

Cuadernos de salud reproductiva

Nayarit



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-512-1

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)	16
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	20
Número ideal de hijos e hijas	20
Deseo de más hijos o hijas	22
3 Práctica anticonceptiva	23
Conocimiento de métodos anticonceptivos	23
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	26
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	49
Atención durante el puerperio	50
6 Lactancia materna	52
Edad de la ablactación	52
7 Mortalidad infantil	55
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	58
VIH/SIDA	59
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	64
Cáncer cérvico uterino	64
Cáncer de la mama	66
Conclusiones	68
Anexo estadístico	70
Nomenclatura de las entidades federativas	76

Presentación

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

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

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

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

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

Las comunidades rurales, que en este trabajo corresponden a aquéllas con menos de 2 500 habitantes, presentan baja integración a los mercados de trabajo y de bienes, y en ellas prevalecen de manera más acentuada relaciones desiguales de género. 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; sin embargo, en Nayarit este proceso ha sido incipiente. En 1995, 63 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 2 627 localidades censadas en el estado, 90.5 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 12.5 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, al igual que en el estado de Nayarit. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.1 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. En Nayarit, 11.3 por ciento de la población no había asistido a la escuela en 1997, 23.2 por ciento no había concluido la primaria, 16.5 por ciento terminó la instrucción primaria, 21.5 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 27.5 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que, aun cuando no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados, el número promedio de años de escolaridad fue menor para los hombres que para las mujeres (siete y 7.1 años, respectivamente) y la proporción que representan las personas sin instrucción es mayor entre los hombres que entre las mujeres (12.2 y 10.5 por ciento, respectivamente).³

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Nayarit tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de las siete del país cuyo índice de marginación es medio. La marginación baja o muy baja es una realidad que caracteriza a 12 de los 20 municipios, donde reside 71.5 por ciento de la población. De los municipios restantes, cinco se caracterizan por tener un índice de marginación medio y en ellos reside 23 por ciento de los habitantes; mientras que solamente tres municipios (El Nayar, Huajicori y La Yesca), tienen una marginación alta o muy alta y en ellos reside 5.5 por ciento de la población. Estos datos muestran que la mayoría de la población de Nayarit tiene acceso a los bienes y servicios esenciales.⁴

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

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

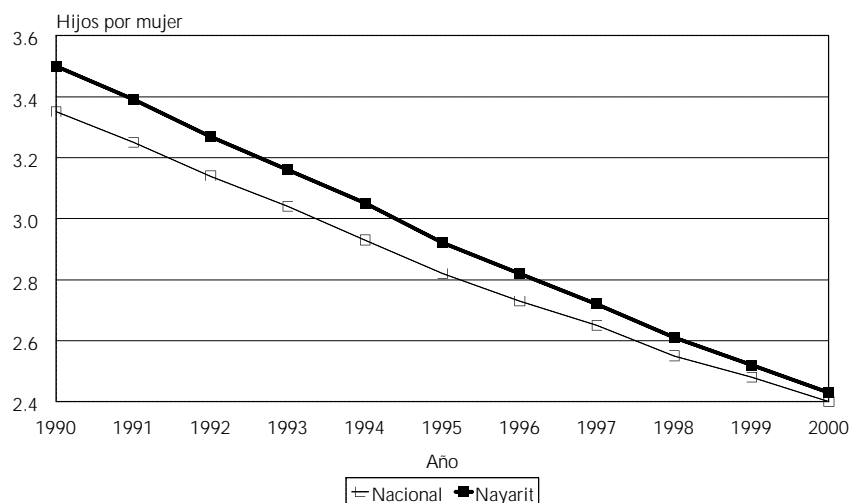
⁴ CONAPO/Progres, Índices de marginación, 1995, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En el estado de Nayarit las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de la descendencia, aunque esta disminución no fue tan pronunciada como la que presentaron las entidades de alta fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 3.5 hijos por mujer en 1990 a 3.27 en 1992, descendió a 2.72 en 1997, y para el 2000 se estima en 2.43 hijos por mujer. Este nivel de la fecundidad es ligeramente mayor que el registrado para el país en su conjunto (véase gráfica 2).

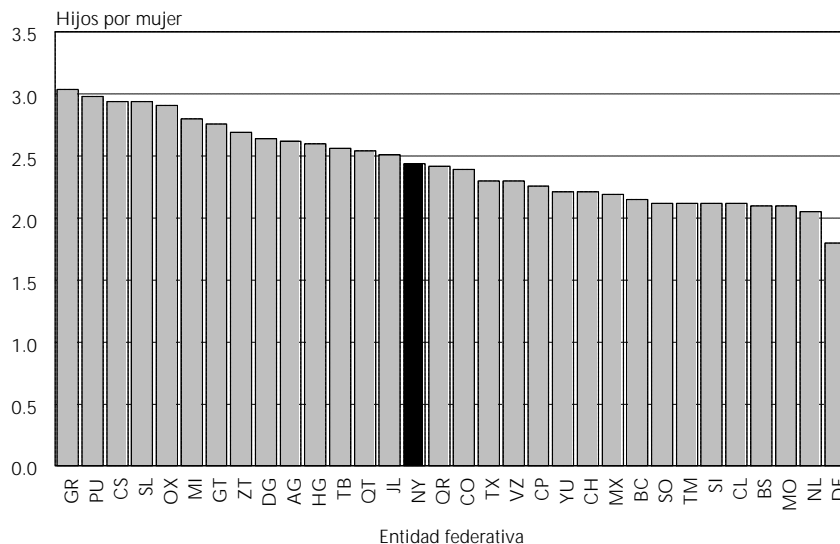
Gráfica 1.
Nayarit: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

⁵ Número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Edad a la primera unión

El inicio de la vida en pareja constituye un hecho sobresaliente en la biografía de las personas. En general, esta transición señala el paso de la adolescencia a la edad adulta y coincide o está cercana a la separación del hogar paterno, el abandono de la vida de estudiante, el inicio de la vida laboral y el momento de tener el primer hijo(a).

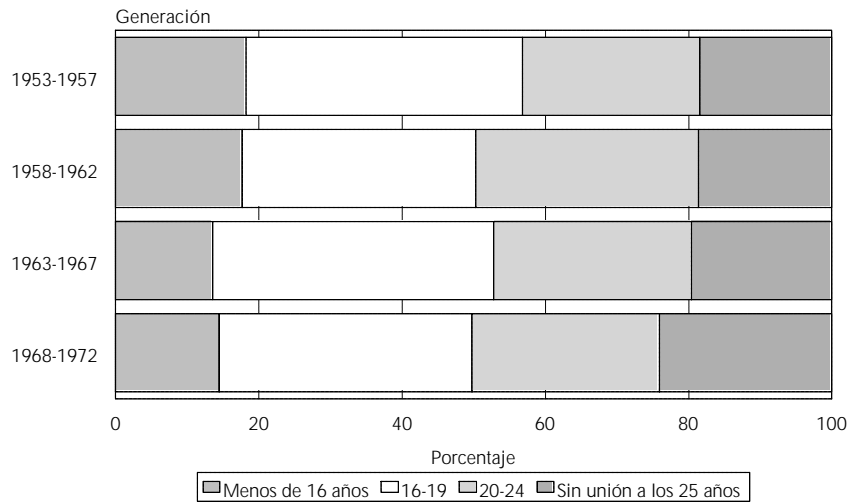
Análisis recientes de los patrones de nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión, el cual puede ilustrarse a través del comportamiento de mujeres de diversas generaciones. En México el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor de un año: la edad mediana a la primera unión de las mujeres nacidas entre 1953-1962 fue de 20.2 años; para la cohorte nacida entre 1963-1967 fue de 20.8; y para la generación 1968-1972 fue de 21.3 años.

En Nayarit, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de medio año en la edad mediana al matrimonio (de 19.6 a 20.1 años), lo que sugiere que en la entidad han ocurrido pocos cambios en el patrón de matrimonio. Esta tendencia a la postergación del matrimonio, aunque incipiente, puede apreciarse en la ligera disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre la generación más reciente: mientras que 56.8 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 49.8 ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuye de 18.2 a 14.5 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 65.4 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor

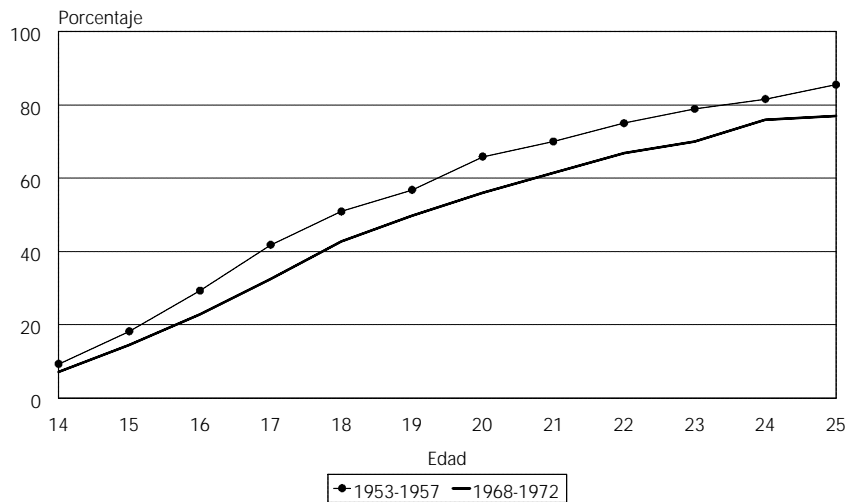
ascendió a 44.4 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer las diferencias se agudizan: cuatro de cada diez mujeres (40.4%) con secundaria y más se unieron antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a poco más de tres de cada cuatro (77%).

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



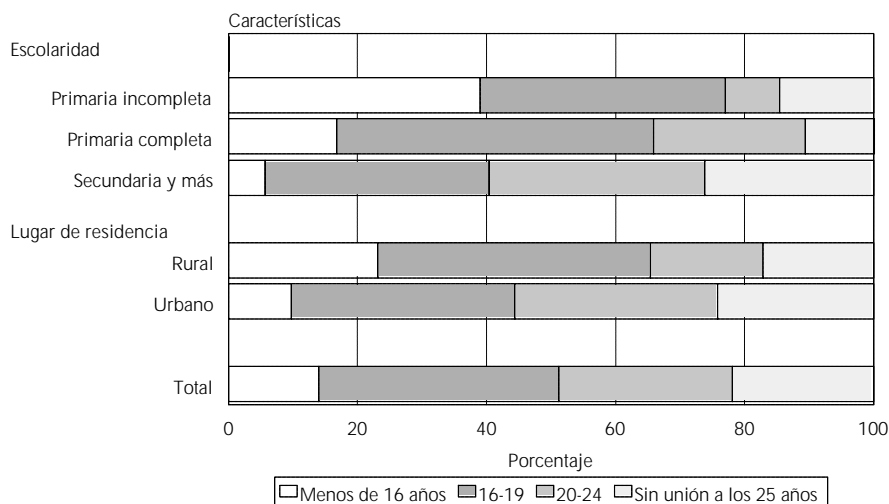
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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



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

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



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

Tipo de primera unión

En Nayarit es muy 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 en todas ellas la proporción de uniones consensuales es mayor a 40 por ciento, incrementándose entre las mujeres más jóvenes (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 45.7 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972, esta proporción aumentó a 47.2 por ciento, cifra mucho mayor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

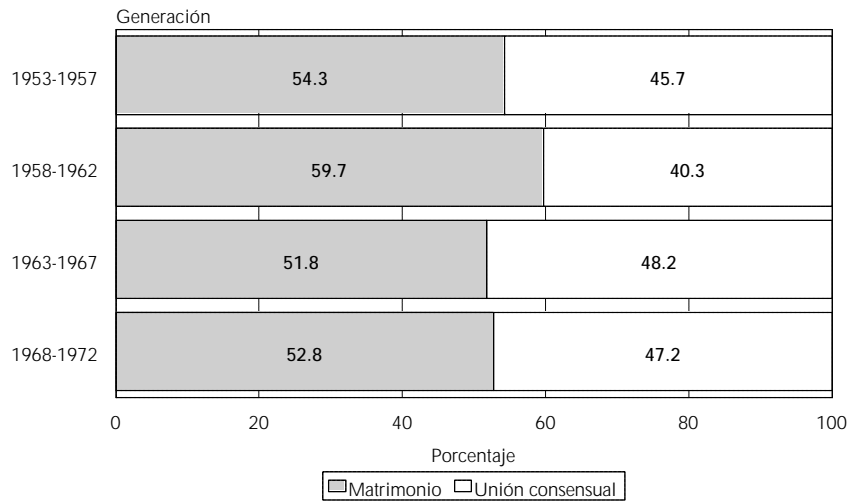
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años presenta algunos altibajos entre las generaciones pero se observa una ligera reducción para la generación más reciente respecto a la de mayor edad: 47.2 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad y esta proporción disminuye a 42.6 entre las mujeres de la

