres hijos(as), declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo una de cada tres mujeres con dos hijos desea aumentar su descendencia. Cabe señalar que para la mayoría de las mujeres con cuatro y cinco hijos(as) o más el número citado como ideal es más reducido que su paridad (55.5% y 76.9%, respectivamente) (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos (43.5%), mientras que 2.5 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

**Cuadro 2.**  
**Morelos: 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>2.5</b>	<b>5.9</b>	<b>43.5</b>	<b>28.5</b>	<b>11.3</b>	<b>8.3</b>
0	0.7	15.6	56.1	24.6	1.6	1.4
1	1.3	10.6	64.3	17.2	4.4	2.2
2	2.3	4.3	58.2	22.6	9.0	3.6
3	1.8	5.1	19.6	56.0	10.4	7.2
4	2.7	4.9	33.8	14.1	33.4	11.1
5 y más	5.6	1.8	30.0	28.1	11.4	23.1

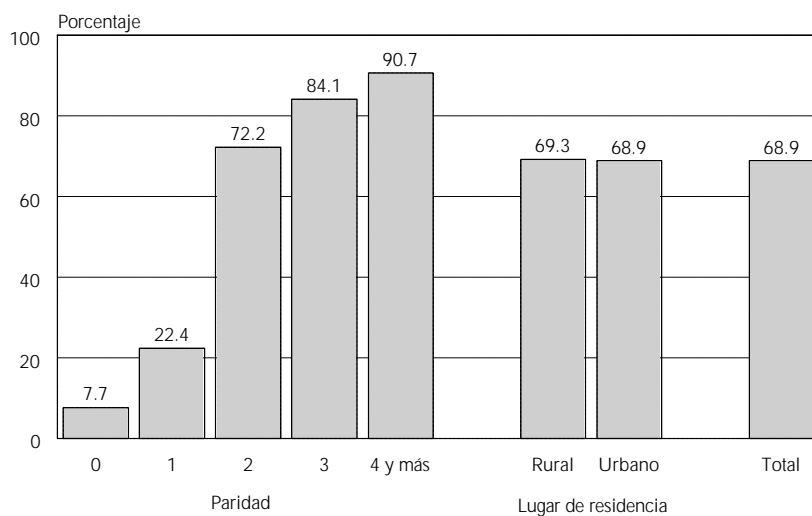
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Deseo de más hijos o hijas

En Morelos, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (68.9%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es similar entre las mujeres urbanas y rurales (68.9% y 69.3%, respectivamente).

Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido dos, cerca de tres de cada diez expresan este deseo. En contraste, entre las mujeres con tres y cuatro hijos(as) o más, 84.1 y 90.7 por ciento, respectivamente, no desea incrementar su paridad.

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



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

## 3 Práctica anticonceptiva

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

### Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en el estado de Morelos en 1997 fue de 99.3 por ciento, situándose como el cuarto estado, junto con Sonora, con la mayor proporción en este indicador. El nivel más bajo de conocimiento lo registraron las mujeres sin escolaridad (96.7%), por lo que puede afirmarse que el conocimiento de métodos anticonceptivos en Morelos es prácticamente universal (véase cuadro 3).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Morelos continúa siendo el más popular: 96.3 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importancia los condones (94.7%), el dispositivo intrauterino (DIU) (93.3%), las inyecciones (92.7%) y la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (92.3%). Entre 1992 y 1997, se registraron incrementos en el porcentaje de mujeres que conoce los diversos métodos, destacando el DIU, la vasectomía, los condones y los métodos naturales (ritmo y retiro) que registraron incrementos de entre 13 y 21 puntos porcentuales, y el Norplant, cuyo conocimiento se duplicó (véase gráfica 11).



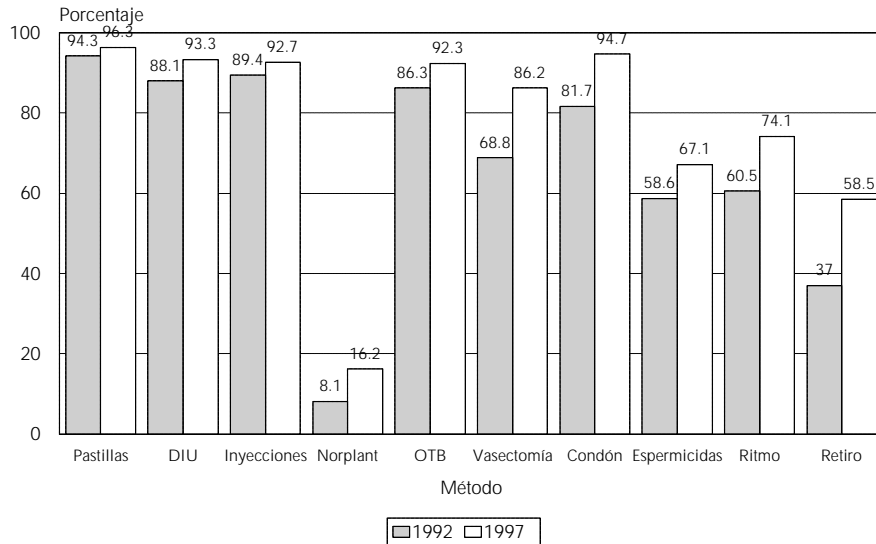
**Cuadro 3.**  
**Morelos: porcentaje de mujeres**  
**en edad fértil que conoce al menos un método**  
**anticonceptivo, según características seleccionadas, 1992 y 1997**

Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>97.5</b>	<b>99.3</b>
Grupo de edad		
15-19	94.7	98.3
20-24	98.0	99.6
25-29	99.4	99.8
30-34	99.2	99.3
35-39	98.6	100.0
40-44	97.2	99.7
45-49	96.1	98.0
Paridad		
0	95.9	98.4
1	98.9	99.3
2	99.2	100.0
3	99.4	99.7
4 y más	97.0	99.7
Escolaridad		
Sin escolaridad	88.9	96.7
Primaria incompleta	97.0	98.6
Primaria completa	97.5	98.1
Secundaria y más	98.7	100.0
Lugar de residencia		
Rural	95.7	98.4
Urbano	97.8	99.4

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

El conocimiento de métodos de planificación familiar en el ámbito rural es menor que en el ámbito urbano, aunque las diferencias no son tan amplias como en otros estados del país. En el medio rural, los únicos métodos que menos de seis de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron el retiro y el Norplant, aun cuando estos métodos registraron un incremento importante en su conocimiento (tanto en este ámbito como en el urbano) entre los años de referencia (véase cuadro 4).

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



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

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

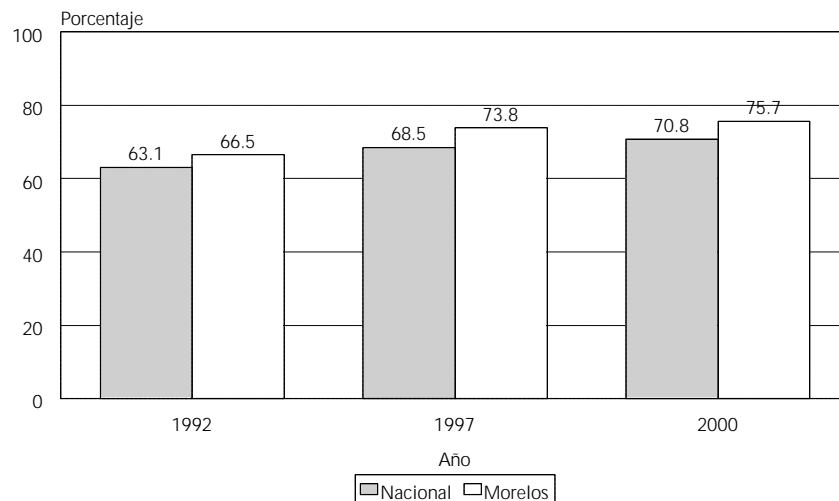
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	94.3	91.6	94.7	96.3	94.8	96.6
DIU	88.1	85.2	88.5	93.3	90.3	93.7
Inyecciones	89.4	88.8	89.5	92.7	93.1	92.6
Norplant	8.1	4.8	8.6	16.2	11.6	16.9
OTB	86.3	83.6	86.8	92.3	91.3	92.5
Vasectomía	68.8	56.3	70.7	86.2	82.9	86.8
Condomes	81.7	74.7	82.8	94.7	90.8	95.3
Espermicidas	58.6	44.5	60.7	67.1	59.1	68.3
Ritmo	60.5	48.2	62.3	74.1	64.6	75.6
Retiro	37.0	25.0	38.9	58.5	47.9	60.1

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

## Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

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



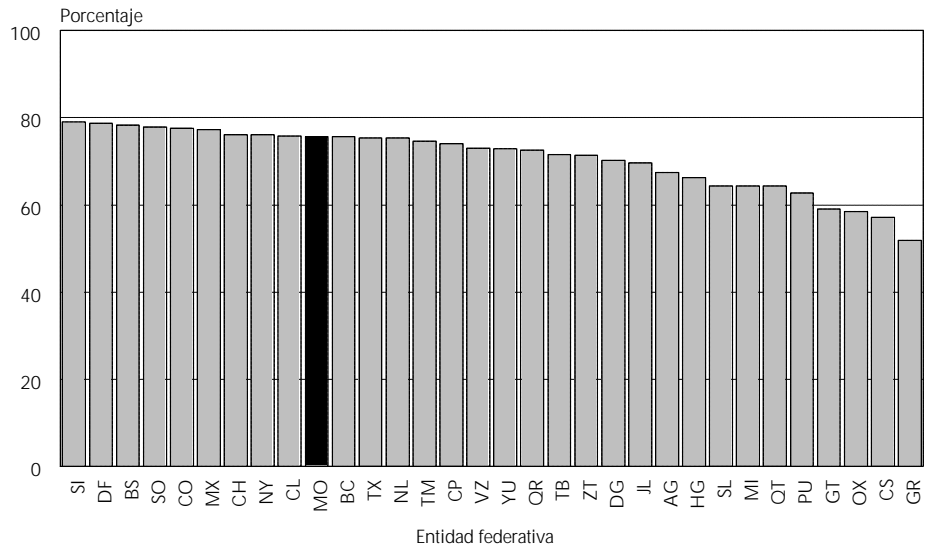
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Morelos es una de las entidades federativas del país que se encuentran más avanzadas en el proceso de adopción de la planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 66.5 por ciento, cifra que ascendió a 73.8 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 75.7 por ciento. Este nivel de prevalencia, el noveno más alto del país, ubicó a Morelos entre las diez entidades con el mayor nivel de uso de métodos anticonceptivos del país (véase gráfica 13).

