

Cuadernos de salud reproductiva

Tlaxcala



Consejo Nacional de Población

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

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
Tlaxcala

Primera edición: noviembre de 2001
ISBN: 970-628-523-7

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

MTRO. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

C. P. FRANCISCO SUÁREZ WARDEN
Oficial Mayor

LIC. ARTURO CHÁVEZ CHÁVEZ
Titular del Órgano Interno de Control

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

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

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director General de Estudios de Población

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRA. PATRICIA FERNÁNDEZ H.
Directora de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

FERNANDO HAM SCOTT
Director de Apoyo Técnico

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo proto-genésico	20
2 Preferencias reproductivas	23
Número ideal de hijos e hijas	23
Deseo de más hijos o hijas	25
3 Práctica anticonceptiva	27
Conocimiento de métodos anticonceptivos	27
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	30
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	33
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	35
Anticoncepción posparto	37
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	39
4 Salud materna	43
Nivel de la mortalidad materna	43
Causas de mortalidad materna	45
Aborto	46
5 Atención a la mujer embarazada	47
Atención prenatal	47
Cobertura institucional de la atención prenatal	49

Inicio de la atención prenatal	49
Intensidad y calidad de la atención prenatal	50
Atención del parto	52
Lugar de atención del parto	53
Tipo de parto	54
Atención durante el puerperio	55
6 Lactancia materna	57
Edad de la ablactación	59
7 Mortalidad infantil	61
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	64
VIH/SIDA	65
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	70
Cáncer cérvico uterino	70
Cáncer de la mama	72
Conclusiones	74
Anexo estadístico	76
Nomenclatura de las entidades federativas	82

Presentación

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

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

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

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

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

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Tlaxcala. En 1995, 80 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 1 188 localidades censadas en el estado, 83.4 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 4.5 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, particularmente en el estado de Tlaxcala. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.5 años, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Tlaxcala se encuentra entre las 16 entidades del país que presentan un promedio de escolaridad mayor que el nacional. En 1997, ocho por ciento de la población no había asistido a la escuela, 17.5 por ciento no había concluido la primaria, 21.5 por ciento terminó la instrucción primaria, 25.7 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 27.3 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.9 para los hombres y de 7.2 para las mujeres. Sin embargo, la proporción que representan las personas sin instrucción es mayor en las mujeres que en los hombres: 10.2 y 5.5 por ciento, respectivamente.³

En el estado de Tlaxcala la presencia indígena no es cuantiosa en volumen, pero su diversidad se refuerza por la población indígena inmigrante que procede del centro y sur del país. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 28 lenguas indígenas en el estado, de las cuales la principal es el Náhuatl, hablado por más de 24 mil personas. De las lenguas restantes, el Otomí y Totonaca eran hablados por más de 500 personas (811 y 763, respectivamente), mientras que las restantes lenguas eran habladas por menos de cien personas. De acuerdo con el Censo de 1995, en Tlaxcala 3.5 por ciento de los habitantes de cinco

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

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

años y más habla alguna lengua indígena, siendo esta proporción similar entre mujeres y hombres (3.4% y 3.6%, respectivamente).

Cabe destacar que esta entidad es una de las siete del país cuyo índice de marginación es *medio*. La marginación *baja* o *muy baja* es una realidad que caracteriza a 26 de los 60 municipios de la entidad, en los cuales reside poco más de la mitad de la población del estado (52.3%), mientras que en los 34 municipios restantes, el grado de marginación es *medio* y en ellos reside 47.7 por ciento de la población.⁴

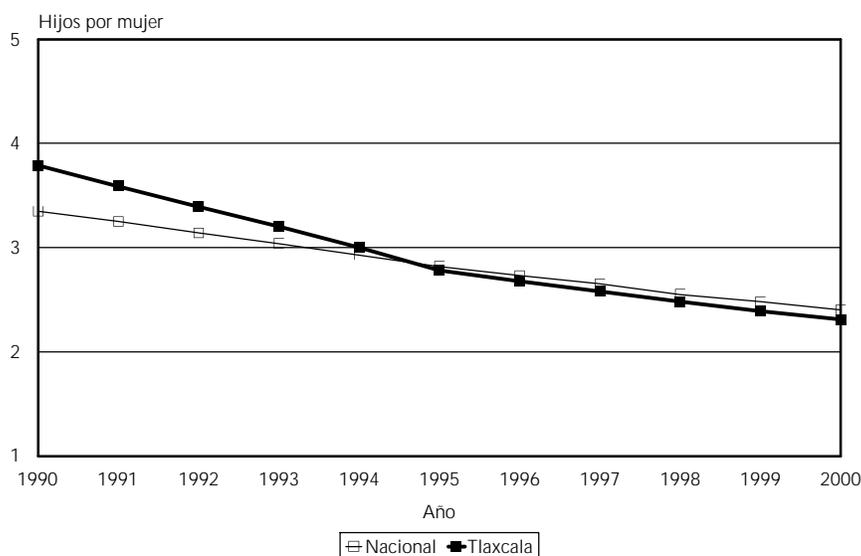
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En Tlaxcala, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.79 hijos por mujer en 1990 a 3.39 en 1992; descendió a 2.58 en 1997, y para el 2000 se estima en 2.31 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Tlaxcala del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.64 hijos en 1990 a 0.51 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Tlaxcala entre las dieciséis entidades que se encuentran por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

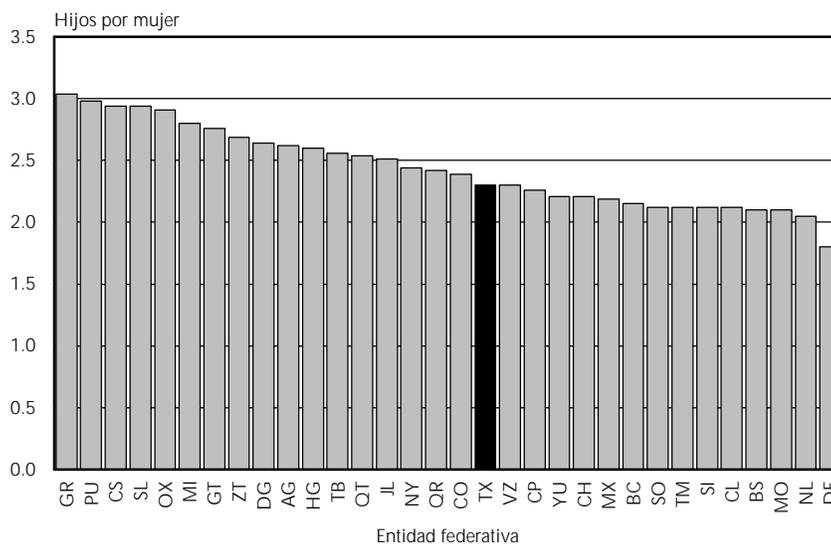
Gráfica 1.
Tlaxcala: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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

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.

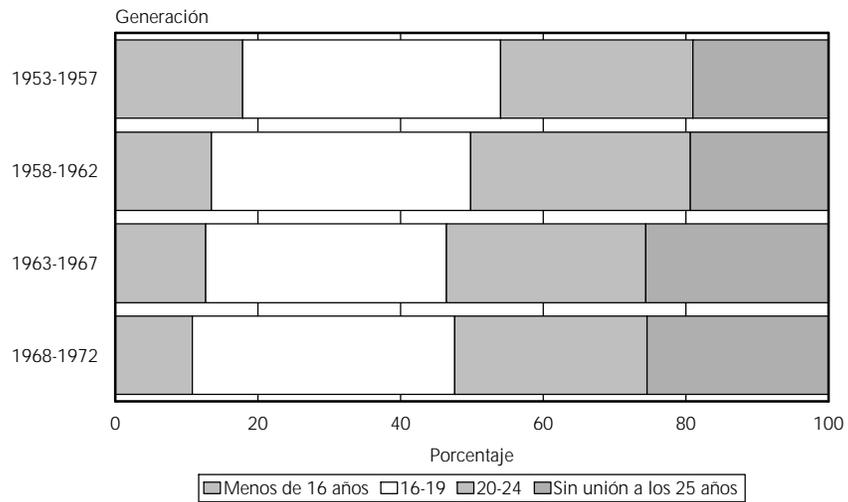
Edad a la primera unión

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.

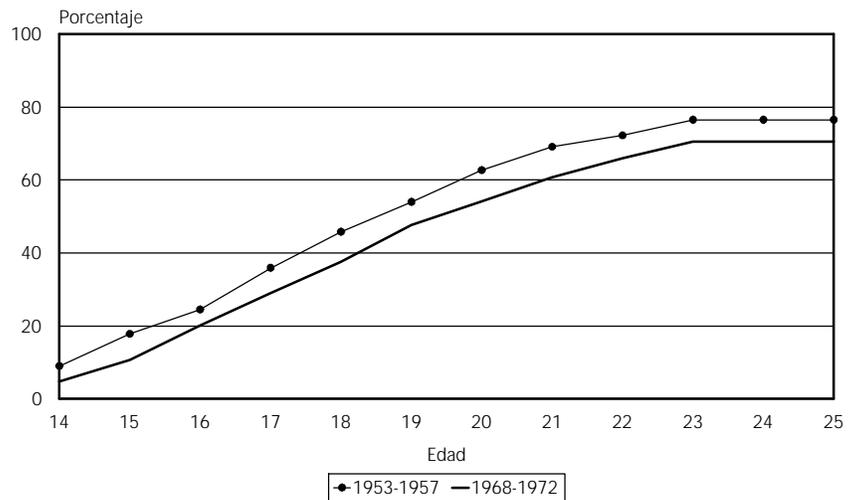
En el caso de Tlaxcala, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de medio año en la edad mediana al matrimonio (de 19.9 a 20.4 años). Esta tendencia a la postergación de la primera unión, aunque incipiente, puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 54 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 47.6 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Sin embargo, conviene señalar que el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad disminuye de 17.8 a 10.8 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

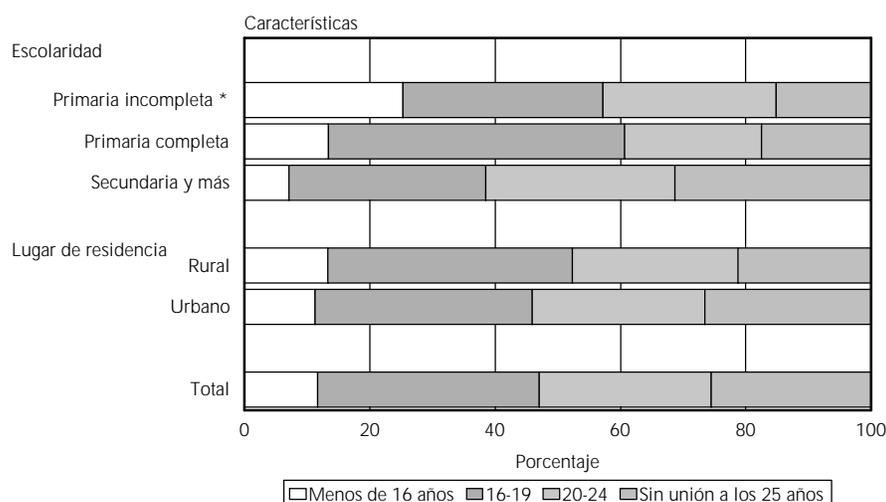
Gráfica 4.
Tlaxcala: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 52.3 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 descendió a 45.9 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: cerca de cuatro de cada diez mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad (38.5%); mientras que alrededor de seis de cada diez mujeres con primaria incompleta o completa presentaron esa característica (57.2% y 60.7%, respectivamente).

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



* Menos de 100 casos en muestra.

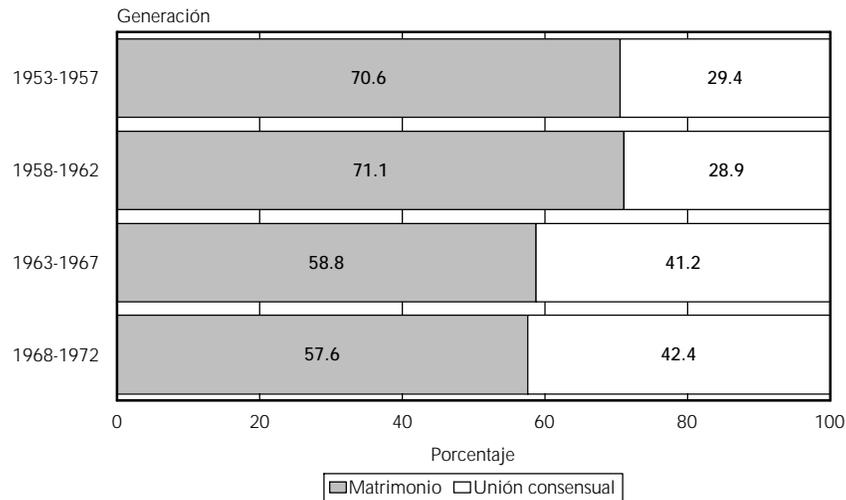
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Tlaxcala, 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, 29.4 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 42.4 por ciento, cifra mayor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

Gráfica 6.

