

Cuadernos de salud reproductiva

Yucatán



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva
Yucatán

Primera edición: noviembre de 2001
ISBN: 970-628-525-3

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

MTRO. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

C. P. FRANCISCO SUÁREZ WARDEN
Oficial Mayor

LIC. ARTURO CHÁVEZ CHÁVEZ
Titular del Órgano Interno de Control

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

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

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director General de Estudios de Población

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRA. PATRICIA FERNÁNDEZ H.
Directora de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

FERNANDO HAM SCOTT
Director de Apoyo Técnico

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

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

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

Presentación

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

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

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

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

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

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Yucatán. En 1995, 80.3 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 3 105 localidades censadas en el estado, 91.7 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 5.8 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, pero Yucatán mantenía un rezago en este rubro en 1997. La población del estado de 15 años y más había aprobado en promedio 6.6 años de educación formal, en tanto que en el país el promedio ascendió a 7.4 años. En 1997, el porcentaje de la población que no había asistido a la escuela ascendía a 10.4 por ciento, 31 por ciento no había concluido la primaria, 15.7 por ciento terminó la instrucción primaria, 17.9 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 25 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que se aprecian diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 6.9 para los hombres y de 6.2 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es mayor en las mujeres que en los hombres: 11.9 y 8.8 por ciento, respectivamente.³

Yucatán es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de veinticinco lenguas indígenas en el estado, dentro de las cuales predominó el idioma maya, el cual era hablado por más de medio millón personas. Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Yucatán 39.7 por ciento de los habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (40.8% de los hombres y 38.6% de las mujeres). La población monolingüe constituye 3.4 por ciento de la población total (4% entre las mujeres y 2.8% entre los varones).

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

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

Yucatán es el sexto estado con el mayor índice de marginación del país, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La marginación *alta* o *muy alta* es una realidad que caracteriza a 38 de los 106 municipios de la entidad, en los cuales reside uno de cada siete (14.1%) de los habitantes del estado. Cuatro de cada diez habitantes (40.9%) residen en alguno de los 63 municipios cuya marginación es *media*, y cerca de la mitad de la población (45%) reside en los cinco municipios que presentan un grado de marginación *baja* o *muy baja*.⁴

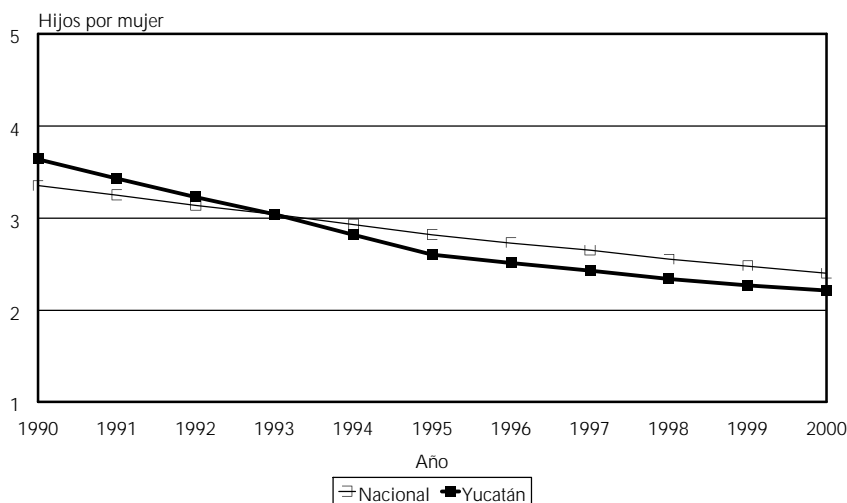
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En Yucatán, las mujeres también redujeron el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.64 hijos por mujer en 1990 a 3.23 en 1992, descendió a 2.43 hijos en promedio en 1997, y para el 2000 se estima en 2.21 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Yucatán del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.49 hijos en 1990, a 0.41 hijos en el año 2000. Este nivel de la fecundidad ubica a Yucatán entre las dieciséis entidades que se encuentran por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

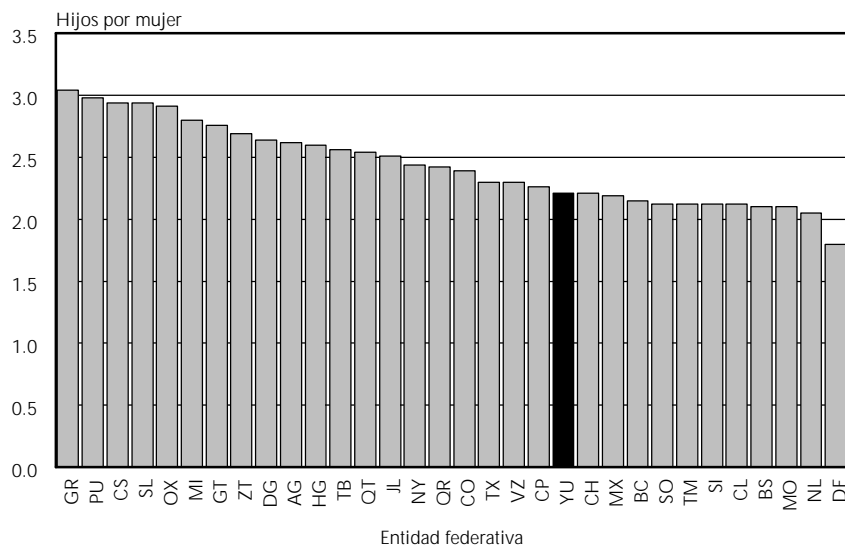
Gráfica 1.
Yucatán: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población

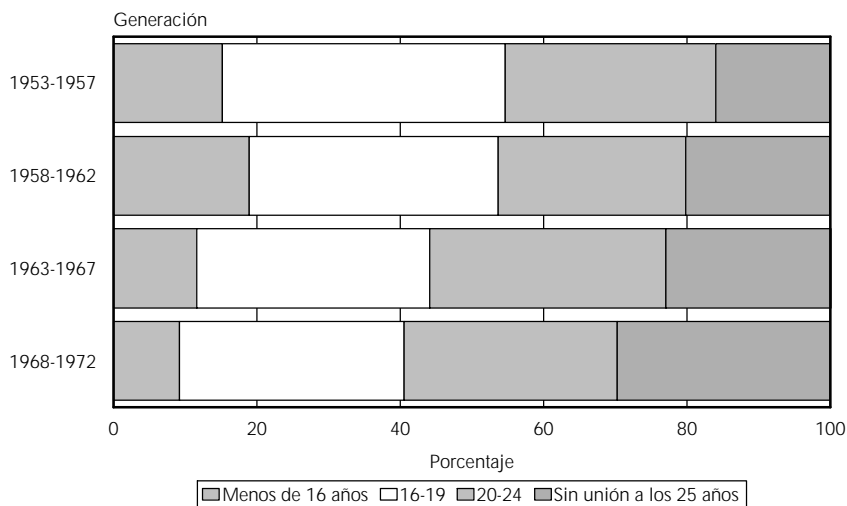
Edad a la primera unión

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

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

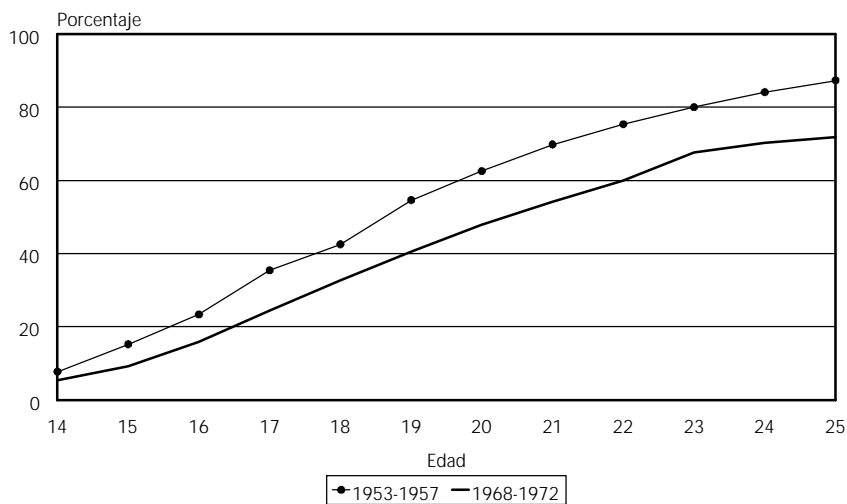
En el caso de Yucatán, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de casi dos años en la edad mediana al matrimonio (de 19.6 a 21.4 años), lo que sugiere que en la entidad han ocurrido cambios en el patrón de matrimonio. Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más jóvenes: mientras que 54.6 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 se unió antes de cumplir 20 años de edad, cuatro de cada diez mujeres (40.5%) nacidas en la generación más reciente presentaron esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuyó de 15.2 a 9.2 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

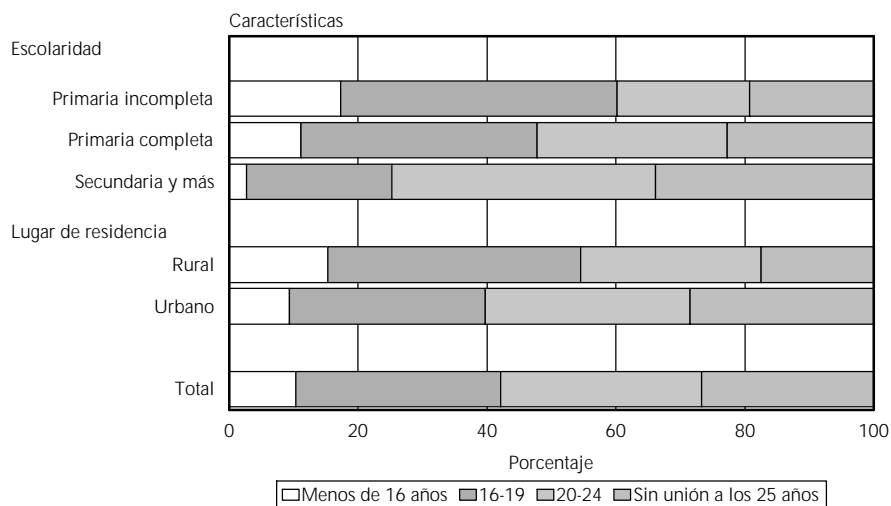
Gráfica 4.
Yucatán: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Más de la mitad de las mujeres rurales (54.5%) de la generación 1963-1972, se unieron antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor ascendió a 39.7 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: una de cada cuatro mujeres (25.2%) con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor asciende a seis de cada diez mujeres (60.2%).

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

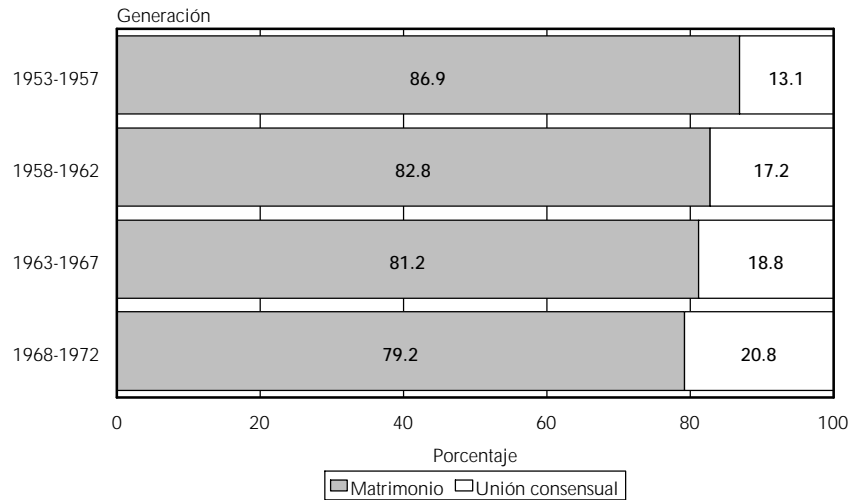


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Yucatán, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 13.1 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a una de cada cinco (20.8%), cifra que es menor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



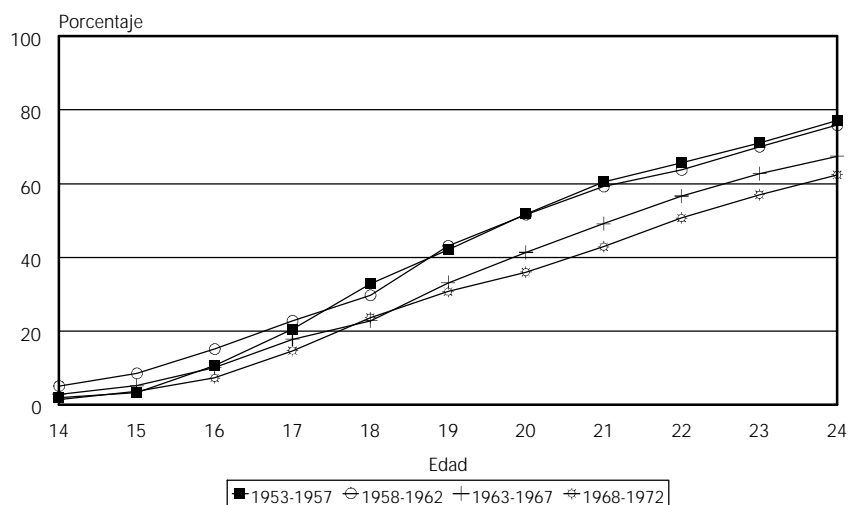
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Yucatán se ha registrado un importante 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 ser madre antes de cumplir 20 años de edad fue de 42.1 por ciento para las mujeres nacidas entre 1953 y 1957; mientras que entre las mujeres de la generación más reciente (1968-1972) este valor se redujo a 30.7 por ciento. Asimismo, 20.5 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 inició la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad, valor que descendió a 14.7 por ciento entre las nacidas en el periodo 1968-1972.