Los menores niveles de prevalencia anticonceptiva en Morelos se observan entre las mujeres que inician su vida reproductiva: en 1997 una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas que no ha tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos, y 53.6 por ciento de las mujeres menores de 20 años (véase gráfica 14). En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años; en esas edades alrededor de ocho de cada diez mujeres unidas utilizaban algún método para regular su fecundidad.

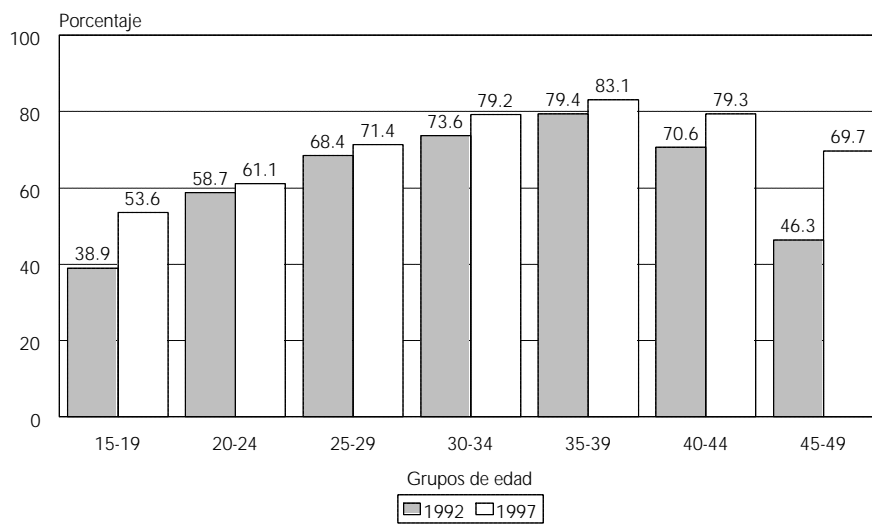
El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron en localidades rurales (67.1%) y entre las mujeres sin escolaridad (68.1%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

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

Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>66.5</b>	<b>73.8</b>
Grupo de edad		
15-19*	38.9	53.6
20-24	58.7	61.1
25-29	68.4	71.4
30-34	73.6	79.2
35-39	79.4	83.1
40-44	70.6	79.3
45-49	46.3	69.7
Paridad		
0*	23.6	24.6
1	57.5	62.8
2	73.3	79.3
3	75.3	83.1
4 y más	67.1	79.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	45.3	68.1*
Primaria incompleta	58.3	69.7
Primaria completa	69.7	70.0
Secundaria y más	74.5	76.9
Lugar de residencia		
Rural	52.0	67.1
Urbano	69.1	74.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

## Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

métodos naturales se mantuvieron como la tercera opción, después de una reducción en su participación en la primera década; y los métodos más utilizados fueron la OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente.

En Morelos, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos han seguido una tendencia similar a la que se observa en el conjunto del país. En 1992, el método más usado era la OTB, al cual recurría 47.1 por ciento de las usuarias, seguida por el DIU, el cual era utilizado por una de cada cinco usuarias, y en tercer lugar las pastillas, que eran usadas por una de cada ocho mujeres unidas usuarias de anticonceptivos. Cinco años después esta distribución había cambiado, debido a la reducción en el uso de las pastillas y al ligero incremento en el de los métodos naturales. El porcentaje de usuarias de la OTB fue de 50.2 por ciento, mientras que el porcentaje de usuarias del DIU se ubicó en 18.9 por ciento; le seguían en importancia los métodos naturales (10.3%), la pastilla (7.1%) y el condón (6.3%) (véase cuadro 6).

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era ligeramente mayor en la zona rural que en la urbana (91.5% y 89.5%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento en la participación de la OTB (de 43.9 a 48.7%) y una reducción en la participación de la pastilla (de 17% a 7.8%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento de la OTB (de 47.5% a 50.5%) y de los métodos naturales (de 8.7% a 10.5%) y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla para regular su fecundidad (de 11.8% a 7%).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son en su mayoría para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.8 y 6.3 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Morelos. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan dos de cada

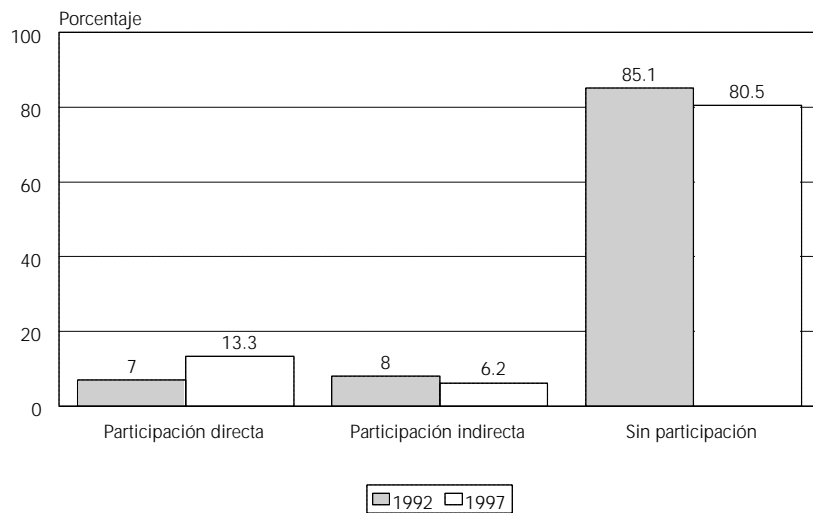
**Cuadro 6.**  
Morelos: distribución porcentual de mujeres en edad fértil  
usuarias de anticonceptivos por tipo de método, según lugar de residencia, 1992 y 1997

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	12.4	17.0	11.8	7.1	7.8	7.0
DIU	20.3	19.1	20.5	18.9	17.1	19.2
Inyecciones	5.1	6.8	4.9	5.3	7.8	4.9
Locales	0.7	0.5	0.7	0.0	0.0	0.0
Condones	4.7	5.8	4.5	6.3	7.1	6.2
OTB	47.1	43.9	47.5	50.2	48.7	50.5
Vasectomía	1.2	0.0	1.3	1.8	2.9	1.6
Naturales	8.5	7.0	8.7	10.3	8.5	10.5
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1

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

diez usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 13.3 por ciento de las usuarias y en el segundo 6.2 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó entre 1992 y 1997, debido al incremento en el uso de los condones, el retiro y la vasectomía.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

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

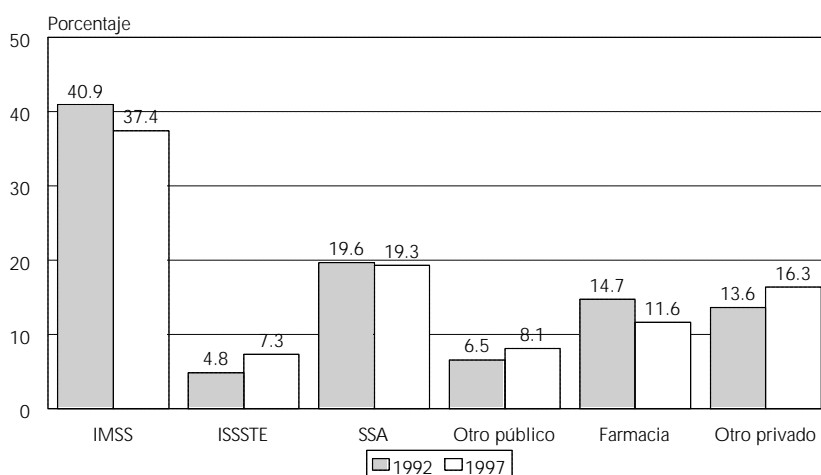
## Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias de anticonceptivos de todo el país obtenían el método que empleaban 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 Morelos mantuvieron sin cambios su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, no obstante que el peso de las farmacias tuvo, entre 1992 y 1997, una ligera reducción: de 14.7 a 11.6

por ciento, lo que las constituyó en la cuarta fuente de obtención de métodos en la entidad. Entre las instituciones del sector salud destacó la participación del IMSS, el cual atendió, en 1997, a 37.4 por ciento de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, a pesar de que entre los años 1992 y 1997 redujo su participación como fuente de obtención de métodos anticonceptivos (véase gráfica 16). La SSA, por su parte, atendió a poco menos de dos de cada diez usuarias; mientras que los hospitales y consultorios privados se ubicaron como la tercera fuente de obtención, al atender a 16.3 por ciento de la demanda de métodos anticonceptivos en la entidad.

**Gráfica 16.**  
**Morelos: 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.

La SSA fue la principal fuente de obtención de anticonceptivos en el ámbito rural tanto en 1992 como en 1997, a pesar de que entre esos años su peso relativo disminuyó de 37.7 a 31.1 por ciento. Por su parte, el IMSS disminuyó su participación tanto en las áreas rurales como en las urbanas en el periodo de referencia, aunque en las ciudades continúa siendo la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos (véase cuadro 7).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de más de 80 por ciento de las usuarias del DIU y de la OTB (véase cuadro 8). Por su parte, más de la mitad de las mujeres en edad fértil usuarias de pastillas, inyecciones y condones, obtienen el método en el sector privado.



