

Cuadernos de salud reproductiva

Veracruz



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño gráfico: 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
Veracruz

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-524-5

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

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

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

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	22
Número ideal de hijos e hijas	22
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	32
Anticoncepción posparto	34
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	36
4 Salud materna	39
Nivel de la mortalidad materna	39
Causas de mortalidad materna	41
Aborto	42
5 Atención a la mujer embarazada	43
Atención prenatal	43
Cobertura institucional de la atención prenatal	45

Inicio de la atención prenatal	45
Intensidad y calidad de la atención prenatal	46
Atención del parto	48
Lugar de atención del parto	49
Tipo de parto	50
Atención durante el puerperio	51
6 Lactancia materna	53
Edad de la ablactación	53
7 Mortalidad infantil	56
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	59
VIH/SIDA	60
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	64
Cáncer cérvico uterino	64
Cáncer de la mama	66
Conclusiones	68
Anexo estadístico	70
Nomenclatura de las entidades federativas	76

Presentación

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

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

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

El presente documento corresponde al estado de Veracruz 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(as) saludables; a comprender y disfrutar la 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 puesto de manifiesto 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 económico, político, cultural e institucional que inciden en el ejercicio de esos derechos.

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 único propósito es contar con un diagnóstico descriptivo de las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal.

Sin embargo, con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, el presente diagnóstico analiza los principales indicadores de los componentes que integran la salud reproductiva de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano) y a su nivel de escolaridad. Estas variables aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que delimitan y restringen la estructura de opciones individuales.

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 aquellas con menos de 2 500 habitantes, son en su mayoría localidades dispersas y aisladas de los servicios básicos y de las comunicaciones y el transporte, 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 los individuos y sus descendientes. 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.

Aun cuando a lo largo del presente siglo México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, en Veracruz este proceso ha sido incipiente. En 1995, 41.6 por ciento de la población estatal residía en localidades de menos de 2 500 habitantes; 17.5 por ciento residía en localidades de 2 500 a 14 999 habitantes, 17.2 por ciento en centros urbanos de 15 mil a menos de cien mil, y 23.7 por ciento residía en localidades de cien mil o más habitantes. De las 21 514 localidades censadas, 91.6 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 20.3 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso dificulta el éxito de los esfuerzos orientados a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos de la población que reside en ellas.

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 materno-infantil y con la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; y fomenta el afán de logro y superación personal, así como una alta valoración parental de los hijos e hijas. Además, la formación escolar incrementa la capacidad de comprensión y manejo de la información disponible, que es una condición que favorece la difusión de innovaciones.

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, pero Veracruz mantenía un rezago importante en este rubro en 1997. La población del estado de 15 años y más había aprobado en promedio 6.2 años de educación formal, en tanto que en el país el promedio ascendió a 7.4 años. En Veracruz, 14.9 por ciento de la población de 15 años y más no había recibido instrucción alguna en 1997; el porcentaje que no había concluido la primaria fue de 27.7 por ciento; 17.3 por ciento terminó la instrucción primaria; 18.1 por ciento concluyó al menos un grado de secundaria; y 22 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Esta falta de equidad en las oportunidades de acceso a la educación es más acentuada para las mujeres del estado, quienes en 1997 presentaron un promedio de escolaridad de tan solo 5.8 años y una proporción de población sin instrucción de 18.6 por ciento.³

Veracruz es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de cincuenta lenguas indígenas en el estado, siete de las cuales eran habladas por más de 10 mil personas de cinco años y más: Nahuatl (314.1 mil), Totonaca (115.5 mil), Huasteco (47.6 mil), Popoluca (34.3 mil), Zapoteco (20.2 mil), Chinanteco (17.4 mil) y Otomí (15.7 mil). Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e

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

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

identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Veracruz uno de cada diez habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (10.1% de los hombres y 9.7% de las mujeres). La población monolingüe constituye 1.2 por ciento de la población total (1.5% entre las mujeres y 0.8% entre los varones).

Un indicador que refleja las condiciones socioeconómicas que prevalecen en la entidad es el índice de marginación. Al respecto, cabe destacar que Veracruz es el cuarto estado con el mayor índice de marginación del país, después de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La marginación alta y muy alta es una realidad que caracteriza a 108 de los 207 municipios de la entidad, en los cuales reside más de un tercio de los habitantes del estado (34.7%). Tan sólo en los municipios de marginación muy alta, vive 14.7 por ciento de los habitantes del estado. Por su parte, 13.7 por ciento de los habitantes de la entidad reside en alguno de los nueve municipios cuya marginación es baja, y uno de cada cinco reside en uno de los diez municipios que presentan un índice de marginación muy bajo. Finalmente, en 79 municipios donde habitan poco más de tres de cada diez veracruzanos(as), se registra un nivel medio de marginación.⁴

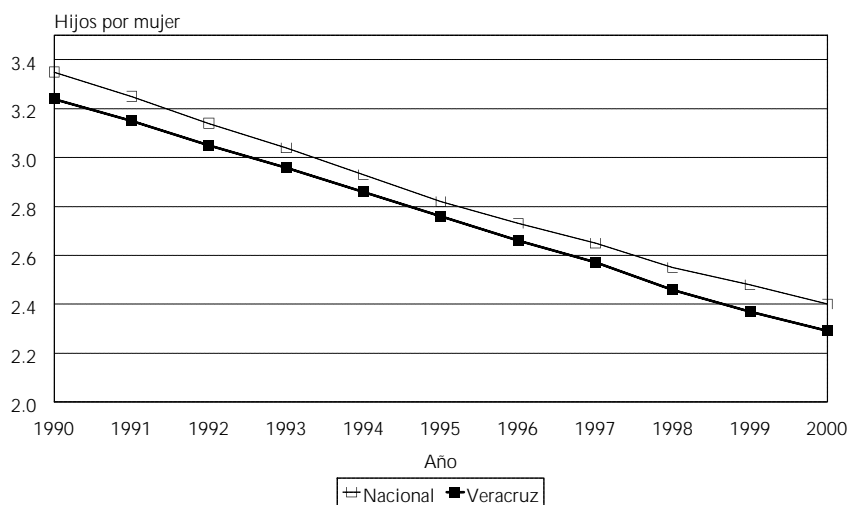
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

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 fecundidad (TGF)⁵ descendió de casi siete hijos por mujer a principios de los años setenta a 3.4 en 1990, y en la última década del siglo xx continuó disminuyendo a un ritmo más lento: ascendió a 3.1 hijos por mujer en 1992, alcanzó un nivel de 2.7 hijos en promedio en 1997 y para el año 2000 se estima que se sitúa en 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En el estado de Veracruz, las mujeres también han reducido de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.24 hijos por mujer en 1990 a 3.05 en 1992, descendió a 2.57 hijos en 1997 y para el 2000 se estima en 2.29 hijos por mujer. Este descenso ha dado como resultado que la brecha que separaba a Veracruz del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujera de un hijo(a) en 1990, a 0.5 hijos en el año 2000. El nivel actual de la fecundidad en Veracruz es ligeramente inferior a la fecundidad nacional, y se ubica entre los dieciséis estados que presentan un nivel más bajo de fecundidad que el país en su conjunto (véase gráfica 2).

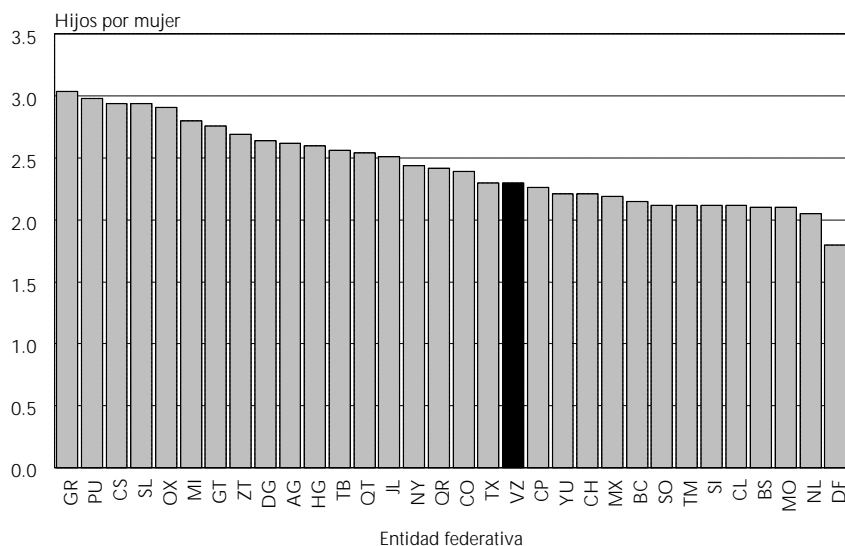
Gráfica 1.
Veracruz: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Edad a la primera unión

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

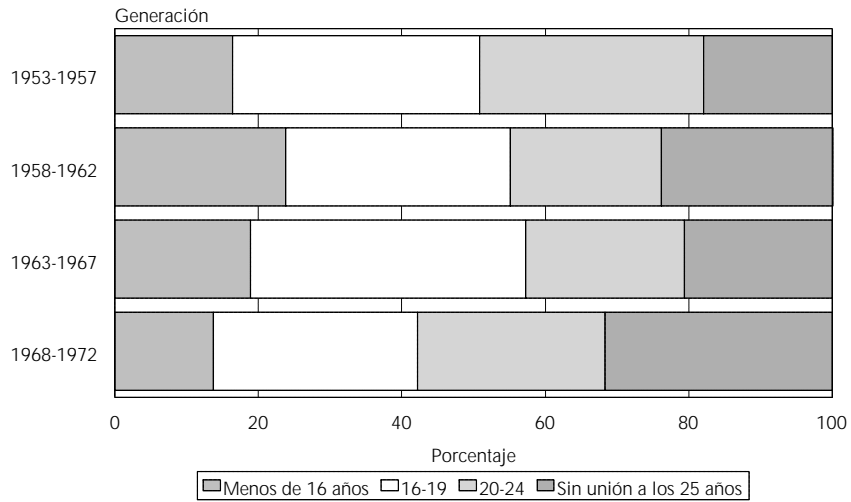
Análisis recientes de los patrones de nupcialidad indican que en el país se está produciendo un retraso gradual en la edad a la primera unión, el cual puede ilustrarse a través del comportamiento de mujeres de diversas generaciones. En México, el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor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

En Veracruz, este indicador muestra un retraso de casi dos años en la edad mediana a la primera unión: para las mujeres nacidas en el periodo 1953-1962 fue de 19.4 años, y para las mujeres más jóvenes (aquellas nacidas entre 1968 y 1972) fue de 21.2 años, muy similar a lo registrado en el ámbito nacional.

Sin embargo, a pesar de este retraso en la unión o matrimonio, un alto porcentaje de las mujeres veracruzanas inició tempranamente esta transición, lo cual se puede apreciar en la proporción de mujeres que se encuentran unidas antes de cumplir 16 años de edad: esta cifra asciende a 23.8 por ciento entre las mujeres de la generación 1958-1962, y se ubicó en 13.7 por ciento entre las

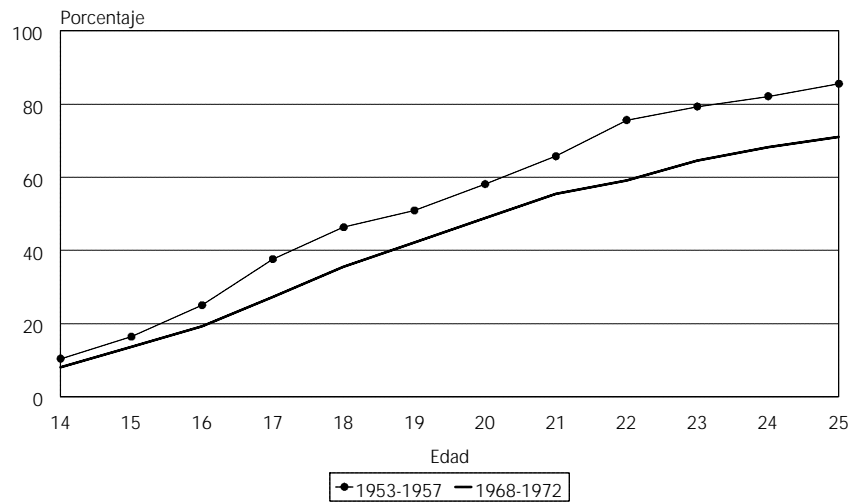
mujeres nacidas en la generación 1968-1972. El inicio de la vida marital se concentra entre los 16 y los 19 años, por lo que antes de cumplir 20 años de edad, poco más de la mitad de las mujeres veracruzanas de las generaciones más antiguas y 42.2 por ciento de las nacidas entre 1968 y 1972, habían iniciado esta transición (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

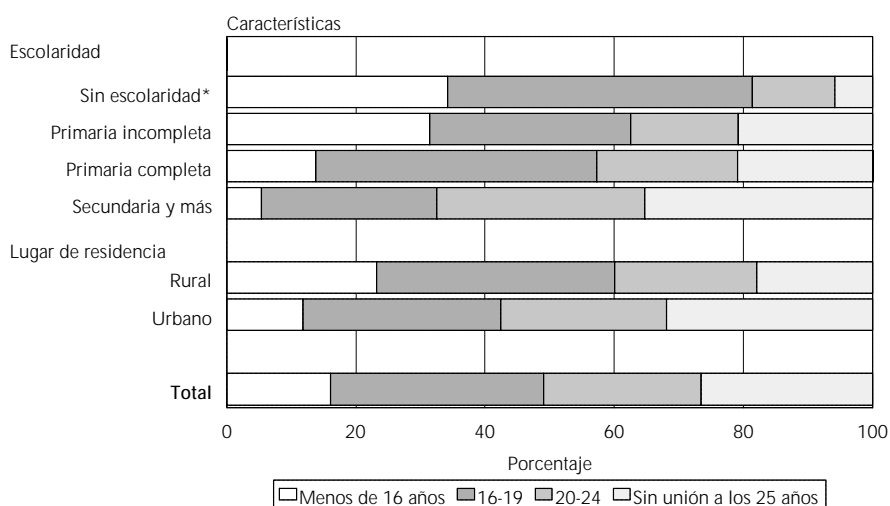
Gráfica 4.
Veracruz: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

Al igual que a escala nacional, en Veracruz el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Poco menos de una de cada cuatro y seis de cada diez mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unieron antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a poco más de una y cuatro de cada diez, en cada caso (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 32.5 por ciento de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres sin escolaridad este valor asciende a más de ocho de cada diez mujeres.

