

Cuadernos de salud reproductiva

Querétaro



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva
Querétaro

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-516-4

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

LIC. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

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

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	23
Número ideal de hijos e hijas	23
Deseo de más hijos o hijas	24
3 Práctica anticonceptiva	26
Conocimiento de métodos anticonceptivos	26
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	29
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	33
Anticoncepción posparto	35
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	37
4 Salud materna	40
Nivel de la mortalidad materna	40
Causas de mortalidad materna	40
Aborto	42
5 Atención a la mujer embarazada	43
Atención prenatal	43
Cobertura institucional de la atención prenatal	45

Inicio de la atención prenatal	45
Intensidad y calidad de la atención prenatal	46
Atención del parto	48
Lugar de atención del parto	49
Tipo de parto	50
Atención durante el puerperio	51
6 Lactancia materna	52
Edad de la ablactación	52
7 Mortalidad infantil	55
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	58
VIH/SIDA	59
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	63
Cáncer cérvico uterino	63
Cáncer de la mama	65
Conclusiones	67
Anexo estadístico	69
Nomenclatura de las entidades federativas	75

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 Querétaro 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 Querétaro, por lo que se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano) y a su nivel de escolaridad. Estas variables aluden a los contextos económicos,

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

sociales y culturales que inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Querétaro pero de manera más pausada. En 1995, 35.6 por ciento de la población estatal residía en localidades de menos de 2 500 habitantes; 15.7 por ciento residía en localidades de 2 500 a 14 999 habitantes, 11.2 por ciento en centros urbanos de 15 mil a menos de cien mil, y 37.5 por ciento residía en localidades de cien mil o más. De las 2 112 localidades censadas en el estado, 85.3 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 13.4 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, y éste también se expresa en el estado de Querétaro. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.5 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Querétaro se encuentra entre las 16 entidades del país que registran un nivel promedio de escolaridad por encima del nacional. En 1997, 12.5 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 16.9 por ciento no había concluido la primaria, 19.1 por ciento terminó la instrucción primaria, 22.1 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 29.4 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. No obstante, se aprecia una diferencia en los niveles de escolaridad alcanzados entre hombres y mujeres: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.9 para los hombres y de 7.1 para las mujeres. Asimismo, la proporción que representan las personas sin instrucción es mayor entre las mujeres que entre los hombres: 14.4 y 10.3 por ciento, respectivamente.³

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Querétaro tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de

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

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

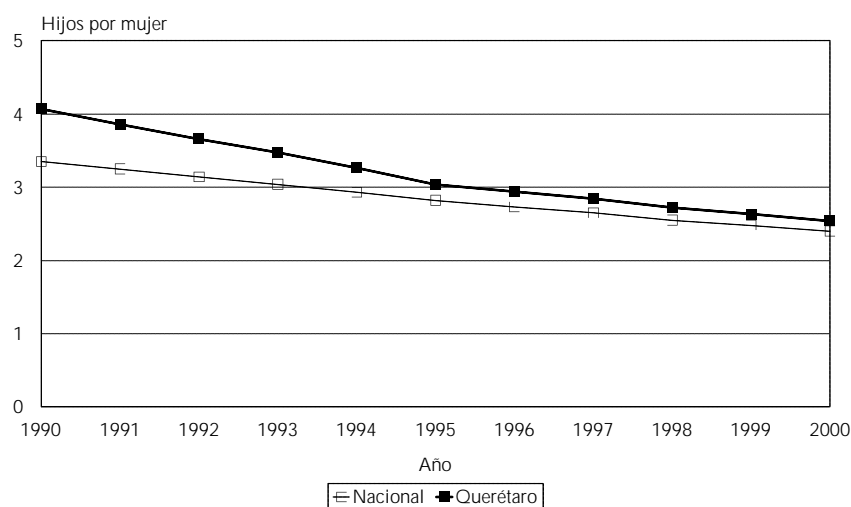
las siete del país cuyo índice de marginación es medio. La marginación baja o muy baja es una realidad que caracteriza a cuatro de los 18 municipios de la entidad, en las cuales reside 65.5 por ciento de la población. De los municipios restantes, ocho se caracterizan por tener un índice de marginación medio y en ellos reside 23.4 por ciento de la población; mientras que seis municipios tienen una marginación alta o muy alta, y en ellos reside 11.1 por ciento de la población.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 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

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

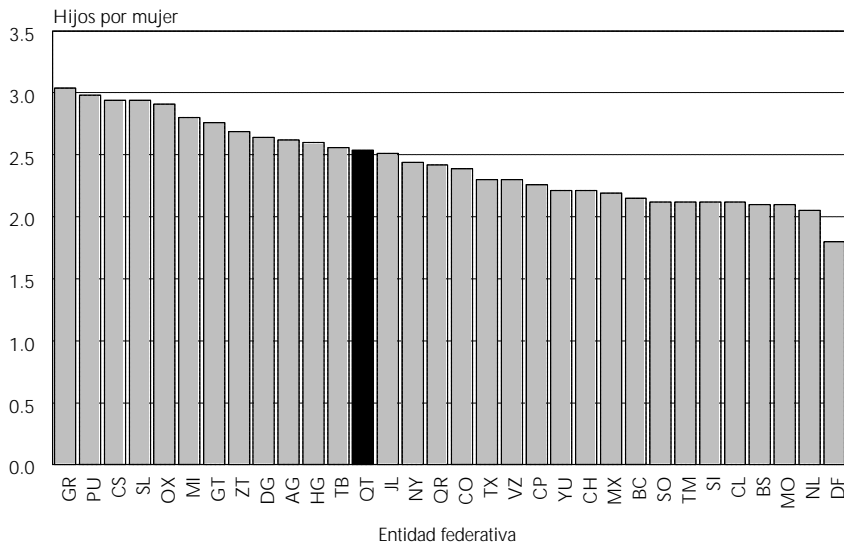


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

En Querétaro, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 4.07 hijos por mujer en 1990 a 3.66 en 1992; descendió a 2.84 en 1997, y para el 2000 se estima en 2.54 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Querétaro del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.92 hijos en 1990 a 0.74 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Querétaro entre las dieciséis entidades que se encuentran en la actualidad por encima del promedio nacional (véase gráfica 2).

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.

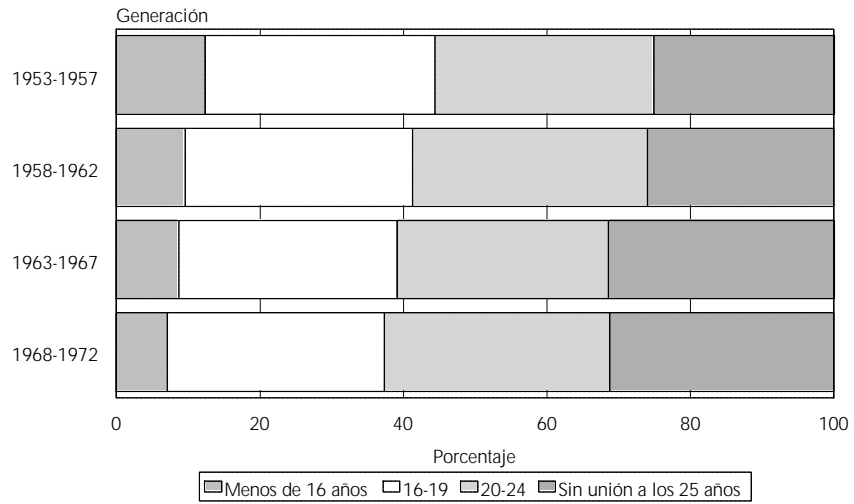
Edad a la primera unión

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.

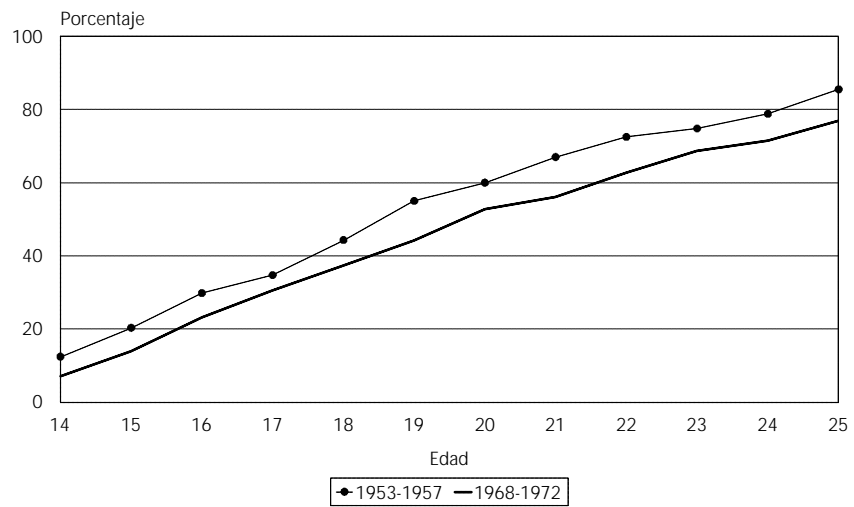
En el caso de Querétaro, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de casi un año en la edad mediana al matrimonio (de 20.8 a 21.7 años). Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 44.4 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 37.4 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuyó de 12.4 a 7.1 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

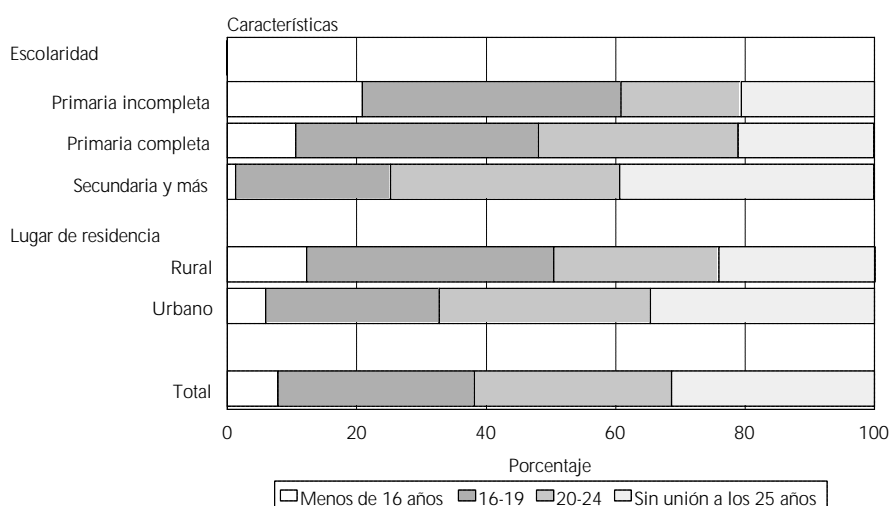
Gráfica 4.
Querétaro: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 50.4 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor ascendió a 32.7 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 cuatro mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad (25.2%); mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a seis de cada diez (60.8%).

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

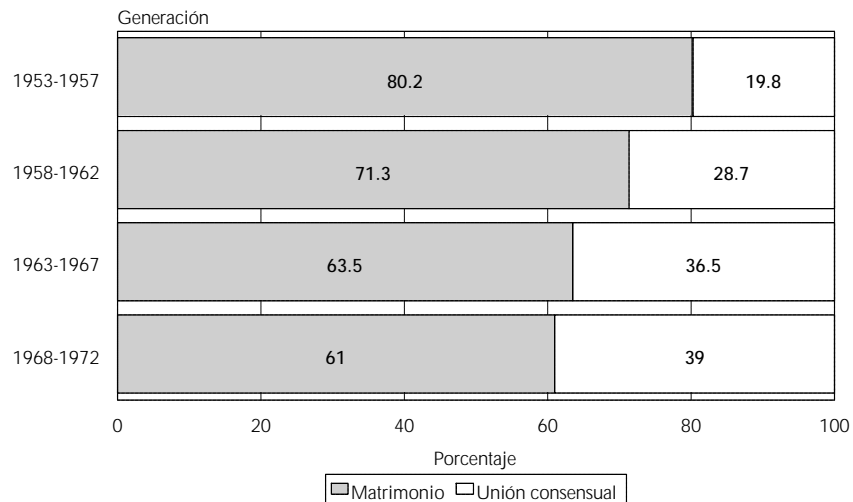


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Querétaro, 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, 19.8 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 39 por ciento, cifra ligeramente mayor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



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

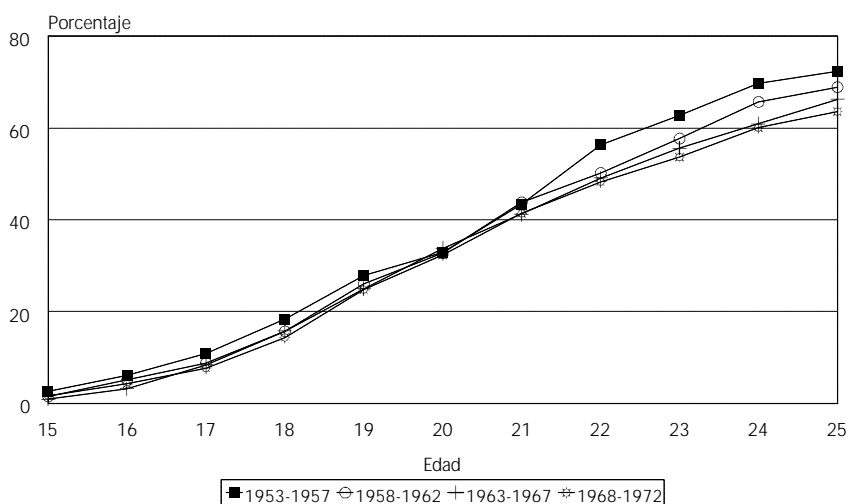
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años no presenta cambios entre las mujeres de las distintas generaciones bajo observación: alrededor de 32 por ciento tuvo a su primer hijo(a) antes de esa edad. Sin embargo, se observa un ligero retraso en el inicio temprano de la maternidad entre las mujeres más jóvenes, dado que una de cada siete (14.4%) lo hizo antes de cumplir la mayoría de edad, mientras que entre las mujeres de la cohorte 1953-1957 este porcentaje ascendió a 18.4 por ciento.