**Cuadro 7.**  
**Morelos: distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos modernos por lugar de obtención, según lugar de residencia, 1992 y 1997**

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS	40.9	30.4	42.3	37.4	27.8	38.8
ISSSTE	4.8	3.3	5.0	7.3	4.9	7.7
SSA	19.6	37.7	17.3	19.3	31.1	17.6
Otro público	6.5	8.5	6.2	8.1	14.2	7.2
Farmacia	14.7	11.7	15.1	11.6	9.2	11.9
Otro	13.6	8.3	14.2	16.3	12.8	16.8

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

**Cuadro 8.**  
**Morelos: 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>72.1</b>	<b>27.9</b>
Pastillas*	45.4	54.6
DIU	83.9	16.1
Inyecciones*	40.2	59.8
Condomes*	27.6	72.4
OTB	80.2	19.8

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

## Anticoncepción posparto

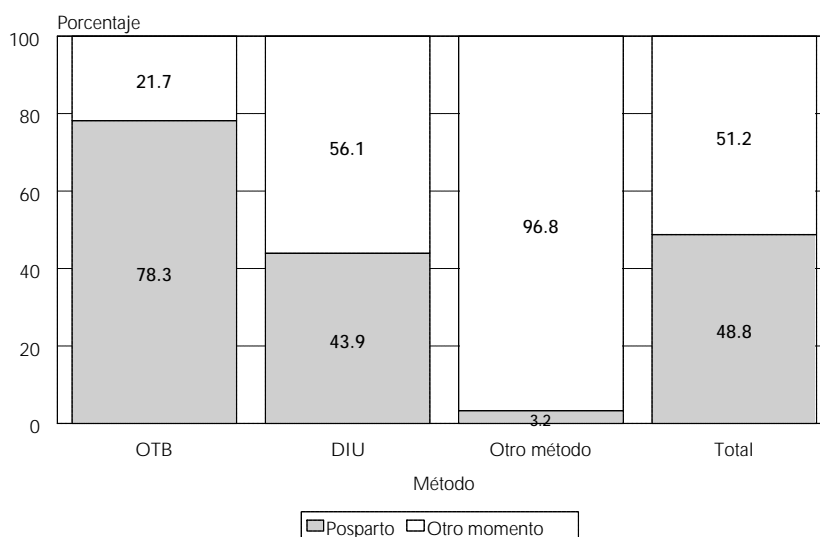
A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar llevaron a cabo importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a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

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

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. En México, en 1997, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que usaba métodos de planificación familiar inició su utilización en el periodo posparto.<sup>7</sup>

La importancia de estos programas en Morelos se manifiesta en el hecho de que 48.8 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, poco menos de ocho de cada diez usuarias de la OTB (78.3%) y 43.9 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese momento.

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



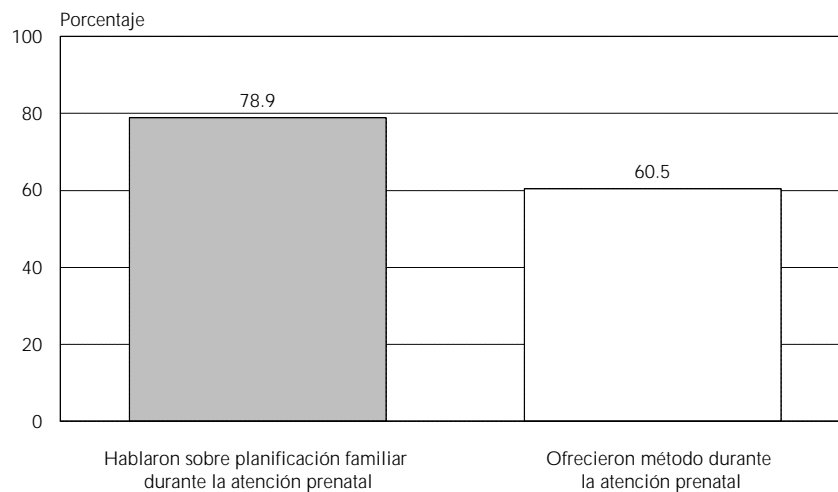
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

<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.

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

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

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



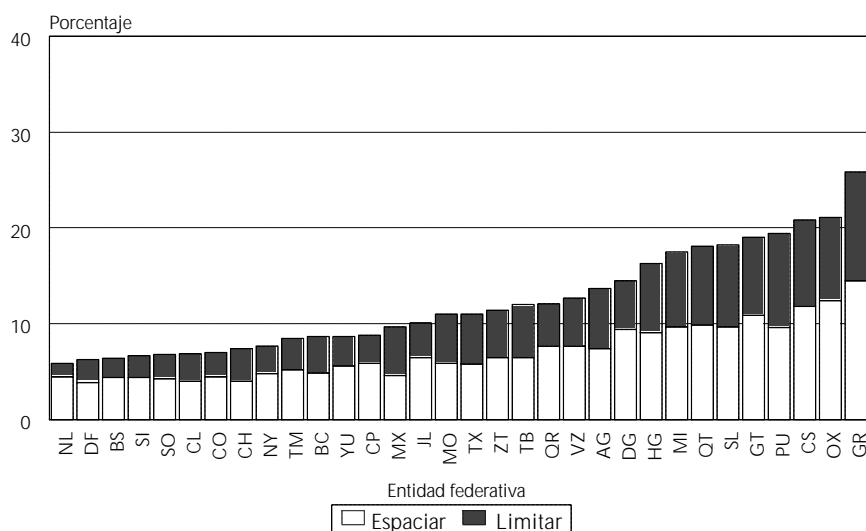
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

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

**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.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Morelos, para el año de 1997, fue del orden de once por ciento, lo que ubicó a Morelos entre las 19 entidades que registran un porcentaje menor que el estimado para el conjunto del país (véase gráfica 19).

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: *a)* a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, entre las mujeres de 20 a 24 años; *b)* en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha asciende a doce por ciento, y el que se registra en el medio urbano es de 10.8 por ciento; entre ambos contextos la mayor diferencia se da en la demanda para limitar los embarazos (véase gráfica 20); *c)* las mujeres que tienen la primaria completa tienen una mayor demanda insatisfecha, con respecto a las mujeres de cualquier otro nivel; y *d)* las mujeres con menos de dos hijos(as) presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha en relación con las mujeres de dos, tres y cuatro o más hijos(as).

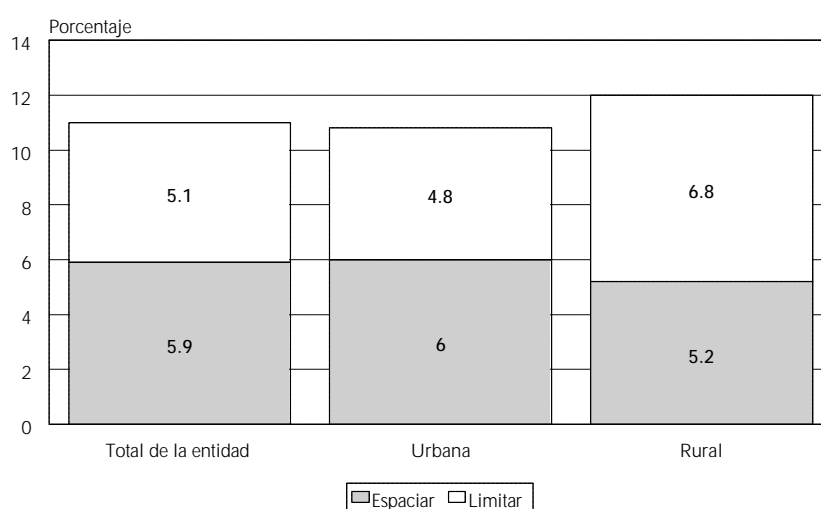
**Cuadro 9.**  
**Morelos: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997**

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin	Falla del	
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
Total	73.8	22.6	51.2	11.0	5.9	5.1	5.0	9.1	1.1
Edad quinquenal									
15-19*	53.6	51.8	1.8	21.9	19.6	2.2	22.0	0.0	2.5
20-24	61.1	49.5	11.6	25.2	21.4	3.9	10.2	2.2	1.2
25-29	71.4	38.0	33.3	14.8	7.6	7.1	9.1	2.1	2.7
30-34	79.2	18.4	60.7	9.4	1.8	7.6	3.2	7.2	1.1
35-39	83.1	9.5	73.6	5.4	0.7	4.7	0.5	10.3	0.7
40-44	79.3	3.1	76.1	3.4	0.0	3.4	0.7	16.6	0.0
45-49	69.7	1.7	67.9	2.6	0.0	2.6	0.0	27.7	0.0
Paridad									
0*	24.6	24.6	0.0	15.7	15.7	0.0	43.7	14.8	1.3
1	62.8	55.7	7.1	20.6	17.2	3.4	7.1	8.3	1.2
2	79.3	28.2	51.0	8.5	5.4	3.1	2.9	8.3	1.0
3	83.1	9.6	73.5	9.0	2.2	6.8	0.3	6.8	0.7
4 y más	79.3	7.6	71.7	8.4	0.6	7.9	0.2	10.6	1.4
Escolaridad									
Sin escolaridad*	68.1	11.9	56.2	10.9	2.1	8.8	0.0	20.3	0.8
Primaria incompleta	69.7	11.0	58.6	9.6	3.3	6.4	3.3	15.1	2.3
Primaria completa	70.0	17.3	52.7	16.8	9.6	7.3	3.3	9.0	0.9
Secundaria y más	76.9	29.2	47.7	9.3	5.8	3.5	6.7	6.2	0.9
Lugar de residencia									
Urbano	74.9	23.1	51.7	10.8	6.0	4.8	4.8	8.5	1.0
Rural	67.1	19.3	47.9	12.0	5.2	6.8	6.2	12.6	2.0

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

**Gráfica 20.**  
**Morelos: porcentaje de mujeres unidas con demanda insatisfecha de anticonceptivos, según lugar de residencia, 1997**



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

## 4 Salud materna

### Nivel de la mortalidad materna

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

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

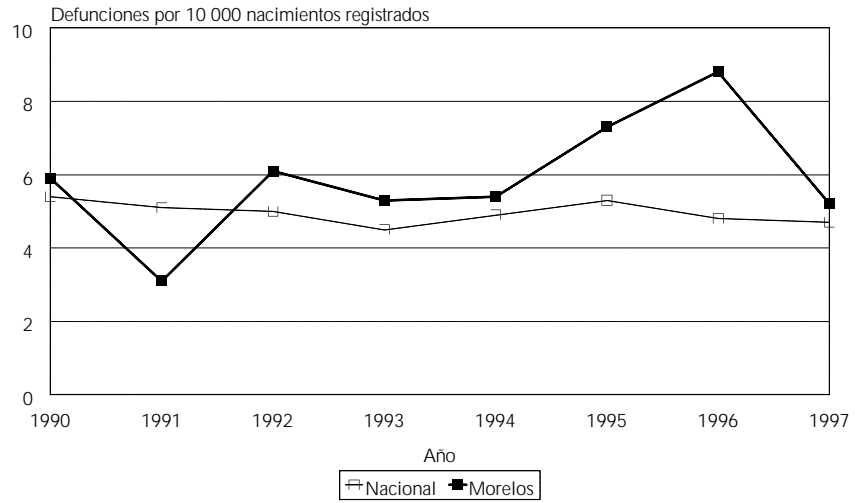
En Morelos la tasa de mortalidad materna durante la década de los noventa presentó una tendencia ascendente hasta 1996, y a partir de este año experimentó un descenso significativo (véase gráfica 21). En 1996, la tasa de mortalidad materna en el estado alcanzó su punto más alto (8.8 defunciones por 10 mil nacimientos registrados), y en 1997 se situó en 5.2 defunciones. Este nivel de la mortalidad materna, el octavo más alto del país, ubicó a Morelos entre las 13 entidades con la mayor mortalidad por esta causa.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Morelos 47 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales ascendieron a 75 en el periodo 1995-1997.<sup>8</sup> Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad, en especial entre las mujeres de 25 a 29 años (véase gráfica 22). Poco menos de seis de cada diez mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada cuatro tenía 35 años o más, y poco más de una de cada seis muertes maternas fueron de menores de 20 años.