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



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

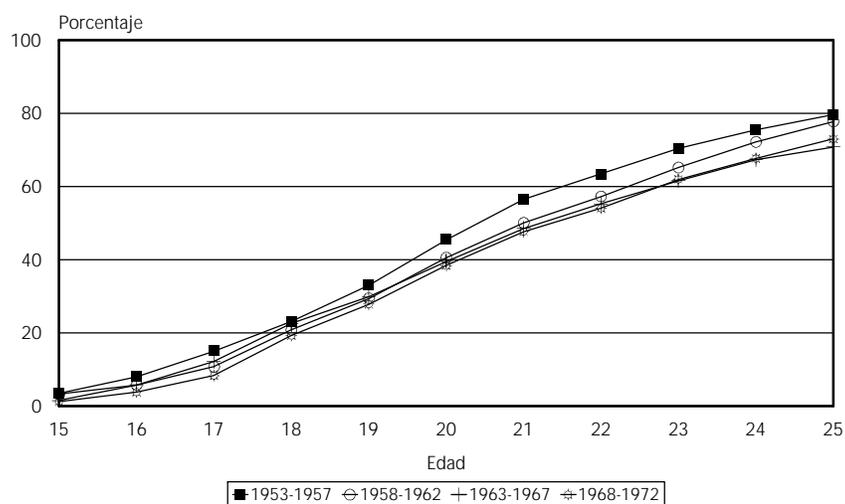
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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 Tlaxcala se han registrado 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 comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: 45.5 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que 38.4 por ciento de las mujeres de la generación 1968-1972, presentó este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes una de cada cinco (19.3%) lo hizo antes de cumplir la mayoría de edad.

La iniciación temprana de la maternidad tiene múltiples repercusiones negativas tanto para los individuos y sus trayectorias de vida, como para la sociedad en su conjunto. El embarazo en la adolescencia temprana está asociado a un mayor riesgo para la salud de la madre y de su descendencia. Asimismo, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer. En muchos casos, el embarazo en la adolescencia es resultado de la falta de acceso de las y los adolescentes a la información, los medios y al poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuándo tener a sus hijos. 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.
Tlaxcala: probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir edades específicas, por generación



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

Intervalo protogenésico

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

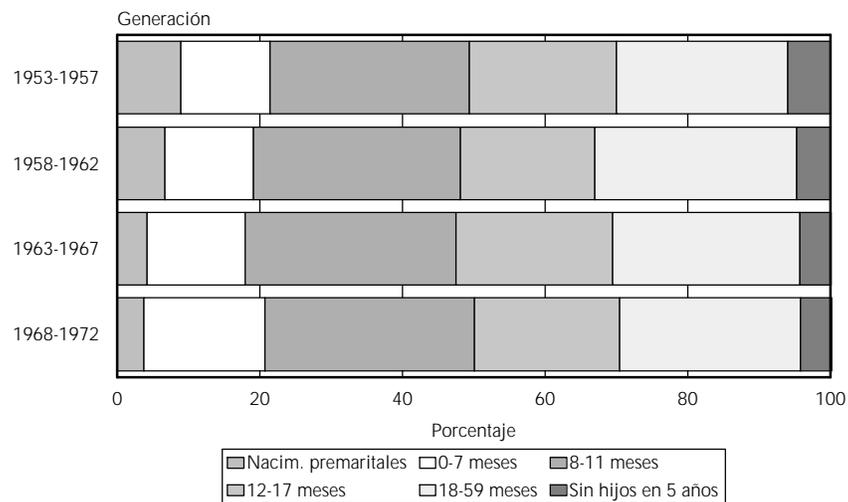
El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio, lo cual sugiere que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población de Tlaxcala (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).

En Tlaxcala, las mujeres unidas de las diferentes generaciones bajo observación presentan una alta proporción de embarazos premaritales. Se entiende por mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer hijo(a) cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje

asciende a 20.7, mientras que para la generación 1953-1957 fue de 21.4 por ciento. Los datos sugieren que los nacimientos de madres solteras tienden a disminuir, mientras que las concepciones premaritales tienen una tendencia al aumento, aun cuando 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.

Gráfica 8.

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



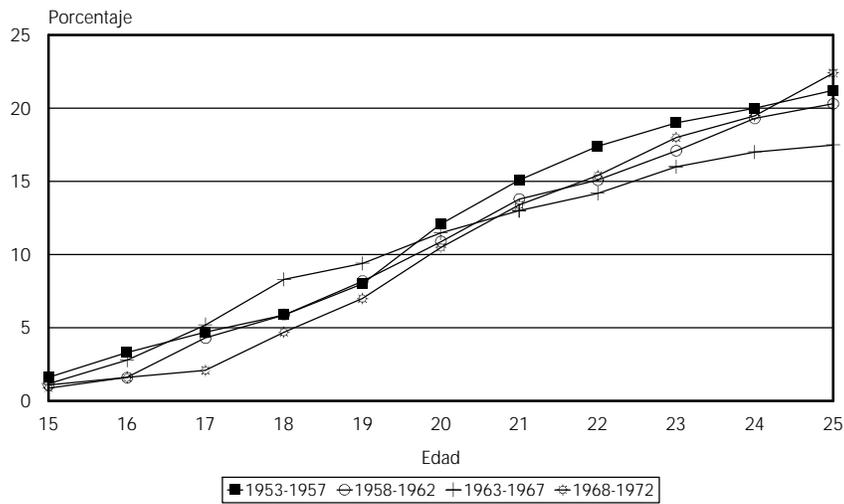
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Tlaxcala, no se han registrado cambios significativos en la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 21.2 y 22.4 por ciento para las generaciones extremas.

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años se redujo ligeramente, al pasar de 12.1 por ciento entre las mujeres de la cohorte 1953-1957 a 10.5 por ciento entre las mujeres de la generación más reciente. Cabe señalar que el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia tampoco registró cambios importantes: poco menos de 30 por ciento de las mujeres de las distintas generaciones, que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia, inició el embarazo estando soltera.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).

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



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

2 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo(a) y otro son algunos indicadores de las preferencias reproductivas de las personas. La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las adoptan en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías prevalecientes, de su posición en la estructura social 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 Tlaxcala fue de 2.9, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Tlaxcala, es menor a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.2) y ligeramente mayor que el nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.58 hijos por mujer). Las mujeres de los 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 3.4 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 (2.4 en promedio). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 3.3 hijos(as) en promedio, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por menos de tres (2.6 en promedio), esto es, poco menos de un hijo(a) de diferencia entre los grupos extremos de escolaridad. Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres sin escolaridad reportaron una fecundidad deseada menor en dos hijos(as) a la paridad alcanzada, en tanto que entre las mujeres de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Los tamaños ideales de familia son ligeramente mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.2 y 2.9, respectivamente) y en ambos casos se observa que el número ideal de hijos e hijas es menor a la descendencia alcanzada. Entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y entre aquellas que no lo hacen, los ideales de familia son de 3.5 y 2.9 hijos(as), respectivamente, y de nueva cuenta, se observa que el número ideal de hijos e hijas es menor a la paridad reportada.

Cuadro 1.
Tlaxcala: 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	2.9	3.2
Grupo de edad		
15-19*	2.4	0.8
20-24	2.6	1.5
25-29	2.8	2.4
30-34	2.9	3.2
35-39	3.1	3.9
40-44	3.2	5.0
45-49	3.4	5.2
Escolaridad		
Sin escolaridad*	3.3	5.3
Primaria incompleta	3.4	5.0
Primaria completa	3.1	3.3
Secundaria y más	2.6	2.3
Lugar de residencia		
Rural	3.2	3.5
Urbano	2.9	3.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla*	3.5	3.8
No habla	2.9	3.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

La mitad de las mujeres con dos hijos(as) y cerca de seis de cada diez (57.1%) con tres hijos(as), declararon un tamaño de familia ideal igual a su paridad actual. Sin embargo, cabe señalar que 44.7 por ciento de las mujeres con dos descendientes desea una familia más numerosa, en tanto que para la mitad de las mujeres con cuatro hijos(as) y para tres de cada cuatro de aquéllas con cinco o más descendientes, el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia ideal declarado con mayor frecuencia es de dos y tres (40% y 32.4%, respectivamente), mientras que solamente 0.2 por ciento declaró que su ideal era no tener descendencia.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	0.2	4.7	40.0	32.4	14.3	8.4
0*	1.2	12.7	56.7	23.1	5.0	1.4
1	0.0	5.5	60.1	29.2	4.7	0.6
2	0.0	4.5	50.8	31.5	10.9	2.3
3	0.0	4.7	16.9	57.1	14.8	6.6
4	0.8	1.5	32.9	15.0	39.1	10.5
5 y más	0.2	3.6	37.1	22.0	13.5	23.6

* Menos de 100 casos en muestra.

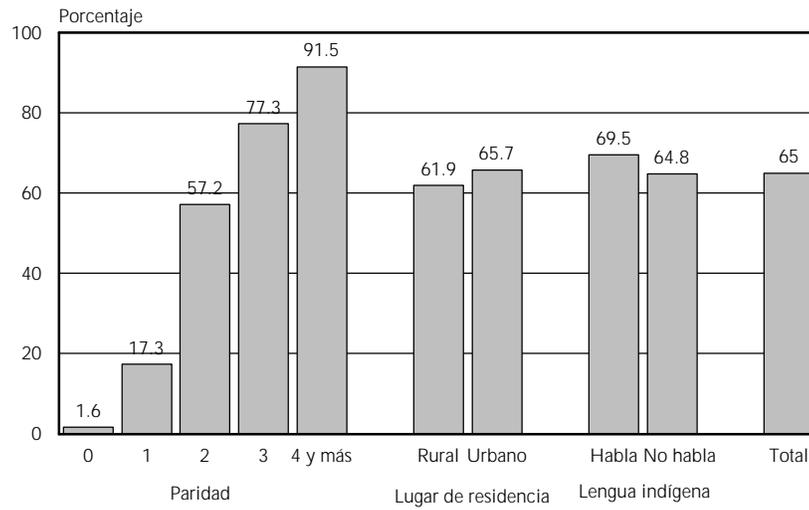
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Tlaxcala, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (65%) 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 (65.7% y 61.9%, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no lo hacen (69.5% y 64.8%, respectivamente).

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

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Tlaxcala registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (98.6%) (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que sólo se registran ligeras diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos.

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Tlaxcala continúa siendo el más popular: poco más de nueve de cada diez mujeres conocía o había oído hablar de ellas, tanto en 1992 como en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el condón (93.8%), el dispositivo intrauterino (DIU) (93.3%), la oclusión tubaría bilateral (OTB) o esterilización femenina (93.2%), la inyección (91.3%), y la vasectomía (86.1%).

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

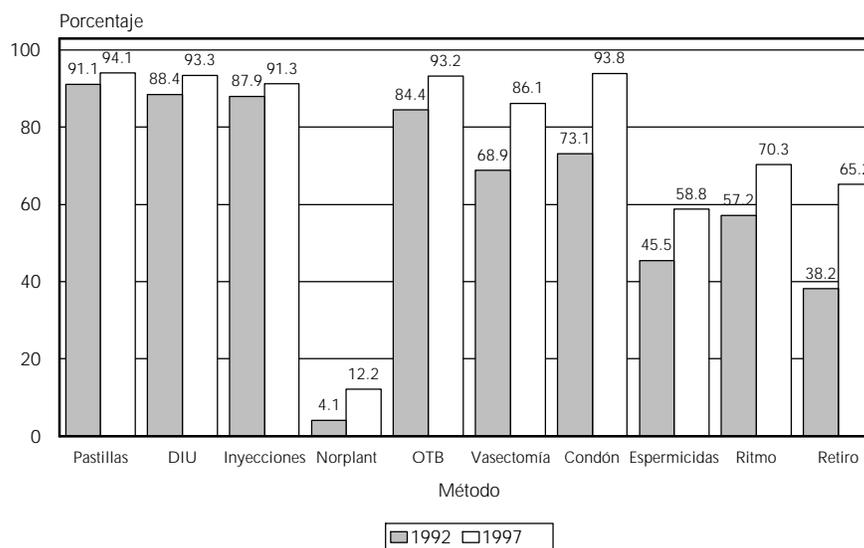
Características	1992	1997
Total	96.0	98.6
Grupo de edad		
15-19	93.1	98.2
20-24	96.4	97.2
25-29	97.2	99.7
30-34	98.3	99.1
35-39	96.5	99.7
40-44	96.7	98.4
45-49	95.7	98.0
Paridad		
0	93.3	96.6
1	96.5	100.0
2	98.7	99.5
3	97.1	99.6
4 y más	97.3	99.3
Escolaridad		
Sin escolaridad*	91.4	95.4
Primaria incompleta	94.0	97.3
Primaria completa	95.1	97.9
Secundaria y más	97.9	99.3
Lugar de residencia		
Rural	94.8	98.3
Urbano	96.4	98.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla *	n.d.	97.0
No habla	n.d.	98.6

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Entre 1992 y 1997, se observan incrementos en el conocimiento de todos los métodos, destacando el retiro, el condón y la vasectomía cuyo conocimiento aumentó 27, 20.7 y 17.2 puntos porcentuales, así como los espermicidas y el ritmo, con un aumento de alrededor de 13 puntos, en cada caso (véase cuadro 4).

