

Cuadernos de salud reproductiva

Tabasco



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva
Tabasco

Primera edición: noviembre de 2001
ISBN: 970-628-521-0

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

MTRO. 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

C. P. FRANCISCO SUÁREZ WARDEN
Oficial Mayor

LIC. ARTURO CHÁVEZ CHÁVEZ
Titular del Órgano Interno de Control

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

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

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director General de Estudios de Población

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRA. PATRICIA FERNÁNDEZ H.
Directora 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

FERNANDO HAM SCOTT
Director de Apoyo Técnico

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo proto-genésico	20
2 Preferencias reproductivas	23
Número ideal de hijos e hijas	23
Deseo de más hijos o hijas	25
3 Práctica anticonceptiva	27
Conocimiento de métodos anticonceptivos	27
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	30
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	33
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	35
Anticoncepción posparto	37
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	39
4 Salud materna	42
Nivel de la mortalidad materna	42
Causas de mortalidad materna	44
Aborto	45
5 Atención a la mujer embarazada	46
Atención prenatal	46
Cobertura institucional de la atención prenatal	48

Inicio de la atención prenatal	48
Intensidad y calidad de la atención prenatal	49
Atención del parto	51
Lugar de atención del parto	52
Tipo de parto	53
Atención durante el puerperio	54
6 Lactancia materna	56
Edad de la ablactación	58
7 Mortalidad infantil	60
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	63
VIH/SIDA	64
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	69
Cáncer cérvico uterino	69
Cáncer de la mama	71
Conclusiones	73
Anexo estadístico	75
Nomenclatura de las entidades federativas	81

Presentación

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

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

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

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

¹ SSA, *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, México, mayo 1994, p.15.

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

Aún cuando a lo largo del siglo xx México experimentó un acelerado proceso de urbanización, en Tabasco este proceso ha sido más lento. En 1995, 47.9 por ciento de la población estatal residía en localidades de menos de 2 500 habitantes. De las 2 597 localidades censadas en el estado, 75.1 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 14.6 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

Como ha sido señalado en múltiples investigaciones, la escolaridad es un factor clave del desarrollo de las personas y guarda estrecha relación con el cuidado de la salud y con la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; y fomenta el afán de logro y superación personal, así como una alta valoración parental de los hijos e hijas. 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, y en el estado de Tabasco ha sucedido algo similar. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.2 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. En ese mismo año, el porcentaje de la población que no había asistido a la escuela ascendió a 9.4 por ciento, 24 por ciento no había concluido la primaria, 18.7 por ciento terminó la instrucción primaria, 20.7 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 27.2 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.6 para los hombres y de 6.7 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es mayor en las mujeres que en los hombres: 12.1 y 6.7 por ciento, respectivamente.³

Tabasco es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de cuarenta lenguas indígenas en el estado, nueve de las cuales eran habladas por más de cien personas de cinco años y más, dentro de éstas destacaron el idioma Chontal, hablado por poco más de 36 mil personas, el Chol (9.5 mil) y Tzeltal (1.5 mil). Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Tabasco 3.4 por ciento de los habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (3.6% de los hombres y 3.1% de las mujeres).

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

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

Tabasco es el décimo estado con el mayor índice de marginación del país, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La marginación *media* es una realidad que caracteriza a 13 de los 17 municipios de la entidad, en los cuales residen dos terceras partes (65.8%) de los habitantes del estado. En los tres municipios cuya marginación es *baja*, reside 7.6 por ciento de la población; y uno de cada cuatro habitantes (26.6%) reside en el municipio Centro, que es el único que presenta un índice de marginación *muy bajo*.⁴

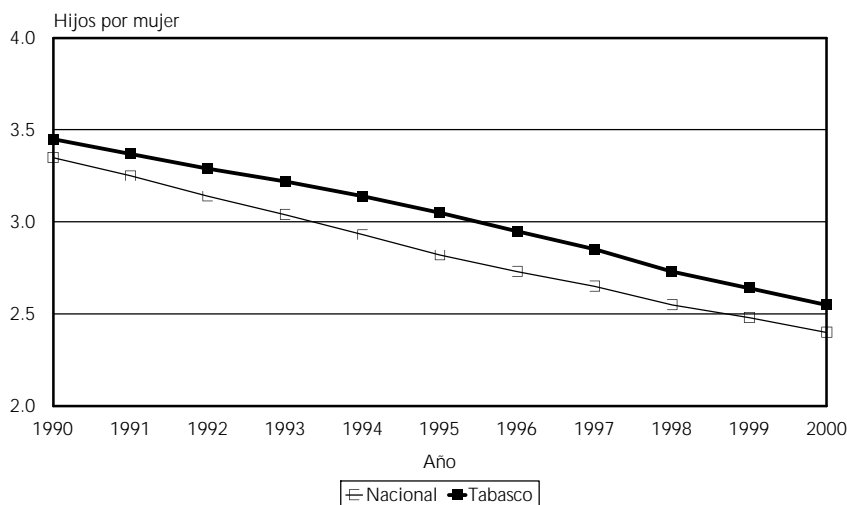
⁴ CONAPO/Progres. *Índices de marginación*, 1995.

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 alrededor de 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En Tabasco, las mujeres también redujeron el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.45 hijos por mujer en 1990 a 3.29 en 1992, descendió a 2.85 hijos en promedio en 1997, y para el 2000 se estima en 2.55 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Tabasco del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.3 hijos en 1990, a 0.75 hijos en el año 2000. En este último año, Tabasco se ubicó entre las dieciséis entidades que registraron un nivel de fecundidad superior al del país en su conjunto (véase gráfica 2).

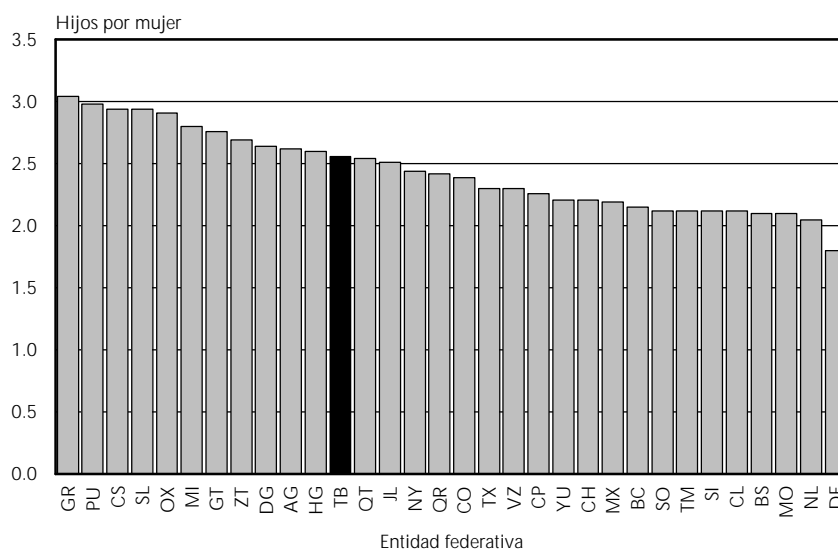
Gráfica 1.
Tabasco: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

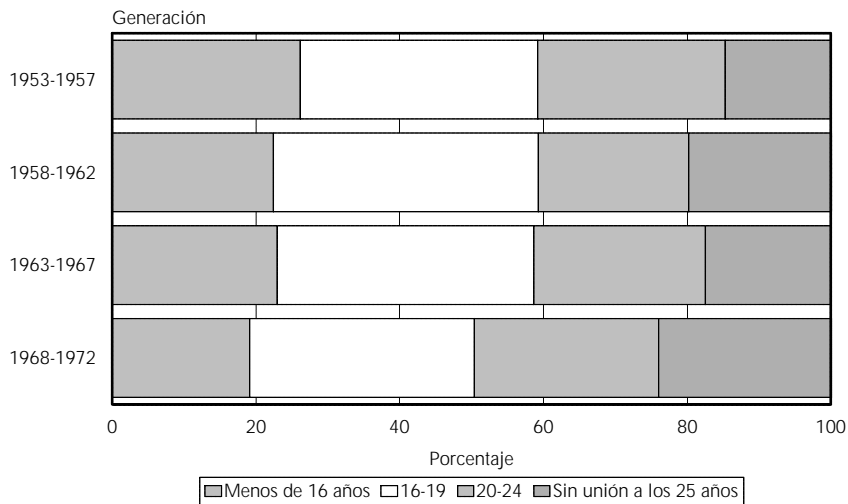
Edad a la primera unión

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

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

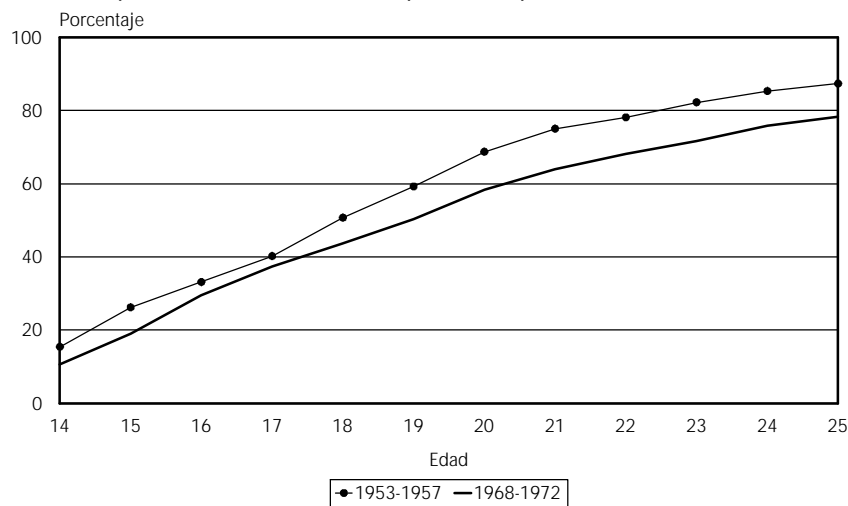
En el caso de Tabasco, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de un año en la edad mediana al matrimonio (de 19 a 20 años). A pesar de esta postergación, un alto porcentaje de mujeres se encontraban unidas antes de cumplir 16 años de edad: una de cada cuatro mujeres de la generación 1953-1957, y una de cada cinco entre las de la generación más reciente. El inicio de la vida marital se concentra entre los 16 y los 19 años de edad para el mayor porcentaje de mujeres (entre 31% y 37%), por lo que antes de cumplir 20 años de edad, más de la mitad de las mujeres tabasqueñas viven en unión o matrimonio (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
Tabasco: 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 laENADID, 1997.

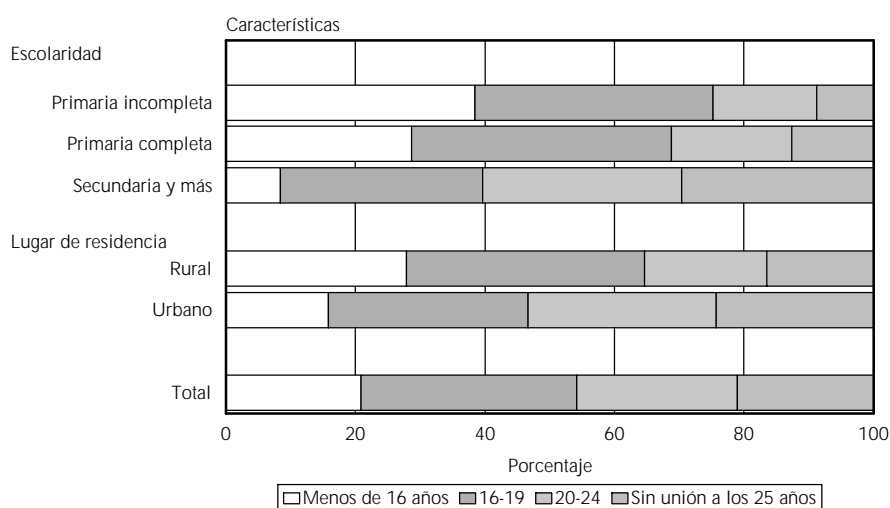
Gráfica 4.
Tabasco: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Entre las mujeres nacidas en el periodo 1963-1972 y residentes en localidades rurales, 27.9 y 36.7 por ciento se unieron antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a 15.8 y 30.9 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: una de cada doce (8.4%) y tres de cada diez (31.2%) mujeres con secundaria y más se unieron antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta estos valores ascienden a 38.4 y 36.8 por ciento, en cada caso.