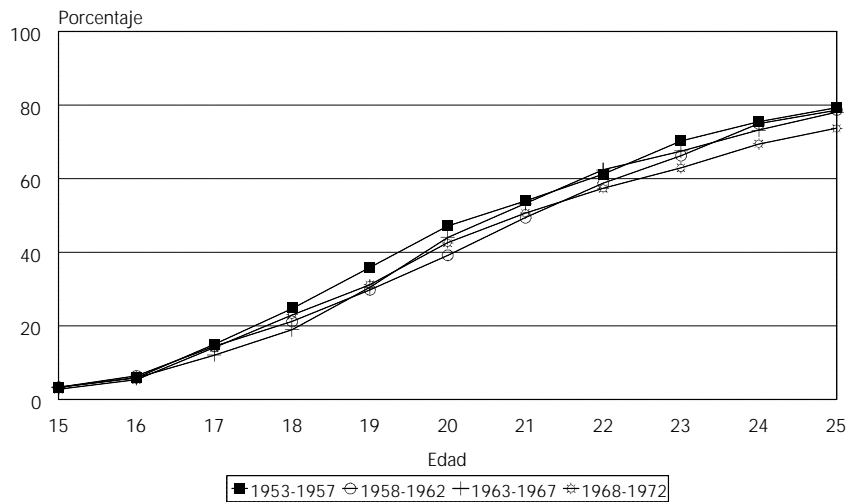
generación 1968-1972. Cabe señalar que entre las mujeres más jóvenes, cerca de una de cada cuatro (23%) inició la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad.

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



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

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



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

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

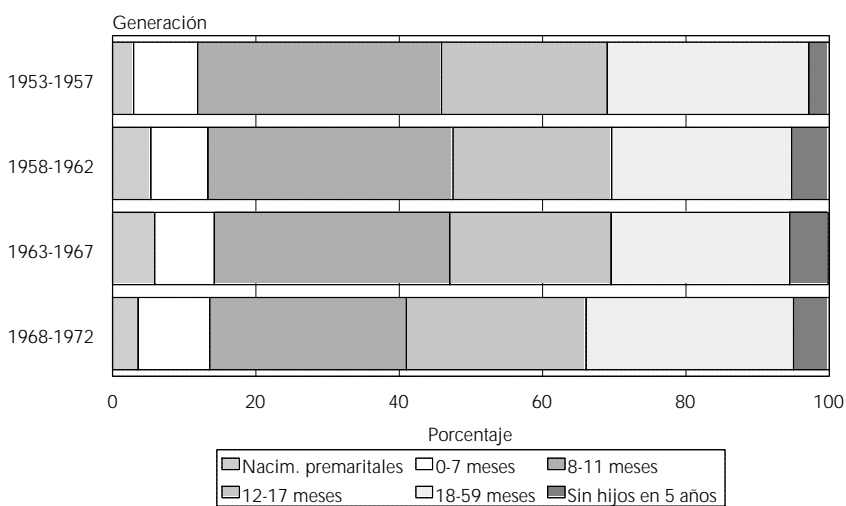
Intervalo protogenésico

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

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

Gráfica 8.

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



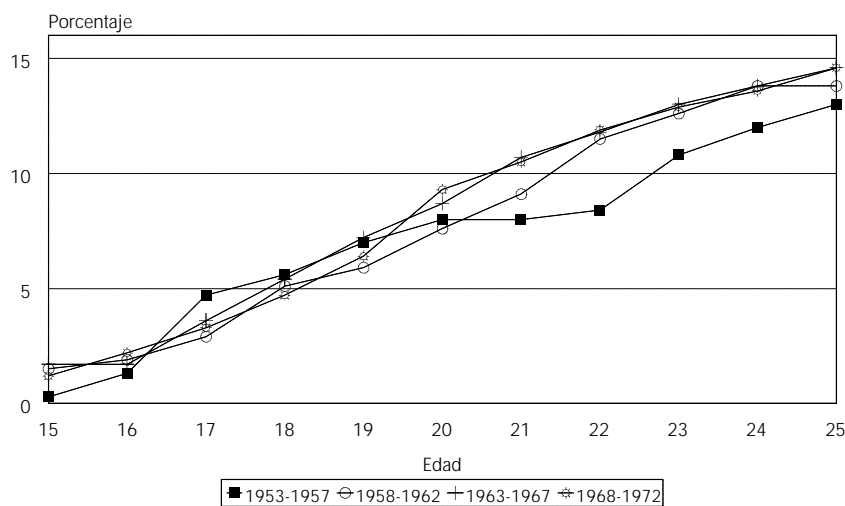
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Cabe señalar que en esta entidad, 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. En la cohorte más reciente este porcentaje asciende a 13.6 por ciento, mientras que en la de mayor edad es de 11.9. Aún cuando los resultados sugieren un aumento en las concepciones premaritales, 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 tenga el primer hijo(a) como producto de un embarazo premarital (véase gráfica 9). En Nayarit, se ha producido un ligero aumento en la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) estando solteras, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 13 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957, y aumentó a 14.6 por ciento para las generaciones 1963-1967 y 1968-1972.

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años también aumentó entre las generaciones extremas, al pasar de ocho por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 9.3 por ciento entre las nacidas en el periodo de 1968-1972. Asimismo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia tiende a ser mayor entre las mujeres más jóvenes: 16.9 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 tanto que esta relación aumentó a poco más de una de cada cinco (21.8%) para las de la generación 1968-1972.⁶

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



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

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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres unidas de Nayarit fue de 3.4, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Nayarit, se encuentra por encima de la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.2), así como del nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.7 hijos en promedio). Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años declararon un ideal promedio de 4.5 hijos(as), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (2.9). Cabe hacer notar que las mujeres menores de 39 años declararon un ideal de familia mayor o igual a la paridad alcanzada, en tanto que a partir de los 40 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 4.7 hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por poco menos de tres (2.9 en promedio), esto es, casi dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres sin escolaridad reportaron un ideal de hijos(as) menor a la paridad alcanzada, en tanto que las de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.4	3.2
Grupo de edad		
15-19*	2.9	0.8
20-24	2.8	1.5
25-29	3.1	2.2
30-34	3.1	3.0
35-39	3.8	3.8
40-44	3.8	4.7
45-49	4.5	5.5
Escolaridad		
Sin escolaridad*	4.7	5.3
Primaria incompleta	4.3	4.6
Primaria completa	3.5	3.4
Secundaria y más	2.9	2.2
Lugar de residencia		
Rural	3.9	3.5
Urbano	3.2	3.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.9 y 3.2, respectivamente) y se observa que en ambos casos el número ideal de hijos e hijas es ligeramente mayor a la descendencia alcanzada.

La mitad de las mujeres con tres y cuatro hijos(as) declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad. Sin embargo, una de cada cuatro mujeres (27.1%) con tres hijos desea aumentar su paridad. Cabe señalar que cerca de seis de cada diez mujeres (59.5%) con dos hijos(as) reportaron un número ideal mayor que su paridad, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (53.2%) el número citado como ideal es más reducido que la descendencia alcanzada (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (25.1% y 35.4%, respectivamente); mientras que el porcentaje de mujeres que desea tener cuatro y cinco o más hijos(as) es considerablemente menor (18.7% y 15.6%, respectivamente). Cabe señalar que 1.6 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia, mientras que entre las mujeres sin hijos(as) este porcentaje fue de 6.6.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.6	3.6	25.1	35.4	18.7	15.6
0	6.6	1.7	38.4	38.9	10.5	3.9
1	0.3	10.7	41.2	38.5	5.8	3.5
2	1.2	3.0	36.3	41.0	13.9	4.6
3	1.1	2.9	13.4	55.6	19.4	7.7
4	0.0	2.2	13.6	15.3	50.4	18.5
5 y más	3.0	0.7	16.2	18.4	15.0	46.8

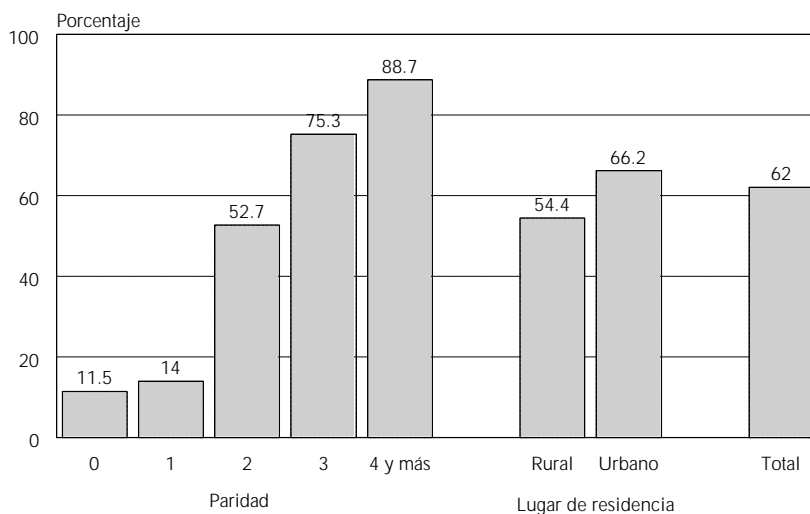
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Nayarit, la gran mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (62%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación se presenta en menor medida en el ámbito rural que en el urbano (54.4% y 66.2%, respectivamente).

Las mujeres con menos de dos hijos(as), en su mayoría, desean ampliar el tamaño de su descendencia. En contraste, entre las que ya han tenido dos, poco más de la mitad ya no desea incrementar su paridad, relación que se incrementa a tres de cada cuatro y a cerca de nueve de cada diez entre aquéllas con paridad tres y cuatro o más, respectivamente.

Gráfica 10.
Nayarit: 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 en las parejas mexicanas. El Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos(as) tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para poder hacerlo. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios es gratuita en todas las instituciones del sector público.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Nayarit, 97.7 por ciento de las mujeres en edad fértil declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que sólo se registran ligeras diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos, a excepción de las mujeres sin escolaridad, para las cuales 78.2 por ciento declaró conocer algún medio de regulación de la fecundidad, en tanto que entre aquellas con secundaria y más, esta proporción ascendió a 99.7 por ciento.

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

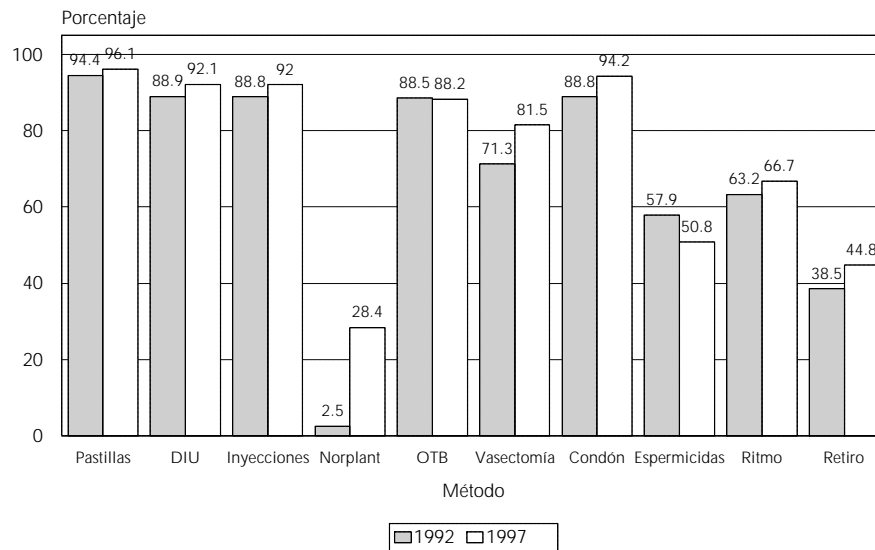
Características	1992	1997
Total	96.6	97.7
Grupo de edad		
15-19	93.7	97.0
20-24	97.0	98.3
25-29	98.5	98.1
30-34	97.8	98.7
35-39	97.3	96.6
40-44	97.2	98.4
45-49	95.9	96.6
Paridad		
0	95.1	97.4
1	95.9	98.4
2	98.8	98.5
3	98.6	98.7
4 y más	96.6	96.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	69.0	78.2
Primaria incompleta	98.2	95.4
Primaria completa	97.5	98.5
Secundaria y más	99.3	99.7
Lugar de residencia		
Rural	92.1	94.2
Urbano	99.1	99.4

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

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Nayarit este método continúa siendo el más popular: en 1992, 94.4 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, porcentaje que se incrementó a 96.1 por ciento en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año de observación, el condón (94.2%), el dispositivo intrauterino (DIU) (92.1%), la inyección (92%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (88.2%), y la vasectomía (81.5%).