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



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

Cuadro 4.
Tlaxcala: 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	91.1	89.8	91.5	94.1	93.7	94.2
DIU	88.4	86.8	88.9	93.3	90.7	93.8
Inyecciones	87.9	87.3	88.1	91.3	91.8	91.2
Norplant	4.1	1.5	4.9	12.2	9.5	12.8
OTB	84.4	81.5	85.3	93.2	90.4	93.8
Vasectomía	68.9	61.8	71.1	86.1	81.9	87.0
Condomes	73.1	65.6	75.4	93.8	92.4	94.1
Espermicidas	45.5	37.5	47.9	58.8	47.4	61.2
Ritmo	57.2	47.9	60.0	70.3	59.9	72.6
Retiro	38.2	31.6	40.2	65.2	56.4	67.0

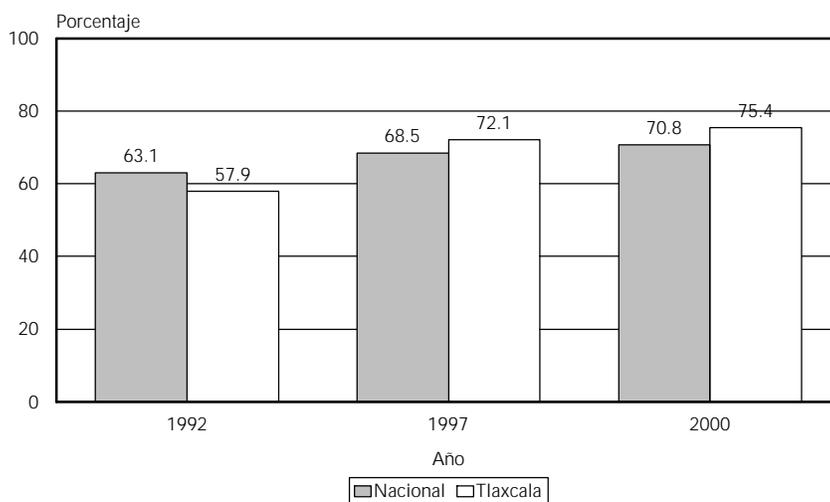
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

En el estado de Tlaxcala, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 57.9 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 72.1 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 fue de 75.4 por ciento, lo que ubica a la entidad dentro de los doce estados mejor situados en este renglón (véase gráfica 13).

Gráfica 12.
Tlaxcala: 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: ENADID, 1992 y 1997, y proyecciones al 2000.

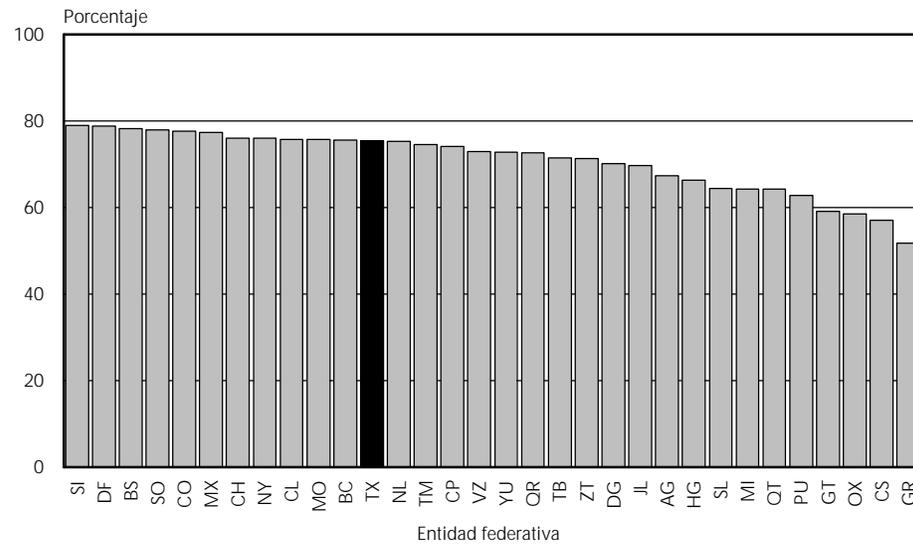
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Tlaxcala en el quinquenio 1992-1997, que se evidencian al desagregar algunas variables sociodemográficas (véase cuadro 5). La prevalencia anticonceptiva se incrementó de manera importante en todos los grupos de edad, destacando las mujeres menores de 25 años y las que estaban al final de su vida reproductiva: en el grupo de 15 a 19 años, el incremento en el uso de métodos fue de 16.6 puntos porcentuales, en el de 20 a 24 años fue de 21.9 puntos y en el de 45 a 49 años fue de 15.7 puntos; no obstante, fueron estos grupos los que, en 1997, presentaron los menores niveles de uso: 50.6, 67.4 y 56.5 por ciento, respectivamente (véase gráfica 14). Respecto a la paridad, destaca el bajo nivel de uso que registran las

mujeres con paridad cero, ya que en 1997 sólo tres de cada diez mujeres utilizaba algún método para regular su fecundidad, esto a pesar del incremento en el uso de 16.4 puntos que registró este grupo entre 1992 y 1997.

El rezago social condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad (57.7%), y las que hablaban alguna lengua indígena (65.6%) (véase cuadro 5). Sin embargo, conviene señalar que entre 1992 y 1997, las mujeres sin escolaridad incrementaron el uso de métodos en 64.9 por ciento, por lo que la brecha entre los grupos de escolaridad extremos se redujo en 10.6 puntos porcentuales.

Cabe destacar que en los años de referencia, las mujeres del medio rural aumentaron el uso de métodos en 22.3 puntos porcentuales, mientras que entre aquellas que residen en localidades urbanas el aumento fue de 11.2 puntos. En consecuencia, la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas se redujo de manera importante, situándose el uso de métodos en 70.2 y 72.5 por ciento, respectivamente.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

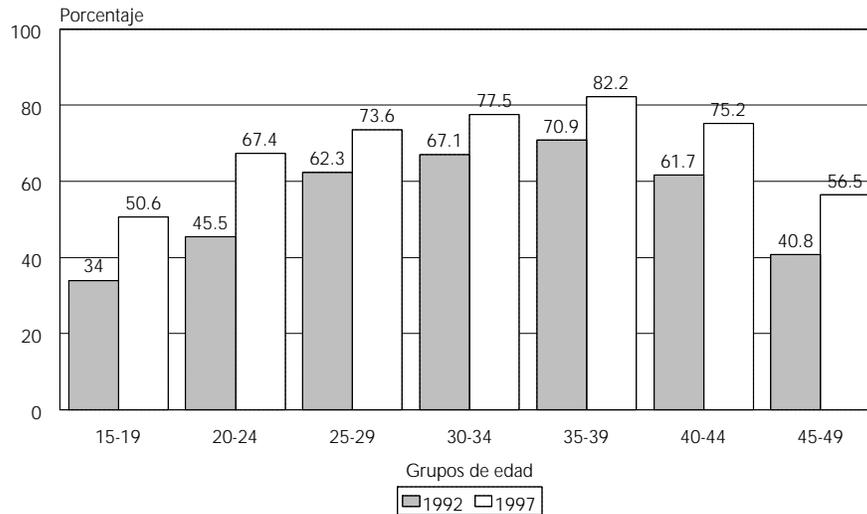
Cuadro 5.
Tlaxcala: porcentaje de mujeres unidas
en edad fértil que usa métodos anticonceptivos,
según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	57.9	72.1
Grupo de edad		
15-19*	34.0	50.6
20-24	45.5	67.4
25-29	62.3	73.6
30-34	67.1	77.5
35-39	70.9	82.2
40-44	61.7	75.2
45-49	40.8	56.5
Paridad		
0*	13.4	29.8
1	43.5	64.3
2	62.8	74.7
3	71.6	85.3
4 y más	61.5	73.2
Escolaridad		
Sin escolaridad*	35.0	57.7
Primaria incompleta	52.5	71.1
Primaria completa	62.0	70.7
Secundaria y más	62.6	74.7
Lugar de residencia		
Rural	47.9	70.2
Urbano	61.3	72.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	65.6
No habla	n.d.	72.3

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Gráfica 14.
Tlaxcala: 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: 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 OTB y el DIU, con 44.7 y 20.8 por ciento, respectivamente.

La estructura de uso de métodos que se observó en Tlaxcala en 1997 muestra un comportamiento similar al patrón nacional: la OTB fue el método más usado por las mujeres en edad fértil (36.5%), los naturales fueron el segundo método en importancia, con un nivel de uso de 24.5 por ciento, mientras que el DIU fue el tercer método, con un porcentaje de uso de 23.2 por ciento. El condón representó el cuarto método más utilizado: una de cada 20 mujeres usuarias (5.4%) recurrió a este anticonceptivo, mientras que la pastilla fue el quinto método en la estructura de uso. Entre 1992 y 1997, la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos redujo su participación en 4.1 puntos porcentuales, en tanto que el DIU y la OTB registraron ligeros decrementos. Los métodos naturales fueron los únicos que registraron un aumento significativo: 7.1 puntos porcentuales (véase cuadro 6).

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

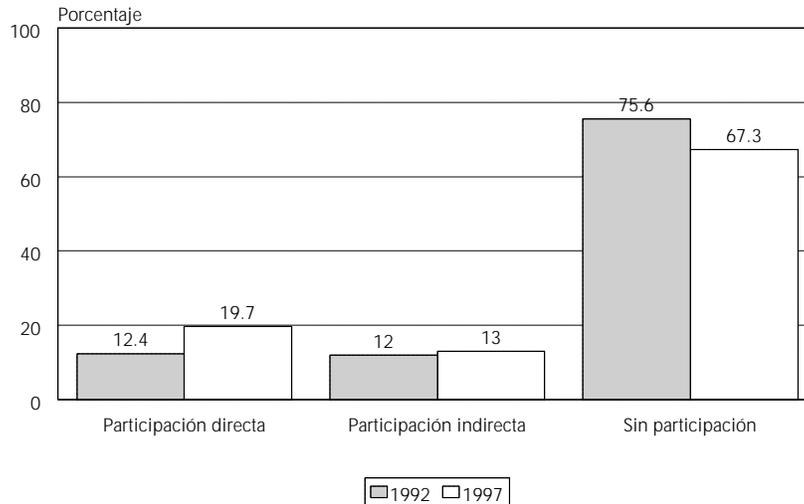
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	8.7	11.3	8.0	4.6	4.1	4.7
DIU	25.4	19.2	27.0	23.2	20.8	23.8
Inyecciones	4.6	7.4	3.8	4.2	6.3	3.8
Locales	0.1	0.0	0.1	0.1	0.3	0.0
Condomes	4.7	6.4	4.2	5.4	6.1	5.2
OTB	37.6	39.6	37.0	36.5	36.1	36.6
Vasectomía	1.6	0.0	2.0	1.5	2.2	1.3
Naturales	17.4	15.9	17.8	24.5	24.1	24.6

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

En el área rural y en las ciudades predominó el uso de métodos modernos y, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era muy similar (75.9% y 75.4%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: la disminución en la participación de la pastilla (de 11.3% a 4.1%) y de la OTB (de 39.6% a 36.1%), y el aumento en la participación de los métodos naturales (de 15.9% a 24.1%). En las localidades urbanas, también aumentó el uso de los naturales (de 17.8% a 24.6%) y disminuyó el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla y al DIU para regular su fecundidad (alrededor de tres puntos porcentuales).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.5 y 5.4 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Tlaxcala. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa o indirecta, que sumados representan cerca de una de cada tres 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 19.7 por ciento de las usuarias y en el segundo 13 por ciento. La participación relativa de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó entre 1992 y 1997, como resultado del incremento en el uso del condón, pero particularmente de los métodos naturales.

Gráfica 15.
Tlaxcala: 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.