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

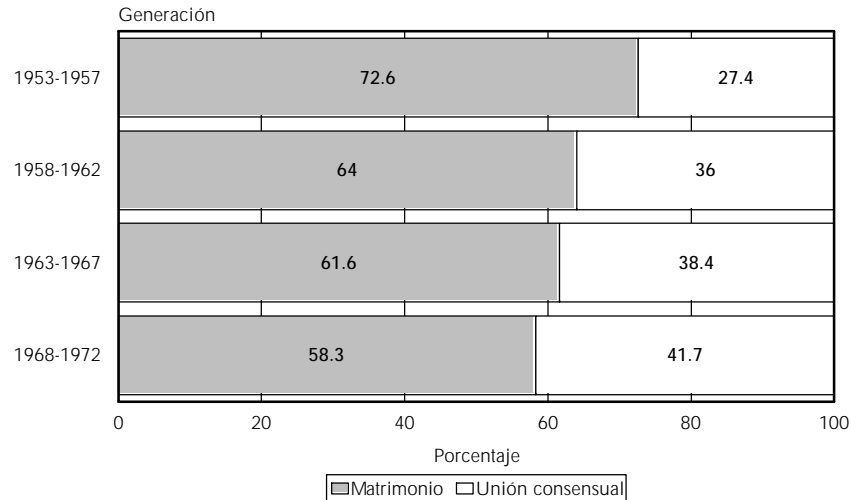


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Tabasco, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 27.4 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 41.7 por ciento, cifra superior a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



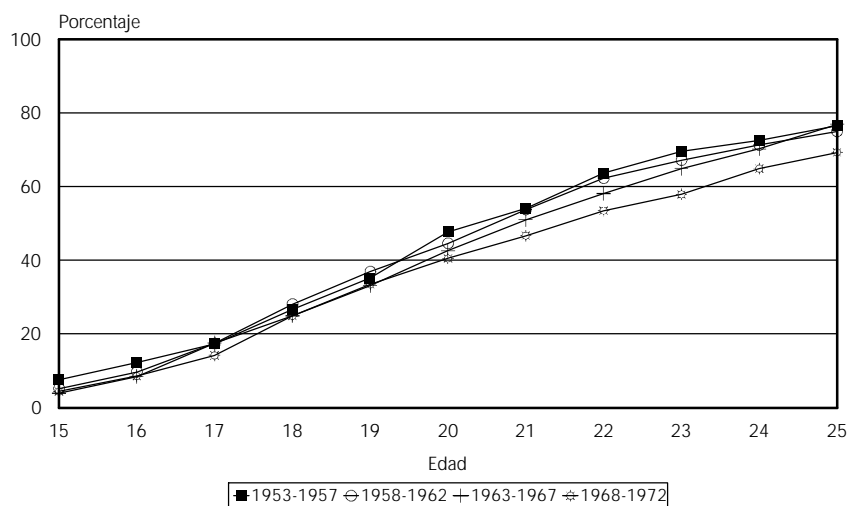
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Tabasco se ha registrado un ligero retraso en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, para las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7). La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: cerca de la mitad (47.7%) de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad; mientras que 40.5 por ciento de las mujeres de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes una de cada cuatro (24.9%) inició la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad.

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

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



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

Intervalo protogenésico

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

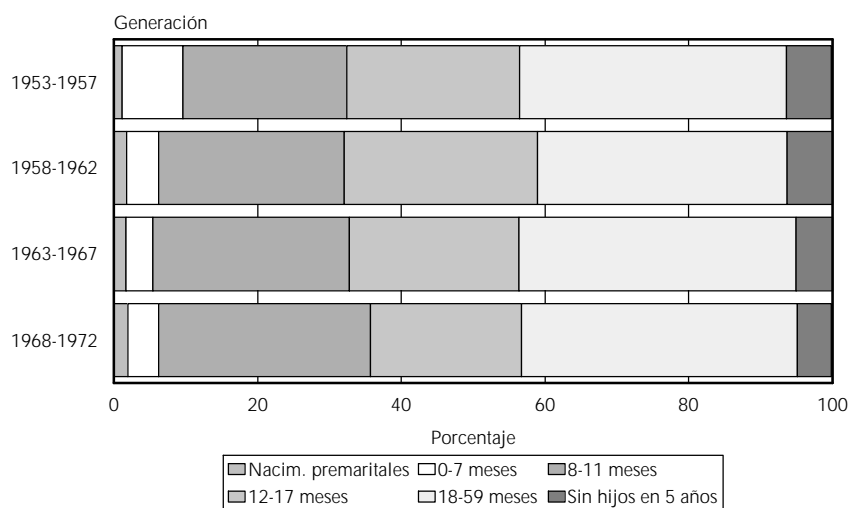
El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que, en Tabasco, la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio,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

En Tabasco, a diferencia de lo que ocurre a escala nacional, los embarazos premaritales son poco frecuentes, y su incidencia ha disminuido entre las mujeres de las generaciones más recientes. 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. Poco menos de una de cada diez (9.6%) mujeres unidas de la generación 1953-1957 inició la maternidad con un embarazo premarital, valor que disminuyó a una de cada 16 (6.2%) entre las de la generación 1968-1972. Sin embargo, una vez que ocurre la unión o matrimonio el nacimiento del primer hijo(a) se presenta muy rápidamente. Antes del primer aniversario de la pareja, alrededor de una de cada tres mujeres de las distintas generaciones tuvo su primer hijo(a), y poco después del primer año esta cifra fue de alrededor de 56 por ciento para las mujeres de las distintas generaciones.

Gráfica 8.

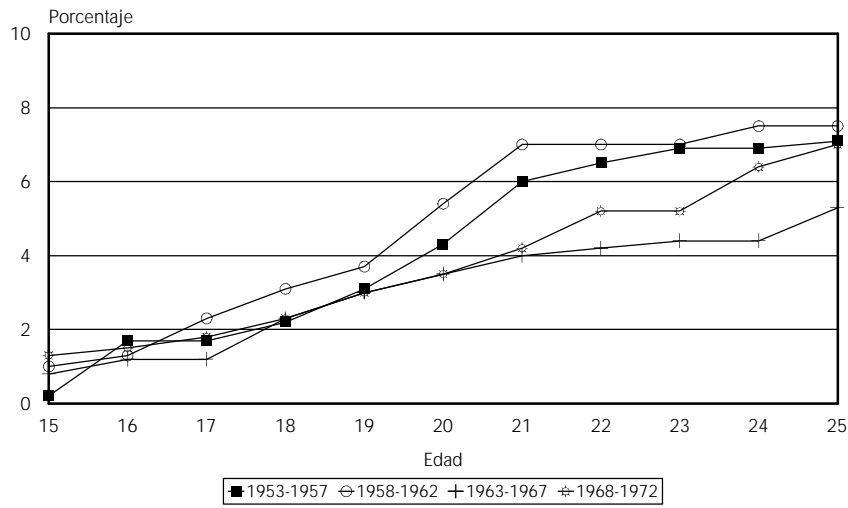
Tabasco: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (Mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Tabasco, se observa que la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia no ha registrado cambios significativos, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 7.1 por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1953-1957, y de siete por ciento para las mujeres de la generación más reciente. Asimismo, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años se ha mantenido en menos de una de cada 20 mujeres en las distintas generaciones bajo observación.

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



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

2 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo y otro son algunos indicadores de las preferencias reproductivas de las personas. La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las adoptan en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías prevaletentes, 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 Tabasco fue de 3.4 hijos, mientras que a escala nacional este valor fue de 3.2. El número ideal de la descendencia fue ligeramente mayor a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.2 hijos e hijas) (véase cuadro 1).

Las mujeres de los distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.3 hijos e hijas, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por un ideal promedio de 2.5 hijos(as). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon 4.7 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por 2.8 hijos e hijas en promedio, esto es, casi dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que en los niveles de mayor escolaridad predominan las mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.8 y 3, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena con respecto a las que no lo hacen (4.4 y 3.3, en cada caso). Se observa entre las mujeres urbanas, así como entre las que no hablan alguna lengua indígena, que el número ideal de hijos e hijas es ligeramente superior a la descendencia alcanzada.

Cuadro 1.
Tabasco: 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	2.5	0.8
20-24	2.7	1.6
25-29	3.0	2.4
30-34	3.2	3.1
35-39	3.9	4.0
40-44	4.1	4.9
45-49	4.3	5.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.7	5.8
Primaria incompleta	4.1	4.5
Primaria completa	3.2	3.1
Secundaria y más	2.8	1.9
Lugar de residencia		
Rural	3.8	3.8
Urbano	3.0	2.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla*	4.4	4.7
No habla	3.3	3.1

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Cinco de cada diez mujeres con tres hijos(as) o más, declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, para 36.3 por ciento de las mujeres con cuatro hijos(as), y para 46.1 por ciento de aquellas con cinco o más descendientes, el número citado como ideal fue más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia ideal declarado con mayor frecuencia es de dos (33.4%), mientras que sólo ocho de cada mil mujeres (0.8%) declararon que su ideal era no tener descendencia.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	0.8	2.9	33.4	28.2	18.7	16.0
0	0.9	9.8	57.5	25.7	5.3	0.8
1	0.1	9.0	58.0	21.6	9.0	2.3
2	0.6	0.8	49.4	33.2	13.5	2.6
3	0.7	0.7	13.8	50.8	23.8	10.2
4	0.8	0.9	20.8	13.8	50.1	13.7
5 y más	1.9	0.5	11.1	16.1	16.5	53.9

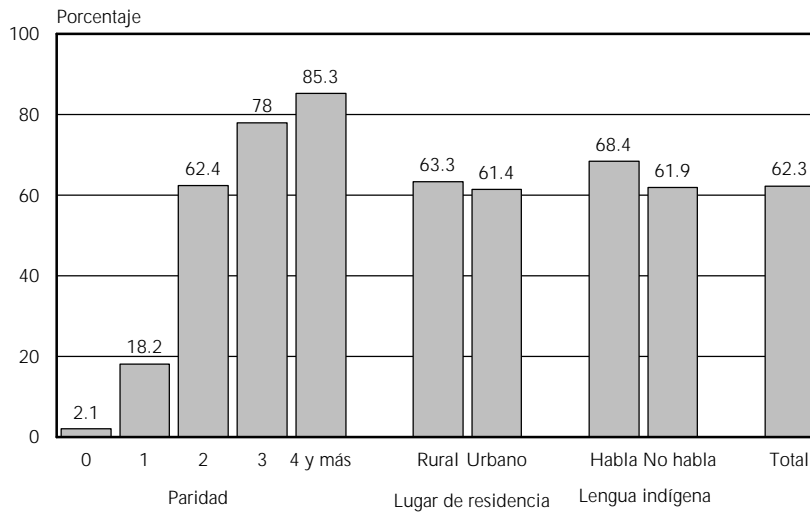
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Tabasco, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (62.3%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es similar tanto entre las mujeres que residen en el ámbito urbano (61.4%) como entre las que habitan en localidades rurales (63.3%). Las mujeres que hablan alguna lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (68.4%), cifra que es 6.5 puntos porcentuales mayor al de las mujeres que no reúnen esta condición.

Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su gran mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que tienen dos descendientes, poco menos de cuatro de cada diez expresan este deseo. En contraste, entre las mujeres con tres y cuatro hijos(as) o más, 78 y 85.3 por ciento respectivamente, no desean incrementar su paridad.

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Tabasco registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (98.1%) (véase cuadro 3). El conocimiento de los medios de regulación de la fecundidad es casi universal en la entidad, y con respecto a 1992, éste se incrementó 2.3 puntos porcentuales. La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma en la entidad que sólo se registran ligeras diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos. Los niveles más bajos de conocimiento lo registraron las mujeres que hablan alguna lengua indígena (89.3%) y las mujeres sin escolaridad (90.5%).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Tabasco continúa siendo el más popular: 95.6 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importancia la inyección (95%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (92.6%), el dispositivo intrauterino (DIU) (90.7%) y el condón (88.2%). El Norplant, los métodos naturales (ritmo y retiro) y los espermicidas, son los métodos que menos conocen las mujeres de Tabasco (véase gráfica 11).

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

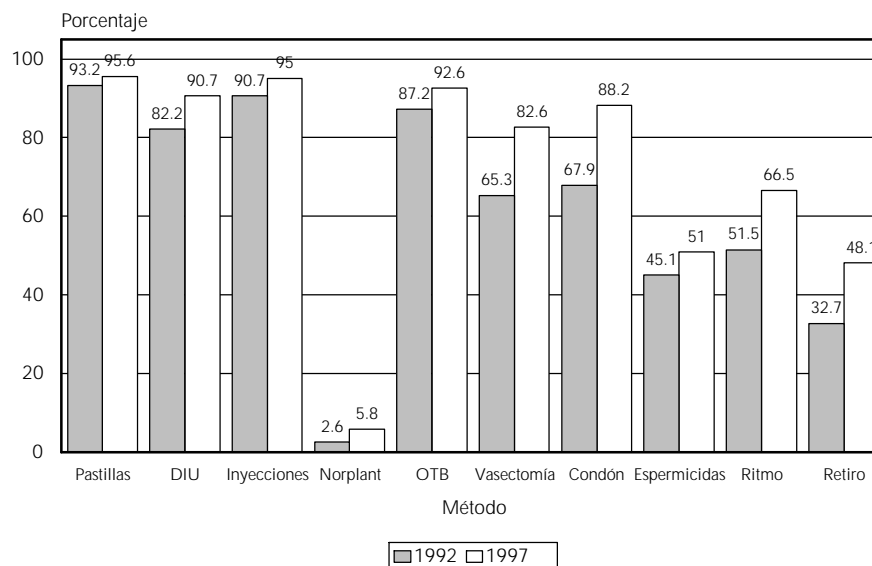
Características	1992	1997
Total	95.8	98.1
Grupo de edad		
15-19	88.9	96.2
20-24	96.1	98.8
25-29	98.8	99.8
30-34	97.8	97.6
35-39	98.9	99.1
40-44	98.9	98.6
45-49	98.0	96.7
Paridad		
0	90.6	96.3
1	98.1	98.7
2	98.8	100.0
3	99.7	99.7
4 y más	98.4	97.9
Escolaridad		
Sin escolaridad	90.3	90.5
Primaria incompleta	94.8	97.5
Primaria completa	96.1	97.5
Secundaria y más	97.6	99.7
Lugar de residencia		
Rural	93.0	96.3
Urbano	98.0	99.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	89.3
No habla	n.d.	98.6

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

Entre 1992 y 1997, se registran incrementos en el conocimiento de métodos modernos de uso femenino, pero los aumentos más significativos se observaron en los métodos que requieren de la participación directa o indirecta del varón: el condón (de 67.9% a 88.2%), la vasectomía (de 65.3% a 82.6%), el retiro (de 32.7% a 48.1%) y el ritmo (de 51.5% a 66.5%).