En los años de referencia, se observaron cambios importantes en el conocimiento de casi todos los métodos, con excepción de los espermicidas, cuyo conocimiento registró una disminución de 7.1 puntos porcentuales, y de la OTB, que prácticamente no registró cambios. Destaca el incremento registrado en el conocimiento del Norplant y de la vasectomía, dado que el porcentaje de mujeres que declaró conocerlos pasó de 2.5 a 28.4 por ciento en el primer caso, y de 71.3 a 81.5 por ciento, en el segundo (véase cuadro 4).

Gráfica 11.
Nayarit: 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.
Nayarit: 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	94.4	90.3	96.7	96.1	91.4	98.3
DIU	88.9	83.6	91.9	92.1	86.7	94.6
Inyecciones	88.8	84.5	91.1	92.0	87.6	94.0
Norplant	2.5	1.1	3.3	28.4	30.1	27.6
OTB	88.5	81.5	92.4	88.2	82.4	90.9
Vasectomía	71.3	61.9	76.5	81.5	72.2	85.8
Condomes	88.8	81.0	93.2	94.2	88.2	97.0
Espermicidas	57.9	44.7	65.1	50.8	37.3	57.1
Ritmo	63.2	54.6	67.9	66.7	54.7	72.2
Retiro	38.5	28.3	44.1	44.8	33.9	49.9

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

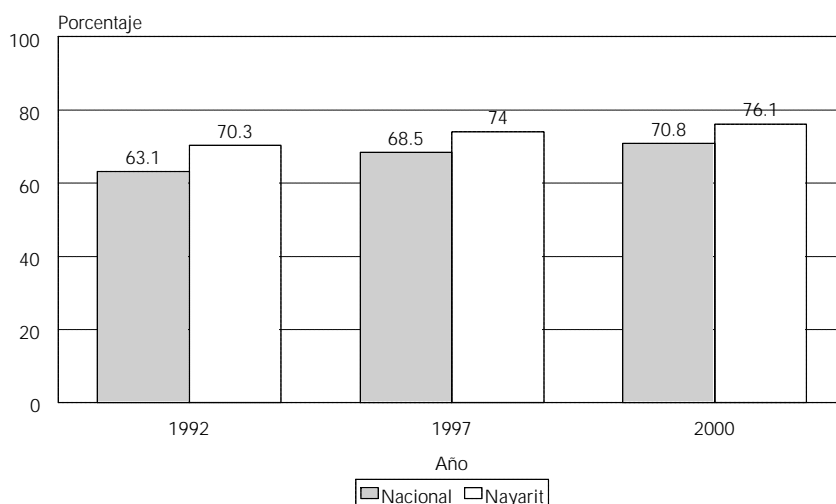
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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 ascenderá a 70.8 por ciento en el año 2000 (véase gráfica 12).

En el estado de Nayarit, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 70.3 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 74 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 es de 76.1 por ciento. Este nivel de prevalencia, el séptimo más alto del país junto con el de Chihuahua, ubicó a Nayarit entre las diez entidades con el mayor nivel de uso de métodos anticonceptivos (véase gráfica 13).

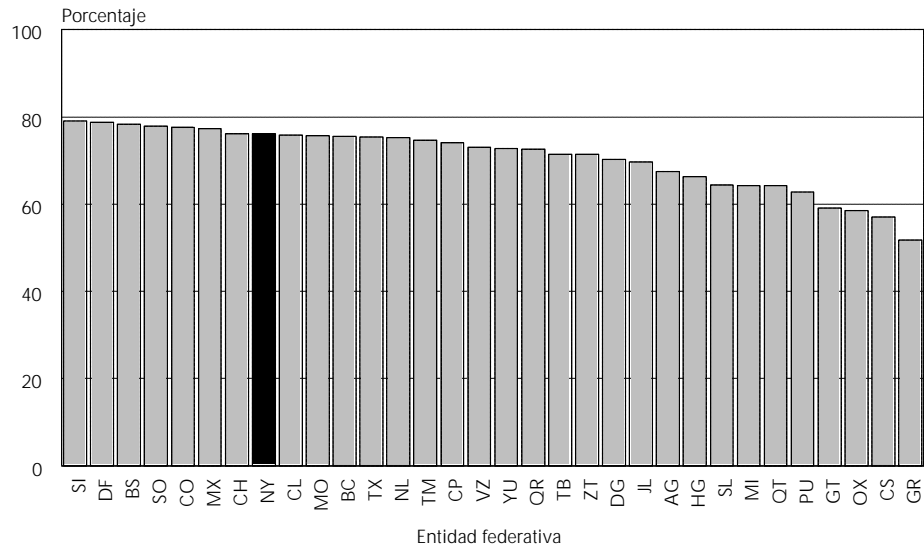
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres nayaritas, y su desagregación según algunas variables sociodemográficas indica que en el quinquenio 1992-1997, los mayores incrementos se registraron entre las mujeres unidas o casadas de 20 a 24 y de 40 a 44 años de edad, y entre las mujeres con tres hijos(as) o más (véase cuadro 5). Cabe señalar que en 1997, la prevalencia anticonceptiva de las mujeres unidas sin hijos(as) continuaba siendo muy baja (21.4%). En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años de edad, en esas edades alrededor de 80 por ciento de las mujeres utilizaba algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

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



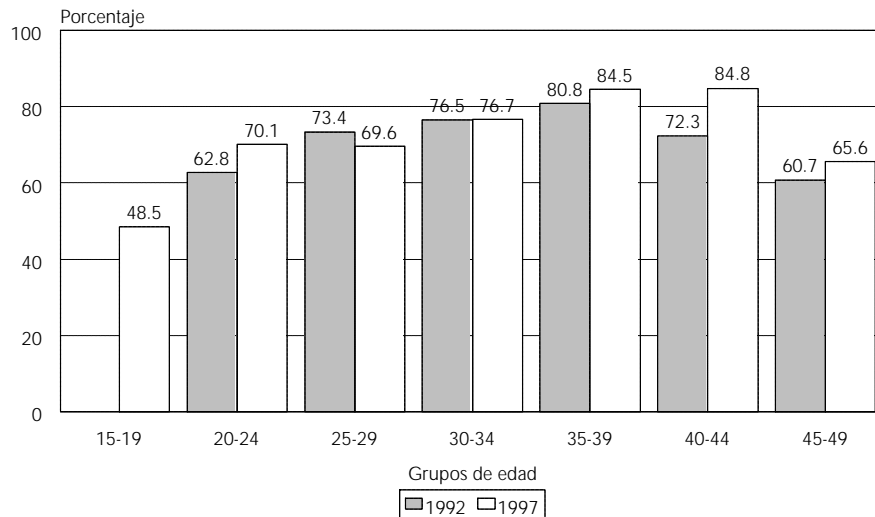
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 14.
Nayarit: 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.
Nayarit: porcentaje de mujeres unidas
en edad fértil que usa métodos anticonceptivos,
según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	70.3	74.0
Grupo de edad		
15-19	-	48.5*
20-24	62.8	70.1
25-29	73.4	69.6
30-34	76.5	76.7
35-39	80.8	84.5
40-44	72.3	84.8
45-49	60.7	65.6
Paridad		
0	-	21.4*
1	54.5	59.7
2	77.4	80.6
3	78.7	85.7
4 y más	74.8	79.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	44.4	56.2*
Primaria incompleta	70.9	71.4
Primaria completa	73.5	76.8
Secundaria y más	73.7	76.2
Lugar de residencia		
Rural	61.1	68.8
Urbano	75.6	76.8

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad (56.2%) y las que residían en localidades rurales (68.8%). 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 reducción de 6.5 puntos porcentuales, así como de 9.3 puntos entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Nayarit en 1997 muestra algunas diferencias con el patrón nacional, ya que si bien la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (49.5%), seguida por el DIU (19%), la pastilla continuó teniendo un peso relativo importante y fue el tercer método más utilizado, (13.8%), mientras que los naturales fueron el quinto método más usado para regular la fecundidad (5.4%). A pesar de la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos, es importante señalar que, entre 1992 y 1997, ésta redujo su participación en siete puntos porcentuales. Por el contrario, la OTB y el DIU incrementaron ligeramente su participación en la estructura de uso en 2.9 y cuatro puntos porcentuales, respectivamente (véase cuadro 6).

Cuadro 6.
Nayarit: 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	20.8	22.4	20.1	13.8	17.0	12.4
DIU	15.0	14.8	15.0	19.0	21.5	17.8
Inyecciones	5.8	5.0	6.2	6.5	5.8	6.9
Locales	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	5.5	6.8	4.9	5.0	5.7	4.6
OTB	46.6	45.8	46.9	49.5	44.8	51.7
Vasectomía	0.9	0.0	1.3	0.5	0.2	0.7
Naturales	5.4	4.9	5.6	5.4	4.5	5.9
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	0.0

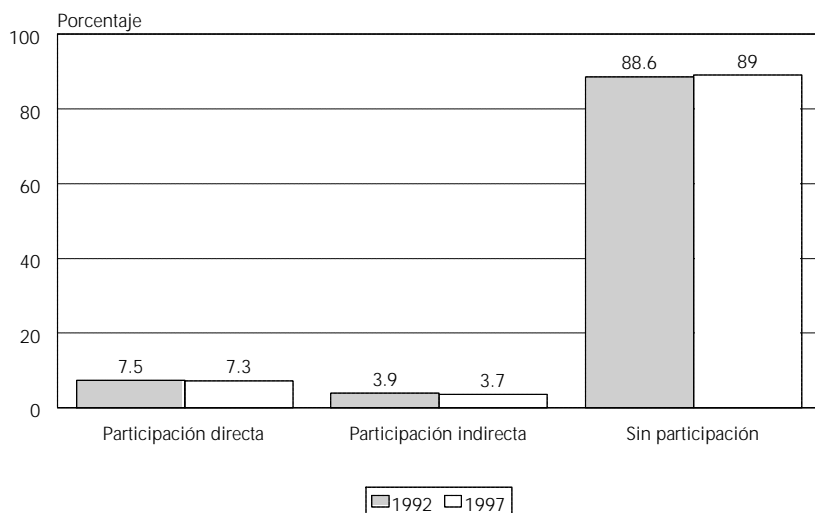
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. En 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era muy similar en ambos contextos (95.5% y 94.1%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento en la participación del DIU (de 14.8% a 21.5%), y una disminución en el uso de la pastilla (de 22.4% a 17%). En las localidades urbanas aumentó el uso de la OTB (de 46.9% a 51.7%) y del DIU (de 15% a 17.8%) y disminuyó el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla para regular su fecundidad (de 20.1% a 12.4%).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 0.5 y cinco por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Nayarit. 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 a una de cada nueve 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 7.3 por ciento de las usuarias y en el segundo 3.7 por ciento. Cabe señalar que el peso relativo de los métodos que exigen la participación directa e indirecta del varón se mantuvo prácticamente sin cambios entre 1992 y 1997.

Gráfica 15.

Nayarit: distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por tipo de participación del varón, 1992 y 1997



Nota: Participación directa=Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta=Locales y ritmo.

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

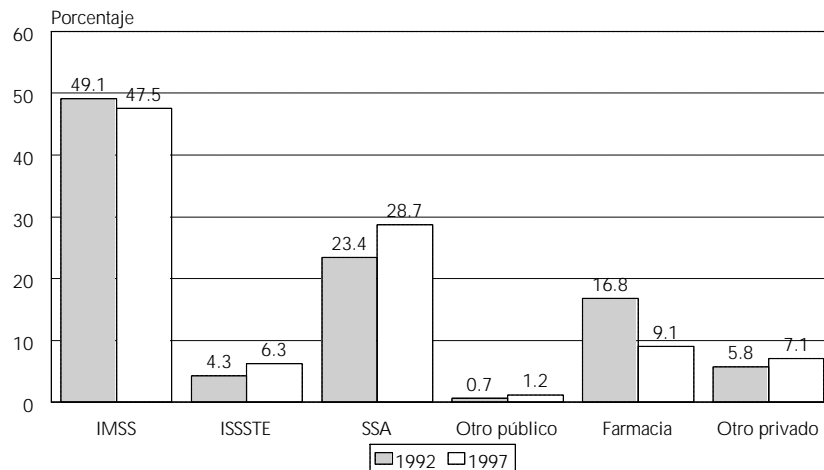
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Nayarit ganaron terreno como fuentes de obtención de los métodos anticonceptivos, al pasar de 77.5 por ciento en 1992 a 83.8 por ciento en 1997 (véase gráfica 16). En contraste, el sector privado redujo su participación, al pasar de 22.6 a 16.2 por ciento en los años de referencia. Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS el cual, a pesar de haber reducido ligeramente su participación en los años de referencia, atendió a cerca de la mitad (47.5%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, en tanto que la SSA atendió a cerca de tres de cada diez usuarias (28.7%).