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. También, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer. En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos. Asimismo, en términos macrosociales, los patrones de fecundidad temprana agudizan los efectos de corto y mediano plazos de la inercia demográfica y favorecen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Gráfica 7.
 Querétaro: 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.

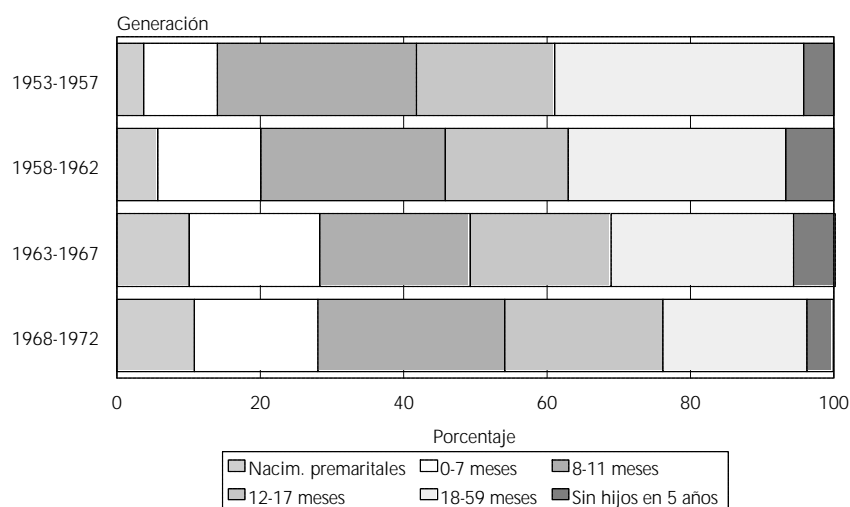
El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que en Querétaro la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio, lo cual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

Cabe señalar que en Querétaro, las mujeres unidas de las generaciones más recientes tienden a presentar una proporción mayor de embarazos premaritales que la generación de mayor edad. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la cohorte 1968-1972 este porcentaje asciende a 28 por ciento, mientras que para la generación 1953-1957 fue de 14 por ciento. Aún cuando los datos sugieren que tanto los nacimientos de madres solteras como las concepciones premaritales tienen una tendencia al aumento, esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

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

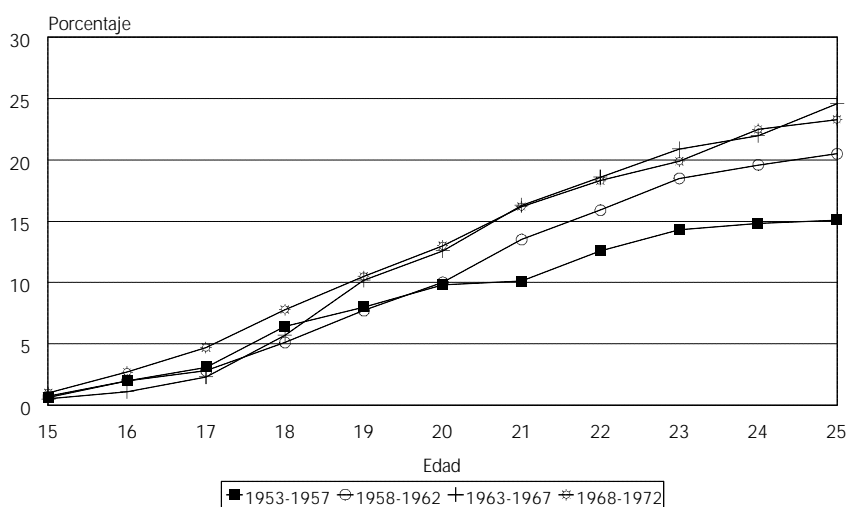
estando soltera (véase gráfica 9). En Querétaro ha aumentado de manera importante la proporción de mujeres que se embaraza de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad aumentó de 15.1 por ciento entre las mujeres de la cohorte 1953-1957 a 23.3 por ciento en la generación más reciente.

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



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

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



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

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años también registra incrementos, al pasar de 9.8 por ciento en la cohorte 1953-1957 a 13 por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1968-1972. Asimismo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia experimentó un aumento considerable entre las dos generaciones extremas, de tal forma que mientras 29.8 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, entre las mujeres de la cohorte 1968-1972 ese porcentaje ascendió a 40.2 por ciento.⁶

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

2 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo y otro son algunos indicadores de las preferencias reproductivas de las personas. La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las adoptan en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías 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 Querétaro fue de 3.4, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Querétaro, se encuentra ligeramente por encima de la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad, así como del nivel de la fecundidad registrado en 1997 (3.1 y 2.8 hijos(as), respectivamente).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.2 hijos(as), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (2.6 en promedio). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 4.7 hijos(as) en promedio, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por poco menos de tres (2.8 en promedio), esto es, cerca de dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres sin escolaridad reportaron una fecundidad deseada menor en casi un hijo(a) a la paridad alcanzada, en tanto que entre las mujeres de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Cuadro 1.
Querétaro: 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	3.1
Grupo de edad		
15-19*	2.6	1.0
20-24	3.1	1.5
25-29	3.1	2.2
30-34	3.3	3.1
35-39	3.7	4.1
40-44	3.8	4.1
45-49	4.2	5.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.7	5.6
Primaria incompleta	4.2	4.4
Primaria completa	3.5	3.1
Secundaria y más	2.8	2.1
Lugar de residencia		
Rural	4.1	3.9
Urbano	3.1	2.8

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4.1 y 3.1, respectivamente) y se observa que, en ambos casos, el número ideal de hijos e hijas es ligeramente mayor a la descendencia alcanzada.

Cerca de la mitad de las mujeres con dos hijos(as) o más declararon un tamaño de familia ideal igual a su paridad actual. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con dos hijos(as) (51.4%) desea una descendencia más numerosa, en tanto que la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (51.9%), el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (30.3% y 28.3%, respectivamente); mientras que cerca de una de cada cinco mujeres (19.1%) declaró un ideal de familia de cuatro hijos(as). Cabe señalar que 1.1 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas declaró que su ideal era no tener descendencia, mientras que entre las mujeres sin hijos esta proporción fue de 2.4 por ciento.

Deseo de más hijos o hijas

En Querétaro, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (53.9%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es mayor en el ámbito urbano que en el rural (57.2% y 47.1%, respectivamente).

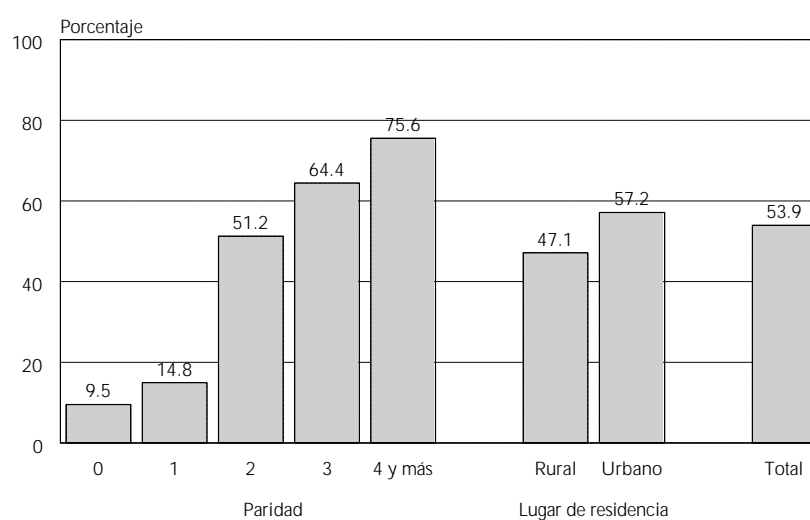
La mayoría de las mujeres con menos de dos hijos(as) desea ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido tres o cuatro hijos(as) y más, poco más de seis y de siete de cada diez, respectivamente, ya no desean incrementar su paridad.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.1	4.4	30.3	28.3	19.1	16.8
0	2.4	7.7	50.9	23.9	8.6	6.5
1	1.4	12.5	42.8	28.6	11.5	3.2
2	0.6	3.0	45.1	30.9	14.0	6.5
3	1.9	2.4	13.6	46.5	24.9	10.7
4	0.3	3.2	22.2	12.2	44.1	18.0
5 y más	0.7	1.1	16.5	19.2	14.5	48.1

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

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



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

3 Práctica anticonceptiva

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. En México, a raíz de la promulgación de la nueva Ley General de Población en 1974, se dio un acelerado proceso de difusión e incorporación de la planeación familiar en las parejas mexicanas. El Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos 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.

En el estado de Querétaro, el porcentaje de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo fue de 94.8 por ciento en 1992, proporción que ascendió a 97 por ciento en 1997 (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que prácticamente no se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos, con excepción de las mujeres sin escolaridad, quienes presentan un valor 15.5 puntos porcentuales inferior al que registran las mujeres con estudios de secundaria y más (83.9% y 99.4%, respectivamente).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Querétaro continúa siendo el más popular: en 1992, 90.6 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, proporción que aumentó a 93.7 por ciento en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el condón (91.3%), el dispositivo intrauterino (DIU) (90.2%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (89.7%), la inyección (87.2%), y la vasectomía (80.4%).

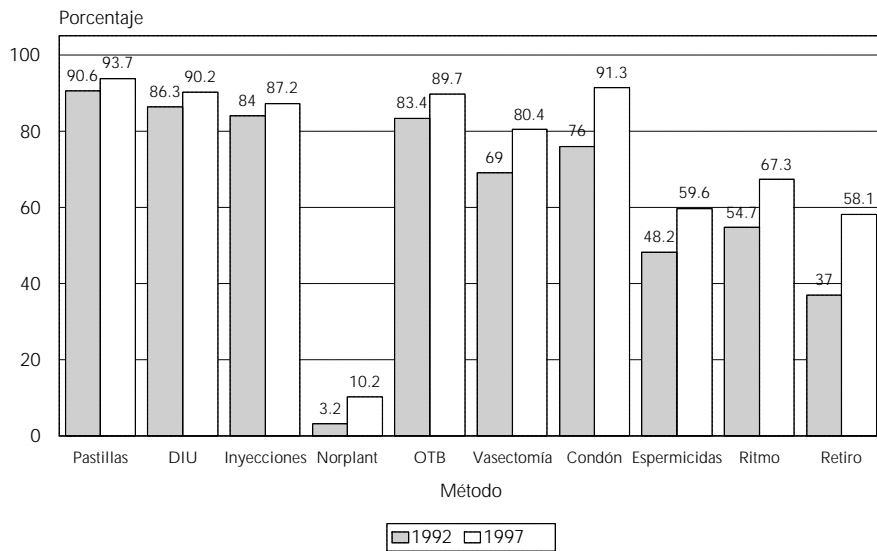
Entre los años de referencia, se observan incrementos en el conocimiento de todos los métodos. Los mayores aumentos se registraron en el conocimiento de aquellos que requieren de la participación del varón, destacando el retiro, cuyo conocimiento aumentó 21.1 puntos porcentuales, el condón (15.3 puntos), el ritmo (12.6 puntos), los espermicidas y la vasectomía, con 11.4 puntos en cada caso (véase cuadro 4).