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



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

Intervalo protogenésico

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

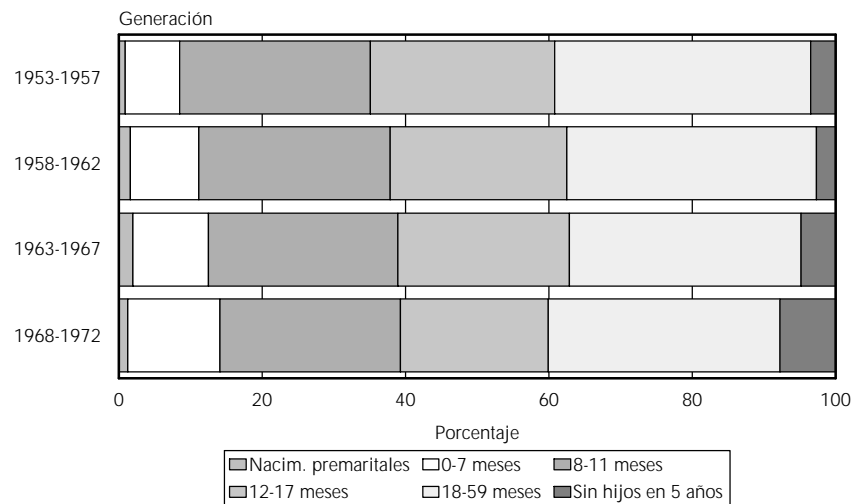
El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio (alrededor de cinco de cada diez), lo cual indica que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población de Yucatán (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 Yucatán, al igual de lo que ocurre a escala nacional, los embarazos premaritales son frecuentes y han venido incrementándose. Se entiende por mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer hijo(a) cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. Una de cada doce mujeres unidas (8.5%) de

la generación 1953-1957 inició la maternidad con un embarazo premarital, valor que ascendió a 14.1 por ciento entre las de la generación más reciente. Los datos sugieren que los nacimientos de madres solteras y las concepciones premaritales están aumentando en Yucatán, aun cuando esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno, al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

Gráfica 8.

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

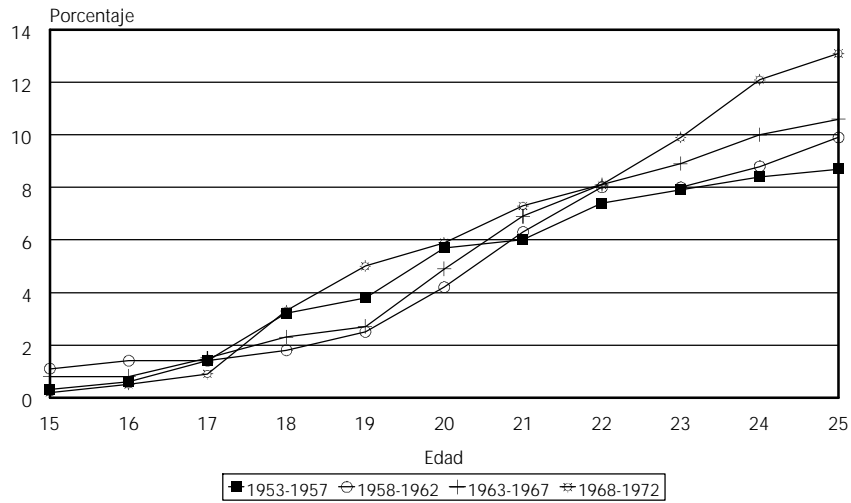


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Yucatán, se observa una tendencia a que aumente la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 8.7 por ciento entre las mujeres nacidas en el periodo 1953-1957, de 9.9 y 10.6 por ciento entre las mujeres de las generaciones intermedias, y de 13.1 por ciento entre las de la generación más reciente. Asimismo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia tiende a ser mayor entre las mujeres más jóvenes: 13.5 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, en tanto que esta relación aumentó a 19.2 por ciento para las mujeres de la generación 1968-1972.⁶

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en laENADID, 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 de Yucatán fue de 3.4 hijos, mientras que a escala nacional este valor fue de 3.2. El número ideal de la descendencia, declarado en Yucatán, fue ligeramente mayor a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.3 hijos e hijas por mujer) (véase cuadro 1).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.5 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 de 20 a 24 años, mostraron preferencias por un ideal promedio de 2.8 hijos(as). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon 4.6 hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia de familia de 2.7 en promedio, esto es, casi dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos de escolaridad. Asimismo, las mujeres sin escolaridad presentan una paridad promedio ligeramente superior que la fecundidad deseada, mientras que entre las mujeres con secundaria y más predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4 y 3.3, 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). Se observa entre las mujeres rurales y urbanas, así como entre las que no hablan alguna lengua indígena, que el número ideal de hijos e hijas es ligeramente superior a la descendencia alcanzada.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.4	3.3
Grupo de edad		
15-19*	2.8	0.7
20-24	2.8	1.6
25-29	3.1	2.2
30-34	3.3	3.1
35-39	3.7	4.0
40-44	3.5	4.6
45-49	4.5	5.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	4.6	4.8
Primaria incompleta	4.0	4.0
Primaria completa	3.1	3.1
Secundaria y más	2.7	2.1
Lugar de residencia		
Rural	4.0	3.8
Urbano	3.3	3.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	4.0	4.1
No habla	2.9	2.6

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Poco más de cinco de cada diez mujeres con tres, cuatro y cinco hijos(as) o más, declararon un número ideal de familia igual a su paridad actual. Por el contrario, 52.7 por ciento de las mujeres con dos hijos(as) desea una descendencia más numerosa, al igual que 33.2 por ciento de las mujeres con tres hijos(as). Por su parte, para 36.7 por ciento de las mujeres con cuatro hijos e hijas, y para 48.6 por ciento de las mujeres con cinco o más descendientes, el número citado como ideal fue más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia ideal declarado con mayor frecuencia es de dos y tres (31.1% y 28.4%, respectivamente), mientras que sólo 1.6 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.6	3.6	31.1	28.4	18.6	16.7
0	4.4	4.4	62.5	20.8	3.7	4.3
1	0.4	7.5	50.6	32.4	6.8	2.4
2	0.2	3.5	43.5	32.0	12.3	8.4
3	0.8	4.2	11.5	50.4	25.3	7.9
4	0.5	2.6	20.2	13.4	52.3	11.0
5 y más	4.1	0.6	18.7	12.7	12.5	51.3

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

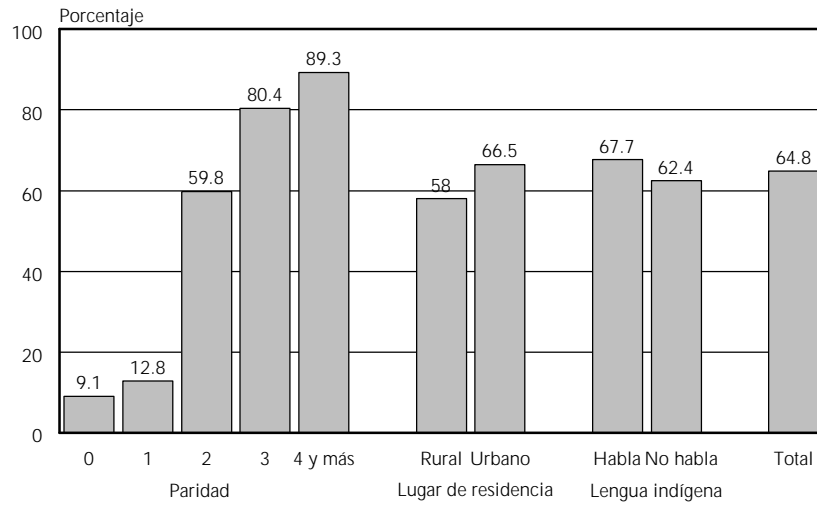
Deseo de más hijos o hijas

En Yucatán, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (64.8%) 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 magnitud entre las mujeres que residen en el ámbito urbano (66.5%) con respecto a las que habitan en localidades rurales (58%). Por su parte, las mujeres que hablan alguna lengua indígena expresan en su mayoría paridad satisfecha (67.7%), cifra que es 5.3 puntos porcentuales mayor a la de las mujeres que no reúnen esta condición.

Son las mujeres con menos de dos hijos(as) las que en su 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, respectivamente, no desean incrementar su paridad.

Gráfica 10.

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en el estado de Yucatán en 1997 fue de 95.3 por ciento. A pesar de que la difusión de la planificación familiar se ha generalizado de forma acentuada en la entidad, se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos. Los niveles más bajos de conocimiento lo registraron las mujeres sin escolaridad (84%), las que viven en el medio rural (86.3%) y las que hablan alguna lengua indígena (89.4%); por el contrario, el conocimiento de métodos de regulación de la fecundidad es prácticamente universal entre las mujeres con secundaria y más y que no hablan una lengua indígena, y ascendió a 97.2 por ciento entre las urbanas (véase cuadro 3).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Yucatán continúa siendo el más popular: 91.8 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 (89.1%), la inyección (83.8%), el condón (82.4%) y el dispositivo intrauterino (DIU) (81.6%). El Norplant y los métodos naturales (ritmo y retiro), al igual que los espermicidas, son los que menos conocen las mujeres de Yucatán (véase gráfica 11).

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

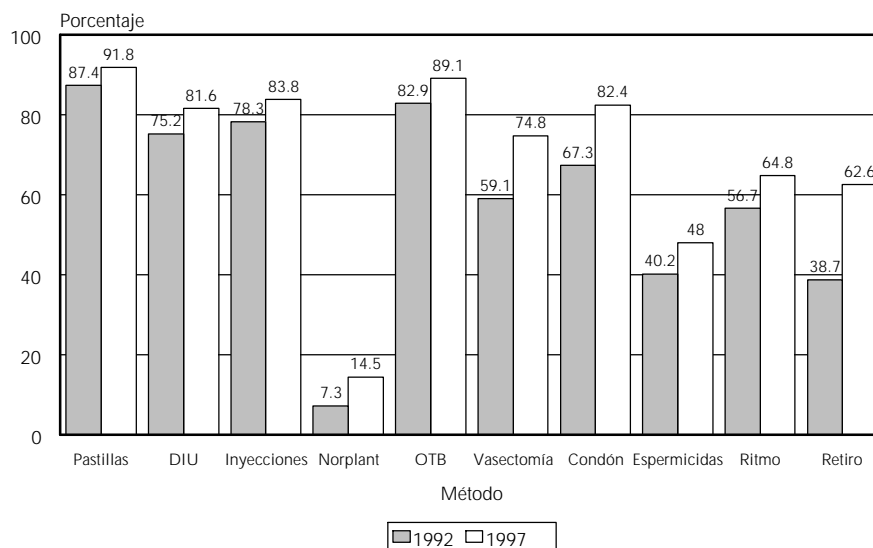
Características	1992	1997
Total	90.0	95.3
Grupo de edad		
15-19	79.0	92.2
20-24	91.9	93.0
25-29	96.2	97.4
30-34	97.3	99.0
35-39	92.3	96.8
40-44	91.3	98.7
45-49	92.6	93.1
Paridad		
0	83.4	91.2
1	90.3	98.0
2	97.3	97.9
3	96.6	100.0
4 y más	92.8	96.4
Escolaridad		
Sin escolaridad	78.1	84.0
Primaria incompleta	88.9	90.9
Primaria completa	87.5	96.2
Secundaria y más	95.7	99.5
Lugar de residencia		
Rural	75.4	86.3
Urbano	93.6	97.2
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	89.4
No habla	n.d.	99.1

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

Entre 1992 y 1997, se registraron incrementos de entre cuatro y siete puntos porcentuales en el conocimiento de métodos modernos de uso femenino; sin embargo, conviene señalar que los métodos que experimentaron un mayor aumento en su difusión fueron aquellos en los que el varón tiene una participación directa o indirecta: el retiro (de 38.7% a 62.6%), la vasectomía (de 59.1% a 74.8%), el condón (de 67.3% a 82.4%) y el ritmo (de 56.7% a 64.8%).