En el medio rural se observa un menor nivel de conocimiento de todos los métodos de planificación familiar. Los únicos cuatro métodos que más de ocho de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron la pastilla, la inyección, la OTB y el DIU, para el resto de los métodos los porcentajes fueron relativamente bajos, llegando a ser menores a 54 por ciento en el caso de los métodos naturales y los espermicidas, y de 2.3 por ciento en el caso del Norplant (véase cuadro 4).

Gráfica 11.
Tabasco: 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: ENADID, 1992 y 1997.

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	93.2	91.1	94.9	95.6	91.7	98.4
DIU	82.2	74.6	88.2	90.7	84.2	95.4
Inyecciones	90.7	86.7	93.9	95.0	91.5	97.7
Norplant	2.6	2.4	2.7	5.8	2.3	8.4
OTB	87.2	83.7	89.8	92.6	89.0	95.2
Vasectomía	65.3	52.6	75.3	82.6	72.9	89.7
Condomes	67.9	55.3	77.8	88.2	79.9	94.3
Espermicidas	45.1	32.0	55.5	51.0	36.8	61.5
Ritmo	51.5	40.7	60.0	66.5	53.5	76.1
Retiro	32.7	20.9	41.9	48.1	36.4	56.7

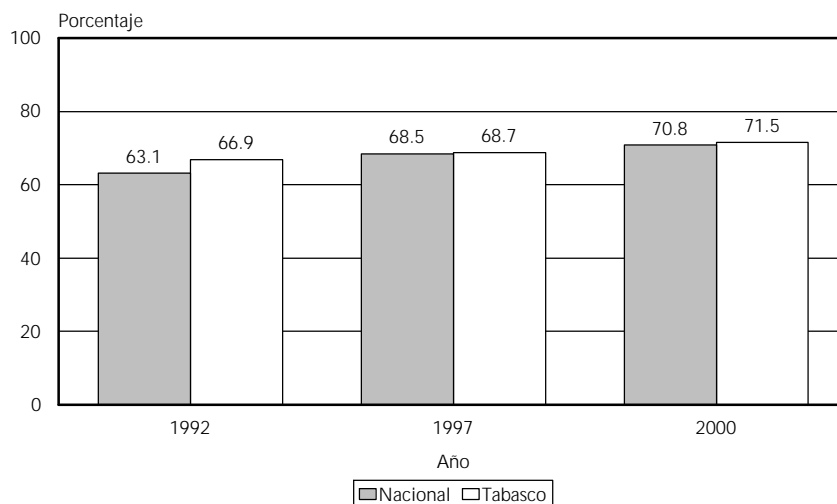
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

Tabasco es una de las entidades federativas que se encuentran más avanzadas en el proceso de adopción de la planificación familiar respecto al país en su conjunto. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 66.9 por ciento, cifra que ascendió a 68.7 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 71.5 por ciento, lo que ubica a la entidad dentro de las veinte que presentan una prevalencia superior a la del país en su conjunto (véase gráfica 13).

Gráfica 12.
Tabasco: 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, y proyecciones al 2000.

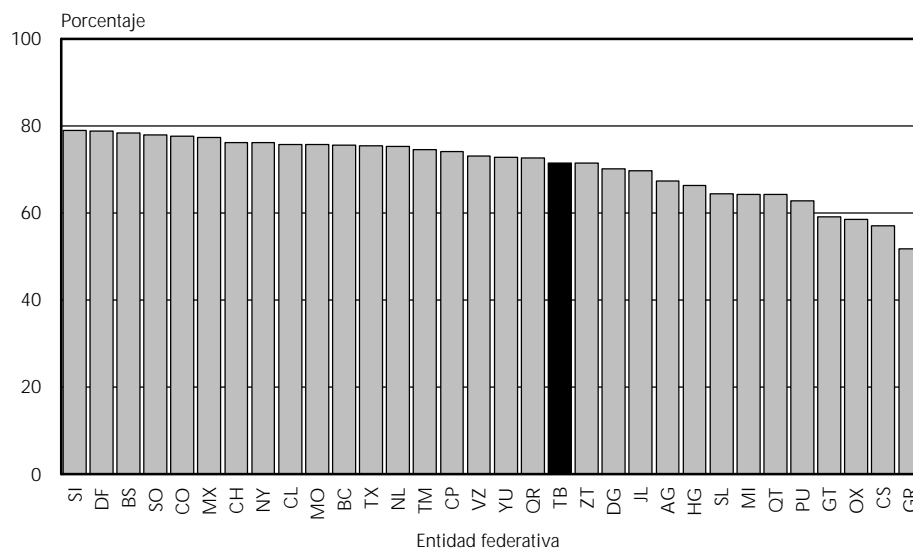
A pesar de que estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Tabasco, cabe destacar que su desagregación, según algunas variables sociodemográficas, indica que en el quinquenio 1992-1997 también se registraron algunos retrocesos, que afectan particularmente a las mujeres unidas o casadas de 25 a 34 años, a las mujeres con un hijo(a) y aquellas sin escolaridad (véase cuadro 5). En los tres casos, los niveles de prevalencia anticonceptiva en 1992 eran mayores a los que se registraron cinco años después, con reducciones entre uno y cerca de cuatro puntos porcentuales entre un año y otro. Al contrario, la prevalencia anticonceptiva se incrementó entre las mujeres de mayor edad (de 65.1% a 75.6% en el grupo 40-44 años y de 58.3% a 65.3% en el grupo 45-49 años), y entre aquellas con paridad cero (de 11.5% a 21.1%), aunque éstas continúan presentando el porcentaje de uso más bajo. En

1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años; en esas edades, alrededor de tres de cada cuatro mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

El rezago social condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad (57.2%) y las que hablaban alguna lengua indígena (53.7%). Cabe mencionar que, entre 1992 y 1997, la brecha en el uso de métodos entre las mujeres rurales y urbanas registró una ligera reducción; mientras que entre los grupos de escolaridad extrema aumentó de 11.4 a 13.9 puntos porcentuales.

Los niveles de uso de las mujeres más favorecidas por el desarrollo social, como son las mujeres con secundaria o más y las mujeres que residen en localidades urbanas, cuyos porcentajes de utilización son superiores a 70 por ciento, presentan niveles de utilización similares a los que registraron sus homólogas del país.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

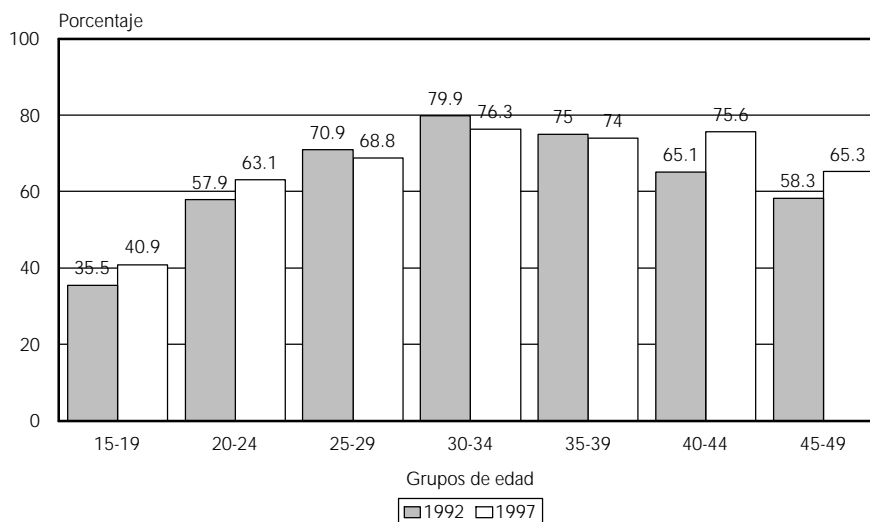
Cuadro 5.
Tabasco: porcentaje de mujeres unidas
en edad fértil que usa métodos anticonceptivos,
según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	66.9	68.7
Grupo de edad		
15-19	35.5	40.9
20-24	57.9	63.1
25-29	70.9	68.8
30-34	79.9	76.3
35-39	75.0	74.0
40-44	65.1	75.6
45-49	58.3	65.3
Paridad		
0	11.5	21.1
1	57.2	55.8
2	72.1	78.9
3	80.7	81.9
4 y más	72.2	71.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	58.2	57.2
Primaria incompleta	68.2	68.0
Primaria completa	65.2	69.6
Secundaria y más	69.6	71.1
Lugar de residencia		
Rural	63.2	65.4
Urbano	70.3	71.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla*	n.d.	53.7
No habla	n.d.	69.6

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

En Tabasco, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos ha seguido una tendencia distinta a la que se observa en el ámbito nacional. En 1992, el método más usado era la OTB, que concentraba a 49.1 por ciento de las usuarias, le seguían los métodos naturales (15.9%) y en tercer lugar la pastilla (14%). Cinco años después esta distribución no sufrió cambios significativos, ya que la OTB y los naturales se mantuvieron como el primero y segundo método (53% y 14.8%, respectivamente), el DIU y la inyección ocuparon el tercer lugar en la estructura de uso (alrededor de 10%) y la pastilla fue desplazada al quinto lugar (7%) (véase cuadro 6).

Cuadro 6.
Tabasco: 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	14.0	14.8	13.4	7.0	6.5	7.3
DIU	7.6	3.8	10.4	10.0	7.5	11.8
Inyecciones	10.8	11.7	10.2	10.8	14.8	8.1
Locales	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0	0.2
Condomes	1.8	2.6	1.2	2.9	2.2	3.4
OTB	49.1	48.0	49.9	53.0	49.8	55.2
Vasectomía	0.7	0.8	0.7	1.3	1.3	1.3
Naturales	15.9	18.1	14.2	14.8	17.9	12.7

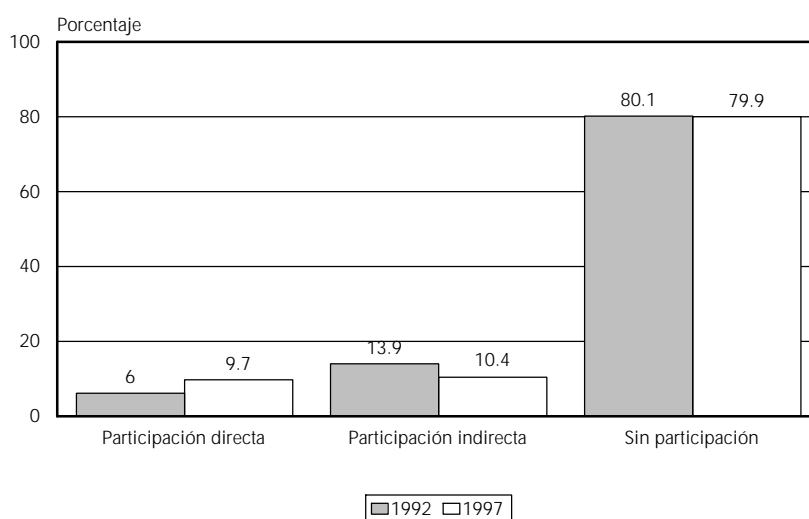
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997.

Tanto en el ámbito rural como en el urbano predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era mayor en la zona urbana que en la rural (87.3% y 82.1%, respectivamente). Entre 1992 y 1997, en ambos contextos, se registró una disminución importante en el uso de la pastilla (de 14.8% a 6.5% en la zona rural y de 13.4% a 7.3% en las ciudades) y ligera en el caso de los métodos naturales. La mayoría de los otros métodos registraron aumentos, destacando el incremento de la OTB en la zona urbana, al pasar de 49.9 a 55.2 por ciento en los años de referencia.

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.3 y 2.9 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Tabasco. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan de manera directa o indirecta, que sumados representan a una de cada cinco 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 9.7 por ciento de las usuarias y en el segundo 10.4 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó ligeramente entre 1992 y 1997, mientras que el peso de la participación indirecta disminuyó entre los años de referencia.

Gráfica 15.

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



Nota: Participación directa=Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta=Locales y ritmo.