Gráfica 16.

Nayarit: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, según lugar de obtención, 1992 y 1997



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

En el ámbito rural, la SSA experimentó un importante crecimiento como fuente de obtención de anticonceptivos al pasar de 30.3 a 42.1 por ciento entre 1992 y 1997, en tanto que el IMSS redujo su participación de 49.2 a 45.8 por ciento, por lo que se mantuvo como la principal fuente de obtención en este ámbito (véase cuadro 7). En el ámbito urbano, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos, tanto en 1992 como en 1997, mientras que el sector privado perdió importancia relativa y pasó a ocupar el tercer lugar en la provisión de métodos, después de la Secretaría de Salud: el IMSS atendió en 1997 a 48.3 por ciento de las usuarias urbanas, la SSA a 22.5 por ciento y el sector privado a 19.4 por ciento.

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público; este es el caso de 89.5 por ciento de las usuarias de la OTB, así como de 95.3 por ciento de las usuarias del DIU (véase cuadro 8). Conviene señalar que los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), también se obtienen mayoritariamente en el sector público, aún cuando poco más de una de cada tres usuarias de estos métodos los obtiene en el sector privado.

Cuadro 7.
Nayarit: 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	49.1	49.2	49.0	47.5	45.8	48.3
ISSSTE	4.3	1.9	5.3	6.3	1.3	8.7
SSA	23.4	30.3	20.2	28.7	42.1	22.5
Otro público	0.7	1.5	0.4	1.2	1.3	1.1
Farmacia	16.8	13.5	18.3	9.1	5.3	10.9
Otro	5.8	3.5	6.8	7.1	4.3	8.5

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

Cuadro 8.
Nayarit: distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos modernos por tipo de método, según sector de obtención, 1997

Método empleado	1997	
	Sector público	Sector privado
Total	83.8	16.2
Pastillas	66.5	33.5
DIU	95.3	4.7
Inyecciones*	60.0	40.0
Condomes*	62.8	37.2
OTB	89.5	10.5

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

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

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

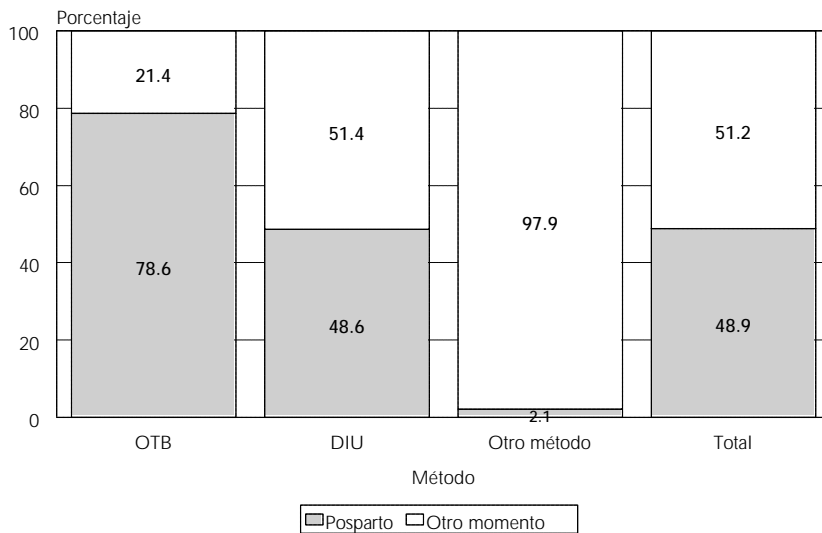
La importancia de estos programas en Nayarit se manifiesta en el hecho de que 48.9 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, cerca de la mitad de las usuarias del DIU (48.6%) y cerca de ocho de cada diez usuarias de la OTB (78.6%), comenzaron el uso del método en este periodo.

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

En Nayarit, 83.2 por ciento de las mujeres que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último hijo(a) nacido vivo durante el periodo 1994-1997, declaró haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y dos de cada tres reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

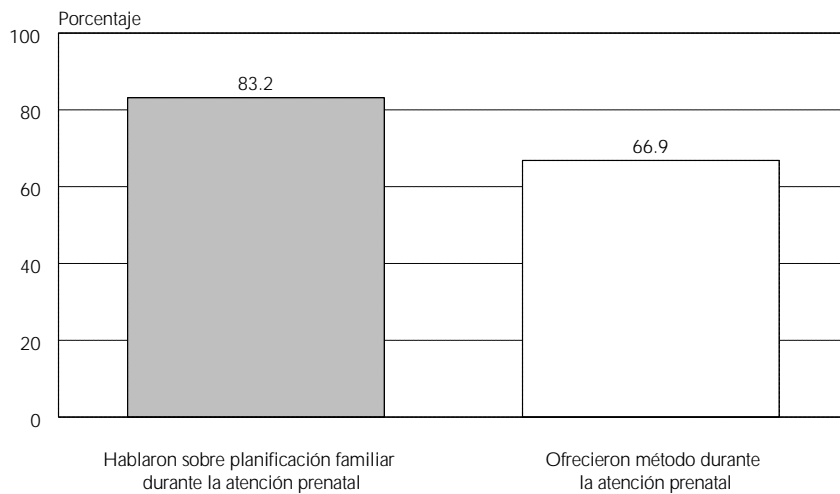
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo(a) nacido vivo.

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



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

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



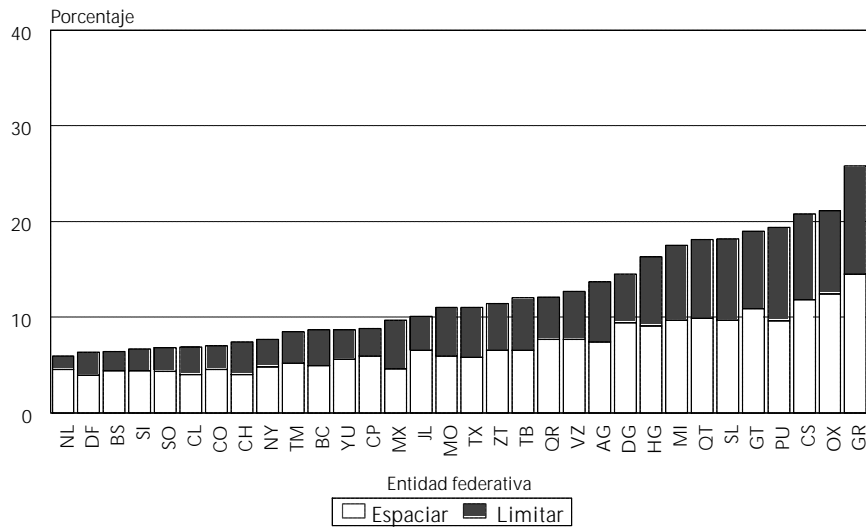
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Nayarit, para el año 1997, fue del orden de 7.8 por ciento, lo que lo ubicó dentro de las diez entidades que se encuentran en una mejor situación en este renglón (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: *a)* a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos; mientras que este valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, en los dos grupos de edad menores de 30 años: de 19, once y 9.5 por ciento para los grupos de edad 15-19, 20-24 y 25-29 años, respectivamente; *b)* en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha duplica al que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); *c)* a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, *d)* las mujeres sin hijos(as) y con paridad uno presentan altos porcentajes de demanda insatisfecha: diez y 13.5 por ciento, respectivamente.

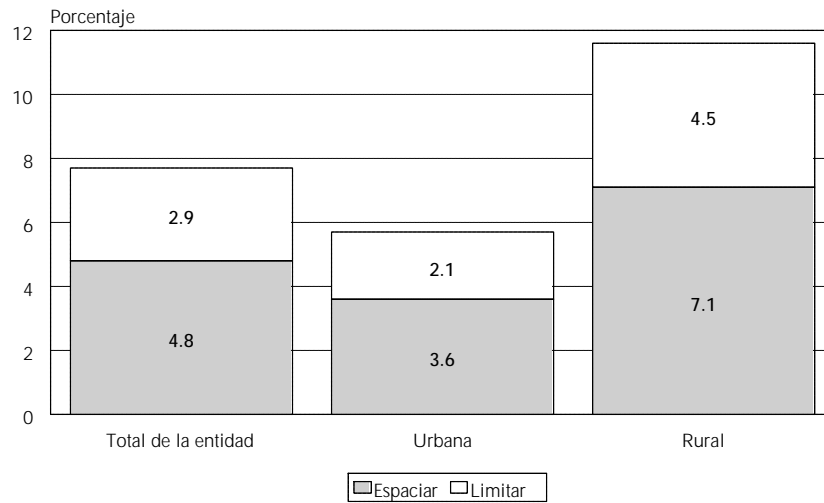
Cuadro 9.
Nayarit: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Falla del método	Infecundas
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	74.0	28.6	45.4	7.8	4.8	2.9	8.3	8.3	1.7
Edad quinquenal									
15-19*	48.5	42.3	6.2	19.0	19.0	0.0	27.9	0.0	4.5
20-24	70.1	62.9	7.2	11.0	10.6	0.4	14.8	0.7	3.4
25-29	69.6	44.0	25.6	9.5	5.5	4.1	16.8	2.9	1.2
30-34	76.7	29.3	47.3	8.8	3.1	5.6	4.2	7.9	2.5
35-39	84.5	12.5	72.0	5.5	2.5	3.0	3.0	5.9	1.1
40-44	84.8	6.2	78.6	3.2	0.8	2.4	0.4	11.2	0.4
45-49	65.6	1.8	63.9	1.8	0.0	1.8	0.0	32.5	0.0
Paridad									
0*	21.4	19.1	2.3	10.0	9.1	0.9	52.3	15.3	1.1
1	59.7	56.4	3.3	13.5	11.5	2.0	14.6	8.9	3.3
2	80.6	45.6	35.1	6.4	4.0	2.3	5.2	5.9	2.0
3	85.7	25.2	60.5	5.2	3.2	2.0	3.1	4.1	1.9
4 y más	79.8	9.5	70.3	7.0	2.3	4.7	1.8	10.6	0.8
Escolaridad									
Sin escolaridad*	56.2	12.2	44.1	13.4	5.2	8.2	7.2	23.1	0.0
Primaria incompleta	71.4	15.6	55.7	9.1	5.2	3.9	5.7	12.1	1.8
Primaria completa	76.8	28.1	48.7	5.5	3.3	2.2	7.3	8.6	1.8
Secundaria y más	76.2	36.4	39.8	7.4	5.2	2.2	9.9	4.8	1.8
Lugar de residencia									
Urbano	76.8	26.8	50.0	5.7	3.6	2.1	7.4	8.3	1.8
Rural	68.8	31.8	37.0	11.6	7.1	4.5	9.8	8.3	1.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

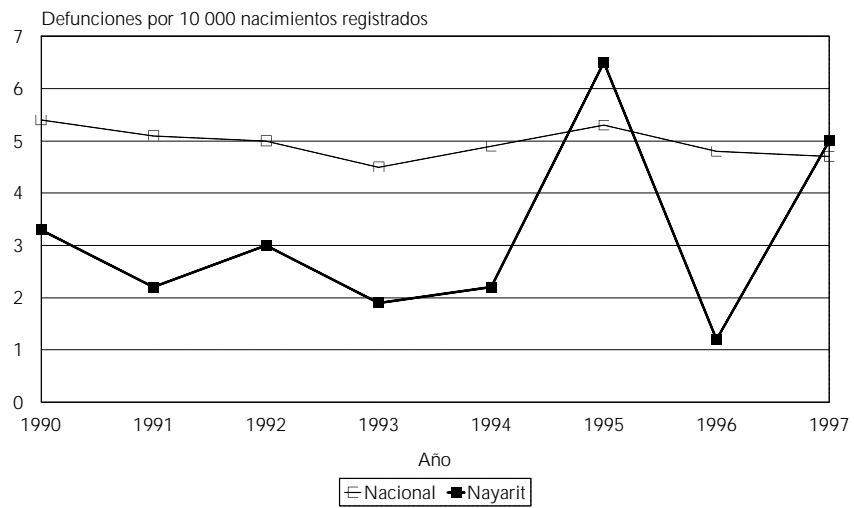
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Nayarit, la tasa de mortalidad materna presentó un comportamiento errático: en 1990 era de 3.3 defunciones por diez mil nacimientos registrados, descendió a 1.9 en 1993, ascendió a 6.5 en 1995, y en 1997 fue de cinco defunciones por diez mil nacimientos registrados; lo que situó a la entidad entre las trece con un nivel de mortalidad materna mayor al nacional (véase gráfica 21).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Nayarit 28 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales ascendieron a 34 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). De las mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas maternas, siete de cada diez tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada seis tenía 35 años o más, y una de cada nueve tenía menos de 20 años.