En el medio rural se observa un menor nivel de conocimiento de todos los métodos de planificación familiar. Los únicos tres métodos que más de siete de cada diez mujeres declararon conocer en 1997 fueron la pastilla, la inyección y la ОТВ, para el resto de los métodos los porcentajes fueron bajos, llegando a ser menores a 50 por ciento en los métodos naturales y los espermicidas, y de ocho por ciento en el caso del Norplant (véase cuadro 4).

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



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

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	87.4	71.2	91.4	91.8	79.9	94.2
DIU	75.2	51.0	81.1	81.6	63.5	85.4
Inyecciones	78.3	57.9	83.3	83.8	70.7	86.5
Norplant	7.3	2.2	8.5	14.5	8.0	15.8
OTB	82.9	62.3	87.9	89.1	74.3	92.1
Vasectomía	59.1	34.0	65.2	74.8	51.6	79.6
Condomes	67.3	41.0	73.8	82.4	60.0	87.0
Espemicidas	40.2	21.1	44.9	48.0	24.8	52.8
Ritmo	56.7	32.8	62.6	64.8	45.5	68.8
Retiro	38.7	20.5	43.1	62.6	41.0	67.1

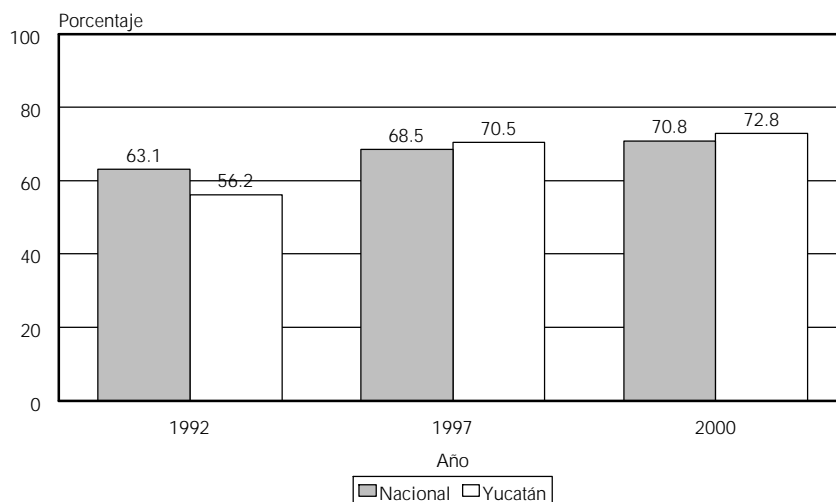
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

En el estado de Yucatán el porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 56.2 por ciento, cifra que ascendió de manera importante, al situarse en 70.5 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 72.8 por ciento, lo que ubica a la entidad dentro de los veinte estados que están por encima del promedio nacional (véase gráfica 13).

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



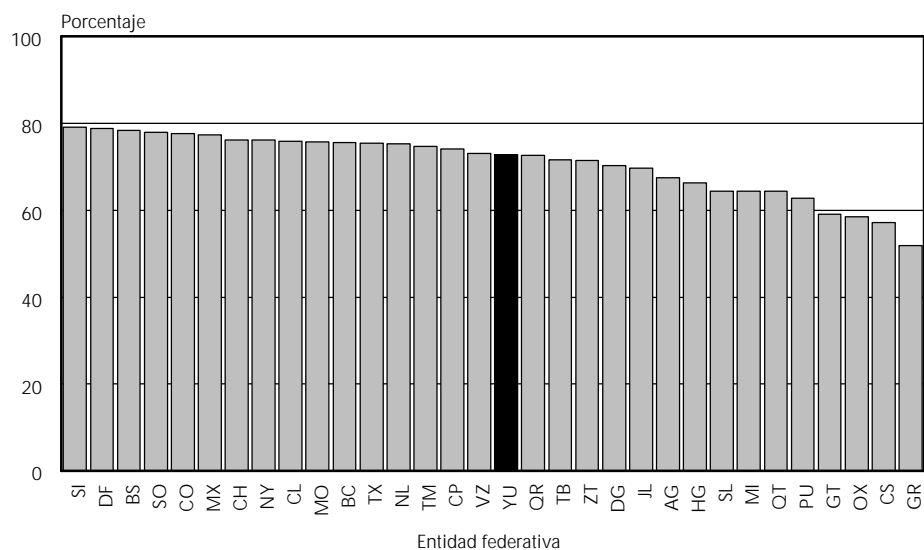
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: ENADID, 1992 y 1997, y proyecciones al 2000.

Estos resultados sugieren avances significativos en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Yucatán, y su desagregación según algunas variables sociodemográficas indica que en el quinquenio 1992-1997 éstos se registraron en todos los grupos de la entidad, particularmente entre las mujeres menores de 25 años. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 35 a 39 años de edad; en esas edades 85.9 por ciento utilizaba

algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14). Respecto a la paridad, destaca el bajo nivel de uso que registran las mujeres con paridad cero, ya que en 1997, solamente tres de cada diez (32%) utilizaba algún método para regular su fecundidad.

El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad (47.3%), que residían en localidades rurales (60.1%) y entre las que hablan alguna lengua indígena (61.1%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una reducción considerable, así como entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

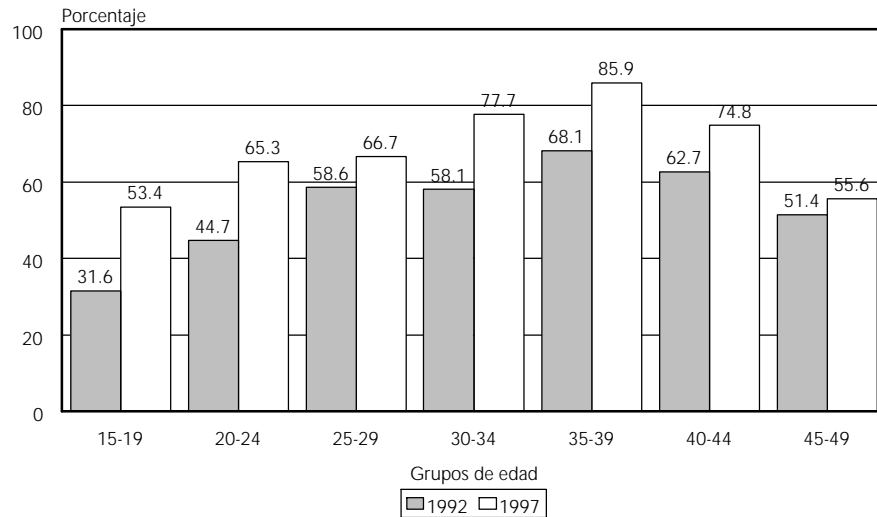
Cuadro 5.
Yucatán: porcentaje de mujeres unidas
en edad fértil que usa métodos anticonceptivos,
según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	56.2	70.5
Grupo de edad		
15-19	31.6	53.4*
20-24	44.7	65.3
25-29	58.6	66.7
30-34	58.1	77.7
35-39	68.1	85.9
40-44	62.7	74.8
45-49	51.4	55.6
Paridad		
0	18.7	32.0
1	44.6	66.1
2	64.6	72.5
3	72.8	83.7
4 y más	56.2	72.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	33.8	47.3
Primaria incompleta	52.9	65.6
Primaria completa	63.7	78.8
Secundaria y más	68.2	77.2
Lugar de residencia		
Rural	37.4	60.1
Urbano	61.6	73.1
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	61.1
No habla	n.d.	78.3

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 utilizaba métodos naturales y 18.7 empleaba el DIU. Con el paso del tiempo, la mezcla de métodos ha ido cambiando en favor de los métodos de mayor continuidad: la operación femenina y el dispositivo intrauterino. En 1997, la pastilla continuó reduciendo su participación en la estructura de uso: sólo una de cada diez usuarias recurrió a 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 Yucatán, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos ha seguido una tendencia distinta a la que se observa en el ámbito nacional. En 1992, el método más usado era la OTB, que concentraba a 40.8 por ciento de las usuarias, seguido por la pastilla (27.5%) y en tercer lugar los métodos naturales (19.2%). Cinco años después esta distribución cambió, debido al incremento en el uso de los métodos naturales, los cuales se convirtieron en la segunda opción (24%) en 1997. En este último año, el peso relativo de la OTB fue de 44.9 por ciento, mientras que el de la pastilla, tercer método más utilizado, se ubicó en 15.4 por ciento (véase cuadro 6).

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

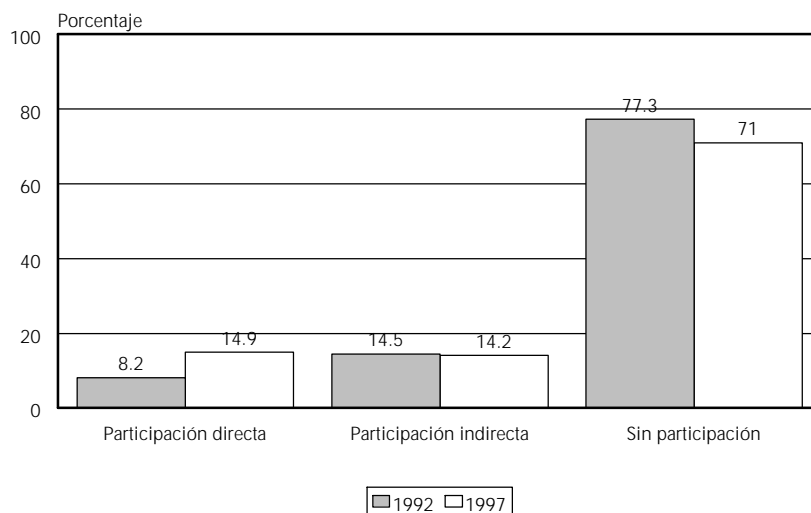
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	27.5	31.9	26.8	15.4	22.5	14.0
DIU	5.2	4.2	5.4	8.6	7.5	8.8
Inyecciones	4.5	7.8	4.0	3.0	3.4	2.9
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	2.4	1.0	2.7	2.6	1.5	2.8
OTB	40.8	44.4	40.2	44.9	36.3	46.6
Vasectomía	0.3	0.0	0.3	1.5	0.0	1.8
Naturales	19.2	10.6	20.6	24.0	28.8	23.1

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

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos y, en 1997, éstos eran utilizados por 71.2 y 76.9 por ciento de las usuarias, respectivamente. Al interior de las localidades rurales, los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento de 18.2 puntos porcentuales en el uso de métodos naturales y una disminución de 8.1 y 9.4 puntos porcentuales en el uso de la OTB y la pastilla, en cada caso. En las localidades urbanas, destaca el aumento de las usuarias de la OTB (de 40.2% a 46.6%) y la disminución de las mujeres que recurren a la pastilla para regular su fecundidad (de 26.8% a 14%).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son en su mayoría para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.5 y 2.6 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Yucatán. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan de manera directa o indirecta, que sumados representan a casi tres de cada diez usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 14.9 por ciento de las usuarias y en el segundo 14.2 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó entre 1992 y 1997, debido particularmente al incremento en el uso de los métodos naturales.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

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

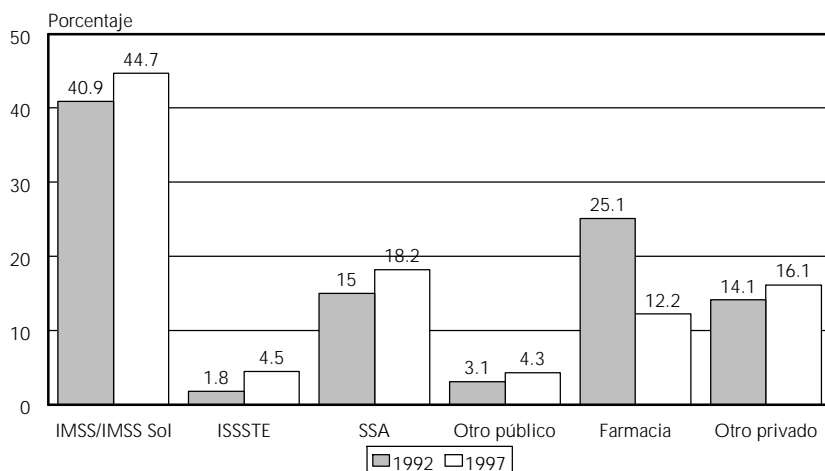
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997, poco más de siete de cada diez usuarias de anticonceptivos 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 Yucatán ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 60.8 por ciento en 1992 a 71.7 por ciento en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 39.2 a 28.3 por ciento entre esos años.

Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS, que atendió a 44.7 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en 1997, y la SSA, que atendió a 18.2 por ciento. Entre 1992 y 1997, tanto el IMSS como la SSA aumentaron su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, en tanto que el peso relativo de las farmacias disminuyó poco menos de la mitad (véase gráfica 16).

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



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

El crecimiento del IMSS como fuente de obtención de anticonceptivos se dio tanto en el ámbito urbano como en el rural: en el primero pasó de 40.5 a 42.5 por ciento, entre 1992 y 1997, y en el ámbito rural pasó de 43 a 56.5 por ciento; por su parte, la SSA aumentó su participación en las áreas rurales de 16 a 26.9 por ciento en el periodo de referencia, mientras que en las ciudades su peso relativo pasó de 14.8 a 16.7 por ciento. En ambos contextos el IMSS es, en 1997, la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos, seguido por la SSA (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 poco más de nueve de cada diez mujeres en edad fértil unidas usuarias del DIU y de 78 por ciento de las usuarias de la OTB (véase cuadro 8). Asimismo, poco más de la mitad (55.8%) de las mujeres en edad fértil usuarias de la pastilla obtiene el método en este sector.

Cuadro 7.
Yucatán: distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos modernos por lugar de obtención, según lugar de residencia, 1992 y 1997

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS	40.9	43.0	40.5	44.7	56.5	42.5
ISSSTE	1.8	1.9	1.7	4.5	0.0	5.3
SSA	15.0	16.0	14.8	18.2	26.9	16.7
Otro público	3.1	2.4	3.2	4.3	2.7	4.6
Farmacia	25.1	20.5	26.0	12.2	6.4	13.3
Otro	14.1	16.2	13.8	16.1	7.4	17.7

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

Cuadro 8.
Yucatán: 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	71.7	28.3
Pastillas	55.8	44.2
DIU	91.3	8.7
Inyecciones	-	-
Condomes	-	-
OTB	78.0	22.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Anticoncepción posparto

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

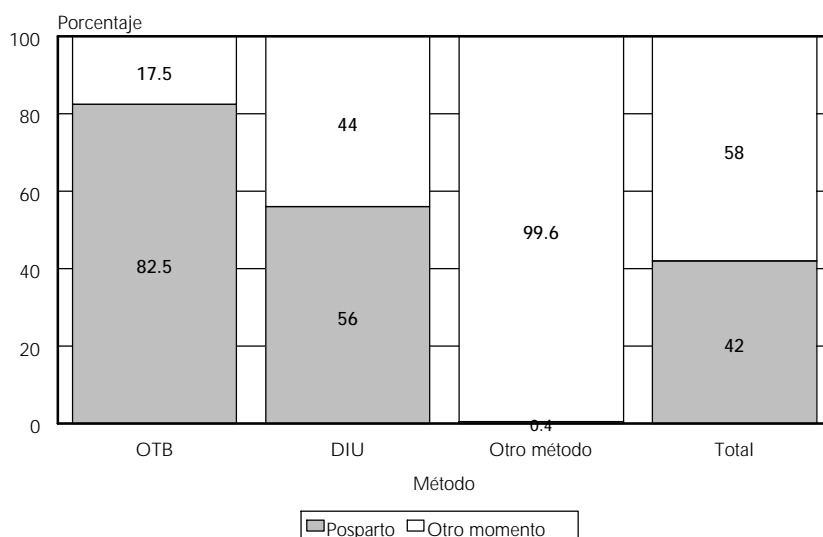
Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de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

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

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

La importancia de estos programas en Yucatán se manifiesta en el hecho de que 42 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(a) nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, poco más de ocho de cada diez usuarias de la OTB y 56 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en este periodo.

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

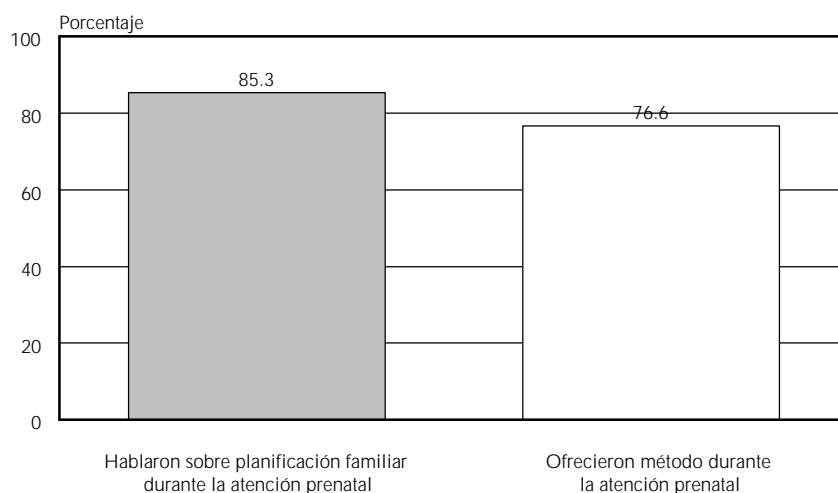


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

En Yucatán, 85.3 por ciento de las mujeres 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, declaró haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y 76.6 por ciento reportó que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

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



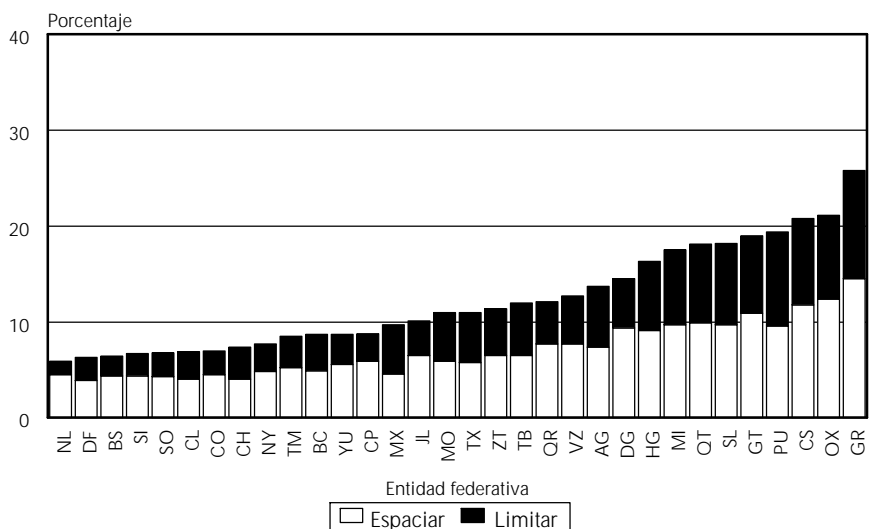
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 Yucatán, para el año de 1997, fue del orden de 8.8 por ciento, por lo que se situó entre las 19 entidades mejor ubicadas en este renglón (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha por grupos de edad da cuenta de que en 1997, las mujeres jóvenes de Yucatán presentan valores muy elevados en este indicador y muy por encima de la media estatal: 23 y 16.2 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (alrededor de 3.5% para las mujeres de 35 a 49 años). Con respecto a la paridad, los mayores niveles se encontraron entre las mujeres con uno y dos hijos(as) (13.2% y 10.7%, en cada caso) (véase cuadro 9).

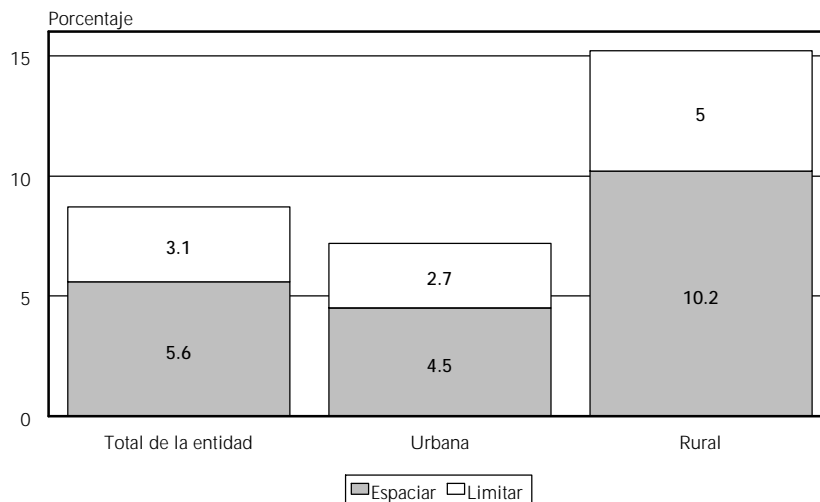
El rezago social condiciona fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. Las mayores brechas entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad se encontraron entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (12.6%), entre las mujeres con bajos niveles de escolaridad (18.7% para las que no asistieron a la escuela), así como entre las que residían en localidades rurales (15.2%) (véase gráfica 20).

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

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	70.5	23.7	46.8	8.8	5.6	3.1	6.4	10.9	3.5
Edad quinquenal									
15-19	53.4	53.4	0.0	23.0	19.3	3.7	16.6	0.0	6.9
20-24	65.3	49.7	15.6	16.2	13.9	2.3	10.4	1.7	6.3
25-29	66.7	38.3	28.4	11.9	6.9	5.0	12.9	2.8	5.7
30-34	77.7	22.9	54.9	8.0	4.9	3.0	7.0	4.0	3.3
35-39	85.9	10.8	75.2	3.6	2.0	1.6	2.0	6.7	1.7
40-44	74.8	3.2	71.6	3.7	0.0	3.7	1.3	18.5	1.8
45-49	55.6	1.2	54.4	3.5	0.5	3.0	0.0	40.9	0.0
Paridad									
0	32.0	31.0	1.0	7.5	6.4	1.1	30.3	18.7	11.5
1	66.1	59.6	6.5	13.2	11.3	2.0	13.0	4.2	3.5
2	72.5	32.9	39.6	10.7	7.3	3.4	6.8	7.0	2.9
3	83.7	14.0	69.7	5.5	3.2	2.3	1.3	7.0	2.5
4 y más	72.2	6.8	65.3	7.9	3.4	4.5	1.0	16.4	2.5
Escolaridad									
Sin escolaridad	47.3	8.7	38.6	18.7	10.7	8.0	3.2	30.3	0.6
Primaria incompleta	65.6	19.9	45.7	10.5	6.8	3.7	4.9	15.4	3.6
Primaria completa	78.8	22.1	56.7	8.1	4.9	3.2	5.9	4.4	2.7
Secundaria y más	77.2	32.4	44.8	4.7	3.5	1.3	9.2	4.4	4.5
Lugar de residencia									
Urbano	73.1	23.5	49.6	7.2	4.5	2.7	6.2	10.1	3.5
Rural	60.1	24.4	35.6	15.2	10.2	5.0	7.5	14.0	3.3
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	61.1	18.9	42.2	12.6	7.8	4.7	6.4	16.2	3.8
No habla	78.3	27.7	50.6	5.6	3.8	1.8	6.5	6.4	3.2

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

Gráfica 20.
Yucatán: 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.

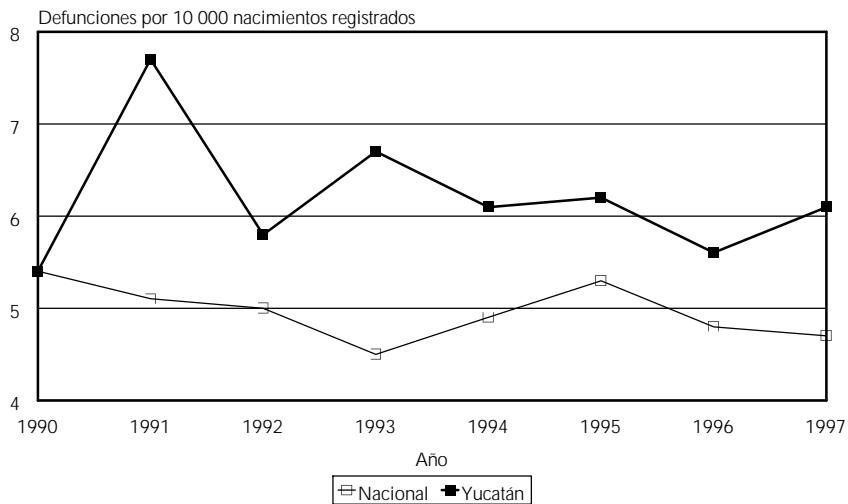
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Yucatán la tasa de mortalidad materna durante la década de los noventa presentó un comportamiento errático con una tendencia ascendente (véase gráfica 21). En 1997, se registraron 6.1 defunciones por cada diez mil nacimientos registrados, lo que ubicó a la entidad en el quinto lugar con la mayor mortalidad materna.