---

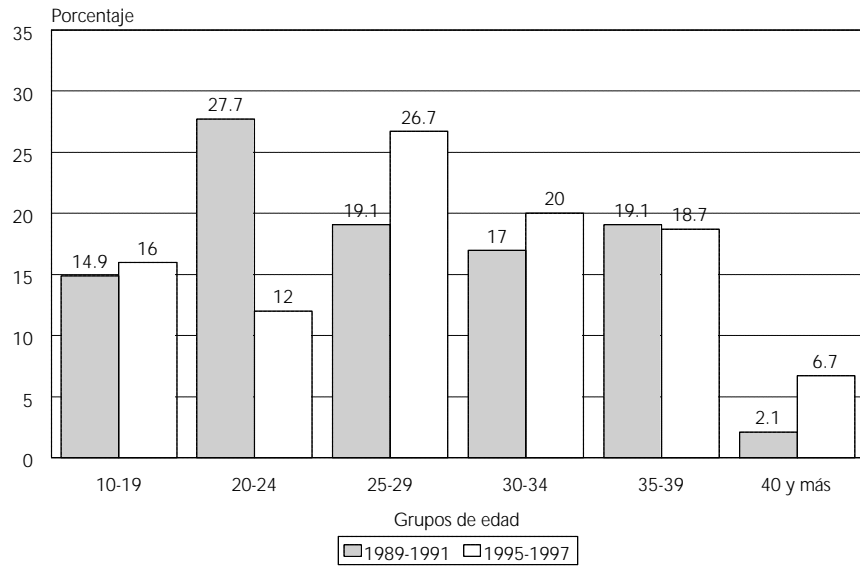
<sup>8</sup> INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/BGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



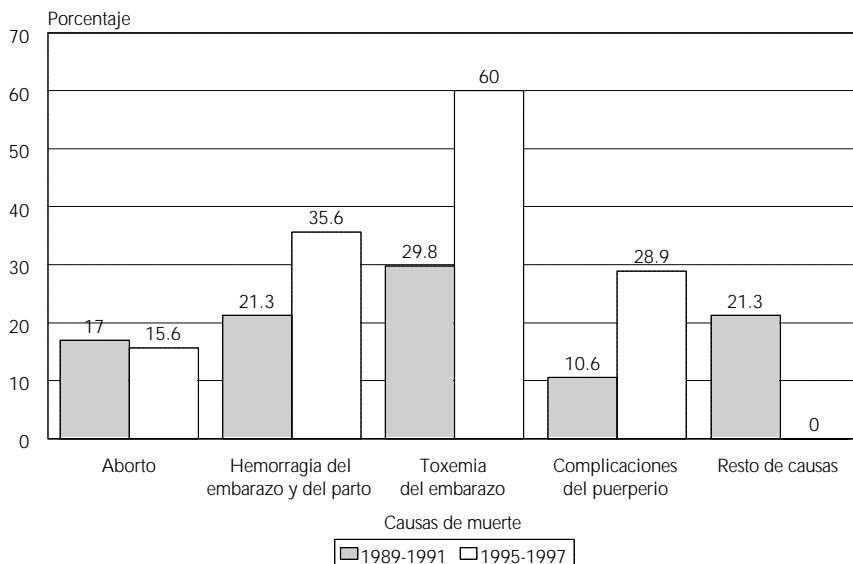
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

## 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 Morelos, la toxemia del embarazo fue la principal causa de muerte materna, y su importancia relativa se duplicó en los años noventa, al pasar de tres de cada diez muertes maternas en el periodo 1989-1991 a seis de cada diez en el periodo de 1995-1997 (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa más importante en el último periodo de referencia y, al igual que las toxemias, su peso relativo se incrementó con respecto al periodo 1989-1991, al pasar de dos de cada diez muertes a más de un tercio. Las complicaciones del puerperio casi triplicaron su participación relativa durante la década de los noventa, al pasar de una a casi tres de cada diez muertes en los periodos de referencia, convirtiéndose en la tercera causa de muerte materna. Por su parte, el peso del aborto no presentó cambios importantes en la década de los noventa, con lo que pasó a ser la cuarta causa más importante.

**Gráfica 23.**  
**Morelos: 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 Morelos, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha aumentado en los últimos años. En 1992, 18.5 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 ascendió a 21.8 por ciento.

## 5 Atención a la mujer embarazada

### Atención prenatal

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo. 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 este tipo de atención, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Morelos, 94.1 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo de su último y penúltimo hijo(a) nacido vivo entre 1994 y 1997, lo que ubicó a esta entidad entre los 23 estados con una cobertura de atención prenatal más alta que la registrada para el conjunto del país. El porcentaje de atención por un médico ascendió a 83.3 por ciento; mientras que la atención prenatal por una partera (9.4%), fue la séptima más alta del país (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).

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

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
<b>Total</b>	<b>83.3</b>	<b>1.3</b>	<b>9.4</b>	<b>5.9</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	82.1	0.0	11.8	6.2
20-34	84.9	1.7	8.9	4.5
35-49*	74.6	1.0	9.0	15.4
Orden de nacimiento				
1	91.5	1.3	5.9	1.2
2	92.1	0.2	4.4	3.2
3	84.2	1.8	12.7	1.2
4 o más	61.8	2.6	16.5	19.1
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	65.3	5.4	17.3	12.0
Primaria completa	72.1	0.0	18.2	9.7
Secundaria y más	94.8	0.9	3.3	1.1
Lugar de residencia				
Urbano	84.1	1.1	8.7	6.2
Rural	79.3	2.6	13.2	4.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

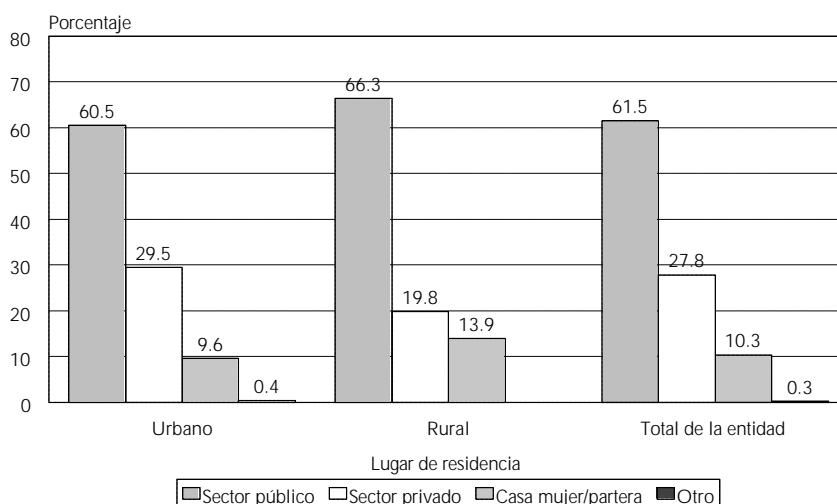
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibió atención prenatal corresponde a aquellas con primaria incompleta (12%) y las que tienen cuatro hijos(as) o más (19.1%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (94.8%) y entre las mujeres con uno(a) o dos hijos(as) (91.5% y 92.1%, respectivamente). Así, se aprecia que la escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

## Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a poco más de seis de cada diez mujeres embarazadas (61.5%) que solicitaron esta atención; el sector privado atendió a 27.8 por ciento de la demanda, y 10.3 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de mujeres que recibió la atención prenatal en el sector público se localizó en las zonas rurales (66.3% contra 60.5% en las zonas urbanas).

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



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

## Inicio de la atención prenatal

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

En Morelos, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 76.6 por ciento; 17.6 por ciento inició en el segundo trimestre; y 5.8 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que dos de cada tres mujeres con primaria incompleta o menos iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a 81.9 por ciento entre aquellas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas.

**Cuadro 11.**  
**Morelos: 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>76.6</b>	<b>17.6</b>	<b>5.8</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	70.5	20.7	8.9
20-34	79.4	16.0	4.6
35-49*	66.7	24.3	9.0
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta*	67.5	23.9	8.7
Primaria completa	72.2	18.4	9.4
Secundaria y más	81.9	14.3	3.8
Lugar de residencia			
Urbano	77.7	16.6	5.8
Rural	71.3	22.7	6.0

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

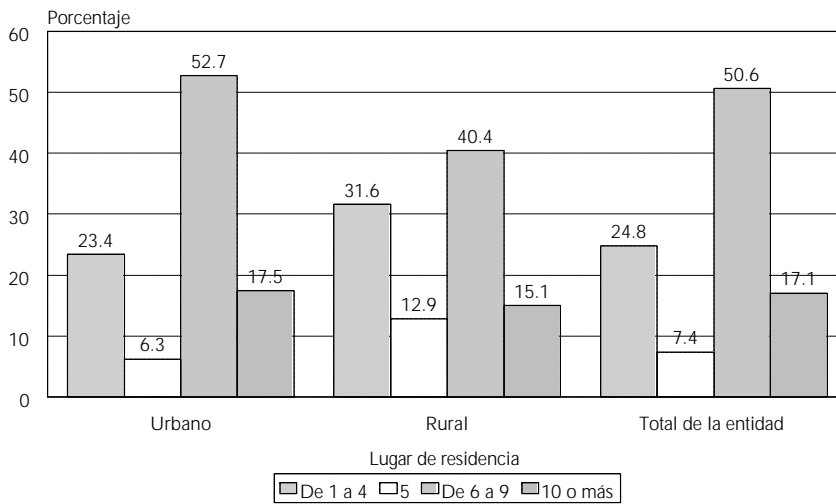
## Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Morelos, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.2 consultas (7.4 en las áreas urbanas y 6.5 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada cuatro mujeres de Morelos recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a más de tres de cada diez entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a nueve de cada diez mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se les tomó la presión arterial y se les pesó, y a 83.4 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores son similares a las cifras que presenta el país en su conjunto (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