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

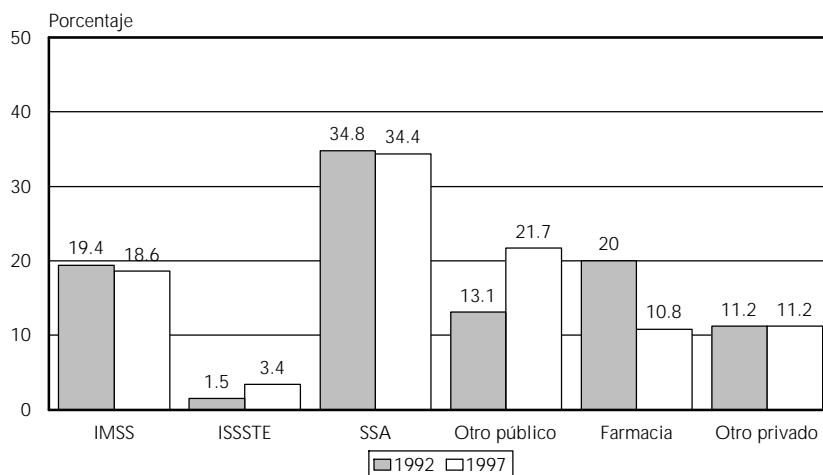
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias de anticonceptivos de todo el país 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 Tabasco ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 68.8 por ciento en 1992 a 78.1 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 31.2 a 22 por ciento entre esos años.

Entre las instituciones del sector público destacó la SSA que, en 1992 y 1997, atendió a poco más de la tercera parte de las usuarias de anticonceptivos. En 1997, otras instituciones públicas (PEMEX, SDN, SM y estatales de salud) atendieron a más de una de cada cinco usuarias de anticonceptivos (21.7%), registrando un importante incremento con respecto a 1992 (8.6 puntos porcentuales), por lo que se convirtieron en la segunda fuente de obtención. Por su parte, el IMSS atendió a 18.6 por ciento de las usuarias (véase gráfica 16).

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



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

En el área rural, la SSA fue la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos, tanto en 1992 como en 1997 y, en este último año, otras instituciones públicas desplazaron a las farmacias como la segunda fuente de obtención (véase cuadro 7). En el ámbito urbano, alrededor de 22 por ciento de las usuarias recurrieron, en cada caso, al IMSS, la SSA y otras instituciones públicas; mientras que al sector privado acudió 28.2 por ciento.

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de 84.6 por ciento de las usuarias de la OTB y de nueve de cada diez usuarias del DIU (véase cuadro 8). Por su parte, 43.7 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de la pastilla obtiene el método en el sector privado, al igual que cuatro de cada diez usuarias de la inyección.

Cuadro 7.
Tabasco: 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	19.4	11.5	25.0	18.6	12.2	22.8
ISSSTE	1.5	0.7	2.0	3.4	0.7	5.2
SSA	34.8	52.5	22.1	34.4	53.3	21.9
Otro público	13.1	12.5	13.6	21.7	21.2	22.0
Farmacia	20.0	15.7	23.1	10.8	7.0	13.3
Otro	11.2	7.1	14.1	11.2	5.6	14.9

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

Cuadro 8.
Tabasco: 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	78.0	22.0
Pastillas*	56.3	43.7
DIU	90.5	9.5
Inyecciones	60.9	39.1
Condomes	-	-
OTB	84.6	15.4

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Anticoncepción posparto

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

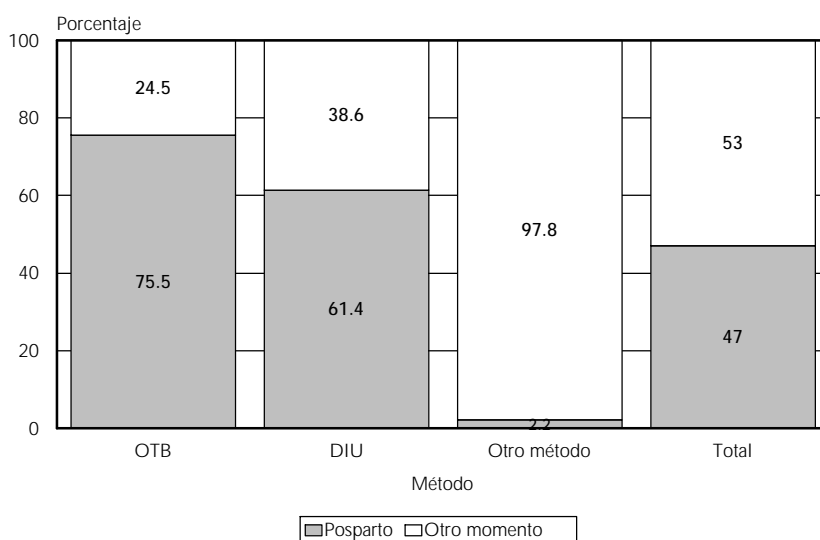
Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de 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.⁶

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

La importancia de estos programas en Tabasco se manifiesta en el hecho de que 47 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 o penúltimo hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, tres de cada cuatro usuarias de la OTB y 61.4 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese mismo periodo.

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

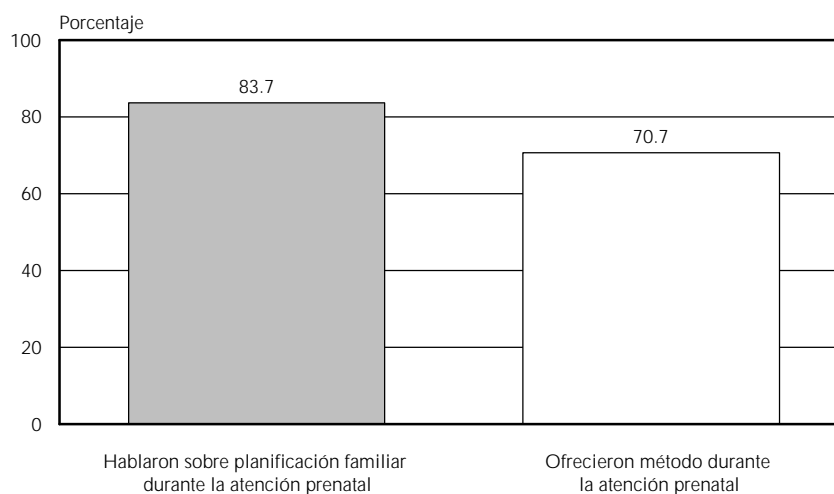


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, así como consejería y 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 recibió la oferta de algún método para el posparto durante la atención prenatal.

En Tabasco, 83.7 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 70.7 por ciento reportó que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

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



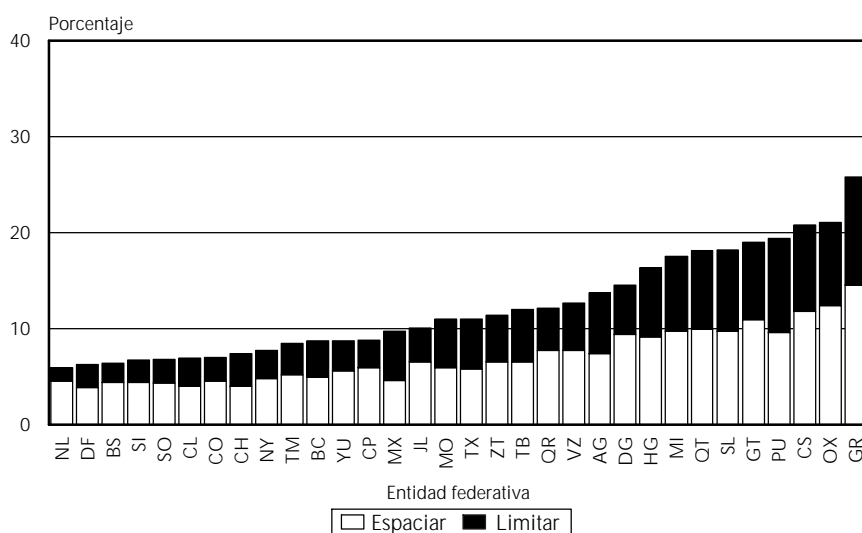
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 expuesta a un embarazo, situación que se conoce como demanda insatisfecha. Uno de los principales propósitos de la política de población ha sido abatir la demanda insatisfecha debido a que expresa limitaciones en el ejercicio de los derechos reproductivos. En 1987, una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas (25.1%), presentaba demanda insatisfecha en el país, en tanto que diez años después esta proporción se redujo a más de la mitad, es decir a 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Tabasco, para el año 1997, fue del orden de doce por ciento, esto es, el mismo nivel que presentó el país en su conjunto. Este porcentaje se encuentra 6.2 puntos porcentuales por encima del de Nuevo León, que es la entidad mejor ubicada 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 menor edad mayor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, entre las menores de 25 años; *b)* las mujeres que hablan alguna lengua indígena presentan mayor porcentaje de demanda insatisfecha con respecto a las que no reúnen esa condición: entre las primeras, una de cada cinco se encuentra en esta situación; *c)* en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es 74.4 por ciento mayor del que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); *d)* a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, *e)* las mujeres con un hijo(a) presentan el mayor nivel de demanda insatisfecha, en relación con las mujeres de cualquier otra paridad.

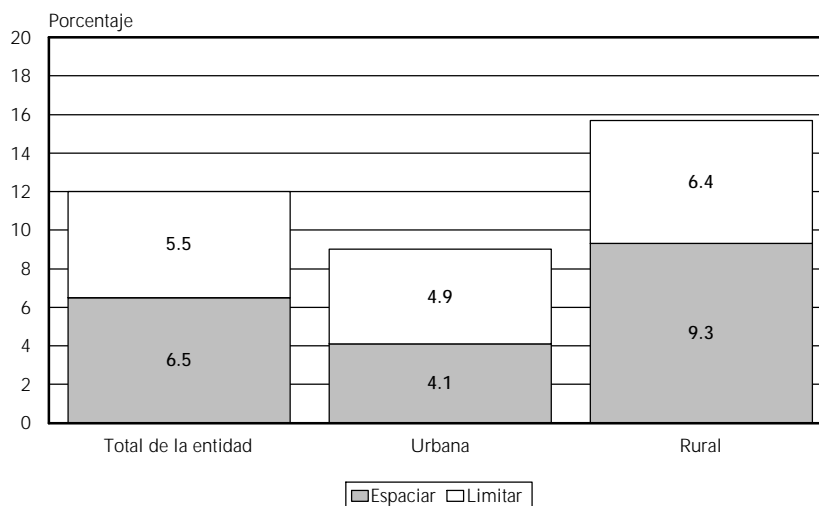
Cuadro 9.
Tabasco: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin		Falla del
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
Total	68.7	25.8	43.0	12.0	6.5	5.5	8.6	8.9	1.8
Edad quinquenal									
15-19	40.9	37.7	3.3	30.0	28.8	1.3	28.1	0.9	0.0
20-24	63.1	49.2	13.9	17.6	12.2	5.4	15.7	0.4	3.2
25-29	68.8	35.7	33.1	12.8	8.0	4.8	11.4	3.9	3.1
30-34	76.3	22.8	53.4	9.2	3.9	5.4	5.4	7.2	1.9
35-39	74.0	13.0	61.1	8.7	0.8	7.9	3.2	13.3	0.7
40-44	75.6	7.2	68.4	8.4	0.3	8.1	2.2	13.4	0.5
45-49	65.3	7.8	57.5	3.3	0.0	3.3	0.3	30.3	0.8
Paridad									
0	21.1	21.1	0.0	8.7	8.7	0.0	53.6	13.8	2.7
1	55.8	51.2	4.6	19.9	17.3	2.6	14.1	8.0	2.2
2	78.9	36.7	42.2	10.8	5.7	5.1	4.9	3.9	1.6
3	81.9	13.6	68.3	9.1	4.2	4.9	2.0	6.3	0.7
4 y más	71.6	13.0	58.6	11.0	2.1	9.0	2.2	13.1	2.0
Escolaridad									
Sin escolaridad	57.2	15.8	41.5	16.3	3.5	12.7	5.4	19.6	1.5
Primaria incompleta	68.0	19.2	48.9	13.6	7.3	6.4	4.2	13.0	1.2
Primaria completa	69.6	22.7	46.9	13.4	6.6	6.8	7.2	7.0	2.7
Secundaria y más	71.1	33.8	37.3	9.3	6.5	2.8	12.9	5.1	1.6
Lugar de residencia									
Urbano	71.6	26.7	44.8	9.0	4.1	4.9	9.3	8.5	1.7
Rural	65.4	24.6	40.7	15.7	9.3	6.4	7.8	9.3	1.9
Condición de habla de lengua indígena									
Habla*	53.7	26.6	27.0	21.6	8.1	13.6	7.2	15.3	2.2
No habla	69.6	25.7	43.9	11.4	6.4	5.1	8.7	8.5	1.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Gráfica 20.
Tabasco: 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 el puerperio, constituye una de las principales causas de defunción de 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.

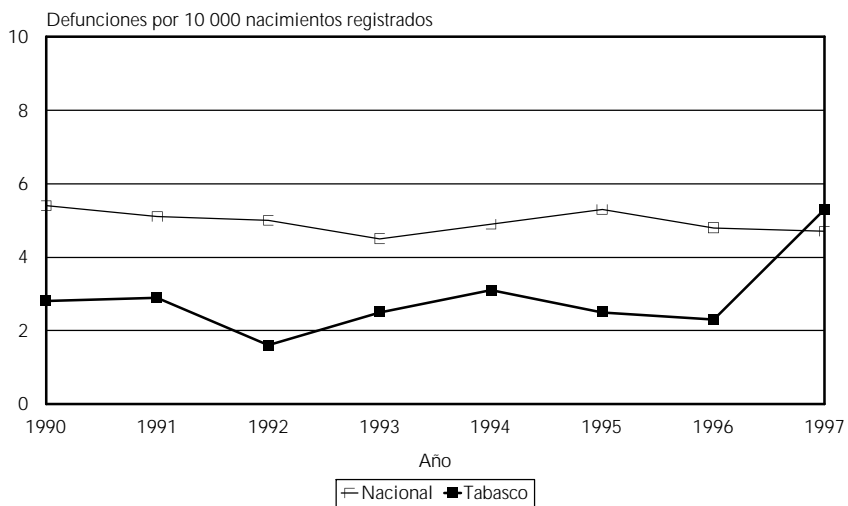
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que a equivale poco más de mil muertes por año.