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

Características	1992	1997
Total	94.8	97.0
Grupo de edad		
15-19	89.4	94.4
20-24	95.1	97.6
25-29	98.8	97.6
30-34	97.8	98.0
35-39	98.2	98.4
40-44	93.2	97.0
45-49	88.2	96.6
Paridad		
0	90.1	95.0
1	98.9	98.8
2	98.9	98.3
3	98.3	98.8
4 y más	95.0	97.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	84.8	83.9
Primaria incompleta	94.9	94.8
Primaria completa	94.3	96.4
Secundaria y más	97.3	99.4
Lugar de residencia		
Rural	92.2	93.8
Urbano	96.3	98.4

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

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



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

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

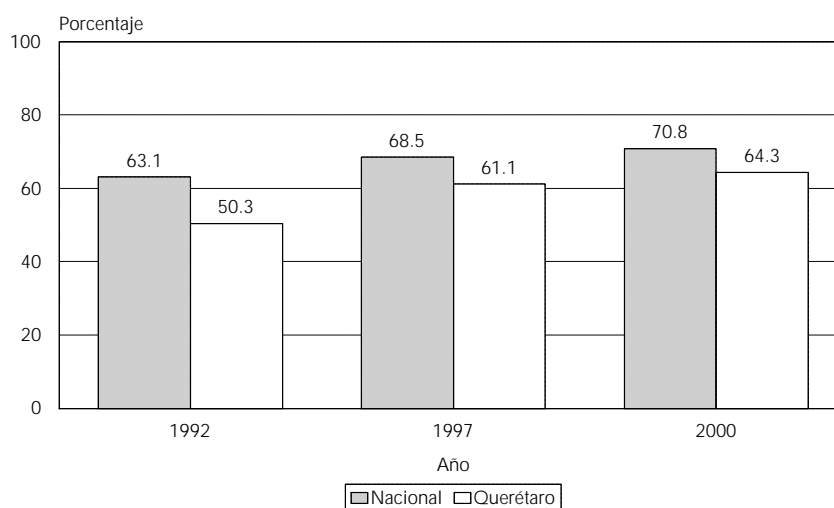
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	90.6	86.7	92.7	93.7	89.0	95.8
DIU	86.3	79.3	90.1	90.2	83.4	93.2
Inyecciones	84.0	78.3	87.1	87.2	83.8	88.7
Norplant	3.2	1.0	4.5	10.2	4.6	12.7
OTB	83.4	76.5	87.2	89.7	82.2	93.0
Vasectomía	69.0	51.5	78.6	80.4	61.9	88.6
Condomes	76.0	59.4	85.2	91.3	81.9	95.5
Espermicidas	48.2	28.4	59.3	59.6	37.5	69.4
Ritmo	54.7	33.1	66.8	67.3	44.2	77.6
Retiro	37.0	19.9	46.5	58.1	35.3	68.2

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

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

Gráfica 12.
Querétaro: 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.

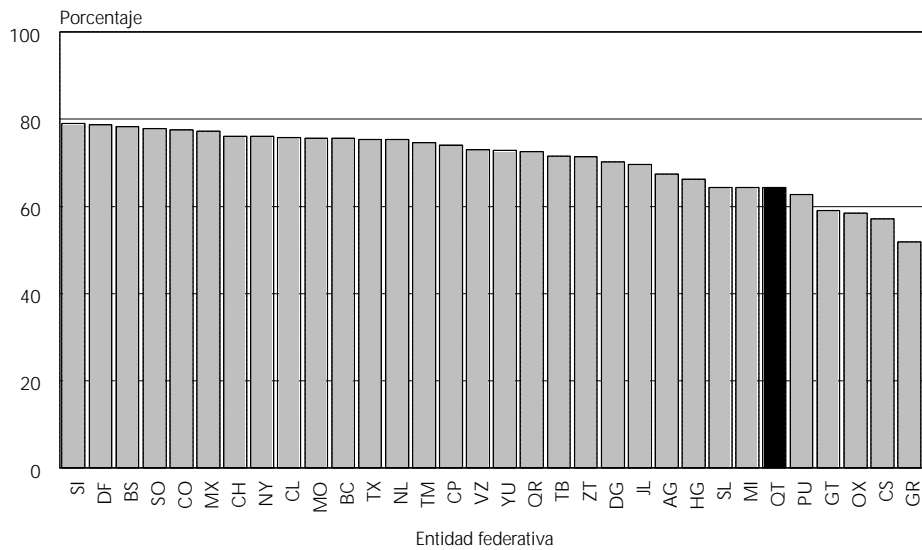
Querétaro es una de las entidades federativas del país que más rezagada se encuentra en el proceso de adopción de la planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 50.3 por ciento, ascendió a 61.1 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 fue de 64.3 por ciento, lo que ubica a Querétaro, junto con Michoacán, en el sexto nivel más bajo de prevalencia anticonceptiva del país (véase gráfica 13). Cabe destacar que Querétaro registró un nivel de prevalencia similar al del país en 1992, lo que da cuenta de ocho años de diferencia en el proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva entre ambos contextos.

Otro aspecto que llama la atención en el estado de Querétaro es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva. En 1997, poco menos de una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos (23.3%), y poco más de una de cada tres mujeres menores de 20 años (35.1%) (véase gráfica 14).

Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a bajos niveles de regulación de la fecundidad. Así, la planeación del número y espaciamiento de los nacimientos es una práctica que sólo ha sido incorporada por cerca de dos quintas partes de las mujeres sin escolaridad

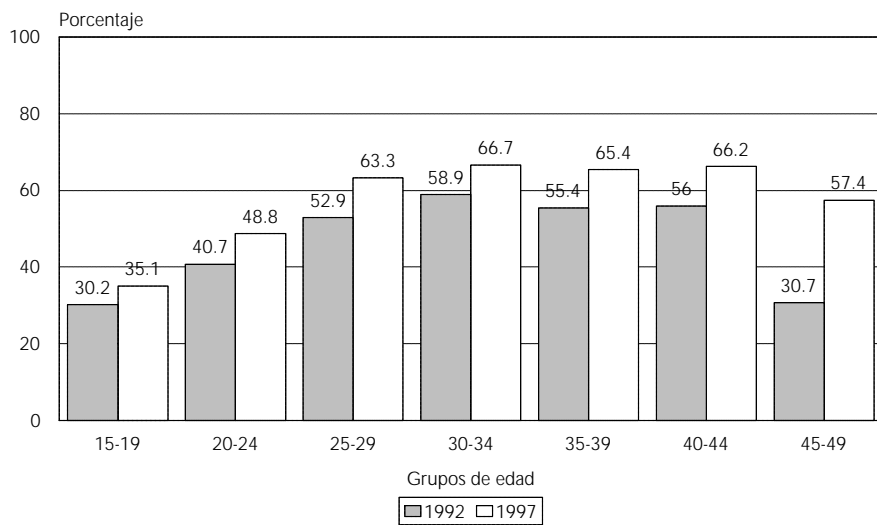
(39.5%); y por poco más de cuatro de cada diez mujeres del medio rural (44.1%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre los grupos de escolaridad extremos se redujo considerablemente (véase cuadro 5).

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

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

Características	1992	1997
Total	50.3	61.1
Grupo de edad		
15-19*	30.2	35.1
20-24	40.7	48.8
25-29	52.9	63.3
30-34	58.9	66.7
35-39	55.4	65.4
40-44	56.0	66.2
45-49	30.7	57.4
Paridad		
0	8.0*	23.3
1	45.6	54.2
2	59.5	70.3
3	64.3	71.4
4 y más	46.2	59.9
Escolaridad		
Sin escolaridad	22.2	39.5
Primaria incompleta	37.2	45.3
Primaria completa	53.0	60.0
Secundaria y más	68.7	72.7
Lugar de residencia		
Rural	33.6	44.1
Urbano	60.2	69.3

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Querétaro en 1997 muestra un comportamiento similar al nacional: la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (44.5%), el DIU registró un porcentaje de uso de 23.2 por ciento, y los naturales, tercer método en importancia, 14 por ciento. El condón representó el cuarto método más utilizado: una de cada 14 mujeres usuarias recurrió a este método. Es importante señalar que, entre 1992 y 1997, la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos redujo su participación en 6.6 puntos porcentuales, en tanto que la OTB aumentó en 5.4 puntos (véase cuadro 6).

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

Método	1992			1997		
	Lugar de residencia			Lugar de residencia		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Pastillas	12.4	15.3	11.4	5.8	3.9	6.3
DIU	24.1	28.0	22.9	23.2	23.6	23.0
Inyecciones	2.5	1.3	2.8	2.7	3.6	2.5
Locales	0.9	0.4	1.1	0.4	0.0	0.5
Condomes	4.4	5.1	4.1	7.2	4.9	7.9
OTB	39.1	32.0	41.4	44.5	46.0	44.0
Vasectomía	3.1	0.3	4.0	2.2	0.4	2.7
Naturales	13.5	17.6	12.2	14.0	17.5	13.0

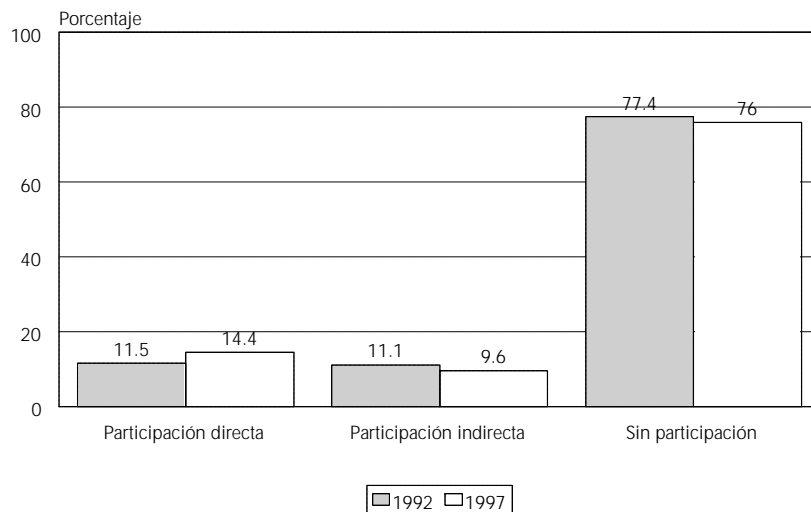
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

En el área rural y en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era mayor en la zona urbana que en la rural (87% y 82.5%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: una disminución en la participación de la pastilla (de 15.3% a 3.9%) y del DIU (de 28% a 23.6%), y un aumento considerable en la participación de la OTB (de 32% a 46%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento del condón (de 4.1% a 7.9%) y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla para regular su fecundidad (de 11.4% a 6.3%).

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 2.2 y 7.2 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Querétaro. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan a

cerca de una de cada cuatro 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 14.4 por ciento de las usuarias y en el segundo 9.6 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación indirecta del varón disminuyó ligeramente entre 1992 y 1997, mientras que la participación directa aumentó como consecuencia del aumento en el uso del condón.

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



Nota: Participación directa=Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta=Locales y ritmo.

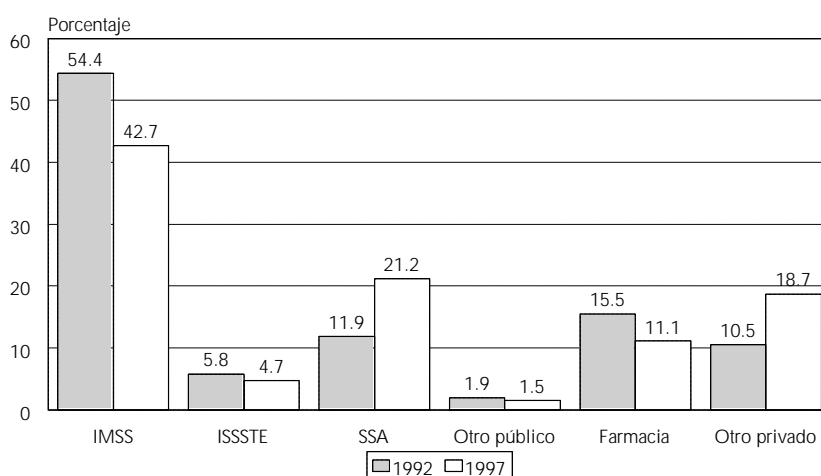
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

A diferencia del entorno nacional, las instituciones públicas de salud en Querétaro perdieron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 74 por ciento en 1992 a 70.1 en 1997 (véase gráfica 16); mientras que el sector privado aumentó ligeramente su participación de 26 a 29.8 por ciento.

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



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

Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS que, a pesar de disminuir su participación en cerca de doce puntos, atendió a poco más de cuatro de cada diez usuarias de anticonceptivos; y la SSA que atendió a poco más de una de cada cinco. En los últimos cinco años, la Secretaría de Salud incrementó en 9.2 puntos porcentuales su participación como fuente de obtención de métodos anticonceptivos, y dentro de las instituciones del sector público, fue la única que presentó un incremento entre 1992 y 1997.

El crecimiento de la SSA como fuente de obtención de anticonceptivos se dio particularmente en el ámbito rural, al pasar de 29.6 a 44.9 por ciento, entre 1992 y 1997, convirtiéndose en este último año en la principal fuente de obtención de métodos en la zona rural, seguida por el IMSS (31.5%). En el medio urbano, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos, tanto en 1992 como en 1997. En este último año, el sector privado fue la segunda fuente en importancia, al atender a cerca de una de cada tres usuarias (32.8%), seguido por la SSA, que atendió a 14.7 por ciento de las usuarias de métodos anticonceptivos (véase cuadro 7).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de cerca de ocho de cada diez usuarias del DIU y de la OTB (véase cuadro 8). Por el contrario, poco más de la mitad de las usuarias de la pastilla y siete de cada diez usuarias del condón acuden al sector privado para su obtención.