En el periodo 1989-1991, se registraron en Yucatán 78 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron ligeramente a 70 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad, (véase gráfica 22). Cerca de seis de cada diez mujeres (58.5%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada diez defunciones maternas ocurridas en este mismo periodo fue entre mujeres menores de 20 años, mientras que tres de cada diez mujeres que fallecieron por esta razón tenían 35 años o más.

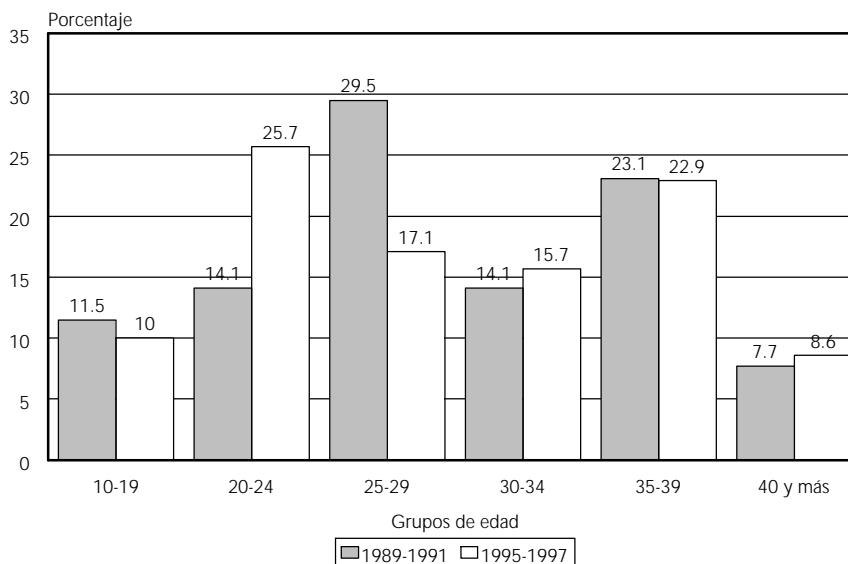
⁸ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



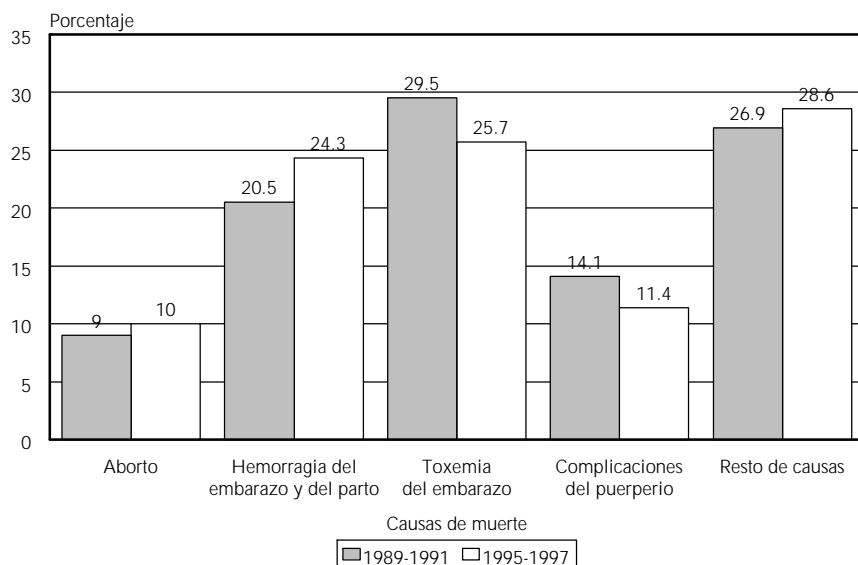
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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. Estas concentran poco más de 70 por ciento de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

En Yucatán, la toxemia del embarazo y las hemorragias del embarazo y del parto fueron las principales causas de muerte materna, al representar alrededor de una cada cuatro defunciones maternas, en cada caso (véase gráfica 23). Las complicaciones del puerperio fueron la tercera causa más importante en el último periodo de referencia, y con respecto al periodo 1989-1991, su peso relativo disminuyó ligeramente. El aborto, la cuarta causa en importancia, provocó la muerte de una de cada diez mujeres.

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



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

Aborto

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

En Yucatán, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto se ha mantenido constante en los últimos años. En 1992, 23.1 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 fue de 23.7 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

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

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal por algún tipo de agente ha aumentado en el país de poco más de 67 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 Yucatán, 97.1 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último o penúltimo hijo(a) nacido vivo en el periodo 1994-1997, lo cual ubica a esta entidad entre los estados con la mayor cobertura de atención prenatal del país, y el séptimo con el mayor nivel de atención brindada por un médico (92.8%) (véase cuadro 10).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo del orden de nacimiento. El porcentaje más bajo de mujeres que recibió atención prenatal con un médico se registra entre las mujeres con cuatro hijos(as) o más (87.7%). Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un porcenta-

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

je más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (89.8% y 93.8%, en cada caso). Las diferencias más pronunciadas se presentan entre los grupos de escolaridad extremos y la condición de habla de alguna lengua indígena: mientras que 97.2 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, esta proporción fue de 90.2 por ciento entre aquéllas con primaria incompleta; asimismo, mientras que 96.9 por ciento de las mujeres no indígenas tuvo atención prenatal medicalizada, 88.2 por ciento de las indígenas tuvo esa oportunidad.

Cuadro 10.
Yucatán: 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	92.8	1.8	2.5	2.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	93.1	1.4	4.6	0.9
20-34	92.4	1.5	2.4	3.7
35-49*	96.1	3.9	0.0	0.0
Orden de nacimiento				
1	94.7	2.1	2.0	1.1
2	96.0	0.0	3.2	0.9
3	93.4	1.2	1.1	4.3
4 o más	87.7	3.3	3.3	5.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	90.2	1.7	4.4	3.7
Primaria completa	96.1	0.8	1.4	1.6
Secundaria y más	97.2	0.6	0.5	1.7
Lugar de residencia				
Urbano	93.8	1.9	1.7	2.5
Rural	89.8	1.3	4.9	4.0
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	88.2	3.2	4.0	4.6
No habla	96.9	0.4	1.2	1.4

* Menos de 100 casos en muestra.

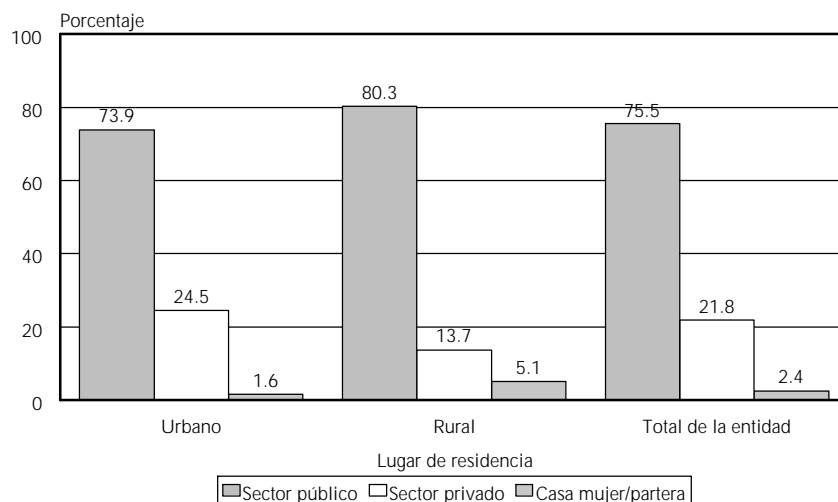
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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 tres de cada cuatro mujeres embarazadas que solicitaron esta atención; el sector privado atendió a 21.8 por ciento, mientras que 2.4 por ciento recibió la atención en casa. El mayor porcentaje de usuarias de los servicios del sector público se localizó en las zonas rurales (80.3% frente a 73.9% en las áreas urbanas).

Gráfica 24.
Yucatán: 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 Yucatán, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 77.1 por ciento; 19.2 por ciento inició en el segundo trimestre; y 3.7 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer

se asocia con el inicio oportuno: mientras que 76.5 por ciento de las mujeres con primaria incompleta inició la revisión del embarazo en el primer trimestre, esta proporción ascendió a 83.1 por ciento entre aquellas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas (78.4%) con respecto a las que vivían el ámbito rural (73.2%).

Cuadro 11.
Yucatán: 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	77.1	19.2	3.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	75.4	21.1	3.5
20-34	78.4	18.2	3.4
35-49*	70.5	23.3	6.2
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	76.5	18.5	5.0
Primaria completa	77.9	18.3	3.8
Secundaria y más	83.1	15.8	1.1
Lugar de residencia			
Urbano	78.4	18.3	3.2
Rural	73.2	21.8	5.0
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	76.7	19.6	3.7
No habla	77.5	18.8	3.6

* Menos de 100 casos en muestra.

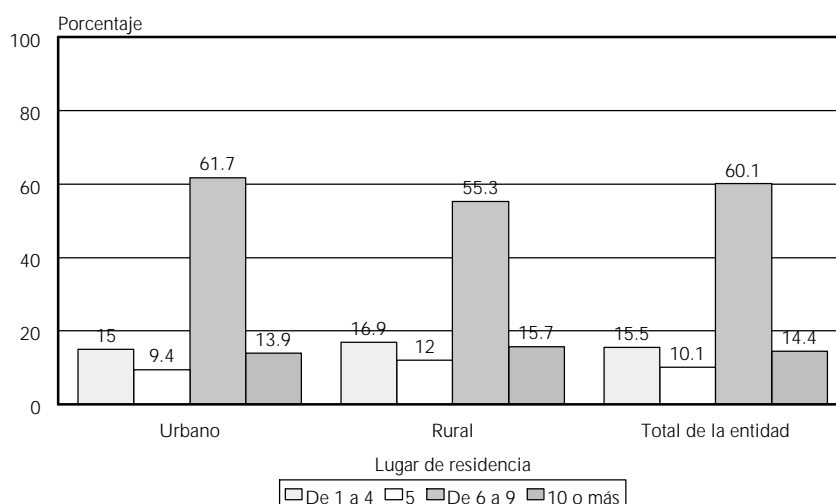
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Yucatán, las mujeres embarazadas que tuvieron atención prenatal recibieron, en promedio, 7.2 consultas de atención prenatal (7.3 en las áreas urbanas y 7 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que 15.5 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales (véase gráfica 25).

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



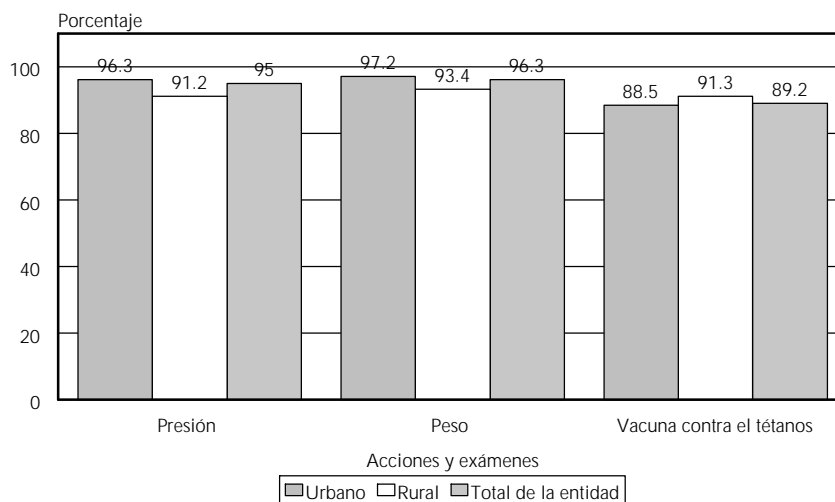
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 95 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se les tomó la presión arterial, a 96.3 por ciento se les pesó y a 89.2 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores están por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión y 80.2% en el caso de la vacunación).

El porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad fue ligeramente mayor en el ámbito urbano que en el rural; mientras que en el caso de la aplicación de la vacuna antitetánica, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud.

Gráfica 26.

Yucatán: 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 Yucatán se ubica en un estado intermedio de la atención obstétrica medicalizada. En el último periodo analizado, ocho de cada diez alumbramientos fueron atendidos por un médico. En contraparte, la partera atendió uno de cada seis alumbramientos.

La partera continúa siendo un agente importante al que se recurre para la atención del parto entre las mujeres que residen en localidades rurales (33.1%), las que tienen cuatro hijos(as) o más (30.9%), las que hablan alguna lengua indígena (30.1%) y las menos escolarizadas (28.1% de las mujeres con primaria incompleta) (véase cuadro 12). Por el contrario, el porcentaje de partos atendidos por un médico fue mayor conforme las mujeres eran más favorecidas por el desarrollo social: ascendió a 95.1 por ciento entre las que tenían secundaria o más, a 94.1 por ciento entre las que no hablaban una lengua indígena y a 86.5 por ciento entre las que residían en localidades urbanas; asimismo, este valor fue de 91.7 por ciento entre las primíparas.