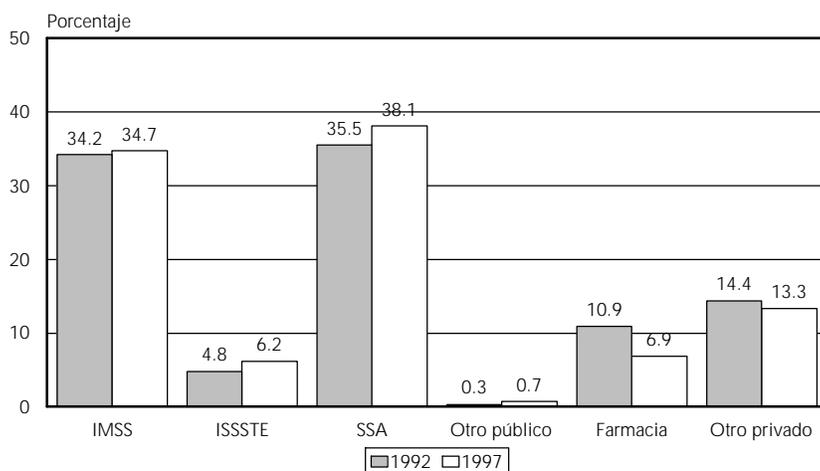
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997.

Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Tlaxcala ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 74.8 por ciento en 1992 a 79.7 en 1997 (véase gráfica 16); mientras que el sector privado redujo su participación de 25.3 a 20.2 por ciento. Entre las instituciones del sector público destacan la SSA, que atendió a 38.1 por ciento de las usuarias de anticonceptivos, y el IMSS que atendió a 34.7 por ciento. Conviene señalar que, en los años de referencia, el IMSS no registró cambios como fuente de obtención de métodos anticonceptivos (alrededor de 34 por ciento), mientras que la SSA registró un aumento cercano a tres puntos porcentuales.

Gráfica 16.
Tlaxcala: 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: ENADID, 1992 y 1997.

La SSA fue la principal fuente de obtención de anticonceptivos en el medio rural, y aumentó su participación relativa de 51.8 a 66.4 por ciento entre 1992 y 1997, mientras que el IMSS perdió importancia en este ámbito al pasar de 22.2 a 15 por ciento en esos años. En el medio urbano, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos, tanto en 1992 como en 1997. Cabe señalar que en el último año bajo observación el sector privado registró una disminución de 4.3 puntos respecto a 1992, siendo en ambos años la tercera fuente de obtención de métodos en este ámbito: el IMSS atendió en 1997 a 38.9 por ciento de las usuarias, la SSA a 32.1 por ciento, y el sector privado a una de cada cinco usuarias urbanas (21.2%) (véase cuadro 7).

Cuadro 7.
Tlaxcala: 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	34.2	22.2	37.3	34.7	15.0	38.9
ISSSTE	4.8	1.1	5.7	6.2	2.4	7.0
SSA	35.5	51.8	31.2	38.1	66.4	32.1
Otro público	0.3	0.6	0.2	0.7	0.0	0.8
Farmacia	10.9	14.1	10.0	6.9	4.4	7.5
Otro	14.4	10.1	15.5	13.3	11.7	13.7

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

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (vasectomía y OTB) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de poco más de nueve de cada diez usuarias del DIU y de ocho de cada diez usuarias de la OTB (véase cuadro 8). Asimismo, dos terceras partes de las usuarias de la pastilla y la mitad de las usuarias de la inyección y el condón (métodos cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), acuden a este sector para su obtención.

Cuadro 8.
Tlaxcala: 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	79.7	20.3
Pastillas*	66.8	33.2
DIU	92.4	7.6
Inyecciones*	50.8	49.2
Condomes*	52.3	47.7
OTB	80.4	19.6

* Menos de 100 casos en muestra.

Investigación y Consejo Nacional de Población, 1997.

Anticoncepción posparto

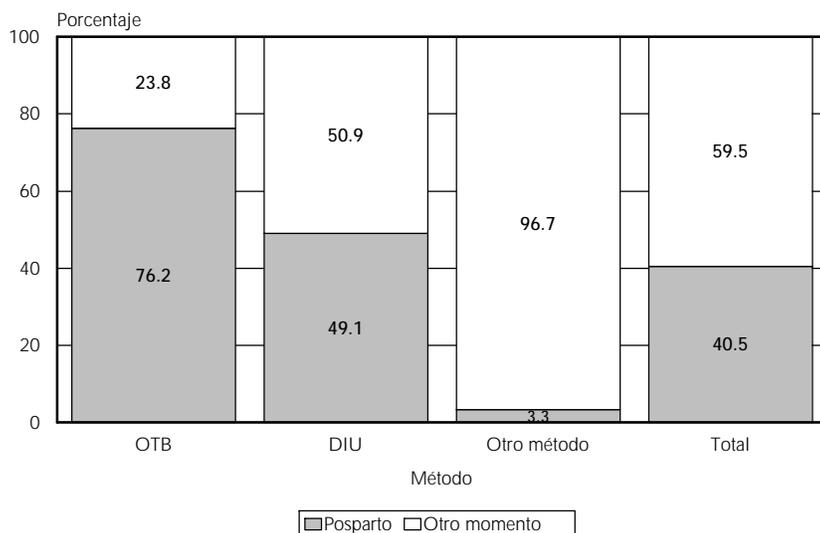
A principios de la década de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar iniciaron importantes cambios en su operación, que derivaron del reconocimiento de que la planificación familiar no sólo puede contribuir a la reducción del crecimiento demográfico, sino también a mejorar 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 ayude 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

En Tlaxcala, 40.5 por ciento de las usuarias, en 1997, iniciaron el uso del método en el periodo posparto de su último hijo(a) nacido vivo (véase gráfica 17). Cerca de la mitad de las usuarias del DIU (49.1%) y tres cuartas partes de las usuarias de la OTB (76.2%), comenzaron el uso del método en este periodo.

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



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

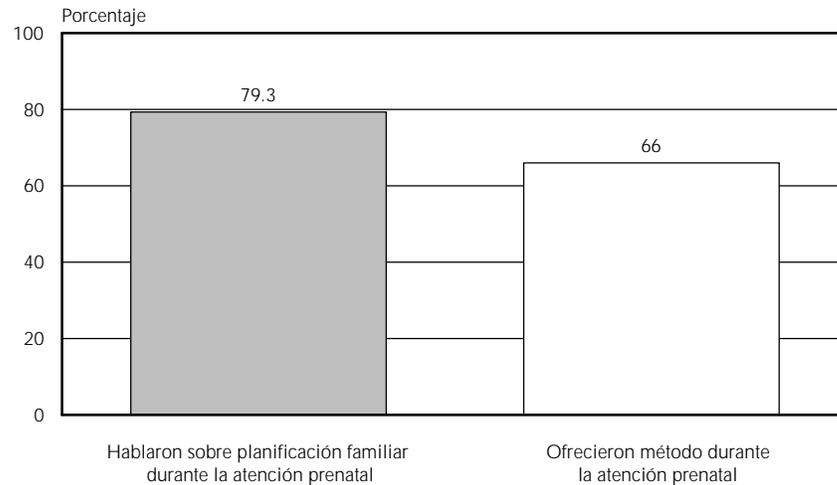
Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, que incluyen la consejería y la oferta de métodos de planificación familiar (principalmente DIU y OTB), para que durante la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

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.

En Tlaxcala, ocho de cada diez mujeres (79.3%) que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo(a) nacido vivo en el periodo 1994-1997, declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y dos de cada tres (66%) reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

Gráfica 18.

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



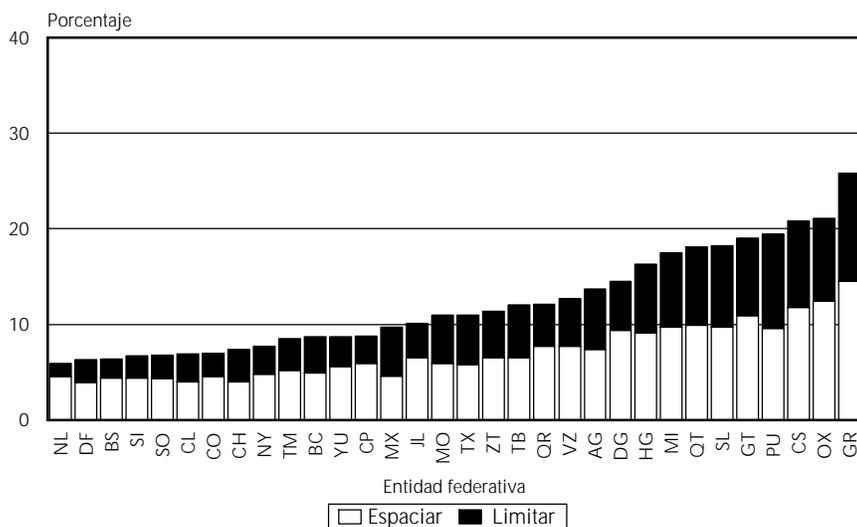
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en laENADID, 1997.

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 Tlaxcala, para el año de 1997, fue del orden de once por ciento, cifra que la ubicó entre las 19 entidades que presentaron un porcentaje menor que el estimado para el país en su conjunto (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: *a)* a menor edad mayor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, en los tres grupos de edad menores de 30 años; de 27.3, 17.4 y 13.9 por ciento para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29 años, respectivamente; *b)* no se aprecian diferencias entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no lo hacen (alrededor de once por ciento se encuentra en esta situación); *c)* las mujeres con un hijo(a) presentan el mayor porcentaje de demanda insatisfecha (19.6%); *d)* en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es ligeramente mayor al que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); y *e)* las mujeres sin escolaridad presentan el mayor porcentaje de demanda insatisfecha (una de cada cinco).

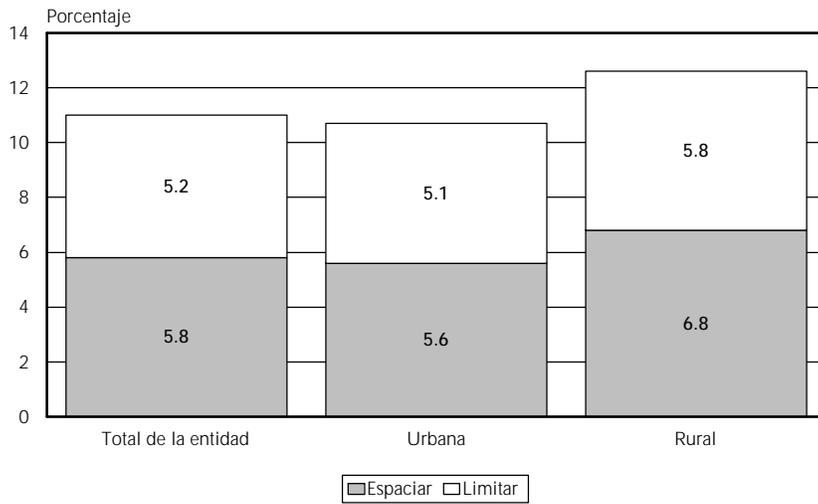
Cuadro 9.
Tlaxcala: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo
a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	72.1	27.7	44.4	11.0	5.8	5.2	6.3	8.9	1.7
Edad quinquenal									
15-19*	50.6	44.5	6.1	27.3	24.1	3.3	22.0	0.0	0.0
20-24	67.4	55.9	11.5	17.4	12.4	5.0	11.6	0.6	2.9
25-29	73.6	43.6	29.9	13.9	7.9	6.0	8.3	2.1	2.1
30-34	77.5	24.3	53.2	8.9	3.2	5.7	4.7	7.5	1.4
35-39	82.2	14.0	68.2	4.6	1.2	3.3	3.3	7.4	2.5
40-44	75.2	4.1	71.1	9.5	0.6	9.0	1.4	12.8	1.1
45-49	56.5	1.6	54.9	4.5	1.2	3.4	0.0	39.0	0.0
Paridad									
0*	29.8	28.7	1.1	13.3	13.3	0.0	41.8	15.1	0.0
1	64.3	61.0	3.2	19.6	16.8	2.8	9.8	5.3	1.0
2	74.7	39.6	35.1	10.9	5.7	5.2	6.1	5.9	2.4
3	85.3	22.5	62.8	8.0	3.4	4.6	3.1	3.1	0.5
4 y más	73.2	8.7	64.5	8.8	1.2	7.7	0.6	14.8	2.7
Escolaridad									
Sin escolaridad*	57.7	11.2	46.4	20.1	5.7	14.4	2.3	18.0	1.9
Primaria incompleta	71.1	14.9	56.2	8.2	3.2	5.0	2.5	16.4	1.8
Primaria completa	70.7	25.0	45.8	12.5	7.0	5.5	5.5	9.1	2.2
Secundaria y más	74.7	35.4	39.3	10.2	6.0	4.2	8.4	5.3	1.4
Lugar de residencia									
Urbano	72.5	27.2	45.3	10.7	5.6	5.1	6.2	9.1	1.5
Rural	70.2	29.7	40.5	12.6	6.8	5.8	6.7	8.0	2.5
Condición de habla de lengua indígena									
Habla*	65.6	20.4	45.2	11.9	5.7	6.2	5.4	16.1	1.0
No habla	72.3	27.9	44.4	11.0	5.8	5.2	6.3	8.6	1.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