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



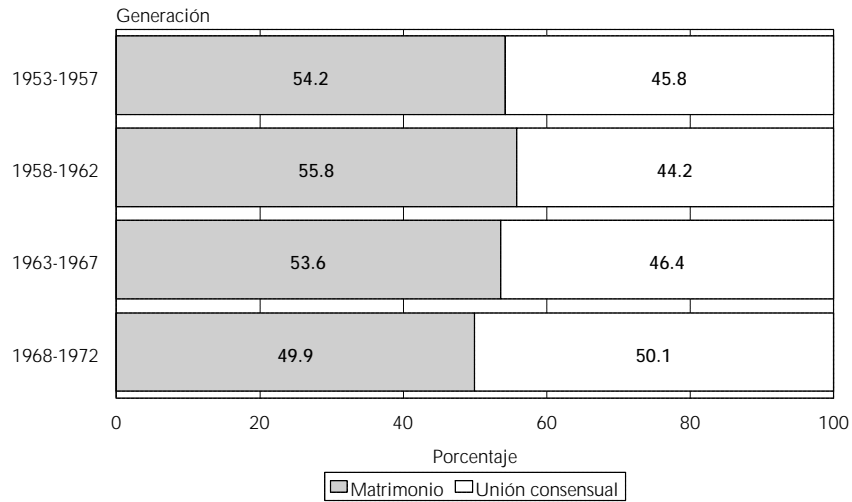
* Menos de 100 casos en muestra

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

Tipo de primera unión

En Veracruz es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre que en el ámbito nacional, y 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, 45.8 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a una de cada dos (50.1%), cifra muy superior a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



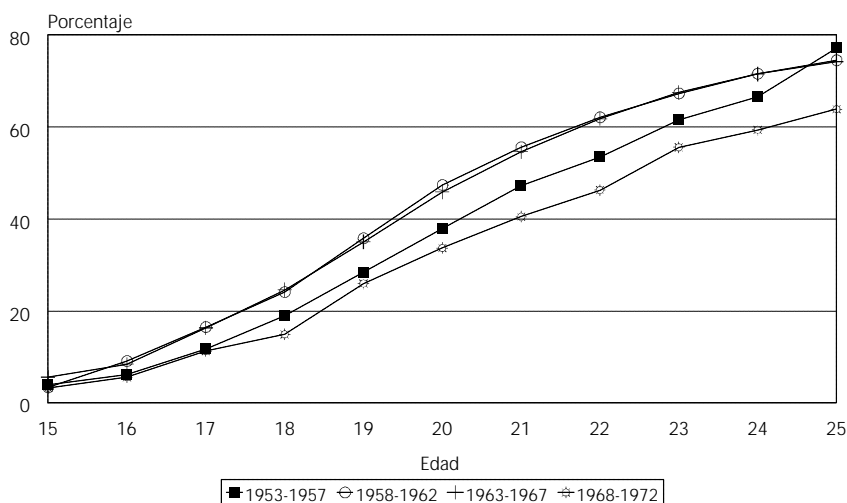
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Veracruz se ha registrado un ligero retraso en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, para las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7). La probabilidad de iniciar la maternidad antes de cumplir 20 años de edad es de poco más de 50 por ciento en las generaciones intermedias; mientras que cuatro de cada diez mujeres de la generación más reciente (1968-1972) presentó este comportamiento (40.5%). A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes poco más de una de cada cuatro (26%) tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

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

Gráfica 7.
Veracruz: 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 laENADID, 1997.

Intervalo protogenésico

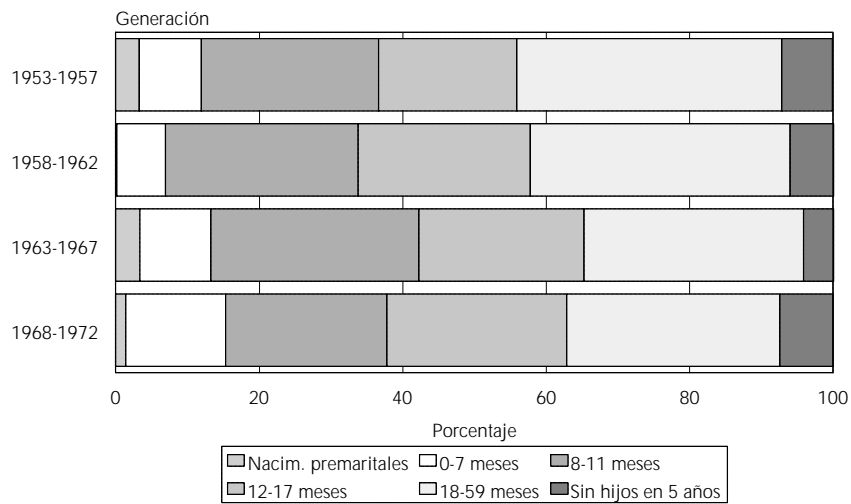
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

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 unidas de cada una de las generaciones observadas (alrededor de 60%) tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio. Antes del primer aniversario de la pareja, más de una de cada tres mujeres de las distintas generaciones tuvo a su primer hijo(a), resaltando las de la generación 1963-1967, cuyo valor ascendió a 42.3 por ciento, lo cual indica que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población de Veracruz (véase gráfica 8). Esta aparente falta de interés por postergar el nacimiento del primer hijo(a) puede ser resultado del predominio de actitudes y valores favorables a la procreación inmediata, o bien a que muchas parejas se unen cuando ya ha ocurrido el embarazo y no tienen oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

En Veracruz, al igual de lo que ocurre en el ámbito nacional, los embarazos premaritales, que comprenden los nacimientos de madres solteras y los que ocurrieron en los primeros siete meses de la unión o matrimonio, son bastante frecuentes y tienden a aumentar en las generaciones más recientes: mientras 11.9 y 6.9 por ciento de las mujeres nacidas en las generaciones 1953-1957 y 1958-1962, respectivamente, iniciaron la maternidad con un embarazo premarital, estos porcentajes ascendieron a 13.3 y 15.3 por ciento en las generaciones más recientes. Aún cuando los datos sugieren que las concepciones premaritales, están aumentando en Veracruz, esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

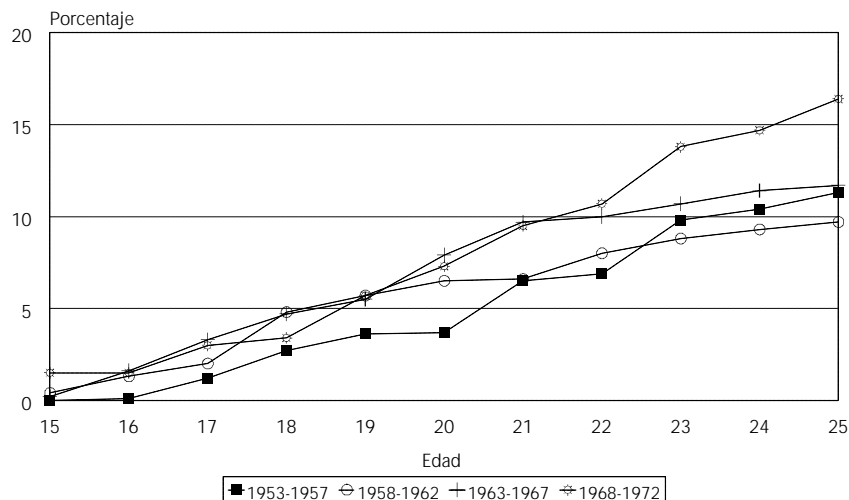
Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Veracruz, se ha producido un aumento en la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad pasó de 11.3 por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1953-1957 a 16.4 por ciento para las mujeres de la generación más reciente.

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



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

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



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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres veracruzanas fue de tres hijos, mientras que para ese mismo año, a nivel nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Veracruz, es prácticamente el mismo que la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.1 hijos), y mayor en 0.4 hijos(as) que el nivel de la fecundidad registrado en 1997 (2.6 hijos).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 3.9 hijos e hijas, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, así como las mujeres de 20 a 24 años de edad, mostraron preferencias por familias más pequeñas (2.6 y 2.7 hijos, en cada caso). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon 4.3 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por 2.4 hijos(as) en promedio, esto es poco menos de dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Las mujeres con bajos niveles de escolaridad (con primaria incompleta y sin escolaridad) presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que en los niveles de escolaridad mayores (primaria completa y secundaria y más) predominan mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.0	3.1
Grupo de edad		
15-19	2.6	0.8
20-24	2.7	1.6
25-29	2.6	2.2
30-34	3.0	3.3
35-39	3.0	3.8
40-44	3.2	4.0
45-49	3.9	5.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.3	4.8
Primaria incompleta	3.3	4.0
Primaria completa	2.8	2.7
Secundaria y más	2.4	1.8
Lugar de residencia		
Rural	3.4	3.5
Urbano	2.7	2.8
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.0	3.9
No habla	2.9	2.9

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.4 y 2.7, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena con respecto a las que no lo hacen (4 y 2.9, en cada caso). A pesar de las diferencias se observa que el número ideal de hijos e hijas es similar a la descendencia alcanzada en todos los casos.

Poco más de la mitad de las mujeres con dos y tres hijos(as), declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, más de 40 por ciento de las mujeres con dos hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que para la mayoría de las mujeres con cuatro o cinco o más descendientes el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos (41.3%), mientras que sólo 1.5 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil de la entidad declaró que su ideal era no tener descendencia.

Deseo de más hijos o hijas

En Veracruz, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (63.2%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10).

Esta situación se presenta con mayor frecuencia en el ámbito urbano que en el rural, de tal forma que en el medio rural el porcentaje es seis puntos menor al del urbano. Asimismo, las mujeres que hablan alguna lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha pero este porcentaje es 5.5 puntos porcentuales mayor al de las mujeres que no hablan una lengua indígena.

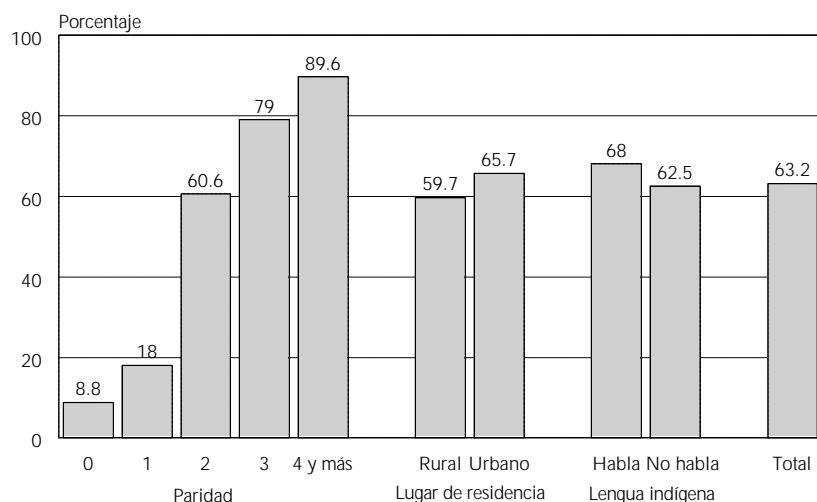
Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su gran mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido dos, cuatro de cada diez expresan este deseo. En contraste, entre las mujeres con tres y cuatro hijos(as) o más, ocho y nueve de cada diez no desean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

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.5	4.4	41.3	28.2	14.2	10.3
0	2.8	13.4	50.9	22.4	6.8	3.7
1	1.0	7.0	61.1	25.3	3.3	2.4
2	1.5	2.0	55.4	27.1	10.6	3.3
3	1.1	3.8	20.1	50.9	16.9	7.1
4	2.1	5.6	37.2	12.5	31.7	10.9
5 y más	1.6	1.2	20.5	24.6	18.3	33.7

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

Gráfica 10.
Veracruz: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que no desea otro hijo 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 tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para poder hacerlo. En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de servicios es gratuita en todas las instituciones del sector público.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Veracruz registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (97.8%) (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que prácticamente no se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos, con excepción de las mujeres que hablan alguna lengua indígena, quienes presentan un valor ocho puntos porcentuales menor al que registran las mujeres que no hablan lengua indígena (90.6% y 98.7%, respectivamente).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Veracruz continúa siendo el más popular: 94.8 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importancia la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (92.3%), las inyecciones (91.2%), el dispositivo intrauterino (DIU) (89.8%) y los condones (87.8%). Entre 1992 y 1997, los mayores incrementos se registraron para los métodos masculinos con aumentos de más de doce puntos

porcentuales. Cabe destacar que el Norplant, al igual que los espermicidas y los métodos naturales (como ritmo y retiro), son los que menos conocen las mujeres veracruzanas (véase gráfica 11).