Cuadro 12.
Yucatán: 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	80.7	1.1	16.6	1.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	81.1	2.5	16.4	0.0
20-34	80.3	1.0	16.7	2.0
35-49*	82.6	0.0	16.4	0.9
Orden de nacimiento				
1	91.7	0.5	7.3	0.5
2	84.1	1.5	13.5	0.9
3	85.9	1.0	10.9	2.3
4 o más	65.3	1.0	30.9	2.8
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	67.8	0.9	28.1	3.2
Primaria completa	88.7	0.7	10.6	0.0
Secundaria y más	95.1	0.4	4.5	0.0
Lugar de residencia				
Urbano	86.5	1.1	11.1	1.4
Rural	63.3	1.3	33.1	2.2
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	65.3	1.5	30.1	3.0
No habla	94.1	0.8	4.8	0.3

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 18.7 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo de referencia se atendió en la casa de la mujer o de la partera. El resto de los partos fueron atendidos principalmente en el IMSS (44.3%) y en la SSA (16.7%) (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas diferenciadas en la utilización de los servicios de salud. Alrededor de la mitad de las mujeres con primaria completa o secundaria y más acudió

al IMSS para la atención del parto; de éstas últimas, una de cada cuatro recurrió a los servicios privados; mientras que una de cada cinco de las mujeres con primaria incompleta acudió a los servicios de la SSA. Asimismo, fueron éstas las que recurrieron más a la partera para la resolución del parto (32.8%).

En el medio urbano, los partos atendidos en el IMSS y en la SSA concentran 46.7 y 17.1 por ciento de los alumbramientos, respectivamente; por su parte, en las localidades rurales los partos atendidos en casa y en el IMSS fueron del orden de 37.9 y 37.1 por ciento, en cada caso. Las mujeres que hablan alguna lengua indígena acuden en proporciones similares al IMSS y a la partera (36.2% y 33.9%, respectivamente); mientras que las mujeres no indígenas, optan mayoritariamente por el IMSS (51.4%) y por los servicios privados (20.1%).

Cuadro 13.
Yucatán: 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/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/ mujer	Otro lugar/no especificado
Total	44.3	1.8	16.7	4.7	12.7	18.7	1.2
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	39.3	0.0	21.1	2.9	1.9	32.8	2.0
Primaria completa	51.9	1.5	14.7	7.0	13.3	11.5	0.0
Secundaria y más	48.1	4.0	11.7	5.6	25.5	5.0	0.0
Lugar de residencia							
Urbano	46.7	2.4	17.1	5.4	15.4	12.3	0.7
Rural	37.1	0.0	15.3	2.6	4.5	37.9	2.7
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	36.2	0.6	18.6	3.9	4.2	33.9	2.5
No habla	51.4	2.8	14.9	5.4	20.1	5.4	0.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En Yucatán, el porcentaje de partos que fueron resueltos mediante la operación cesárea en el periodo 1994-1997, ascendió a 28.5 por ciento, valor que está ligeramente por encima del promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14).

De los partos que se atendieron en el sector privado, 56.5 por ciento se resolvieron mediante la operación cesárea; mientras que en la SSA este valor fue de 26.9 y en el IMSS de 31 por ciento. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe exceder 20 por ciento de los nacimientos.

Cuadro 14.
Yucatán: 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	71.5	28.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	76.3	23.7
20-34	71.3	28.7
35-49*	65.3	34.7
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	69.0	31.0
SSA	73.1	26.9
Otras públicas	-	-
Sector privado	43.5	56.5
Lugar de residencia		
Urbano	66.9	33.1
Rural	85.1	14.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

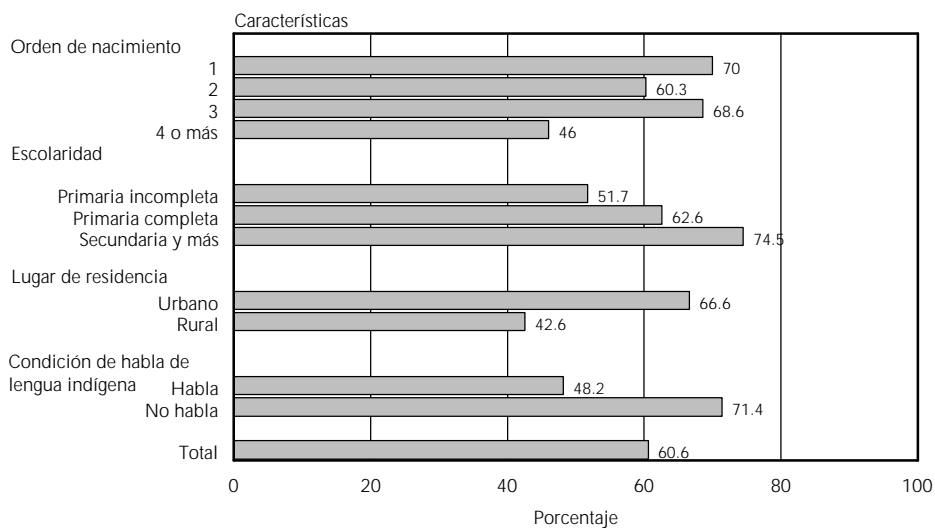
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

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

En el estado de Yucatán, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio ascendió a 60.6 por ciento. Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las de paridades altas (46% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más frente a 70% de las primíparas), las mujeres con primaria incompleta (51.7%, a diferencia de 74.5% de las mujeres con secundaria y más), las mujeres que hablan alguna lengua indígena (48.2%, a diferencia de 71.4% de las que no reúnen esa condición) y las rurales (42.6% en comparación a 66.6% de las mujeres urbanas) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
Yucatán: 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).

Yucatán es el segundo estado del país, después de Oaxaca, donde la práctica de la lactancia está más difundida: 94.8 por ciento de los niños y las niñas nacidas entre 1994 y 1997. Asimismo, presenta el quinto lugar de duración mediana más larga (12.9 meses) de todo el país, superado en poco menos de medio año por Oaxaca (18.6 meses), que es la entidad que presenta la duración de la lactancia más prolongada del país.

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). El porcentaje más bajo se registra entre aquellos niños(as) cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (91.6%). En el medio rural, 97.5 por ciento de los niños y las niñas fue amamantado y la mitad ya había sido destetado a los 20.3 meses, mientras que 93.9 por ciento de los y las recién nacidas en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 12.5 meses (véase cuadro 16). Un elevado porcentaje de los hijos e hijas de mujeres que hablan alguna lengua indígena recibió leche materna (95.2%), lo que muestra que esta práctica continúa estando muy arraigada entre la población indígena.

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

Total		94.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	91.7
	20-34	95.8
	35-49*	91.9
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	94.3
	Primaria completa	96.6
	Secundaria y más	94.6
Lugar de atención del parto		
	Sector público	95.6
	Sector privado	91.6
	Casa	94.1
	Otro/Sin atención	100.0
Lugar de residencia		
	Urbano	93.9
	Rural	97.5
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	95.2
	No habla	94.5

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cuadro 16.
Yucatán: 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	6.8	6.0	12.3
Mediana	12.9	12.5	20.3
Tercer cuartil	24.8	24.6	36.0

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

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

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Yucatán, 74.5 por ciento de los niños(as) fue ablactado antes de los cuatro meses, 2.6 por ciento lo hizo tardíamente y 18.8 por ciento fue ablactado durante el periodo recomendado por la norma de salud. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de apenas 1.5 meses, esto es, la mitad de la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana fue más frecuente entre las y los niños cuyas madres tenían entre 35 y 49 años de edad (82.6%), entre los niños(as) cuyas madres tenían secundaria o más (83%), entre las y los hijos de mujeres que no hablan alguna lengua indígena (82.1%) y en las zonas urbanas (78.4%). La ablactación tardía es una práctica poco frecuente en la entidad, presentándose mayormente entre los hijos(as) de mujeres con primaria incompleta y que hablan alguna lengua indígena (alrededor de 5% en ambos casos). 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 residían en el ámbito rural (28.5%), de madres adolescentes (28.4%), con primaria incompleta (25.8%) y que hablaban alguna lengua indígena (24.5%) (véase cuadro 17).

Cuadro 17.
Yucatán: 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	55.8	18.7	18.8	2.6	4.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	46.7	17.5	28.4	2.9	4.6
20-34	56.4	19.0	17.5	2.9	4.1
35-49*	65.0	17.6	14.5	0.0	2.9
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	47.6	17.3	25.8	4.1	5.1
Primaria completa	55.7	16.3	20.1	3.6	4.4
Secundaria y más	63.2	19.8	12.7	0.9	3.3
Lugar de residencia					
Urbano	59.2	19.2	15.4	2.3	3.8
Rural	45.9	17.2	28.5	3.6	4.8
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	47.9	17.8	24.5	4.3	5.5
No habla	62.7	19.4	13.8	1.2	2.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

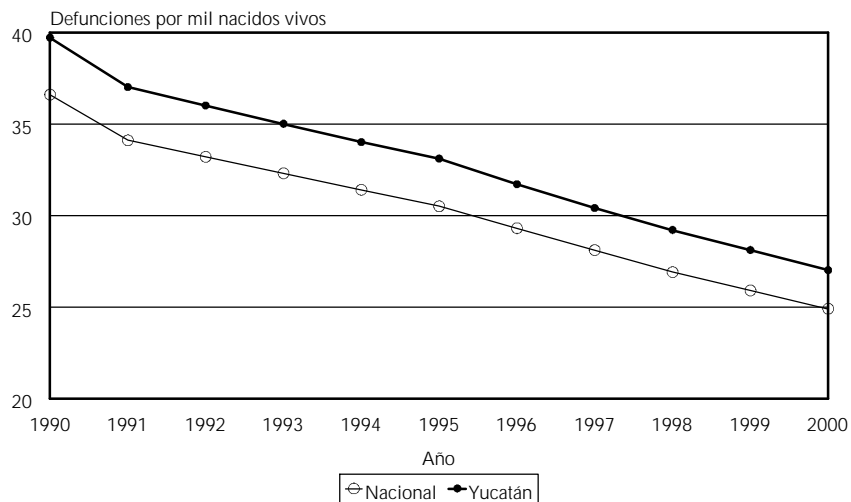
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio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

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

En Yucatán, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 39.7 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 27 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Yucatán fue 36.4 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país (véase gráfica 29), por lo que en este último año se situó como la octava entidad con la mayor mortalidad de menores de un año.

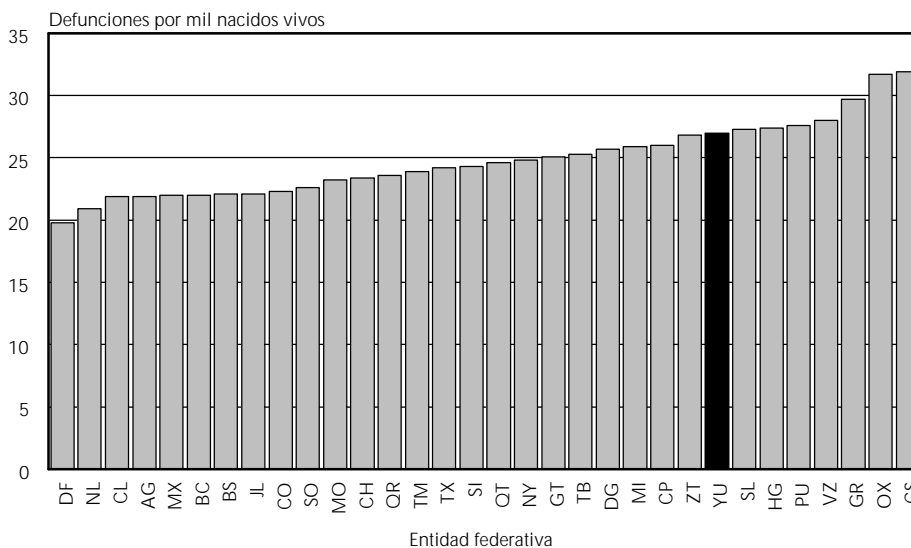
En Yucatán, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una reducción respecto a 1990 (de 10.1 a 9.1 defunciones por mil nacimientos registrados). Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas tuvo un ligero aumento en los años de referencia, manteniéndose como la segunda causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Yucatán, como en otras entidades federativas, existe un subregistro importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que la tasa de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