Cuadro 7.
Querétaro: 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	54.4	49.9	55.8	42.7	31.5	45.9
ISSSTE	5.8	2.0	7.0	4.7	1.0	5.8
SSA	11.9	29.6	6.5	21.2	44.9	14.7
Otro público	1.9	3.6	1.4	1.5	3.7	0.9
Farmacia	15.5	9.6	17.2	11.1	5.7	12.6
Otro	10.5	5.3	12.1	18.7	13.2	20.2

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

Cuadro 8.
Querétaro: 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	70.2	29.8
Pastillas*	46.4	53.6
DIU	79.9	20.1
Inyecciones	-	-
Condomes*	29.6	70.4
OTB	77.6	22.4

* 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 iniciaron importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar la salud materna e infantil. Dicha contribución se podría potenciar a través de la aplicación de un enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar, que ayuda a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo asociados a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos,

y a la presencia de factores de riesgo derivados de patologías crónico-degenerativas en la mujer gestante. A esta modalidad se le conoce como enfoque de riesgo reproductivo.

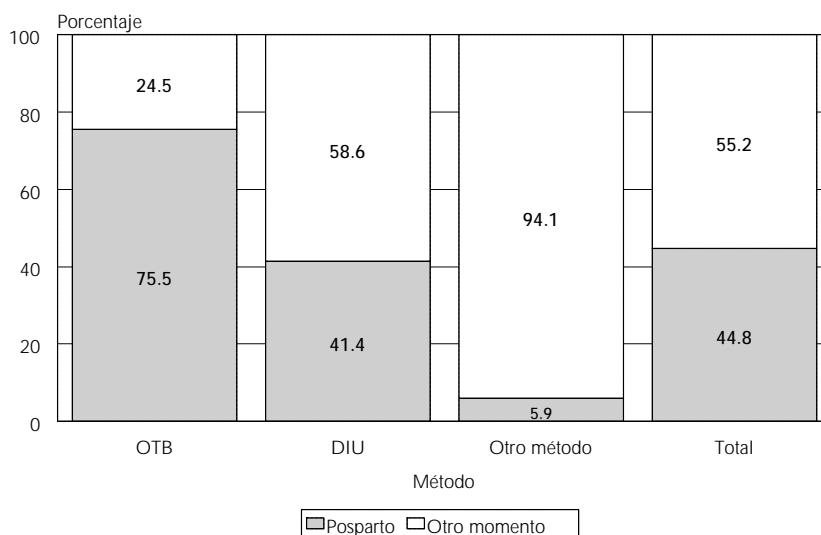
Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de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

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

La importancia de estos programas en Querétaro se manifestó en el hecho de que 44.8 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, cuatro de cada diez usuarias del DIU (41.4%) y tres de cada cuatro usuarias de la OTB (75.5%) comenzaron el uso del método en este periodo.

Gráfica 17.

Querétaro: distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, según el momento de adopción del método, 1997



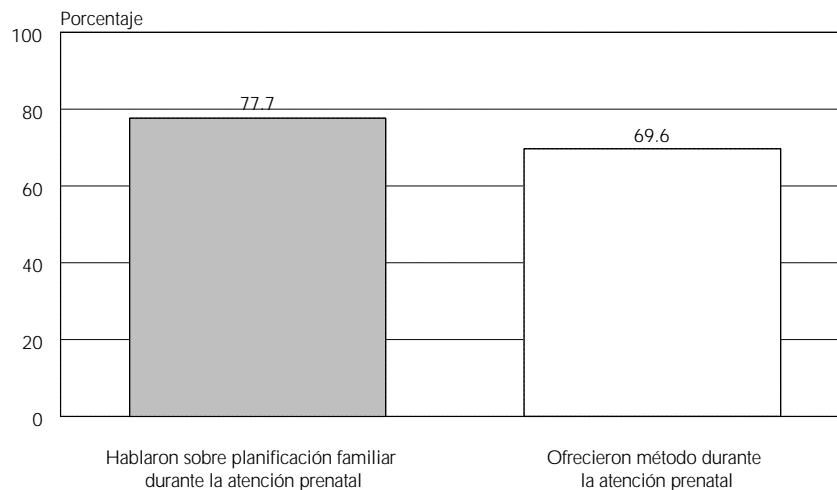
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

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

En Querétaro, cerca de ocho de cada diez mujeres (77.7%) que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo nacido vivo en el periodo 1994-1997, declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y siete de cada diez (69.6%) reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

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



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

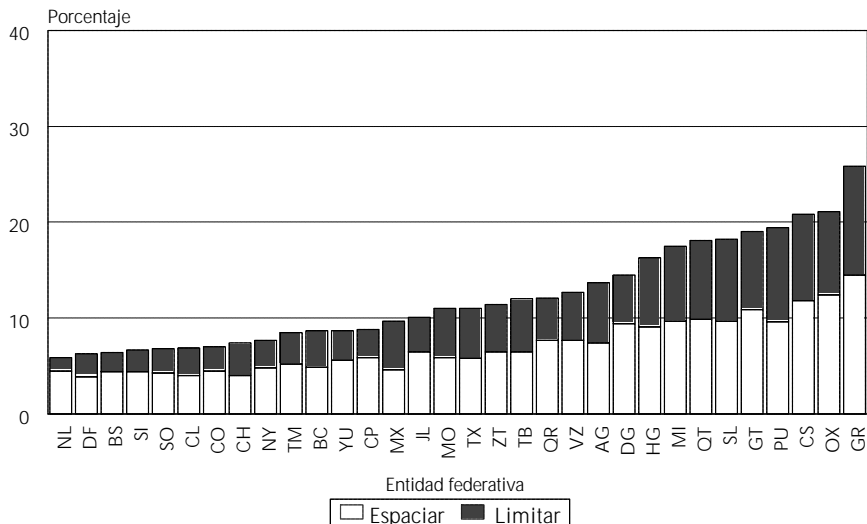
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

Un indicador aproximado de la demanda de métodos anticonceptivos puede construirse con base en el número de mujeres que hacen uso de estos medios, y que por lo tanto tienen una demanda satisfecha, más el número de mujeres que no hace uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de expresar su deseo de querer limitar o espaciar su descendencia y estar expuestas a un embarazo, situación que se conoce como demanda insatisfecha. Uno de los principales propósitos de la política de población ha sido abatir la demanda insatisfecha debido a que expresa limitaciones en el ejercicio de los derechos reproductivos. En 1987, una de

cada cuatro mujeres en edad fértil unidas (25.1%), presentaba demanda insatisfecha en el país, en tanto que diez años después esta proporción se redujo a más de la mitad, es decir 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Querétaro, para el año de 1997, fue del orden de 18.2 por ciento, lo que lo ubicó junto con San Luis Potosí, en el sexto porcentaje más elevado de mujeres en esta situación en el país (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: a) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y superior a la media estatal, en los grupos de edad menores de 25 años; de 35.8 y 32.6 por ciento para los grupos 15-19 y 20-24 años, respectivamente; b) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; c) en el medio rural el nivel de demanda insatisfecha es casi el triple del que se registra en el medio urbano y, d) a diferencia de la mayoría de las entidades federativas, en Querétaro las mujeres sin hijos(as) presentan el menor nivel de demanda insatisfecha (8.8%) en relación con las mujeres de cualquier otra paridad (véase gráfica 20).

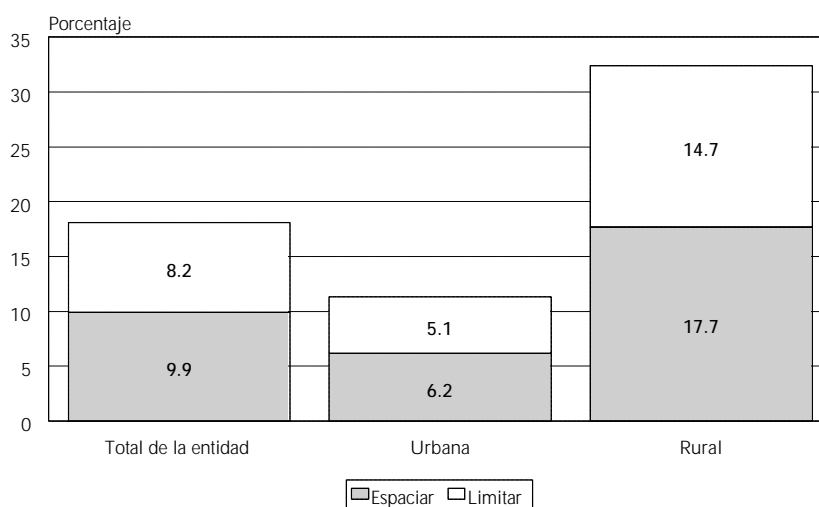
Cuadro 9.
Querétaro: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin	Falla del	
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
Total	61.1	26.9	34.2	18.2	9.9	8.2	8.4	11.2	1.1
Edad quinquenal									
15-19*	35.1	35.1	0.0	35.8	30.7	5.1	25.6	1.4	2.0
20-24	48.8	44.4	4.4	32.6	26.8	5.7	15.4	1.7	1.6
25-29	63.3	44.8	18.5	18.4	12.4	6.0	13.2	3.5	1.7
30-34	66.7	28.8	37.9	17.2	7.4	9.8	6.8	7.7	1.6
35-39	65.4	15.9	49.5	18.7	2.9	15.8	3.1	12.5	0.3
40-44	66.2	5.7	60.5	7.0	1.4	5.7	4.7	21.5	0.5
45-49	57.4	5.3	52.2	6.5	1.9	4.6	0.0	36.1	0.0
Paridad									
0	23.3	23.3	0.0	8.8	6.2	2.6	47.6	18.2	2.1
1	54.2	48.1	6.1	23.2	20.3	2.8	14.3	6.2	2.1
2	70.3	38.4	31.8	14.7	10.0	4.7	5.8	7.6	1.5
3	71.4	21.2	50.2	16.5	9.0	7.5	2.9	8.8	0.3
4 y más	59.9	11.9	48.0	21.0	6.0	15.0	2.4	16.1	0.6
Escolaridad									
Sin escolaridad	39.5	13.6	25.9	23.7	7.6	16.1	2.5	34.2	0.0
Primaria incompleta	45.3	15.6	29.7	29.8	15.1	14.7	8.3	16.3	0.3
Primaria completa	60.0	25.4	34.6	20.6	14.9	5.7	8.9	9.1	1.4
Secundaria y más	72.7	35.3	37.4	10.5	5.3	5.2	9.4	5.9	1.5
Lugar de residencia									
Urbano	69.3	29.8	39.5	11.2	6.2	5.1	7.3	10.8	1.3
Rural	44.1	20.8	23.4	32.4	17.7	14.7	10.9	11.9	0.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

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

En Querétaro, la tasa de mortalidad materna presentó entre 1990 y 1997 un comportamiento irregular (véase gráfica 21). La tasa estatal registrada en 1997 fue de 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, cifra igual a la estimada para el país en su conjunto.

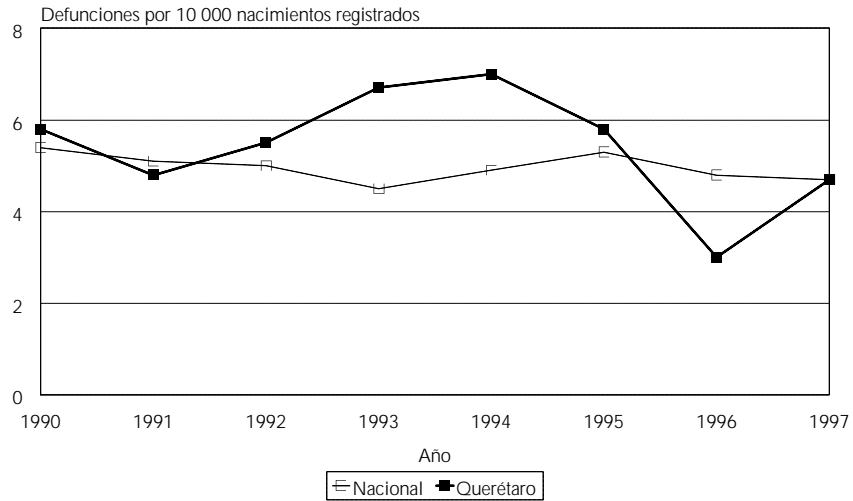
En el periodo 1989-1991, se registraron en Querétaro 74 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 54 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). De las mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, poco más de la mitad tenía entre 20 y 34 años de edad; poco menos de una de cada ocho tenía entre 35 y 39 años; y una de cada seis tenía menos de 20 o más de 40 años.