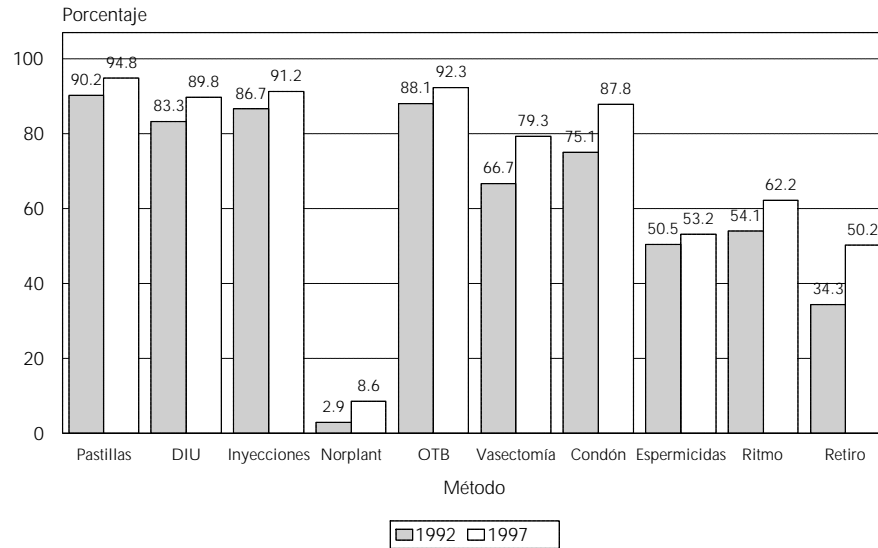
En el ámbito rural se observa un menor conocimiento de métodos de planificación familiar aun cuando fue en este medio donde se registraron los mayores aumentos en el conocimiento de los diversos métodos entre 1992 y 1997 (véase cuadro 4). En las localidades rurales, los métodos modernos de uso femenino son los más conocidos. Las pastillas, la OTB, el DIU y las inyecciones son conocidos por alrededor de nueve de cada diez mujeres en edad fértil. Un porcentaje menor conoce los condones (76.7%), la vasectomía (67.2%); siguiendo en importancia el ritmo (49.3%), el retiro (39%) y los espermicidas (33.7%).

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

Características	1992	1997
Total	93.5	97.8
Grupo de edad		
15-19	91.1	93.9
20-24	95.8	98.5
25-29	96.6	99.1
30-34	94.3	99.5
35-39	90.6	99.1
40-44	95.8	98.8
45-49	91.4	96.7
Paridad		
0	90.9	95.0
1	96.7	99.3
2	97.2	99.4
3	98.4	99.7
4 y más	91.3	98.5
Escolaridad		
Sin escolaridad	79.4	93.6
Primaria incompleta	91.3	96.6
Primaria completa	96.1	97.3
Secundaria y más	97.7	99.6
Lugar de residencia		
Rural	87.3	95.0
Urbano	98.2	99.4
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	90.6
No habla	n.d.	98.7

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

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



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

Cuadro 4.
Veracruz: 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		
	Lugar de residencia			Lugar de residencia		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Pastillas	90.2	82.3	96.1	94.8	90.7	97.2
DIU	83.3	72.9	91.1	89.8	85.3	92.4
Inyecciones	86.7	76.9	94.1	91.2	84.9	95.0
Norplant	2.9	0.8	4.5	8.6	4.7	10.9
OTB	88.1	79.2	94.6	92.3	87.1	95.5
Vasectomía	66.7	48.2	80.5	79.3	67.2	86.4
Condomes	75.1	55.6	89.5	87.8	76.7	94.4
Espermicidas	50.5	33.1	63.4	53.2	33.7	64.8
Ritmo	54.1	37.3	66.6	62.2	49.3	70.0
Retiro	34.3	21.3	43.9	50.2	39.0	57.0

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

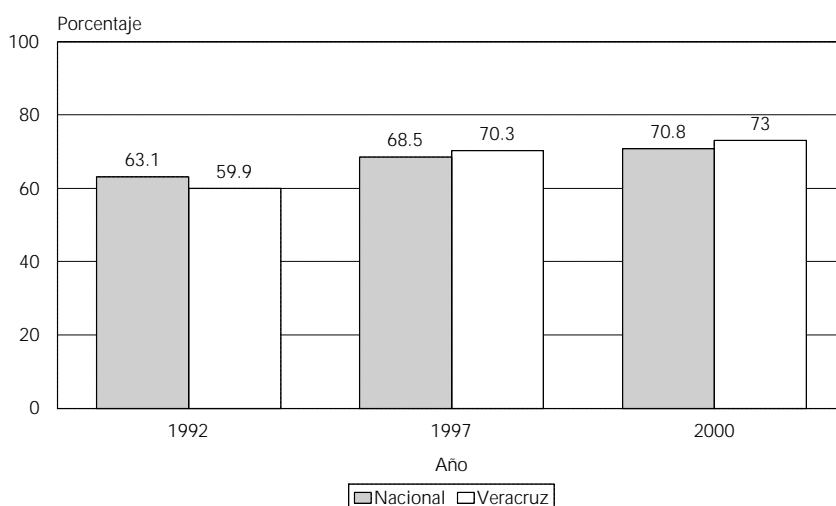
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

Veracruz es una de las entidades federativas del país que se encuentran más avanzadas en el proceso de adopción de la planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 59.9 por ciento, cifra que ascendió sustancialmente a 70.3 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 73 por ciento. Esta prevalencia ubica a la entidad entre las 20 que presentan un nivel de uso mayor al del país en su conjunto (véase gráfica 13).

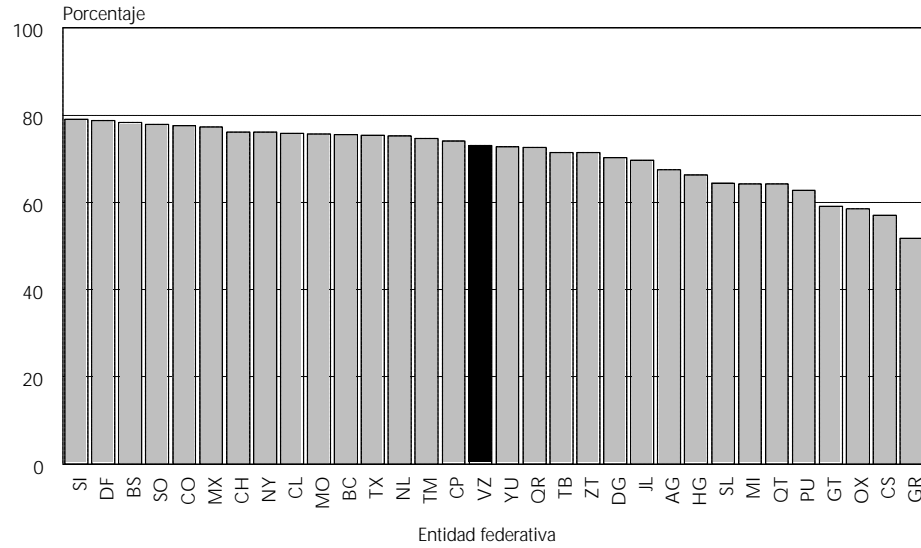
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Veracruz, que se evidencian al desagregar según algunas variables sociodemográficas en el quinquenio 1992-1997 (véase cuadro 5). En este periodo, la prevalencia anticonceptiva se incrementó en casi todos los grupos de edad, destacando las mujeres de 45-49 años, donde el aumento fue de 69.7 por ciento. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 35 a 39 años de edad: en esas edades poco más de ocho de cada diez mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14). Respecto a la paridad, el menor nivel de uso se registra entre las mujeres con paridad cero (32.4%), a pesar del importante incremento observado en el quinquenio 1992-1997.

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



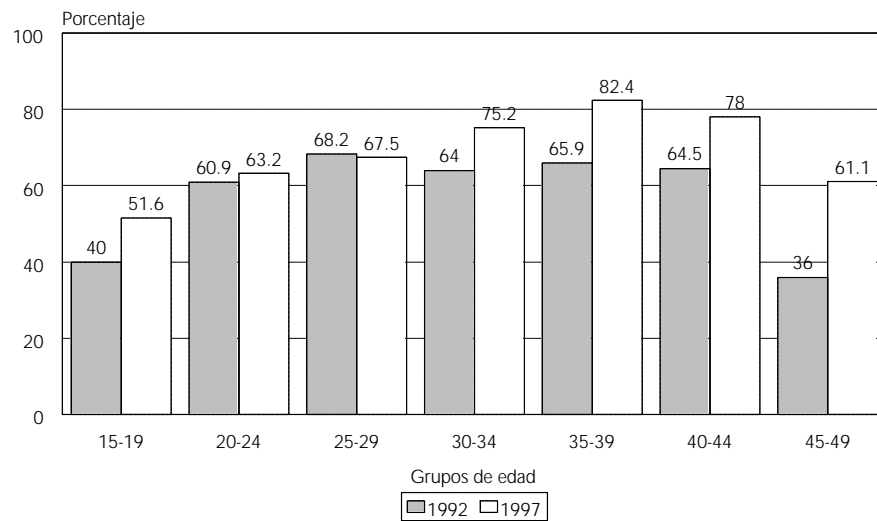
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en laENADID, 1992 y 1997.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

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

Características	1992	1997
Total	59.9	70.3
Grupo de edad		
15-19	40.0*	51.6
20-24	60.9	63.2
25-29	68.2	67.5
30-34	64.0	75.2
35-39	65.9	82.4
40-44	64.5	78.0
45-49	36.0	61.1
Paridad		
0	19.3*	32.4
1	58.7	60.8
2	65.5	73.4
3	78.5	83.0
4 y más	57.0	74.4
Escolaridad		
Sin escolaridad	42.1	56.7
Primaria incompleta	54.1	66.5
Primaria completa	66.1	72.7
Secundaria y más	73.6	77.1
Lugar de residencia		
Rural	45.7	61.6
Urbano	72.7	76.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	59.9
No habla	n.d.	71.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad (56.7%), las que hablan una lengua indígena (59.9%) y las que residían en localidades rurales (61.6%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

En Veracruz, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos ha seguido una tendencia similar al patrón nacional. En 1992, el método más usado era la OTB, el cual concentraba a la mitad de las usuarias, le seguían el DIU (15%), las pastillas (14.4%) y como cuarta opción estaban los métodos naturales (11.3%). Cinco años después esta distribución había cambiado, debido a la reducción en el uso de la pastilla, la cual pasó a ocupar el cuarto lugar de preferencia (7.6%) en 1997. El porcentaje de usuarias de la OTB fue de 53.6 por ciento, mientras que el porcentaje de usuarias del DIU fue de 18.8 por ciento, y los métodos naturales se ubicaron en 11.8 por ciento (véase cuadro 6).

Los cambios en la distribución de usuarias por tipo de método se deben principalmente al aumento registrado en el ámbito rural. Las usuarias residentes en localidades urbanas casi no presentan diferencias respecto a 1992, con excepción del incremento de la OTB, cuyo porcentaje de usuarias aumentó 6.8 puntos. En el medio rural, entre 1992 y 1997 se dio un incremento acelerado en el uso del DIU, de 13.6 puntos porcentuales, y de los métodos naturales, de 7.1 puntos porcentuales, disminuyendo el peso relativo de las pastillas en 13.5 puntos.

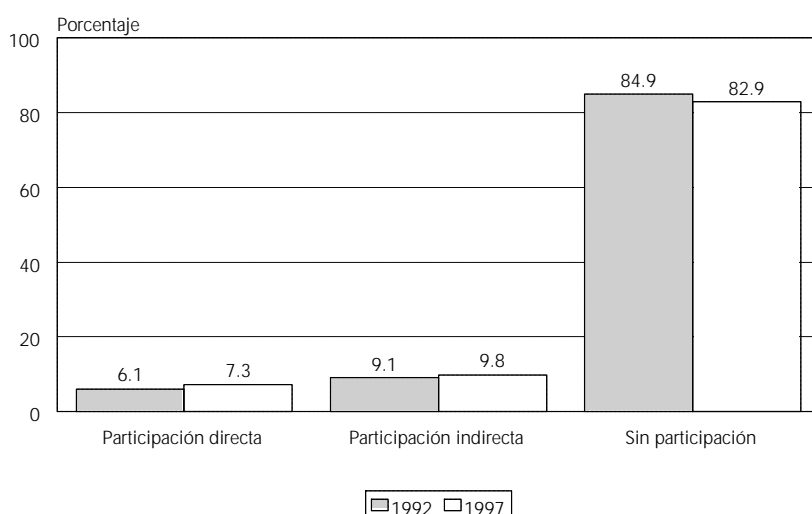
Cuadro 6.
Veracruz: distribución porcentual de mujeres en edad fértil
usuarias de anticonceptivos por tipo de método, según lugar de residencia, 1992 y 1997

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	14.4	21.4	10.6	7.6	7.9	7.5
DIU	15.0	11.6	16.8	18.8	25.2	15.3
Inyecciones	5.1	4.9	5.2	4.0	3.2	4.4
Locales	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0
Condomes	2.7	3.5	2.3	3.5	2.1	4.2
OTB	50.8	46.2	53.3	53.6	41.3	60.1
Vasectomía	0.5	0.0	0.8	0.7	0.7	0.8
Naturales	11.3	12.5	10.6	11.8	19.6	7.7

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

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 en 1997 por 0.7 y 3.5 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Veracruz. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan poco menos de dos de cada diez usuarias unidas (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 7.3 por ciento de las usuarias y en el segundo 9.8 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa e indirecta del varón aumentó ligeramente entre 1992 y 1997.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo

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

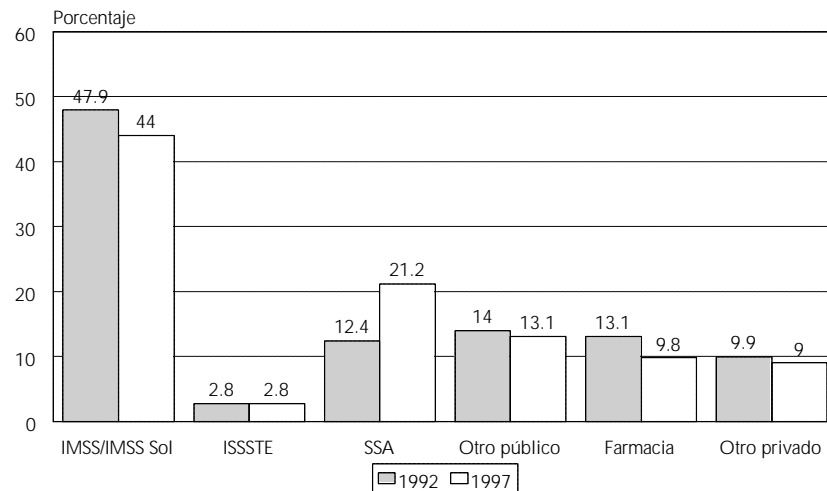
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Veracruz ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 77.1 por ciento en 1992 a 81.2 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 22.9 a 18.8 por ciento entre esos años. Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS, que atendió a 44 por ciento de las usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a poco más de una de cada cinco (21.2%). Cabe señalar que, entre 1992 y 1997, la SSA incrementó su participación como fuente de obtención de métodos anticonceptivos en 71 por ciento; mientras que el IMSS redujo ligeramente su participación relativa entre esos años (véase gráfica 16).