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



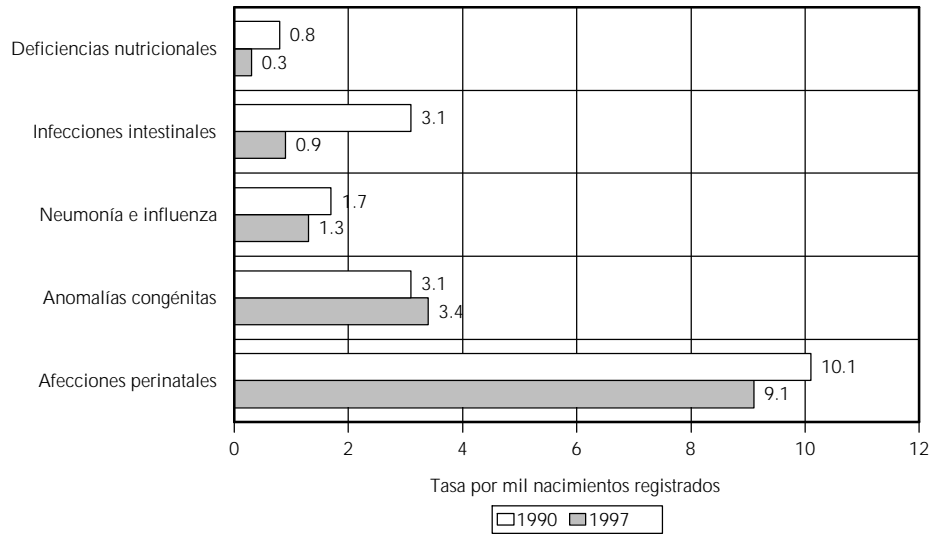
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

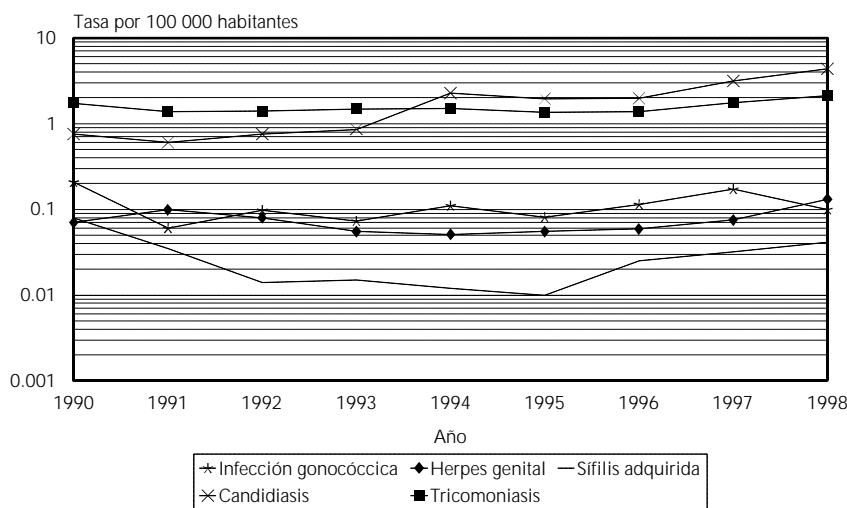
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 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 Yucatán, las principales ETS registraron un aumento muy importante en su grado de incidencia a partir de 1994, y en 1998, los niveles alcanzados son superiores a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 433.1 casos por cada 100 mil habitantes, lo que ubicó a la entidad en el sexto lugar con la mayor incidencia por esta enfermedad. La tricomoniasis urogenital ascendió a 210.2 casos por cada 100 mil habitantes, y se ubica entre los primeros diez lugares más elevados.

Contrario a lo observado en el país en su conjunto, la incidencia de las ETS clásicas presentaron un comportamiento errático en el estado en los últimos años, y con excepción de la gonorrea, los niveles alcanzados en 1998 también fueron superiores a los registrados en el país en su conjunto: en 1990 la tasa de incidencia de la gonorrea fue de 20.8 casos por 100 mil habitantes, y se ubicó en 9.9 en 1998; en el caso del herpes genital, éste pasó de siete casos en 1990 a 13.1 casos por 100 mil habitantes en 1998. Por su parte, la incidencia de la sífilis adquirida pasó de 7.9 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 4.1 casos por 100 mil habitantes en 1998 (véase gráfica 31).

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



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

VIH/SIDA

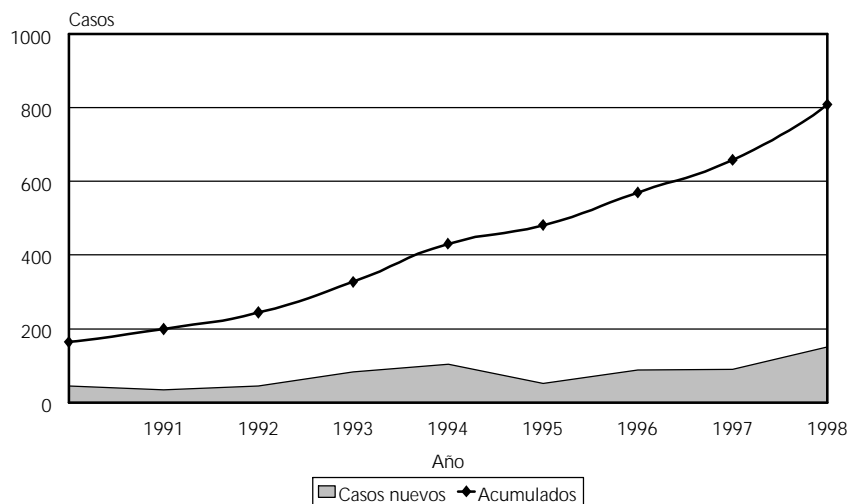
EL SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre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

Al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el 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 casos notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

En Yucatán, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 808 casos de SIDA, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 11.5 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 49.6 en 1998, presentando entre 1990 y 1998 niveles superiores a los del país en su conjunto (véanse gráficas 32 y 33). En este último año, Yucatán ocupó el séptimo lugar con la mayor tasa de incidencia acumulada de SIDA en el país.

Gráfica 32.

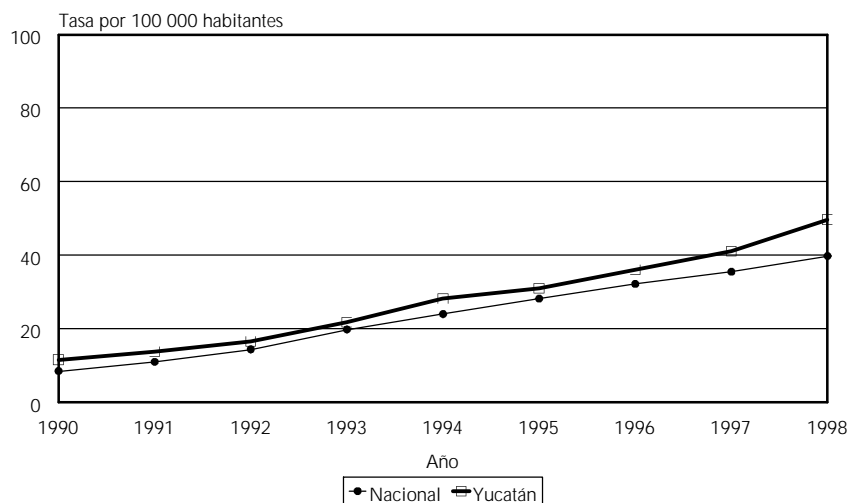
Yucatán: casos nuevos y acumulados de SIDA por año de notificación, 1990-1998



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

Gráfica 33.

Yucatán: tasa de incidencia acumulada de SIDA, 1990-1998



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

La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Yucatán fue 41.5 por ciento menor con respecto al acumulado en el país en su conjunto (16.8% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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

En Yucatán, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (93.3%), 4.5 por ciento fue contagiado por vía sanguínea y 1.6 por ciento fue infectado por la vía perinatal. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de nueve, es decir, había una mujer infectada por cada nueve hombres, lo cual es congruente con el predominio del contagio homosexual en el estado (44.9%).

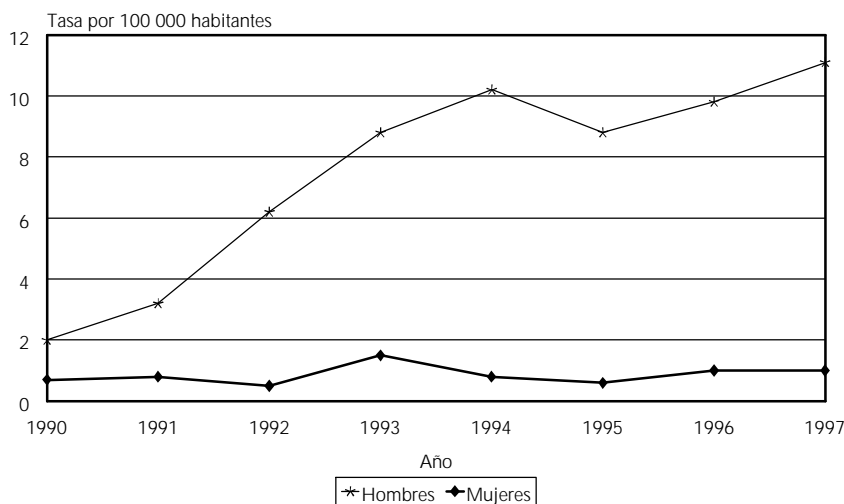
Cuadro 18.
Yucatán: casos acumulados de SIDA,
según categoría de transmisión, al 31 de diciembre de 1998

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	808	100.0
Vía sexual	627	93.3
Homosexual	302	44.9
Bisexual	220	32.7
Heterosexual	105	15.6
Vía sanguínea	30	4.5
Transfusión	20	3.0
Hemofílico	5	0.7
Usuario de drogas intravenosas	4	0.6
Donador remunerado	1	0.1
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	4	0.6
Perinatal	11	1.6
Subtotal	672	100.0
No documentado	136	16.8

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

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 528 muertes en el estado de Yucatán,¹⁰ con una tasa de mortalidad que pasó de 1.3 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a seis en 1997. La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de dos defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 11.1 en 1997. La tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente, pero de menor magnitud: entre 1990 y 1997 pasó de 0.7 a una defunción por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en Yucatán esta patología se ubica como la décimo quinta causa de mortalidad general.

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



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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 475 hombres y 53 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 fue de 54.7 por ciento. Sin embargo, conviene destacar el porcentaje de defunciones de hombres y mujeres de 20 a 24 años de edad (10.1% y 11.3%, respectivamente), lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirieron el virus del VIH a edades tempranas (véase cuadro 19).

¹⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.
Yucatán: 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	0.6	0.4	1.9
1-4	0.4	0.2	1.9
5-14	0.6	0.4	1.9
15 - 19	0.9	0.8	1.9
20 - 24	10.2	10.1	11.3
25 - 29	19.2	18.8	22.6
30 - 34	22.4	22.8	18.9
35 - 39	16.7	17.1	13.2
40 - 44	8.0	8.4	3.8
45 - 49	10.1	9.7	13.2
50 - 64	10.4	10.5	9.4
65 y más	0.6	0.6	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

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

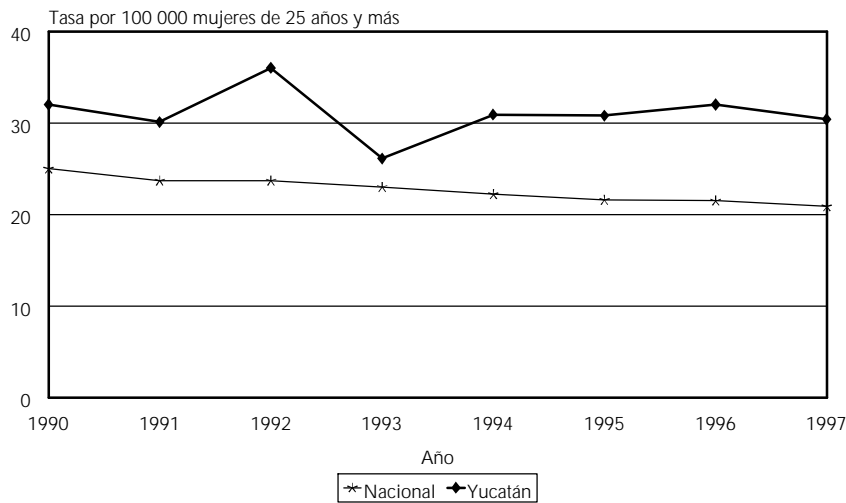
En Yucatán, la mortalidad por este cáncer durante la década de los noventa fue mayor que la que se registró en el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1992, la entidad alcanzó su nivel más alto (36 fallecimientos por cada 100 mil mujeres de 25 años y más); y en 1997, la tasa de mortalidad que se registró en Yucatán por este cáncer fue de 30.4 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que la situó como la segunda entidad con la mayor mortalidad por esta patología, después de Nayarit (31.5 defunciones por 100 mil).