En Tabasco la tasa de mortalidad materna durante la década de los noventa presentó un comportamiento errático con una tendencia ascendente (véase gráfica 21). En 1997, la tasa de mortalidad materna en el estado alcanzó su punto más alto: 5.3 defunciones por diez mil nacimientos registrados. Entre 1990 y 1997 se registró un incremento de 89.3 por ciento en este indicador, lo cual hizo que en este último año Tabasco ocupara, junto con Guerrero, el séptimo lugar más alto de mortalidad materna del país.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Tabasco 46 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, y en el periodo 1995-1997 ascendieron a 60.⁷ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Poco más de la mitad (55%) de las mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad; asimismo, poco menos de una de cada siete muertes maternas ocurridas en este periodo correspondieron a mujeres menores de 20 años de edad, mientras que tres de cada diez defunciones fueron de mujeres de 35 años o más.

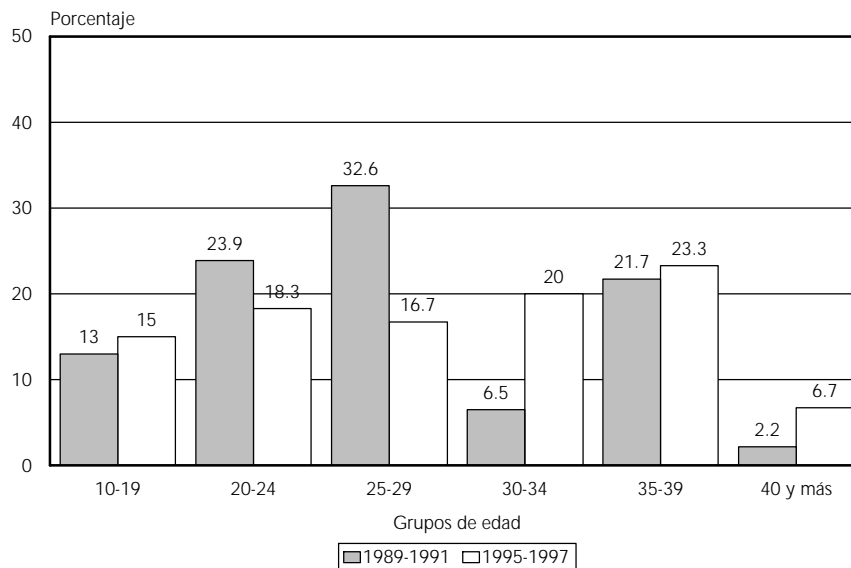
⁷ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DCEI, Mortalidad 1990-1997.

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



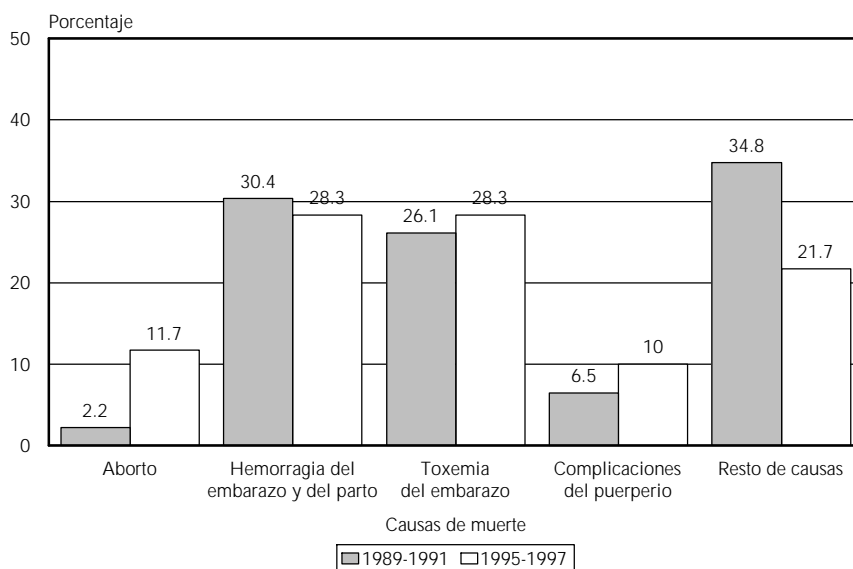
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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 de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

En Tabasco, las hemorragias del embarazo y del parto, así como la toxemia del embarazo fueron las principales causa de muerte materna en los años noventa, y su peso relativo fue de alrededor de tres de cada diez muertes maternas, en cada caso (véase gráfica 23). El aborto fue la segunda causa de muerte materna en el estado, ocasionando una de cada nueve (11.7%) defunciones. Cabe destacar que entre los periodos comprendidos entre 1989-1991 y 1995-1997, el peso relativo del aborto aumentó 9.5 puntos porcentuales. Las complicaciones del puerperio, tercera causa de mortalidad materna, fue responsable de una de cada diez defunciones.

Gráfica 23.
Tabasco: 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 encuestas, y con base en el modelo de Bongaarts, se estima 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 Tabasco, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha disminuido ligeramente en los últimos años. En 1992, una de cada cinco mujeres alguna vez embarazadas (20.8%) había experimentado un aborto, cifra que en 1997 fue del orden de 16.2 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

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

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

En Tabasco, 93.3 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo de su último o penúltimo hijo nacido vivo en el periodo 1994-1997; y 82.5 por ciento acudió con un médico para esta revisión, por lo que la entidad se ubicó en un proceso intermedio de la atención prenatal medicalizada (véase cuadro 10).

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

Cuadro 10.
Tabasco: 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	82.5	2.4	8.4	6.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	77.9	3.8	10.8	7.5
20-34	86.4	1.6	6.5	5.5
35-49*	58.5	5.6	19.1	16.9
Orden de nacimiento				
1	90.5	2.1	5.3	2.0
2	88.1	2.4	5.3	4.2
3	89.9	0.0	3.6	6.4
4 o más	64.6	3.7	17.6	14.2
Escolaridad				
Sin escolaridad*	48.7	2.9	33.1	15.3
Primaria incompleta	67.9	5.7	14.3	12.1
Primaria completa	84.1	0.4	8.2	7.3
Secundaria y más	95.2	1.6	1.1	2.1
Lugar de residencia				
Urbano	91.4	0.7	4.3	3.5
Rural	73.6	4.0	12.3	10.0

* Menos de 100 casos en muestra.

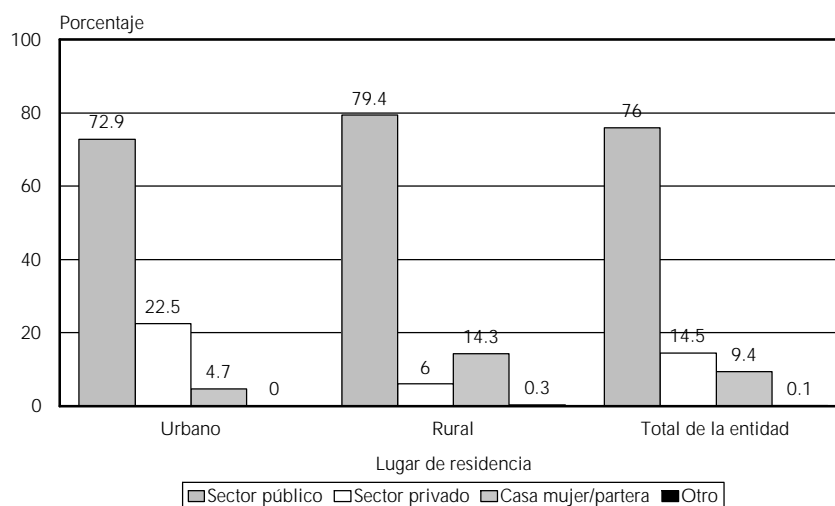
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento. Los porcentajes más bajos de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico se registran entre las madres mayores de 35 años y con cuatro hijos(as) o más (58.5% y 64.6%, respectivamente). 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 (73.6% y 91.4%, en cada caso). En relación con el nivel de escolaridad se observa que mientras 95.2 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, sólo 48.7 por ciento de aquéllas sin escolaridad tuvieron esa oportunidad.

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a poco más de tres de cada cuatro mujeres embarazadas que solicitaron esta atención (76%); el sector privado atendió a 14.5 por ciento, mientras que poco menos de una de cada diez (9.4%) recibió la atención en casa. El mayor porcentaje de usuarias de los servicios del sector privado se localizó en las zonas urbanas (22.5%); y de la partera en el ámbito rural (14.3%).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Tabasco, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 73.1 por ciento; una de cada cuatro (24.9%) inició en el segundo trimestre; y dos por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de

escolaridad de la mujer se asocia con el inicio oportuno: mientras que 65.3 por ciento de las mujeres con primaria incompleta inició la revisión del embarazo en el primer trimestre, esta proporción ascendió a 77 por ciento entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue ligeramente mayor entre las residentes de las zonas urbanas (74.3%) con respecto a las que vivían en el ámbito rural (71.8%).

Cuadro 11.
Tabasco: 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	73.1	24.9	2.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	67.1	28.4	4.5
20-34	74.3	24.6	1.1
35-49*	77.3	18.9	3.8
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	65.3	31.3	3.4
Primaria completa	73.7	26.0	0.3
Secundaria y más	77.0	20.5	2.5
Lugar de residencia			
Urbano	74.3	23.8	1.9
Rural	71.8	26.1	2.1

* Menos de 100 casos en muestra.

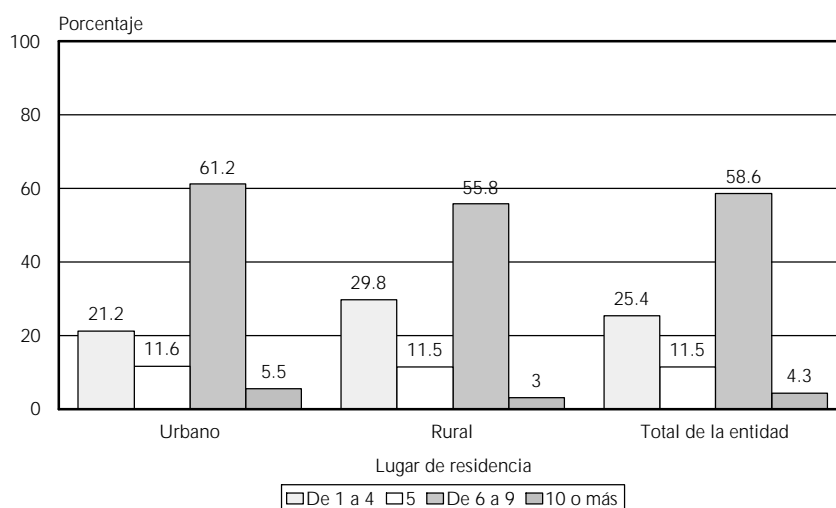
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Tabasco, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.2 consultas de atención prenatal (6.5 en las áreas urbanas y 5.9 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada cuatro mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a tres de cada diez entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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

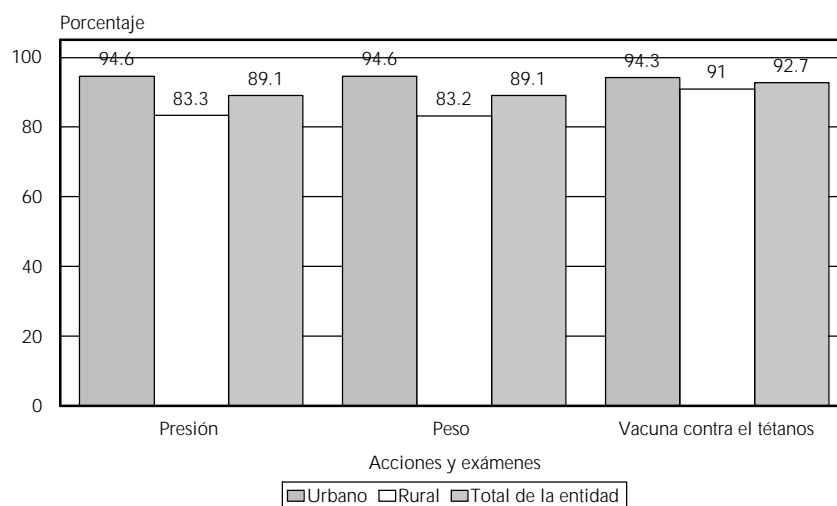


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 89.1 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se les tomó la presión arterial y se les pesó, y a 92.7 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Los dos primeros valores están ligeramente por debajo de las cifras nacionales (91.4% para el peso y 92.3% para la presión), mientras que en el caso de la vacunación la cifra estatal supera en 12.5 puntos porcentuales al promedio nacional (80.2%).

El porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, con diferencias de poco más de once puntos porcentuales en el caso de la toma de presión arterial y del peso, y de 3.3 puntos en el caso de la aplicación de la vacuna antitetánica.

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



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. El estado de Tabasco ha quedado rezagado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, 63.9 por ciento de los alumbramientos fue atendido por un médico, en tanto que la partera atendió poco más de tres de cada diez partos (32.7%).

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto: cerca de dos de cada tres mujeres sin escolaridad (65%) y más de la mitad de aquellas con primaria incompleta y con cuatro hijos(as) o más (53.5% y 55.9%, en cada caso), recurrieron a este agente de salud; asimismo, la mitad de las mujeres rurales (49.6%) y nueve de cada veinte (45%) mujeres de 35 años o más (véase cuadro 12). Mientras que al médico recurrieron poco más de ocho de cada diez mujeres urbanas, primíparas, con secundaria y más.

Cuadro 12.
Tabasco: 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	63.9	1.6	32.7	1.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	55.4	0.0	43.3	1.2
20-34	68.1	1.8	28.3	1.8
35-49*	47.0	4.1	45.0	3.9
Orden de nacimiento				
1	80.6	0.4	17.6	1.4
2	73.7	1.0	24.7	0.6
3	64.8	2.1	33.1	0.0
4 o más	35.9	3.2	55.9	5.0
Escolaridad				
Sin escolaridad*	27.8	3.3	65.0	3.9
Primaria incompleta	41.7	2.5	53.5	2.3
Primaria completa	60.1	0.5	36.5	2.9
Secundaria y más	84.4	1.5	13.4	0.7
Lugar de residencia				
Urbano	83.0	0.8	15.4	0.8
Rural	45.0	2.4	49.6	2.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 34.6 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo de referencia se atendió en la casa de la mujer o de la partera. Por su parte, 54.9 por ciento de los partos fueron atendidos en una institución pública de salud: alrededor de dos de cada diez partos fueron atendidos en la SSA (21%) como en otras instituciones públicas (19%) y sólo uno de cada nueve (11.3%) fue atendido en el IMSS; mientras que una de cada diez mujeres recurrió al sector privado para la atención del parto (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud: siete de cada diez mujeres sin escolaridad acudieron a los servicios de la partera. Mientras tanto, las mujeres con secundaria y más utilizaron con mayor frecuencia los servicios de salud de instituciones estatales, como PEMEX, la SDN y la SM (25.6%); de la SSA (18.3%); y del sector privado (17.7%).

En el medio urbano, los partos atendidos en las instituciones de salud estatales, y en la SSA, concentraron 23.6 y 21.4 por ciento de los alumbramientos, en cada caso; por su parte, en las localidades rurales los partos atendidos en casa de la partera o de la mujer y en la SSA fueron del orden de 52.5 y 20.5 por ciento, respectivamente.

Cuadro 13.
Tabasco: 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	11.3	3.6	21.0	19.0	10.0	34.6	0.6
Escolaridad							
Sin escolaridad*	7.1	0.0	11.9	6.3	4.6	70.2	0.0
Primaria incompleta	3.9	0.0	23.6	13.3	2.5	55.9	0.8
Primaria completa	10.2	2.7	25.5	16.8	5.6	38.5	0.8
Secundaria y más	16.7	6.7	18.3	25.6	17.7	14.7	0.4
Lugar de residencia							
Urbano	16.8	5.9	21.4	23.6	15.6	16.6	0.1
Rural	5.7	1.3	20.5	14.5	4.4	52.5	1.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Tipo de parto

En Tabasco, el porcentaje de partos que fue resuelto mediante la operación cesárea en el periodo 1994-1997, ascendió a 23.1 por ciento, valor que está por debajo del promedio nacional (26.5%). Lo anterior implica que el porcentaje de partos vaginales ocurridos en el periodo de referencia fue de 76.9 por ciento (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el IMSS, en otras instituciones públicas antes señaladas y en el sector privado, más de 43 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea; mientras que en la SSA este valor fue de 15.9 por ciento. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder 20 por ciento de los nacimientos.

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

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	76.9	23.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	87.8	12.2
20-34	74.1	25.9
35-49*	75.0	25.0
Lugar de atención del parto		
IMSS	52.2	47.8
SSA	84.1	15.9
Otras públicas	56.5	43.5
Sector privado*	53.7	46.3
Lugar de residencia		
Urbano	66.1	33.9
Rural	87.6	12.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

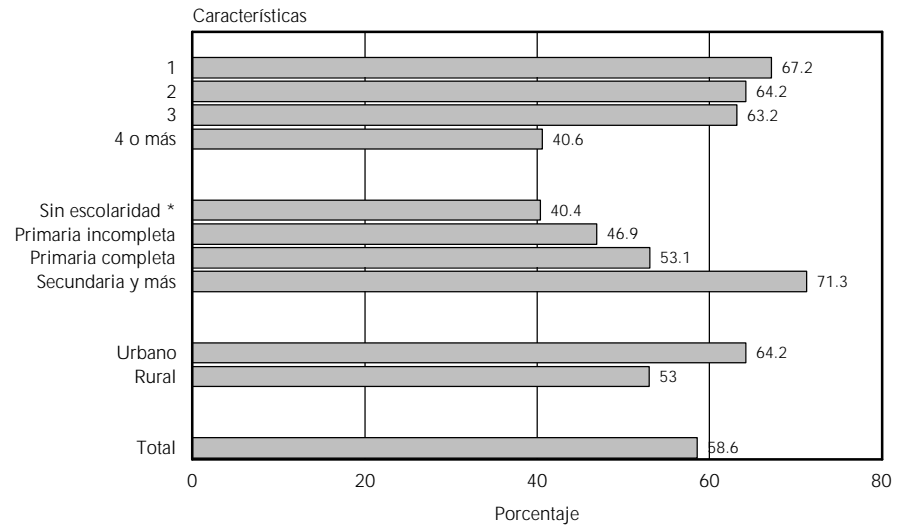
Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar. En el ámbito nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, pues sólo acudió 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto entre 1994 y 1997.

En el estado de Tabasco, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio ascendió a 58.6 por ciento, cifra ligeramente menor a la registrada en el país en su conjunto.

Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las de paridades altas (40.6% de las mujeres con cuatro hijos(as) frente a 67.2% de las primíparas), las mujeres sin escolaridad (40.4%, a diferencia de 71.3% de las mujeres con secundaria y más) y las rurales (53% contra 64.2% de las mujeres urbanas) (véase gráfica 27).

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



* Menos de 100 casos en muestra.

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

6 Lactancia materna

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

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

Tabasco se encuentra entre los estados del país que tienen un porcentaje inferior de mujeres que practican la lactancia con respecto al país en su conjunto —88.1 por ciento de los niños y las niñas nacidas entre 1994 y 1997—; sin embargo, presenta el octavo nivel de duración mediana más larga (12.3 meses) de todo el país, esto es, 6.3 meses menos que Oaxaca, que es la entidad que presenta la duración de la lactancia más prolongada del país.

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). El porcentaje más bajo se registra entre aquellos niños(as) cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (ocho de cada diez) y entre los hijos(as) de mujeres menores de 20 años (84%). En el medio rural, 89.4 por ciento de los niños y las niñas fueron amamantados y la mitad ya habían sido destetados a los 12.8 meses, mientras que 86.9 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 8.6 meses (véase cuadro 16).

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

Total		88.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	84.0
	20-34	89.0
	35-49*	91.3
Escolaridad		
	Sin escolaridad*	86.9
	Primaria incompleta	88.7
	Primaria completa	89.3
	Secundaria y más	87.3
Lugar de atención del parto		
	Sector público	88.5
	Sector privado*	80.2
	Casa	90.3
Lugar de residencia		
	Urbano	86.9
	Rural	89.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Cuadro 16.
Tabasco: 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	6.2	3.9	8.4
Mediana	12.3	8.6	12.8
Tercer cuartil	18.9	18.3	24.1

* 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.

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Tabasco, 73.5 por ciento de los niños(as) fue ablactado antes de los cuatro meses, 2.6 por ciento lo hizo tardíamente y 20.9 por ciento fue ablactado durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de apenas 2.1 meses, un mes menos que la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente entre las y los niños cuyas madres tenían entre 35 y 49 años de edad (82.1%), entre los niños(as) cuyas madres tenían secundaria o más (75.7%) y en las zonas urbanas (74.9%). La ablactación tardía es una práctica poco frecuente en la entidad, y se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta (4.6%) y del medio rural (3.8%). Por su parte, las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observaron entre los hijos(as) de mujeres de 20 a 34 años de edad (22.2%). De acuerdo a las características socioeconómicas de las mujeres (escolaridad y lugar de residencia) no se observaron diferencias significativas en este rubro (véase cuadro 17).

Cuadro 17.
Tabasco: 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	49.3	24.2	20.9	2.6	2.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	47.4	26.2	19.2	3.4	3.8
20-34	48.2	24.4	22.2	2.4	2.9
35-49*	64.0	18.1	14.0	3.1	0.8
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	45.5	24.5	21.7	4.6	3.7
Primaria completa	47.3	25.0	21.4	2.6	3.7
Secundaria y más	49.9	25.8	20.6	1.6	2.1
Lugar de residencia					
Urbano	50.1	24.8	21.2	1.4	2.5
Rural	48.5	23.7	20.7	3.8	3.3

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

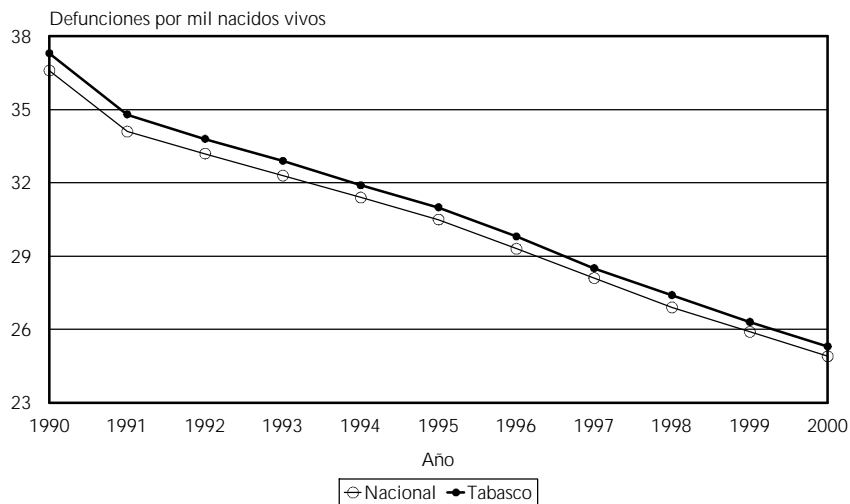
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 37. Seis décadas más tarde, en 1990, la esperanza de vida al nacimiento casi se duplicó, al situarse en 68.8 y 74 años, respectivamente. En el año 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 Tabasco, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 37.3 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 25.3 en el 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32.2 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Tabasco es 27.8 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 (véase gráfica 29).

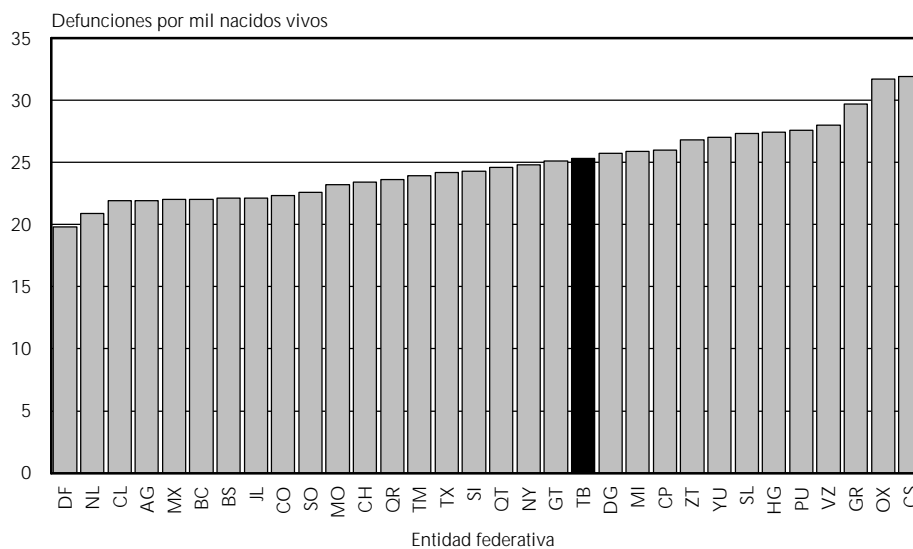
En Tabasco, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una importante reducción respecto a 1990 (de 9 a 7.4 decesos por mil nacimientos registrados). Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas no tuvo cambios significativos en el periodo de referencia, por lo que pasó a ser la segunda causa de muerte infantil en 1997. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Tabasco, como en otras entidades federativas existe un subregistro importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que la tasa de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