Causas de mortalidad materna

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

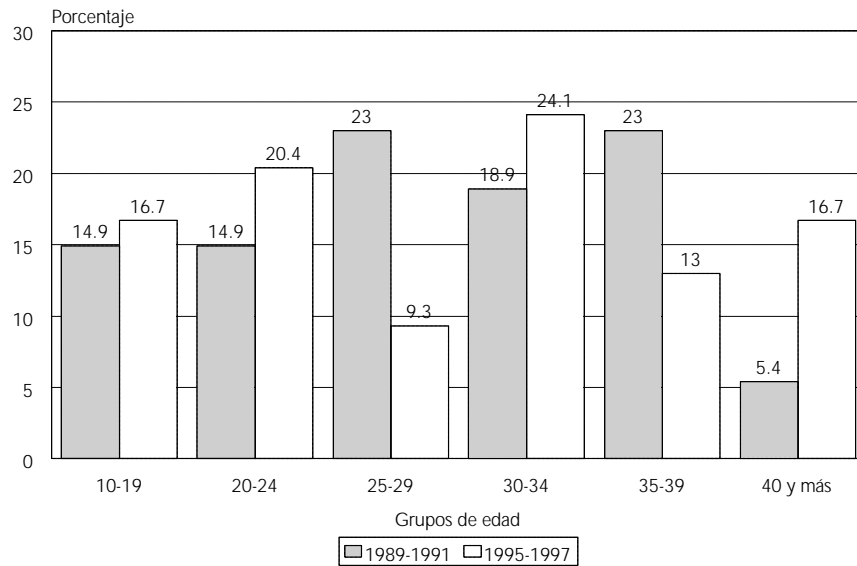
⁸ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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

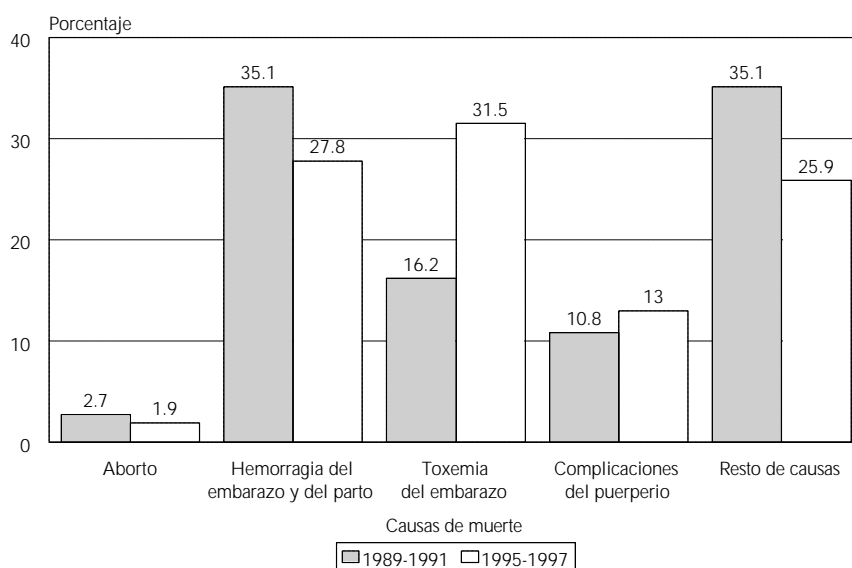


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

En Querétaro, la toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de mortalidad materna, presentando un importante aumento porcentual en la década de los noventa (véase gráfica 23). Entre 1989 y 1991 esta causa fue responsable de una de cada seis defunciones maternas del estado y en el periodo 1995-1997 se incrementó a poco más de tres de cada diez. Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso

relativo tuvo una disminución entre los periodos analizados. Las complicaciones del puerperio, presentaron un ligero incremento en su participación relativa y se mantuvieron como la tercera causa. El aborto y sus complicaciones, la cuarta causa más importante, disminuyó ligeramente su peso relativo entre ambos periodos.

Gráfica 23.
Querétaro: distribución porcentual
de las muertes maternas según causa, 1989-1991 y 1995-1997



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

Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. A pesar de que no se cuenta con información precisa sobre el número de abortos que ocurren en el país, se estima, con base en las encuestas sociodemográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 230 mil abortos anuales, durante el periodo 1985-1987 a 220 mil entre 1990-1992 y 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de estas cifras se calcula que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997. El porcentaje de mujeres que declara haber tenido por lo menos un aborto, muestra una tendencia decreciente en el tiempo, al pasar de 22.7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992 y a 19 por ciento en 1997.

En Querétaro, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto disminuyó ligeramente en los últimos años. En 1992, 18.6 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, proporción que descendió a 16.8 por ciento en 1997.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal⁹ como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Querétaro, 93.6 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último y penúltimo hijo nacido vivo entre 1994 y 1997, lo cual ubica a esta entidad entre los 23 estados con una cobertura de atención prenatal mayor a la registrada en el conjunto del país y entre los 19 con una cobertura de atención brindada por un médico mayor a la nacional (89%) (véase cuadro 10).

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

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

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	89.0	1.6	3.0	6.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	83.4	0.9	7.4	8.3
20-34	90.5	2.0	2.3	5.2
35-49	86.9	0.0	1.4	11.6
Orden de nacimiento				
1	94.2	1.0	1.2	3.6
2	92.3	1.6	2.1	3.9
3	90.5	0.0	4.9	4.6
4 o más	80.8	3.1	4.5	11.6
Escolaridad				
Sin escolaridad *	65.2	0.0	11.8	23.0
Primaria incompleta	80.3	1.8	5.3	12.6
Primaria completa	88.0	1.8	3.9	6.4
Secundaria y más	97.5	1.7	0.0	0.8
Lugar de residencia				
Urbano	92.8	1.7	1.5	4.0
Rural	83.7	1.6	5.1	9.7

* Menos de 100 casos en muestra.

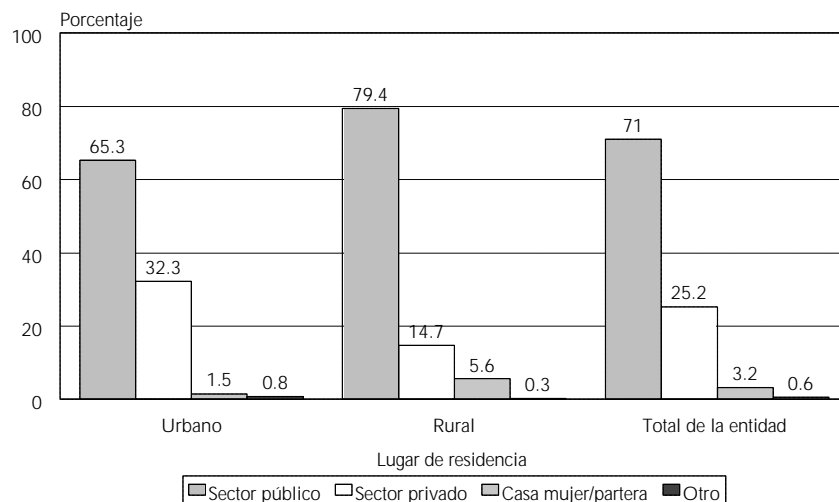
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El porcentaje más bajo de mujeres que recibió atención prenatal con un médico se registra entre las mujeres menores de 20 años (83.4%), y con cuatro hijos(as) o más (80.8% contra 94.2% de las primíparas). Las mujeres que residen en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico en comparación con las que viven en áreas urbanas (83.7% y 92.8%, en cada caso); pero la diferencia más acentuada se observa al analizar el nivel de escolaridad: 65.2 por ciento de las mujeres sin escolaridad recibió atención prenatal con un médico, proporción que asciende a 97.5 por ciento entre aquéllas con estudios de secundaria y más. Cabe señalar que el mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquéllas con menores niveles de escolaridad (23% de las mujeres sin escolaridad y 12.6% de las que no terminaron la primaria).

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 71 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, y el sector privado atendió a 25.2 por ciento. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (79.4% contra 65.3% de las mujeres urbanas) y el porcentaje de usuarias del sector privado en el ámbito urbano es poco más del doble que en el rural (32.3% y 14.7%, respectivamente).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En el estado de Querétaro 73.1 por ciento de las mujeres inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, poco más de una quinta parte inició en el segundo trimestre (22.6%) y 4.3 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que seis de cada diez mujeres sin escolaridad (59.9%) iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la

proporción ascendió a 84.5 por ciento entre aquéllas con secundaria y más. Cabe señalar que aún cuando las mujeres menores de 20 años fueron las que en menor proporción iniciaron oportunamente la atención de su embarazo (57.3%), las mujeres que iniciaron más tardíamente fueron aquéllas sin escolaridad.

Cuadro 11.
Querétaro: 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	22.6	4.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	57.3	33.5	9.1
20-34	76.1	20.8	3.1
35-49*	75.0	19.2	5.8
Escolaridad			
Sin escolaridad*	59.9	19.9	20.2
Primaria incompleta	65.0	28.4	6.6
Primaria completa	62.8	31.7	5.5
Secundaria y más	84.5	14.7	0.8
Lugar de residencia			
Urbano	79.7	17.6	2.7
Rural	63.3	29.9	6.8

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

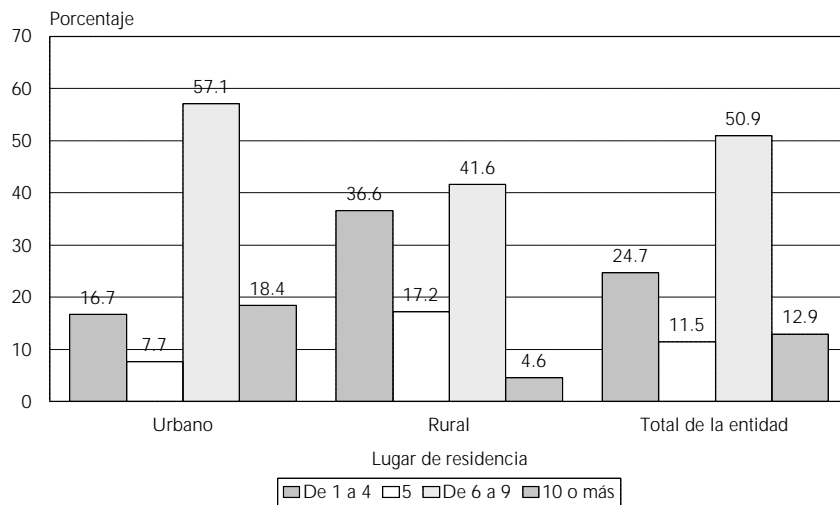
La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Querétaro, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.7 consultas de atención prenatal (7.5 en la zona urbana y 5.6 en la zona rural). Sin embargo, cabe destacar que 24.7 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 36.6 por ciento entre las residentes de localidades rurales, en contraste con 16.7 por ciento para las mujeres urbanas (véase gráfica 25).

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 94.4 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 94.3 por ciento se le pesó; y a 83.9 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Querétaro por encima de las cifras nacionales (92.3% para la presión, 91.4% para el peso, y 80.2% de vacunación).

Es importante señalar que el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es ligeramente mayor en el ámbito urbano que en el rural. En el caso de la aplicación

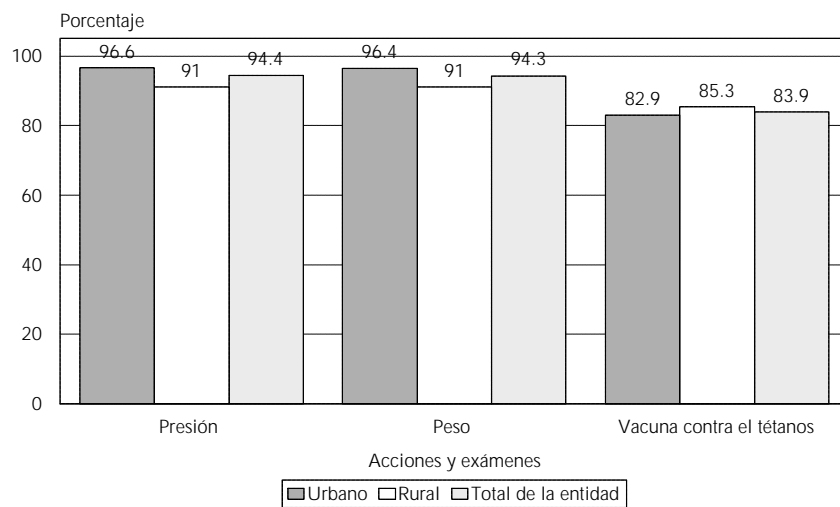
de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (85.3% contra 82.9% en áreas urbanas).

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



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

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



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

Atención del parto

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

En el país, se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. En Querétaro, 87.3 por ciento de los partos fueron atendidos por un médico, lo que denota lo avanzado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

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

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	87.3	0.8	7.2	4.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	87.6	1.4	7.0	4.0
20-34	88.5	0.4	7.4	3.7
35-49	79.0	2.3	5.9	12.9
Orden de nacimiento				
1	96.4	0.9	2.1	0.6
2	92.6	0.4	4.4	2.6
3	88.1	0.0	7.4	4.5
4 o más	74.4	1.4	13.7	10.5
Escolaridad				
Sin escolaridad*	62.6	1.4	19.0	17.0
Primaria incompleta	70.9	1.5	17.6	10.0
Primaria completa	90.2	0.8	5.1	3.8
Secundaria y más	97.6	0.3	1.3	0.9
Lugar de residencia				
Urbano	95.7	0.8	1.3	2.2
Rural	75.4	0.8	15.4	8.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los porcentajes más bajos de mujeres que atendieron su parto con un médico lo registran las mujeres con cuatro hijos(as) y más (74.4% contra 96.4% de las primíparas), y las mujeres que residían en localidades rurales (75.4% contra 95.7% de las urbanas). Sin embargo, la diferencia más notoria la presentan las mujeres sin escolaridad en comparación con las que tenían estudios de secundaria y más (62.6% y 97.6%, respectivamente).