Gráfica 16.

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



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

El crecimiento de la SSA como fuente de obtención de anticonceptivos se dio tanto en el ámbito urbano como en el rural: en el primero pasó de 10.7 a 17 por ciento, entre 1992 y 1997, y en el ámbito rural su participación relativa se duplicó, al pasar de 15.5 a 30.3 por ciento. El IMSS continuó siendo la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos tanto en las localidades rurales como urbanas a pesar de que redujo ligeramente su participación en ambos contextos (véase cuadro 7).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de 94.5 por ciento de las usuarias del DIU y de 88.1 por ciento de las que optaron por la OTB (véase cuadro 8). En contraste, los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen más frecuentemente en el sector privado: alrededor de tres de cada cuatro usuarias de inyecciones y de condones, así como cerca de la mitad de las de pastillas acudieron a este sector para su obtención.

Cuadro 7.
Veracruz: 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	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS	47.9	55.6	43.9	44.0	53.1	39.7
ISSSTE	2.8	0.9	3.8	2.8	1.1	3.6
SSA	12.4	15.5	10.7	21.2	30.3	17.0
Otro público	14.0	7.9	17.1	13.1	6.5	16.2
Farmacia	13.1	12.6	13.4	9.8	3.5	12.8
Otro	9.9	7.5	11.1	9.0	5.4	10.7

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

Cuadro 8.
Veracruz: 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	81.2	18.8
Pastillas	54.2	45.8
DIU	94.5	5.5
Inyecciones*	24.3	75.7
Condomes*	23.0	77.0
OTB	88.1	11.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Anticoncepción posparto

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

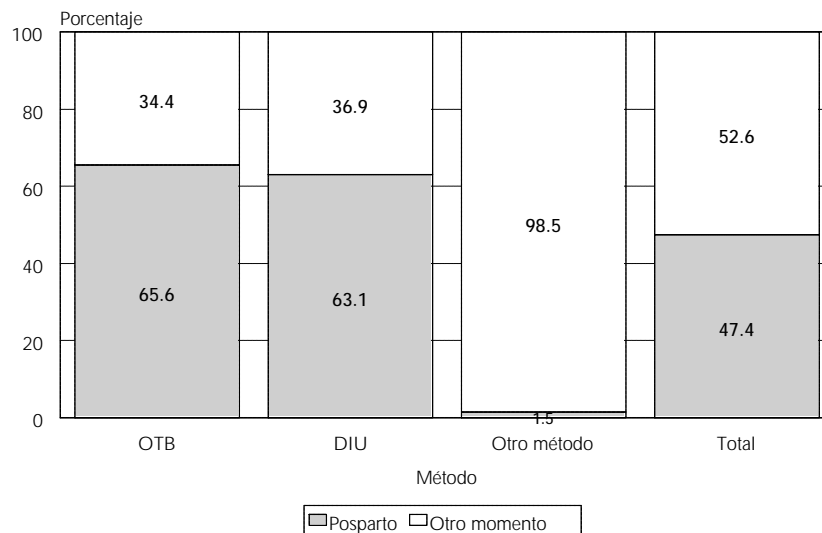
Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de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

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. A escala nacional, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que recurría a la práctica de la planificación familiar en 1997 inició el uso del método actual en el posparto.⁶

La importancia de estos programas en Veracruz se manifiesta en el hecho de que 47.4 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, poco menos de dos de cada tres usuarias de la OTB (65.6%) y 63.1 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese momento.

Gráfica 17.

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



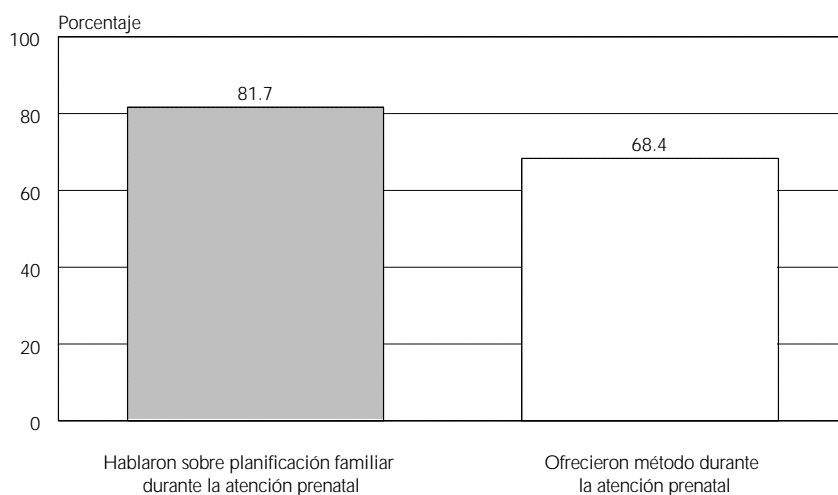
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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).

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

En Veracruz, poco más de ocho de cada diez mujeres (81.7%) que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo(a) nacido vivo durante el periodo 1994-1997, declararon haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y 68.4 por ciento reportó que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

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



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

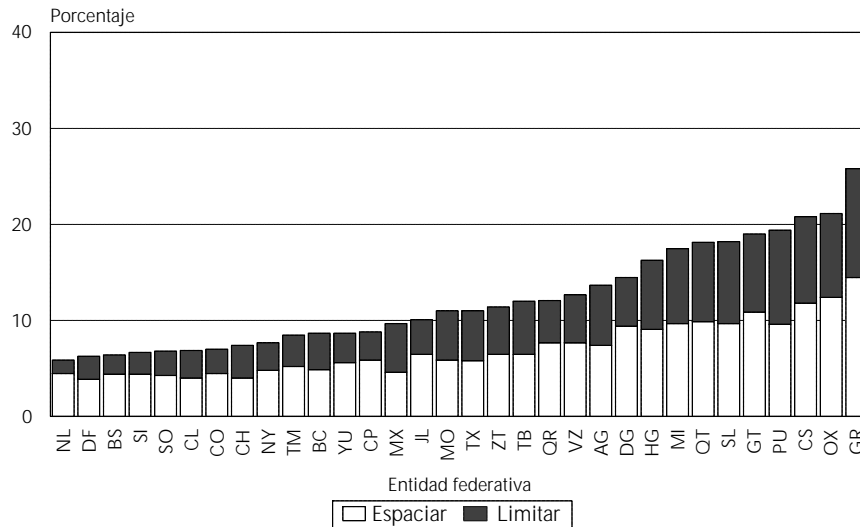
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Veracruz, para el año de 1997, fue del orden de 12.7 por ciento, lo que ubicó al estado entre las doce entidades federativas que presentaron un nivel mayor al del país en su conjunto en ese mismo año (véase gráfica 19).

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



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

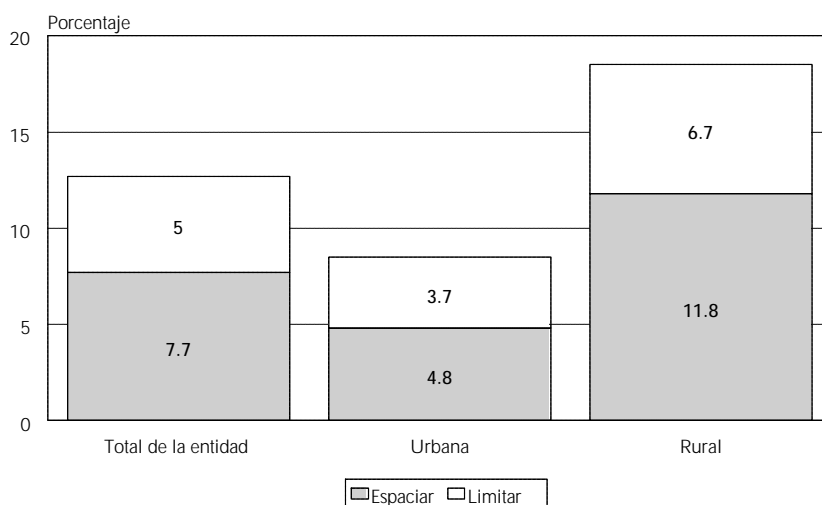
El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: a) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y superior a la media estatal, en los tres grupos de edad menores de 30 años; de 28.8, 23.4 y 16.6 por ciento para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29, respectivamente; b) respecto a los distintos grupos socioeconómicos, las mujeres que hablan una lengua indígena son las que presentan un mayor porcentaje de demanda insatisfecha: entre ellas, 22 por ciento se encuentra en esta situación; c) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es más del doble del que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); d) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, e) las mujeres con un hijo(a) presentan un nivel de demanda insatisfecha mayor que las mujeres de cualquier otra paridad (18.3%).

Cuadro 9.
Veracruz: 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
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar		
Total	70.3	25.7	44.6	12.7	7.7	5.0	6.4	9.0
Edad quinquenal								
15-19	51.6	49.6	2.1	28.8	27.6	1.2	17.0	0.0
20-24	63.2	52.1	11.1	23.4	18.9	4.5	11.5	0.0
25-29	67.5	36.6	31.0	16.6	10.9	5.7	10.7	2.8
30-34	75.2	23.3	51.9	9.9	3.0	6.9	5.0	7.0
35-39	82.4	15.1	67.3	6.5	1.6	4.9	2.3	7.5
40-44	78.0	4.6	73.4	5.6	0.6	5.1	1.5	14.9
45-49	61.1	1.3	59.8	3.7	0.1	3.6	0.0	35.2
Paridad								
0	32.4	32.2	0.2	12.7	12.7	0.0	39.0	14.3
1	60.8	58.7	2.1	18.3	16.7	1.6	10.1	8.9
2	73.4	29.0	44.4	12.1	7.8	4.2	5.3	6.4
3	83.0	16.7	66.3	8.8	6.5	2.3	1.1	6.0
4 y más	74.4	8.2	66.2	11.9	2.0	9.9	1.1	11.6
Escolaridad								
Sin escolaridad	56.7	10.0	46.7	16.9	6.7	10.2	3.9	19.6
Primaria incompleta	66.5	17.9	48.6	16.3	9.3	7.0	5.6	10.2
Primaria completa	72.7	23.9	48.9	13.3	9.2	4.1	5.9	6.6
Secundaria y más	77.1	39.7	37.4	7.3	5.5	1.9	8.2	5.6
Lugar de residencia								
Urbano	76.6	25.9	50.6	8.6	4.8	3.8	4.9	8.3
Rural	61.6	25.4	36.2	18.3	11.7	6.7	8.4	10.0
Condición de habla de lengua indígena								
Habla	59.9	20.0	40.0	22.0	12.6	9.4	6.6	10.6
No habla	71.9	26.6	45.3	11.2	6.9	4.3	6.3	8.8

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

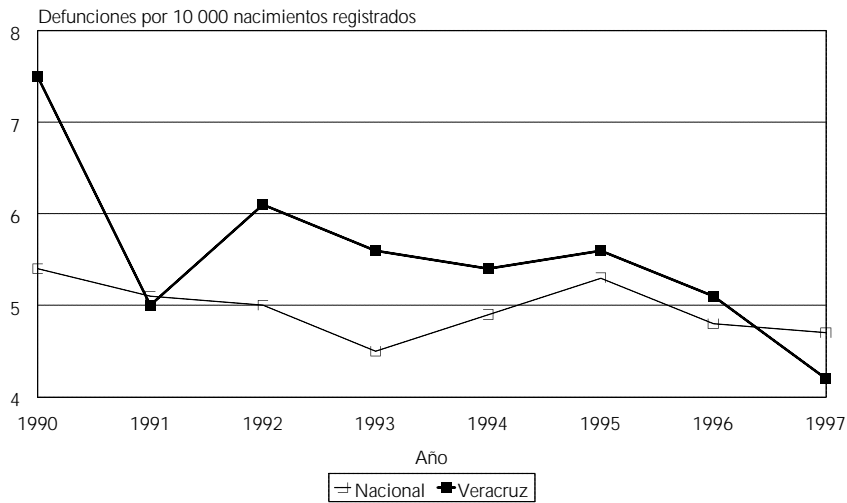
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Veracruz, la tasa de mortalidad materna registró una clara tendencia a la baja durante la década de los noventa, y en 1997 se ubicó por abajo del nivel registrado en el país en su conjunto (véase gráfica 21). En 1990, la tasa de mortalidad materna en el estado fue de 7.5 defunciones por diez mil nacidos vivos, descendió a cinco defunciones en 1991 y en el siguiente año se ubicó en 6.1 defunciones; a partir de entonces este indicador fue disminuyendo paulatinamente, hasta ubicarse en 4.2 defunciones por diez mil nacidos vivos en 1997, o sea, 0.5 puntos menos que el ámbito nacional.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Veracruz 410 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 339 en el periodo 1995-1997.⁷ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Más de seis de cada diez mujeres (61.4%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada cuatro tenía 35 años o más y 13.9 por ciento tenía menos de 20 años de edad.