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



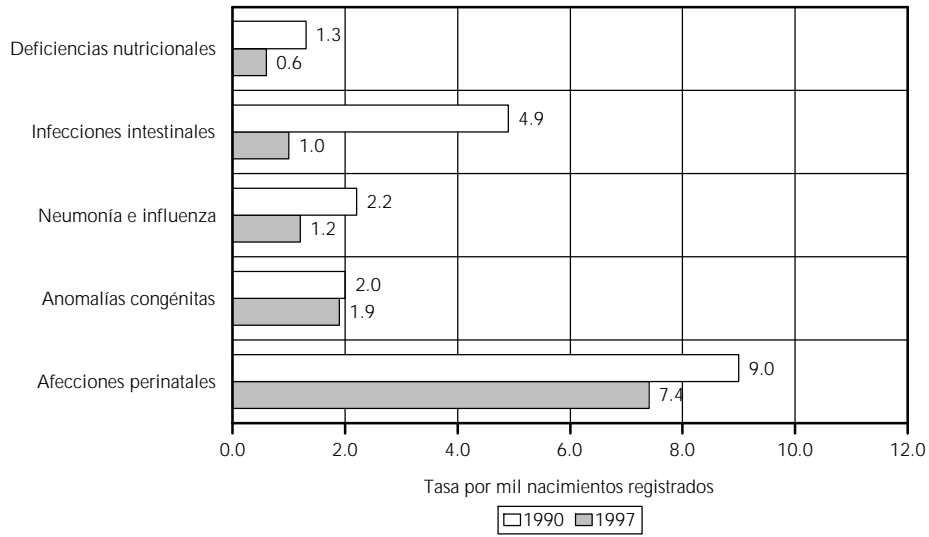
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

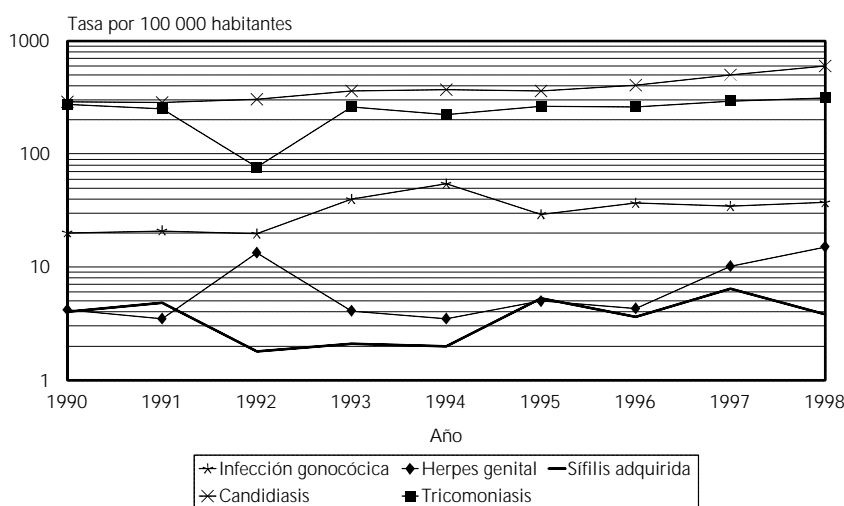
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

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

En Tabasco, las principales ETS registraron un aumento muy importante en su grado de incidencia a partir de 1993, y en 1998, los niveles alcanzados fueron superiores a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 598.1 casos por 100 mil habitantes, esto es, el segundo lugar más elevado del país, después de Morelos (701.1 casos por 100 mil habitantes); y la tricomoniasis urogenital, que ocupa el cuarto lugar más alto de toda la República, ascendió a 311.7 casos por 100 mil habitantes, después de Morelos (347.3), Nayarit (354.4) y Tlaxcala (424.9).

Contrario a lo observado en el país en su conjunto, la incidencia de las ETS clásicas presentaron una tendencia a la alza en el estado, y los niveles alcanzados en 1998 también fueron superiores a los registrados a nivel nacional: en 1990 la tasa de incidencia de la gonorrea fue de 20.1 casos por 100 mil habitantes, ascendió a 54.4 casos en 1994 y se ubicó en 37.3 en 1998; en el caso del herpes genital, éste pasó de 4.2 casos en 1990 a 15.1 casos por 100 mil habitantes en 1998. Por su parte, la incidencia de la sífilis adquirida mostró una tendencia poco uniforme durante la década de los noventa: pasó de cuatro casos por 100 mil habitantes en 1990 a 5.3 en 1995, y en 1998 se ubicó en 3.8 casos por 100 mil habitantes (véase gráfica 31).

Gráfica 31.
Tabasco: 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.

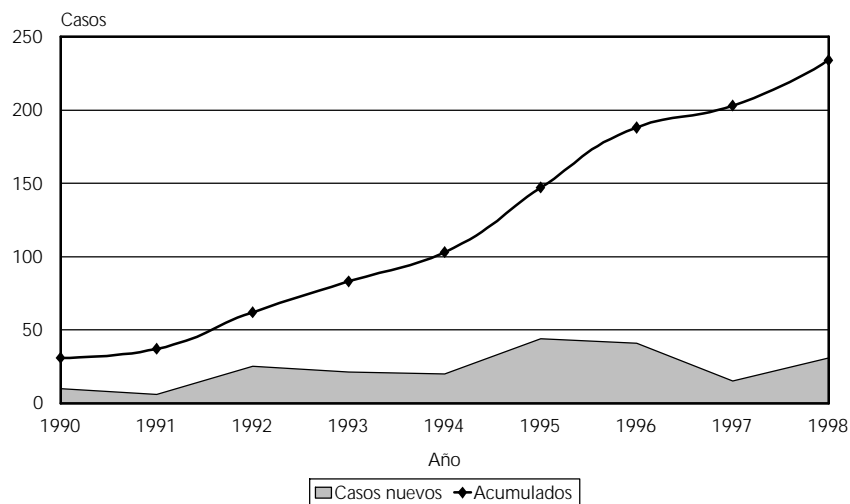
VIH/SIDA

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. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el nivel de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con el que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, 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.

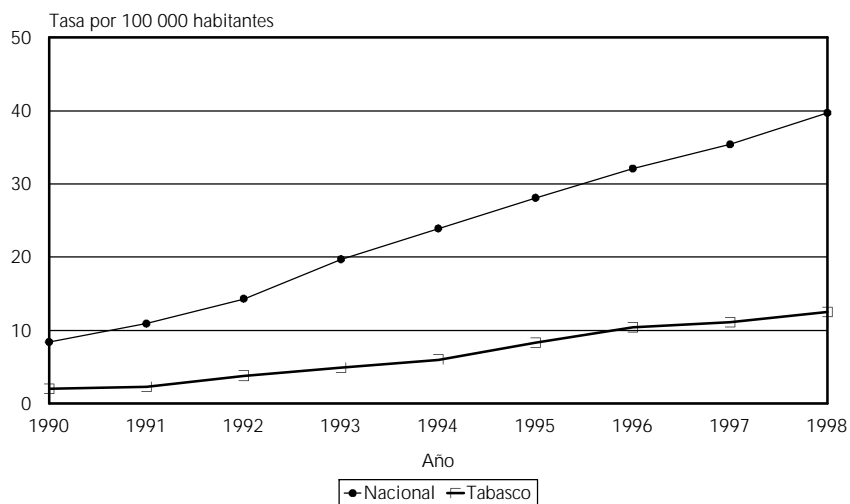
En Tabasco, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 234 casos de SIDA, con lo que y la incidencia acumulada del SIDA pasó de dos casos por 100 mil habitantes en 1990 a 12.5 en 1998. A pesar de este aumento, la entidad registra, después de Chiapas, la segunda incidencia acumulada de SIDA más baja del país (véanse gráficas 32 y 33).

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



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

La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Tabasco fue 25.4 por ciento menor con respecto al acumulado en el país en su conjunto (21.4% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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 Tabasco, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (85.9%), doce por ciento fue contagiado por vía sanguínea y 1.6 por ciento fue infectado por la vía perinatal. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de nueve, es decir, había una mujer infectada por cada nueve hombres.

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

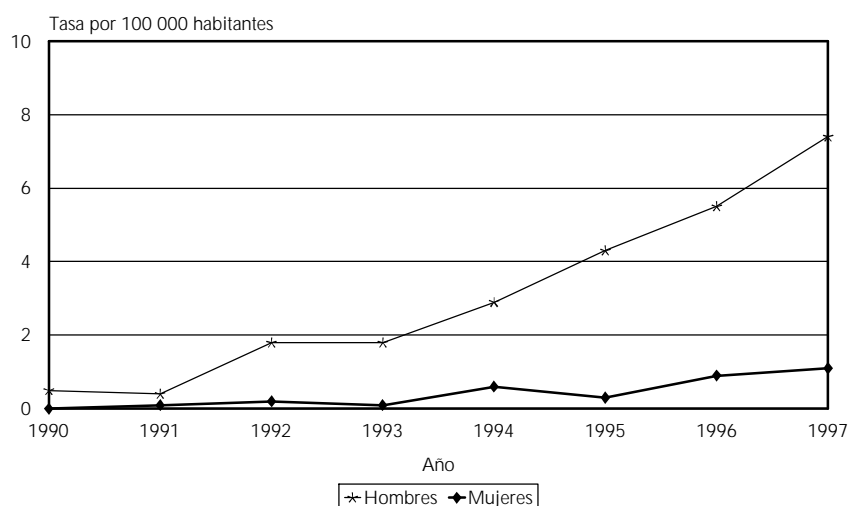
Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	234	100.0
Vía sexual	158	85.9
Homosexual	51	27.7
Bisexual	46	25.0
Heterosexual	61	33.2
Vía sanguínea	22	12.0
Transfusión	16	8.7
Hemofílico	4	2.2
Usuario de drogas intravenosas	1	0.5
Donador remunerado	1	0.5
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	1	0.5
Perinatal	3	1.6
Subtotal	184	100.0
No documentado	50	21.4

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

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 254 muertes en el estado de Tabasco,⁹ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.3 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.2 defunciones en 1997. Conviene señalar que el número de defunciones por SIDA es mayor que los casos acumulados hasta diciembre de 1997 (203), lo que muestra la magnitud tanto del subdiagnóstico como de la mala declaración de la entidad federal de residencia habitual.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 0.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 7.4 en 1997. Mientras tanto, la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente, pero de menor magnitud: entre 1991 y 1997 pasó de 0.1 a 1.1 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en Tabasco esta patología se ubica como la décimo sexta causa de mortalidad general.

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



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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 224 hombres y 30 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 55.8 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción fue de 63.4 por ciento. Sin embargo, es importante recalcar el elevado porcentaje de defunciones de hombres y mujeres de 20 a 24 años de edad (16.5% y 16.7%, en cada caso), lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirieron el virus del VIH a edades tempranas (véase cuadro 19).

⁹ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.
Tabasco: 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	1.6	0.9	6.7
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	2.8	3.1	0.0
20 - 24	16.5	16.5	16.7
25 - 29	22.8	21.0	36.7
30 - 34	21.3	21.9	16.7
35 - 39	12.6	12.9	10.0
40 - 44	10.6	12.1	0.0
45 - 49	4.3	4.5	3.3
50 - 64	5.1	4.9	6.7
65 y más	1.2	0.9	3.3
N.E.	0.8	0.9	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

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

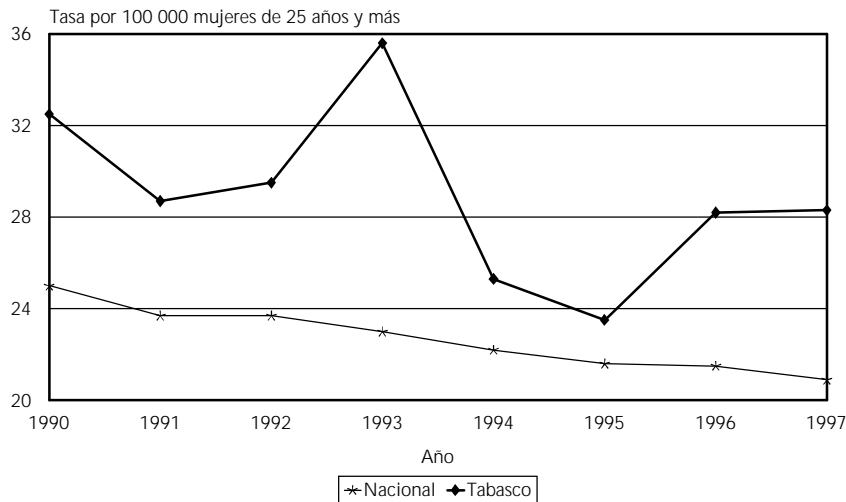
En Tabasco, la mortalidad por este cáncer durante la década de los noventa fue mayor que la que se registró en el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1993, la entidad alcanzó su nivel más alto (35.6 fallecimientos por cada 100 mil mujeres de 25 años y más); y en 1997, la tasa de mortalidad que se registró en Tabasco por esta patología fue de 28.3 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que la ubicó como la cuarta entidad con el mayor número de defunciones por esta patología, sólo por debajo del nivel registrado en Oaxaca (29.9 defunciones), Yucatán (30.4) y Nayarit (31.5).