Cabe señalar que la atención del parto por familiares no capacitados y los partos sin asistencia continúan siendo frecuentes entre las mujeres menos escolarizadas, (17% y 10% entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, respectivamente), entre las mujeres mayores de 35 años (12.9%) y entre las que tienen más de cuatro hijos(as) (10.5%).

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 89 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: una de cada tres mujeres (33.9%) acudió al IMSS para la atención de su parto, tres de cada diez acudieron a la SSA (30.9%), y poco menos de una de cada cinco (18.5%) se atendió en el sector privado. Conviene señalar que uno de cada diez partos (9.8%) se atendió en casa de la partera o de la mujer (véase cuadro 13).

Cuadro 13.
Querétaro: 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	33.9	3.2	30.9	2.5	18.5	9.8	1.3
Escolaridad							
Sin escolaridad*	19.5	0.0	47.2	0.0	3.1	28.7	1.6
Primaria incompleta	24.2	0.4	40.1	2.2	7.0	23.1	3.0
Primaria completa	32.3	0.4	42.1	3.9	12.3	8.1	0.9
Secundaria y más	41.7	6.6	17.4	2.1	30.1	1.5	0.6
Lugar de residencia							
Urbano	43.9	4.5	22.2	2.1	23.8	2.0	1.6
Rural	19.6	1.2	43.5	3.1	10.8	21.0	0.9

*Menos de 100 casos en muestra.

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

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Una de cada cinco mujeres sin escolaridad (19.5%) acudió al IMSS, proporción que aumentó a poco más de cuatro de cada diez (41.7%) entre aquéllas con secundaria y más. Por otra parte, más de 40 por ciento de las mujeres con primaria completa y menos recurrieron a la SSA, mientras que solamente 17.4 por ciento de aquéllas con mayor instrucción lo hicieron. La atención en casa fue más frecuente entre las mujeres menos instruidas, en tanto que los servicios del sector privado fueron más utilizados por las mujeres con mayor escolaridad.

En el medio urbano, la opción más utilizada para la atención del parto fue el IMSS (43.9%), seguido por el sector privado y la SSA (23.8% y 22.2%, respectivamente); mientras que en el ámbito rural, la mayoría de los partos fueron atendidos por la SSA (43.5%), siguiendo en importancia la atención en casa y el IMSS (21% y 19.6%, respectivamente).

Tipo de parto

En Querétaro, durante el periodo 1994-1997, 26.6 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea, valor similar del registrado en el país en su conjunto (26.5%), a pesar del mayor porcentaje de partos asistidos por personal médico que presentó esta entidad (véase cuadro 14).

De los partos que se atendieron en el sector privado, 40.2 por ciento se resolvieron mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 30.3 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 22.8 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

Cuadro 14.
Querétaro: 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	73.4	26.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	80.0	20.0
20-34	71.4	28.6
35-49	77.4	22.6
Lugar de atención del parto		
IMSS	69.7	30.3
SSA	77.2	22.8
Otras públicas	-	-
Sector privado	59.8	40.2
Lugar de residencia		
Urbano	65.7	34.3
Rural	84.2	15.8

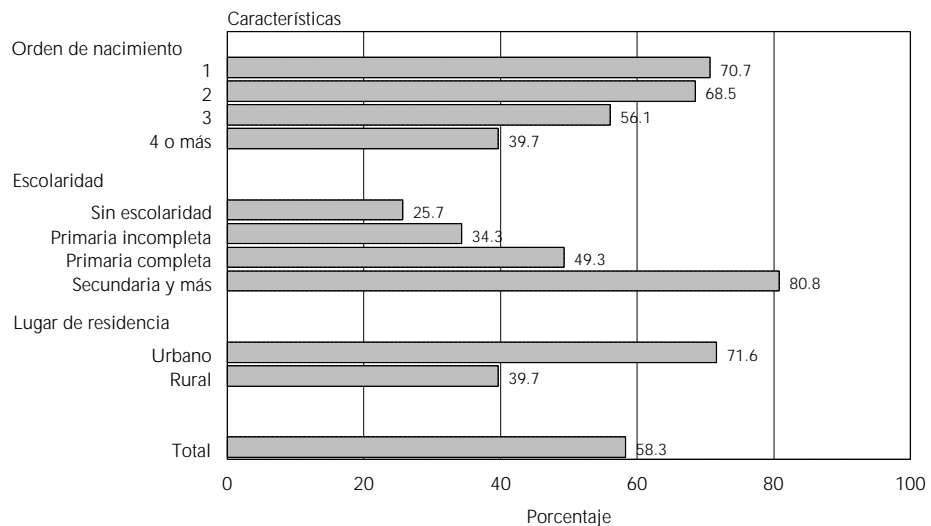
- Tamaño de muestra insuficiente.
 Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

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

En el estado de Querétaro, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (58.3%) fue ligeramente menor que el promedio nacional. Las mujeres que utilizaron con menor frecuencia este servicio fueron las de paridades altas (39.7% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 70.7% de las primíparas); aquéllas sin escolaridad (25.7% a diferencia de 80.8% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (39.7% en tanto que 71.6% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

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



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

6 Lactancia materna

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

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

En Querétaro, la lactancia es una práctica ampliamente difundida: 91.1 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió leche materna, con una duración mediana de 12.1 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 5.6 por ciento más baja y una duración mediana 34.9 por ciento menor que la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La incidencia de la lactancia es similar entre grupos socioeconómicos y demográficos de la entidad. Los porcentajes más bajos de niños(as) amamantados se registran entre aquéllos cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (87%) y entre los hijos(as) de mujeres sin escolaridad (85.6%). Cabe hacer notar que no se observaron diferencias importantes en el porcentaje de niños y niñas que recibió leche materna según el lugar de residencia (90.3% en el ámbito urbano y 92.4% en el rural); sin embargo, las mujeres que habitaban en localidades rurales amamantaron, en promedio, 3.9 meses más que aquellas que residían en áreas urbanas (12.9 y 9 meses, respectivamente).

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

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

Total	91.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	89.0
20-34	91.5
35-49	91.8
Escolaridad	
Sin escolaridad *	85.6
Primaria incompleta	94.3
Primaria completa	93.4
Secundaria y más	89.1
Lugar de atención del parto	
Sector público	92.8
Sector privado	87.0
Casa	89.4
Lugar de residencia	
Urbano	90.3
Rural	92.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	5.5	4.3	8.1
Mediana	12.1	9.0	12.9
Tercer cuartil	18.4	15.3	19.0

*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.

las recién nacidas, mientras que una tardía se asocia a deficiencias en el crecimiento y la nutrición del niño.

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Querétaro, 56.6 por ciento de las y los recién nacidos fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad, lo que lo sitúa como la quinta entidad con la menor proporción en este renglón. La tercera parte de los niños(as) (33.3%) recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado por la norma de salud, y en cinco de cada cien casos se llevó a cabo después de los ocho meses (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.7 meses, cifra mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

Cuadro 17.
Querétaro: 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	21.1	35.5	33.3	5.2	4.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	14.1	38.9	35.9	7.7	3.4
20-34	22.4	34.1	34.1	4.7	4.7
35-49	22.0	40.0	24.8	4.8	8.4
Escolaridad					
Sin escolaridad*	23.0	34.2	24.8	11.7	6.3
Primaria incompleta	15.4	33.7	35.7	7.4	7.8
Primaria completa	20.0	35.3	33.6	5.9	5.2
Secundaria y más	24.5	36.9	33.0	2.7	2.9
Lugar de residencia					
Urbano	23.5	37.7	30.2	4.8	3.7
Rural	17.6	32.4	37.7	5.7	6.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

La práctica de ablactar tempranamente a los niños(as) es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales (61.2% contra 50% en las áreas rurales). La edad de la mujer es una variable directamente asociada con la ablactación temprana: mientras que 53 por ciento de los hijos de madres adolescentes fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad, 62 por ciento de los hijos de mujeres de 35 a 49 años lo hicieron antes de lo recomendado. La ablactación tardía es prácticamente inexistente en la entidad, encontrándose entre las mujeres adolescentes y entre las de menor escolaridad el mayor porcentaje de mujeres que introdujo alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses.

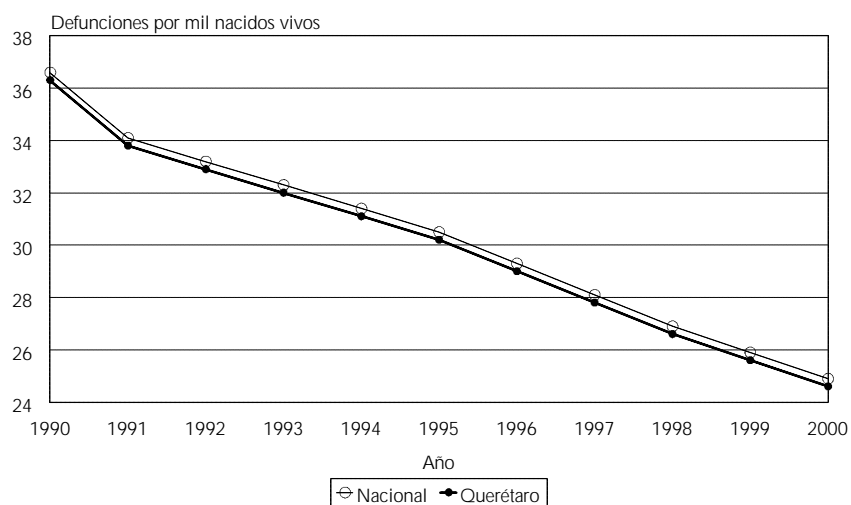
7 Mortalidad infantil

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

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

En Querétaro, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 36.3 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 24.6 por mil en la actualidad (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32.2 por ciento de los decesos, los cuales habrían

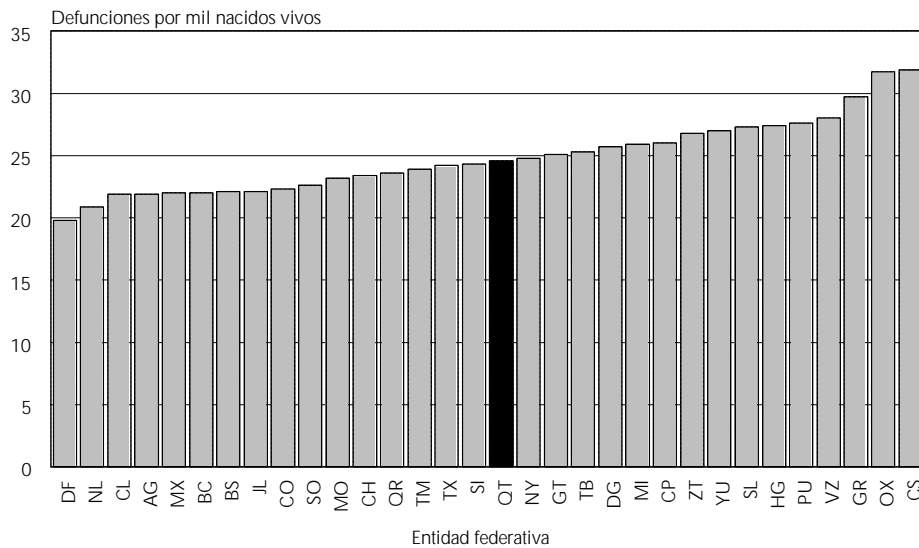
Gráfica 28.
Querétaro: tasa de mortalidad infantil, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad la tasa de Querétaro es 24.2 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país. Este nivel de mortalidad, sitúa a Querétaro entre las 18 entidades que actualmente presentan una mortalidad infantil menor que la observada para el conjunto del país (véase gráfica 29).

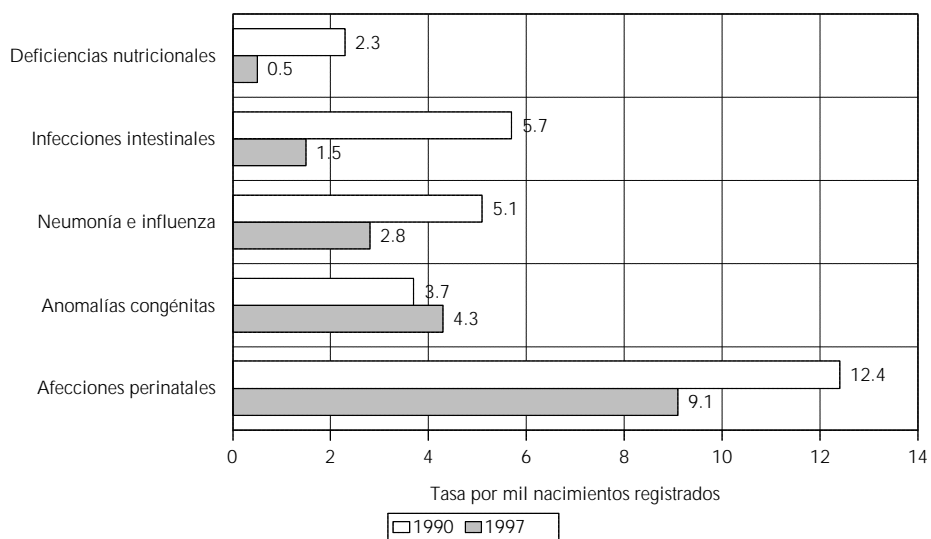
Gráfica 29.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: SS/bCEI, 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.