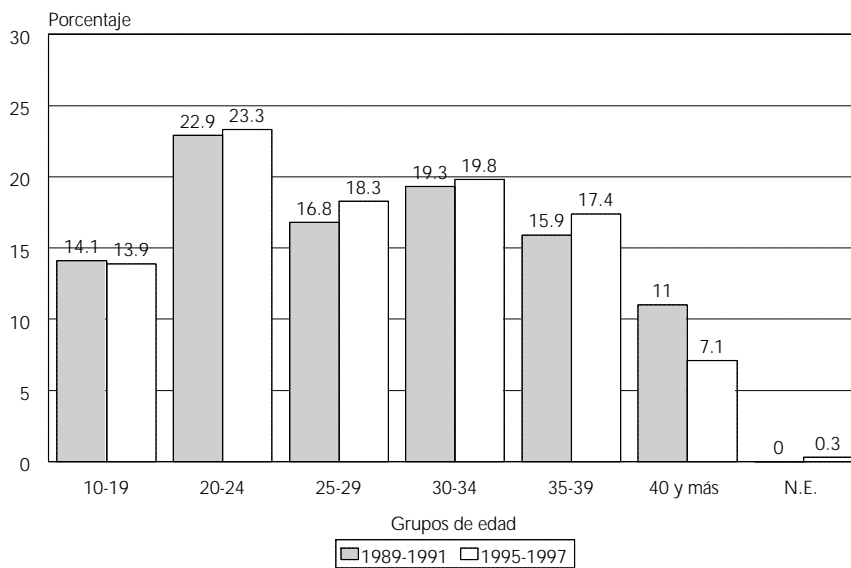
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inicia el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



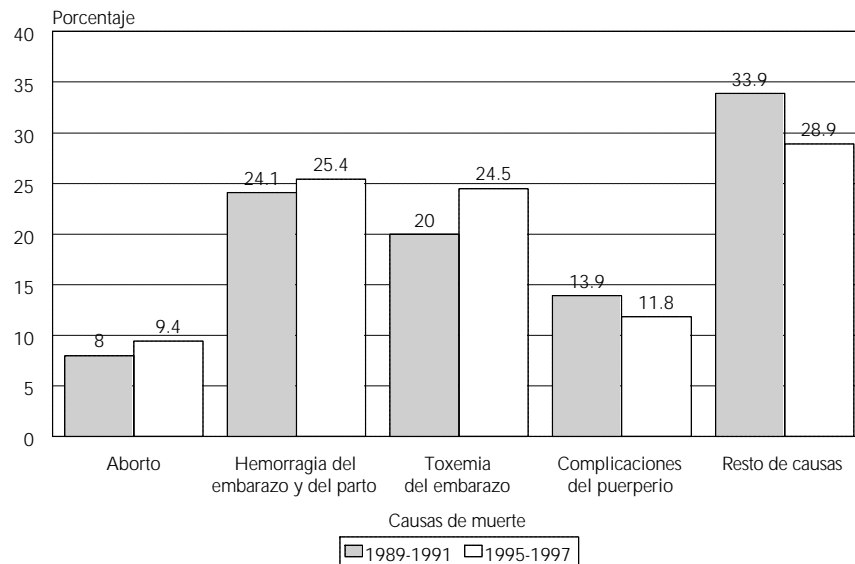
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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 Veracruz, las hemorragias del embarazo y del parto fueron la principal causa de muerte materna, y su importancia relativa aumentó ligeramente en los años noventa, al pasar de 24.1 por ciento en el periodo 1989-1991 a 25.4 por ciento en el de 1995-1997 (véase gráfica 23). La toxemia del embarazo fue la segunda causa más importante en el último periodo de referencia, y con respecto al periodo 1989-1991, su peso relativo también se incrementó, al pasar de 20 a 24.5 por ciento. Las complicaciones del puerperio redujeron su participación relativa durante la década de los noventa (de 13.9% a 11.8% en los periodos de referencia) y se mantuvieron como la tercera causa de muerte materna. Por su parte, el aborto casi no registró cambios en su participación relativa y fue responsable de 9.4 por ciento de los decesos en el último periodo analizado.

Gráfica 23.
Veracruz: 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 en 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 Veracruz, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto se ha reducido ligeramente en los últimos años. En 1992, 21.3 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 representó 19.3 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

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

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

En Veracruz, poco más de nueve de cada diez mujeres (91.2%) que tuvieron a su último y penúltimo hijo durante el periodo 1994-1997 recibió algún tipo de atención prenatal. Este porcentaje es el séptimo más bajo del país, únicamente delante de los estados de México, Puebla, Michoacán, Chiapas, Oaxaca y Guerrero. Asimismo, Veracruz registra el cuarto porcentaje más elevado de mujeres que recibieron atención por parte de una partera (13.8%), y el quinto menor porcentaje, de todas las entidades federativas, que acudió con un médico a consulta prenatal (72.7%) (véase cuadro 10). En contraste, en entidades como Nuevo León y el Distrito Federal este porcentaje es superior a 97 por ciento.

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

Cuadro 10.
Veracruz: 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	72.7	4.8	13.8	8.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	64.8	8.3	14.2	12.6
20-34	75.6	4.0	13.3	7.1
35-49*	65.4	2.7	16.9	15.0
Orden de nacimiento				
1	85.3	5.1	7.9	1.6
2	77.8	4.0	8.2	10.1
3	68.6	5.9	15.6	9.9
4 o más	57.2	4.4	24.4	14.1
Escolaridad				
Sin escolaridad	54.2	3.4	27.4	15.0
Primaria incompleta	58.2	6.2	24.6	11.1
Primaria completa	74.1	6.6	5.9	13.3
Secundaria y más	94.2	2.6	2.7	0.5
Lugar de residencia				
Urbano	79.3	3.6	11.1	6.1
Rural	66.0	5.9	16.5	11.6
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	60.0	6.3	20.7	13.0
No habla	75.1	4.5	12.5	8.0

* Menos de 100 casos en muestra.

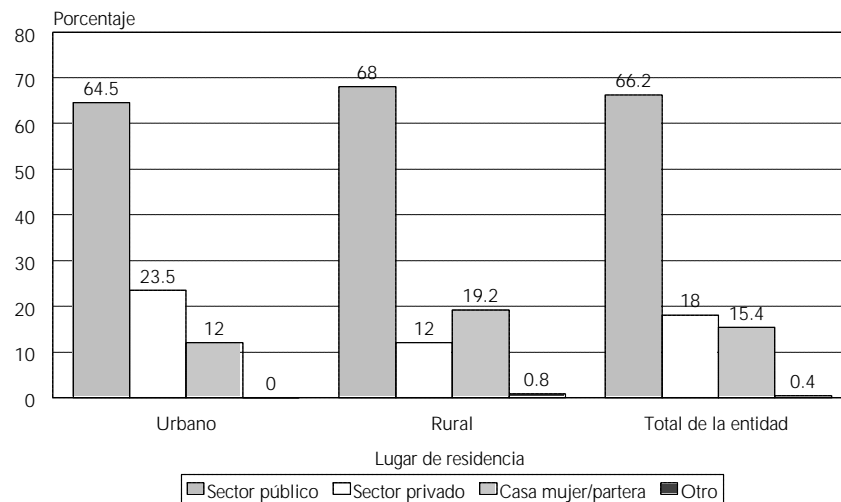
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquellas sin escolaridad y de 35 años de edad o más (15% en cada caso), las que tienen cuatro hijos(as) o más (14.1%), que hablan una lengua indígena (13%) y las mujeres que viven en el medio rural (11.6%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (94.2%), entre las primíparas (85.3%), y entre las que viven en localidades urbanas (79.3%). La escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a dos de cada tres mujeres embarazadas (66.2%) que solicitaron esta atención; el sector privado atendió a 18 por ciento de las demandantes de este servicio, y las parteras atendieron a 15.4 por ciento. El mayor porcentaje de usuarias de los servicios del sector público se localizó en las zonas rurales (68%).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Veracruz, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 66.4 por ciento; 28.5 por ciento inició en el segundo trimestre; y sólo cinco por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que cuatro de cada diez mujeres sin escolaridad iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la

proporción ascendió a tres de cada cuatro entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las mujeres que no hablan lengua indígena respecto a las que hablan (70% contra 46%) y entre las residentes de las zonas urbanas respecto a las de las rurales (71.2% contra 61.3%).

Cuadro 11.
Veracruz: 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	66.4	28.5	5.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	61.4	32.2	6.4
20-34	68.4	26.8	4.8
35-49*	59.4	37.1	3.5
Escolaridad			
Sin escolaridad*	38.9	56.8	4.3
Primaria incompleta	66.8	26.6	6.6
Primaria completa	69.7	25.4	4.9
Secundaria y más	74.4	21.6	4.0
Lugar de residencia			
Urbano	71.2	24.4	4.4
Rural	61.3	33.0	5.7
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	46.0	47.7	6.3
No habla	70.0	25.2	4.8

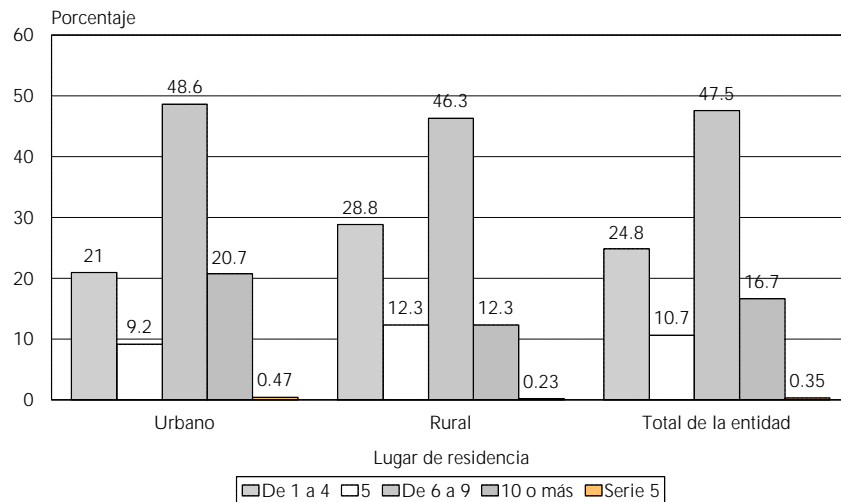
* Menos de 100 casos en muestra.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Veracruz, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.2 consultas de atención prenatal (7.7 en las áreas urbanas y 6.6 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que una de cada cuatro mujeres veracruzanas recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 28.8 por ciento entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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

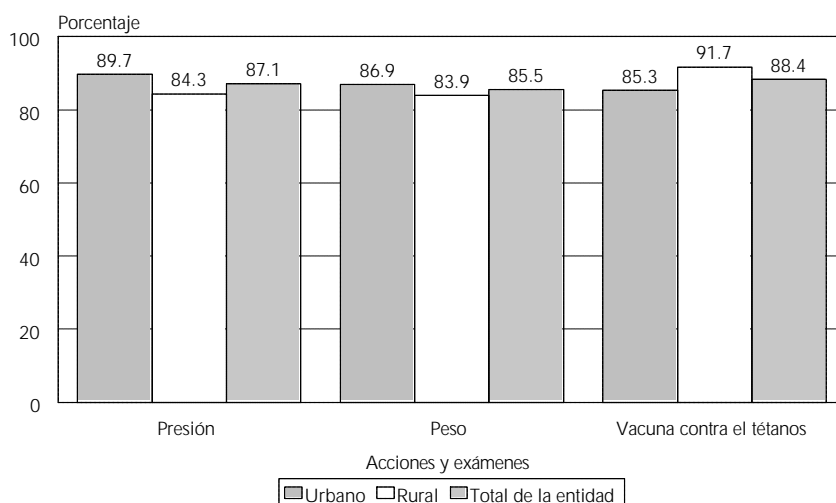


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 87.1 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial, a 85.5 por ciento se le pesó, y a 88.4 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores, con excepción de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, ubican al estado de Veracruz por debajo de las cifras nacionales (91.4 por ciento para el peso, 92.3 por ciento para la presión, y 80.2 por ciento de vacunación).

Es importante señalar que si bien el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, las diferencias entre ambos contextos no son acentuadas. 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 (91.7% contra 85.3% en áreas urbanas).

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



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. El estado de Veracruz ha quedado bastante rezagado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, poco menos de dos de cada tres alumbramientos fueron atendidos por un médico (65.8%). En contraparte, la partera atendió 27 por ciento de los partos.