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 Tabasco, las mujeres de todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad por cáncer cérvico uterino mayor que las observadas en el país en su conjunto en el periodo 1995-1997,

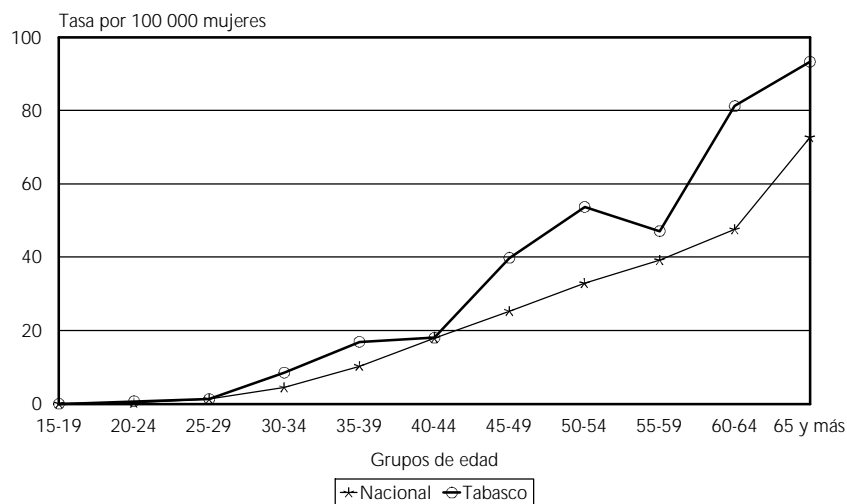
destacando las mujeres de 50-54, 60-64 y 65 años y más, para las cuales la tasa de mortalidad fue mayor en 20.8, 33.6 y 20.6 puntos porcentuales, respectivamente (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Tabasco: 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.
Tabasco: 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.

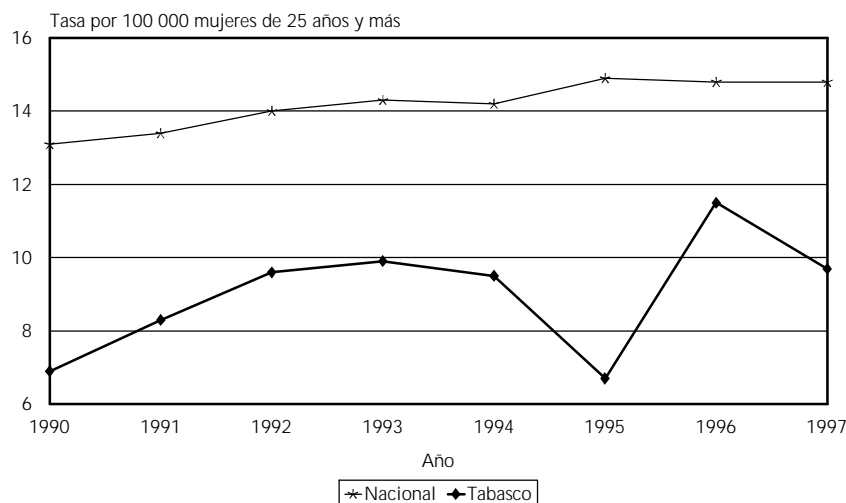
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Tabasco, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una tendencia ascendente entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad por este cáncer fue de 9.7 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más (véase gráfica 37). Sin embargo, conviene señalar que Tabasco ocupa el quinto lugar con la menor mortalidad por esta patología en todo el país.

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 ocurridas en el país por esta causa se registró en mujeres mayores de 45 años.

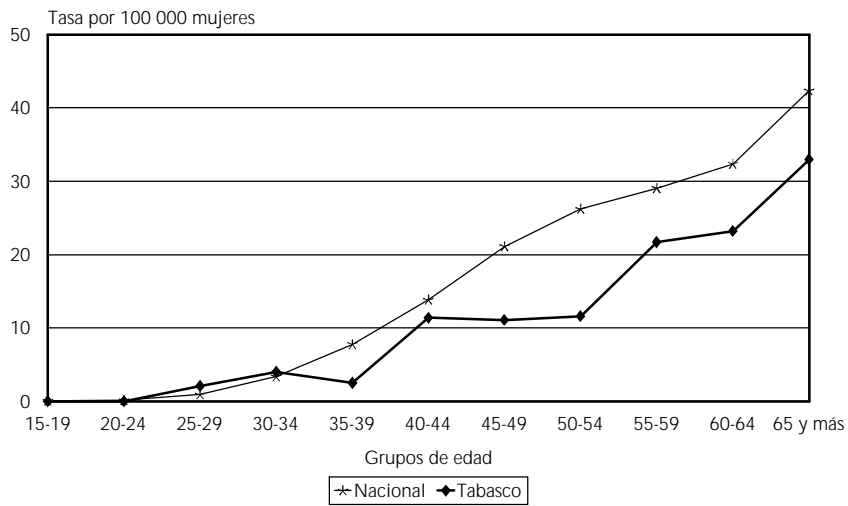
En Tabasco, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad mucho menor que el promedio nacional, con excepción de las mujeres de los grupos de 25 a 34 años, las cuales presentaron un nivel de mortalidad ligeramente mayor al que mostraron sus homólogos del país en su conjunto (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Tabasco: 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.
Tabasco: 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 Tabasco se encuentra en una mejor situación que la observada para el país en su conjunto.

La población de Tabasco se encuentra en una fase de plena transición demográfica, con un nivel de fecundidad que asciende a 2.55 hijos por mujer y se estima que en el 2007 alcanzará el nivel de reemplazo intergeneracional, es decir, un nivel donde cada pareja procrea, en promedio, sólo dos hijos a lo largo de su vida reproductiva. El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada, con un nivel de uso similar o superior al de los países de mayor desarrollo.¹⁰ Sin embargo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos todavía mantiene niveles elevados, a pesar de que las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

No obstante los logros en el ámbito de la reproducción, se avizora que el rezago demográfico al interior del estado es más acentuado en los grupos sociales y étnicos con menos acceso a los beneficios del desarrollo, como son las mujeres indígenas, las que residen en localidades rurales y las mujeres con menores niveles de escolaridad. Asimismo, algunos resultados llaman la atención por ser indicativos de conductas desfavorables para la salud reproductiva. Cabe mencionar los siguientes:

- ✦ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. Entre las generaciones más recientes, más de la mitad de las mujeres se une antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. A los 21 años de edad, alrededor de 50 por ciento de las mujeres de las diferentes generaciones analizadas ya había iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ En los últimos años, se registró un ligero retroceso en la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres unidas o casadas de 25 a 34 años, las mujeres con un hijo(a) y aquellas sin escolaridad.
- ✦ El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena. En ese grupo, menos de once de cada veinte mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron hace más de una década.

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

- ✦ Las mujeres menores de 20 años, las que hablan alguna lengua indígena, las mujeres con paridad uno, con bajos niveles de escolaridad y las del área rural, presentan niveles muy elevados de demanda insatisfecha.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Tabasco ha alcanzado niveles altos de atención prenatal y más de ocho de cada diez mujeres que se embarazan tienen vigilancia médica. Sin embargo, el nivel de mortalidad materna y de la mortalidad infantil es ligeramente mayor al del país en su conjunto.

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

- ✦ Una de cada diez mujeres que residen en el medio rural cursan su embarazo sin atención prenatal, al igual que más de una de cada siete mujeres sin escolaridad, con cuatro hijos(as) o más y de 35 a 49 años de edad.
- ✦ La mayoría de los partos de mujeres con bajos niveles de escolaridad y que residen en el ámbito rural no se atienden en una institución de salud.
- ✦ La ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad y una incidencia mayor que la observada en el país en su conjunto. El VIH/SIDA muestra también un importante aumento, aunque la tasa de incidencia acumulada es menor a la nacional. En este estado, la razón hombre/mujer de casos de SIDA es de nueve hombres por cada mujer, cifra que está por encima de la nacional (6.5). Sin embargo, cabe resaltar que un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer la rápida expansión de las mismas.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa anual de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registró en Tabasco entre 1990 y 1997, fue mayor a la que se observó en todo el país. En contraste, la tasa anual de mortalidad por cáncer de la mama en ese mismo periodo, se ha mantenido por debajo de la registrada en el entorno nacional, aunque con una tendencia a aumentar más rápidamente.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Tabasco
1990	3.35	3.45
1991	3.25	3.37
1992	3.14	3.29
1993	3.04	3.22
1994	2.93	3.14
1995	2.82	3.05
1996	2.73	2.95
1997	2.65	2.85
1998	2.55	2.73
1999	2.48	2.64
2000	2.40	2.55

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Tabasco: 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	15.4	10.6
15	26.2	19.1
16	33.1	29.6
17	40.2	37.4
18	50.7	43.7
19	59.2	50.3
20	68.7	58.4
21	75.0	63.9
22	78.1	68.1
23	82.2	71.7
24	85.3	75.9
25	87.3	78.2

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

Datos gráfica 3.
Tabasco: 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	26.2	33.0	26.1	14.7
1958-1962	22.4	36.9	20.9	19.9
1963-1967	23.0	35.7	23.8	17.5
1968-1972	19.1	31.3	25.6	24.1

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

Datos gráfica 5.

Tabasco: 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	38.4	36.8	16.0	8.8
Primaria completa	28.7	40.1	18.6	12.6
Secundaria y más	8.4	31.2	30.8	29.7
Rural	27.9	36.7	18.9	16.5
Urbano	15.8	30.9	29.0	24.3
Total	20.9	33.3	24.8	21.0

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

Datos gráfica 7.

Tabasco: 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	7.5	5.2	3.9	4.4
16	12.2	9.7	8.5	8.6
17	17.3	17.4	17.5	14.2
18	26.7	28.1	24.9	24.9
19	35.1	36.9	33.1	33.5
20	47.7	44.6	42.6	40.5
21	54.1	53.8	51.0	46.7
22	63.7	62.3	58.1	53.5
23	69.5	67.2	64.9	57.9
24	72.5	71.3	70.2	64.9
25	76.5	75.0	76.9	69.3

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

Datos gráfica 8.
Tabasco: 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	1.1	8.5	22.8	24.1	37.1	6.3
1958-1962	1.8	4.4	25.9	26.9	34.7	6.3
1963-1967	1.7	3.7	27.4	23.6	38.6	5.0
1968-1972	1.9	4.3	29.5	21.0	38.4	4.8

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

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.2	1.0	0.8	1.3
16	1.7	1.3	1.2	1.5
17	1.7	2.3	1.2	1.8
18	2.2	3.1	2.3	2.3
19	3.1	3.7	3.0	3.0
20	4.3	5.4	3.5	3.5
21	6.0	7.0	4.0	4.2
22	6.5	7.0	4.2	5.2
23	6.9	7.0	4.4	5.2
24	6.9	7.5	4.4	6.4
25	7.1	7.5	5.3	7.0

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Tabasco
1990	5.4	2.8
1991	5.1	2.9
1992	5.0	1.6
1993	4.5	2.5
1994	4.8	3.1
1995	5.3	2.5
1996	4.8	2.3
1997	4.7	5.3

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

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

Año	Nacional	Tabasco
1990	36.6	37.3
1991	34.1	34.8
1992	33.2	33.8
1993	32.3	32.9
1994	31.4	31.9
1995	30.5	31.0
1996	29.3	29.8
1997	28.1	28.5
1998	26.9	27.4
1999	25.9	26.3
2000	24.9	25.3

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	20.1	4.2	4.0	289.2	273.9
1991	20.9	3.5	4.8	284.9	251.6
1992	19.7	13.4	1.8	304.7	76.2
1993	39.7	4.1	2.1	361.3	259.7
1994	54.4	3.5	2.0	369.7	221.8
1995	29.3	5.0	5.3	360.7	264.6
1996	36.8	4.3	3.6	406.9	261.8
1997	34.6	10.2	6.4	502.1	294.1
1998	37.3	15.1	3.8	598.1	311.7

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	10	31
1991	6	37
1992	25	62
1993	21	83
1994	20	103
1995	44	147
1996	41	188
1997	15	203
1998	31	234

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

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

Año	Nacional	Tabasco
1990	8.4	2.0
1991	10.9	2.3
1992	14.3	3.8
1993	19.7	4.9
1994	23.9	6.0
1995	28.1	8.3
1996	32.1	10.4
1997	35.4	11.1
1998	39.7	12.5

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.5	0.0
1991	0.4	0.1
1992	1.8	0.2
1993	1.8	0.1
1994	2.9	0.6
1995	4.3	0.3
1996	5.5	0.9
1997	7.4	1.1

Tasa por 100 000 habitantes.

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

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

Año	Nacional	Tabasco
1990	25.0	32.5
1991	23.7	28.7
1992	23.7	29.5
1993	23.0	35.6
1994	22.2	25.3
1995	21.6	23.5
1996	21.5	28.2
1997	20.9	28.3

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

Edad	Nacional	Tabasco
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.7
25-29	1.3	1.3
30-34	4.5	8.5
35-39	10.3	16.9
40-44	17.9	18.0
45-49	25.3	39.8
50-54	32.9	53.7
55-59	39.2	47.1
60-64	47.6	81.2
65 y más	72.7	93.3

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

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

Año	Nacional	Tabasco
1990	13.1	6.9
1991	13.4	8.3
1992	14.0	9.6
1993	14.3	9.9
1994	14.2	9.5
1995	14.9	6.7
1996	14.8	11.5
1997	14.8	9.7

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

Edad	Nacional	Tabasco
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	2.1
30-34	3.4	4.0
35-39	7.8	2.5
40-44	13.8	11.4
45-49	21.1	11.1
50-54	26.2	11.6
55-59	29.1	21.7
60-64	32.4	23.2
65 y más	42.4	33.0

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
Tabasco

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.