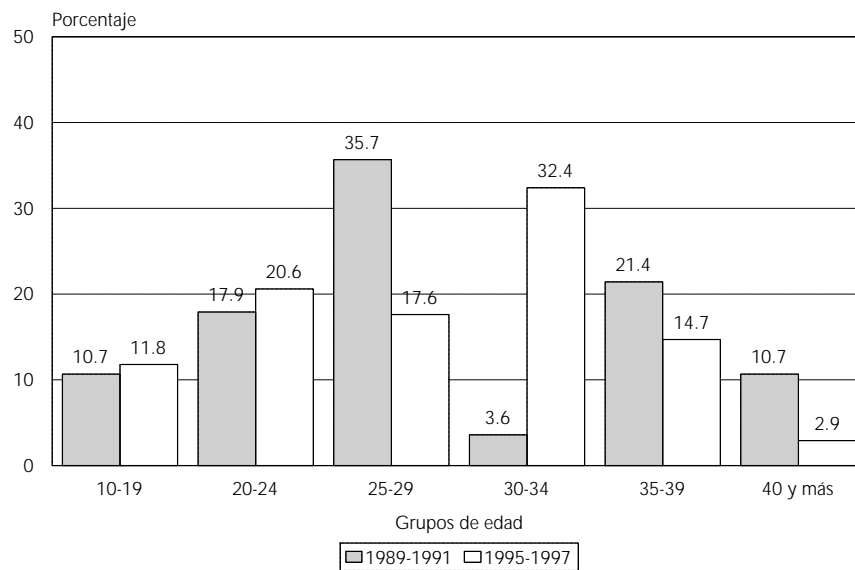
⁸ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



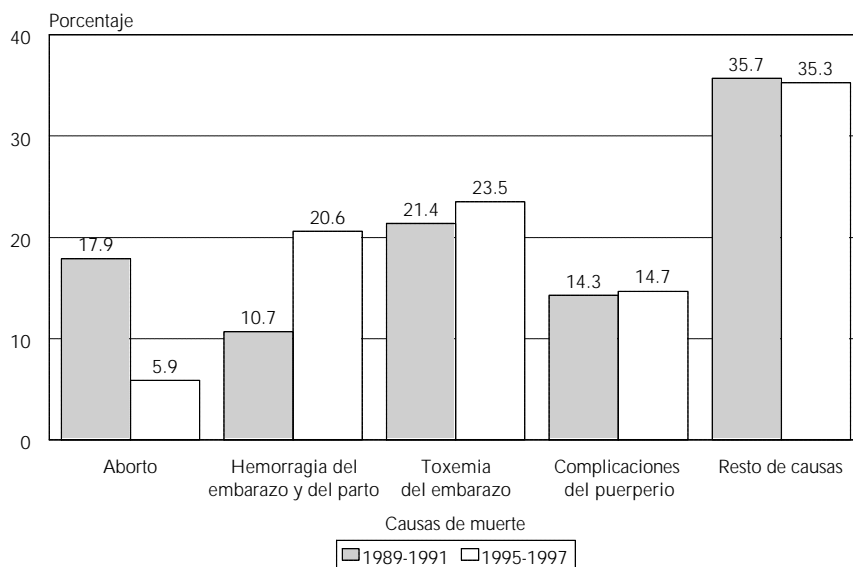
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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 Nayarit, la toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de muerte materna, y su importancia relativa aumentó ligeramente en los años noventa a cerca de una de cada cuatro defunciones, en el periodo 1995-1997 (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto registraron un aumento con respecto al periodo anterior, al pasar de una de cada diez mujeres a una de cada cinco, y se ubicaron como la segunda causa de muerte materna. Las complicaciones del puerperio mantuvieron su peso relativo en alrededor de una de cada siete mujeres en ambos periodos y se convirtieron en la tercera causa más importante. El aborto, presentó una disminución importante entre los periodos de referencia, al reducir su participación a la tercera parte y pasó a ser la cuarta causa.

Gráfica 23.
Nayarit: 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 Nayarit, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto se ha reducido ligeramente en los últimos años. En 1992, 22.3 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que descendió a 19.7 por ciento en 1997.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo(a). Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal⁹ como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, 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 Nayarit, 93.7 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, y entre las 15 con la mayor cobertura de atención brindada por un médico (89.4%) (véase cuadro 10).

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

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

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	89.4	2.2	2.0	6.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	86.2	3.3	5.7	4.8
20-34	91.0	2.0	1.2	5.8
35-49*	83.4	1.3	0.0	15.3
Orden de nacimiento				
1	95.8	1.8	1.4	1.0
2	91.4	3.0	2.2	3.3
3	92.9	2.1	0.9	4.1
4 o más	77.0	1.9	3.7	17.3
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	77.2	4.6	4.1	14.1
Primaria completa	89.5	3.7	3.0	3.8
Secundaria y más	96.4	1.0	1.1	1.6
Lugar de residencia				
Urbano	93.3	1.4	1.9	3.4
Rural	83.2	3.6	2.2	11.0

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

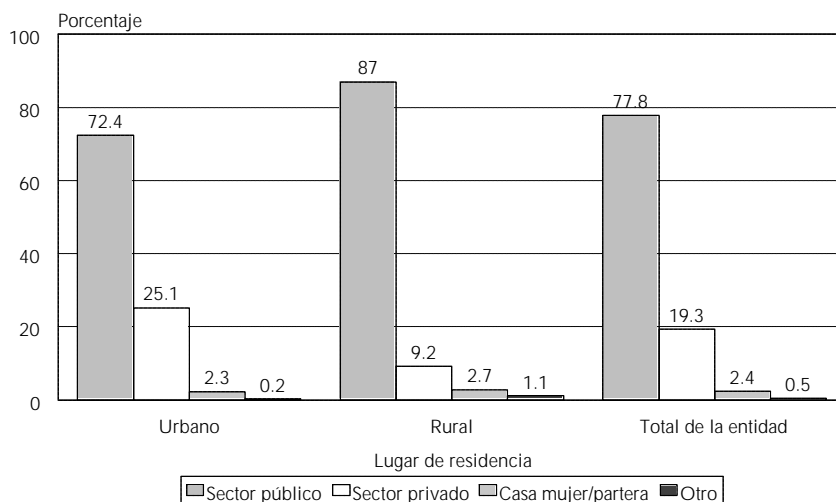
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con el médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo del orden de nacimiento: el porcentaje más bajo de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico se registra entre las madres con cuatro o más descendientes (77%). Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (83.2% y 93.3%, respectivamente). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 96.4 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, 77.2 por ciento de aquéllas con primaria incompleta tuvo esa oportunidad.

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público de la entidad cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 77.8 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, el sector privado atendió a 19.3 por ciento y 2.4 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (87% contra 72.4% en el ámbito urbano).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Nayarit, tres de cada cuatro mujeres (75.1%), del total que tuvo este tipo de atención, iniciaron con oportunidad la revisión prenatal; una de cada cinco (20.9%) inició en el segundo trimestre; y cuatro de cada cien en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que alrededor de siete de cada

diez mujeres con primaria completa o menos iniciaron la revisión de su embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió cerca de ocho de cada diez entre aquéllas con secundaria y más. Cabe señalar que no se observan diferencias entre las residentes de zonas urbanas y rurales. El inicio oportuno fue menos frecuente entre las madres adolescentes que entre las de 20 a 34 años de edad.

Cuadro 11.
Nayarit: distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos nacidos vivos por trimestre de inicio
de la atención prenatal, según características seleccionadas, 1994-1997

	Trimestre de inicio de la atención prenatal		
	1er.	2o.	3er.
Total	75.1	20.9	4.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	63.2	33.6	3.2
20-34	79.5	16.6	3.9
35-49	-	-	-
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	70.4	26.4	3.3
Primaria completa	67.9	26.3	5.7
Secundaria y más	79.2	18.0	2.8
Lugar de residencia			
Urbano	75.2	20.5	4.3
Rural	74.7	21.6	3.6

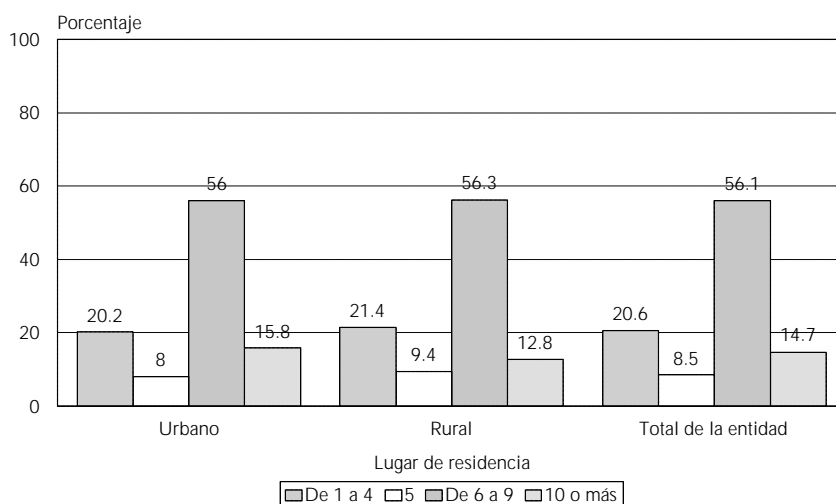
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Nayarit, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.1 consultas (7.3 en las zonas urbanas y 6.8 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada cinco de estas mujeres (20.6%) recibió cuatro o menos consultas prenatales, siendo este porcentaje similar entre las residentes de localidades rurales y urbanas (véase gráfica 25).

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



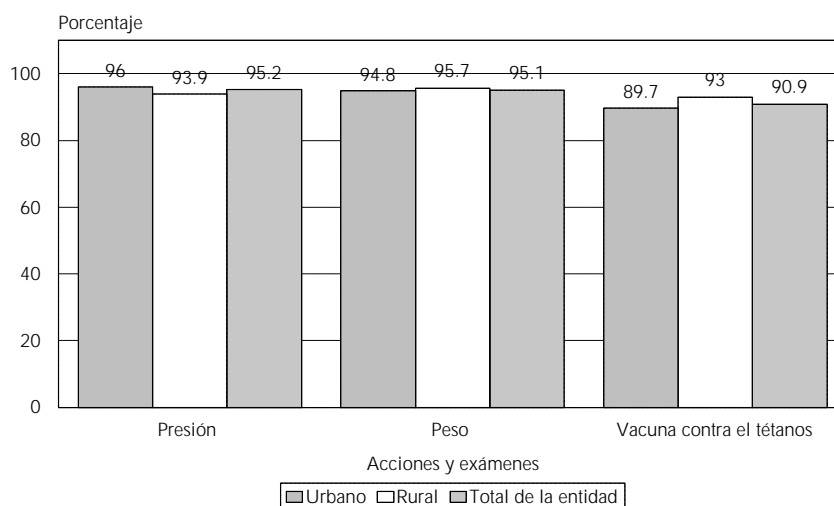
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 95.2 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 95.1 por ciento se le pesó; y a 90.9 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Nayarit por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

Es importante señalar que el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es similar en el ámbito urbano y en el rural. En el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en las áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (93% contra 89.7% en áreas urbanas).

Gráfica 26.

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



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

Atención del parto

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

En el país, se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. En el estado de Nayarit, 87.3 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo 1994-1997 fueron atendidos por un médico y 7.3 por ciento por una partera (véase cuadro 12).

A pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, se observan algunas diferencias al analizar el orden de nacimiento: 90.9 por ciento de las mujeres con paridad uno atendió su parto con un médico, proporción que se redujo a 75.4 por ciento entre aquellas con cuatro hijos(as) y más. En el caso de la escolaridad, la diferencia entre las mujeres con primaria incompleta y con secundaria y más, cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 25.5 puntos porcentuales (69.2% y 94.7%, respectivamente), en tanto que la diferencia fue de casi 15 puntos entre el medio urbano y el rural (93% y 78.1%, en cada caso).

Cuadro 12.
Nayarit: distribución porcentual de los últimos y penúltimos
hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto, según características seleccionadas, 1994-1997

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	87.3	1.5	7.3	4.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	78.3	2.8	12.5	6.3
20-34	90.2	1.1	5.8	2.8
35-49*	83.4	1.3	6.5	8.7
Orden de nacimiento				
1	90.9	2.6	5.9	0.6
2	88.9	2.0	4.7	4.4
3	93.1	0.0	5.7	1.2
4 o más	75.4	1.3	13.5	9.9
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	69.2	0.7	22.9	7.2
Primaria completa	93.2	1.4	4.5	0.9
Secundaria y más	94.7	1.5	2.9	0.9
Lugar de residencia				
Urbano	93.0	1.3	4.7	1.0
Rural	78.1	1.7	11.4	8.8

* 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, 90.1 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: poco más de dos quintas partes de las mujeres (42.8%) acudieron al IMSS; tres de cada diez (31.3%) acudieron a la SSA; 9.7 por ciento se atendió en una institución privada; y 9.1 por ciento en casa de la partera o de la mujer (véase cuadro 13).

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

	Lugar de atención del parto						
	IMSS	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
Total	42.8	5.4	31.3	0.9	9.7	9.1	0.8
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	38.4	0.0	27.5	0.0	7.3	26.9	0.0
Primaria completa	45.0	2.1	38.1	0.6	6.4	5.5	2.4
Secundaria y más	45.3	8.3	29.4	1.3	12.0	3.1	0.5
Lugar de residencia							
Urbano	43.0	8.3	30.5	1.3	11.1	5.8	0.0
Rural	42.4	0.6	32.7	0.3	7.3	14.7	2.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

El estrato socioeconómico marca pautas diferenciadas en la utilización de los servicios públicos de salud. Las mujeres con estudios de primaria completa y más acudieron en porcentajes mayores al IMSS que las mujeres con menores niveles de escolaridad. Entre éstos últimos, después del IMSS (38.4%), los servicios de la SSA son los más utilizados (27.5%), seguidos muy de cerca en importancia por la atención en casa de la partera o de la mujer (26.9%).

En el medio urbano y en el rural, las instituciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y la SSA, con un nivel de uso similar. Cabe señalar que en el medio rural la atención en casa fue 15.0 por ciento mayor que en el urbano (14.7% contra 5.8% del medio urbano), mientras que la atención en el sector privado fue 34.2 por ciento mayor en el medio urbano que en el rural (11.1% y 7.3%, respectivamente).

Tipo de parto

En Nayarit, durante el periodo 1994-1997, tres cuartas partes de los alumbramientos (74.1%) se resolvieron por vía vaginal (parto normal) y una cuarta parte (25.9%) se resolvió mediante la operación cesárea, valor similar al del país en su conjunto (26.5%) (véase cuadro 14).

De los partos que se atendieron en el sector privado, 37.4 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 31 por ciento; y en la SSA fue de 21.9 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal de este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

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

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	74.1	25.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	81.2	18.8
20-34	73.4	26.6
35-49*	62.0	38.0
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	69.0	31.0
SSA	78.1	21.9
Otras públicas	-	-
Sector privado*	62.6	37.4
Lugar de residencia		
Urbano	71.7	28.3
Rural	77.9	22.1

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

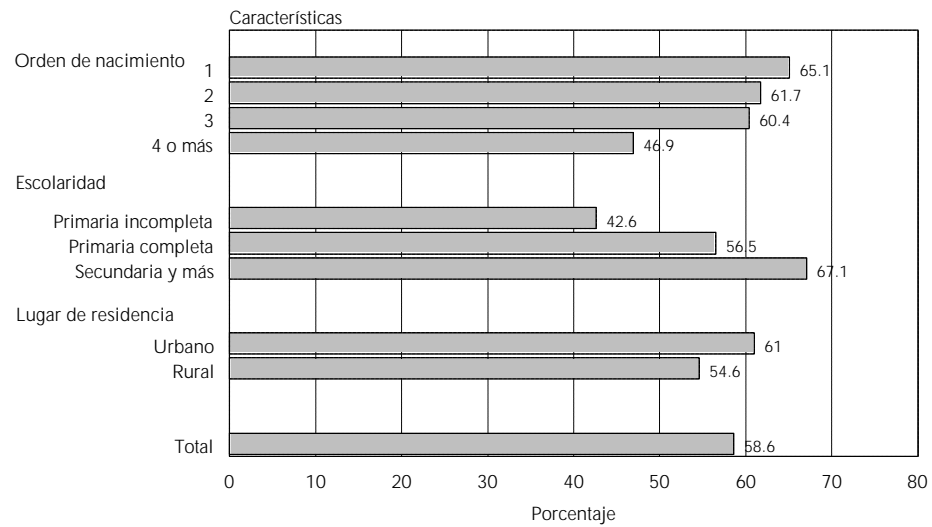
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

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

En el estado de Nayarit, 58.6 por ciento de las mujeres acudió a revisión durante el puerperio, cifra ligeramente menor al promedio nacional. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las de paridades altas (46.9% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 65.1% de las primíparas); aquéllas con primaria incompleta (42.6% a diferencia de 67.1% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (54.6% en tanto que 61% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

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



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

6 Lactancia materna

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

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

En Nayarit la lactancia está ampliamente difundida y se practica por periodos prolongados: 94 por ciento de los niños(as) nacidos entre 1994 y 1997 recibió leche materna, con una duración mediana de 12.2 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estas cifras lo ubican como el quinto estado con la incidencia más alta y entre los 18 que presentan una duración mediana más prolongada que la del país en su conjunto. Estos resultados indican una incidencia 2.6 por ciento más baja y una duración mediana 34.4 por ciento menor que la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado. En el medio rural, 93.8 por ciento de los niños y las niñas fue amamantado y la mitad ya había sido destetado a los 12.8 meses, mientras que 94.1 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 9.4 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.
Nayarit: porcentaje de los últimos
y penúltimos hijos sobrevivientes que fueron
amamantados, según características seleccionadas, 1994-1997

Total		94.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	92.0
	20-34	94.4
	35-49*	95.9
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	93.7
	Primaria completa	93.2
	Secundaria y más	94.3
Lugar de atención del parto		
	Sector público	94.3
	Sector privado*	91.8
	Casa*	91.5
Lugar de residencia		
	Urbano	94.1
	Rural	93.8

* 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.
Nayarit: 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	5.8	4.0	7.4
Mediana	12.2	9.4	12.8
Tercer cuartil	18.6	17.6	22.1

*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 Nayarit, 65 por ciento de los niños y las niñas fue ablactado antes de los cuatro meses, 27.3 por ciento recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado, y 3.5 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.3 meses, cifra similar a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

Tanto en las zonas urbanas como rurales se encuentra muy extendida la práctica de ablactar tempranamente a los niños(as), con una frecuencia mayor en las primeras (69.5% contra 57.7% en las áreas rurales). La escolaridad es una variable directamente asociada con la ablactación temprana: mientras que 59.1 por ciento de los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad, esta cifra ascendió a 69 por ciento entre los hijos(as) de mujeres con secundaria o más. La ablactación tardía es prácticamente inexistente en la entidad, y se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres adolescentes, con primaria incompleta y del medio rural (7.1%, 5.1% y 4.5%, respectivamente).

Cuadro 17.
Nayarit: distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos sobrevivientes que recibieron leche materna de acuerdo
a la edad a la que fueron ablactados, según características seleccionadas, 1994-1997

	Meses				
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	No ha ablactado
Total	29.1	35.9	27.3	3.5	4.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	30.1	36.8	21.9	7.1	4.1
20-34	29.1	36.6	27.9	2.5	4.0
35-49*	27.2	27.8	35.1	4.6	5.3
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	24.4	34.7	30.0	5.1	5.8
Primaria completa	23.2	37.1	31.5	2.6	5.6
Secundaria y más	33.4	35.6	24.6	3.5	2.9
Lugar de residencia					
Urbano	33.1	36.4	24.1	2.9	3.4
Rural	22.6	35.1	32.6	4.5	5.2

* 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

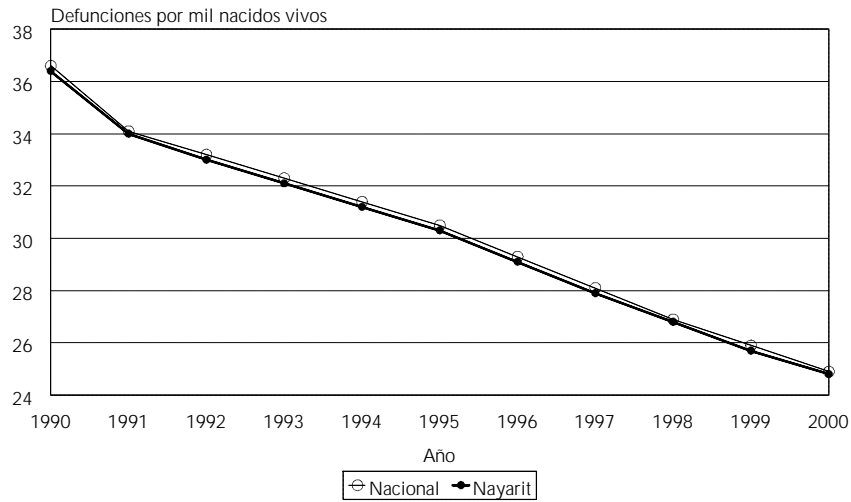
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían, en promedio, 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 Nayarit, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 36.4 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 24.8 por mil en la actualidad (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 31.9 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, la tasa de Nayarit es 25.3 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país. Conviene señalar que en la década de los noventa, la tasa de mortalidad infantil de Nayarit ha sido muy similar a la registrada para el conjunto del país, y en la actualidad se sitúa entre los 18 estados con una mortalidad infantil menor que la estimada a escala nacional (véase gráfica 29).

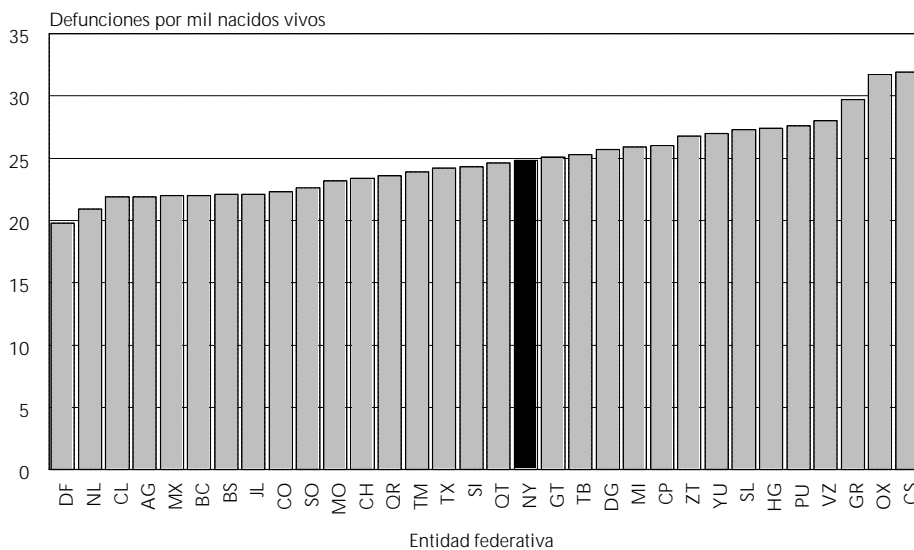
En Nayarit, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una ligera reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas no registró cambios importantes en los años de referencia y pasó a ser la segunda causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Nayarit existe un subregistro muy importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