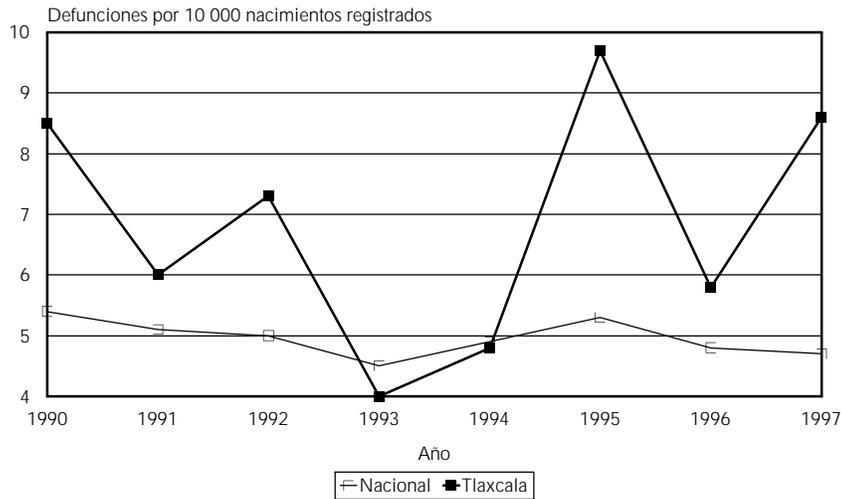
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Tlaxcala, la tasa de mortalidad materna presentó entre 1990 y 1997 un comportamiento errático con una tendencia creciente (véase gráfica 21). La tasa estatal registrada en 1997 fue de 8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que ubicó a Tlaxcala como la entidad con la mayor mortalidad materna.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Tlaxcala 56 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales ascendieron a 66 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad: 47 de las mujeres (71.2%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas maternas tenían entre 20 y 34 años de edad; seis (9.1%) tenían entre 35 y 39 años; nueve (13.6%) eran menores de 20 años y cuatro (6.1%) tenía 40 años o más (véase gráfica 22).

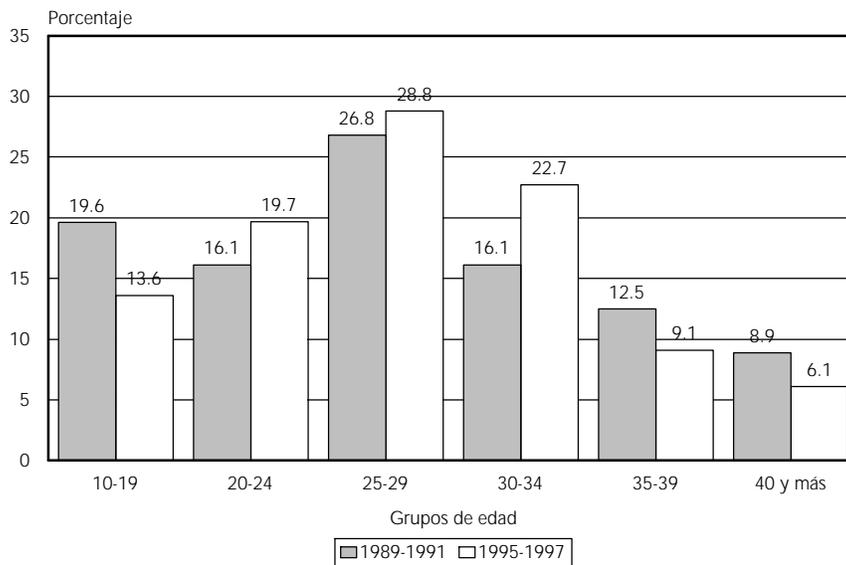
⁸ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



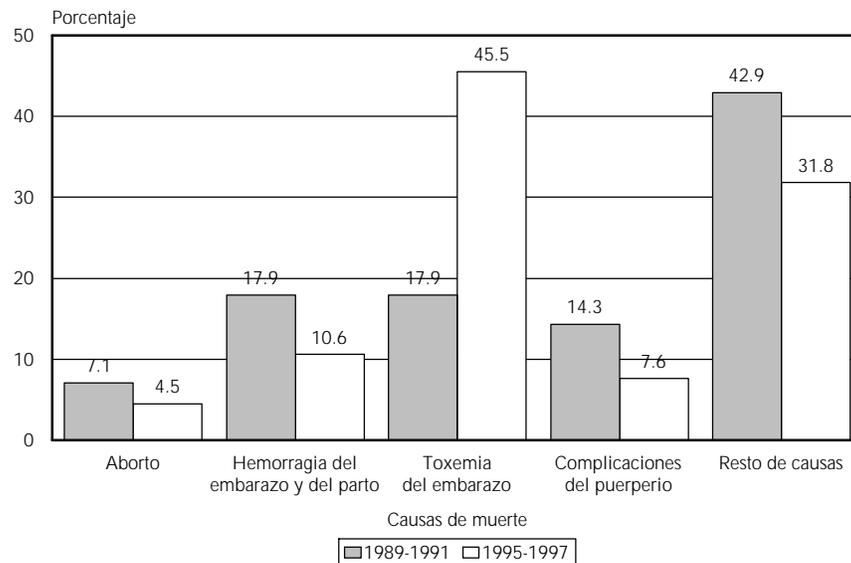
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

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

En Tlaxcala, 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 17.9 por ciento de las defunciones maternas del estado y en el periodo 1995-1997 este porcentaje se incrementó a 45.5. Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso relativo tuvo una disminución de 7.3 puntos porcentuales, al pasar de 17.9 a 10.6 por ciento en los periodos analizados. Las complicaciones del puerperio fueron la tercera causa de muerte materna, y su participación relativa pasó de 14.3 por ciento en 1989-1991 a 7.6 por ciento en 1995-1997. El aborto y sus complicaciones, la cuarta causa más importante, disminuyó su peso relativo al pasar de 7.1 a 4.5 por ciento.

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



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

Aborto

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

En Tlaxcala, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha aumentado en los últimos años. En 1992, 13.6 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto y en 1997 esta proporción fue de 16.9 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo(a). Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención 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 Tlaxcala, 94.8 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último o penúltimo hijo(a) nacido vivo entre 1994 y 1997, porcentaje que la ubica entre las 16 entidades mejor situadas en este renglón. La proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención fue de 84.6 por ciento (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.
Tlaxcala: 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	84.6	1.5	8.7	5.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	83.8	2.5	10.8	3.0
20-34	86.6	1.3	7.7	4.5
35-49*	72.1	1.3	12.2	14.4
Orden de nacimiento				
1	88.6	1.6	8.1	1.6
2	90.6	1.4	4.7	3.3
3	83.5	0.7	11.8	4.0
4 o más	75.2	1.6	11.7	11.5
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	68.4	1.4	19.4	10.8
Primaria completa	82.9	2.6	10.2	4.4
Secundaria y más	91.9	1.0	4.0	3.0
Lugar de residencia				
Urbano	86.0	1.0	7.8	5.3
Rural	79.4	3.5	12.2	4.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

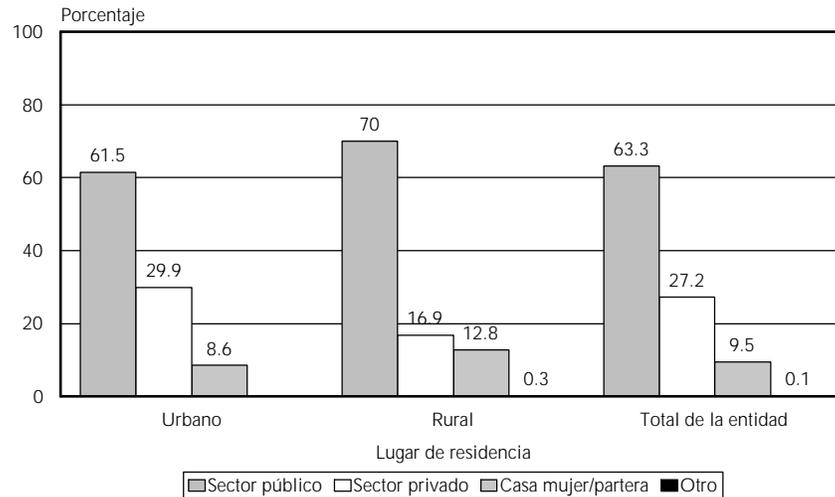
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con el médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento: 72.1 por ciento de las mujeres de 35 años o más acudió con un médico para la atención de su embarazo, cifra que asciende a 86.6 por ciento entre aquellas de 20 a 34 años; y 75.2 por ciento de aquéllas con cuatro hijos(as) o más, contra 90.6 por ciento de las que tenían dos descendientes. Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (79.4% y 86%, respectivamente). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 91.9 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, 68.4 por ciento de aquéllas con primaria incompleta tuvo esa oportunidad.

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a 63.3 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, el sector privado atendió a 27.2 por ciento y 9.5 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (70% contra 61.5% en las zonas urbanas); mientras que en el ámbito urbano, el porcentaje de usuarias del sector privado es mayor que en el ámbito rural (29.9% y 16.9%, respectivamente).

Gráfica 24.
Tlaxcala: 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 Tlaxcala, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 73.1 por ciento; poco más de una quinta parte inició en el segundo trimestre (22.7%) y 4.1 por ciento en el tercero. El nivel de escolaridad

de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que alrededor de 67 por ciento de las mujeres con primaria completa o menos iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a cerca de ocho de cada diez (77.6%) entre aquellas con secundaria y más. Asimismo, tres de cada cuatro mujeres (75.9%) de 20 a 34 años iniciaron oportunamente la atención de su embarazo, proporción que se redujo a seis de cada diez (60.5%) entre aquellas que tenían 35 años o más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas (74.4% contra 68.2% en el medio rural).

Cuadro 11.
Tlaxcala: 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	22.7	4.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	68.5	27.8	3.7
20-34	75.9	20.8	3.3
35-49*	60.5	28.0	11.5
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	67.6	23.9	8.6
Primaria completa	67.4	29.0	3.6
Secundaria y más	77.6	19.4	3.1
Lugar de residencia			
Urbano	74.4	21.9	3.6
Rural	68.2	25.8	6.0

* Menos de 100 casos en muestra.

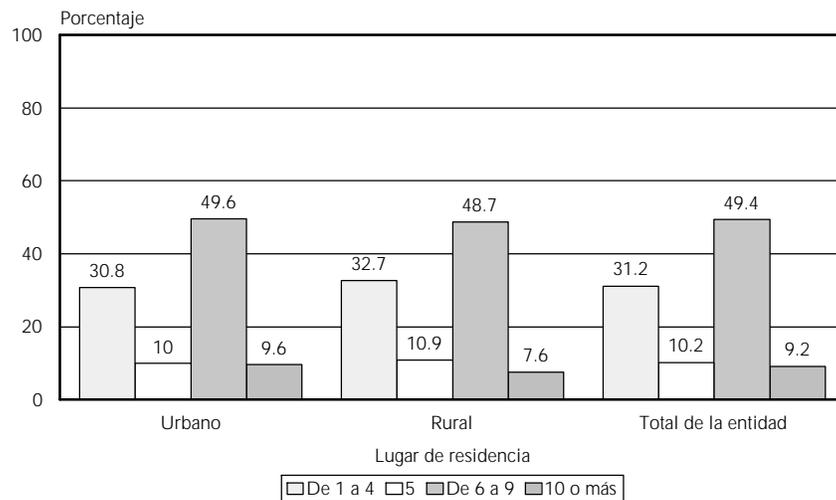
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Tlaxcala, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.2 consultas de atención prenatal (6.3 en la zona urbana y 6.1 en la zona rural). Sin embargo, cabe destacar que tres de cada diez (31.2%) de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales (véase gráfica 25).