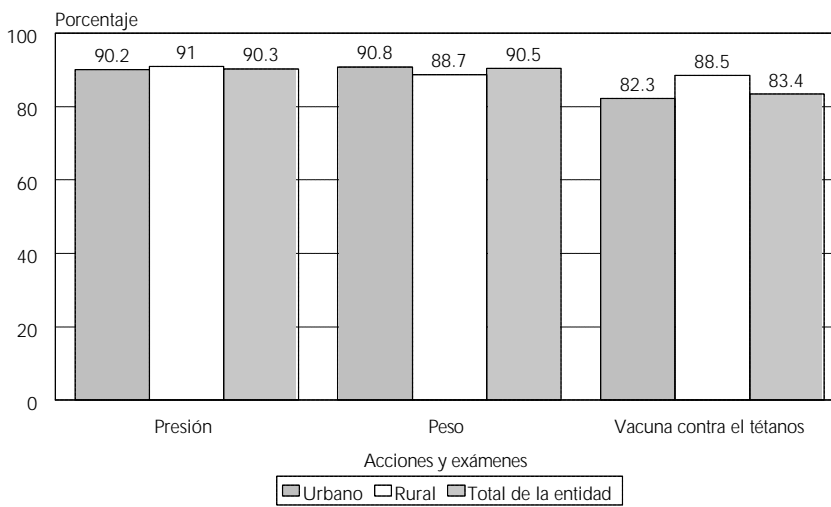
Cabe señalar que prácticamente no existen diferencias en el porcentaje de mujeres que recibieron servicios prenatales de calidad en el ámbito urbano con respecto al rural. En el caso de la aplicación de la vacuna antitetánica, como era de esperarse, las mujeres que residen en el medio rural son las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (88.5% contra 82.3% en áreas urbanas).

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



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

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



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

## Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. En Morelos, el porcentaje de partos atendidos por un médico ascendió a 83.4 por ciento, en tanto que poco más de una de cada ocho mujeres (13.7%) se atendió con la partera.

La partera continúa siendo un agente importante al que recurren las mujeres menos escolarizadas (poco menos de una cuarta parte de las mujeres con primaria completa o menos), las que tienen cuatro o más hijos(as) (24.7%), las adolescentes (21.4%) y las que residen en localidades rurales (20.4%) (véase cuadro 12).

**Cuadro 12.**  
Morelos: 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>83.4</b>	<b>1.4</b>	<b>13.7</b>	<b>1.5</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	76.0	1.8	21.4	0.8
20-34	86.3	1.2	11.2	1.3
35-49*	76.5	1.9	17.7	3.9
Orden de nacimiento				
1	85.5	2.1	12.4	0.0
2	92.2	0.0	6.8	1.0
3	84.4	1.6	12.5	1.5
4 o más	69.1	2.4	24.7	3.8
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	70.8	3.3	23.9	2.0
Primaria completa	71.7	1.4	24.9	2.0
Secundaria y más	91.8	1.1	6.5	0.6
Lugar de residencia				
Urbano	84.8	1.4	12.4	1.5
Rural	76.7	1.6	20.4	1.3

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

## Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 84.8 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: tres de cada diez mujeres (29.7%) acudieron al IMSS; 22.3 por ciento se atendió en el sector privado y 16.4 por ciento acudió a la SSA, mientras 15.1 por ciento de los partos se atendió en la casa de la partera o de la mujer (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores a los servicios del IMSS (38.8%), que las mujeres con niveles de escolaridad menores. En estas últimas, después de la atención en casa, los servicios de la SSA fueron los más utilizados.

En el medio urbano, el IMSS y el sector privado atendieron a 31.9 y 22.6 por ciento de los alumbramientos, mientras que en el medio rural, los lugares a los que más acudieron las mujeres fueron la SSA y la atención en casa con 25.3 y 21.5 por ciento de los partos, respectivamente.

**Cuadro 13.**  
Morelos: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar donde fue atendido el parto, según características seleccionadas, 1994-1997

	Lugar de atención del parto						
	IMSS	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
<b>Total</b>	<b>29.7</b>	<b>6.7</b>	<b>16.4</b>	<b>9.7</b>	<b>22.3</b>	<b>15.1</b>	<b>0.2</b>
<b>Escolaridad</b>							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	14.6	1.9	21.3	17.7	16.9	27.5	0.0
Primaria completa	16.3	1.2	19.9	11.8	25.3	25.5	0.0
Secundaria y más	38.8	10.0	13.6	6.8	22.9	7.6	0.3
<b>Lugar de residencia</b>							
Urbano	31.9	8.0	14.6	8.9	22.6	13.8	0.2
Rural	18.8	0.0	25.3	13.7	20.8	21.5	0.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

## Tipo de parto

En Morelos, poco más de uno de cada cuatro alumbramientos (27.2%) se resolvió mediante la operación cesárea, cifra ligeramente mayor al promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado 40.8 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea, en el IMSS esta cifra ascendió a 33.5 por ciento y en la SSA a 19.7 por ciento. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los nacimientos.



**Cuadro 14.**  
**Morelos: 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>72.8</b>	<b>27.2</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	76.2	23.8
20-34	72.0	28.0
35-49*	72.6	27.4
Lugar de atención del parto		
IMSS	66.5	33.5
SSA	80.3	19.7
Otras públicas	69.4	30.6
Sector privado	59.2	40.8
Lugar de residencia		
Urbano	71.3	28.7
Rural	80.2	19.8

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

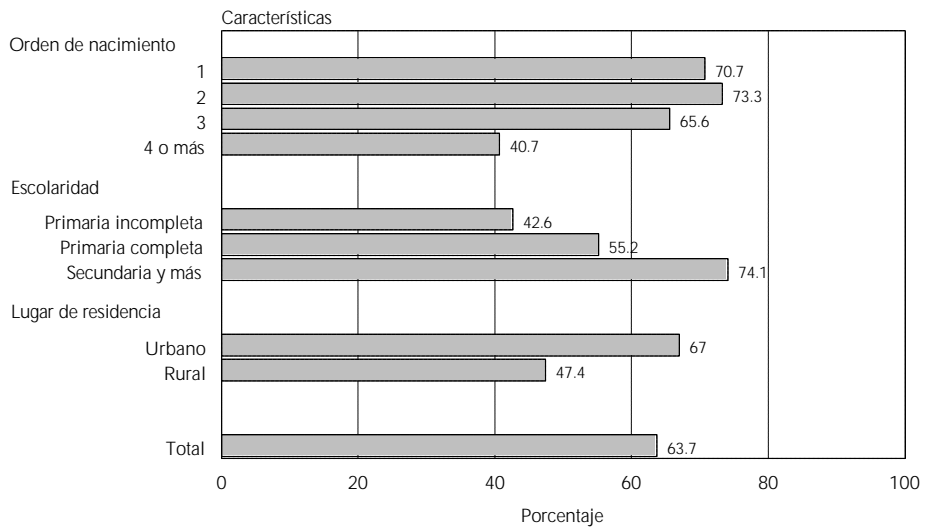
## Atención durante el puerperio

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

En el estado de Morelos, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (63.7%) fue mayor que el registrado para el conjunto del país, y es el séptimo nivel más alto de la República.

Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las de paridades altas (40.7% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más, contra más de 70% de las mujeres con uno o dos descendientes), las mujeres con primaria incompleta (42.6%, a diferencia de 74.1% de las mujeres con secundaria y más) y las que residían en localidades rurales (47.4% contra 67% de las que habitaban en áreas urbanas) (véase gráfica 27).

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



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

## 6 Lactancia materna

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

Durante los años sesenta y setenta, la práctica de la lactancia en México, al igual que en el resto del mundo, experimentó una gradual disminución. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, 83.2 por ciento de las y los recién nacidos fue amamantado y la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad en que la mitad de ellos ya había sido destetado, fue de 12.4 meses. Sin embargo, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, puede apreciarse un aumento en el porcentaje de niños(as) amamantados (89.9%) y una reducción en la duración mediana de la lactancia (9.8 meses). Morelos se ubica entre los diez estados donde la lactancia está más difundida y se practica por periodos prolongados: 93.2 por ciento de los niños(as) nacidos entre 1994 y 1997 recibió leche materna, con una duración mediana de 12.4 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 3.4 por ciento más baja y una duración mediana 1.5 veces menor que la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socio-económicos y demográficos del estado. En el medio rural, 90.9 por ciento de las y los niños fue amamantado y la mitad ya había sido destetada a los 14.9 meses, mientras que en las ciudades 93.6 por ciento recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 12.3 meses.

### Edad de la ablactación

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

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

<b>Total</b>		<b>93.2</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	93.3
	20-34	93.8
	35-49*	89.1
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	96.2
	Primaria completa	94.8
	Secundaria y más	92.7
Lugar de atención del parto		
	Sector público	93.5
	Sector privado	92.4
	Casa	92.7
	Otro/sin atención	100.0
Lugar de residencia		
	Urbano	93.6
	Rural	90.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	5.2	4.9	6.9
Mediana	12.4	12.3	14.9
Tercer cuartil	18.9	18.8	23.8

\*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.

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Morelos, 62.9 por ciento de los niños(as) fue ablactado antes de los cuatro meses, 4.9 por ciento lo hizo después de los ocho meses, y 28.7 por ciento se llevó a cabo durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.3 meses, esto es, una duración similar a la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente entre los hijos(as) de mujeres con secundaria y más (68.8%), entre aquéllos cuyas madres tenían entre 35 y 49 años de edad (64.7%) y en las zonas rurales (63.3%). En tanto que la ablactación tardía se presentó con mayor frecuencia en el medio rural (7.7%) y entre los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta (5.8%). Por su parte, las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observaron entre los hijos(as) de mujeres que residían en el ámbito urbano (29.4%), de madres con primaria completa (41.2%), y de madres adolescentes (32.2%) (véase cuadro 17).