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto entre las mujeres que hablan una lengua indígena (42.9%), las que tienen cuatro o más hijos(as) (42%), las menos escolarizadas (40.7% y 39.2% entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, respectivamente), y entre las que residen en localidades rurales (34.3%) (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Veracruz: 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	65.8	3.4	27.0	3.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	60.7	6.8	29.5	3.0
20-34	67.8	1.9	26.7	3.6
35-49*	60.0	8.8	23.0	8.2
Orden de nacimiento				
1	80.0	2.8	14.3	2.9
2	73.0	4.0	21.2	1.9
3	64.3	0.9	33.1	1.7
4 o más	45.5	4.9	42.0	7.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	42.9	5.7	40.7	10.7
Primaria incompleta	51.2	4.0	39.2	5.5
Primaria completa	66.2	4.4	28.9	0.5
Secundaria y más	90.7	1.1	6.8	1.5
Lugar de residencia				
Urbano	74.1	2.8	19.8	3.2
Rural	57.2	4.0	34.3	4.5
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	42.5	7.4	42.9	7.2
No habla	70.1	2.7	24.0	3.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, tres de cada diez nacimientos (30.4%) ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en la casa de la mujer o de la partera y siete de cada diez (68.6%) se atendieron en una institución de salud: 27.7 por ciento acudió al IMSS, 15.5 por ciento se atendió en la Secretaría de Salud, 13 por ciento en otra institución pública y 11.4 por ciento lo hizo en una institución privada (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS (40%), que las mujeres con niveles de escolaridad inferiores. En estas últimas, después de la atención en casa, los servicios de la SSA son los más utilizados, siguiendo en importancia numérica el IMSS. En el medio urbano, las mujeres acudieron con más frecuencia a instituciones del sector salud, mientras que en el ámbito rural cuatro de cada diez partos fueron atendidos en casa.

Cuadro 13.
Veracruz: 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	27.7	1.0	15.5	13.0	11.4	30.4	1.0
Escolaridad							
Sin escolaridad	15.0	0.0	18.7	5.7	8.4	52.2	0.0
Primaria incompleta	24.1	0.4	13.9	11.0	4.4	43.3	2.8
Primaria completa	23.8	1.1	24.2	5.7	14.6	30.1	0.5
Secundaria y más	40.0	1.9	9.3	23.7	17.5	7.6	0.0
Lugar de residencia							
Urbano	27.5	1.4	13.3	19.0	15.2	22.7	0.9
Rural	27.9	0.5	17.8	6.9	7.5	38.3	1.1
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	27.8	1.3	8.3	9.4	3.0	50.2	0.0
No habla	27.7	0.9	16.8	13.6	12.9	26.8	1.2

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

Tipo de parto

En asociación directa con el alto porcentaje de nacimientos que son atendidos por parteras, Veracruz presenta el quinto menor porcentaje de partos que son resueltos mediante cesárea. El porcentaje de partos vaginales ocurridos en el periodo 1994-1997 ascendió a 80.8 por ciento; esto implica que sólo 19.2 por ciento de los partos terminó en cesárea, valor muy por debajo del promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado, 43.6 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el IMSS y en otras instituciones públicas, este valor fue de alrededor de tres de cada diez partos; por su parte, en la SSA este valor era de poco más de uno de cada diez (11.6%). Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder el 20 por ciento de los nacimientos.

Cuadro 14.
Veracruz: 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	80.8	19.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	83.8	16.2
20-34	80.6	19.4
35-49*	74.2	25.8
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	70.4	29.6
SSA	88.4	11.6
Otras públicas	69.3	30.7
Sector privado	56.4	43.6
Lugar de residencia		
Urbano	72.8	27.2
Rural	88.8	11.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

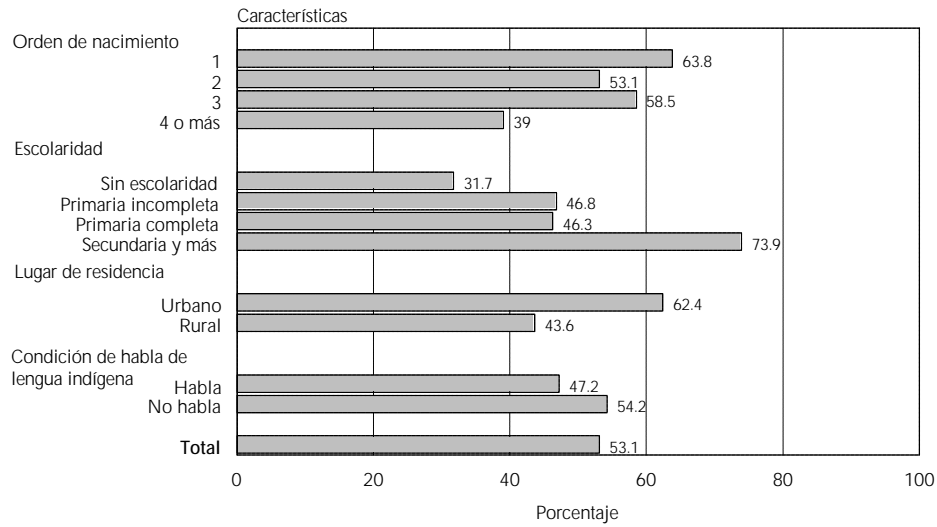
Atención durante el puerperio

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

En el estado de Veracruz, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (53.1%) fue menor al promedio nacional, y es el octavo más bajo de todas las entidades federativas.

Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las que no tenían nivel de instrucción alguno (31.7% a diferencia de 73.9% de las mujeres con secundaria y más), las que tenían cuatro hijos(as) o más (39% por 63.8% de las primíparas), las del medio rural (43.6% contra 62.4% del medio urbano) y las mujeres que hablan alguna lengua indígena (47.2% contra de 54.2% de las que no tienen esa condición) (véase gráfica 27).

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



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

6 Lactancia materna

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

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

Veracruz se encuentra entre los siete estados del país con el mayor porcentaje de mujeres que practican la lactancia —91.3 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997— y junto con Puebla, presenta la sexta duración mediana más larga (12.8 meses) de todo el país, sólo superada en Yucatán (12.9 meses), Hidalgo (14.3 meses), Guerrero (14.4 meses), Chiapas (14.5 meses) y Oaxaca (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socio-económicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos se registran entre los hijos(as) de mujeres de 35 años o más, y entre aquéllos cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (85.7% y 87.8%, respectivamente). En el medio rural, 92.4 por ciento de los niños y niñas fueron amamantados y la mitad de ellos(as) ya habían sido destetados(as) a los 16.2 meses, mientras que 90.1 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de doce meses (véase cuadro 16). Un elevado porcentaje de los hijos e hijas de mujeres que hablan alguna lengua indígena recibieron leche materna (94.4%), lo que muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada entre la población indígena.

Edad de la ablactación

La Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente recomienda que la introducción de alimentos distintos a la leche materna tenga lugar entre los cuatro y ocho meses de edad. Una ablactación temprana incrementa el

riesgo de que se presenten enfermedades digestivas y alergias a algunos alimentos en los y las recién nacidas, mientras que una tardía se asocia a deficiencias en el crecimiento y la nutrición infantil.

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

Total	91.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	92.9
20-34	91.4
35-49*	85.7
Escolaridad	
Sin escolaridad	93.9
Primaria incompleta	89.0
Primaria completa	91.1
Secundaria y más	92.5
Lugar de atención del parto	
Sector público	93.5
Sector privado	87.8
Casa	89.6
Lugar de residencia	
Urbano	90.1
Rural	92.4
Condición de habla de lengua indígena	
Habla	94.4
No habla	90.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Cuadro 16.
Veracruz: 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	6.5	4.1	9.7
Mediana	12.8	12.0	16.2
Tercer cuartil	20.4	18.6	24.2

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

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Veracruz, seis de cada diez niños y niñas fueron ablactados(as) antes de los cuatro meses, 6.4 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos y 28.9 por ciento lo hizo durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.4 meses, ligeramente mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente entre las y los hijos de mujeres con secundaria y más (72.6%), en las zonas urbanas (69.5%), y entre las y los niños cuyas madres tenían entre 35 y 49 años de edad (67.1%). La ablactación tardía es una práctica recurrente en determinados grupos sociales de la entidad: ésta se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres sin escolaridad (18.8%), entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (15.4%) y en el medio rural (10.3%). Sin embargo, las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observaron entre los hijos(as) de mujeres que hablaban alguna lengua indígena (41.9%), (véase cuadro 17).

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

	Meses				
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	No ha ablactado
Total	27.1	33.0	28.9	6.4	4.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	28.6	26.9	30.9	7.8	5.7
20-34	25.7	34.8	28.8	6.1	4.6
35-49*	36.2	30.9	24.6	6.5	1.7
Escolaridad					
Sin escolaridad*	19.8	26.1	31.4	18.8	3.9
Primaria incompleta	16.5	37.9	33.8	7.2	4.7
Primaria completa	33.7	25.4	30.0	5.6	5.3
Secundaria y más	36.0	36.6	22.3	0.9	4.3
Lugar de residencia					
Urbano	31.5	38.0	24.5	2.5	3.4
Rural	22.6	27.9	33.4	10.3	5.8
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	9.0	23.2	41.9	15.4	10.4
No habla	30.5	34.8	26.5	4.7	3.5

* Menos de 100 casos en muestra.

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

7 Mortalidad infantil

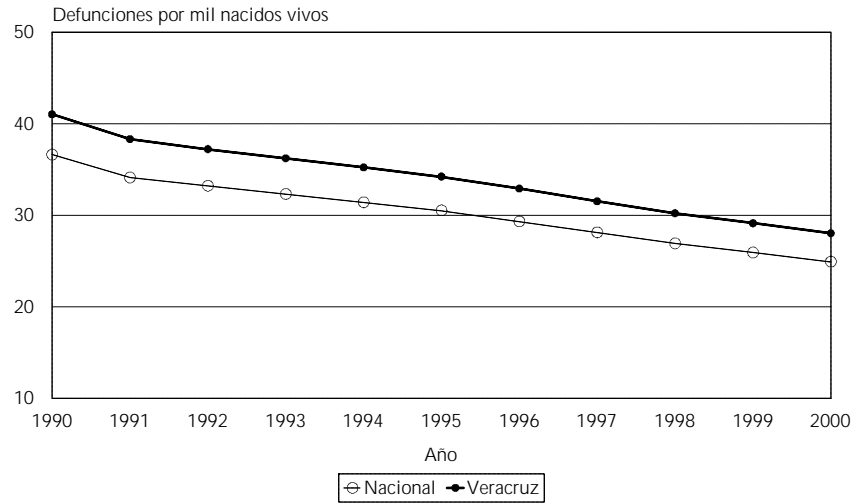
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían, en promedio,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

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

En el estado de Veracruz, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 41 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 28 por mil en el 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 31.7 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Veracruz es 41.4 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil registrado; y es la cuarta más elevada del país, sólo superada por las tasas registradas en Guerrero (29.7 defunciones por mil), Oaxaca (31.7 por mil) y Chiapas (31.9 por mil) (véase gráfica 29).

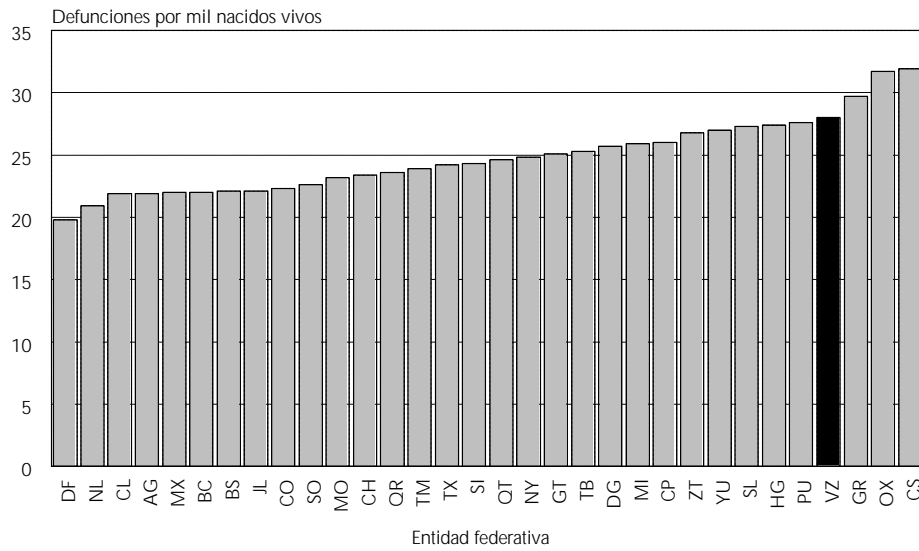
En Veracruz, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa experimentó una importante reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención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

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



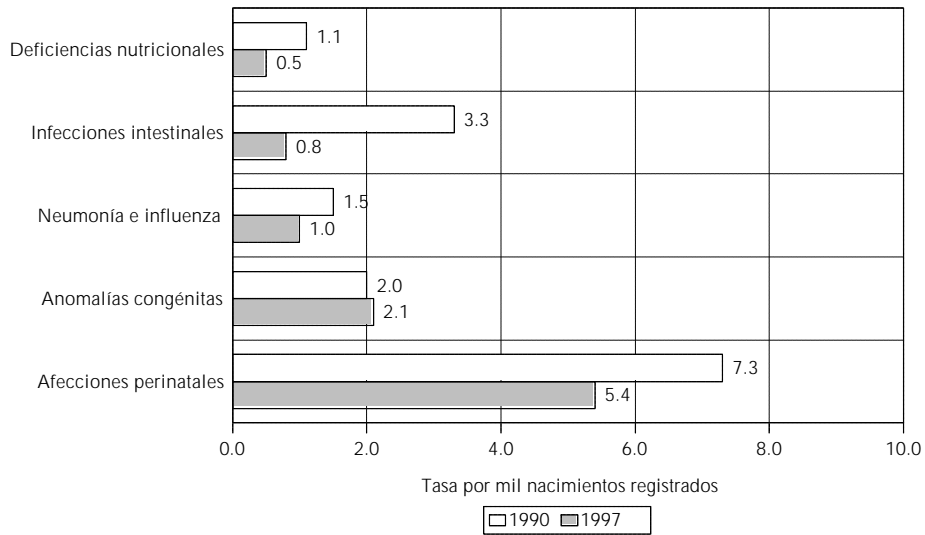
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

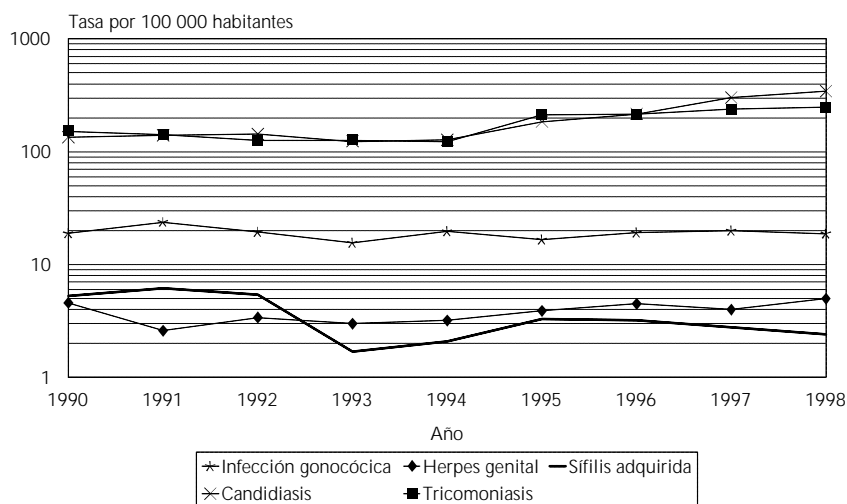
En México, como en otros países, existe un subregistro de las ETS. Esto se debe a que a menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades.