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



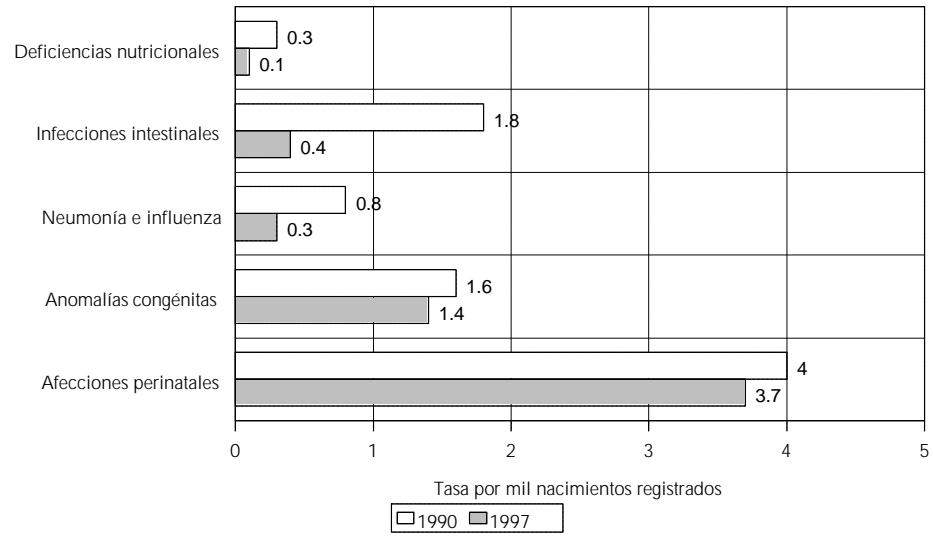
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

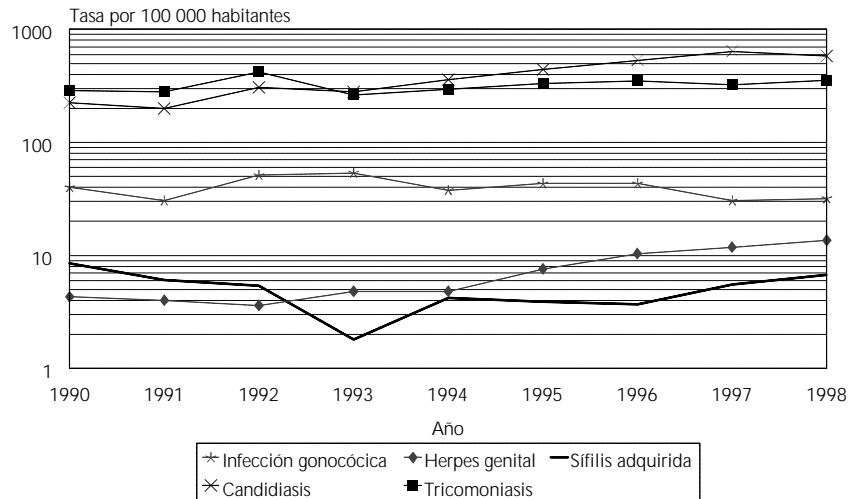
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 000 casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a cinco casos por 100 mil.

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

En Nayarit, la incidencia de las dos principales ETS mostraron un comportamiento errático con una tendencia creciente; y los niveles alcanzados en 1998 son considerablemente mayores a los registrados para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 582.9 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 354.4 por 100 mil (véase gráfica 31). Esto significa que Nayarit se ubicó entre los tres estados con el índice de incidencia más alto de estas dos enfermedades en el país.

Entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la gonorrea en Nayarit presentó una tendencia a la baja al pasar de 40.1 a 31.9 casos por 100 mil habitantes; en tanto que la sífilis adquirida registró un comportamiento muy irregular: de 8.5 casos por 100 mil habitantes en 1990, se redujo a 1.8 por 100 mil en 1993, y ascendió a 6.7 en 1998. Cabe destacar que en ambos casos, la incidencia fue mayor que la registrada para el país en su conjunto.

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



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

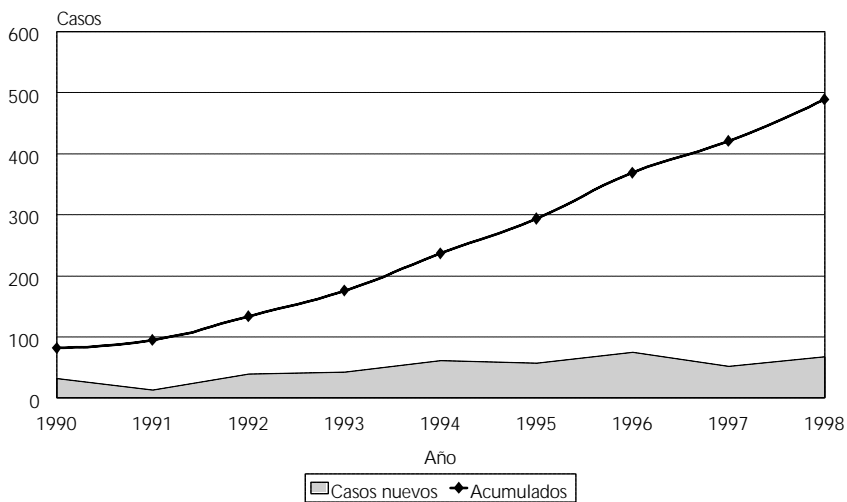
VIH/SIDA

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

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

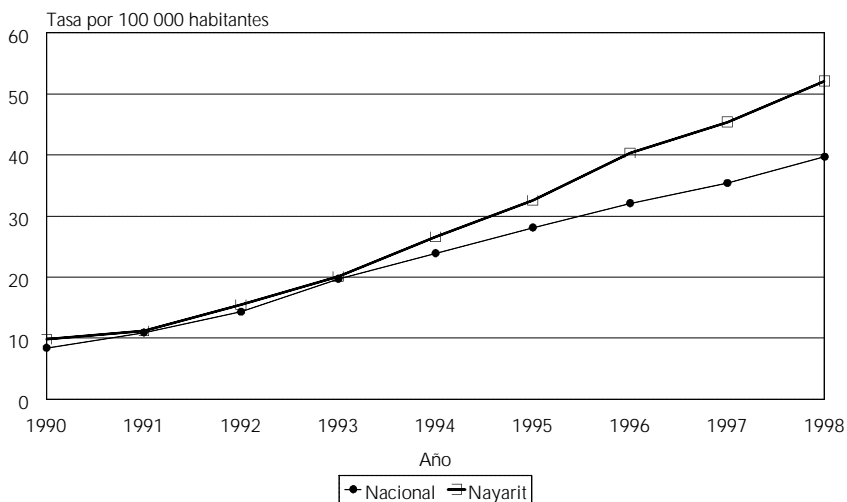
En Nayarit, el incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1989 y a partir de entonces, presentó un comportamiento irregular con una tendencia creciente. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 489 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 9.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 52.1 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). Este aumento ubicó a Nayarit como el estado con la sexta tasa de incidencia acumulada más alta del país en 1998.

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



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

La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce, ilustra la importancia del subregistro del SIDA, debido a que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, ya que no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Nayarit fue 55.7 por ciento menor que lo registrado para el país (12.7% y 28.7%, respectivamente).

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

En Nayarit, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (84.1%), uno de cada ocho casos (12.6%) fue contagiado por vía sanguínea y cerca de dos por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 34.2 por ciento, siguiendo en orden de importancia el bisexual (26.7%) y por último el homosexual (23.2%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de cinco, es decir, había cinco hombres infectados por cada mujer.

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	489	100.0
Vía sexual	359	84.1
Homosexual	99	23.2
Bisexual	114	26.7
Heterosexual	146	34.2
Vía sanguínea	54	12.6
Transfusión	50	11.7
Hemofílico	2	0.5
Usuario de drogas intravenosas	1	0.2
Donador remunerado	1	0.2
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	6	1.4
Perinatal	8	1.9
Subtotal	427	100.0
No documentado	62	12.7

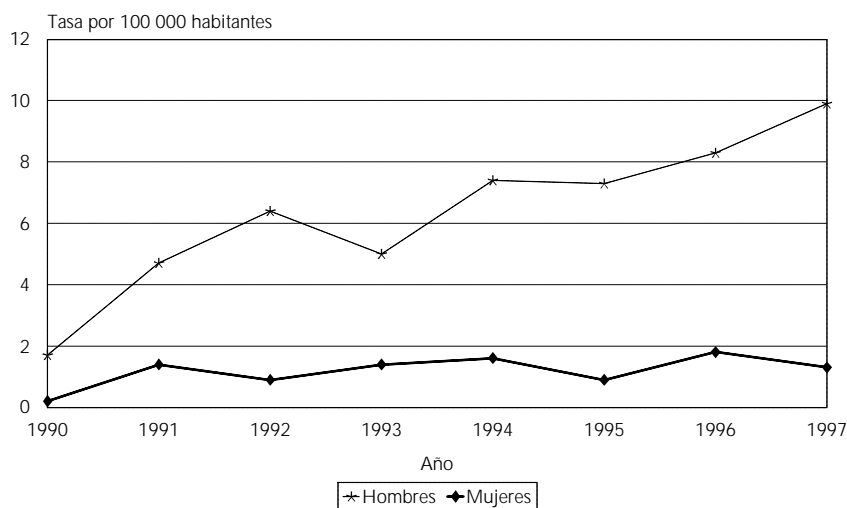
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 280 muertes en el estado de Nayarit,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de una defunción por 100 mil habitantes en 1990 a 5.6 defunciones por cien mil en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el decimocuarto lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general de la entidad.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una tendencia ascendente, al pasar de 1.7 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 9.9 en 1997 (véase gráfica 34). La tasa de mortalidad femenina, por su parte, también presentó una tendencia ascendente, aunque de menor magnitud: pasó de 0.2 defunciones por 100 mil mujeres en 1990, a 1.3 defunciones por cien mil en 1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 236 hombres y 44 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 69.2 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 44 años de edad, mientras que entre las mujeres, siete de cada diez casos tenían entre 30 y 49 años (véase cuadro 19).

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



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

¹⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.4	0.4	0.0
1-4	0.4	0.4	0.0
5-14	0.4	0.4	0.0
15 - 19	0.7	0.8	0.0
20 - 24	6.8	5.5	13.6
25 - 29	17.5	19.1	9.1
30 - 34	23.9	24.2	22.7
35 - 39	15.0	13.6	22.7
40 - 44	12.1	12.3	11.4
45 - 49	10.4	9.3	15.9
50 - 64	10.4	11.4	4.5
65 y más	1.4	1.7	0.0
N.E.	0.7	0.8	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

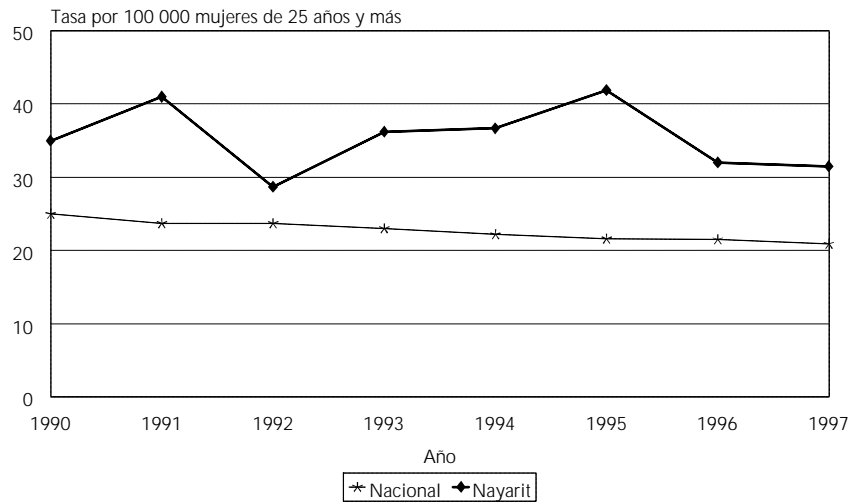
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998, un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Nayarit, la mortalidad por este cáncer presentó, entre 1990 y 1997, un comportamiento errático, no obstante, en todos los años presentó un nivel mayor al registrado para el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Nayarit fue de 31.5 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, ubicándolo como la entidad con la mayor mortalidad por esta patología.

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.