**Cuadro 17.**  
**Morelos: 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>31.6</b>	<b>31.3</b>	<b>28.7</b>	<b>4.9</b>	<b>3.6</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	23.5	38.6	32.2	4.1	1.6
20-34	32.0	30.8	27.9	5.1	4.2
35-49*	43.2	21.5	28.1	4.3	2.9
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	26.5	36.4	26.6	5.8	4.7
Primaria completa	24.2	24.8	41.2	4.8	5.0
Secundaria y más	35.6	33.2	24.6	3.6	3.0
Lugar de residencia					
Urbano	30.9	31.9	29.4	4.3	3.4
Rural	35.0	28.3	24.8	7.7	4.3

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

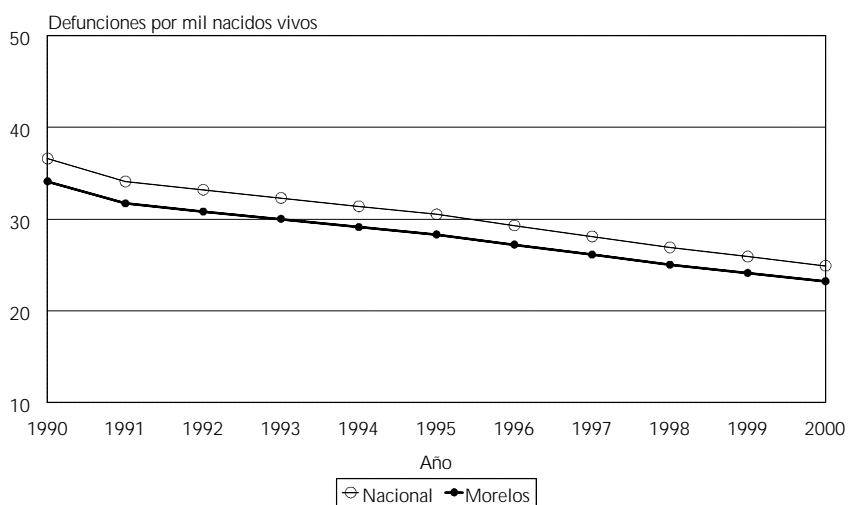
## 7 Mortalidad infantil

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

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

En el estado de Morelos, la tasa de mortalidad infantil experimentó un descenso durante la década de los noventa, al pasar de 34.1 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 23.2 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32 por ciento de los decesos,

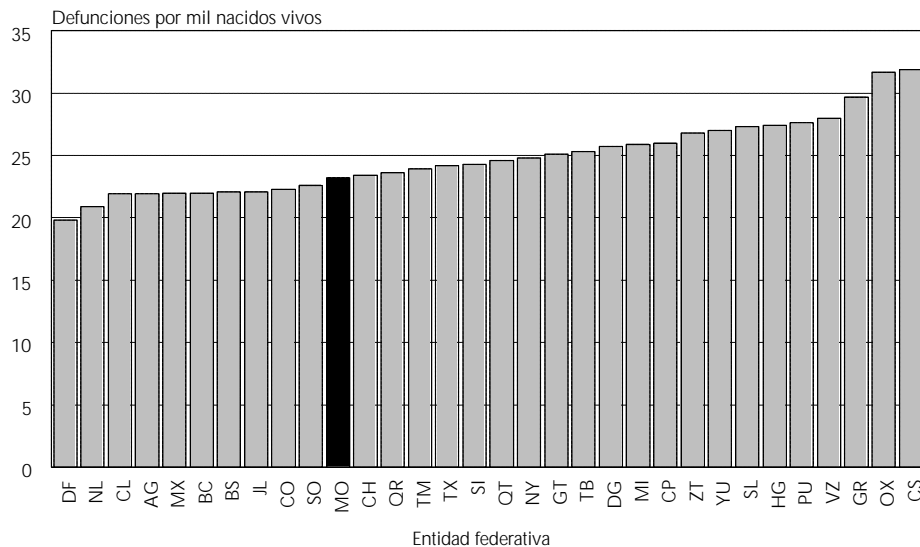
Gráfica 28.  
Morelos: tasa de mortalidad infantil, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Morelos es 17.2 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país, lo que situó a Morelos entre las 18 entidades que registran una mortalidad infantil menor que la registrada para el país en su conjunto (véase gráfica 29).

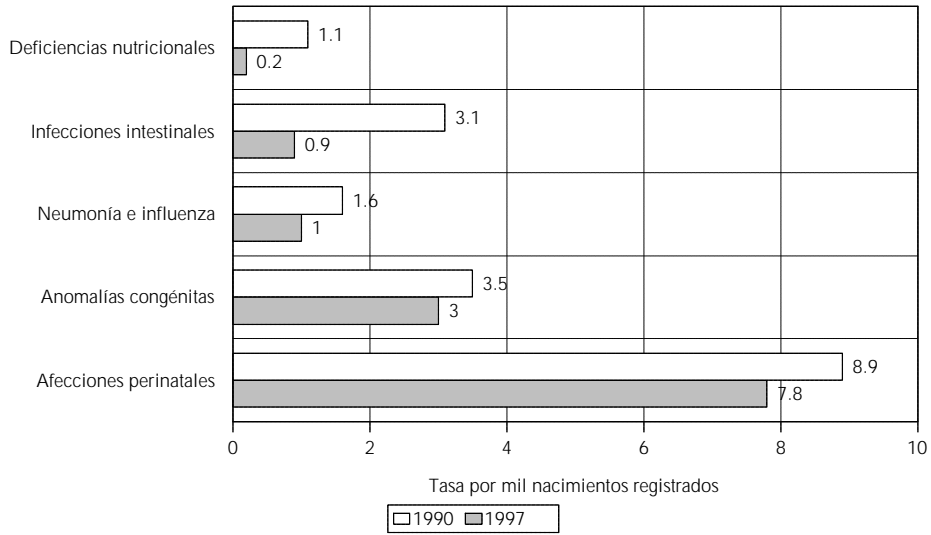
Gráfica 29.  
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.



## 8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

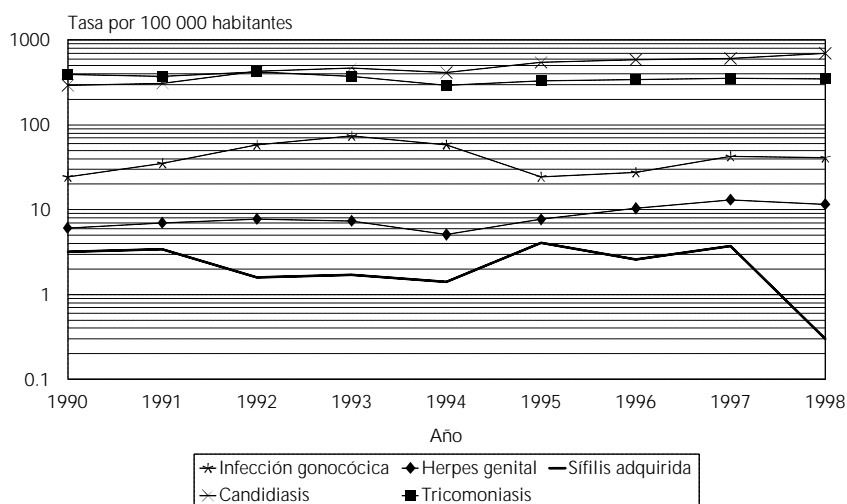
En México, como en otros países, existe un subregistro de las ETS. Esto se debe a que a menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades.

De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil. Las ETS de nueva generación son susceptibles de ser adecuadamente tratadas pero no son curables; de ahí la necesidad de reorientar los programas de ETS hacia la prevención y la importancia de reducir la ocurrencia de prácticas sexuales riesgosas.

En Morelos, las principales ETS han mantenido niveles muy elevados en su grado de incidencia durante los años noventa y, en 1998, alcanzaron niveles mayores a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 701.1 casos por 100 mil habitantes, la incidencia más alta de la República por esta enfermedad; mientras que la tasa de incidencia de la tricomoniasis urogenital (347.3 casos por 100 mil habitantes) es la tercera más alta del país (véase gráfica 31).

La incidencia de las ETS clásicas presentó un comportamiento muy irregular en el estado. En el caso de la gonorrea, la tasa de incidencia en 1990 fue de 24.4, ascendió a 74 en 1993 y luego descendió a 41.3 casos por 100 mil habitantes en 1998 (165% mayor al promedio nacional); en el caso de la sífilis adquirida, la tasa pasó de 3.2 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 4.1 en 1995, y en 1998 se ubicó en 0.3, esto es, 1.5 puntos menos que el promedio nacional. Por su parte, la incidencia del herpes genital, pasó de 6.1 en 1990 a 10.4 en 1996, y se ubicó en 11.6 casos por 100 mil habitantes en 1998 (132% mayor que la nacional)

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



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

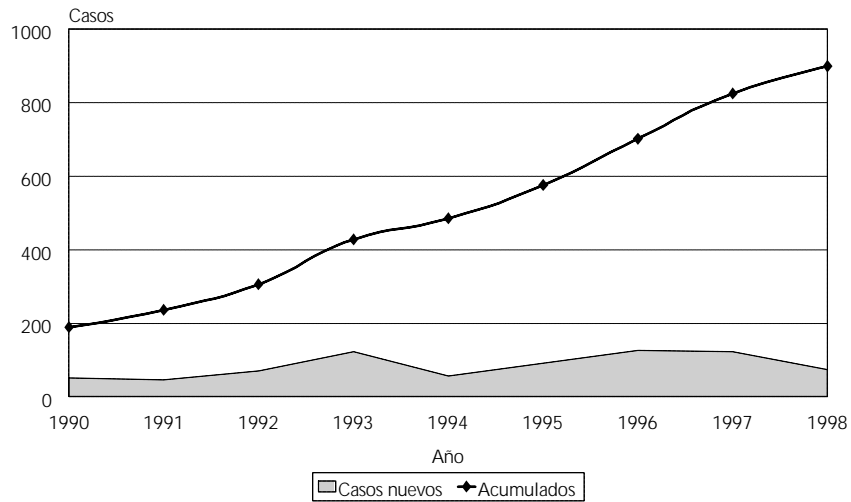
## VIH/SIDA

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

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

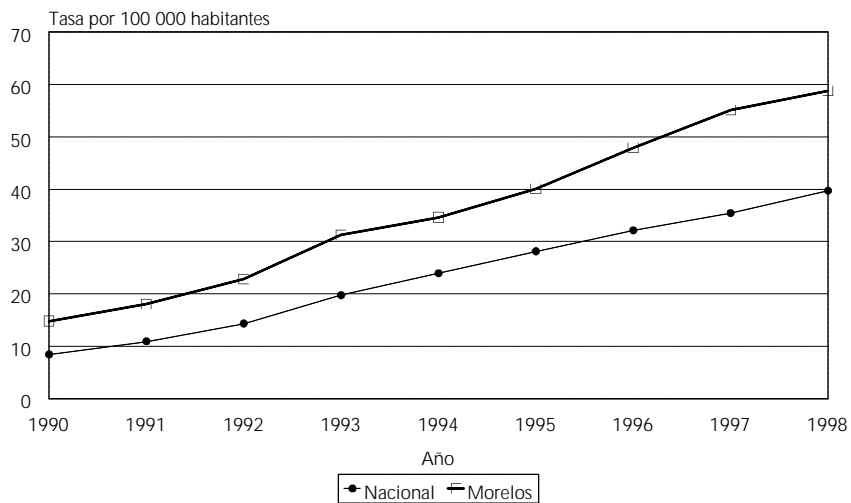
En Morelos, hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 899 casos de SIDA, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 14.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 58.8 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). Este aumento ubicó a Morelos como el estado con la cuarta tasa de incidencia acumulada más alta del país en 1998, después del Distrito Federal (121.6 casos por 100 mil habitantes), Jalisco (67.9 casos) y Baja California (62.2 casos).