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

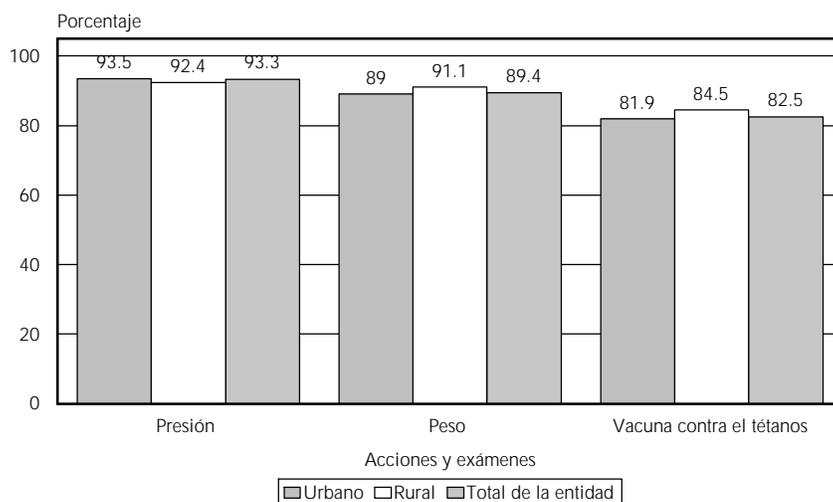


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 93.3 por ciento de las mujeres embarazadas con atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 89.4 por ciento se le pesó; y a 82.5 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores, a excepción del peso, ubican al estado de Tlaxcala 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 solamente en el caso de la presión, 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 (84.5% contra 81.9% en áreas urbanas).

Gráfica 26.
Tlaxcala: porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos a cuyas madres les fueron practicados 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 Tlaxcala, 85.6 por ciento de los partos fueron atendidos por un médico y doce por ciento por una partera, lo que denota avances importantes en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

Las mujeres menos favorecidas por el desarrollo social son las que con menor frecuencia recibieron atención médica durante el parto (74.7% de las mujeres con primaria incompleta y 79.2% de las del medio rural); asimismo, son éstas las que con mayor frecuencia acuden a la partera (23.8% y 16.5%, respectivamente). Asimismo, las mujeres con cuatro hijos(as) o más registran el porcentaje más bajo que atendieron su parto con un médico (75.7% contra 92% de las primíparas).

Cuadro 12.
Tlaxcala: 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	85.6	1.2	12.0	1.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	89.8	0.4	9.8	0.0
20-34	85.9	1.3	11.7	1.1
35-49*	76.1	2.1	17.8	4.0
Orden de nacimiento				
1	92.0	0.3	7.7	0.0
2	91.7	0.6	7.3	0.4
3	82.1	0.8	15.3	1.9
4 o más	75.7	3.0	18.6	2.7
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	74.7	1.5	23.8	0.0
Primaria completa	85.1	1.4	12.7	0.8
Secundaria y más	92.2	0.5	6.3	1.0
Lugar de residencia				
Urbano	87.3	1.0	10.8	1.0
Rural	79.2	2.0	16.5	2.3

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 84.9 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: una de cada tres mujeres (33.7%) acudió a la SSA para la atención de su parto, poco más de una de cada cuatro (27.2%) acudió al sector privado, y una de cada cinco (19.9%) se atendió en el IMSS. Conviene señalar que 14.4 por ciento de las mujeres atendieron su parto en la casa (véase cuadro 13).

Un alto porcentaje de las mujeres con primaria incompleta o completa acudieron a la SSA para la atención de su parto, y al sector privado acudió alrededor de 30 por ciento de aquellas con primaria completa o secundaria y más. Independientemente del nivel de escolaridad, la SSA y el sector privado tuvieron una mayor participación que el IMSS en la atención del parto.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron la SSA y el sector privado (30.7% y 28.4%, respectivamente), siguiendo en importancia el IMSS (22.3%). En el ámbito rural, la mayoría de los partos fueron atendidos en la SSA (44.9%), siguiendo en importancia el sector privado (22.7%), y la partera (18.4%).

Cuadro 13.

Tlaxcala: 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	19.9	3.5	33.7	0.6	27.2	14.4	0.7
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	9.9	0.5	43.8	0.0	16.5	27.4	1.8
Primaria completa	17.8	0.4	35.9	0.6	29.5	14.8	1.0
Secundaria y más	24.8	6.4	30.4	0.7	29.4	8.0	0.3
Lugar de residencia							
Urbano	22.3	4.2	30.7	0.6	28.4	13.3	0.4
Rural	10.8	1.0	44.9	0.6	22.7	18.4	1.7

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En Tlaxcala, durante el periodo 1994-1997, 23.1 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea, por lo que se ubicó entre las 16 entidades que registraron un porcentaje menor que el estimado para el conjunto del país (26.5%) (véase cuadro 14).

De los partos que se atendieron en el IMSS, 30.7 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el sector privado esta cifra ascendió a 27.4 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 23.1 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.
Tlaxcala: distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994-1997

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	76.9	23.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	86.2	13.8
20-34	75.5	24.5
35-49*	69.8	30.2
Lugar de atención del parto		
IMSS	69.3	30.7
SSA	76.9	23.1
Otras públicas	-	-
Sector privado	72.6	27.4
Lugar de residencia		
Urbano	75.0	25.0
Rural	84.0	16.0

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

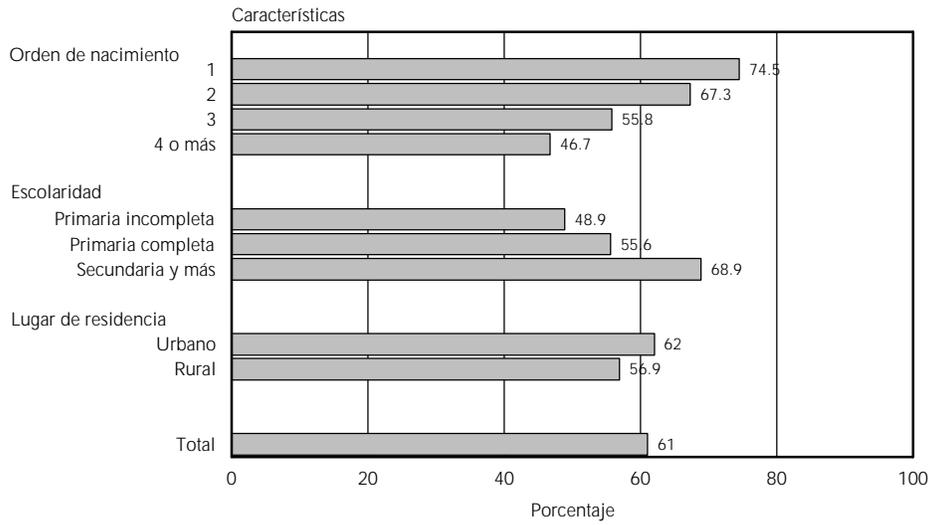
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

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

En el estado de Tlaxcala, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (61%) fue ligeramente mayor que el promedio nacional, cifra que lo ubicó entre las 17 entidades con un porcentaje más alto que el estimado para el país en su conjunto. Las mujeres que utilizaron con menor frecuencia este servicio fueron las de paridades altas (46.7% de las mujeres con cuatro o más hijos(as) contra 74.5% de las primíparas); aquellas con menores niveles de escolaridad (48.9% de las mujeres con primaria incompleta, a diferencia de 68.9% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (56.9% en tanto que 62% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
Tlaxcala: 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 Tlaxcala, 89.6 por ciento de los niños y las niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió lactancia materna con una duración mediana de 12.2 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 7.2 por ciento más baja y una duración mediana 1.5 veces menor que la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos de niños(as) amamantados se registran entre los hijos(as) de mujeres de 35 años y más (76.7%), entre los de madres con primaria incompleta (82.1%), y entre aquellos cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (85.8%). Cabe hacer notar que el porcentaje de niños y niñas rurales que recibió leche materna es mayor con respecto a los que nacieron en el ámbito urbano (93% y 88.7%, respectivamente); sin embargo, la duración mediana de la lactancia es similar en ambos contextos: 12.3 meses en la zona rural y 12.1 meses en la urbana.

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

Total		89.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	90.8
	20-34	91.2
	35-49*	76.7
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	82.1
	Primaria completa	92.8
	Secundaria y más	89.8
Lugar de atención del parto		
	Sector público	91.2
	Sector privado	85.8
	Casa	90.7
Lugar de residencia		
	Urbano	88.7
	Rural	93.0

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	6.7	6.5	8.1
Mediana	12.2	12.1	12.3
Tercer cuartil	17.9	18.0	16.9

*El primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil corresponden al número de meses a los cuales, entre los niños que sí recibieron leche materna, 75, 50 y 25 por ciento no habían sido destetados.

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

Edad de la ablactación

La Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente recomienda que la introducción de alimentos distintos a la leche materna tenga lugar entre los cuatro y ocho meses de edad. Una ablactación temprana incrementa el riesgo de que se presenten enfermedades digestivas y alergias a algunos alimentos en los y las recién nacidas, mientras que una tardía se asocia a deficiencias en el crecimiento y la nutrición 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 Tlaxcala, 57 por ciento de los niños y niñas fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad; 31 por ciento recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado por la norma de salud; y 5.5 por ciento recibió alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.6 meses, cifra ligeramente mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

La práctica de ablactar tempranamente a los niños(as) es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales (58.1% y 52.5%, respectivamente). La escolaridad es una variable directamente asociada con la ablactación temprana: mientras que 50.5 por ciento de los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad, esta cifra ascendió a 60.1 por ciento entre los hijos(as) de mujeres con secundaria o más. La ablactación tardía es muy baja en la entidad, encontrándose entre las mujeres con primaria incompleta y de 35 años o más, el mayor porcentaje de niños(as) que fueron ablactados después de los ocho meses (10.1% y 8.2%, respectivamente).

Cuadro 17.
Tlaxcala: 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				No ha ablactado
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	
Total	22.6	34.4	31.0	5.5	6.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	20.7	33.8	33.6	4.9	7.0
20-34	22.0	35.5	30.7	5.3	6.5
35-49*	31.4	25.9	27.6	8.2	6.9
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	23.1	27.4	34.0	10.1	5.3
Primaria completa	24.1	34.2	28.2	6.7	6.8
Secundaria y más	22.5	37.6	30.9	2.8	6.2
Lugar de residencia					
Urbano	22.9	35.2	30.3	5.2	6.3
Rural	21.2	31.3	33.5	6.3	7.8

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

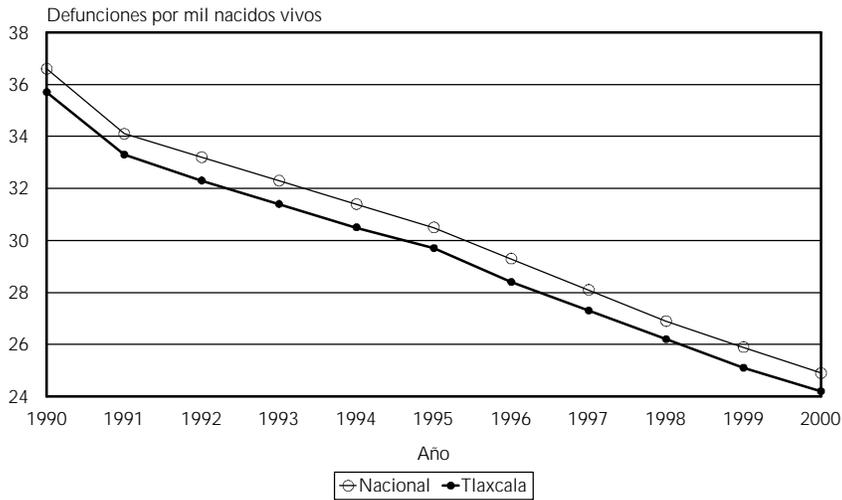
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían, en promedio,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

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

En Tlaxcala, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 35.7 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 24.2 por mil en el 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32.2 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000 la tasa de Tlaxcala fue 22.2 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país, lo que sitúa a Tlaxcala entre las 18 entidades con una mortalidad infantil menor que la observada para el conjunto del país (véase gráfica 29).

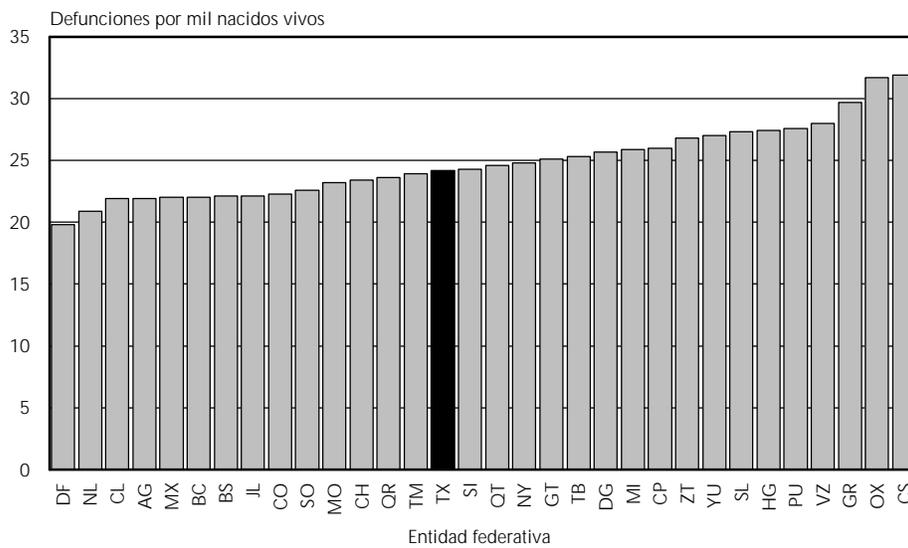
En Tlaxcala, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas no registró cambios importantes en los años de referencia, por lo que pasó a ser la tercera causa de muerte infantil en el estado (véase gráfica 30).