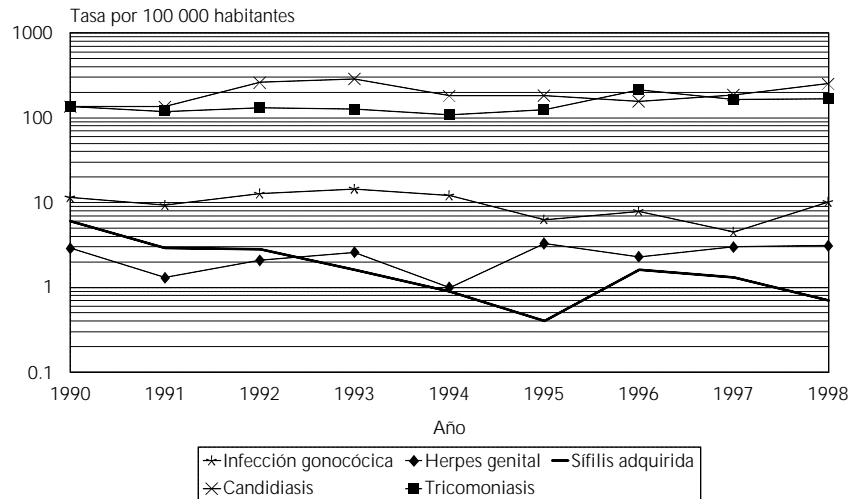
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos 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 Querétaro, las dos principales ETS registraron un comportamiento irregular, y el nivel alcanzado en 1998 es mayor al registrado para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 253 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 166.4 por 100 mil (véase gráfica 31).

La incidencia de las ETS clásicas en Querétaro también presentaron un comportamiento muy irregular, pero con una tendencia decreciente. Así, entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 11.5 a 10.1 casos por 100 mil habitantes; mientras que la sífilis adquirida pasó de 6.1 a 0.7 casos por 100 mil. Cabe destacar que en ambos casos, la incidencia en 1998 fue menor que la registrada para el ámbito nacional.

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



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

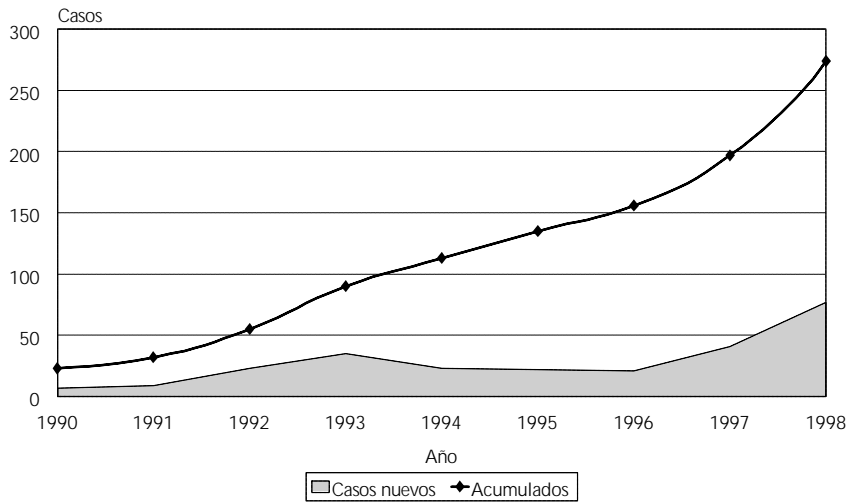
VIH/SIDA

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

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

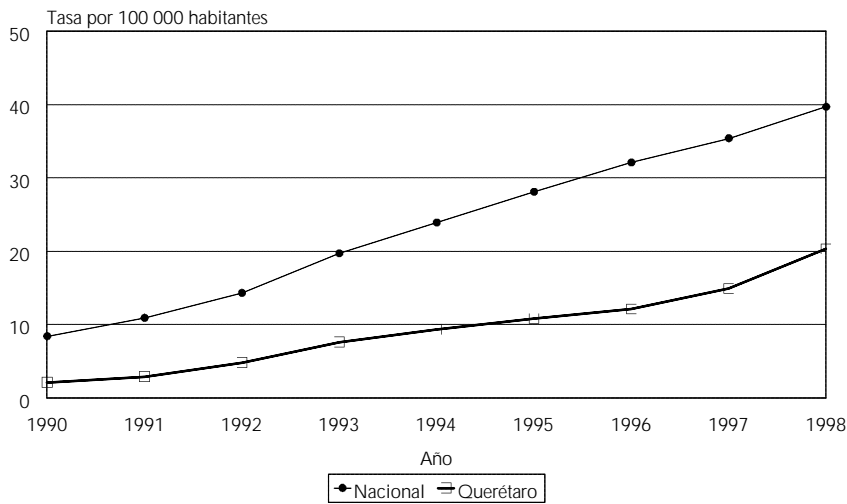
En Querétaro, el incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1991. A partir de este año presentó un comportamiento irregular con una tendencia creciente. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 274 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 2.1 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 20.3 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). A pesar de este incremento, Querétaro fue el décimo primer estado con la menor incidencia acumulada de SIDA del país.

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



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

La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce, ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, ya que no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Querétaro fue 25.1 por ciento menor que lo registrado para el país (21.5% y 28.7%, respectivamente)

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

En Querétaro, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (87.4%); uno de cada once casos fue contagiado por vía sanguínea (9.3%); y 2.8 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, tanto el contacto heterosexual como el homosexual concentraron alrededor de 33 por ciento, mientras que el contacto bisexual ascendió a 20.9 por ciento. La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de seis, es decir, había seis hombres infectados por cada mujer.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 159 muertes en el estado de Querétaro,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 2.6 defunciones en 1997. Cabe destacar que en Querétaro esta patología todavía no se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	274	100.0
Vía sexual	188	87.4
Homosexual	72	33.5
Bisexual	45	20.9
Heterosexual	71	33.0
Vía sanguínea	20	9.3
Transfusión	13	6.0
Hemofílico	2	0.9
Usuario de drogas intravenosas	5	2.3
Donador remunerado	0	0.0
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	1	0.5
Perinatal	6	2.8
Subtotal	215	100.0
No documentado	59	21.5

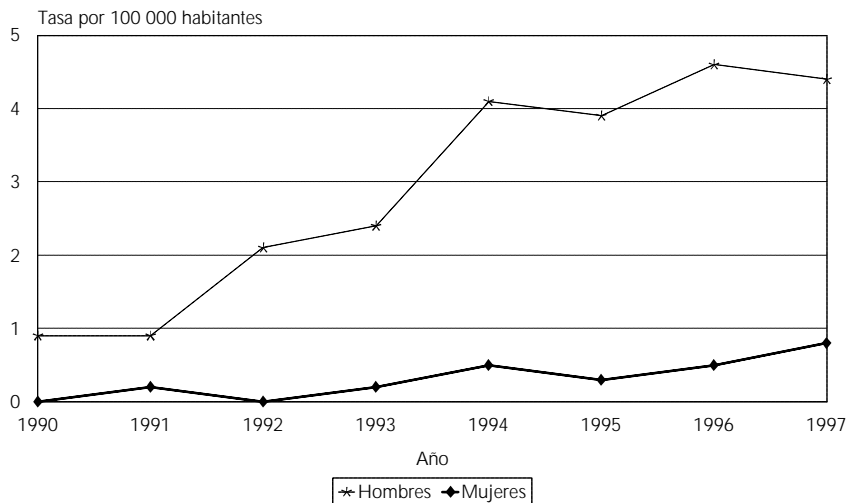
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

¹⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presenta una clara tendencia ascendente, al pasar de 0.9 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.4 defunciones por 100 mil en 1997 (véase gráfica 34). Mientras tanto, la tasa de mortalidad femenina pasó de 0.2 defunciones por cada 100 mil mujeres en 1991 a 0.8 defunciones por 100 mil en 1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 144 hombres y 15 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 55.6 por ciento tenía al momento de morir entre 30 y 44 años de edad. En tanto que cerca de la mitad de las defunciones femeninas ocurrieron entre los 25 y 29 años (véase cuadro 19).

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



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

Cuadro 19.
Querétaro: 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	1.3	1.4	0.0
1-4	0.6	0.7	0.0
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	0.6	0.7	0.0
20 - 24	5.0	4.9	6.7
25 - 29	22.0	19.4	46.7
30 - 34	25.2	27.1	6.7
35 - 39	15.1	15.3	13.3
40 - 44	13.2	13.2	13.3
45 - 49	7.5	8.3	0.0
50 - 64	7.5	6.9	13.3
65 y más	1.9	2.1	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

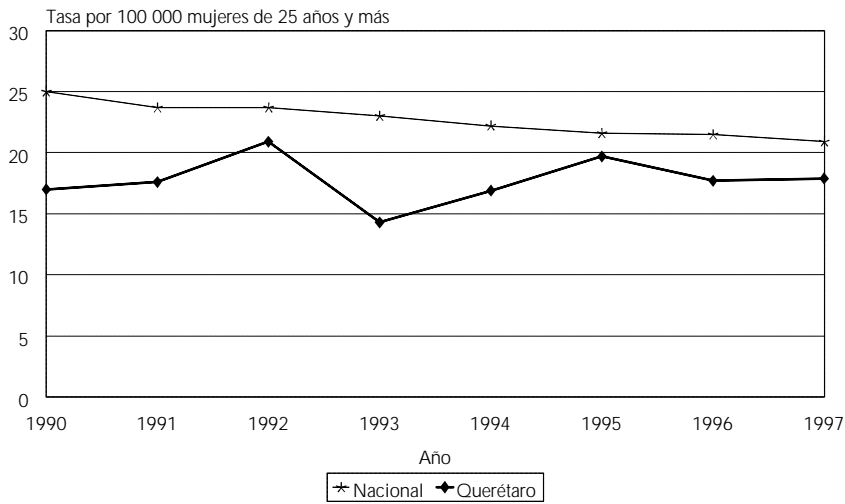
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Querétaro, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento errático (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Querétaro fue de 17.9 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, el décimo nivel más bajo de mortalidad por este cáncer en el país.

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

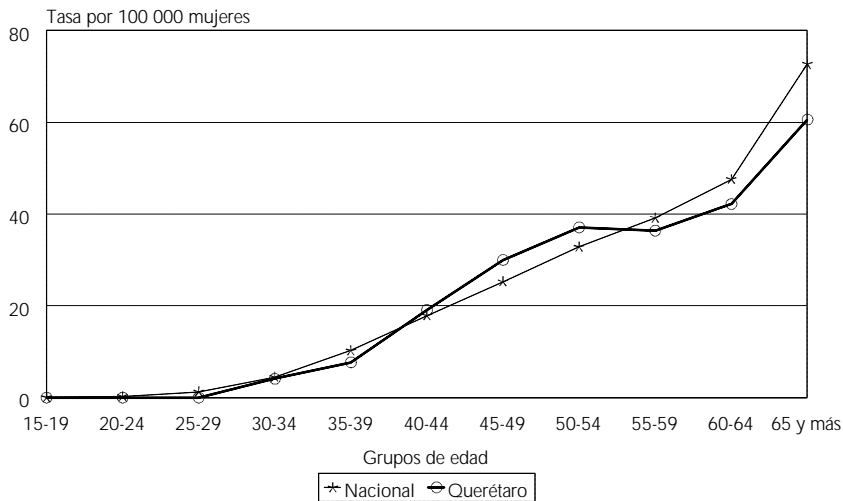
En Querétaro, entre 1995 y 1997, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino para casi todos los grupos de edad son menores que las observadas en el ámbito nacional con excepción de las mujeres de 40 a 54 años. Destacan las mujeres de 65 años y más, que presentaron una tasa de mortalidad menor en 12.1 puntos con respecto a sus homólogas de la República (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Querétaro: 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.
Querétaro: 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.