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



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

La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Morelos fue 44.9 por ciento menor de lo acumulado para el país (15.8% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>899</b>	<b>100.0</b>
Vía sexual	606	80.1
Homosexual	167	22.1
Bisexual	168	22.2
Heterosexual	271	35.8
Vía sanguínea	119	15.7
Transfusión	93	12.3
Hemofílico	4	0.5
Usuario de drogas intravenosas	4	0.5
Donador remunerado	18	2.4
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	7	0.9
Perinatal	25	3.3
Subtotal	757	100.0
No documentado	142	15.8

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

En México, la transmisión sexual es la principal vía de contagio del VIH. La amplia difusión de las formas de contagio de la enfermedad, aunada al fortalecimiento de las medidas de examen y manejo de productos sanguíneos, ha disminuido la transmisión asociada a transfusiones sanguíneas. Por otro lado, hay que señalar que la evolución de esta enfermedad ha sido desfavorable para las mujeres: al inicio de la epidemia se reportaba, 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 Morelos, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (80.1%), 15.7 por ciento fue contagiado por vía sanguínea y 3.3 por ciento fue infectado por la vía perinatal. De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 35.8 por ciento, y poco más de 22 por ciento fue por contagio bisexual o homosexual, en cada caso. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de tres, esto es, había una mujer infectada por cada tres hombres, lo cual es congruente con el alto porcentaje de contagio heterosexual en la entidad.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 589 muertes en el estado de Morelos,<sup>10</sup> con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 3.1 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 6.1 defunciones por cien mil en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el decimoquinto lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general de la entidad.

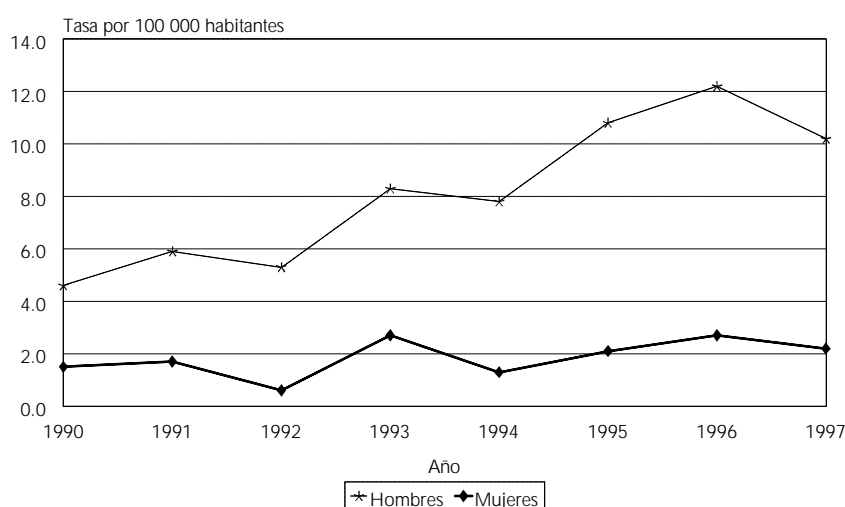
La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 4.6 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 10.2 en 1997 (véase gráfica 34). Mientras tanto, la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 1.5 a 2.2 defunciones por 100 mil habitantes.

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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 475 hombres y 114 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, dos de cada tres tenían al momento de morir entre 25 y 44 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción era de 57.9 por ciento. Sin embargo, es importante recalcar el elevado porcentaje de defunciones de mujeres de 20 a 24 años de edad (14%), lo cual muestra que una proporción importante de los casos femeninos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH en edades tempranas (véase cuadro 19).

Gráfica 34.

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



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

Cuadro 19.

Morelos: 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	0.7	0.6	0.9
1-4	0.8	0.4	2.6
5-14	0.8	0.6	1.8
15 - 19	1.0	0.8	1.8
20 - 24	9.7	8.6	14.0
25 - 29	18.5	19.8	13.2
30 - 34	18.8	19.2	17.5
35 - 39	17.5	18.3	14.0
40 - 44	10.9	10.3	13.2
45 - 49	7.5	7.4	7.9
50 - 64	12.2	12.2	12.3
65 y más	1.2	1.3	0.9
N.E.	0.3	0.4	0.0

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

## 9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

### Cáncer cérvico uterino

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

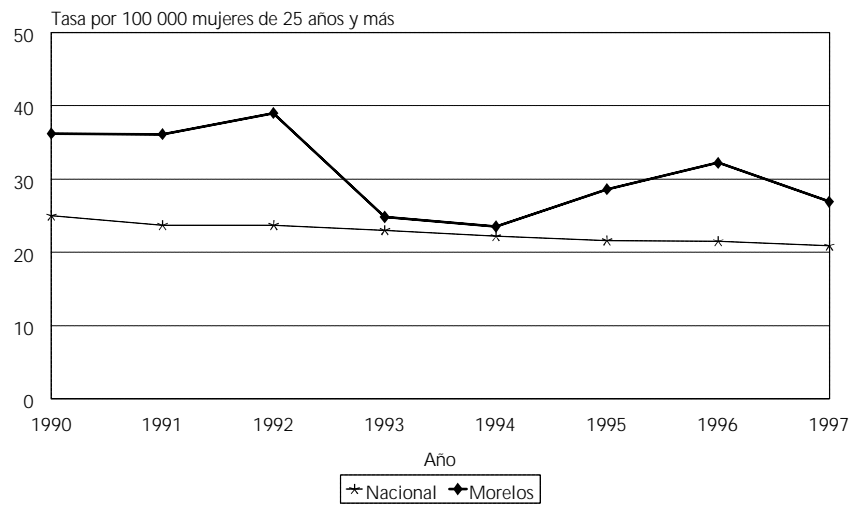
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Morelos, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento irregular en la década de los noventa, alcanzando su nivel más alto en 1992 (39 fallecimientos por 100 mil mujeres de 25 años y más); asimismo, los niveles de mortalidad por cáncer cérvico uterino fueron mayores a los del país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad que se registró en Morelos por este cáncer fue de 26.9 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que lo situó entre las 16 entidades con una mortalidad por esta patología mayor que la estimada para el país.

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

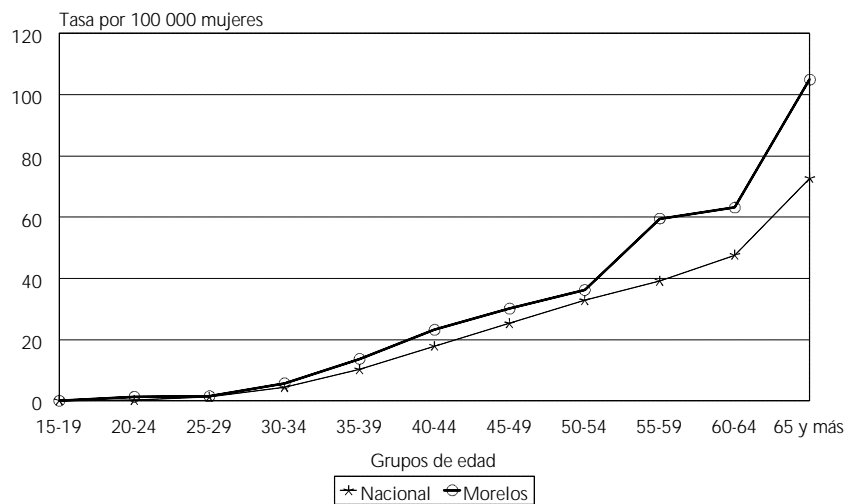
En Morelos, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino para las mujeres de todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, registraron un nivel de mortalidad mayor al promedio nacional, especialmente los grupos de 55 años y más (véase gráfica 36).

**Gráfica 35.**  
Morelos: 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.**  
Morelos: 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.

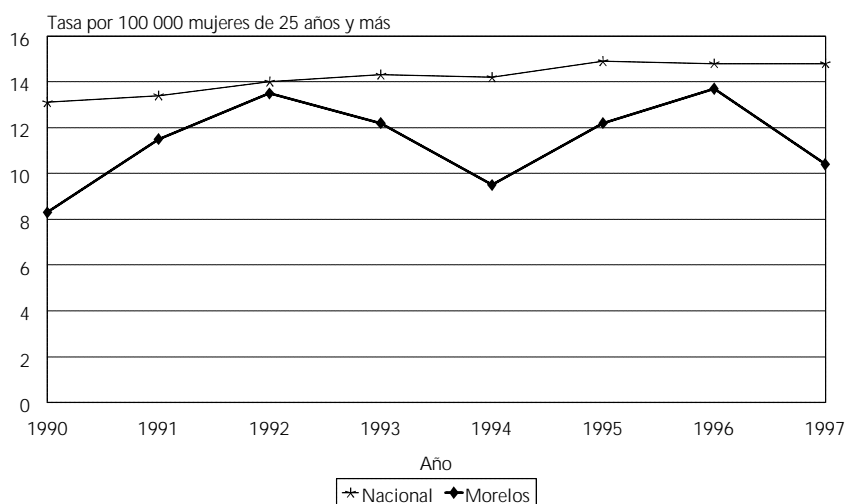
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Morelos, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una tendencia irregular entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad ascendió a 10.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, situándose como la séptima entidad con la menor mortalidad por esta patología (véase gráfica 37).