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

Las ETS de nueva generación son susceptibles de ser 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 Veracruz, las principales ETS registraron un aumento muy importante en su grado de incidencia a partir de 1995, y los niveles alcanzados en 1998 son mayores a los registrados en el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 344.7 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 247.5 casos por 100 mil (véase gráfica 31). Esto significa que Veracruz era el estado con el noveno nivel más alto de incidencia de candidiasis urogenital y sexto nivel más alto de tricomoniasis urogenital de todas las entidades del país. La incidencia de las ETS clásicas presentaron un comportamiento irregular en el estado. La incidencia de la gonorrea osciló entre 15 y 24 casos por 100 mil habitantes, y el nivel alcanzado en 1998 fue de 18.8 casos por 100 mil. En el caso de sífilis adquirida, ésta pasó de 5.3 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 2.4 en 1998. Cabe destacar que la incidencia de estas enfermedades en 1998 era 20.5 y 33.3 por ciento mayor en Veracruz que la registrada para el ámbito nacional.

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



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

VIH/SIDA

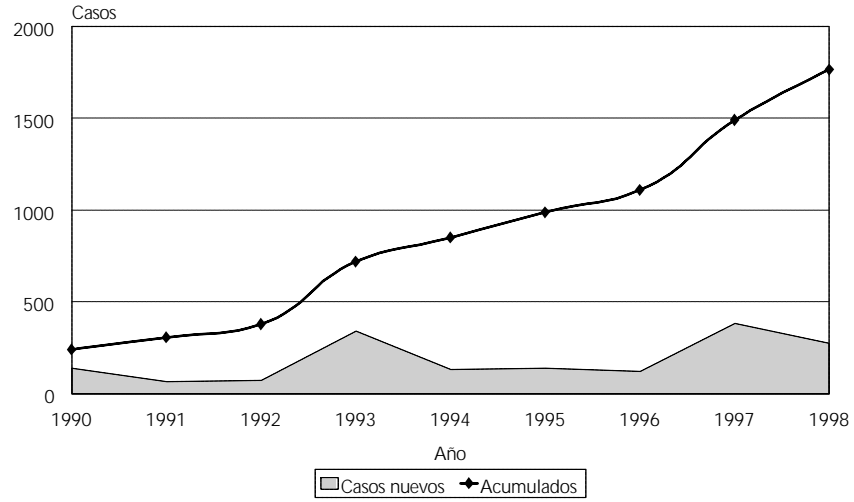
El SIDA se ha convertido en un problema social de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre 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 el que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, desde los primeros 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 Veracruz, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 1 765 casos de SIDA en el estado, con lo que la incidencia acumulada pasó de 3.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 25.2 en 1998, nivel 36.5 por ciento menor que el del país en su conjunto (véanse gráficas 32 y 33).

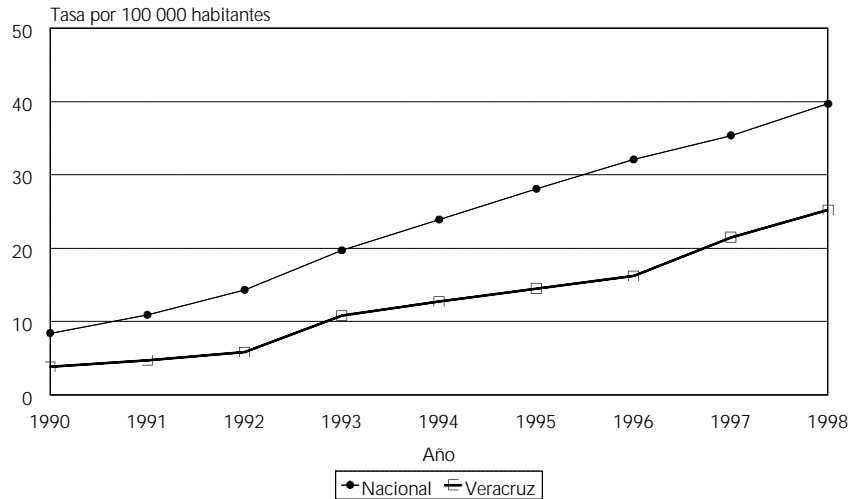
La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Veracruz fue 33.1 por ciento mayor del acumulado para el país (38.2% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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



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

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	1 765	100.0
Vía sexual	1 004	92.1
Homosexual	349	32.0
Bisexual	287	26.3
Heterosexual	368	33.8
Vía sanguínea	60	5.5
Transfusión	47	4.3
Hemofílico	5	0.5
Usuario de drogas intravenosas	3	0.3
Donador remunerado	4	0.4
Exposición ocupacional	1	0.1
Homosexual/drogas	3	0.3
Perinatal	23	2.1
Subtotal	1 090	100.0
No documentado	675	38.2

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

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

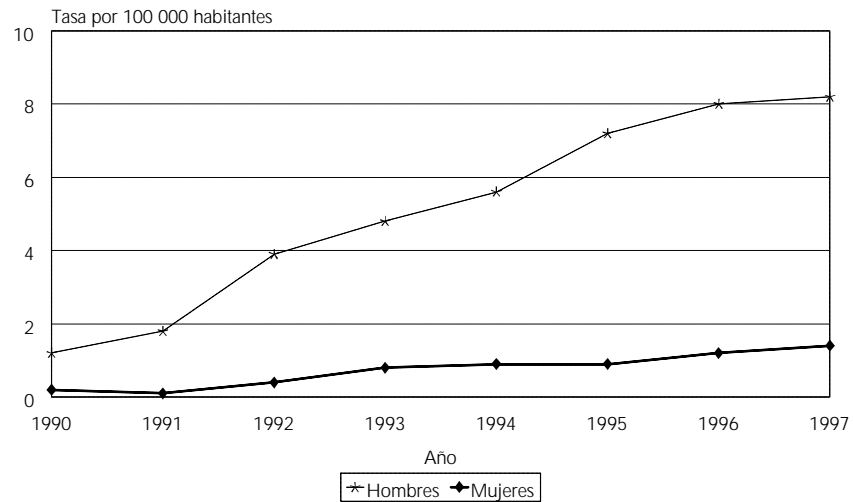
En Veracruz, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (92.1%), 5.5 por ciento fue contagiado por vía sanguínea y sólo 2.1 por ciento fue infectado por la vía perinatal. De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró cerca de 34 por ciento, siguiendo en orden de importancia el homosexual (32%) y el bisexual (26.3%). La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de siete, es decir, había una mujer infectada por cada siete hombres.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 1 602 muertes en el estado de Veracruz,⁹ con una tasa de mortalidad que pasó de 0.7 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.8 en 1997. La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 1.2 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 8.2 en 1997. Mientras tanto, la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 0.2 a 1.4 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en Veracruz esta patología se ubica como la décimo séptima causa de mortalidad general.

⁹ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 1 399 hombres y 203 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 58.7 por ciento tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción asciende a 48.2 por ciento. Es importante destacar el elevado porcentaje de defunciones tanto de hombres como de mujeres de 20 a 24 años de edad (11.7% y 11.3%, respectivamente), 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).

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



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

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

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.7	0.4	3.0
1-4	0.6	0.3	2.5
5-14	0.4	0.2	1.5
15 - 19	1.7	1.4	3.9
20 - 24	11.6	11.7	11.3
25 - 29	21.1	21.4	19.2
30 - 34	19.2	19.5	17.2
35 - 39	17.0	17.8	11.8
40 - 44	10.5	9.9	14.3
45 - 49	6.8	7.1	4.9
50 - 64	8.6	8.9	6.4
65 y más	1.4	1.1	3.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

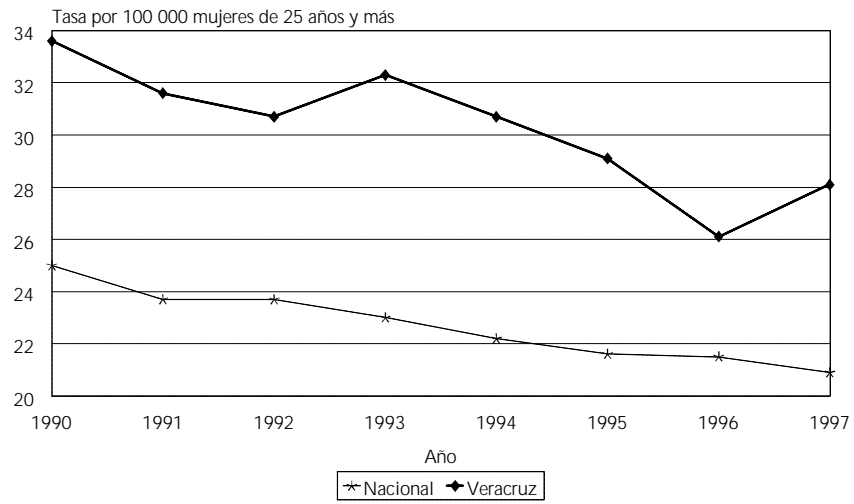
En 1997, se registraron 4 534 defunciones por cáncer cérvico uterino. La tasa de mortalidad ascendió a 20.9 decesos por 100 mil mujeres de 25 años y más. A pesar de que la mortalidad por esta causa registró un descenso en la década de los noventa, México se ubica dentro de los primeros lugares en el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

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

En Veracruz, la mortalidad por este cáncer presentó una tendencia a la baja en la década de los noventa; sin embargo, los niveles de mortalidad por cáncer cérvico uterino en la entidad han sido mayores a los del país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad que se registró en Veracruz por este cáncer fue de 28.1 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más. Este nivel de mortalidad casi duplica al de Nuevo León y Zacatecas (los estados con la tasa más baja del país).

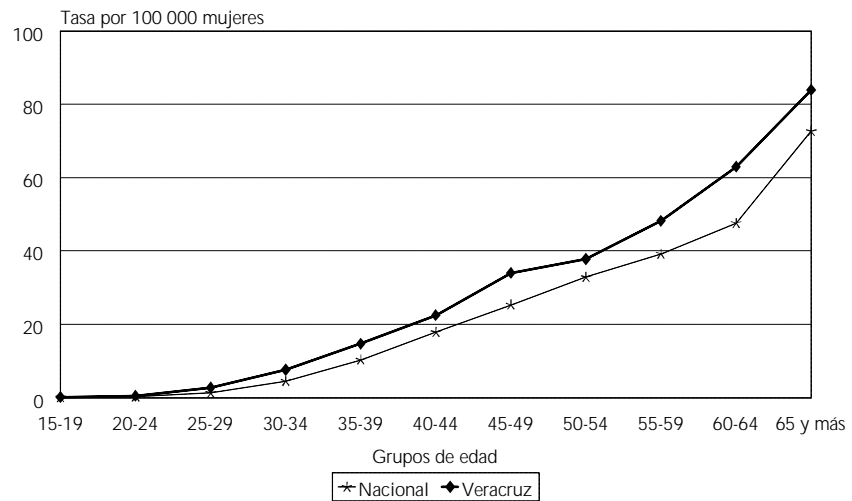
Al analizar la mortalidad por grupos de edad se observó que, como ocurre con la mayoría de los tumores malignos, ésta se incrementa con la edad: ocho de cada diez defunciones en el país por esta causa corresponden a mujeres de 45 años y más. En Veracruz, entre 1995 y 1997, las mujeres de todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad por cáncer cérvico uterino mayor al promedio nacional con diferencias de más de 15 puntos entre las mujeres de 60 a 64 años de edad (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Veracruz: 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.
Veracruz: 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

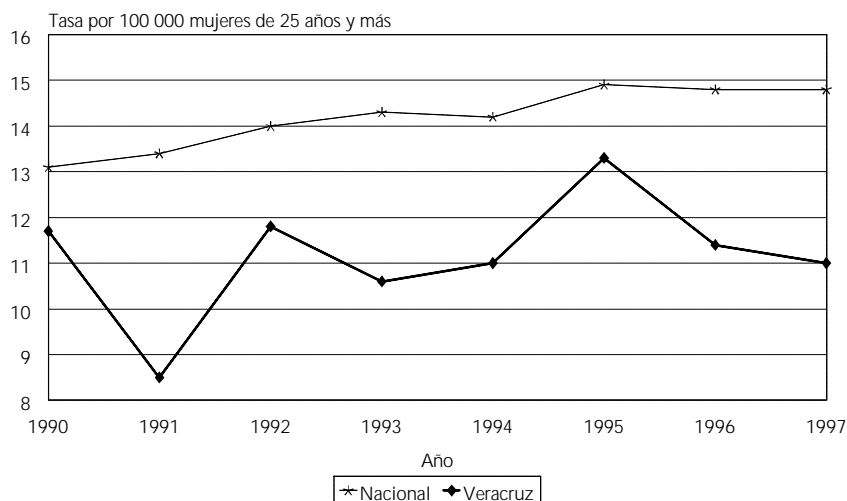
El cáncer de la mama es una enfermedad que va en aumento en el país, la tasa de mortalidad ascendió en 1997 a 14.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que implicó la pérdida de más de tres mil vidas.