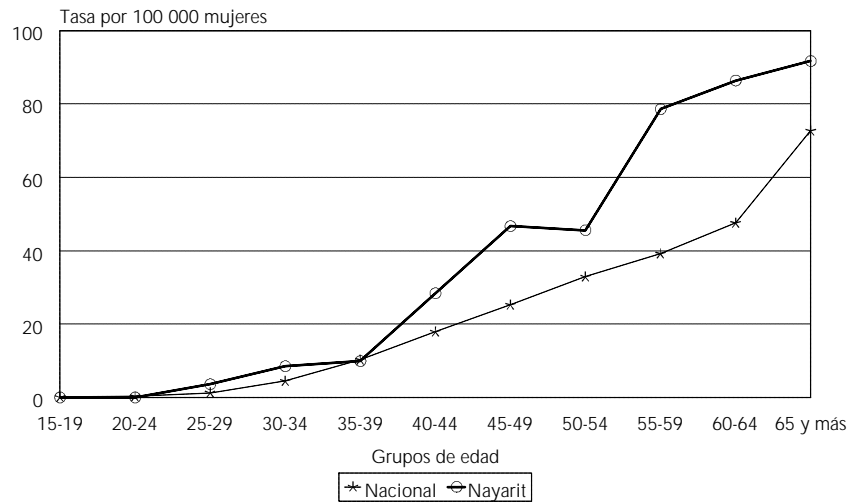
En Nayarit, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron, en el periodo 1995-1997, un nivel de mortalidad mayor al promedio nacional, destacando las mujeres de 55 a 59 y de 60 a 64 años, cuya tasa fue 39.4 y 38.8 puntos porcentuales más elevada que la de sus homólogas de toda la República (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Nayarit: 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.
Nayarit: 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.

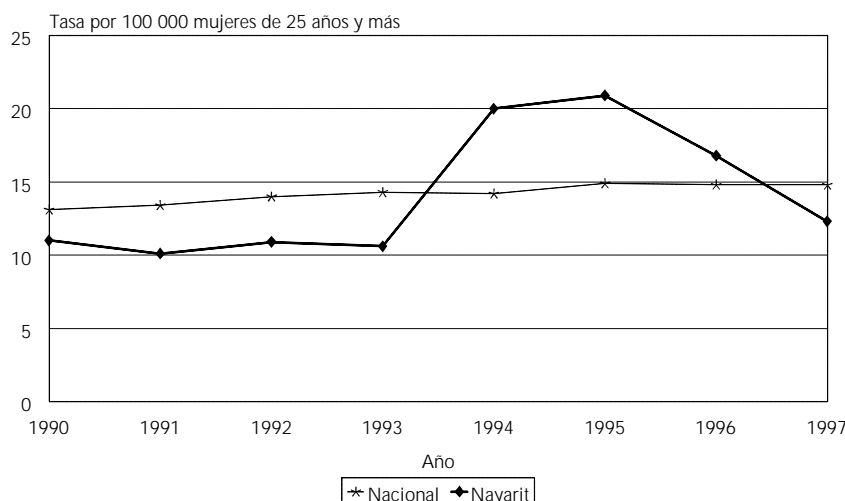
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Nayarit, la tasa de mortalidad por cáncer mamario no mostró cambios importantes entre 1990 y 1993; en 1994 y 1995 presentó un incremento de casi el doble con relación a los años anteriores, para luego volver a descender. En 1997, la tasa de mortalidad fue de 12.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, por lo que se situó entre los 21 estados con una tasa de mortalidad por esta patología menor que la registrada a escala nacional (véase gráfica 37).

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

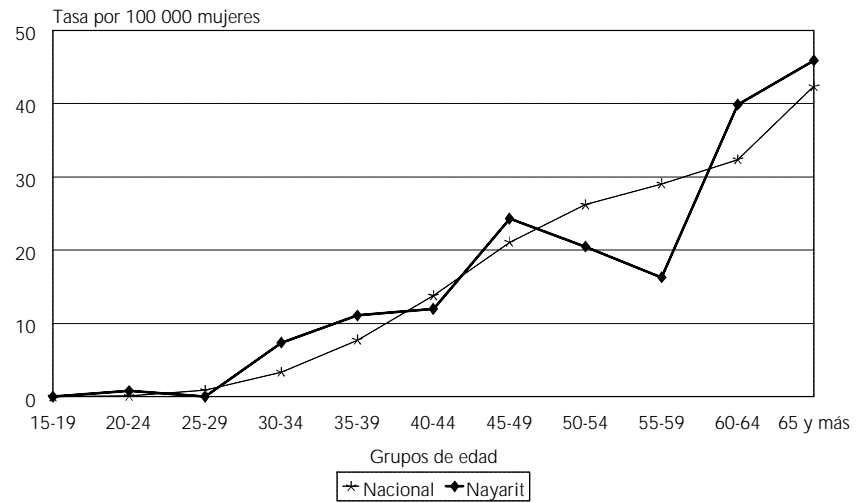
En Nayarit, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad mayor que el promedio nacional; sin embargo, destacan las mujeres de 50 a 59 años, cuya mortalidad por esta causa fue considerablemente menor que la registrada por ese grupo de edad en el país en su conjunto (véase gráfica 38).

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

La población de Nayarit se encuentra en una fase moderada de la transición demográfica, y, de acuerdo a las previsiones de la fecundidad, en el mediano plazo (2005) alcanzará 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 (76.1%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹¹ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de las más bajas del país, y las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

No obstante estos importantes logros en el ámbito de la reproducción, Nayarit 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. Alrededor de 50 por ciento de las mujeres de las distintas generaciones se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Antes de los 18 años de edad, poco menos de una de cada cuatro mujeres de la generación más reciente ya había iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras antes de los 25 años es muy elevada en Nayarit: más de una de cada cinco mujeres de la generación más reciente se embarazó de su primer hijo fuera de una unión conyugal.
- ✦ Las mujeres que se encuentran en las etapas iniciales de su vida reproductiva, presentan un porcentaje bajo en la utilización de métodos anticonceptivos.
- ✦ Las mujeres menores de 30 años, con paridad cero o uno, y las mujeres sin instrucción y del área rural, son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.

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

En la dimensión de la salud materno-infantil, Nayarit se encuentra en un proceso intermedio en la medicalización de la atención prenatal y del parto (89.4% de las mujeres que tuvieron un nacimiento entre 1994 y 1997 acudieron a consulta prenatal con un médico y 87.3% se atendió el parto con este agente de salud). Asimismo, la tasa de mortalidad infantil en el estado es similar a la que se estima para toda la República.

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

- ✦ La tasa de mortalidad materna es muy elevada y en 1997 fue la décima más alta del país.
- ✦ Una de cada nueve mujeres que residen en el medio rural cursa su embarazo sin vigilancia prenatal y poco menos de una de cada once no recibe atención profesional durante el parto.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Nayarit registra una de las mayores tasas de incidencia del país. Asimismo, respecto al VIH/SIDA, Nayarit ocupó el sexto lugar con la tasa de incidencia acumulada de SIDA más alta del país.

Respecto a otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas anuales de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Nayarit entre 1990 y 1997 fueron mayores a las que se observaron en el país en su conjunto, y en 1997 fue la entidad con el mayor nivel de mortalidad por esta patología. Mientras tanto, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama presentó un comportamiento muy errático: entre 1990 y 1993 se mantuvo por debajo del promedio nacional, en 1994 se incrementó a casi el doble y en 1997 descendió para volver a ubicarse por debajo del nivel nacional.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Nayarit
1990	3.35	3.50
1991	3.25	3.39
1992	3.14	3.27
1993	3.04	3.16
1994	2.93	3.05
1995	2.82	2.92
1996	2.73	2.82
1997	2.65	2.72
1998	2.55	2.61
1999	2.48	2.52
2000	2.40	2.43

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Nayarit: 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	9.3	7.1
15	18.2	14.5
16	29.3	22.8
17	41.8	32.5
18	50.9	42.7
19	56.8	49.8
20	65.9	56.0
21	70.0	61.5
22	75.0	66.8
23	78.9	70.1
24	81.6	75.9
25	85.5	77.0

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	18.2	38.6	24.8	18.4
1958-1962	17.7	32.6	31.1	18.6
1963-1967	13.6	39.2	27.6	19.6
1968-1972	14.5	35.3	26.1	24.1

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

Datos gráfica 5.

Nayarit: 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	39.0	38.0	8.4	14.6
Primaria completa	16.8	49.1	23.5	10.7
Secundaria y más	5.7	34.7	33.4	26.2
Rural	23.1	42.3	17.5	17.1
Urbano	9.7	34.7	31.4	24.2
Total	14.0	37.2	26.9	21.9

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

Datos gráfica 7.

Nayarit: 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	3.3	3.3	3.3	2.8
16	5.9	6.4	5.9	5.4
17	14.9	14.4	12.1	14.1
18	24.8	21.2	19.0	23.0
19	35.8	29.8	30.5	31.2
20	47.2	39.2	44.1	42.6
21	54.0	49.4	53.2	50.7
22	61.2	58.8	62.4	57.4
23	70.3	66.3	67.6	63.0
24	75.5	74.9	73.2	69.5
25	79.3	78.7	78.1	73.7

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

Datos gráfica 8.

**Nayarit: 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	3.0	8.9	34.0	23.2	28.1	2.8
1958-1962	5.4	7.9	34.2	22.2	25.1	5.2
1963-1967	5.9	8.3	32.9	22.5	24.9	5.4
1968-1972	3.6	10.0	27.4	25.1	28.9	5.0

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.3	1.5	1.7	1.2
16	1.3	1.9	1.7	2.2
17	4.7	2.9	3.6	3.3
18	5.6	5.1	5.4	4.7
19	7.0	5.9	7.2	6.4
20	8.0	7.6	8.7	9.3
21	8.0	9.1	10.7	10.5
22	8.4	11.5	11.8	11.9
23	10.8	12.6	13.0	12.9
24	12.0	13.8	13.8	13.6
25	13.0	13.8	14.6	14.6

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

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

Año	Nacional	Nayarit
1990	5.4	3.3
1991	5.1	2.2
1992	5.0	3.0
1993	4.5	1.9
1994	4.8	2.2
1995	5.3	6.5
1996	4.8	1.2
1997	4.7	5.0

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

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

Año	Nacional	Nayarit
1990	36.6	36.4
1991	34.1	34.0
1992	33.2	33.0
1993	32.3	32.1
1994	31.4	31.2
1995	30.5	30.3
1996	29.3	29.1
1997	28.1	27.9
1998	26.9	26.8
1999	25.9	25.7
2000	24.9	24.8

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	40.1	4.3	8.5	224.1	286.5
1991	30.6	4.0	6.1	199.4	279.5
1992	51.1	3.6	5.4	307.5	420.3
1993	53.7	4.8	1.8	278.4	264.0
1994	37.8	4.8	4.2	358.2	293.7
1995	43.2	7.6	3.9	441.6	331.8
1996	43.3	10.4	3.7	533.8	351.4
1997	30.5	11.8	5.5	640.3	322.5
1998	31.9	13.6	6.7	582.9	354.4

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	32	82
1991	13	95
1992	39	134
1993	42	176
1994	61	237
1995	57	294
1996	75	369
1997	52	421
1998	68	489

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

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

Año	Nacional	Nayarit
1990	8.4	9.8
1991	10.9	11.2
1992	14.3	15.5
1993	19.7	20.1
1994	23.9	26.6
1995	28.1	32.6
1996	32.1	40.3
1997	35.4	45.4
1998	39.7	52.1

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

Datos gráfica 34.
Nayarit: tasa de mortalidad
por SIDA según sexo, 1990-1997

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.7	0.2
1991	4.7	1.4
1992	6.4	0.9
1993	5.0	1.4
1994	7.4	1.6
1995	7.3	0.9
1996	8.3	1.8
1997	9.9	1.3

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

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

Año	Nacional	Nayarit
1990	25.0	35.0
1991	23.7	41.0
1992	23.7	28.7
1993	23.0	36.2
1994	22.2	36.7
1995	21.6	41.9
1996	21.5	32.0
1997	20.9	31.5

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

Datos gráfica 36.
Nayarit: tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino según
grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Nayarit
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.0
25-29	1.3	3.6
30-34	4.5	8.5
35-39	10.3	9.9
40-44	17.9	28.4
45-49	25.3	46.7
50-54	32.9	45.6
55-59	39.2	78.6
60-64	47.6	86.4
65 y más	72.7	91.7

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

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

Año	Nacional	Nayarit
1990	13.1	11.0
1991	13.4	10.1
1992	14.0	10.9
1993	14.3	10.6
1994	14.2	20.0
1995	14.9	20.9
1996	14.8	16.8
1997	14.8	12.3

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

Edad	Nacional	Nayarit
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.8
25-29	0.9	0.0
30-34	3.4	7.4
35-39	7.8	11.1
40-44	13.8	12.0
45-49	21.1	24.3
50-54	26.2	20.5
55-59	29.1	16.3
60-64	32.4	39.9
65 y más	42.4	45.9

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
Nayarit

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.