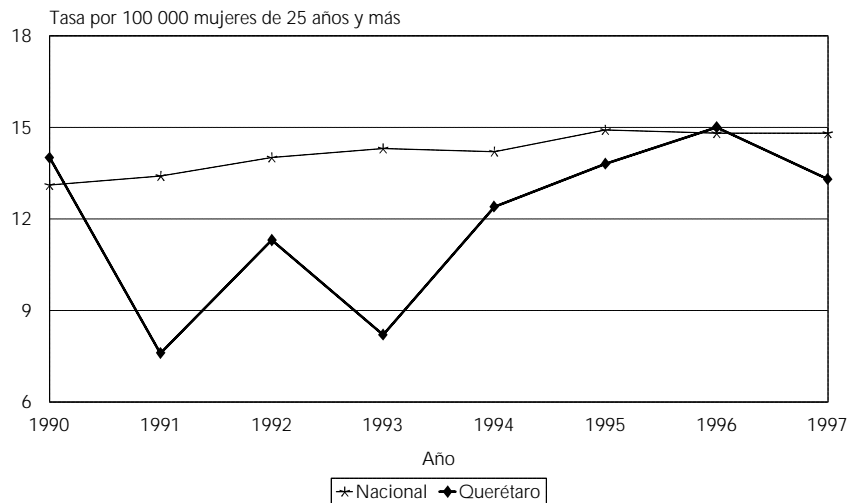
Cáncer de la mama

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 Querétaro, la tasa de mortalidad por cáncer mamario presentó un comportamiento muy irregular entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad fue de 13.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es, 1.5 puntos menos que la registrada a escala nacional, lo que lo situó entre los 21 estados que presentan una tasa de mortalidad por esta patología menor que la nacional (véase gráfica 37).

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

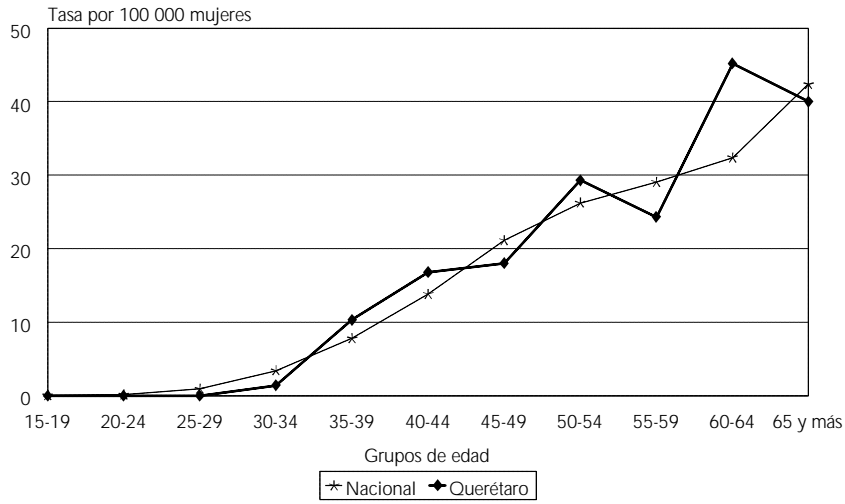


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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

En Querétaro, las mujeres de la mayoría de los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional; sin embargo, destacan las mujeres de 60 a 64 años, que presentaron una tasa mayor en 12.8 puntos con respecto a sus homólogas nacionales (véase gráfica 38).

Gráfica 38.
Querétaro: 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 Querétaro se encuentra en una situación de ligera desventaja respecto a la observada para el país en su conjunto.

La población de Querétaro se encuentra en una fase tardía de la transición demográfica. Los resultados de este trabajo indican que entre 1992 y 1997 en Querétaro se dio un descenso acelerado en los niveles de la fecundidad de 3.66 a 2.84 hijos por mujer, y para el 2000 se estima que se situó en 2.54 hijos, nivel ligeramente mayor al observado en el país.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, Querétaro presenta importantes diferencias respecto al país en su conjunto. Entre 1992 y 1997 el porcentaje de mujeres unidas que usaba métodos de planificación familiar aumentó de 50.3 a 61.1 por ciento y se estima que en el año 2000 este porcentaje ascendió a 64.3 por ciento. La prevalencia de uso en el estado es equivalente a la del país hace aproximadamente siete años.

A pesar de que, en los últimos años, el incremento de la prevalencia anticonceptiva en Querétaro se registró en mayor medida entre las mujeres de los grupos más rezagados, las diferencias todavía son acentuadas: se tiene una brecha de 33 puntos porcentuales entre las categorías extremas de escolaridad y de 25 puntos entre las mujeres rurales y las urbanas.

El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres sin primaria completa y entre las que residen en el medio rural. En estos grupos, alrededor de cuatro de cada diez mujeres unidas usan métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron a principios de los años ochenta. Estos resultados sugieren que para una importante proporción de mujeres sin primaria completa y rurales, el ejercicio de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad. De hecho, poco más de tres de cada diez mujeres rurales y alrededor de una de cada cuatro mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta se encuentran en condición de demanda insatisfecha.

La diferencia en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres jóvenes de la entidad respecto a sus homólogas nacionales también es importante. En Querétaro el nivel de uso de anticonceptivos en 1997 de las mujeres unidas, menores de 20 años de edad, es similar al registrado por ese grupo de edad en el país seis años antes, mientras que el de las mujeres de 20 a 24 corresponde al de sus homólogas nacionales nueve años atrás.

La necesidad de incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes se apoya básicamente en los elevados niveles de demanda insatisfecha que registran las mujeres menores de 25 años. En Querétaro, 35.8 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas de 15 a 19 años, y 32.6 por ciento de las de 20 a 24 años de edad desea espaciar o limitar sus embarazos y no hace uso de métodos anticonceptivos.

Es posible que el predominio de métodos como la OTB y el DIU que se registra en la entidad, sea reflejo de un patrón tardío de iniciación de la planificación familiar. Sin embargo, las

características de una oferta de servicios, dirigida principalmente a los métodos sobre los que menos dominio tienen las mujeres, como son el DIU y la OVB, podría tener el efecto no anticipado de restringir el acceso de las mujeres jóvenes a la anticoncepción. Estos métodos pueden no ser los más adecuados para este tipo de mujeres, debido a que se encuentran en una etapa de la vida en la que cultural y socialmente enfrentan múltiples presiones de tipo pronatalista.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Querétaro ha alcanzado niveles muy elevados de cobertura médica en la atención prenatal y del parto (89% de las mujeres que tuvieron un nacimiento entre 1994 y 1997 acudieron a consulta prenatal con un médico y 87.3% se atendió el parto con este agente de salud). Asimismo, la tasa de mortalidad materna en el estado fue igual a la estimada para el país en su conjunto en 1997 y la mortalidad infantil se ubicó por debajo del promedio nacional.

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

- ⌘ La proporción de mujeres que no recibe atención alguna durante el embarazo es de una de cada 16, mientras que esta situación se presenta en cerca de una de cada diez mujeres del medio rural.
- ⌘ Cerca de una de cada cuatro mujeres que tuvieron atención durante el embarazo recibieron menos de cinco consultas prenatales, proporción que asciende a más de una de cada tres en el medio rural.
- ⌘ La revisión durante el puerperio es una práctica poco frecuente en el medio rural ya que sólo cerca de cuatro de cada diez mujeres reciben esta atención.

Con relación a las dos principales enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad, de tal manera que en 1998 Querétaro se encuentra entre los estados que presentan una incidencia de candidiasis y de tricomoniasis urogenital más alta que la registrada para el conjunto del país. El VIH/SIDA muestra también un aumento, aunque el nivel de incidencia acumulado de esta enfermedad se sitúa como el décimo primero más bajo del país. En este estado, la razón hombre/mujer de casos de SIDA es de seis hombres por cada mujer infectada. Un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer la rápida expansión de las mismas.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registraron en Querétaro entre 1990 y 1997 fueron menores a las que se observaron en el país en su conjunto, y en 1997 fue la entidad con la décima menor mortalidad por esta patología. Asimismo, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado se ha mantenido por debajo de la registrada en el país (a excepción de 1990 y 1996).

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Querétaro
1990	3.4	4.1
1991	3.3	3.9
1992	3.1	3.7
1993	3.0	3.5
1994	2.9	3.3
1995	2.8	3.0
1996	2.7	2.9
1997	2.7	2.8
1998	2.6	2.7
1999	2.5	2.6
2000	2.4	2.5

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Querétaro: 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	12.4	7.1
15	20.3	13.9
16	29.8	23.3
17	34.7	30.6
18	44.3	37.4
19	55.0	44.2
20	60.0	52.8
21	67.0	56.1
22	72.5	62.8
23	74.8	68.8
24	78.8	71.5
25	85.5	77.0

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

Datos gráfica 3.
Querétaro: 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	12.4	32.0	30.5	25.2
1958-1962	9.6	31.7	32.7	26.0
1963-1967	8.7	30.4	29.5	31.5
1968-1972	7.1	30.3	31.4	31.2

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

Datos gráfica 5.
 Querétaro: 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	20.9	39.9	18.6	20.6
Primaria completa	10.6	37.5	30.9	20.9
Secundaria y más	1.3	23.9	35.4	39.3
Rural	12.2	38.2	25.6	24.1
Urbano	5.9	26.8	32.7	34.6
Total	7.8	30.4	30.5	31.3

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

Datos gráfica 7.
 Querétaro: 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	2.6	1.5	0.9	1.7
16	6.1	5.1	3.2	4.3
17	10.8	8.8	8.4	7.7
18	18.4	15.7	15.8	14.4
19	27.9	26.1	25.0	24.8
20	32.9	32.8	33.8	32.3
21	43.3	43.8	41.2	41.4
22	56.3	50.2	49.1	48.3
23	62.8	57.7	55.6	53.7
24	69.7	65.7	60.9	60.1
25	72.3	68.9	66.3	63.6

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

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	3.8	10.2	27.8	19.3	34.7	4.2
1958-1962	5.7	14.4	25.7	17.1	30.4	6.7
1963-1967	10.1	18.2	21.0	19.6	25.4	5.8
1968-1972	10.8	17.2	26.1	22.0	20.1	3.7

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

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.6	0.7	0.5	1.0
16	2.0	2.0	1.1	2.7
17	3.1	2.8	2.3	4.7
18	6.4	5.1	5.7	7.8
19	8.0	7.7	10.2	10.5
20	9.8	10.0	12.6	13.0
21	10.1	13.5	16.3	16.2
22	12.6	15.9	18.6	18.3
23	14.3	18.5	20.9	19.9
24	14.8	19.6	22.0	22.5
25	15.1	20.5	24.6	23.3

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Querétaro
1990	5.4	5.8
1991	5.1	4.8
1992	5.0	5.5
1993	4.5	6.7
1994	4.8	7.0
1995	5.3	5.8
1996	4.8	3.0
1997	4.7	4.7

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

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

Año	Nacional	Querétaro
1990	36.6	36.3
1991	34.1	33.8
1992	33.2	32.9
1993	32.3	32.0
1994	31.4	31.1
1995	30.5	30.2
1996	29.3	29.0
1997	28.1	27.8
1998	26.9	26.6
1999	25.9	25.6
2000	24.9	24.6

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	11.5	2.9	6.1	135.7	136.1
1991	9.3	1.3	2.9	134.9	119.4
1992	12.7	2.1	2.8	261.4	131.9
1993	14.5	2.6	1.6	287.6	126.1
1994	12.1	1.0	0.9	181.5	109.4
1995	6.3	3.3	0.4	183.2	123.9
1996	7.9	2.3	1.6	157.1	213.8
1997	4.5	3.0	1.3	187.0	164.7
1998	10.1	3.1	0.7	253.0	166.4

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	7	23
1991	9	32
1992	23	55
1993	35	90
1994	23	113
1995	22	135
1996	21	156
1997	41	197
1998	77	274

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

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

Año	Nacional	Querétaro
1990	8.4	2.1
1991	10.9	2.9
1992	14.3	4.8
1993	19.7	7.6
1994	23.9	9.3
1995	28.1	10.8
1996	32.1	12.1
1997	35.4	14.9
1998	39.7	20.3

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.9	0.0
1991	0.9	0.2
1992	2.1	0.0
1993	2.4	0.2
1994	4.1	0.5
1995	3.9	0.3
1996	4.6	0.5
1997	4.4	0.8

Tasa por 100 000 habitantes.

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

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

Año	Nacional	Querétaro
1990	25.0	17.0
1991	23.7	17.6
1992	23.7	20.9
1993	23.0	14.3
1994	22.2	16.9
1995	21.6	19.7
1996	21.5	17.7
1997	20.9	17.9

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.

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

Datos gráfica 36.

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

Edad	Nacional	Querétaro
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.0
25-29	1.3	0.0
30-34	4.5	4.1
35-39	10.3	7.7
40-44	17.9	19.1
45-49	25.3	30.0
50-54	32.9	37.1
55-59	39.2	36.4
60-64	47.6	42.2
65 y más	72.7	60.6

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

Datos gráfica 37.

Querétaro: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama, 1990-1997

Año	Nacional	Querétaro
1990	13.1	14.0
1991	13.4	7.6
1992	14.0	11.3
1993	14.3	8.2
1994	14.2	12.4
1995	14.9	13.8
1996	14.8	15.0
1997	14.8	13.3

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

Datos gráfica 38.

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

Edad	Nacional	Querétaro
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.0
30-34	3.4	1.4
35-39	7.8	10.3
40-44	13.8	16.8
45-49	21.1	18.0
50-54	26.2	29.3
55-59	29.1	24.3
60-64	32.4	45.2
65 y más	42.4	40.0

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
Querétaro

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.