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 Veracruz, la tasa de mortalidad por cáncer mamario presentó un comportamiento irregular aunque se mantuvo por abajo del promedio nacional. En 1997, la tasa de mortalidad fue de once defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, ubicando a Veracruz como la novena entidad, después de Quintana Roo, Chiapas, San Luis Potosí, Oaxaca, Tabasco, Guerrero, Morelos y Puebla, con la menor mortalidad por esta patología (véase gráfica 37).

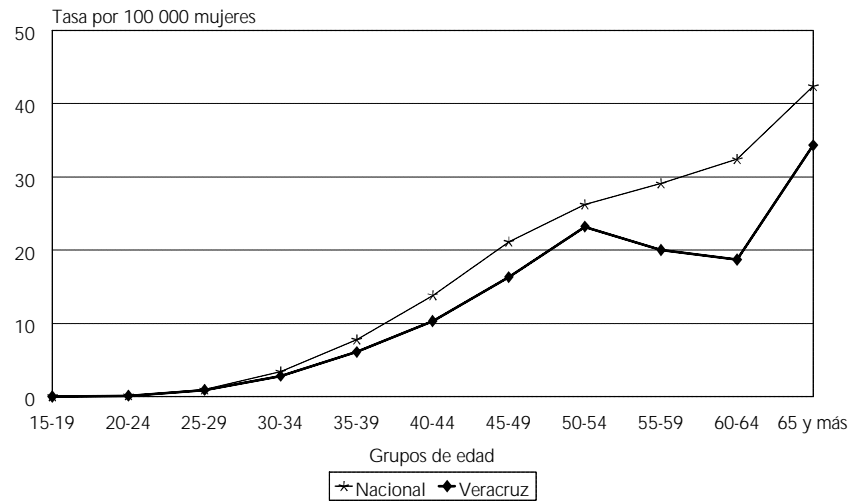
La probabilidad de fallecer por cáncer de la mama aumenta rápidamente a partir de los 30 años de edad. A escala nacional, entre 1995 y 1997, más de 75 por ciento de las defunciones por esta causa se registró en mujeres mayores de 45 años. En Veracruz, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad mucho menor que el promedio nacional (véase gráfica 38). A partir de los 55 años de edad las diferencias se acentúan pero destacan las mujeres de 60 a 64 años de edad, cuya tasa fue 13.7 puntos menor que la del país en su conjunto.

Gráfica 37.
Veracruz: 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.
Veracruz: 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, las mujeres de Veracruz se encuentran en una situación de desventaja en relación con las mujeres del país en su conjunto.

Es sabido que las desigualdades e insuficiencias de nuestro desarrollo se expresan en pautas diferenciadas en la velocidad que sigue la transición demográfica en las entidades y regiones del país. Las entidades del norte y el Distrito Federal, que presentan un mayor desarrollo, ya han alcanzado las fases más avanzadas de la transición demográfica, mientras que los estados del sur y del centro oriente, en donde es mayor la dispersión territorial y la marginación social, todavía están rezagados en este proceso de cambio.

La población de Veracruz se encuentra en una fase de plena 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 (73%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹⁰

No obstante estos importantes logros en el ámbito de la reproducción, Veracruz 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 unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Antes de los 20 años de edad, cuatro de cada diez mujeres de la generación más reciente ya había iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras está aumentando rápidamente en Veracruz: 11.7 y 16.4 por ciento de las mujeres de las generaciones más recientes (1963-1967 y 1968-1972, respectivamente) se encuentran en esa situación.
- ✦ En los últimos años, el mayor incremento de la prevalencia anticonceptiva en Veracruz se registró entre las mujeres que residen en el medio rural, no obstante, la diferencia en el uso de métodos con respecto a las mujeres de las localidades urbanas es cercana a 16 puntos porcentuales.

¹⁰ Al respecto, véase FNUAP, *Estado de la Población Mundial 1998*, Nueva York, 2000.

- ✦ El mayor rezago en el uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres sin hijos(as), sin escolaridad y que hablan una lengua indígena. En estos grupos, sólo 32.4, 56.7 y 59.9 por ciento de las mujeres unidas, respectivamente, usan métodos para espaciar o limitar los nacimientos. Las brechas entre las mujeres sin escolaridad con respecto a las que cuentan con un nivel de secundaria o más, y entre las indígenas y las no indígenas del estado, son de 20.4 y 12 puntos porcentuales, en cada caso. Estos resultados sugieren que para la mayoría de las mujeres sin escolaridad e indígenas, el ejercicio de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad.
- ✦ Las mujeres menores de 25 años, con paridad cero y uno, aquéllas con bajos niveles de escolaridad y del área rural, así como las mujeres indígenas, presentan niveles elevados de demanda insatisfecha.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Veracruz presenta un nivel de mortalidad materna ligeramente inferior al del país en su conjunto. La mayoría de estas muertes se considera que pueden ser evitables, si las mujeres disponen de servicios de atención prenatal de calidad. Sin embargo, 8.8 por ciento de las mujeres que se embarazan no recibe atención alguna durante el embarazo, 13.8 por ciento se atiende con una partera y 72.7 por ciento tiene vigilancia médica.

Los resultados indican que en la mayoría de los casos la atención prenatal que se otorga es de calidad. Dos de cada tres embarazadas inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y tienen en promedio siete consultas. Asimismo, a más de 85 por ciento de las mujeres se les tomó la presión arterial, se les pesó y se les aplicó la vacuna contra el tétanos.

Aun cuando el médico es el agente de salud al que más recurre la población para la atención del parto (65.8%), la partera atiende a poco más de la cuarta parte de los alumbramientos y su participación aumenta entre los sectores más pobres de la entidad, llegando a ser de más de 40 por ciento en el caso de las mujeres con cuatro hijos(as) o más, sin escolaridad e indígenas.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad. En Veracruz se registra la sexta tasa de incidencia de tricomoniasis urogenital y la novena de candidiasis urogenital más altas de todo el país.

El VIH/SIDA muestra también un importante aumento, y hasta el 31 de diciembre de 1998, Veracruz era la quinta entidad con el mayor número de casos acumulados del país (1 765), después de Puebla, Jalisco, México y el Distrito Federal. En este estado, la razón hombre/mujer de casos de SIDA es de siete hombres por cada mujer, y la transmisión por la vía sexual es del orden de más de nueve de cada diez de los casos reportados, siendo el contagio heterosexual el predominante. Un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones sobre su sexualidad, hace a las mujeres sumamente vulnerables al riesgo de contraer estas enfermedades, lo que puede favorecer la rápida expansión de las mismas.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas anuales de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Veracruz entre 1990 y 1997, son mayores a las que se observaron para el país en su conjunto en esos mismos años. En contraste, la tasa anual de mortalidad por cáncer de la mama en el estado se ha mantenido por debajo de las registradas en el país en ese mismo periodo, aunque con una tendencia a aumentar más rápidamente que el promedio nacional.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Veracruz
1990	3.35	3.24
1991	3.25	3.15
1992	3.14	3.05
1993	3.04	2.96
1994	2.93	2.86
1995	2.82	2.76
1996	2.73	2.66
1997	2.65	2.57
1998	2.55	2.46
1999	2.48	2.37
2000	2.40	2.29

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Edad	1953-1957	1968-1972
14	10.4	8.1
15	16.4	13.7
16	25.0	19.2
17	37.6	27.3
18	46.3	35.5
19	50.9	42.2
20	58.1	48.9
21	65.7	55.4
22	75.6	59.2
23	79.3	64.5
24	82.1	68.3
25	85.5	71.1

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

Datos gráfica 3.
Veracruz: 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	16.4	34.5	31.2	17.9
1958-1962	23.8	31.3	21.1	23.9
1963-1967	18.9	38.4	22.1	20.6
1968-1972	13.7	28.5	26.1	31.7

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

Datos gráfica 5.

Veracruz: 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
Sin escolaridad	34.2	47.2	12.7	5.9
Primaria incompleta	31.4	31.2	16.6	20.8
Primaria completa	13.8	43.5	21.8	21.0
Secundaria y más	5.4	27.1	32.2	35.3
Rural	23.2	36.9	22.0	17.9
Urbano	11.8	30.6	25.7	31.9
Total	16.1	33.0	24.3	26.6

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

Datos gráfica 7.

Veracruz: 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	3.9	3.4	5.6	3.3
16	6.2	9.1	8.4	5.6
17	11.8	16.5	16.3	11.3
18	19.0	24.1	24.6	14.9
19	28.4	35.8	35.0	26.0
20	37.9	47.4	45.9	33.7
21	47.2	55.6	54.6	40.5
22	53.5	62.1	61.8	46.3
23	61.5	67.3	67.5	55.6
24	66.6	71.6	71.5	59.4
25	77.2	74.5	74.2	63.9

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

Datos gráfica 8.

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	3.3	8.6	24.7	19.3	37.0	7.0
1958-1962	0.1	6.8	26.9	24.0	36.2	6.1
1963-1967	3.4	9.9	29.0	23.0	30.6	4.2
1968-1972	1.4	13.9	22.5	25.1	29.7	7.4

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.0	0.4	0.2	1.5
16	0.1	1.3	1.6	1.5
17	1.2	2.0	3.3	3.0
18	2.7	4.8	4.7	3.4
19	3.6	5.7	5.5	5.7
20	3.7	6.5	7.9	7.3
21	6.5	6.6	9.7	9.5
22	6.9	8.0	10.0	10.7
23	9.8	8.8	10.7	13.8
24	10.4	9.3	11.4	14.7
25	11.3	9.7	11.7	16.4

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Veracruz
1990	5.4	7.5
1991	5.1	5.0
1992	5.0	6.1
1993	4.5	5.6
1994	4.8	5.4
1995	5.3	5.6
1996	4.8	5.1
1997	4.7	4.2

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

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

Año	Nacional	Veracruz
1990	36.6	41.0
1991	34.1	38.3
1992	33.2	37.2
1993	32.3	36.2
1994	31.4	35.2
1995	30.5	34.2
1996	29.3	32.9
1997	28.1	31.5
1998	26.9	30.2
1999	25.9	29.1
2000	24.9	28.0

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	19.0	4.6	5.3	134.8	152.2
1991	23.8	2.6	6.2	139.9	142.2
1992	19.4	3.4	5.4	143.0	125.6
1993	15.6	3.0	1.7	123.5	126.8
1994	19.7	3.2	2.1	127.1	123.1
1995	16.6	3.9	3.3	184.8	213.2
1996	19.2	4.5	3.2	216.4	215.2
1997	19.9	4.0	2.8	301.4	239.2
1998	18.8	5.0	2.4	344.7	247.5

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	140	241
1991	65	306
1992	73	379
1993	340	719
1994	132	851
1995	137	988
1996	122	1110
1997	381	1491
1998	274	1765

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

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

Año	Nacional	Veracruz
1990	8.4	3.8
1991	10.9	4.7
1992	14.3	5.8
1993	19.7	10.8
1994	23.9	12.7
1995	28.1	14.5
1996	32.1	16.2
1997	35.4	21.5
1998	39.7	25.2

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.2	0.2
1991	1.8	0.1
1992	3.9	0.4
1993	4.8	0.8
1994	5.6	0.9
1995	7.2	0.9
1996	8.0	1.2
1997	8.2	1.4

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

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

Año	Nacional	Veracruz
1990	25.0	33.6
1991	23.7	31.6
1992	23.7	30.7
1993	23.0	32.3
1994	22.2	30.7
1995	21.6	29.1
1996	21.5	26.1
1997	20.9	28.1

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

Edad	Nacional	Veracruz
15-19	0.1	0.1
20-24	0.3	0.5
25-29	1.3	2.7
30-34	4.5	7.6
35-39	10.3	14.7
40-44	17.9	22.5
45-49	25.3	34.0
50-54	32.9	37.8
55-59	39.2	48.2
60-64	47.6	63.0
65 y más	72.7	83.9

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

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

Año	Nacional	Veracruz
1990	13.1	11.7
1991	13.4	8.5
1992	14.0	11.8
1993	14.3	10.6
1994	14.2	11.0
1995	14.9	13.3
1996	14.8	11.4
1997	14.8	11.0

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

Edad	Nacional	Veracruz
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.1
25-29	0.9	0.9
30-34	3.4	2.8
35-39	7.8	6.1
40-44	13.8	10.3
45-49	21.1	16.3
50-54	26.2	23.2
55-59	29.1	20.0
60-64	32.4	18.7
65 y más	42.4	34.3

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
Veracruz

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.