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

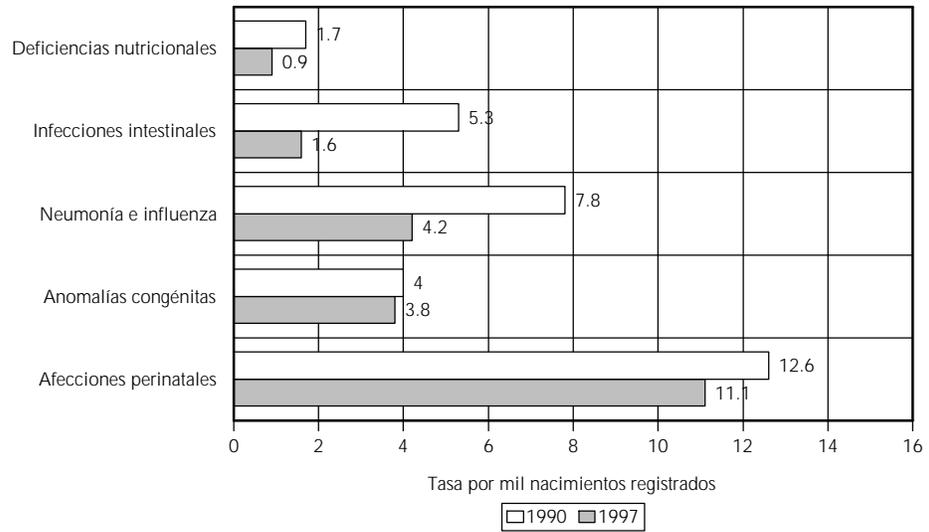
Gráfica 29.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 30.

Tlaxcala: tasa de mortalidad infantil por causas seleccionadas, 1990 y 1997



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

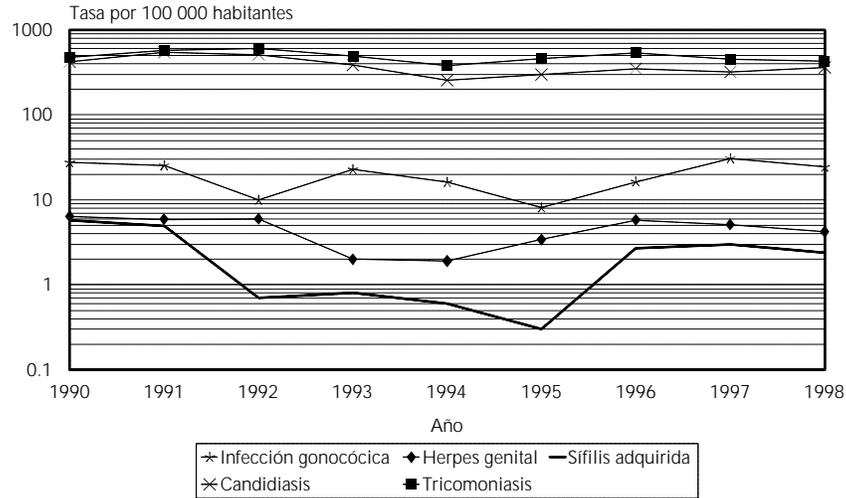
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

Las ETS de 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 prácticas sexuales riesgosas.

En Tlaxcala, las dos principales ETS registraron un comportamiento errático entre 1990 y 1998, y el nivel alcanzado en este último año es mayor al registrado para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 361.6 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 424.9 por 100 mil (véase gráfica 31). Esto significa que Tlaxcala ocupa el séptimo y primer lugar, respectivamente, con el índice de incidencia más alto de estas dos enfermedades en el país.

La incidencia de las ETS clásicas en Tlaxcala presentaron un comportamiento muy irregular, con una tendencia decreciente. Así, entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 27.4 a 24.3 casos por 100 mil habitantes; mientras que la sífilis adquirida pasó de 5.8 a 2.4 casos por 100 mil. Cabe destacar que la incidencia de ambas enfermedades fue mayor que la registrada para el país en su conjunto.

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



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

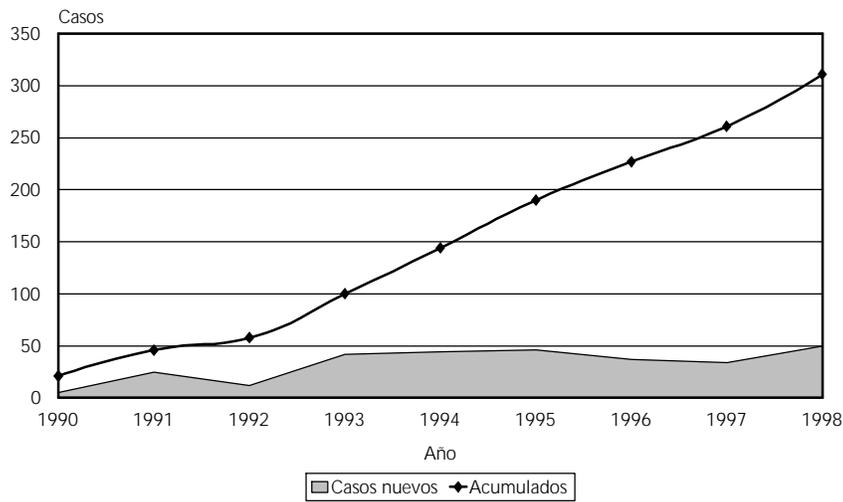
VIH/SIDA

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

Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el número 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 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.

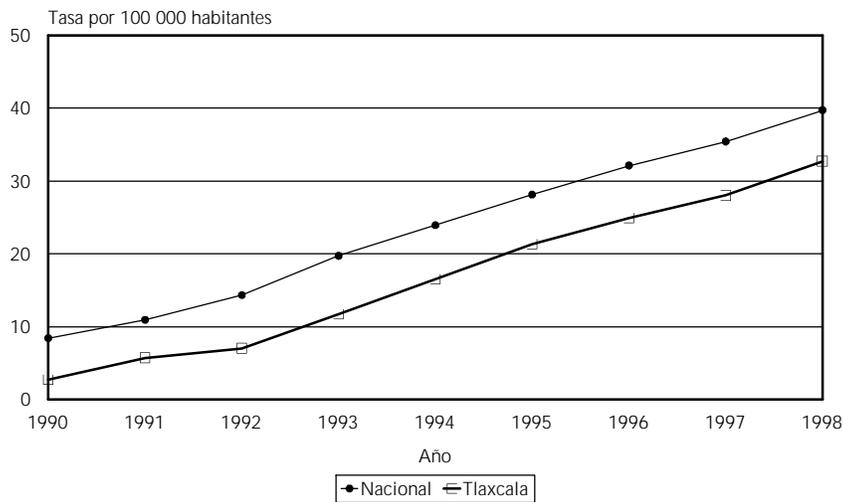
En Tlaxcala, el incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1990. A partir de este año presentó un comportamiento irregular con una tendencia creciente. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 311 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 2.7 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 32.7 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33), lo que lo situó entre las once entidades con la mayor incidencia acumulada de SIDA en el país.

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



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

La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Tlaxcala fue 39.4 por ciento menor que lo registrado para el país (17.4% 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 Tlaxcala, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (83.3%); poco más de uno de cada ocho casos fue contagiado por vía sanguínea (13.2%); y 3.5 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 56 por ciento, siguiendo en orden de importancia el homosexual (14%) y el bisexual (13.2%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de tres, es decir, había tres hombres infectados por cada mujer, lo cual es congruente con el alto porcentaje por contagio heterosexual en la entidad.

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

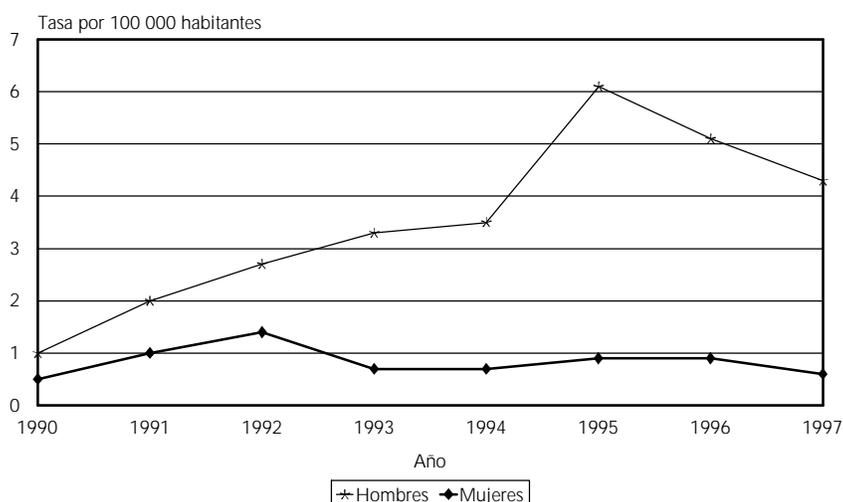
Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	311	100.0
Vía sexual	214	83.3
Homosexual	36	14.0
Bisexual	34	13.2
Heterosexual	144	56.0
Vía sanguínea	34	13.2
Transfusión	24	9.3
Hemofílico	4	1.6
Usuario de drogas intravenosas	1	0.4
Donador remunerado	5	1.9
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	0	0.0
Perinatal	9	3.5
Subtotal	257	100.0
No documentado	54	17.4

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

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 156 muertes en el estado de Tlaxcala,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 2.5 defunciones en 1997. Cabe destacar que en Tlaxcala esta patología todavía no se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presenta una clara tendencia ascendente, al pasar de una defunción por 100 mil habitantes en 1990 a 4.3 defunciones por 100 mil en 1997 (véase gráfica 34). La tasa de mortalidad femenina, a pesar de su comportamiento irregular, es considerablemente menor, registrándose 0.5 defunciones por cada 100 mil mujeres en 1990 y, 0.6 defunciones por 100 mil en 1997.

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



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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 125 hombres y 31 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 71.2 por ciento tenía al momento de morir entre 20 y 39 años de edad. En tanto que cerca de la mitad de las defunciones femeninas (48.4%) ocurrieron entre los 25 y los 39 años de edad. Llama la atención el elevado porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 19 años de edad (12.9%), lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH a edades tempranas (véase cuadro 19).

¹⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.
Tlaxcala: 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	1.9	1.6	3.2
1-4	1.9	0.8	6.5
5-14	1.3	0.8	3.2
15 - 19	3.2	0.8	12.9
20 - 24	10.3	11.2	6.5
25 - 29	18.6	19.2	16.1
30 - 34	25.6	27.2	19.4
35 - 39	13.5	13.6	12.9
40 - 44	8.3	9.6	3.2
45 - 49	5.1	4.0	9.7
50 - 64	9.0	9.6	6.5
65 y más	1.3	1.6	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

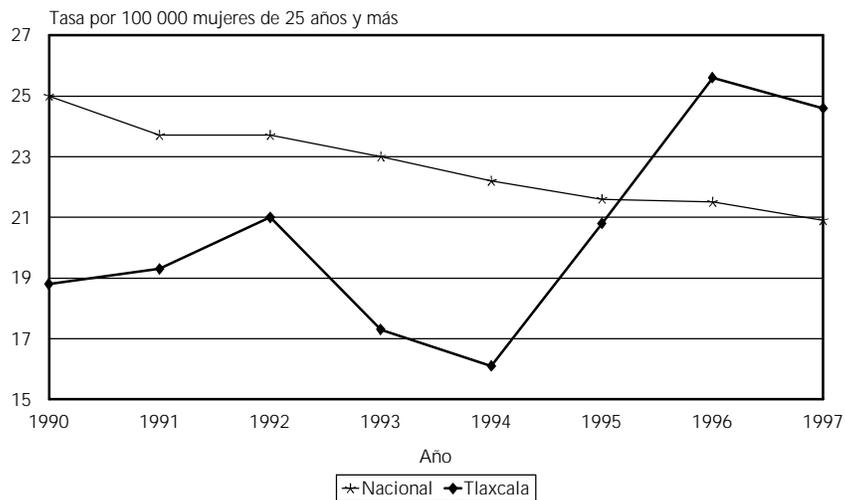
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Tlaxcala, la mortalidad por cáncer cérvico uterino fue menor que la estimada para el país en su conjunto entre 1990 y 1995. A partir de 1995, registró un incremento importante y, en 1997, la tasa de mortalidad se situó en 24.6 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es, el noveno nivel más alto de mortalidad por este cáncer del país (véase gráfica 35).