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

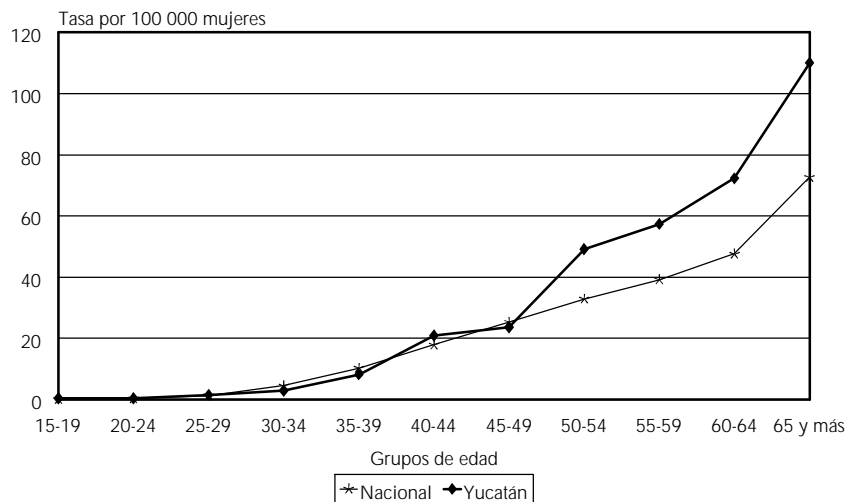
1995-1997, destacando las mujeres de 55-59, 60-64 y 65 años y más, que presentaron una tasa mayor que sus homólogas nacionales de 18.2, 24.7 y 37.4 puntos porcentuales, respectivamente (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Yucatán: 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.
Yucatán: 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.

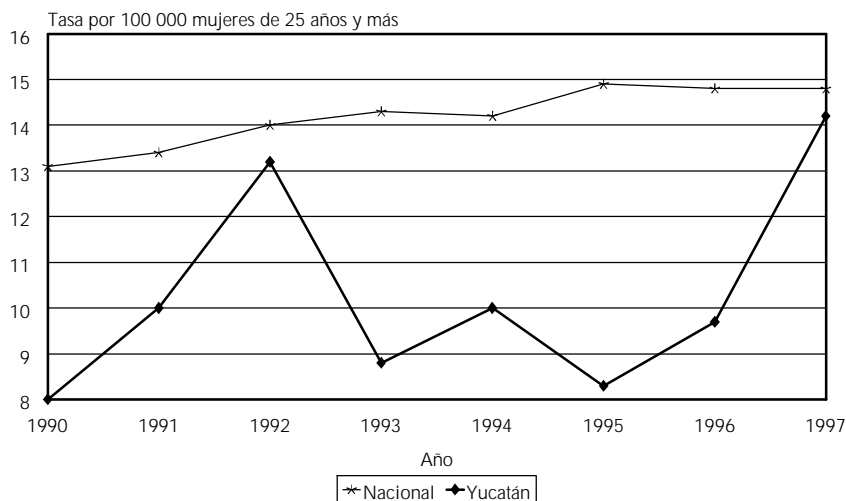
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Yucatán, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró un comportamiento errático con una tendencia ascendente entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad por este cáncer fue de 14.2 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, alcanzando un nivel similar al del conjunto nacional (véase gráfica 37).

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

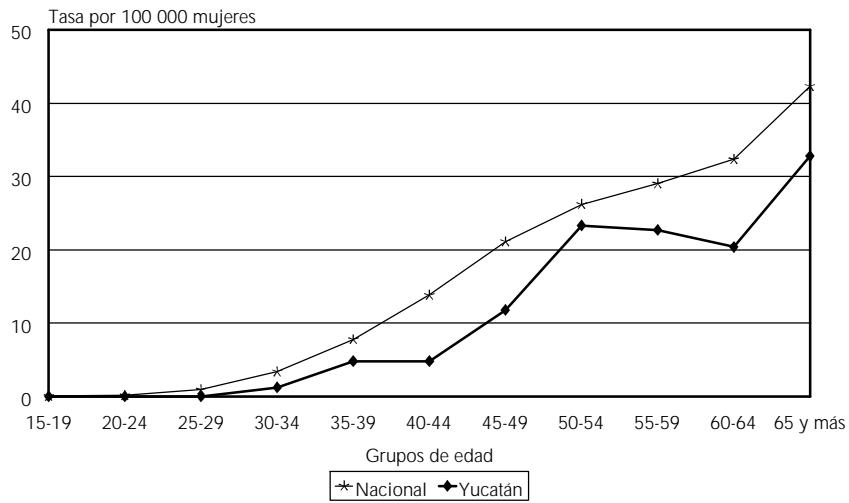
En Yucatán, las mujeres de todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional, particularmente las mujeres de 40 años y más (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Yucatán: 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.
Yucatán: 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 Yucatán 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 del país 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 se encuentran rezagados en este proceso de cambio.

La población de Yucatán se encuentra en una fase de plena transición demográfica, próxima a alcanzar el nivel de reemplazo intergeneracional, es decir, un nivel donde una pareja procrea, en promedio, sólo dos hijos a lo largo de su vida reproductiva. El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal en la entidad, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada, con un nivel de uso similar al de los países de mayor desarrollo.¹¹ Sin embargo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos todavía registra brechas significativas entre regiones y grupos sociodemográficos de la entidad.

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

- ✦ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. Entre las mujeres de la generación más reciente, cuatro de cada diez se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ En los últimos años, se registró un avance en la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres sin escolaridad del estado de Yucatán, sin embargo, en 1997 la diferencia de éstas con respecto a las mujeres con secundaria y más fue de 63.2 por ciento.
- ✦ Las mujeres que se encuentran en las etapas iniciales de su vida reproductiva, como lo son las que no tienen hijos(as) y las adolescentes, presentaron un rezago importante en la utilización de métodos anticonceptivos en 1997 (32% y 53.4%, respectivamente).

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

- ☞ También se registraron bajos niveles de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres rurales y entre las que hablan alguna lengua indígena. En estos grupos, seis de cada diez mujeres unidas usan métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron hace más de una década.
- ☞ Las mujeres menores de 25 años, las que hablan alguna lengua indígena, las mujeres con paridad uno, con bajos niveles de escolaridad y las del área rural, presentan niveles elevados de demanda insatisfecha.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Yucatán ha alcanzado niveles altos de atención prenatal y más de nueve de cada diez mujeres que se embarazan tienen vigilancia médica. Sin embargo, el nivel de mortalidad materna y de la mortalidad infantil es sensiblemente mayor al del país en su conjunto. Por ello, especial atención deberá brindarse a los siguientes resultados:

- ☞ Alrededor de dos de cada tres mujeres que residen en el medio rural, hablan alguna lengua indígena, cuentan con primaria incompleta y tienen cuatro hijos(as) o más, recibieron atención médica en el parto, mientras que este porcentaje asciende a más de 90 por ciento entre las mujeres primíparas, las no indígenas y los que realizaron estudios de secundaria o más.
- ☞ La ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

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

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

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Yucatán
1990	3.35	3.64
1991	3.25	3.43
1992	3.14	3.23
1993	3.04	3.04
1994	2.93	2.82
1995	2.82	2.60
1996	2.73	2.51
1997	2.65	2.43
1998	2.55	2.34
1999	2.48	2.27
2000	2.40	2.21

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 4.
Yucatán: 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	7.7	5.3
15	15.2	9.2
16	23.3	15.9
17	35.4	24.4
18	42.5	32.6
19	54.6	40.5
20	62.5	47.8
21	69.8	54.1
22	75.3	59.9
23	80.0	67.6
24	84.1	70.3
25	87.3	71.9

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

Gráfica 3.
Yucatán: 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	15.2	39.4	29.4	15.9
1958-1962	18.9	34.8	26.1	20.1
1963-1967	11.6	32.5	32.9	23.1
1968-1972	9.2	31.3	29.8	29.7

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

Gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	17.3	42.9	20.5	19.3
Primaria completa	11.1	36.7	29.4	22.8
Secundaria y más	2.7	22.5	40.9	33.8
Rural	15.3	39.2	28.0	17.5
Urbano	9.3	30.4	31.8	28.5
Total	10.3	31.8	31.2	26.7

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

Gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	2.0	5.1	2.9	1.5
16	3.3	8.5	5.2	3.7
17	10.7	15.1	10.1	7.3
18	20.5	22.8	17.8	14.7
19	32.8	29.7	22.8	23.7
20	42.1	43.1	33.1	30.7
21	51.8	51.6	41.3	36.0
22	60.4	59.2	49.1	42.9
23	65.7	63.7	56.6	50.7
24	71.1	70.0	62.7	57.0
25	77.1	75.8	67.4	62.4

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

Gráfica 8.

Yucatán: 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	0.9	7.6	26.6	25.7	35.7	3.5
1958-1962	1.6	9.6	26.7	24.6	34.8	2.7
1963-1967	2.0	10.5	26.4	24.0	32.3	4.8
1968-1972	1.3	12.8	25.2	20.6	32.3	7.8

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

Gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.3	1.1	0.8	0.2
16	0.6	1.4	0.8	0.5
17	1.4	1.4	1.5	0.9
18	3.2	1.8	2.3	3.3
19	3.8	2.5	2.7	5.0
20	5.7	4.2	4.9	5.9
21	6.0	6.3	6.9	7.3
22	7.4	8.0	8.1	8.1
23	7.9	8.0	8.9	9.9
24	8.4	8.8	10.0	12.1
25	8.7	9.9	10.6	13.1

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

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

Año	Nacional	Yucatán
1990	5.4	5.4
1991	5.1	7.7
1992	5.0	5.8
1993	4.5	6.7
1994	4.8	6.1
1995	5.3	6.2
1996	4.8	5.6
1997	4.7	6.1

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

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

Año	Nacional	Yucatán
1990	36.6	39.7
1991	34.1	37.0
1992	33.2	36.0
1993	32.3	35.0
1994	31.4	34.0
1995	30.5	33.1
1996	29.3	31.7
1997	28.1	30.4
1998	26.9	29.2
1999	25.9	28.1
2000	24.9	27.0

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	20.8	7.0	7.9	75.8	173.7
1991	6.0	9.9	3.5	60.3	137.8
1992	9.7	8.0	1.4	75.5	140.4
1993	7.3	5.5	1.5	85.9	148.4
1994	11.0	5.1	1.2	227.9	149.8
1995	8.1	5.5	1.0	195.7	135.7
1996	11.4	5.9	2.5	197.0	137.8
1997	17.1	7.5	3.2	313.1	174.6
1998	9.9	13.1	4.1	433.1	210.2

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

Gráfica 32.
Yucatán: casos nuevos y acumulados
de SIDA por año de notificación, 1990-1998

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	44	164
1991	35	199
1992	45	244
1993	83	327
1994	103	430
1995	51	481
1996	88	569
1997	89	658
1998	150	808

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

Gráfica 33.
Yucatán: tasa de incidencia
acumulada de SIDA, 1990-1998

Año	Nacional	Yucatán
1990	8.4	11.5
1991	10.9	13.7
1992	14.3	16.5
1993	19.7	21.7
1994	23.9	28.1
1995	28.1	30.9
1996	32.1	36.0
1997	35.4	41.0
1998	39.7	49.6

Tasa por 100 000 habitantes.

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	2.0	0.7
1991	3.2	0.8
1992	6.2	0.5
1993	8.8	1.5
1994	10.2	0.8
1995	8.8	0.6
1996	9.8	1.0
1997	11.1	1.0

Tasa por 100 000 habitantes.

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

Gráfica 35.
Yucatán: tasa de mortalidad
por cáncer cérvico uterino, 1990-1997

Año	Nacional	Yucatán
1990	25.0	32.0
1991	23.7	30.1
1992	23.7	36.0
1993	23.0	26.1
1994	22.2	30.9
1995	21.6	30.8
1996	21.5	32.0
1997	20.9	30.4

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.

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

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

Edad	Nacional	Yucatán
15-19	0.1	0.4
20-24	0.3	0.4
25-29	1.3	1.5
30-34	4.5	2.9
35-39	10.3	8.2
40-44	17.9	20.9
45-49	25.3	23.6
50-54	32.9	49.1
55-59	39.2	57.4
60-64	47.6	72.3
65 y más	72.7	110.1

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

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

Año	Nacional	Yucatán
1990	13.1	8.0
1991	13.4	10.0
1992	14.0	13.2
1993	14.3	8.8
1994	14.2	10.0
1995	14.9	8.3
1996	14.8	9.7
1997	14.8	14.2

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

Gráfica 38.
Yucatán: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Yucatán
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.0
30-34	3.4	1.2
35-39	7.8	4.8
40-44	13.8	4.8
45-49	21.1	11.8
50-54	26.2	23.3
55-59	29.1	22.7
60-64	32.4	20.4
65 y más	42.4	32.8

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
Yucatán

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.