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

En Morelos, las mujeres de los grupos de 35 a 39, 50 a 54 y de 60 años y más, registraron un nivel de mortalidad por abajo del promedio nacional, en tanto que las mujeres de los restantes grupos edad presentaron un nivel de mortalidad similar al de sus homólogas del país (véase gráfica 38).

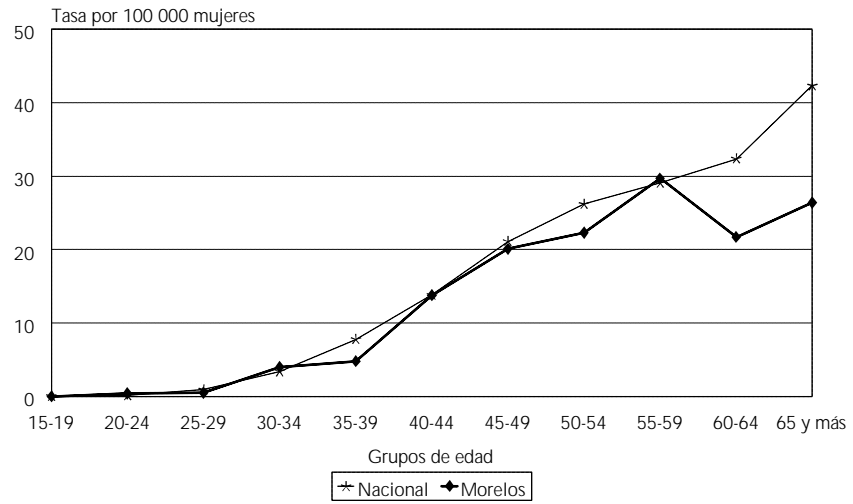
Gráfica 37.  
Morelos: tasa de mortalidad por cáncer de la mama, 1990-1997



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



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



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

## Conclusiones

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

La población de Morelos se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, y en la actualidad ya alcanzó el nivel de fecundidad de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (75.7%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.<sup>11</sup>

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

- ⌘ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. Entre las generaciones más recientes, cuatro de cada diez mujeres se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ⌘ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Una de cada seis mujeres de la generación más reciente inició esta transición del curso de vida antes de cumplir la mayoría de edad.
- ⌘ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras es bastante significativa en Morelos. Una de cada siete mujeres de la generación más reciente se embarazó de su primer hijo fuera de una unión conyugal.
- ⌘ A pesar de que, en los últimos años, el mayor incremento de la prevalencia anticonceptiva en Morelos se registró entre las mujeres que residen en el medio rural, la diferencia con respecto a las mujeres de las localidades urbanas es de 7.8 puntos porcentuales.
- ⌘ Las mujeres menores de 25 años y las que tienen un hijo(a) presentan niveles elevados de demanda insatisfecha.

---

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

En la dimensión de la salud materno-infantil, Morelos se encuentra en una fase intermedia del proceso de medicalización de la atención obstétrica (83.3% de las mujeres que tuvieron un nacimiento entre 1994-1997 acudieron a consulta prenatal con un médico y 83.4% se atendió el parto con este agente de salud). La práctica de la lactancia está ampliamente difundida y se practica por periodos prolongados y la tasa de mortalidad infantil es ligeramente menor que la nacional.

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

- ✦ La mortalidad materna es ligeramente mayor que la del país en su conjunto.
- ✦ Entre las mujeres rurales que tuvieron atención prenatal, tres de cada diez recibieron menos de cinco consultas prenatales, lo que contraviene la norma de salud respectiva.
- ✦ La ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad. Además, Morelos registra el tercer nivel más alto de incidencia de tricomoniasis y la mayor tasa de candidiasis urogenital y de gonorrea de todo el país. El VIH/SIDA muestra también un importante aumento, y la tasa de incidencia acumulada en 1998 es la cuarta más alta del país. En este estado, la razón hombre/mujer de casos de SIDA es de tres hombres por cada mujer, cifra que está muy por debajo de la nacional (6.5). Un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer la rápida expansión de las mismas.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas anuales de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Morelos entre 1990 y 1997, fueron mayores a las que se observaron a escala nacional en ese mismo periodo. En contraste, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado se ha mantenido por debajo de la registrada en el país, aunque con una tendencia que parece aumentar más rápidamente que en toda la República.

# Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Morelos
1990	3.35	2.88
1991	3.25	2.79
1992	3.14	2.70
1993	3.04	2.62
1994	2.93	2.52
1995	2.82	2.42
1996	2.73	2.35
1997	2.65	2.29
1998	2.55	2.21
1999	2.48	2.15
2000	2.40	2.10

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Edad	1953-1957	1968-1972
14	10.9	6.7
15	20.1	11.3
16	30.1	18.4
17	38.6	25.9
18	48.2	32.7
19	57.8	42.7
20	64.7	48.5
21	69.2	54.8
22	72.5	62.5
23	76.6	68.0
24	79.8	71.4
25	83.0	73.8

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

**Datos gráfica 3.**  
**Morelos: 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	20.1	37.7	22.0	20.2
1958-1962	15.6	36.9	26.3	21.2
1963-1967	16.9	30.4	30.1	22.6
1968-1972	11.3	31.4	28.7	28.6

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

**Datos gráfica 5.**  
**Morelos: 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	26.6	35.1	21.4	16.9
Primaria completa	23.3	34.2	31.0	11.5
Secundaria y más	7.0	29.4	32.0	31.6
Rural	22.8	33.4	28.8	14.9
Urbano	12.6	30.6	29.5	27.3
<b>Total</b>	<b>13.9</b>	<b>31.0</b>	<b>29.4</b>	<b>25.7</b>

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

**Datos gráfica 7**  
**Morelos: probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir edades específicas, por generación**

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.8	3.5	2.6	1.0
16	10.1	7.7	8.2	3.4
17	18.0	14.3	15.1	10.5
18	26.7	21.8	21.2	16.3
19	32.6	33.8	29.0	24.3
20	44.2	42.4	37.1	33.5
21	55.2	54.7	47.6	39.9
22	62.7	59.3	55.5	46.4
23	66.8	64.5	63.1	52.8
24	71.4	69.7	70.1	61.2
25	73.9	73.4	75.2	66.2

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

**Datos gráfica 8.**

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	6.0	11.6	23.9	22.6	29.6	6.3
1958-1962	7.5	10.4	24.7	19.7	33.7	4.0
1963-1967	5.4	11.8	24.0	22.0	31.8	5.1
1968-1972	5.5	12.6	24.2	21.7	31.6	4.3

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

**Datos gráfica 9.**

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.8	1.8	1.2	0.3
16	3.1	2.6	2.8	0.3
17	4.9	5.0	4.0	1.4
18	6.4	6.6	5.2	2.4
19	7.8	8.6	7.0	3.4
20	9.2	10.3	9.9	6.0
21	11.3	12.2	10.6	7.5
22	12.3	13.6	13.5	9.8
23	13.2	14.5	15.2	11.7
24	14.7	14.9	16.0	13.8
25	15.9	15.8	16.5	14.4

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Morelos
1990	5.4	5.9
1991	5.1	3.1
1992	5.0	6.1
1993	4.5	5.3
1994	4.8	5.4
1995	5.3	7.3
1996	4.8	8.8
1997	4.7	5.2

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

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

Año	Nacional	Morelos
1990	36.6	34.1
1991	34.1	31.7
1992	33.2	30.8
1993	32.3	30.0
1994	31.4	29.1
1995	30.5	28.3
1996	29.3	27.2
1997	28.1	26.1
1998	26.9	25.0
1999	25.9	24.1
2000	24.9	23.2

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	24.4	6.1	3.2	292.4	391.0
1991	35.1	7.0	3.4	310.3	376.0
1992	58.1	7.8	1.6	432.1	418.4
1993	74.0	7.4	1.7	472.4	370.4
1994	58.6	5.1	1.4	415.5	294.7
1995	24.5	7.7	4.1	543.5	329.7
1996	27.6	10.4	2.6	583.8	342.5
1997	42.3	13.1	3.7	604.9	352.7
1998	41.3	11.6	0.3	701.1	347.3

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.

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	52	189
1991	47	236
1992	70	306
1993	122	428
1994	57	485
1995	91	576
1996	126	702
1997	123	825
1998	74	899

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

Datos gráfica 33.

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

Año	Nacional	Morelos
1990	8.4	14.8
1991	10.9	18.0
1992	14.3	22.8
1993	19.7	31.2
1994	23.9	34.6
1995	28.1	40.1
1996	32.1	47.9
1997	35.4	55.1
1998	39.7	58.8

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.

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	4.6	1.5
1991	5.9	1.7
1992	5.3	0.6
1993	8.3	2.7
1994	7.8	1.3
1995	10.8	2.1
1996	12.2	2.7
1997	10.2	2.2

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

Datos gráfica 35.

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

Año	Nacional	Morelos
1990	25.0	36.2
1991	23.7	36.1
1992	23.7	39.0
1993	23.0	24.8
1994	22.2	23.5
1995	21.6	28.6
1996	21.5	32.2
1997	20.9	26.9

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

Edad	Nacional	Morelos
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	1.3
25-29	1.3	1.5
30-34	4.5	5.7
35-39	10.3	13.7
40-44	17.9	23.2
45-49	25.3	30.1
50-54	32.9	36.2
55-59	39.2	59.5
60-64	47.6	63.1
65 y más	72.7	104.9

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

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

Año	Nacional	Morelos
1990	13.1	8.3
1991	13.4	11.5
1992	14.0	13.5
1993	14.3	12.2
1994	14.2	9.5
1995	14.9	12.2
1996	14.8	13.7
1997	14.8	10.4

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

**Datos gráfica 38.**  
**Morelos: tasa de mortalidad**  
**por cáncer de la mama**  
**según grupos de edad, 1995-1997**

Edad	Nacional	Morelos
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.4
25-29	0.9	0.5
30-34	3.4	4.0
35-39	7.8	4.8
40-44	13.8	13.8
45-49	21.1	20.1
50-54	26.2	22.3
55-59	29.1	29.7
60-64	32.4	21.7
65 y más	42.4	26.4

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  
*Morelos*

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.