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.

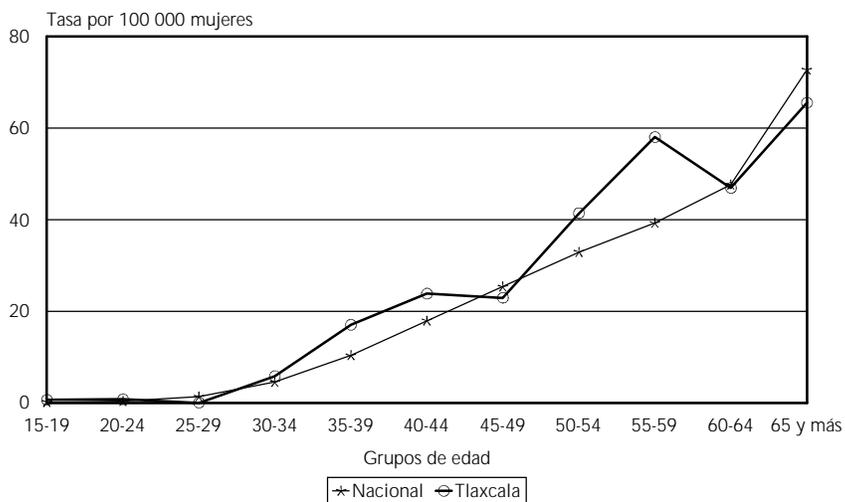
En Tlaxcala, en el periodo 1995-1997, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino para casi todos los grupos de edad son mayores que las observadas a escala nacional, destacando las mujeres de 55 a 59 años, que presentaron una tasa de mortalidad mayor que sus homólogas nacionales en 18.8 puntos porcentuales (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Tlaxcala: 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.
Tlaxcala: 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.

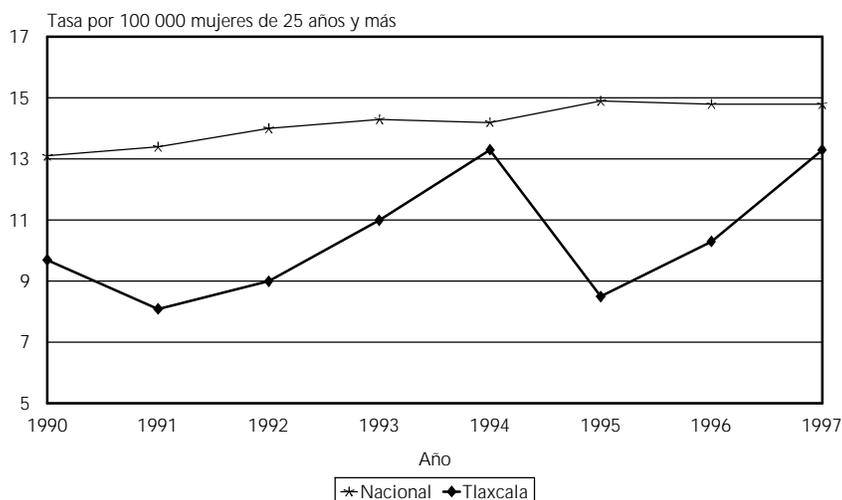
En Tlaxcala, la tasa de mortalidad por cáncer mamario presentó un comportamiento errático con una tendencia ascendente entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad fue de 13.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es, 1.5 puntos porcentuales menos que la registrada para el país en su conjunto, lo que lo situó entre las 21 entidades que presentan una tasa de mortalidad por esta patología menor que la nacional (véase gráfica 37).

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

En Tlaxcala, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional, destacando las mujeres de 60 a 64 y de 65 años y más, que presentaron una diferencia con sus homólogas nacionales cercana a 20 puntos porcentuales (véase gráfica 38).

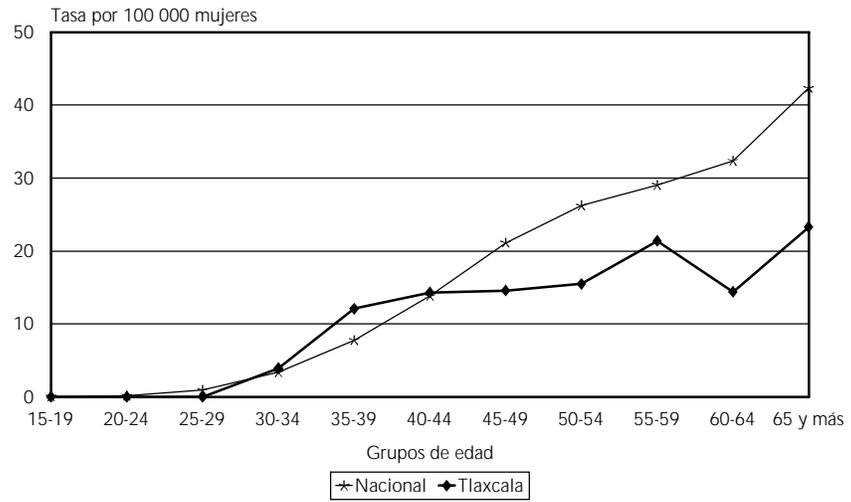
Gráfica 37.

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



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

Gráfica 38.
Tlaxcala: 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 Tlaxcala se encuentra en una mejor situación que la observada para el país en su conjunto.

La población de Tlaxcala se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, próxima a alcanzar un nivel de fecundidad de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (75.4%), con un nivel de uso similar al de los países más desarrollados.¹¹ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es menor que la estimada para el país en su conjunto, y las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

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

- ✦ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. En la generación más reciente, cerca de la mitad de las mujeres se une antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Antes de los 20 años de edad, cerca de cuatro de cada diez mujeres de la cohorte 1968-1972 ya habían iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ El alto porcentaje de embarazos premaritales durante la adolescencia: poco menos de 30 por ciento de las mujeres de las distintas generaciones que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia, inició el embarazo estando soltera.
- ✦ Las mujeres jóvenes (15-19 años), aquellas que se encuentran en las etapas iniciales de su vida reproductiva y sin escolaridad, presentan un bajo porcentaje en la utilización de métodos anticonceptivos.
- ✦ Las mujeres menores de 30 años, con paridad cero o uno, y las mujeres sin escolaridad y del área rural, son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

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

En la dimensión de la salud materno-infantil, Tlaxcala se encuentra en un proceso intermedio en la medicalización de la atención prenatal y del parto (84.6% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 85.6% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997).

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

- ✦ La entidad registra la tasa de mortalidad materna más alta del país.
- ✦ Tres de cada diez mujeres que tuvieron atención prenatal recibió menos de cinco consultas prenatales, lo que contraviene la norma de salud respectiva.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Tlaxcala registra la tasa de incidencia de tricomoniasis urogenital más alta del país, así como la séptima más alta de candidiasis urogenital. Respecto al VIH/SIDA, la entidad se encuentra entre las once con la mayor incidencia acumulada de SIDA.

En relación con otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa anual de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registró en Tlaxcala entre 1990 y 1995 fueron menores que las registradas a escala nacional; sin embargo, en 1996 y 1997 aumentaron de manera importante, por lo que en el último año de referencia, la entidad registró el noveno nivel más alto de mortalidad del país por esta patología. Con respecto a la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado, éstas fueron menores que las registradas en el país entre 1990 y 1997.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	3.35	3.79
1991	3.25	3.59
1992	3.14	3.39
1993	3.04	3.20
1994	2.93	3.00
1995	2.82	2.78
1996	2.73	2.68
1997	2.65	2.58
1998	2.55	2.48
1999	2.48	2.39
2000	2.40	2.31

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Edad	1953-1957	1968-1972
14	9.0	4.7
15	17.8	10.8
16	24.5	20.1
17	35.9	29.1
18	45.8	37.5
19	54.0	47.6
20	62.7	54.2
21	69.1	60.7
22	72.2	65.9
23	76.5	70.6
24	76.5	70.6
25	76.5	70.6

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

Datos gráfica 3.
Tlaxcala: 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	17.8	36.2	27.0	19.0
1958-1962	13.5	36.3	30.8	19.4
1963-1967	12.7	33.7	28.0	25.6
1968-1972	10.8	36.8	26.9	25.5

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

Datos gráfica 5.

Tlaxcala: 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*	25.3	31.9	27.6	15.3
Primaria completa	13.4	47.3	21.8	17.5
Secundaria y más	7.1	31.4	30.2	31.4
Rural	13.3	39.0	26.4	21.3
Urbano	11.3	34.6	27.6	26.5
Total	11.7	35.4	27.4	25.5

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.6	3.3	1.6	1.3
16	8.1	5.8	5.8	3.9
17	15.1	10.8	12.3	8.4
18	23.2	20.9	22.6	19.3
19	33.1	29.5	29.9	27.9
20	45.5	40.6	39.6	38.4
21	56.6	50.1	48.6	47.7
22	63.4	57.3	55.3	54.1
23	70.4	65.2	61.6	62.0
24	75.4	72.2	67.3	67.7
25	79.7	77.8	70.8	73.0

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

Datos gráfica 8.

Tlaxcala: 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	8.9	12.5	28.0	20.6	24.0	6.0
1958-1962	6.7	12.4	29.0	18.9	28.3	4.7
1963-1967	4.2	13.8	29.5	22.0	26.2	4.4
1968-1972	3.8	16.9	29.4	20.3	25.4	4.4

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.6	1.1	1.2	0.9
16	3.3	1.6	2.8	1.6
17	4.7	4.3	5.2	2.1
18	5.9	5.9	8.3	4.7
19	8.0	8.2	9.4	7.0
20	12.1	10.9	11.5	10.5
21	15.1	13.8	13.0	13.4
22	17.4	15.1	14.2	15.4
23	19.0	17.1	16.0	18.0
24	20.0	19.3	17.0	19.5
25	21.2	20.3	17.5	22.4

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

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

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	5.4	8.5
1991	5.1	6.0
1992	5.0	7.3
1993	4.5	4.0
1994	4.9	4.8
1995	5.3	9.7
1996	4.8	5.8
1997	4.7	8.6

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

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

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	36.6	35.7
1991	34.1	33.3
1992	33.2	32.3
1993	32.3	31.4
1994	31.4	30.5
1995	30.5	29.7
1996	29.3	28.4
1997	28.1	27.3
1998	26.9	26.2
1999	25.9	25.1
2000	24.9	24.2

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	27.4	6.4	5.8	422.9	478.7
1991	25.4	5.9	4.9	547.6	574.4
1992	9.9	6.0	0.7	512.2	607.2
1993	22.8	2.0	0.8	383.3	488.8
1994	16.2	1.9	0.6	254.6	382.2
1995	8.1	3.4	0.3	298.1	455.9
1996	16.3	5.8	2.7	350.3	540.6
1997	30.7	5.1	3.0	317.9	448.5
1998	24.3	4.2	2.4	361.6	424.9

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	5	21
1991	25	46
1992	12	58
1993	42	100
1994	44	144
1995	46	190
1996	37	227
1997	34	261
1998	50	311

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

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

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	8.4	2.7
1991	10.9	5.7
1992	14.3	7.0
1993	19.7	11.7
1994	23.9	16.5
1995	28.1	21.3
1996	32.1	24.9
1997	35.4	28.0
1998	39.7	32.7

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.0	0.5
1991	2.0	1.0
1992	2.7	1.4
1993	3.3	0.7
1994	3.5	0.7
1995	6.1	0.9
1996	5.1	0.9
1997	4.3	0.6

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

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

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	25.0	18.8
1991	23.7	19.3
1992	23.7	21.0
1993	23.0	17.3
1994	22.2	16.1
1995	21.6	20.8
1996	21.5	25.6
1997	20.9	24.6

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

Edad	Nacional	Tlaxcala
15-19	0.1	0.6
20-24	0.3	0.7
25-29	1.3	0.0
30-34	4.5	5.8
35-39	10.3	17.0
40-44	17.9	23.8
45-49	25.3	22.9
50-54	32.9	41.4
55-59	39.2	58.0
60-64	47.6	46.9
65 y más	72.7	65.5

Tasa por 100 000 mujeres.

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

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

Año	Nacional	Tlaxcala
1990	13.1	9.7
1991	13.4	8.1
1992	14.0	9.0
1993	14.3	11.0
1994	14.2	13.3
1995	14.9	8.5
1996	14.8	10.3
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.
Tlaxcala: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
por grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Tlaxcala
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.0
30-34	3.4	3.9
35-39	7.8	12.1
40-44	13.8	14.3
45-49	21.1	14.6
50-54	26.2	15.5
55-59	29.1	21.4
60-64	32.4	14.4
65 y más	42.4	23.3

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
Tlaxcala

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.